



Y HỌC

VIỆT NAM

Năm thứ sáu mươi ba

VIETNAM MEDICAL JOURNAL



THÁNG 8 - SỐ 2
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.tonghoiyhoc.vn

TẠP CHÍ
Y HỌC VIỆT NAM
VIETNAM MEDICAL JOURNAL

TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Xuyên

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Ngọc Dung

Đinh Ngọc Sỹ

Lê Gia Vinh

HỘI ĐỒNG CỐ VẤN

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

ỦY VIÊN BAN BIÊN TẬP

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

BAN THƯ KÝ

Tạ Thị Kim Oanh (Trưởng ban)
Nguyễn Duy Bắc
Nguyễn Tiến Dũng

Huỳnh Anh Lan
Nguyễn Quốc Trường

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

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

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH X.QUANG PHỔI, KHÍ MÁU ĐỘNG MẠCH Ở BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI CÓ LIÊN QUAN ĐẾN THỞ MÁY DO ĐỘT QUI NÃO

Nguyễn Thế Anh*, Vũ Đức Định**, Hoàng Bùi Hải***

TÓM TẮT¹

Nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá đặc điểm lâm sàng, X quang phổi và khí máu động mạch ở bệnh nhân viêm phổi có liên quan đến thở máy (VAP) do đột quỵ não. Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang. Đối tượng là 108 bệnh nhân đột quỵ não phải thở máy tại khoa HSTC bệnh viện Hữu Nghị trong giai đoạn 2009-2015. Kết quả cho thấy: Tỷ lệ VAP là 50/108 (46,3%) trong đó VAP ở nhóm bệnh nhân nhồi máu não là 21/44 (47,7%) và xuất huyết não là 29/64 (45,3%) với độ tuổi trung bình cho cả hai nhóm là 77,3 ± 8,8. Có 98% số bệnh nhân xuất hiện đờm đục được phát hiện có VAP. Ở các bệnh nhân VAP, x.quang phổi có hình ảnh thâm nhiễm phổi mới xuất hiện gặp ở 84%, hình ảnh phế quản hơi chiếm 62%, hình ảnh hang chiếm 14%. Khí máu động mạch ở bệnh nhân được chẩn đoán VAP có chỉ số P/F ≤ 240 chiếm tỷ lệ 78%.

Từ khóa: Đột quỵ, X quang phổi, khí máu, viêm phổi có liên quan đến thở máy.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES, CHEST RADIOGRAPHY, ARTERIAL BLOOD GAS IN PATIENTS WITH PNEUMONIA ASSOCIATED WITH MECHANICAL VENTILATION DUE TO CEREBRAL STROKE

This study was carried on 108 stroke patients, who were treated by the mechanical ventilation, at Huu Nghi hospital from 2009 to 2015. This was a cross-sectional study. The results showed that VAP ratio was 50/108 (46.3%) patients, including 21/44 (47.7%) VAP patients were at haemorrhagic group and 29/64 (45.3%) were at ischemic group. Chest X-rays showed the new pulmonary infiltrated images in 84% of cases, the air space of 62% and cavitation of the pulmonary of 14% and there was 78% of VAP patients who had the P/F ratio ≤ 240 on blood gas result.

Keywords: Stroke, chest X-ray, blood gas, VAP.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi có liên quan đến thở máy (VAP-Ventilator Associated Pneumonia) là viêm phổi xuất hiện sau 48 giờ ở bệnh nhân (BN) thở máy qua ống nội khí quản (NKQ) hoặc ống mở khí

quản (MKQ) mà không có bằng chứng viêm phổi trước đó. Theo ước tính có khoảng 8-28% số bệnh nhân thở máy bị viêm phổi và tỷ lệ tử vong từ 24-50% và có thể tới 76% trong một số trường hợp tác nhân là các vi khuẩn có nguy cơ cao [2],[4].

Bệnh nhân đột quỵ não phải thở máy có nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến viêm phổi như tình trạng rối loạn ý thức, ho khạc kém, tuổi cao và thở máy kéo dài... Một số nghiên cứu đã cho thấy tần suất xuất hiện VAP ở bệnh nhân đột quỵ não phải thở máy vào khoảng 6,9% và tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày ở nhóm viêm phổi cao gấp 3 lần so với nhóm không viêm phổi [1],[4],[5].

Để góp phần chẩn đoán sớm và tìm biện pháp dự phòng thích hợp cho viêm phổi thở máy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, hình ảnh x.quang phổi, khí máu động mạch ở bệnh nhân viêm phổi có liên quan đến thở máy do đột quỵ não.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Hữu Nghị trong thời gian từ năm 2009 đến năm 2015.

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

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

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

- Tuổi ≥ 18.

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

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

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

- Bệnh nhân VAP đồng thời có NK các cơ quan khác.

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

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Mô tả cắt ngang.

*Bệnh viện Hữu Nghị

**Bệnh viện E

***Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Anh

Email: theanhstc@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/5/2017

Ngày phản biện khoa học: 12/6/2017

Ngày duyệt bài: 10/7/2017

- Xét nghiệm công thức máu, CRP, procalcitonin, X.quang phổi, cấy đờm theoqui trình chuẩn hiện đang được áp dụng tại BV Hữu Nghị.

2.3. Phương tiện nghiên cứu

- Máy xét nghiệm khí máu Gem Premier 3000, Mỹ.
- Máy thở, monitor và các phương tiện theo dõi điều trị bệnh nhân.

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

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Đây là nghiên cứu mô tả, không can thiệp, không ảnh hưởng đến quá trình điều trị của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu nhằm mục đích khoa học. Mọi thông tin

bệnh nhân được giữ kín. Nghiên cứu có sự đồng ý tham gia của người nhà bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm lâm sàng VAP ở bệnh nhân đột quỵ não

3.1.1. Đặc điểm chung: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân VAP là 77,3 ± 8,8.

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

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

Thể lâm sàng	Nhóm VAP n (%)	Không VAP n (%)	Tổng n (%)	Giá trị p
Nhồi máu não	21(42,0)	23(39,66)	44(40,74)	> 0,05
Chảy máu não	29(58,0)	35(60,34)	64(59,26)	
Tổng	50(46,3)	58(53,7)	108(100)	

Nhận xét: Tỷ lệ VAP nhồi máu não 42%, chảy máu não 58%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.1.2. Lâm sàng

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng hai thời điểm trước và sau VAP

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

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

Bảng 3.3. So sánh triệu chứng lâm sàng giữa hai nhóm VAP sớm và muộn

Chỉ số	Nhóm	VAP sớm n=19 (%)	VAP muộn n=31 (%)	p
Tính chất đờm	Đờm trong	1(5,26)	0(0)	>0,05
	Đờm đục	18(94,74)	31(100,0)	
Nhiệt độ (°C)	>38,4	14(73,68)	2(67,74)	>0,05
	36-38,4	5(26,32)	10(32,26)	
	<36	0	0	

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

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

3.2. Đặc điểm X quang, khí máu nhóm bệnh nhân VAP

Bảng 3.4. Đặc điểm hình ảnh trên X quang ngực của bệnh nhân viêm phổi thở máy

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

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

Bảng 3.5. Đặc điểm khí máu động mạch trước và tại thời điểm viêm phổi thở máy

P/F	Nhóm	VAP n(%)	Không VAP n(%)	Tổng n(%)	Giá trị p
> 240		11(22)	56(96,60)	67(62,03)	< 0,01
\leq 240		39(78)	2(3,40)	41(37,97)	
Tổng		50	58	108	

Nhận xét: Khí máu động mạch ở bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi có chỉ số P/F thấp \leq 240 chiếm 78%. Sự khác biệt về chỉ số oxy hóa máu giữa bệnh nhân VAP và nhóm bệnh nhân không VAP có ý nghĩa thống kê.

VI. BÀN LUẬN

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

Tỷ lệ bệnh nhân chảy máu não chiếm 58% cao hơn so với nhồi máu não 42%, tuy nhiên tỷ lệ VAP giữa các thể lâm sàng của đột quỵ chảy máu não và nhồi máu não khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tác giả Kasuya Y. năm 2011 đã tổng kết tỷ lệ mắc của VAP ở những bệnh nhân

đột quỵ do thiếu máu não chiếm 28% với độ tuổi trung bình 66 \pm 12, còn theo nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ này chiếm 47,7% với độ tuổi trung bình 77,2 \pm 7,9 (bảng 3.1) [5]. Sự khác biệt này có thể do ở những bệnh nhân tuổi cao, thường có nhiều bệnh lý mạn tính phổi hợp làm tăng nguy cơ mắc viêm phổi trong khi thở máy. Tỷ lệ mắc VAP chung trong số 108 bệnh nhân đột quỵ não phải thở máy là 46,3%.

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

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

Trong nghiên cứu này, hình ảnh tổn thương thâm nhiễm phổi mới xuất hiện là thường gặp nhất chiếm 84%. Tiếp theo là hình ảnh phế quản hơi chiếm 62%, hình ảnh hang ít gặp hơn chiếm 14%, theo tác giả Winner-Muram thì đây là dấu hiệu hoại tử của nhu mô phổi gặp trong VAP [7]. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Walker C. năm 2013 đã kết luận hình ảnh thâm nhiễm và hình ảnh phế quản hơi hay gặp nhất ở những bệnh nhân viêm phổi do vi khuẩn [6].

Nghiên cứu cũng cho thấy khí máu động mạch tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi có chỉ số P/F \leq 240 là 78%. Sự khác biệt về chỉ số oxy hóa máu giữa bệnh nhân VAP và nhóm bệnh nhân không VAP có ý nghĩa thống kê. Như vậy sự xuất hiện của VAP có ảnh hưởng quan trọng đến quá trình oxy hóa máu của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu về chỉ số oxy hóa máu ở những bệnh nhân VAP của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả khác. Tác giả Phạm Thái Dũng cũng thấy rằng chỉ số oxy hóa máu trung bình của những bệnh nhân xuất hiện VAP là 208,15 \pm 16,28. Fabregas N. và cộng sự cũng thấy có sự giảm thấp của chỉ số P/F < 240 ở những bệnh nhân VAP [1],[4].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ VAP ở bệnh nhân đột quỵ não phải thở máy là 46,3%, trong đó tỷ lệ VAP ở nhóm bệnh

nhân nhồi máu não là 47,7% và xuất huyết não là 45,3%. Có 98% số bệnh nhân xuất hiện đờm đục được phát hiện có VAP. Hình ảnh thâm nhiễm phổi mới xuất hiện gặp ở 84%, hình ảnh phế quản hơi chiếm 62%, hình ảnh hang gặp 14% các trường hợp VAP. Khí máu động mạch ở bệnh nhân được chẩn đoán VAP có chỉ số P/F \leq 240 chiếm 78%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ DẠNG PHÂN NHÁNH THƯỜNG GẶP CỦA CUNG ĐỘNG MẠCH CHỦ TRÊN HÌNH ẢNH CHỤP CLVT 64 DÂY

Đoàn Thị Nguyệt Linh*, Ngô Xuân Khoa**, Lê Đức Nam***, Đặng Vĩnh Hiệp****, Nguyễn Quốc Dũng***, Nguyễn Thị Sinh*, Nguyễn Thị Bình*, Hoàng Thị Lệ Chi*

TÓM TẮT²

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

**Trường đại học Y Hà Nội

***Bệnh viện Hữu Nghị Hà Nội.

****Bệnh viện Chợ Rẫy TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Nguyệt Linh

Email: linhnguyetdoan2411@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/6/2017

Ngày phản biện khoa học: 11/7/2017

Ngày duyệt bài : 21/7/2017

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định một số dạng biến đổi phân nhánh của cung động mạch chủ trên hình ảnh chụp CLVT 64 dây và vai trò của CLVT 64 trong phát hiện các biến đổi này. **Đôi tượng, phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang trên 293 bệnh nhân được chụp CLVT 64 dây từ tháng 11/2016 đến tháng 5/2017 tại Bệnh viện Hữu Nghị. Các bệnh nhân được đánh giá về phân nhánh của cung động mạch chủ và xác định các biến đổi giải phẫu của cung động mạch chủ theo phân loại của Celikyay (2013) và cộng sự, gồm 4 nhóm: 1) Cung động mạch chủ phân

nhánh bình thường; 2) Thân chung của thân ĐM cánh tay đầu và ĐM cánh chung trái; 3) ĐM đốt sống trái xuất phát từ cung ĐMC; 4) ĐM dưới đòn phải quặt sau thực quản. **Kết quả:** Chúng tôi nghiên cứu 293 bệnh nhân, nam: nữ = 2,3: 1. Các bệnh nhân đều không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Cung động mạch chủ phân nhánh bình thường chiếm tỷ lệ 91,5% (n=268). Biến đổi phân nhánh cung động mạch chủ có tỷ lệ 8,5% (n= 25). Nhóm biến đổi giải phẫu có tỷ lệ cao nhất là nhóm 2 từ cung động mạch chủ tách ra 2 nhánh: thân chung của thân ĐM cánh tay đầu và ĐM cánh chung trái; ĐM dưới đòn trái (4,4%, n=13),. Nhóm 3 với ĐM đốt sống trái xuất phát trực tiếp từ cung thấy ở 7 trường hợp, chiếm tỷ lệ 2,4%. Nhóm 4 với biến đổi giải phẫu động mạch dưới đòn gặp ở 5 trường hợp (1,7%), trong nhóm này có 4 trường hợp (1,4%) động mạch dưới đòn phải quặt sau thực quản đơn thuần, 1 trường hợp (0,3%) có sự phối hợp: động mạch dưới đòn phải quặt sau thực quản và thân chung của ĐM cánh chung phải và ĐM cánh chung trái. **Kết luận:** Biến đổi giải phẫu về phân nhánh của cung động mạch chủ khá thường gặp và thường không biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Tuy nhiên cần phải phát hiện được các biến đổi này trước khi thực hiện phẫu thuật hoặc can thiệp mạch là một yêu cầu hết sức quan trọng để tránh các biến chứng có thể xảy ra. CLVT có vai trò quan trọng trong phát hiện các biến đổi giải phẫu này và đánh giá được nó cũng như mối liên hệ với các cấu trúc lân cận.

Từ khóa: Biến đổi giải phẫu cung động mạch chủ, cắt lớp vi tính 64 dãy.

SUMMARY

EVALUATED OF VARIANTS OF AORTIC ARCH BRANCHING PATTERNS ON MULTI DETECTOR COMPUTER TOMOGRAPHY 64 – SLICES

Objectives: Identified several variants of branching of the aortic arch on pictures taken multi detector computer tomography 64 – slices scanner (MDCT 64 – slices) and the role of MDCT 64 slices in detecting these variations. **Patients and methods:** The study was designed as a prospective cross – section study for 293 patients with MDCT 64 Slices of aortic arch and its branches. The study setting was Friendship Hospital between November 2016 and May 2017. The patients were evaluated for branching of the aortic arch and identify anatomic variations of aortic arch classified by Celikciay (2013) et al, including 4 groups: 1) The branching arch had a "normal" configuration; 2) The common trunk of the brachiocephalic and left common carotid artery; 3) Left vertebral artery arising directly from the arch; 4) An aberrant retroesophageal right subclavian artery. **Results:** We studied 293 patients, male: female = 2.3: 1. The patients had no clinical symptoms. Aortic arch branching normal was approximately 91.5% (268/293). The ratio of variations aortic arch branching was 8.5% (25/293). Group 2 with the aortic arch has two branches: the common trunk of the Brachiocephalic and left common carotid artery that is the highest proportion that was in 4.4%, n = 13. Group 3 with left vertebral artery arising directly from the aortic arch found in 7 cases, approximately 2.4%. Anatomic variations subclavian artery (Group 4)

saw in 5 cases (1.7%, 5/293). We saw that 4/5 cases of group 4 (1.4%) had recurrent subclavian artery after esophagus alone and 1/5 case of its (0.3%) coordination: an aberrant retroesophageal right subclavian artery and the common trunk of the right common carotid artery and left common carotid artery. **Conclusions:** Anatomic variants of the aortic arch branching patterns is common. It is usually no clinical symptoms. However, need to detect these variations before performing surgery or intervention artery to avoid complications that may occur. MDCT64 slices have an important role in detecting this variant anatomy and assess it as well as relationships with neighboring structures.

Key words: CT angiography, variations and anomalies of the aortic arch.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cung động mạch chủ và các nhánh của nó được hình thành trong những tuần đầu tiên của thời kỳ bào thai và hoàn thiện vào tuần thứ 8 của thai kỳ. Từ cung sẽ tách ra ba nhánh lớn lần lượt từ phải sang trái là: thân động mạch cánh tay đầu, động mạch cánh chung trái và động mạch dưới đòn trái. Sự phân nhánh bình thường này của cung có tỷ lệ gặp từ 49,7-94,3% [1],[2]. Các biến đổi giải phẫu của cung là do sự phát triển bất thường trong giai đoạn này. Các biến đổi này có thể phối hợp với các bệnh lý tim mạch bẩm sinh khác nhưng phần lớn thường xuất hiện đơn thuần và không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Trong các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện nay, CLVT 64 có vai trò quan trọng vì không cần can thiệp, có nhiều điểm ưu việt hơn chụp mạch qua da (DSA) vì khả năng tạo ảnh nhiều bình diện bằng nhiều phần mềm, không những quan sát được mạch máu mà còn đánh giá được mối tương quan với các cấu trúc giải phẫu lân cận.

Ở Việt Nam, CLVT 64 dãy đã được áp dụng ở tất cả các bệnh viện lớn, nhưng chưa có một báo cáo nào về vai trò của CLVT 64 dãy trong việc đánh giá các biến đổi giải phẫu của cung ĐM chủ. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu:

1. Đánh giá biến đổi giải phẫu của cung động mạch chủ trên hình ảnh chụp CLVT 64 dãy.

2. Đánh giá vai trò của CLVT 64 dãy trong tạo ảnh và phát hiện các biến đổi giải phẫu cung động mạch chủ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Mẫu nghiên cứu: Mẫu nghiên cứu gồm 293 bệnh nhân được chụp CLVT 64 dãy toàn thân, CLVT ngực từ tháng 11/2016 đến tháng 5/2017 tại khoa Chẩn đoán hình ảnh, bệnh viện Hữu Nghị Hà Nội.

2.1.2 Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

Bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu một cách ngẫu nhiên theo trình tự thời gian, được chụp CLVT 64 dãy có tiêm thuốc cản quang và dựng hình hệ thống cung động mạch chủ và các nhánh trên các bình diện và các kiểu tạo ảnh.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân bị nhiều ảnh, vô hiệu thành mạch nhiều, hẹp tắc > 50% đường kính mạch.
- Tất cả các bệnh nhân đã điều trị can thiệp mạch.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang, tiến cứu trong thời gian từ tháng 11/2016 đến tháng 5/2017 tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Hữu Nghị Hà Nội.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu:

Máy CLVT 64 dãy loại Light speed VCT 64 (GE – Mỹ).

2.3. Quy trình nghiên cứu:

Các bệnh nhân được đánh giá về phân nhánh của cung động mạch chủ và xác định các biến đổi giải phẫu của cung động mạch chủ theo phân loại của Celikciay (2013) và cộng sự, gồm 4 nhóm: 1) Cung động mạch chủ phân nhánh bình thường; 2) Thân chung của thân ĐM cánh tay đầu và ĐM cảnh chung trái; 3) ĐM đốt sống trái xuất phát từ cung ĐMC; 4) ĐM dưới đòn phải quặt sau thực quản.

- Xác định các biến số:
 - + Số nhánh tách trực tiếp từ cung động mạch chủ
 - + Vị trí tách của các động mạch dưới đòn phải, dưới đòn trái và đốt sống.
 - + Đường đi của động mạch dưới đòn phải – trái.
- Điền vào mẫu số liệu. Phân tích và xử lý số liệu theo phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi nghiên cứu trên 293 bệnh nhân trong đó: 90 bệnh nhân nữ (chiếm tỷ lệ 30,7%) và 203 bệnh nhân nam (chiếm 69,3%).

Trong 293 bệnh nhân, 91,5% (n= 268) bệnh nhân có sự phân nhánh bình thường của cung động mạch chủ. Chúng tôi quan sát thấy 8,5% (n=25) trường hợp có các biến đổi giải phẫu phân nhánh của cung động mạch chủ.

Tỷ lệ các dạng biến đổi giải phẫu cung động mạch chủ trên CLVT 64 dãy

Các nhóm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ phần trăm
Nhóm 1	268	91,5
Nhóm 2	13	4,4
Nhóm 3	7	2,4
Nhóm 4	5	1,7

Tỷ lệ xuất hiện biến đổi dạng động mạch dưới đòn phải bất thường là 1,7% (5/293). Trong đó, có 4 trường hợp bệnh nhân là nam chiếm tỷ lệ 80%, chúng tôi chỉ quan sát thấy 1

trường hợp bất thường động mạch dưới đòn phải ở nữ chiếm tỷ lệ 20%.



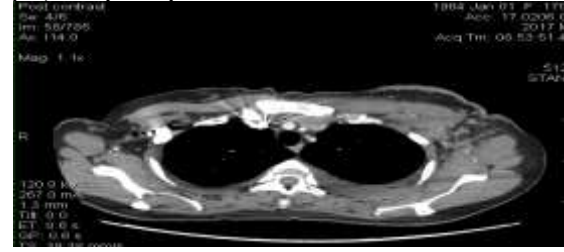
Hình 1. BN Nguyễn Thế P., 75 tuổi, nhóm 1.

Trong tổng số nhóm bất thường sự phân nhánh của cung động mạch chủ, từ cung tách ra 2 nhánh: thân chung của thân động mạch cánh tay đầu và động mạch cảnh chung trái chúng tôi quan sát thấy trong 13 trường hợp, chiếm tỷ lệ 4,4%.



Hình 2. BN Hoàng Minh H, 73 tuổi, nhóm 2.

Nhóm 3 có sự xuất phát trực tiếp của động mạch đốt sống từ cung động mạch chủ chiếm tỷ lệ 2,4% (n= 7).

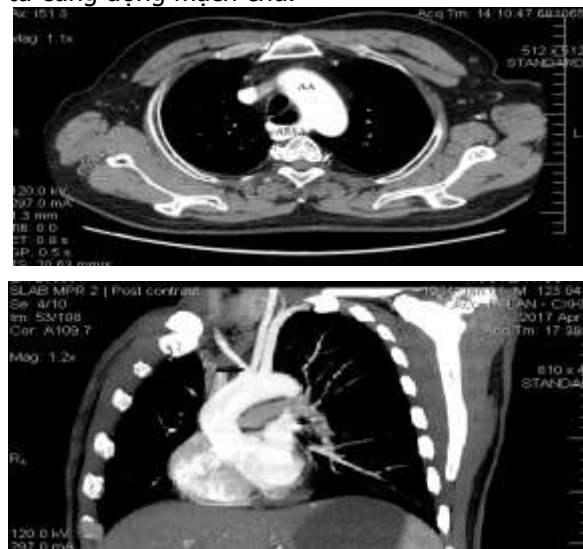


Hình 3. BN Nguyễn Thị Thu Y, 53 tuổi, nhóm 3.

Trong số 5 trường hợp bất thường động mạch dưới đòn phải trong nghiên cứu này, 4 trường hợp thuộc dạng đơn thuần, tức là từ cung động mạch chủ tách ra 4 nhánh lần lượt từ phải sang trái là: động mạch cảnh chung phải, động mạch cảnh chung trái, động mạch dưới đòn trái và động mạch dưới đòn phải bất thường là nhánh cuối cùng xuất phát từ cung. Trường hợp còn lại

có sự kết hợp hai dạng biến đổi: từ cung động mạch chủ tách ra 3 nhánh lần lượt: thân chung của động mạch cảnh chung phải và trái, động mạch dưới đòn trái và động mạch dưới đòn phải bất thường.

Về vị trí tách của động mạch dưới đòn phải và trái, 288 bệnh nhân (98,3%) có vị trí tách của động mạch dưới đòn phải từ thân động mạch cánh tay đầu; 5 bệnh nhân (1,7%) có động mạch dưới đòn phải tách như nhánh cuối cùng từ cung động mạch chủ.



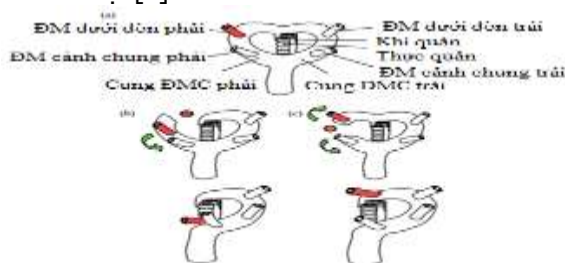
Hình 4. BN Nguyễn Hữu V, 53 tuổi, bất thường động mạch dưới đòn phải phối hợp với thân chung động mạch cảnh chung phải và trái.

Nhóm 4, 100% bệnh nhân có đường đi của động mạch dưới đòn trái bình thường: sau khi tách từ cung động mạch chủ, động mạch chạy 1 đoạn trong ngực lên nền cổ rồi chui qua khe sườn đòn xuống nách. 98,3% bệnh nhân có đường đi của động mạch dưới đòn phải bình thường: từ thân động mạch cánh tay đầu chạy qua nền cổ đến chi trên bên phải. 1,7% bệnh nhân có đường đi của động mạch dưới đòn biến đổi: từ cung động mạch chủ, động mạch dưới đòn phải chạy qua trung thất từ trái sang phải, bắt chéo sau khí quản và thực quản để đến chi trên bên phải.

IV. BÀN LUẬN

Sự phát triển của cung động mạch chủ và động mạch dưới đòn phải bất thường (ARSA): Ở người, cung động mạch chủ và các nhánh của nó phát triển trong những tuần đầu tiên của thời kì bào thai và hoàn thiện hình dạng cuối cùng vào tuần thứ 8 của thai kỳ. Trong sự phát triển này, hiện tượng đầu tiên là sự hình thành của một cung động mạch chủ đôi, với một

vòm bên phải và một vòm trái nối giữa động mạch chủ lên và động mạch chủ xuống, với vị trí của thực quản và khí quản ở giữa cung này. Mỗi cung động mạch chủ phải và trái đều cho hai nhánh lớn là động mạch cảnh chung và động mạch dưới đòn. Sau đó, cung động mạch chủ phải ở đoạn xa nguyên ủy động mạch dưới đòn phải thoái hóa, động mạch cảnh chung phải và động mạch dưới đòn phải hợp lại với nhau tạo thành thân động mạch cánh tay đầu, trong khi cung động mạch chủ trái vẫn tiếp tục tồn tại và đi xuống ở bên trái cột sống. Hầu hết các biến đổi giải phẫu của cung động mạch chủ là kết quả của sự tồn tại của những phần nhẽ ra phải thoái hóa, ngược lại là sự thoái hóa của những phần cần tồn tại [3].



Hình 5. Sơ đồ cho thấy sự phát triển của cung động mạch chủ, các nhánh và sự hình thành động mạch dưới đòn phải bất thường [3]

Trong trường hợp hình thành động mạch dưới đòn phải bất thường, cung động mạch chủ phải thay vì thoái hóa ở đoạn xa động mạch dưới đòn phải thì sự thoái hóa lại xảy ra ở vị trí giữa động mạch cảnh chung phải và động mạch dưới đòn phải, vì vậy cản trở sự hợp nhất của chúng thành thân động mạch cánh tay đầu. Cung động mạch chủ trái vẫn được hình thành, nhưng động mạch cảnh chung phải trở thành nhánh đầu tiên xuất phát từ cung, trong khi động mạch dưới đòn phải bất thường và là nhánh cuối cùng tách ra từ cung, chạy ở phía sau thực quản và khí quản. Kết quả là cung động mạch chủ tách ra 4 nhánh lớn: động mạch cảnh chung phải, động mạch cảnh chung trái, động mạch dưới đòn trái và động mạch dưới đòn phải sẽ đi từ bên trái cột sống, phía sau thực quản và khí quản đi lên trên sang phải đến chi trên bên phải và được gọi là động mạch dưới đòn phải quặt sau thực quản. [3]

Tần số các biến đổi giải phẫu cung động mạch chủ: Các biến đổi về số lượng và nguyên ủy các nhánh động mạch của cung động mạch chủ không phải là hiếm gặp trong nghiên cứu của chúng tôi. 8,5% các trường hợp được nghiên

cứu có sự biến đổi trong phân nhánh của cung động mạch chủ.

Trong nhóm 1, từ cung động mạch chủ lần lượt tách ra 3 nhánh từ phải sang trái là: thân động mạch cánh tay đầu, từ đây cho ra động mạch cảnh chung phải và động mạch dưới đòn phải; nhánh thứ hai là động mạch cảnh chung trái và động mạch dưới đòn trái là nhánh cuối cùng. Đây là dạng phân nhánh thường gặp nhất của cung động mạch chủ, và được coi như dạng phân nhánh "bình thường".

Số lượng các nhánh động mạch tách từ cung có thể gặp từ 2 nhánh, 3 nhánh đến 4 nhánh. Trong nhóm các biến đổi, nhóm có tỷ lệ gặp cao nhất là nhóm 2, với 2 nhánh xuất phát từ cung: thân chung của thân động mạch cánh tay đầu và động mạch cảnh chung trái; và động mạch dưới đòn trái xuất phát như nhánh cuối cùng. Biến đổi nhóm này chúng tôi quan sát thấy ở 4,4%, thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Jakanani (20%), Celikyay (21,1%). Sự khác biệt về tỷ lệ các biến đổi giải phẫu cung động mạch chủ được một số tác giả cho rằng là do yếu tố dân tộc, các yếu tố xã hội và môi trường có thể ảnh hưởng trong quá trình hình thành và phát triển mạch máu[1].

Biến đổi nhóm 3 là sự xuất phát trực tiếp của động mạch đốt sống trái từ cung động mạch chủ. Đối lập với động mạch đốt sống trái, biến đổi nguyên ủy của động mạch đốt sống phải rất hiếm. Động mạch đốt sống bình thường là nhánh bên xuất phát từ động mạch dưới đòn cùng bên. Tuy nhiên, có rất nhiều dạng biến đổi về nguyên ủy của động mạch này, nó có thể xuất phát từ cung động mạch chủ, từ động mạch cảnh chung, động mạch cảnh trong hoặc cảnh ngoài. Trong đó, thường gặp nhất là động mạch đốt sống trái xuất phát từ cung động mạch chủ. Vị trí nguyên ủy có thể xuất phát gần hoặc xa, trước hoặc sau nguyên ủy động mạch dưới đòn trái [2]. Tỷ lệ xuất phát trước từ 2,4-5,8% thường gặp hơn xuất phát sau (0,4%). Tỷ lệ nhóm này trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,4%, thấp hơn nghiên cứu của Ergun(5,1%), Nelson(4,1%) nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Natsis (0,79%).

Đối chiếu với các tác giả trước, tỷ lệ gặp động mạch dưới đòn phải bất thường trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,7%, không phát hiện trường hợp nào có động mạch dưới đòn phải bất thường kết hợp với các bệnh lý tim mạch khác như các tác giả mô tả. Túi thừa động mạch cũng không được tìm thấy trong các trường hợp này. Các bệnh nhân của chúng tôi cũng không có triệu chứng lâm sàng nào đặc trưng cho bất thường này của động

mạch dưới đòn như nuốt nghẹn, mà được phát hiện hoàn toàn ngẫu nhiên.

Vai trò CLVT 64 trong đánh giá hình ảnh và bất thường cung động mạch chủ

Các biến đổi phân nhánh của cung động mạch chủ có thể phối hợp với các bệnh lý tim mạch bẩm sinh khác, nhưng phần lớn là chúng tồn tại độc lập và không biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Sự phát hiện các biến đổi này thường do tình cờ khi thực hiện các thăm khám khác. Hiện nay, với sự tiến bộ của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh thì cắt lớp vi tính vẫn là phương pháp tốt nhất trong phát hiện và đánh giá bất thường giải phẫu cung động mạch chủ. Chụp mạch không cho thấy được sự tắc nghẽn hay sự đè nén ảnh hưởng lên khí quản hoặc thực quản. Việc đánh giá động mạch dưới đòn phải bất thường bằng siêu âm thường khó khăn khi nó chạy sau khí quản và thực quản. Mặt khác, chụp CLVT lại dễ dàng cho thấy hình ảnh của biến đổi này, đồng thời cũng chẩn đoán ảnh hưởng của nó đến các cấu trúc lân cận.

Với công nghệ hiện đại của CLVT, hình ảnh cung động mạch chủ và cũng như các biến đổi của nó được đánh giá một cách rõ nét với chất lượng hình ảnh cao. Hình ảnh có thể được tái tạo lại cùng với các cấu trúc xung quanh và sử dụng như một bản đồ định hướng trong điều trị và phẫu thuật. Các biến đổi giải phẫu này cần được phát hiện một cách cẩn thận trước khi phẫu thuật, nhất là vùng đầu và cổ để có thể tránh các tai biến có thể xảy ra.

CLVT có khả năng bộc lộ chi tiết giải phẫu các cấu trúc mạch máu và mối liên quan với các cơ quan cấu trúc lân cận. Khả năng này, phối hợp với giá trị của các phần mềm dựng ảnh với không gian ba chiều, làm cho việc đánh giá các biến đổi giải phẫu của cung động mạch chủ và các nhánh của nó một cách tận tình và cụ thể nhất, điều này giúp ích rất nhiều cho các nhà can thiệp mạch và ngoại khoa.

IV. KẾT LUẬN

Bất thường giải phẫu về phân nhánh của cung động mạch chủ thường gặp và thường không biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Tuy nhiên cần phải phát hiện được các bất thường trước khi thực hiện phẫu thuật hoặc can thiệp mạch là một yêu cầu hết sức quan trọng để tránh các biến chứng có thể xảy ra. Trong nghiên cứu của chúng tôi ở 293 BN được chụp CLVT 64 dãy cung ĐMC ngược thấy tỉ lệ bất thường giải phẫu của cung động mạch chủ chiếm tỷ lệ 8,5% trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm 2 chiếm 4,4%,

cao nhất trong các nhóm chúng tôi quan sát được. Nhóm 3 với động mạch đốt sống trái xuất phát từ cung động mạch chủ có tỷ lệ 2,4%, và nhóm động mạch dưới đòn phải bất thường quặt sau thực quản chiếm tỷ lệ 1,7%. Trong đó, 80% trường hợp (4/5) thuộc dạng bất thường đơn thuần, từ cung động mạch chủ tách ra 4 nhánh; chỉ có duy nhất 1 trường hợp có sự phối hợp với dạng thân chung động mạch cảnh chung phải và trái. CLVT giúp chẩn đoán bệnh và đánh giá tốt về liên quan giải phẫu, đây là điều rất quan trọng cho các nhà phẫu thuật và can thiệp mạch trước điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GC Jakananivà W Adair** (2010), "Frequency of variations in aortic arch anatomy depicted on multidetector CT", *Clinical radiology*, 65(6), tr. 481-487.
2. **Elif Ergun, Betül Şimşek, Pinar Nercis Koşar et al.** (2013), "Anatomical variations in branching pattern of arcus aorta: 64-slice CTA appearance", *Surgical and Radiologic Anatomy*, 35(6), tr. 503-509.
3. **Chaoui R, Thiel G, Heling KS.** Prevalence of an aberrant right subclavian artery (ARSA) in normal fetuses: a new soft marker for trisomy 21 risk assessment. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005; 26: 356.
4. **Nelson, Marita L, Chad D Sparks (2001)**, "Unusual aortic arch variation: distal origin of common carotid arteries", *Clinical Anatomy*, 14(1), tr. 62-65.
5. **Zekiye Ruken Yuksekkaya Celikyay, Ali Ekrem Koner, Fatih Celikyay et al** (2013), "Frequency and imaging findings of variations in human aortic arch anatomy based on multidetector computed tomography data", *Clinical imaging*, 37(6), tr. 1011-1019.1.
6. **Nurefşan Boyacı, Dilek Şen Dokumacı, Ekrem Karakaş et al.** (2015), "Multidetector computed tomography evaluation of aortic arch and branching variants", *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 23(1), tr. 051-057.
7. **Konstantinos I Natsis, Ioannis A Tsitouridis, Matthaios V Didagelos et al** (2009), "Anatomical variations in the branches of the human aortic arch in 633 angiographies: clinical significance and literature review", *Surgical and radiologic anatomy*, 31(5), tr. 319.

NHẬN XÉT TỈ LỆ CÂN ĐỐI THÂN RĂNG NHÓM RĂNG TRƯỚC HÀM TRÊN BẰNG THƯỚC CHU TRÊN NHÓM SINH VIÊN CƯỜI HỖ LỢI

Hoàng Bảo Duy*, Hoàng Bảo Tín*, Nguyễn Thúy Nga*
Trần Tuấn Anh**, Nguyễn Hồng Chương**, Nguyễn Thị Trường Xuân**

TÓM TẮT³

Mục tiêu: Nhận xét tỉ lệ cân đối thân răng nhóm răng trước hàm trên bằng thước Chu trên nhóm sinh viên lứa tuổi từ 18-25. **Đôi tượng nghiên cứu:** 30 sinh viên lứa tuổi từ 18-25. **Phương pháp:** mô tả lâm sàng cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Tỉ lệ rộng/dài của nhóm răng trước hàm trên: răng cửa giữa 0,88; răng cửa bên 0,86; răng nanh là 0,88 đều lớn hơn tỉ lệ thẩm mỹ 0,78 của thước Chu. Tỉ lệ cân đối thân răng của nhóm răng trước hàm trên: răng cửa giữa 48,33%; răng cửa bên 65%; răng nanh là 50%. Tỉ lệ chưa cân đối thân răng lâm sàng của nhóm răng trước hàm trên: răng cửa giữa 51,67%; răng cửa bên 35%; răng nanh 50%.

Từ khóa: Kích thước thân răng, tỉ lệ rộng/dài, tỉ lệ cân đối thân răng.

SUMMARY

COMMENT ON THE PROPORTION OF CROWN OF MAXILLARY ANTERIOR TEETH

* Trường Đại học Y Hà Nội

** Trường Cao Đẳng Y Tế Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Tuấn Anh

Email: tuananh.dds@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/6/2017

Ngày phản biện khoa học: 10/7/2017

Ngày duyệt bài: 20/7/2017

WITH CHU'S PROPORTION GAUGE AMONG STUDENT GROUP WITH GUMMY SMILE

Objectives: commenting on the proportion of crown of maxillary anterior teeth with Chu's proportion gauge among student group with gummy smile.

Subjects: 30 students aged 18-25. **Methods:** Cross-sectional study of a clinical description. **Results and conclusions:** The width-height proportion of crown of central incisors, lateral incisors and canines were respectively 0,88; 0,86mm; 0,88mm; all proportions are larger than the aesthetic proportion 0,78 of Chu's proportion gauge. 48,33%; 65%; 50% of subjects' central incisors, lateral incisors and canines respectively displayed ideal proportion. 51,67%; 35%; 50% of subjects' central incisors, lateral incisors and canines respectively displayed non-ideal proportion.

Keywords: Crown dimension, width-height proportion; anterior teeth.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với sự phát triển không ngừng xã hội hiện nay, con người luôn có những thay đổi tích cực để hoàn thiện mình và có thể tự tin hơn trong cuộc sống cũng như công việc, do đó nhu cầu thẩm mỹ càng ngày càng tăng cao, nha khoa thẩm mỹ ngày càng phát triển để đáp ứng nhu cầu của xã hội. Trên thực tế, đánh giá mức độ ảnh hưởng của các thành phần tới thẩm mỹ khuôn mặt,

người ta thấy nụ cười là yếu tố thứ hai chỉ sau đôi mắt. Vì vậy nụ cười có vai trò vô cùng quan trọng trong giao tiếp. Để cho bệnh nhân có một nụ cười đẹp đã có nhiều phương thức điều trị thẩm mỹ khuôn mặt và nụ cười. Mang lại thay đổi tích cực trên khuôn mặt của bệnh nhân đặc biệt là nụ cười. Trong những năm gần đây, cười hở lợi là một trong những vấn đề được quan tâm của xã hội. Một nụ cười hở lợi là một bệnh ảnh hưởng tới niềm tin của nhiều người trẻ. Đánh giá tỉ lệ thân răng của bệnh nhân cười hở lợi góp một phần không nhỏ trong việc điều trị cười hở lợi. Chính vì vậy chúng tôi làm nghiên cứu: *"Nhận xét tỉ lệ cân đối thân răng nhóm răng trước hàm trên bằng thước Chu trên nhóm sinh viên cười hở lợi"*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

***Mẫu nghiên cứu:** nghiên cứu được thực hiện trên 30 sinh viên trường Đại học Y Hà Nội có độ tuổi từ 18-25.

***Tiêu chuẩn chọn:** Độ tuổi: 18-25. Bệnh nhân được xác định cười hở lợi. Nhóm răng trước hàm trên đủ. Bệnh nhân chưa qua điều trị chỉnh nha hoặc phục hình các răng trước hàm trên. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** không thỏa mãn tiêu chuẩn chọn lựa nêu trên.

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

Cách chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ đích từ nhóm sinh viên trường đại học Y Hà Nội.

2.3. Các biến số nghiên cứu:

2.3.1. Các thông số chung

- Giới tính: Nam/nữ
- Chiều dài của các răng trước hàm trên.
- Chiều rộng của răng trước hàm trên.

2.3.2. Quy trình nghiên cứu

- Lựa chọn đối tượng nghiên cứu.
- Tất cả đối tượng nghiên cứu được khám theo một quy trình nhất định.
- Đo đạc các thông số bằng thước đo.
- So sánh mối tương quan giữa chỉ số, kích thước thu được và đưa ra kết luận.

2.4 Phương pháp thu thập số liệu:

2.4.1. Các bước thực hiện:

- Bước 1: Chọn ra nhóm sinh viên cười hở lợi (trong đề tài này chúng tôi sử dụng phân loại đường cười của Tjan và cộng sự) bằng cách cho nhóm đối tượng được chọn xem một clip hài, quan sát chọn ra nhóm bệnh nhân có đường cười cao ở nụ cười tối đa.

- Bước 2: Lập danh sách nhóm sinh viên.

- Bước 3: Liên hệ với các sinh viên để đặt hẹn lịch khám.

- Bước 4: Tập huấn khám và ghi số liệu.
- Bước 5: Tiến hành khám, ghi chép số liệu.
- Bước 6: Xử lí số liệu và đưa ra bản luận.

2.4.2 Dụng cụ khám:

- Bộ dụng cụ khám: găng tay, bông, cồn, đèn chiếu sáng, phiếu thu thập thông tin.

- Thước thẩm mỹ của Chu: thước được sử dụng để xác định tỉ lệ chiều rộng/chiều dài ở nhóm răng trước hàm trên (từ răng cửa giữa tới răng nanh). Tỉ lệ này được xác định sẵn khoảng 78% và được đánh dấu nhờ các vạch màu trên hai đầu của thước.



- Thước cặp hay còn gọi là thước kẹp đo chính xác tương đối cao, sai số đến 0,5mm.



Hình 2.1: Thước cặp

2.5 Một số khái niệm sử dụng trong nghiên cứu

2.5.1. Tỉ lệ chiều rộng/dài (CL/CW)

- Là tỉ lệ chiều rộng chia chiều dài của mỗi răng và đặc trưng cho mỗi răng.

- Đo bằng thước Chu: dụng cụ được sử dụng để đo chiều rộng và dài của các răng trước hàm trên. Đầu đo có các vạch xác định tỉ lệ định trước là 78%.

- Đầu T-bar: được thiết kế đo chiều rộng bởi thanh ngang và chiều dài bởi thanh dọc của răng trước hàm trên cùng 1 lúc. Mỗi vạch màu riêng biệt trên thanh dọc tương ứng với 1 vạch màu tương tự trên thanh ngang khi đặt trên răng, đảm bảo răng nằm trong đúng tỉ lệ.

Số phổ biến nhất tỉ lệ rộng/dài cho răng cửa giữa (vạch đỏ) 8,5/11mm, răng cửa bên (vạch xanh) 6,5/8,5mm, răng nanh (vạch vàng) 7,5/9,5mm.

Đôi khi có thể thấy các loại răng nhỏ, răng lớn và răng rất lớn. Trong trường hợp như vậy thước đo ban đầu sẽ chuyển xuống (1 vạch) hoặc lên (1 vạch cho răng lớn và 2 vạch cho răng rất lớn) từ phép đo bình thường nói trên.

2.5.2. Nụ cười tối đa: Duchenne de Boulogne (1806- 1875) nhận thấy sự khác biệt chính giữa cười tối đa và nụ cười xã giao là ở nụ cười tối đa có sự tham gia của cơ vòng mắt thêm vào với các cơ biểu cảm khác trên khuôn mặt.

2.6. Xử lý số liệu

- Số liệu được nhập và quản lý bằng phần mềm Microsoft Excel.
- Số liệu được xử lý bằng lập trình STATA 12
- Dùng kiểm định khi bình phương hoặc test Fisher exact cho các biến định tính.
- Giá trị $p < 0,05 \Rightarrow$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.7. Ý đức trong nghiên cứu

- Việc nghiên cứu được tiến hành đúng theo đề cương nghiên cứu đã được thông qua hội đồng của Viện đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường đại học Y Hà Nội.
- Đối tượng nghiên cứu không muốn tham gia có thể từ chối.
- Nghiên cứu không ảnh hưởng đến sức khoẻ, kinh tế, uy tín của đối tượng tham gia nghiên cứu.
- Thông tin thu được đều giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Tất cả các thông tin chỉ có người nghiên cứu mới được phép tiếp cận.

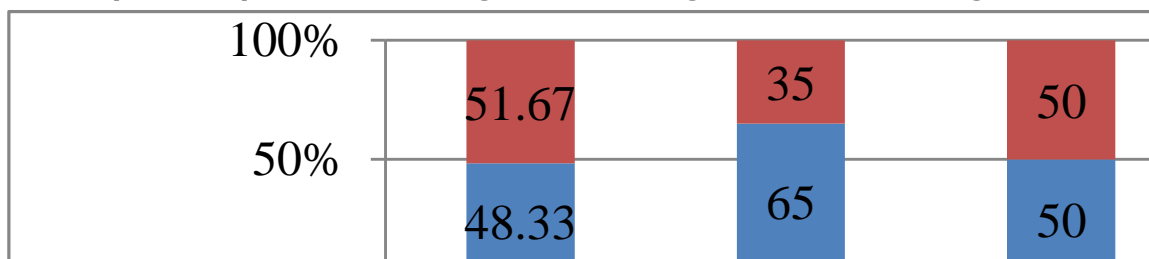
III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1 So sánh giá trị trung bình của tỉ lệ chiều rộng/chiều dài của các răng trước hàm trên theo giới

Vị trí răng	Tỉ lệ rộng/dài		P
	Nữ	Nam	
Răng cửa giữa	0,89± 0,08	0,86± 0,08	0,2495
Răng cửa bên	0,86±0,11	0,85±0,78	0,6452
Răng nanh	0,89±0,09	0,84±0,06	0,279

Nhận xét: Từ kết quả trên ta thấy tỉ lệ chiều rộng/dài của răng cửa giữa của nam là 0,86 và của nữ là 0,89; của răng cửa bên ở nam là 0,85 và ở nữ là 0,86; của răng nanh ở nam là 0,84 và ở nữ là 0,89. Tỉ lệ chiều rộng/dài của răng trước hàm trên của nam thấp hơn của nữ. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

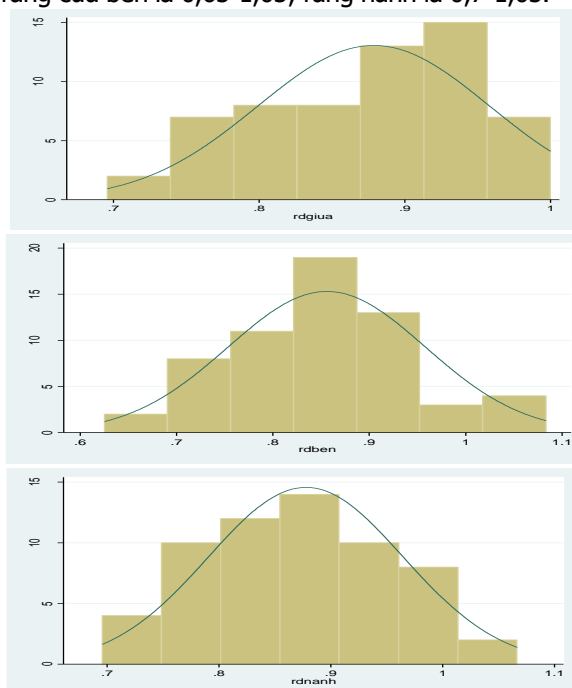
3.2. Nhận xét tỉ lệ cân đối thân răng của nhóm răng trước hàm trên bằng thước Chu



Biểu đồ 3.2: Tỉ lệ phần trăm thân răng cân đối trên lâm sàng của nhóm răng trước hàm trên theo thước thẩm mỹ Chu

3.1. Phân bố giá trị tỉ lệ chiều rộng/dài của các răng trước hàm trên

Nhận xét: Từ biểu đồ trên cho thấy giá trị tỉ lệ chiều rộng/dài của răng cửa giữa dao động từ 0,7-1; răng cửa bên là 0,65-1,05; răng nanh là 0,7-1,05.



Biểu đồ 3.1 Phân bố giá trị tỉ lệ chiều rộng/dài của các răng trước hàm trên

Nhận xét: Sau khi dùng thước thẩm mỹ Chu đo trên nhóm đối tượng nghiên cứu thấy tỉ lệ cân đối thân răng của nhóm răng trước hàm trên cao nhất ở răng cửa bên chiếm tỉ lệ 65% tiếp đến là răng nanh chiếm tỉ lệ 50%, thấp nhất là răng cửa giữa chiếm tỉ lệ 48,33%. Từ đó ta có, tỉ lệ thân răng lâm sàng chưa cân đối ở răng cửa giữa là 51,67%; răng cửa bên là 35%, răng nanh là 50%.

Bảng 3.2 So sánh giá trị trung bình của tỉ lệ rộng/dài của các răng trước hàm trên với tỉ lệ 0,78 của thước thẩm mỹ Chu

Vị trí răng	Tỷ lệ chiều rộng/dài trung bình	Tỷ lệ của thước thẩm mỹ Chu
Răng cửa giữa	0,88	0,78
Răng cửa bên	0,86	
Răng nanh	0,88	

Nhận xét: Từ bảng trên cho thấy tỷ lệ kích thước chiều rộng/dài của răng cửa giữa là 0,88; răng cửa bên là 0,86; răng nanh là 0,88. Tỷ lệ rộng/dài của nhóm răng trước hàm trên đều cao hơn tỷ lệ 0,78 của thước thẩm mỹ Chu.

Bảng 3.3: So sánh tỉ lệ ngắn thân răng của nhóm răng trước hàm trên ở hai giới theo thước thẩm mỹ Chu

Vị trí NTR	Tỷ lệ % NTR ở nam	Tỷ lệ % NTR ở nữ	P
NTR cửa giữa	27,78	61,9	0,024
NTR cửa bên	27,78	38,1	0,560
NTR nanh	33,33	57,14	0,158

Nhận xét: Theo thước thẩm mỹ Chu thì tỷ lệ ngắn thân răng ở giới nữ cao hơn giới nam. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ở răng cửa giữa và không có ý nghĩa thống kê với răng cửa bên và răng nanh với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nhận xét tỉ lệ trung bình chiều rộng/dài của các răng trước hàm trên

- Tỉ lệ trung bình chiều rộng/dài của răng cửa giữa hàm trên nam và nữ lần lượt là 0,86 và 0,89. Theo Peixoto và cộng sự, tỷ lệ rộng/dài lý tưởng cho các răng cửa trung tâm nên nằm giữa 75-80%. Tuy nhiên, tỷ lệ cho phép xuất hiện thẩm mỹ chấp nhận được là trong khoảng 65-85%. Theo Nalla Sandeep và cộng sự (2015) nghiên cứu trên đối tượng từ 18-28 tuổi giá trị trung bình tỷ lệ chiều rộng và chiều cao của răng cửa hàm trên trung tâm là 79,49% ở nam giới và 79,197% ở nữ. Tỉ lệ trung bình chiều rộng/dài của răng cửa giữa hàm trên cao hơn tỷ lệ lý tưởng (của Peixoto và cộng sự) và cao hơn tỷ lệ của Nalla Sandeep và cộng sự (2015).

- Tỉ lệ trung bình chiều rộng/dài của răng cửa giữa hàm trên là 88%, răng cửa bên hàm trên 86% và răng nanh là 88%. Theo Magne P và cộng sự năm 2003 nghiên cứu tỉ lệ rộng trên dài của thân răng trước hàm trên tỉ lệ rộng/dài giữa răng cửa giữa là 78%, răng cửa bên là 73% và răng nanh là 73%. Theo Chu tỷ lệ thẩm mỹ của thước Chu là 78% cho các răng trước hàm trên. Như vậy tỉ lệ rộng/dài của các răng trước hàm trên trong nghiên cứu của chúng tôi đều cao hơn kết quả nghiên cứu của Magne và cộng sự (2003) và tỉ lệ thẩm mỹ của thước Chu.

- Có sự khác biệt này có thể do nhóm đối tượng nghiên cứu là nhóm bệnh nhân cười hở lợi, có chiều dài trung bình thân răng lâm sàng ngắn hơn các nghiên cứu khác dẫn đến ảnh hưởng đến tỷ lệ rộng/dài của nhóm răng trước hàm trên.

- Kích thước dọc lợi là một trong yếu tố có liên quan lớn lên chiều cao lâm sàng của thân răng. Khi mô lợi tăng kích thước so với bình thường do các nguyên nhân viêm lợi màng bám, u xơ lợi di truyền và chậm mọc răng thụ động sẽ gây bộc lộ lợi quá mức khi cười gây tình trạng cười hở lợi. Sự tăng kích thước mô lợi này là một trong lý do gây ngắn thân răng lâm sàng.

4.2. Nhận xét tỉ lệ cân đối thân răng của nhóm răng trước hàm trên khi đo bằng thước thẩm mỹ Chu

- Theo kết quả khi đo bằng thước thẩm mỹ Chu tỉ lệ cân đối thân răng của răng cửa giữa hàm trên là 48,33%; răng cửa bên là 65%; răng nanh là 50%. Tỉ lệ ngắn thân răng lâm sàng của răng cửa giữa hàm trên là 51,67%; răng cửa bên hàm trên là 35%, răng nanh hàm trên là 50%.

- Tỉ lệ cân đối nhóm răng trước hàm trên khi đo bằng thước thẩm mỹ Chu chiếm tỉ lệ không cao, điều này cho thấy mối liên quan giữa cười hở lợi với kích thước của nhóm răng cửa trước hàm trên, tỉ lệ cân đối của nhóm răng trước hàm trên. Điều này có thể hướng đến cách điều trị khác nhau giữa nhóm bệnh nhân cười hở lợi khi có tỉ lệ thân răng lâm sàng chưa cân đối và

nhóm bệnh nhân cười hở lợi có tỉ lệ thân răng lâm sàng cân đối.

V. KẾT LUẬN

- Tỉ lệ rộng/dài của nhóm răng trước hàm trên: răng cửa giữa 0,88; răng cửa bên 0,86; răng nanh là 0,88 đều lớn hơn tỉ lệ thẩm mỹ 0,78 của thước Chu.

- Tỉ lệ cân đối thân răng của nhóm răng trước hàm trên: răng cửa giữa 48,33%; răng cửa bên 65%; răng nanh là 50%.

- Tỉ lệ chưa cân đối thân răng lâm sàng của nhóm răng trước hàm trên: răng cửa giữa 51,67%; răng cửa bên 35%; răng nanh 50%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wheeler.C (1965).** *A textbook of dental anatomy and physiology.* W.B.Sauder company. Philadelphia and London. 65-66, 21-25, 125-214.
2. **Liébart M.F., Borghetti A., Monnet-Corti V., et al (2004).** *Smile line and Periodontum Visibility.* Perio 2004, Vol.1, Issue. 1: 17-25.
3. **Tjan, A.H., G.D. Miller, and J.G. The (1984).** Some esthetic factors in a smile. *J Prosthet Dent.* 51(1 Coslet JG, Vanarsdal R, Weisgold A (1977). Diagnosis and classification of delayed passive eruption of the dentogingival junction in the adult. *Alpha Omegan* 7(37):24-8.
4. **Magne P, Gallucci GO, Belser UC (2015).** Anatomic crown width/length ratios of unworn and worn maxillary teeth in white subjects. *J Prosthet Dent.* 89(5):453-61.
5. **Nalla Sandeep, Parth Satwalekar, Siva Srinivas et al (2015).** An Analysis of Maxillary Anterior Teeth Dimensions for the Existence of Golden Proportion: Clinical Study. *J Int Oral Health.* Sep; 7(9): 18-21.):24-8. Peixoto LM, Louro RL, Gomes AA, (2012). de Nascimento APC, Photographic analysis of esthetic dental proportions. *Rev Gaucha Odontol* ; 60(1):13-17.
6. **Hasanreisoglu U, Berksun S, Aras K, Arslan I, (2005).** An analysis of maxillary anterior teeth: facial and dental proportions. *J Prosthet Dent* ; 94:530-538.
7. **Gillen RJ, Schwartz RS, Hilton TJ, Evans DB (1994).** An analysis of selected normative tooth proportions. *Int J Prosthodont.* ;7:410-417.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SỰ HÀI LÒNG CỦA BỆNH NHÂN NỘI TRÚ VỚI KHÁM CHỮA BỆNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HẢI DƯƠNG NĂM 2015

Đặng Văn Chức*, Phạm Văn Trung**

TÓM TẮT⁴

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của bệnh nhân nội trú Bệnh viện Đa khoa Hải Dương năm 2015. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng gồm 448 bệnh nhân nội trú bệnh viện. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Bệnh nhân dưới 60 tuổi (35,6%), học vấn thấp dưới hoặc bằng THCS (23,6%), thu nhập trên trung bình (38,8%), có bảo hiểm y tế (44,44%) là những yếu tố liên quan có ý nghĩa đến sự hài lòng của bệnh nhân với bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương. Một số yếu tố chưa thấy có liên quan gồm nghề nghiệp và tình trạng hôn nhân của đối tượng nghiên cứu.

Từ khóa: Sự hài lòng, bệnh nhân nội trú.

SUMMARY

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

**Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Trung

Email: phamtrungptth@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/6/2017

Ngày phản biện khoa học: 7/7/2017

Ngày duyệt bài: 20/7/2017

SOME RISK FACTORS RELATING TO INPATIENTS' SATISFACTION ABOUT EXAMINATION AND TREATMENT SERVICES AT HAI DUONG GENERAL HOSPITAL IN 2015

Objectives: The study was conducted to describe some risk factors relating to inpatients' satisfaction about examination and treatment services at general hospital of Haiduong in 2015. **Population and method:** The population included 448 inpatients. The method was descriptive and across-sectional study. **Results and conclusions:** Inpatients under 60 years old (35,6%), education level <= secondary school (23,6%), revenue more than average (38,8%), having health insurance (44,44%) were significantly associated to inpatients' satisfaction in general hospital of Haiduong. Some risk factors were not significantly associated with inpatients' satisfaction that were profession, marital status.

Key words: Satisfaction, inpatients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe (CSSK) tại bệnh viện là yếu tố quan trọng nhất, quyết định sự tồn tại của bệnh viện. Chất lượng chăm sóc sức khỏe tốt thể hiện ở bốn khía cạnh: có hiệu quả, khoa học, chăm sóc thực hiện theo tiêu chuẩn; thích hợp với người bệnh; an toàn

không gây biến chứng; dễ tiếp cận và chấp nhận, ít tốn kém so với cách điều trị khác [7]. Có nhiều phương pháp để đánh giá chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong đó sự hài lòng của người bệnh là một nội dung quan trọng để đánh giá chất lượng chăm sóc sức khỏe.

Trong hệ thống y tế, bệnh viện giữ vai trò quan trọng trong việc cung cấp các dịch vụ kỹ thuật khám chữa bệnh (KCB) ở tuyến thành phố. Đối với người dân địa phương những bệnh viện chuyên khoa là cơ sở y tế có thể cung cấp dịch vụ điều trị nội trú và ngoại trú [3].

Ngày nay, nền kinh tế nước ta vận hành theo cơ chế thị trường, sự cạnh tranh của các loại hình dịch vụ trong đó có dịch vụ y tế tất yếu sẽ xảy ra không chỉ ở trong nước mà còn giữa nước ta với các nước khác. Việc đánh giá sự hài lòng của người bệnh tại các bệnh viện là vô cùng quan trọng, để xác định được nhu cầu của người bệnh và thân nhân người bệnh, kịp thời phát hiện những tồn tại để bệnh viện hoàn thiện và phát triển ngày càng được sự quan tâm.

Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương hiện chưa có nghiên cứu về yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh nội trú. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu sau: *Mô tả một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương năm 2015.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn:

- Bệnh nhân trên 18 tuổi, có đủ năng lực để trả lời các câu hỏi điều tra.
- Tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân làm thủ tục xuất viện.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không thỏa mãn tiêu chuẩn chọn.
- Người bệnh là nhân viên, người nhà của nhân viên bệnh viện.
- Từ chối tham gia phỏng vấn.

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Hải Dương, năm 2015.

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

2.1.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu gồm 448 bệnh nhân tại các khoa điều trị Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương. Mẫu được chọn theo phương pháp chủ đích không xác suất tại khoa Nội và khoa ngoại của Bệnh viện.

2.1.5. Nội dung nghiên cứu

Liên quan đến sự hài lòng với chất lượng dịch vụ KCB của người bệnh nội trú gồm:

- Mỗi liên quan giữa sự hài lòng và độ tuổi của bệnh nhân
- Mỗi liên quan giữa sự hài lòng và giới tính của bệnh nhân
- Mỗi liên quan giữa sự hài lòng và trình độ học vấn của bệnh nhân
- Mỗi liên quan giữa sự hài lòng và nghề nghiệp của bệnh nhân
- Mỗi liên quan giữa sự hài lòng và tình trạng hôn nhân của bệnh nhân
- Mỗi liên quan giữa sự hài lòng và mức thu nhập của bệnh nhân
- Mỗi liên quan giữa sự hài lòng và đối tượng có BHYT và đối tượng không có BHYT của bệnh nhân

2.1.6. Thu thập thông tin: Bệnh nhân sau khi hoàn tất các thủ tục khám bệnh, xuất viện sau thời gian điều trị sẽ được mời tham gia nghiên cứu. Phỏng vấn đối tượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi có cấu trúc gồm 5 mức độ: rất không hài lòng, không hài lòng, không biết/không trả lời, hài lòng và rất hài lòng..

2.2.7. Xử lý số liệu: Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 19.0. Tính tỷ lệ phần trăm, so sánh tỷ lệ phần trăm bằng test khi bình phương.

Tình OR để tìm mối liên quan giữa yếu tố nguy cơ và mức độ hài lòng của bệnh nhân. $OR > 1$ có tương quan thuận, $OR = 1$ không có tương quan. $OR < 1$ tương quan nghịch.

Khi $OR > 1$, nằm trong khoảng 95%CI và cực dưới của 95%CI cũng phải lớn hơn 1 thì có mối liên quan giữa yếu tố liên quan sự hài lòng của bệnh nhân.

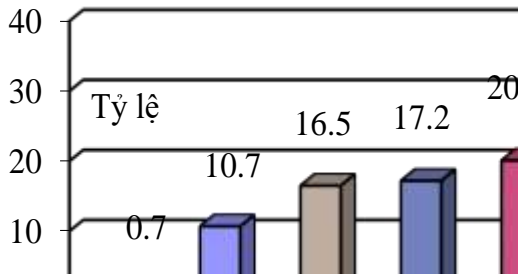
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số thông tin về đối tượng nghiên cứu:

Nhóm tuổi trên 60 có đối tượng tham gia nghiên cứu cao nhất là 34,8%, nhóm thấp nhất là dưới 20 tuổi chiếm 0,7%. Khối nội có số bệnh nhân tham gia nghiên cứu cao hơn số bệnh nhân ở khối ngoại (52,2% so với 47,8%).

Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi (n=448)

Nhận xét: Nhóm tuổi cao nhất là >=60 chiếm 34,8%, nhóm thấp nhất là <=19 chiếm 0,7.



3.2. Một số liên quan đến sự hài lòng với chất lượng dịch vụ KCB của người bệnh nội trú

Bảng 3.1. Liên quan giữa sự hài lòng và độ tuổi của người bệnh nội trú

Kết quả Nhóm tuổi	Chưa hài lòng		Hài lòng		Tổng	OR 95%CI	p
	n	%	n	%			
<60 tuổi	104	35,6	188	64,4	292	1,88 (1,18-2,87)	<0,05
>=60 tuổi	36	23,1	120	76,9	156		
Tổng	140	31,3	308	68,8	448		

Nhận xét: Bệnh nhân dưới 60 tuổi nguy cơ không hài lòng với bệnh viện tăng lên 1,88 lần so với bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên.

Bảng 3.2. Liên quan giữa sự hài lòng và trình độ học vấn của người bệnh nội trú

Kết quả Trình độ học vấn	Chưa hài lòng		Hài lòng		Tổng	OR 95%CI	p
	n	%	n	%			
<=THCS	87	39,0	136	61,0	223	2,08 1,37-3,12	<0,05
>THPT	53	23,6	172	76,4	225		
Tổng	140	31,2	308	68,8	448		

Nhận xét: Học vấn thấp nguy cơ không hài lòng tăng lên 2,08 lần so với người có học vấn cao hơn.

Bảng 3.3. Liên quan giữa sự hài lòng và nghề nghiệp của người bệnh nội trú

Kết quả Nghề nghiệp	Chưa hài lòng		Hài lòng		Tổng	OR 95%CI	p
	n	%	n	%			
Làm ruộng	63	34,6	119	65,4	182	1	
Lao động TD	19	25,3	56	74,7	75	1,56 0,82-2,99	>0,05
Học sinh-SV	3	50,0	3	50,0	6	0,53 0,08-3,4	>0,05
CB-VC	17	43,6	22	56,4	39	1,21 0,61-2,44	>0,05
Hưu	16	29,6	38	70,4	54	1,26 0,62-2,56	>0,05
Công nhân	19	24,7	58	56,4	77	1,62 0,85-3,09	>0,05
Khác	3	21,4	11	78,6	14	1,94 0,48-9,13	>0,05
Tổng	140	31,2	308	68,8	448		

Nhận xét: Khi phân tích tăng chúng tôi nhận thấy nghề nghiệp không có liên quan đến mức độ hài lòng hay không của bệnh nhân đối với bệnh viện.

Bảng 3.4. Liên quan giữa sự hài lòng và tình trạng hôn nhân của người bệnh nội trú

Kết quả Hôn nhân	Chưa hài lòng		Hài lòng		Tổng	OR 95%CI	p
	n	%	n	%			
Độc thân	9	32,1	19	67,9	28	1,03 0,42-2,49	>0,05
Có gia đình	127	31,4	277	68,6	404	1	

Ly hôn, góa bụa	4	23,1	12	76,9	16	0,73 0,19-2,49	>0,05
Tổng	140	31,3	308	68,8	448		

Nhận xét: Tình trạng hôn nhân trong nghiên cứu này không ảnh hưởng đến mức độ hài lòng của người bệnh đối với bệnh viện.

Bảng 3.5. Liên quan giữa sự hài lòng và mức thu nhập của người bệnh nội trú

Kết quả	Chưa hài lòng		Hài lòng		Tổng	OR 95%CI	p
	n	%	n	%			
Thu nhập							
Thu nhập trên trung bình	71	38,8	112	61,2	183	1,8	<0,05
<= trung bình	69	26,0	196	74,0	265	1,2-2,69	
Tổng	140	31,3	308	68,8	448		

Nhận xét. Những người thu nhập cao từ 3 triệu trở lên/tháng nguy cơ không hài lòng với bệnh viện tăng lên 1,8 lần so với những thu thập dưới 2 triệu/ tháng.

Bảng 3.6. Liên quan giữa người có bảo hiểm y tế với sự hài lòng của bệnh nhân nội trú

Kết quả	Chưa hài lòng		Hài lòng		Tổng	OR 95%CI	p
	n	%	n	%			
Bảo hiểm							
Có BHYT	120	44,44	150	55,56	270	6,32	<0,01
Không có BHYT	20	12,23	158	87,79	178	3,64-11,06	
Tổng	140	31,3	308	68,8	448		

Nhận xét: Những người có bảo hiểm y tế có nguy cơ không hài lòng với dịch vụ khám chữa bệnh trong bệnh viện của bệnh nhân nội trú tăng lên gấp 6,32 lần so với bệnh nhân không có bảo hiểm.

IV. BÀN LUẬN

Bảng 3.1 liên quan tuổi và sự hài lòng. Kết quả cho thấy bệnh nhân dưới 60 tuổi nguy cơ không hài lòng với bệnh viện tăng lên 1,88 lần so với nhóm từ 60 trở lên. Theo Phó Anh Phương và CS ở viện Mắt Trung ương, 67,3% người bệnh trong độ tuổi lao động và hầu hết sống ở vùng đồng bằng và người bệnh chọn bệnh viện vì có chuyên môn cao.

Phạm Thị Thu Hà [5] ở Hải Phòng chia tuổi bệnh nhân thành 2 nhóm dưới hay bằng 30 tuổi và trên 30 tuổi. Tác giả cũng nhận thấy bệnh nhân dưới hay bằng 30 tuổi thì nguy cơ không hài lòng tăng lên 4,95, 95%CI từ 2,13 đến 11,41 và p<0,001.

Bảng 3.2 là liên quan giữa học vấn với mức độ hài lòng. Kết quả chỉ ra những người bệnh nhân có học vấn dưới hoặc bằng THCS có liên quan với học vấn của người được phỏng vấn thấp với OR là 2,08. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của Phạm Thị Thu Hà [5] ở Hải Phòng là 5,42 và 95%CI từ 2,17-10,85 và p<0,001. Ngoài ra kết quả cũng phù hợp với nghiên cứu [4], [5], [6].

Nguyễn Thị Tuyết Nhung (2014) cũng nhận thấy những người có học vấn thấp trong nghiên cứu của mình khó chấp nhận về chất lượng dịch vụ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định hơn những người có học vấn từ THCS trở lên.

Bảng 3.3 là liên quan giữa nghề với sự hài lòng khi nằm viện. Tuy nhiên chúng tôi thấy

không có sự liên quan giữa các nhóm nghề nghiệp với dịch vụ bệnh viện.

Phạm Thị Thu Hà [5] khi phân tích từng các nhóm nghề nghiệp với sự hài lòng lại thấy có mối liên quan. Nhóm lao động tự do có OR là 3,42, nhóm công nhân viên chức OR là 3,66, nhóm bệnh nhân là công nhân OR là 1,35, và nhóm bệnh nhân là các đối tượng khác có OR là 7,22. Theo Nguyễn Thị Trà My [7] bệnh nhân làm ruộng mức độ không hài lòng cao hơn các đối tượng nghề nghiệp khác (OR=4,8) với p<0,001.

Bảng 3.4 là liên quan giữa tình trạng hôn nhân và mức độ hài lòng. Theo Phạm Thị Thu Hà [5] mối liên quan này có OR là 30,03 nghĩa là bệnh nhân là người độc thân, góa bụa, ly thân nguy cơ không hài lòng với dịch vụ khám chữa bệnh tăng lên 30,03 lần so với bệnh nhân có gia đình với 95%CI từ 7,6 đến 118,5 và p<0,001. Những người độc thân, góa bụa, ly thân thường được coi là người cau có, dễ nổi nóng, tính khí thất thường, mặc cảm, đôi khi sống khép kín xa lánh mọi người kể cả trong gia đình và cộng đồng. Do vậy những người này thường hay không thể hiện sự hài lòng trước các dịch vụ cung cấp nhất là dịch vụ về sức khỏe [2].

Bảng 3.5 là liên quan thu nhập với sự hài lòng (OR=1,8). Kết quả phù hợp với Phạm Thị Thu Hà [5] tại Hải Phòng là 3,66, Nguyễn Thị Trà My [7] OR=12,9).

Bảng 3.6 là sự liên quan không có BHYT với hài lòng (OR= 6,32). Kết quả phù hợp với kết

quả của Phạm Thị Thu Hà [5] với OR là 6,26, Assal AF [1].

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân dưới 60 tuổi (35,6%), học vấn thấp dưới hoặc bằng THCS (23,6%), thu nhập trên trung bình (38,8%), có bảo hiểm y tế (44,44%) là những yếu tố liên quan có ý nghĩa đến sự hài lòng của bệnh nhân với bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương. Một số yếu tố chưa thấy có liên quan gồm nghề nghiệp và tình trạng hôn nhân của đối tượng nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Assal A F. (2004)** Chất lượng trong y tế. Đo lường & quản lý chất lượng y tế - Mô đun đào tạo cải thiện chất lượng. Viện Nghiên cứu Hệ thống Y tế, Bộ Y tế Malaysia, tr 1-17.
2. **Nguyễn Thành Công và cộng sự (2008)**, "Nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ y tế và sự hài lòng của người bệnh tại các bệnh viện tỉnh Hải Dương năm 2007-2008", Tạp chí y học thực hành số 10/2008, tr 48-50.

3. **Phạm Trí Dũng (2008)**: Tổng quan chung về bệnh viện Việt Nam hiện nay", Tạp chí Y tế công cộng (12), 5/2009, tr 4-14.
4. **Lê Thị Thu Hà (2009)**. "Thực trạng công tác khám chữa bệnh và sự hài lòng của người bệnh đối với chất lượng khám chữa bệnh tại khoa khám bệnh, bệnh viện huyện Thanh Miện, tỉnh Hải Dương năm 2009". Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng.
5. **Phạm Thị Thu Hà (2015)**, "Đánh giá sự hài lòng của người bệnh nội trú về chất lượng dịch vụ khám và điều trị tại bệnh viện phụ sản Hải Phòng năm 2014", Luận văn tốt nghiệp cao học năm 2015-Đại học Y Dược Hải Phòng.
6. **Phùng Thị Hồng Hà và CS (2012)**, "Đánh giá sự hài lòng của khách hàng sử dụng dịch vụ y tế tại bệnh viện Việt Nam-Cu Ba Đồng Hới-Quảng Bình", Tạp chí khoa học, ĐHY Huế, tập 72B, số 3, tr 75-84.
7. **Nguyễn Thị Trà My (2012)**, "Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh tại Trung tâm y tế quận Dương Kinh-Hải Phòng năm 2012", Luận văn thạc sỹ y tế Công cộng, Đại học Y Dược Hải Phòng.

VAI TRÒ CLVT TRONG BẤT THƯỜNG GIẢI PHẪU ĐỘNG MẠCH DƯỚI ĐÒN PHẢI QUẠT NGƯỢC SAU THỰC QUẢN

Lê Đức Nam*, Đoàn Thị Nguyệt Linh**,
Đặng Vĩnh Hiệp***, Nguyễn Quốc Dũng*

Từ khóa: Bất thường cung động mạch chủ, bất thường động mạch dưới đòn phải, cắt lớp vi tính.

TÓM TẮT⁵

Mục tiêu: Đánh giá bất thường động mạch dưới đòn bên phải quạt ngược sau thực quản trên cắt lớp vi tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, 293 bệnh nhân chụp cắt lớp vi tính 64 dãy cung động mạch chủ và các nhánh của tại bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 11/2016 đến tháng 5/2017. **Kết quả:** Qua 293 bệnh nhân, nam chiếm 80%, tỷ lệ gặp của bệnh lý này là 1.7%, Trong số 5 trường hợp bất thường động mạch dưới đòn phải, 4 trường hợp thuộc dạng đơn thuần, tức là từ cung động mạch chủ tách ra 4 nhánh, 1 trường hợp còn lại có sự kết hợp hai biến thể thân chung của động mạch cảnh chung phải và trái. Bất thường đường đi động mạch dưới đòn bên phải quạt ngược sau thực quản gặp trong 1,7% các trường hợp. Các bệnh nhân đều không có triệu chứng.

SUMMARY

VALUATION OF MULTI DETECTOR COMPUTER TOMOGRAPHY FOR ABERRANT RETROESOPHAGEAL RIGHT SUBCLAVIAN ARTERY

Purpose: Valuation of multy detector computer tomography for aberrant retroesophageal right subclavian artery. **Material and methods:** The study was designed as a prospective cross – section study for 293 patients with MDCT 64 Slices of aortic arch and its branches. The study setting was Friendship Hospital between November 2016 and May 2017. **Results:** At baseline, 293 patients (234 mens and 59 womens) was observed. ARRSA was present in 5 cases (5/193, 1.7%). In 5 cases with ARRSA, we saw 1 case associated with bicarotid truncus. ARS course was present 1.7%. All cases with ARRSA have not symptom.

Keywords: Aberrant retroesophagealright subclavian artery, abnormal Aorta Arch, Computer tomography

*Bệnh viện Hữu Nghị,

**Trường Đại học Y Thái Nguyên,

***Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Nam

Email: namxoanle.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/6/2017

Ngày phản biện khoa học: 12/7/2017

Ngày duyệt bài: 21/7/2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bất thường cung động mạch chủ (ĐMC) thường gặp trên lâm sàng. Động mạch dưới đòn phải thường tách từ thân cánh tay đầu, đi trước

trong thực quản, uốn cong, đi sau giữa xương đòn rồi cấp máu cho chi trên, tuy nhiên một số trường hợp động mạch dưới đòn phải (Aberrant Right Subclavian Artery - ARSA) tách trực tiếp từ cung động mạch chủ như một nhánh riêng, đi sang phải và quặt ngược sau thực quản. Bệnh lý bất thường động mạch dưới đòn phải này ít gặp và ít được mô tả [1]. Đây là hậu quả của bất thường trong thoái hóa của cung động mạch chủ ở những tuần đầu thai kì (khoảng tuổi thai thứ 8). Trong trường hợp ARSA bất thường, cung động mạch chủ thoái hóa ở vị trí giữa ĐM cảnh chung và ARSA, vì vậy cản trở sự hợp nhất của chúng thành thân ĐM cánh tay đầu. Kết quả là cung động mạch chủ tách ra 4 nhánh lớn: ĐM cảnh chung trái, ĐM cảnh chung phải, ĐM dưới đòn trái và ĐM dưới đòn phải bất thường. Sau đó, ARSA sẽ đi từ bên trái cột sống, phía sau thực quản và khí quản sang chi trên bên phải và được gọi là ĐM dưới đòn phải quặt sau thực quản [2].

Bệnh nhân có bất thường này thường không có biểu hiện lâm sàng, đa số phát hiện tình cờ, một số bệnh nhân có rối loạn nuốt (hay còn được gọi là Dysphasia lusoria) nhưng không trầm trọng [3]. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính hay cộng hưởng từ. Trong các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện nay, CLVT 64 có vai trò quan trọng vì không cần can thiệp, có nhiều điểm ưu việt hơn chụp mạch qua da (DSA) vì khả năng tạo ảnh nhiều bình diện bằng nhiều phần mềm, không những quan sát được mạch máu mà còn đánh giá được mối tương quan với các cấu trúc giải phẫu lân cận. Bất thường giải phẫu ARSA là một biến thể hiếm gặp và được phát hiện rất tốt bằng chụp CLVT [1].

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu đánh giá về bất thường động mạch dưới đòn bên phải quặt ngược sau thực quản trên cắt lớp vi tính ở 293 bệnh nhân chụp CLVT cung động mạch chủ và các nhánh tại bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 11/2016 đến tháng 5/2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Mẫu nghiên cứu: mẫu nghiên cứu gồm 293 bệnh nhân được chụp CLVT 64 dãy toàn thân, CLVT ngực từ tháng 11/2016 đến tháng 5/2017 tại khoa Chẩn đoán hình ảnh, bệnh viện Hữu Nghị.

2.1.2 Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu một cách ngẫu nhiên theo trình tự thời gian, được chụp CLVT

64 dãy có tiêm thuốc cản quang và dựng hình hệ thống cung động mạch chủ và động mạch dưới đòn trên các bình diện và các kiểu tạo ảnh.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân bị nhiều ảnh, vôi hóa thành mạch nhiều, hẹp tắc > 50% đường kính mạch.
- Tất cả các bệnh nhân đã điều trị can thiệp mạch chủ ngực.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, tiến cứu trong thời gian từ tháng 11/2016 đến tháng 5/2017 tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Hữu Nghị Hà Nội.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu: Máy CLVT 64 dãy loại Light speed VCT 64 (GE – Mỹ).

2.3. Quy trình nghiên cứu: Các bệnh nhân trong nghiên cứu được chụp CLVT 64 dãy có cắt qua cung động mạch chủ và các nhánh tùy theo chỉ định, có tiêm thuốc cản quang. Tái tạo ảnh MPR, MIP độ dày từ 1,5 đến 3mm. Các bệnh nhân được đánh giá về phân nhánh của cung động mạch chủ và xác định các biến thể giải phẫu của động mạch dưới đòn theo phân loại của Celikiay và cộng sự [1].

Xác định các biến số: Trên CLVT 64 dãy: xác định cách tách nhánh cung động mạch chủ ngực, vị trí tách của động mạch dưới đòn bên phải, hướng đi, liên quan của động mạch dưới đòn bên phải.

Phân tích và xử lý số liệu theo phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

Chúng tôi nghiên cứu trên 293 bệnh nhân trong đó có 81 bệnh nhân nữ (chiếm 27,6%) và 212 bệnh nhân nam (chiếm 72,4%).

Tỷ lệ xuất hiện biến thể dạng động mạch dưới đòn phải bất thường là 1,7%(5/293). Trong đó, có 4 trường hợp bệnh nhân là nam chiếm tỷ lệ 80%, 1 trường hợp bất thường động mạch dưới đòn phải ở nữ chiếm tỷ lệ 20%.

Trong số 5 trường hợp bất thường động mạch dưới đòn phải trong nghiên cứu này, 4 trường hợp thuộc dạng đơn thuần, tức là từ cung động mạch chủ tách ra 4 nhánh lần lượt từ phải sang trái là: động mạch cảnh chung phải, động mạch cảnh chung trái, động mạch dưới đòn trái và động mạch dưới đòn phải bất thường là nhánh cuối cùng xuất phát từ cung (*Hình 1*). Trường hợp còn lại có sự kết hợp hai dạng biến thể, cung động mạch chủ tách ra 3 nhánh lần lượt: thân chung của động mạch cảnh chung phải và trái, động mạch dưới đòn trái và động mạch dưới đòn phải bất thường (*Hình 2*).

Về đường đi động mạch dưới đòn phải: có 98,3% bệnh nhân có đường đi của động mạch dưới đòn phải bình thường: từ thân động mạch cánh tay đầu chạy qua nền cổ đến chi trên phải. 1,7% bệnh nhân có đường đi của động mạch dưới đòn biến đổi: từ cung động mạch chủ, động mạch dưới đòn phải chạy qua trung thất từ trái sang phải, bắt chéo sau khí quản và thực quản để đến chi trên phải.



Hình 1. Bất thường động mạch dưới đòn phải tách trực tiếp từ cung động mạch chủ rồi chạy sau thực quản



Hình 3. Bất thường động mạch dưới đòn bên phải tách từ thân chung động mạch cảnh chung phải và trái rồi chạy ra sau thực quản.

IV. BÀN LUẬN

Bất thường cung động mạch chủ (ĐMC) và các nhánh của nó thường gặp trên lâm sàng. Động mạch dưới đòn phải thường tách từ thân cánh tay đầu, đi trước trong thực quản, uốn cong, đi sau giữa xương đòn rồi cấp máu cho chi trên, tuy nhiên một số trường hợp động mạch dưới đòn phải (Aberrant Right Subclavian Artery - ARSA) tách trực tiếp từ cung động mạch chủ như một nhánh riêng, đi sang phải và quặt

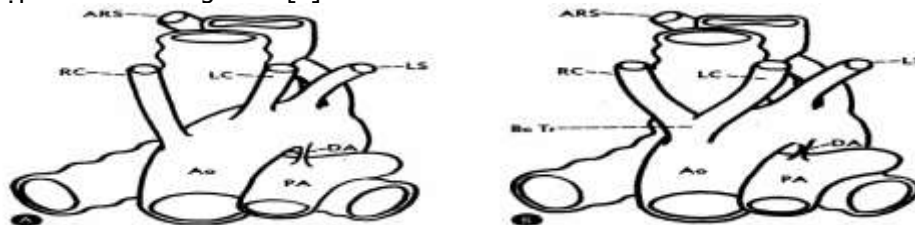
ngược sau thực quản. Bất thường vị trí xuất phát và đường đi động mạch dưới đòn bên phải ít được mô tả. [1]. Bệnh lý này là hậu quả của bất thường trong thoái hóa của cung động mạch chủ ở những tuần đầu thai kì. Trong trường hợp ĐM dưới đòn phải bất thường, cung phải thoái hóa ở vị trí giữa ĐM cảnh chung và ĐM dưới đòn phải, vì vậy cản trở sự hợp nhất của chúng thành thân ĐM cánh tay đầu. Kết quả là cung động mạch chủ tách ra 4 nhánh lớn: ĐM cảnh chung trái, ĐM cảnh chung phải, ĐM dưới đòn trái và ĐM dưới đòn phải bất thường. Sau đó, ĐM dưới đòn phải sẽ đi từ bên trái cột sống, phía sau thực quản và khí quản sang chi trên bên phải và được gọi là ĐM dưới đòn phải quặt sau thực quản [2] (Hình 1).

Động mạch dưới đòn phải bất thường có thể phối hợp với các bất thường tim mạch khác. Các dạng biến thể của cung động mạch chủ có thể phối hợp với bất thường động mạch dưới đòn phải. Hay gặp nhất là dạng thân chung của động mạch cảnh chung trái và phải cùng với bất thường động mạch dưới đòn, dạng này chiếm tỷ lệ 20,6-29%. Trong nghiên cứu của chúng tôi quan sát thấy 1 trường hợp thuộc nhóm này. Túi thừa động mạch, còn được gọi là túi thừa Kommerell có thể thấy ở nguyên ủy của nhánh này và tỷ lệ xuất hiện có thể lên tới 60% các trường hợp, được coi là dấu vết còn lại của cung động mạch chủ phải[6]. Chúng tôi không phát hiện trường hợp nào có động mạch dưới đòn phải bất thường kết hợp với các bệnh lý tim mạch khác như các tác giả mô tả. Túi thừa động mạch cũng không được tìm thấy trong các trường hợp này.

Bất thường đường đi động mạch dưới đòn có thể kết hợp với bất thường giải phẫu động mạch cảnh gốc phải và trái cùng một thân chung hoặc có thể không có sự kết hợp này (Hình 3). Theo thống kê y văn của tác giả Klinkhamer năm 1966, có 29% (85/295) trường hợp bất thường động mạch dưới đòn phải kết hợp thân chung động mạch cảnh gốc phải và trái, có 10% (31/295) trường hợp bất thường động mạch dưới đòn phải mà không có sự kết hợp thân chung động mạch cảnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong số các trường hợp bất thường động mạch dưới đòn phải thì có 20% (1/5) các trường hợp là kết hợp với thân chung động mạch cảnh phải và trái. Theo ý kiến của chúng tôi, sự kết hợp hai dạng bất thường này đã góp phần giải thích một phần nào biểu hiện khó nuốt của bệnh nhân trên lâm sàng.

Các trường hợp động mạch dưới đòn phải bất thường phần lớn không có triệu chứng lâm sàng và thường được phát hiện ngẫu nhiên, nhưng trong một số ít trường hợp có thể có biểu hiện khó nuốt và nuốt nghẹn do sự đè ép của động mạch vào thực quản, còn được gọi là "Dysplasia Lursoria" được mô tả lần đầu tiên năm 1787 bởi tác giả Bayford, tuy nhiên sự nuốt nghẹn và tỷ lệ bệnh không tương đồng với nhau, tỷ lệ gặp cao của biến thể này không tương xứng với tỷ lệ thấp của triệu chứng khó nuốt cần sự chăm sóc y tế [3]. Một số báo cáo lưu ý rằng có thể cần chú ý đến các bệnh nhân có bất thường động mạch dưới đòn phải khi thực hiện siêu âm tim qua đường thực quản hoặc nội soi dạ dày, để tránh đè ép lên đoạn động mạch dưới đòn phải đi ở phía sau thực quản có thể dẫn đến giảm sự

Bệnh lý này đa số không cần điều trị, một số trường hợp được điều trị khi gây chèn ép nặng thực quản và khí quản, phương pháp điều trị là phẫu thuật hoặc can thiệp mạch. Một số trường hợp điều trị khi kết hợp với bất thường khác [7].



Hình 3. Bất thường động mạch dưới đòn bên phải sau thực quản và thân chung động mạch cảnh gốc.

A: Bất thường động mạch dưới đòn phải sau thực quản không có thân chung động mạch cảnh gốc hai bên. B: Có kết hợp thân chung động mạch cảnh gốc. (AO: Aorta – cung động mạch chủ; PA: Pulmonary artery- động mạch phổi; DA: Ductus arteriosus - ống động mạch; RC: Right carotid artery – động mạch cảnh gốc phải; LC: Left carotid artery- động mạch cảnh gốc trái; LS: Left subclavian artery; ARS: Aberrant right subclavian – động mạch cảnh gốc phải; Bc Tr: Bicarotoc truncus – Thân chung động mạch cảnh)

V. KẾT LUẬN

Bất thường động mạch dưới đòn bên phải hiếm gặp và ít được mô tả. Bệnh lý này là hậu quả của bất thường trong thoái hóa của cung động mạch chủ ở những tuần đầu thai kỳ. Tỷ lệ gặp của trong dân số của bệnh lý này từ 0,5-1,5%. Bệnh lý này có thể kết hợp với các bất thường tim mạch khác, trong đó túi thừa Kommerell hay gặp. Nghiên cứu của chúng tôi với 293 BN, cho thấy tỉ lệ gặp của bệnh lý này là 1,7%, nam chiếm 80% các trường hợp, phát hiện bệnh tình cờ. CLVT giúp chẩn đoán bệnh và đánh giá tốt về liên quan giải phẫu. Việc điều trị bệnh lý này là không cần thiết, tuy nhiên trong những trường hợp gây chèn ép thực quản và khí quản và có triệu chứng lâm sàng thì nên cân nhắc vấn đề điều trị bằng phẫu thuật hoặc can thiệp mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

tưới máu cho chi trên bên phải [5]. Các bệnh nhân của chúng tôi cũng không có triệu chứng lâm sàng nào đặc trưng cho bất thường này của động mạch dưới đòn như nuốt nghẹn, mà được phát hiện hoàn toàn ngẫu nhiên.

Chẩn đoán hình ảnh có giá trị cho chẩn đoán bất thường này. Siêu âm trước sinh giúp tầm soát bệnh lý này [2]. Ở người trưởng thành, CLVT đã giúp chẩn đoán bệnh, dựng hình đường đi mạch máu giúp cho vấn đề can thiệp, bên cạnh đó còn giúp phát hiện các bất thường đi kèm khác. Chụp cản quang Barrit thực quản giúp đánh giá mức độ hẹp thực quản do bị chèn ép bởi động mạch dưới đòn, một số trường hợp giúp định hướng điều trị [7].

1. Zekiye Ruken Yuksekkaya Celikyay et al (2013), "Frequency and imaging findings of variations in human aortic arch anatomy based on multidetector computed tomography data", *Clinical imaging*, 37(6), tr. 1011-1019.
2. Chaoui R, Thiel G, Heling KS. (2005.) Prevalence of an aberrant right subclavian artery (ARSA) in normal fetuses: a new soft marker for trisomy 21 risk assessment. *Ultrasound Obstet Gynecol*; 26: 356
3. Bayford. D. (1794). Account of singular case of obstructed deglutition. *London*, 271-282
4. R.Chaoui, A.Rake and K.S.Heling (2008), "Aortic arch with four vessels: aberrant right subclavian artery", *Ultrasound Obstet Gynecol*; 31: tr 115-117.
5. Elif Ergun, Betül Şimşek, Pınar Nercis Koşar et al (2013), "Anatomical variations in branching pattern of arcus aorta: 64-slice CTA appearance", *Surgical and Radiologic Anatomy*, 35(6), tr. 503-509.
6. Van Son JA, Konstantinov IE, Burckhard F (2002). Kommerell and Kommerell's diverticulum. *Tex Heart Inst J*; 29:109-12.

7. **Klinkhamer A.C.**(1966). Aberrant right subclavian artery: clinical and roentgenology. *American*

Journal of Roentgenology .vol 97:438-446.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHENYLEPHRIN ĐIỀU TRỊ TỤT HUYẾT ÁP TRONG GÂY TÊ TỦY SỐNG ĐỂ MỔ LẤY THAI

Phạm Lê Hoàn*, Nguyễn Đức Lam**

TÓM TẮT⁶

Mục tiêu: So sánh hiệu quả điều trị tụt huyết áp của Phenylephrin với Ephedrin trong gây tê tủy sống để mổ lấy thai. Đối tượng, phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh trên 60 sản phụ được gây tê tủy sống để mổ lấy thai, chia làm hai nhóm: Nhóm I điều trị tụt huyết áp bằng tiêm tĩnh mạch Ephedrin 6mg/lần; nhóm II điều trị tụt huyết áp bằng tiêm tĩnh mạch Phenylephrin 50 mcg/lần. Kết quả: Huyết áp động mạch trung bình của hai nhóm sau khi được điều trị không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tần số tim của nhóm ephedrin cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm phenylephrin từ phút thứ 4 đến phút thứ 14 sau gây tê tủy sống ($p < 0,05$). Lượng Ephedrin tiêu thụ là: $15,3 \pm 6,5$ mg, lượng Phenylephrin tiêu thụ là: $75,0 \pm 34,7$ mcg. Kết luận: Phương pháp tiêm tĩnh mạch phenylephrin 50 mcg/lần sau gây tê tủy sống để mổ lấy thai có hiệu quả điều trị tụt huyết áp tương đương với phương pháp tiêm tĩnh mạch ephedrine 6 mg/lần nhưng không làm tăng nhịp tim của người mẹ.

Từ khóa: gây tê tủy sống, tụt huyết áp, phenylephrin, ephedrin.

SUMMARY

EVALUATION THE EFFICIENCY OF PHENYLEPHRIN FOR TREATMENT OF ARTERIAL HYPOTENSION IN SPINAL ANESTHESIA FOR CESAREAN SECTION

Objective: To compare the efficacy of Phenylephrine with Ephedrine in treatment of arterial hypotension after spinal anesthesia for cesarean section. Subjects and methods: A randomized clinical trial comparing over 60 women with spinal anesthesia for cesarean section divided into two groups: Group I: treatment of arterial hypotension with intravenous Ephedrine 6 mg once; Group II: treatment of arterial hypotension with intravenous Phenylephrine 50 mcg once. Results: Mean arterial blood pressure in the two groups after treatment was not significantly different ($p > 0.05$). Heart rate of ephedrine group was significantly higher than phenylephrine group from 4 to 14 minutes after spinal anesthesia ($p < 0.05$). The amount of ephedrine consumed was: 15.3 ± 6.5 mg,

the amount of phenylephrine consumed was: 75.0 ± 34.7 mcg. Conclusion: The effective of treatment of arterial hypotension by intravenous phenylephrine 50 mg once following spinal anesthesia for caesarean section was similar to ephedrine 6 mg once but does not increase the mother's heart rate.

Key words: spinal anesthesia, hypotension, phenylephrine, ephedrine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây tê tủy sống là phương pháp vô cảm phổ biến cho mổ lấy thai do có nhiều ưu điểm: kỹ thuật đơn giản, chất lượng vô cảm và giãn cơ tốt, người mẹ tỉnh nên được chứng kiến giây phút đưa con chào đời và giảm được các tác động bất lợi của gây mê lên sản phụ và thai nhi. Tuy nhiên, tác dụng không mong muốn hay gặp nhất của gây tê tủy sống để mổ lấy thai là hạ huyết áp (tỷ lệ hạ huyết áp có thể lên tới 80%), hạ huyết áp nặng và kéo dài có thể gây nguy hiểm cho mẹ và con. Điều trị hạ huyết áp trong gây tê tủy sống thường sử dụng thuốc co mạch mà điển hình là Ephedrin. Đây là thuốc kích thích cả hai thụ thể alpha và beta adrenergic gây co mạch làm tăng huyết áp, tuy nhiên nó cũng làm tăng nhịp tim của mẹ và toan máu thai nhi khi dùng liều cao [6]. Phenylephrin là thuốc có tác dụng chọn lọc trên thụ thể α_1 - adrenergic gây co mạch làm tăng huyết áp giống như Ephedrin nhưng lại ít gây tác dụng phụ lên nhịp tim của mẹ, giảm nguy cơ toan hóa máu thai nhi nên đã được sử dụng thường quy tại các nước phát triển, nhưng ở nước ta chưa có nghiên cứu nào về thuốc này vì thuốc mới được nhập khẩu vào Việt Nam. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: So sánh hiệu quả điều trị tụt huyết áp của Phenylephrin với Ephedrin trong gây tê tủy sống để mổ lấy thai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

***Tiêu chuẩn chọn lọc:** Các sản phụ có chỉ định mổ lấy thai có chiều cao từ 150 – 160 cm, cân nặng từ 50-70kg, tuổi từ 20 – 40, ASA I-II, một thai, thai đủ tháng, phát triển bình thường, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

**Bệnh viện Đa khoa Lâm Hoa, Thái Bình*

***Trường Đại học y Hà Nội*

Chịu trách nhiệm chính: *Phạm Lê Hoàn*

Email: *bslehoan85@gmail.com*

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Các chống chỉ định của gây tê tủy sống (nhiễm trùng tại vị trí chọc kim hoặc nhiễm trùng toàn thân, rối loạn đông máu hoặc đang dùng thuốc chống đông, dị ứng thuốc tê...). Hoặc gây tê tủy sống thất bại. Các bất thường về sản khoa (cấp cứu sản khoa tức thì như: sa dây rốn, suy thai có nhịp tim thai dưới 80 lần/phút hoặc bệnh cảnh có nguy cơ chảy máu nhiều: rau bong non, rau cài răng lược, vỡ tử cung...).

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng. Chọn cỡ mẫu thuận tiện n = 60, bốc thăm ngẫu nhiên chia làm hai nhóm, mỗi nhóm 30 bệnh nhân:

Nhóm I: Điều trị hạ huyết áp sau gây tê tủy sống bằng Ephedrin tiêm tĩnh mạch liều 6mg/lần.

Nhóm II: Điều trị hạ huyết áp sau gây tê tủy sống bằng Phenylephrin tiêm tĩnh mạch liều 50mcg/lần.

2.3. Cách thức tiến hành

Chuẩn bị bệnh nhân: Khám gây mê, giải thích cho bệnh nhân về phương pháp vô cảm và về nghiên cứu. Mặc máy theo dõi các chỉ số mạch, huyết áp, tần số thở, bão hòa oxy mao mạch.

Truyền dịch trước khi gây tê tủy sống 200 – 300 ml dung dịch Ringerlactat. Bốc thăm ngẫu nhiên chia thành hai nhóm. Gây tê tủy sống ở L2-3, liều dùng Bupivacain heavy 0,5% theo chiều cao của bệnh nhân (8–9mg) kết hợp 0,3mg Fentanyl cho cả hai nhóm.

Tất cả các bệnh nhân trong cả hai nhóm sau gây tê tủy sống đều được theo dõi sát mạch, huyết áp, và SpO₂ 1 phút/ lần bằng monitoring. Nếu huyết áp tối đa > 80% huyết áp nền thì theo dõi tiếp. Nếu huyết áp tối đa ≤ 80% huyết áp nền thì tiến hành điều trị theo từng nhóm.

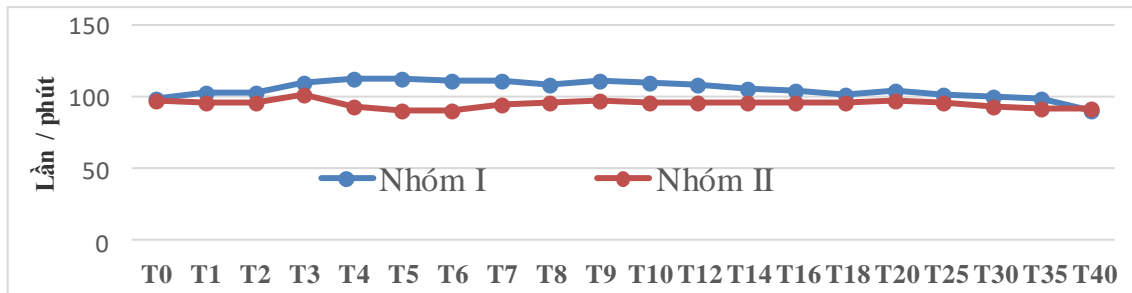
Nếu huyết áp vẫn không lên sau 5 lần tiêm thuốc thì phối hợp truyền dịch nhanh, đẩy tử cung sang trái và lấy thai nhanh. Nếu đã áp dụng các biện pháp mà không thể nâng được huyết áp lên thì dùng Adrenalin tiêm tĩnh mạch. Nếu có mạch giảm trên 20% mạch nền thì tiêm tĩnh mạch 0,5mg Atropin.

Các thông số nghiên cứu: đặc điểm chung của bệnh nhân và đặc điểm sản khoa, đặc điểm về gây tê tủy sống và lượng thuốc co mạch sử dụng, các thông số về tuần hoàn, hô hấp trong suốt cuộc mổ...

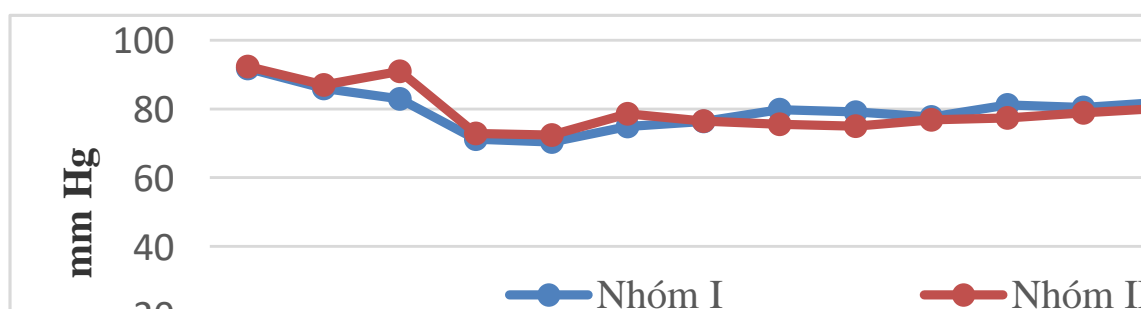
III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Đặc điểm chung

Chi số	Nhóm I (Ephedrin, n=30) x̄ ± SD; Min – Max	Nhóm II (Phenylephrin, n = 30) x̄ ± SD; Min – Max	P
Tuổi (năm)	28 ± 4.8 (20– 40)	29,1 ± 4,5 (22 – 40)	> 0,05
Chiều cao (cm)	156,1 ± 3,7(150 – 160)	156 ± 3,1 (150 – 160)	> 0,05
Cân nặng (kg)	62.8± 6,1(50 – 70)	63,6±5.7 (53 – 70)	> 0,05
BMI	25.81 ± 2.59 (21.88 – 31.11)	26.10 ± 2.24 (22.27 – 31.11)	> 0,05
Tuổi thai (tuần)	39,4 ± 1,1(38 – 41)	39,6 ± 0,9 (38 – 41)	> 0,05
Tổng thời gian mổ (phút)	31,1 ± 6,4 (25 – 48)	30,2 ± 5,2 (25 – 40)	> 0,05
Cân nặng sơ sinh (g)	3213,0 ± 399,6 (2400 – 4000)	3380,0 ± 426,8 (2500 – 4300)	> 0,05



Biểu đồ 3.1. Thay đổi tần số tim trong mổ



Biểu đồ 3.2. Thay đổi huyết áp động mạch trung bình trong mổ

Bảng 3.2. Đặc điểm gây tê tủy sống

Nhóm	Chỉ số	Nhóm I (Ephedrin, n=30) $\bar{x} \pm SD$ Min – Max	Nhóm II (Phenylephrin, n = 30) $\bar{x} \pm SD$ Min – Max	P
Liều gây tê tủy sống		8.58 \pm 0.42 (8.0 – 9.0)	8.57 \pm 0.39 (8.0 – 9.0)	> 0,05
Thời gian khởi tê (phút)	T ₁₂	1.51 \pm 0.36 (0.85– 2.00)	1.45 \pm 0.37 (0.79–1.99)	> 0,05
	T ₁₀	2.98 \pm 0.69 (1.11–5.35)	2.90 \pm 0.48 (2.14–3.50)	> 0,05
	T ₆	4.18 \pm 0.46 (3.20–4.62)	4.19 \pm 0.48 (3.18–4.90)	> 0,05
Thời gian kéo dài ức chế cảm giác (phút)	T ₁₀	150.4 \pm 15.2 (130 – 180)	155.0 \pm 14.3(135 – 180)	> 0,05
	T ₆	114.3 \pm 13.3 (91 – 145)	122.0 \pm 12.9(94 – 145)	> 0,05
	$\geq T_4$	85.0 \pm 13.1 (65– 115)	89.4 \pm 12.6 (66 – 115)	> 0,05

Bảng 3.3: Điều trị hạ huyết áp bằng Ephedrin và Phenylephrin

Nhóm	Chỉ tiêu	Nhóm I (Ephedrin, n = 30)	Nhóm II (Phenylephrin, n = 30)	p
Số lần $\bar{x} \pm SD$ Min – Max		2,6 \pm 1,1 1 – 5	1,5 \pm 0,7 1 – 3	> 0,05
	Tổng liều $\bar{x} \pm SD$ Min – Max	15,3 \pm 6,5 6 – 30	75,0 \pm 34,7 50 – 150	> 0,05
Tỷ lệ tụt huyết áp > 20% (n%)		26 (86,7%)	27 (90%)	> 0,05
Tỷ lệ tụt huyết áp > 30% (n%)		13 (43,3%)	9 (30%)	> 0,05

IV. BÀN LUẬN

Bảng 3.1 cho thấy: không có sự khác biệt về các đặc điểm chung của các bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu về tuổi, chiều cao, cân nặng, tuổi thai, thời gian phẫu thuật... Như vậy, các bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu là khá tương đồng nên sẽ không ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

Liều thuốc tê sử dụng trong nghiên cứu chúng tôi tính liều thuốc tê theo chiều cao của bệnh nhân. Lựa chọn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các sản phụ có chiều cao từ 150 – 160cm nên liều thuốc tê bupivacain sử dụng giao động từ 8 – 9mg. Liều Bupivacain trung bình của nhóm I là: 8.58 \pm 0.42; của nhóm II là: 8.57 \pm 0.39 với p > 0,05. Trong nghiên cứu của Vũ Thị Thu Hiền thì tác giả sử dụng với liều 8.9 \pm 0.4 mg [1]. Như vậy, liều thuốc tê sử dụng ở hai nhóm không có sự khác biệt nên không ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu. Chúng tôi sử dụng liều thuốc tê như trên để đảm bảo ức chế cảm giác đến T4 (ngang mức núm vú), như vậy

bệnh nhân sẽ hoàn toàn không thấy khó chịu, đau trong cuộc mổ.

Thay đổi tần số tim trong mổ: Sau khi gây tê tủy sống từ phút thứ nhất đến phút thứ ba tần số tim giữa hai nhóm không khác biệt có ý nghĩa thống kê. Bắt đầu từ phút thứ 4 đến phút thứ 14 thì sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê: Nhóm I thì tần số tim có xu hướng tăng dần lên rất cao còn nhóm II thì tần số tim có xu hướng duy trì ổn định so với tần số tim nền. Phenylephrin không những không tác động gây tăng nhịp tim mà nó còn có tác dụng hạ nhịp tim phản xạ, tác dụng này đối kháng với sự tăng tần số tim trên những bệnh nhân gây tê tủy sống để mổ lấy thai nên góp phần làm tần số tim của bệnh nhân ở nhóm này ổn định hơn và giúp cho sản phụ cảm thấy thoải mái hơn.

Thay đổi huyết áp động mạch trong mổ: Tỷ lệ tụt huyết áp của nhóm I là: 86.7% và của nhóm II là: 90%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Kết quả này một lần nữa khẳng định sự tương đồng về đối tượng nghiên

cứ và liều thuốc tê sử dụng trong hai nhóm. Tuy nhiên tỷ lệ tụt huyết áp trong nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thế Lộc 2013 (11.67%). Theo dõi huyết áp thường xuyên trong quá trình phẫu thuật, biểu đồ 3.2 cho thấy: huyết áp trung bình không có sự khác biệt giữa hai nhóm ($p > 0.05$). Điều này cho thấy: hiệu quả điều trị triệu chứng tụt huyết áp trong gây tê tủy sống của Ephedrin và Phenylephrin là như nhau. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu theo phương pháp phân tích gộp dựa trên 15 nghiên cứu khác nhau, được công bố năm 2012 của Fu-Qing Lin và cộng sự, tuy nhiên, phenylephrin không gây giảm pH máu động sơ sinh như ephedrine, đây là ưu điểm lớn của thuốc này [5]. Nghiên cứu của Ngan Kee trên 104 sản phụ mổ lấy thai được điều trị tụt huyết áp bằng truyền phenylephrin (100mcg/ml) hoặc tiêm tĩnh mạch ephedrine 8mg/lần cho thấy: pH máu động mạch và tĩnh mạch rốn sơ sinh ở nhóm ephedrin thấp hơn nhóm phenylephrin, tăng nồng độ lactate, đường, catecholamin trong máu thai ở nhóm ephedrin. Lượng ephedrine qua rau thai nhiều hơn và ít bị chuyển hóa hơn phenylephrin nên gây tác dụng kích thích beta giao cảm ở thai nhi gây giảm pH máu ở thai nhi [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa xét nghiệm được khí máu động mạch rốn ở trẻ sơ sinh, đây cũng là hạn chế của nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp tiêm tĩnh mạch phenylephrin 50 mcg/lần sau gây tê tủy sống để mổ lấy thai có

hiệu quả điều trị hạ huyết áp tương đương với phương pháp tiêm tĩnh mạch ephedrine 6 mg/lần: huyết áp động mạch trung bình của hai nhóm sau khi được điều trị không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tần số tim của nhóm ephedrin cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm phenylephrin từ phút thứ 4 đến phút thứ 14 sau gây tê tủy sống ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Thị Thu Hiền.** Nghiên cứu liều lượng Bupivacain tỷ trọng cao theo chiều cao, cân nặng trong gây tê tủy sống để mổ lấy thai chủ động. Trường Đại Học Y Hà Nội, 2013. – 85.
2. **Nguyễn Thế Lộc.** Nghiên cứu hiệu quả của gây tê tủy sống bằng hỗn hợp Bupivacain 0,5% tỷ trọng cao – Sufentanyl – Morphin liều thấp để mổ lấy thai. Luận án tiến sỹ y học - Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108, 2013.
3. **Nguyễn Thế Tùng.** Đánh giá tác dụng gây tê tủy sống bằng Bupivacain liều thấp kết hợp Fentanyl trong mổ lấy thai. Luận văn thạc sỹ y học - Học viện Quân Y, 2008.
4. **Anna Lee, Warwick D. Ngan Kee,** Tony Gin. Prophylactic Ephedrine prevents hypotension during spinal anesthesia for Cesarean delivery but does not improve neonatal outcome: a quantitative systematic review. *Can J Anaesth* 2002 Jun -Jul; 49(6);588-99. .
5. **Lin F.-Q., Qiu M.-T.,** Ding X.-X. và cộng sự. (2012). Ephedrine versus phenylephrine for the management of hypotension during spinal anesthesia for cesarean section: an updated meta-analysis. *CNS Neurosci Ther*, 18(7), 591–597.
6. **Macarthur A. và Riley E.T. (2007).** Obstetric anesthesia controversies: vasopressor choice for postspinal hypotension during cesarean delivery. *Int Anesthesiol Clin*, 45(1), 115–132.

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CỦA PHỤ HUYNH HỌC SINH VỀ PHÒNG CHỐNG SÂU RĂNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH SÂU RĂNG Ở TRƯỜNG TIỂU HỌC VŨ THẮNG, HUYỆN KIẾN XƯƠNG, TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2017

Nguyễn Thị Sen*, Hoàng Bảo Duy**, Vũ Thị Tho*,
Trần Thị Ngọc*, Nguyễn Thị Kim Anh*, Phan Thị Phương Uyên*

TÓM TẮT⁷

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Bảo Duy

Email: dr.hoangbaoduy@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/5/2017

Ngày phản biện khoa học: 16/6/2017

Ngày duyệt bài: 10/7/2017

Mục tiêu: xác định một số yếu tố liên quan đến bệnh sâu răng ở trường tiểu học Vũ Thắng, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình năm 2017. **Đối tượng nghiên cứu:** 200 học sinh và 200 phụ huynh. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** 79,5% phụ huynh học sinh có kiến thức về phòng chống sâu răng đạt; Thực hành của phụ huynh học sinh về phòng chống sâu răng cho con đạt chiếm tỷ lệ 64,5%. Có mối liên quan giữa nghề nghiệp, trình độ học vấn và kiến thức, thực hành của phụ huynh học sinh với bệnh sâu răng của trẻ. Phụ huynh học sinh có trình độ học vấn dưới trung học phổ thông có

khả năng làm tăng nguy cơ sâu răng cho con cao hơn. Phụ huynh có nghề nghiệp là cán bộ công chức thì nguy cơ con mắc sâu răng thấp hơn phụ huynh có nghề khác. Phụ huynh học sinh có kiến thức và thực hành về phòng chống sâu răng cho con không đạt có khả năng làm tăng nguy cơ sâu răng cho con cao hơn so với con của phụ huynh học sinh có kiến thức, thực hành đạt về phòng chống sâu răng.

Từ khóa: Kiến thức, thực hành, một số yếu tố liên quan, bệnh sâu răng, học sinh tiểu học, Thái Bình.

SUMMARY

PARENTS' KNOWLEDGE AND PRACTICE ON TOOTH DECAY PREVENTION AND SOME FACTORS RELATED TO TOOTH DECAY IN VU THANG PRIMARY SCHOOL, KIEN XUONG DISTRICT, THAI BINH IN 2017

Objectives: identifying a number of factors related to decay in Vu Thang Primary School, Kien Xuong District, Thai Binh Province in 2017. **Subjects:** 200 students and 200 parents. **Method:** Cross-sectional descriptive studies. **Results and conclusions:** 79.5% of parents have knowledge of tooth decay prevention; The practice of parents about child tooth decay reached 64.5%. There is a link between careers, education and knowledge and practices of parents with children's decay. Parents with lower secondary education are likely to increase the risk of higher infant decay. Parents who have a career as civil servants, the risk of children with cavities is lower than those of other occupations. Parents of students who have knowledge and practice on the prevention of tooth decay for unborn children are likely to increase the risk of caries for children higher than children of parents with knowledge and practice on prevention of decay.

Keywords: Knowledge, practice, some related factors, tooth decay, primary school student, Thai Binh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sâu răng là bệnh khá phổ biến, gây hậu quả ở nhiều mức độ về sức khỏe răng miệng và sức khỏe chung. Bệnh gặp trên 90% dân số trên thế giới, ở mọi lứa tuổi, mọi tầng lớp xã hội. Trong số đó, lứa tuổi học sinh tiểu học - lứa tuổi nhạy cảm, chưa có cấu trúc răng hoàn thiện, trẻ mới bắt đầu mọc răng vĩnh viễn (bộ răng hỗn hợp) khi chưa tự ý thức, chăm sóc được sức khỏe răng miệng cho bản thân mình nên sâu răng và các vấn đề về bệnh răng miệng còn khá cao. Nhận thức được vấn đề đó, tại Việt Nam đã có khá nhiều các nghiên cứu nhằm tìm hiểu về tình hình sâu răng và các yếu tố ảnh hưởng để

đưa ra các phương án và kiến nghị các giải pháp can thiệp cộng đồng nhằm góp phần hạ thấp tỷ lệ sâu răng cho trẻ. Tuy đã có nhiều nghiên cứu về sâu răng học đường nhằm nâng cao hiệu quả chăm sóc sức khỏe răng miệng cho các em, nhưng các nghiên cứu này chủ yếu là nghiên cứu mô tả, chưa đi sâu vào tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng từ phía gia đình và nhà trường đến sức khỏe răng miệng học sinh tiểu học. Để có thể tiến hành các can thiệp có hiệu quả nhằm phòng chống bệnh sâu răng cho học sinh trường tiểu học, chúng ta cần phải có những hiểu biết về các yếu tố ảnh hưởng từ phía phụ huynh học sinh. Do vậy, nghiên cứu này tiến hành đánh giá thực trạng bệnh sâu răng và các yếu tố liên quan từ phía phụ huynh học sinh để đưa ra khuyến nghị nhằm giảm tỷ lệ sâu răng ở học sinh Trường tiểu học Vũ Thắng, huyện Kiến Xương. Chính vì lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu chủ đề về "*Kiến thức, thực hành của phụ huynh học sinh về phòng chống sâu răng và một số yếu tố liên quan ở học sinh trường Tiểu học Vũ Thắng, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình năm 2017*" nhằm mô tả kiến thức, thực hành của phụ huynh học sinh về phòng chống sâu răng và xác định một số yếu tố liên quan đến bệnh sâu răng ở học sinh trường Tiểu học trên địa bàn nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại xã Vũ Thắng, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Phụ huynh học sinh trên địa bàn nghiên cứu.

2.3. Thời gian nghiên cứu: 12/2016 – 03/2017.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả qua điều tra cắt ngang.

2.4.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

***Cỡ mẫu:** Nghiên cứu trên 200 phụ huynh học sinh của trường Tiểu học Vũ Thắng.

***Phương pháp chọn mẫu:** Lập danh sách toàn bộ phụ huynh học sinh của trường Tiểu học Vũ Thắng, sau đó chọn ngẫu nhiên 200 phụ huynh học sinh vào nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

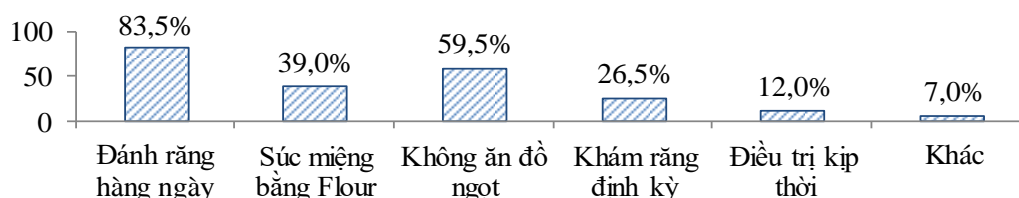
3.1. Kiến thức và thực hành về phòng chống sâu răng ở phụ huynh học sinh

Bảng 3.1: Kiến thức về phòng chống bệnh sâu răng của phụ huynh học sinh

Nội dung	Số lượng (n=200)	Tỷ lệ (%)
1. Nguyên nhân gây sâu răng		
Vi khuẩn	40	20,0

Con sâu	17	8,5
Ăn nhiều chất đường	178	89,0
Vệ sinh răng miệng kém	156	78,0
Khác	7	3,5
Không biết	9	4,5
2. Dấu hiệu của sâu răng		
Đau buốt khi ăn nhai/uống nước lạnh/nóng	147	73,5
Chăm trắng/ chăm đen trên răng	99	49,5
Có lỗ đen trên bề mặt của răng	116	58,0
Khác	14	7,0
Không biết	17	8,5
3. Tác hại của bệnh sâu răng		
Gây đau răng	178	89,0
Làm xấu răng	77	38,5
Làm sút mé	71	35,5
Làm mất răng	64	32,0
Khác	31	15,5
Không biết	6	3,0
4. Biết là phòng được bệnh sâu răng		
Có	177	88,5
Không	23	11,5

Bảng 3.1 cho thấy: đa số phụ huynh học sinh cho rằng nguyên nhân gây sâu răng là do ăn nhiều chất đường (89,0%) và do vệ sinh răng miệng kém (78,0%), 20,0% phụ huynh cho rằng do vi khuẩn, vẫn còn 8,5% đối tượng cho rằng do con sâu. Tỷ lệ phụ huynh biết dấu hiệu của sâu răng là đau buốt khi ăn nhai/uống nước lạnh/nóng chiếm cao nhất (73,5%), ngoài ra còn có lỗ đen trên bề mặt của răng (58,0%) và vết trắng/chăm đen trên răng (49,5%). Tác hại của bệnh sâu răng theo phụ huynh gây đau răng là chủ yếu chiếm 89,0%, các tác hại khác như xấu răng, sút mé, mất răng chiếm tỷ lệ lần lượt là 38,5%, 35,5%, 32,0%; tỷ lệ phụ huynh học sinh không biết tác hại của bệnh sâu răng là 3,0%. Phụ huynh biết bệnh sâu răng có thể đề phòng được chiếm tỷ lệ cao 88,5%.



Biểu đồ 3.2: Hiểu biết về cách phòng bệnh sâu răng

Kết quả biểu đồ 3.2 cho thấy đa phần phụ huynh học sinh cho rằng có thể phòng bệnh sâu răng bằng cách chải răng hằng ngày (83,5%), không ăn đồ ngọt (59,5%), chỉ có 12,0% đối tượng được hỏi cho rằng điều trị kịp thời giúp phòng bệnh sâu răng.

Bảng 3.2: Thực hành về phòng chống bệnh sâu răng của phụ huynh học sinh

Nội dung	Số lượng (n=200)	Tỷ lệ (%)
1. Mua kem chải răng có flour		
Có	136	68,0
Không	31	15,5
Không biết	33	16,5
2. Dùng loại bàn chải cho trẻ em		
Có	180	90,0
Không	12	6,0
Không biết	8	4,0
3. Thời gian thay bàn chải cho con		
Dưới 3 tháng	62	31,0
Từ 3 tháng đến 6 tháng	103	51,5

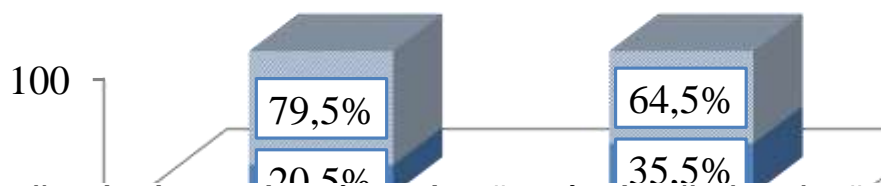
Trên 6 tháng	1	0,5
Không thay	34	17,0

Từ kết quả bảng 3.2 cho thấy: Phần lớn phụ huynh đã biết mua những loại thuốc đánh răng có chứa flour cho con phòng sâu răng, tỷ lệ này chiếm 68,0%, có 15,5% phụ huynh không biết thành phần kem đánh răng có chứa chất phòng bệnh sâu răng không. Đa số phụ huynh học sinh các em mua loại bàn chải dành riêng cho trẻ em về sử dụng với tỷ lệ 90,0%; 6,0% số phụ huynh không mua bàn chải dành riêng cho trẻ em. Tỷ lệ thay bàn chải cho con sau 3 đến 6 tháng là cao nhất chiếm 51,5%, dưới 3 tháng là 31,0%, trên 9 tháng là 0,5%, vẫn còn 17,0% số người được hỏi không thay mới bàn chải cho con.

Bảng 3.3: Thực trạng về hướng dẫn và kiểm tra cách trẻ chải răng của phụ huynh học sinh

Nội dung	Số lượng (n=200)	Tỷ lệ (%)
Thời điểm đánh răng trong ngày		
Buổi sáng sau khi ngủ dậy	171	85,5
Buổi tối trước khi đi ngủ	165	82,5
Sau mỗi bữa ăn	5	2,5
Dạy con cách đánh răng		
Có	164	82,0
Không	33	16,5
Không biết	3	1,5
Kỹ năng chải răng		
Chải 1 mặt răng	3	1,5
Chải 2 mặt răng	34	17,0
Chải 3 mặt răng	122	61,0
Chải dọc thân răng	94	47,0
Chải ngang thân răng	119	59,5
Chải xoay tròn	23	11,5
Kiểm tra khi con chải răng		
Không bao giờ	34	17,0
Thỉnh thoảng	111	55,5
Thường xuyên	55	27,5

Từ bảng 3.3 cho thấy: Chủ yếu các em đánh răng vào lúc sáng sau khi ngủ dậy và tối trước khi đi ngủ với tỷ lệ lần lượt là 85,5% và 82,5%; có 2,5% trẻ chải răng sau mỗi bữa ăn. Tỷ lệ cha mẹ hướng dẫn con đánh răng chiếm 82,0% trong đó hướng dẫn con chải 3 mặt răng (61,0%) và chải ngang thân răng (59,5%) là chủ yếu. Đa phần phụ huynh chỉ thỉnh thoảng kiểm tra con chải răng (55,5%); tỷ lệ phụ huynh thường xuyên kiểm tra con là 27,5%, vẫn có 17,0% phụ huynh không bao giờ kiểm tra con chải răng có đúng không.



Biểu đồ 3.2: Điểm kiến thức và thực hành của người chăm trẻ chính về bệnh sâu răng

Qua biểu đồ 3.3 cho thấy, phần lớn đối tượng nghiên cứu có kiến thức đạt về bệnh sâu răng (79,5%), tỷ lệ phụ huynh có thực hành đạt khi chăm sóc răng miệng cho con (63,5%) chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm thực hành sai (35,5%).

3.3. Môi liên quan đến tình trạng sâu răng

Bảng 3.4: Môi liên quan giữa một số yếu tố với tình trạng sâu răng của học sinh

Đặc điểm	Sâu răng		Không sâu răng		OR (95% CI)	P
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %		
1. Tuổi của cha mẹ						
≤ 45	122	74,4	26	72,2	1,12	0,79

> 45	42	25,6	10	27,8	(0,49-2,51)	
2. Trình độ học vấn của phụ huynh học sinh						
Dưới THPT	94	57,3	13	36,1	2,38 (1,13-5,02)	0,02
Từ THPT trở lên	70	42,7	23	63,9		
3. Nghề nghiệp						
CBCC	22	13,4	14	38,9	0,24 (0,11-0,55)	0,00
Khác	142	86,6	22	61,1		
4. Số con						
≤ 2 con	122	74,4	28	77,8	0,83 (0,35-1,96)	0,67
> 2 con	42	25,6	8	22,2		

Qua kết quả bảng 3.4 thấy, đa phần phụ huynh học sinh từ 45 tuổi trở xuống, có trình độ học vấn dưới mức trung học phổ thông, từ 2 con trở xuống, tỷ lệ cán bộ công chức ít. Phụ huynh là cán bộ công chức có con ít sâu răng hơn, nhóm cha/ mẹ có trình độ học vấn dưới THPT có tỷ lệ con mắc sâu răng cao hơn; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không có sự khác biệt về tuổi, số con trong gia đình giữa 2 nhóm.

Bảng 3.5: Môi liên quan giữa kiến thức, thực hành của phụ huynh học sinh với tình trạng sâu răng

Đặc điểm	Sâu răng		Không sâu răng		OR (95%CI)	P
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %		
1. Kiến thức						
Không đạt	38	23,2	3	8,3	0,30 (0,09-0,99)	0,046
Đạt	126	76,8	33	91,7		
2. Thực hành						
Không đạt	64	39,0	7	19,4	0,38 (0,16-0,91)	0,026
Đạt	100	61,0	29	80,6		

Từ bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ phụ huynh có điểm kiến thức và thực hành không đạt có con mắc sâu răng nhiều hơn nhóm đạt điểm và ngược lại; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức, thực hành của phụ huynh học sinh về phòng chống sâu răng: Phụ huynh học sinh đóng vai trò quan trọng trong việc cung cấp kiến thức về phòng chống sâu răng cho con mình cũng như thúc đẩy con mình chuyển đổi những thói quen xấu, những nhận thức sai lầm thành một số các nếp sinh hoạt như chải răng đúng cách, ngay sau ăn, buổi tối trước khi đi ngủ... Kiến thức của phụ huynh học sinh về phòng chống sâu răng cho con không đạt (20,5%) thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Thủy năm 2010 (30,7%). Phụ huynh học sinh hiểu biết đúng về nguyên nhân gây sâu răng do vi khuẩn chỉ có 20%, thấp hơn so với nghiên cứu của Ngô Thị Hoa Sen năm 2004 (58,2%). Như vậy, phụ huynh học sinh thiếu kiến thức về nguyên nhân, dấu hiệu, tác hại của bệnh sâu răng sẽ dẫn đến việc phòng sâu răng cho con kém. Mặc dù còn có một số kiến thức chưa đúng, nhưng hầu hết phụ huynh học sinh học sinh đều biết rằng sâu răng có thể phòng tránh được chiếm tỉ lệ cao 88,5%; và có thể phòng tránh được sâu răng bằng cách chải răng hàng ngày, không nên ăn nhiều đồ ngọt

trong ngày và nên đi khám răng định kỳ để phát hiện sâu răng và điều trị kịp thời.

Phần lớn phụ huynh đã mua những loại thuốc đánh răng có chứa flour cho con phòng sâu răng, tỷ lệ này chiếm 68,0%, tuy nhiên vẫn còn 32% cha mẹ học sinh không sử dụng, thậm chí không chú ý xem kem đánh răng có flour hay không. Có 90,0% phụ huynh đã mua loại bàn chải dẹt riêng cho trẻ, tỷ lệ này cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Tước (26,6%) và cũng cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Thủy (44,9%). Tuy nhiên khi hỏi phụ huynh học sinh có thường xuyên thay bàn chải đánh răng cho trẻ không thì vẫn còn 17,0% số đối tượng được hỏi không thay mới bàn chải cho trẻ.

4.2. Môi liên quan đến bệnh sâu răng ở học sinh: Nghiên cứu đã chỉ ra rằng có mối liên quan giữa nghề nghiệp, trình độ học vấn của phụ huynh học sinh với bệnh sâu răng của trẻ. Phụ huynh có trình độ học vấn dưới trung học phổ thông có khả năng làm tăng nguy cơ sâu răng cho con cao hơn so với phụ huynh có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên ($p < 0,05$). Trình độ học vấn là điều kiện thuận lợi

để phụ huynh học sinh có khả năng tiếp cận được thông tin về phòng chống sâu răng để từ đó có thể áp dụng cho con mình. Phụ huynh có nghề nghiệp là cán bộ công chức thì nguy cơ con mắc sâu răng thấp hơn phụ huynh có nghề khác ($p < 0,05$).

Phụ huynh có kiến thức về phòng chống sâu răng cho con không đạt có khả năng làm tăng nguy cơ sâu răng cho con cao hơn so với con của phụ huynh có kiến thức đạt về phòng chống sâu răng ($p < 0,05$). Kiến thức về bệnh sâu răng giúp cho phụ huynh học sinh hiểu về nguyên nhân, tác hại, cách phòng ngừa bệnh sâu răng ở trẻ, từ đó phụ huynh sẽ có thái độ, thực hành đúng trong phòng chống sâu răng cho con mình. Đây cũng là một yếu tố giúp giảm tỷ lệ sâu răng ở trẻ. Phụ huynh có thực hành về phòng chống sâu răng cho con không đạt có khả năng làm tăng nguy cơ sâu răng cho con cao hơn so với con của phụ huynh có thực hành đạt về phòng chống sâu răng ($p < 0,05$). Trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Thủy (2009) cũng cho thấy phụ huynh học sinh thực hành về phòng chống sâu răng cho con không đạt có khả năng làm tăng nguy cơ sâu răng cho con cao gấp 9,8 lần so với con của phụ huynh học sinh thực hành đạt về phòng chống sâu răng.

V. KẾT LUẬN

1. Kiến thức, thực hành của phụ huynh học sinh về phòng chống sâu răng

- Kiến thức của phụ huynh học sinh về phòng chống sâu răng đạt chiếm tỷ lệ 79,5%.

+ Đa số phụ huynh học sinh cho rằng nguyên nhân gây sâu răng là do ăn nhiều chất đường (89,0%). Tỷ lệ phụ huynh biết dấu hiệu của sâu răng là đau buốt khi ăn nhai/uống nước lạnh/nóng chiếm 73,5%, có lỗ đen trên bề mặt của răng chiếm 58,0%, vết trắng/chấm đen trên răng chiếm 49,5%.

+ Tỷ lệ phụ huynh biết phòng bệnh sâu răng bằng cách đánh răng hằng ngày là 83,5%, có 84,0% phụ huynh biết một ngày cần chải răng ít nhất 2 lần.

- Thực hành của phụ huynh học sinh về phòng chống sâu răng cho con đạt chiếm tỷ lệ 64,5%

+ 68,0% phụ huynh đã biết mua những loại thuốc đánh răng có chứa flour cho con phòng sâu răng.

+ 90,0% số phụ huynh học sinh các em mua loại bàn chải dạng riêng cho trẻ em về sử dụng, 17,0% không thay mới bàn chải cho con.

+ Tỷ lệ cha mẹ dạy con đánh răng chiếm 82,0% trong đó dạy con đánh 3 mặt răng (61,0%) và đánh ngang thân răng (59,5%) là chủ yếu, 27,5% phụ huynh thường xuyên kiểm tra con.

2. Môi liên quan đến tình trạng sâu răng:

Nghiên cứu đã chỉ ra rằng có mối liên quan giữa nghề nghiệp, trình độ học vấn của phụ huynh học sinh với bệnh sâu răng của trẻ. Phụ huynh học sinh có trình độ học vấn dưới trung học phổ thông có khả năng làm tăng nguy cơ sâu răng cho con cao hơn ($p < 0,05$). Phụ huynh có nghề nghiệp là cán bộ công chức thì nguy cơ con mắc sâu răng thấp hơn phụ huynh có nghề khác ($p < 0,00$). Phụ huynh học sinh có kiến thức và thực hành về phòng chống sâu răng cho con không đạt có khả năng làm tăng nguy cơ sâu răng cho con cao hơn so với con của phụ huynh học sinh có kiến thức, thực hành đạt về phòng chống sâu răng ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Đình Hải (2008)**, *Công tác nha học đường, Công tác nha học đường-Hội nghị nha học đường toàn quốc*, Hà Nội.
2. **Ngô Thị Hoa Sen (2004)**, *Mô tả kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến phòng chống bệnh răng miệng cho con của các bà mẹ có con học lớp 1 trường tiểu học thị trấn Yên Viên, huyện Gia Lâm, Hà Nội*.
3. **Nguyễn Hữu Tước (2008)**, *Thực trạng bệnh sâu răng và một số yếu tố liên quan ở học sinh khối lớp 6 trường THCS xã Hoàn Sơn huyện Tiên Du tỉnh Bắc Ninh năm 2008*, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
4. **Nguyễn Thanh Thủy, Vũ Thị Hoàng Lan (2010)**, "Thực trạng sâu răng và một số yếu tố liên quan tại trường tiểu học Nhật Tân quận Tây Hồ năm 2010", *Tạp chí Y tế công cộng*, pp. 26.
5. **Petersen PE (2008)**, "World Health Organization global policy for improvement of oral health - World Health Assembly 2007", *International Dental Journal*, pp. 115-121.
6. **Rayner J. F (1970)**, "Socioeconomic status and factors influencing the dental health practice of mothers", *Dental health practices of mothers*, (7), pp. 1250-1258.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RỐI LOẠN TRẦM CẢM LO ÂU Ở BỆNH NHÂN AIDS

Nguyễn Văn Dũng*

TÓM TẮT⁸

Đặt vấn đề: Nhiễm HIV/AIDS đang trở thành hiểm họa của nhân loại. Ngoài nguyên nhân do bệnh nhân mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội, còn do nguyên nhân tâm lý chán nản, bi quan, không chịu tiếp xúc xung quanh, buồn bã, tự ti thậm chí dẫn đến hành vi tự sát. **Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn trầm cảm, lo âu và các biến đổi cảm xúc ở bệnh nhân AIDS. **Phương pháp:** Là nghiên cứu mô tả lâm sàng theo phương pháp tiến cứu. Gồm 36 bệnh nhân AIDS có biểu hiện rối loạn trầm cảm và lo âu được điều trị nội trú tại Trung tâm nhiệt đới từ tháng 9 năm 2014 đến tháng 6 năm 2015. Có sử dụng các trắc nghiệm tâm lý hỗ trợ. Xử lý số liệu bằng các thuật toán thống kê y học "EPIINFO version 6.0". **Kết quả:** Rối loạn lo âu gặp 100% bệnh nhân, hội chứng suy nhược 100%, rối loạn trầm cảm ở các mức độ chiếm 80,56%, các rối loạn biến đổi nhân cách 55,56%, rối loạn trí nhớ 30,56%, ý tưởng và hành vi tự sát chiếm 22,22%, trong đó đặc biệt có 2/8 trường hợp có hành vi tự sát, mê sảng chiếm 16,66%, mất trí 2,78%. Mức độ rối loạn trầm cảm theo test Hamilton chiếm tỉ lệ 80,56%, trong đó: rối loạn trầm cảm nhẹ 50%, rối loạn trầm cảm vừa là 27,78%, rối loạn trầm cảm nặng là 2,78%. Mức độ rối loạn lo âu theo test Zung ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 100% có rối loạn lo âu, gặp chủ yếu rối loạn mức độ vừa và nặng, chỉ có 2,78% ở mức độ nặng. **Kết luận:** Biểu hiện lâm sàng của lo âu và trầm cảm chủ yếu là khí sắc trầm, cảm giác buồn chán, bi quan về tương lai, giảm hoặc mất thích thú, ngại hoạt động và lo sợ bệnh nặng không điều trị được, sợ biến chứng và sợ chết.

Từ khóa: AIDS; Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải; ICD- 10; Bảng phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10.

SUMMARY**STUDY CLINICAL CHARACTERISTICS OF DEPRESSIVE DISORDER ANXIETY IN AIDS PATIENTS**

Rationale: HIV/AIDS infection is becoming a threat to humanity. In addition to the cause of patients with opportunistic infections, psychological reasons depressed, pessimistic, not contact, sadness, self-deprecation, even leading to suicide. **Objective:** To study the clinical characteristics of depressive disorder, anxiety and emotional changes in AIDS patients. **Methodology:** A descriptive clinical study. Comprised of 36 AIDS patients with depressive disorders and anxiety who were treated in the Tropical Center from September 2014 to June 2015. There were supportive psychological tests. Data processing using medical statistics algorithms "EPIINFO version

6.0". **Results:** Anxiety disorders were found in 100% of patients, 100% of depressive symptoms, 80.56% of depressive disorders, 55.56% of personality disorders, 30.56%, suicidal ideation and behavior accounted for 22.22%, of which 2% were suicidal, occupy 16.66%, lost 2.78%. Hamilton's level of depressive disorder was 80.56%, of which: mild depression was 50%, depressive disorder was 27.78%, severe depression was 2.78%. The level of anxiety disorder according to the Zung test in the study group was 100% with anxiety disorders, mainly moderate to severe disorders, only 2.78% in severity. **Conclusions:** Clinical manifestations of anxiety and depression are mainly subtle, depressed, pessimistic about the future, reduced or absent, active and fearful of untreated, Fear of complications and fear of death.

Keywords: AIDS; Acquired Immuno Deficiency Syndrome; ICD - 10 International Classification of Diseases-10.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV tấn công và tiêu diệt dần các tế bào miễn dịch, làm suy giảm miễn dịch của cơ thể, dẫn đến phát sinh các nhiễm trùng cơ hội, các rối loạn thần kinh và các khối u, dẫn đến tử vong. Kể từ khi khởi đầu của đại dịch, trên thế giới khoảng 80 triệu người đã bị nhiễm virus HIV và khoảng 40 triệu người đã chết vì HIV tính đến năm 2015. Dự kiến con số này sẽ ngày càng tăng và đặc biệt tăng nhanh ở các quốc gia đang phát triển như một số nước Châu Á (Nam Á), đại đa số các nước Châu Phi và Châu Mỹ La Tinh, số bệnh nhân nhiễm HIV ở các nước này chiếm 60% tổng số bệnh nhân bị nhiễm HIV trên thế giới. Ở nước ta, nhiễm HIV/AIDS tuy đến muộn hơn so với các nước Âu Mỹ khoảng 10 năm nhưng lại phát triển rất nhanh. Tính đến hết 30/11/2014, số các trường hợp báo cáo hiện nhiễm HIV là 216.254 trường hợp, số bệnh nhân AIDS là 66.533 và đã có 68.977 trường hợp tử vong do AIDS. Riêng trong 11 tháng đầu năm 2014, cả nước xét nghiệm phát hiện mới 11.567 trường hợp nhiễm HIV, trong đó 5.493 bệnh nhân AIDS và 2.097 người tử vong do AIDS. Tỷ lệ nhiễm HIV toàn quốc theo báo cáo giám sát là 248/100.000 dân. Ngoài nguyên nhân do chính bệnh gây nên thì vấn đề bệnh lý tâm thể và những biến đổi chức năng tâm lý mà đặc biệt là rối loạn trầm cảm và lo âu ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS. Các rối loạn trầm cảm và lo âu ở bệnh viện nhiễm HIV/AIDS làm phức tạp thêm bệnh cảnh lâm sàng, có khi làm bệnh càng thêm nặng nề. Đồng thời rối loạn trầm cảm và lo âu cũng là những yếu tố ảnh hưởng xấu đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Để góp phần nghiên cứu, tìm hiểu các triệu chứng rối loạn trầm cảm và lo âu ở bệnh nhân AIDS, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Đặc điểm lâm sàng rối loạn trầm cảm và lo âu ở bệnh nhân AIDS*". Với mục tiêu: *Nghiên cứu đặc điểm lâm*

*Viện sức khỏe tâm thần- Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng

Email: drdungbm@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

sàng rối loạn trầm cảm, lo âu và các biến đổi cảm xúc ở bệnh nhân AIDS.

và lo âu được điều trị nội trú tại Trung tâm nhiệt đới từ tháng 9 năm 2014 đến tháng 6 năm 2015.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Là nghiên cứu mô tả lâm sàng theo phương pháp tiền cứu có sử dụng trắc nghiệm phỏng vấn 36 bệnh nhân AIDS có biểu hiện rối loạn trầm cảm

III. KẾT QUẢ

Chúng tôi thu thập được 36 bệnh nhân được xác định bệnh AIDS theo tiêu chuẩn lựa chọn. Kết quả nghiên cứu thu được trên số bệnh nhân trên được trình bày ở các bảng sau:

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi - giới của nhóm nghiên cứu

Giới \ Tuổi	Nam (n = 33)	Nữ (n = 03)	Tổng cộng	
			n	%
Đến 20 tuổi	02	0	2	5,6
Từ 21 - 30 tuổi	25	01	26	72,2
Từ 31 - 40 tuổi	05	02	7	19,4
Trên 40 tuổi	01	0	1	2,8
Tuổi trung bình	27,3 ± 5,0			
Tổng cộng (%)	33 (91,67%)	03 (8,33%)	36	100

Nhận xét: Tuổi: + Thấp nhất: 20 tuổi, + Cao nhất: 41 tuổi. Tuổi trung bình: 27,3 ± 5,0

*Tuổi thường gặp 21 - 30 tuổi chiếm tỉ lệ 69,44%. Bệnh nhân nam là chủ yếu (91,67%).

Bảng 3.2. Đặc điểm theo mức độ của bệnh AIDS

Mức độ bệnh AIDS	Số lượng	Tỷ lệ %
Bệnh HIV/AIDS trung gian	2	5,56
Bệnh HIV/AIDS giai đoạn muộn	24	66,67
Bệnh HIV/AIDS giai đoạn quá muộn	3	8,33
Bệnh HIV/AIDS giai đoạn tận cùng	7	19,44
Tổng cộng	36	100,00

Nhận xét: Nhóm HIV/AIDS giai đoạn muộn chiếm tỉ lệ cao 24 trường hợp (66,67%).

Bảng 3.3. Lần suất xuất hiện các rối loạn tâm thần ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Các rối loạn	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Rối loạn lo âu	36	100,00
Rối loạn trầm cảm	29	80,56
Giảm khí sắc	7	19,44
Mê sảng	6	16,66
Mất trí	1	1,31
Rối loạn hoang tưởng	3	8,33
Rối loạn tri giác (ảo giác)	5	13,89
Rối loạn trí nhớ	11	30,56
Y tưởng và hành vi tự sát	8	22,22
Hội chứng suy nhược	36	100,00
Kích động	5	13,89
Biến đổi nhân cách	20	55,56

Nhận xét: Rối loạn lo âu gặp ở cả 36 trường hợp chiếm tỉ lệ 100%. - Rối loạn cảm xúc bao gồm trầm cảm, giảm khí sắc và hội chứng suy nhược cũng đều gặp cả trên 36 trường hợp chiếm tỉ lệ 100% (rối loạn trầm cảm 29 trường hợp chiếm 80,6%, giảm khí sắc 7 trường hợp chiếm 19,4%).

Bảng 3.4. Đặc điểm lâm sàng các rối loạn trầm cảm, lo âu và giảm khí sắc

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Khí sắc buồn bã	35	97,22
Mất khoái cảm	4	11,11
Dễ mệt mỏi	36	100,00
Các rối loạn ăn uống	17	47,22
Các rối loạn giấc ngủ	29	80,56
Chậm chạp tâm thần - vận động	14	38,89
Y nghĩ tự cho mình thấp kém	9	25,00
Y nghĩ tự buộc tội	9	25,00

Khó khăn tập trung	15	41,67
Y tưởng và hành vi tự sát	8	22,22

Nhận xét: Các triệu chứng thường gặp nhất là khí sắc giảm (97,22%), dễ mệt mỏi (100%), rối loạn giấc ngủ (80,56%), rối loạn ăn uống (47,22%), khó khăn tập trung (41,67%). Có 8 trường hợp có ý tưởng và hành vi tự sát chiếm 22,22%. Trong đó có 2 bệnh nhân có hành vi tự sát.

Bảng 3.5. Đặc điểm lâm sàng các triệu chứng suy nhược

Lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Mệt mỏi	36	100,00
Mất ngủ	29	80,56
Tính cáu kỉnh	30	83,33
Giảm khả năng làm việc	14	38,89
Không muốn làm việc	14	38,89
Giảm ham muốn tình dục	4	11,11

Nhận xét: Các triệu chứng suy nhược chiếm tỉ lệ cao, tỉ lệ gặp nhiều là mệt mỏi (100%).

Bảng 3.6. Đặc điểm các rối loạn thần kinh thực vật

Các rối loạn	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hoa mắt, chóng mặt	8	22,22
Hụt hơi, khó thở	15	41,67
Vã mồ hôi	24	66,67
Hồi hộp, đánh trống ngực	29	80,56
Tê bì chân tay	6	16,67
Triệu chứng dạ dày - ruột	5	13,89
Các rối loạn cơ thể thực vật khác	7	19,44

Nhận xét: Biểu hiện hồi hộp, đánh trống ngực chiếm tỉ lệ cao nhất (80,56%). Vã mồ hôi 24 trường hợp chiếm tỉ lệ 66,67%. Hụt hơi, khó thở 15 trường hợp chiếm tỉ lệ 41,67%.

Bảng 3.7. Tần suất xuất hiện các rối loạn cảm xúc

Mức độ rối loạn cảm xúc	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Giảm khí sắc	7	19,44
Trầm cảm nhẹ	18	50,00
Trầm cảm vừa	10	27,78
Trầm cảm nặng	1	2,78
Tổng cộng	36	100,00

Nhận xét: Rối loạn trầm cảm nhẹ, khí sắc chiếm tỉ lệ cao (69,43%). Trong đó rối loạn trầm cảm nhẹ chiếm tỉ lệ 50,02%.

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa mức độ bệnh AIDS với rối loạn trầm cảm, lo âu.

Mức độ Rối loạn tâm thần	Bệnh HIV/AIDS Trung gian (n = 2)		Bệnh HIV/AIDS Giai đoạn muộn (n = 24)		Bệnh HIV/AIDS Giai đoạn quá muộn (n = 3)		Bệnh HIV/AIDS Giai đoạn tận cùng (n = 7)		p
	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%	
Rối loạn trầm cảm	2	5,56	24	66,67	3	8,33	7	19,44	p > 0,05
Rối loạn lo âu	2	5,56	24	66,67	3	8,33	7	19,44	p > 0,05

Nhận xét: Rối loạn trầm cảm và rối loạn lo âu ở bệnh AIDS ở giai đoạn muộn chiếm tỉ lệ cao nhất 66,67%. Rối loạn trầm cảm và rối loạn lo âu ở bệnh AIDS trung gian chiếm tỉ lệ thấp nhất (5,56%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm về tuổi: Một vài công trình nghiên cứu hiện nay trên thế giới cũng như ở Việt Nam về bệnh AIDS, bước đầu cho thấy diễn biến từ khi nhiễm HIV đến khi chuyển sang AIDS ngày một xu hướng trẻ hóa, thường gặp ở lứa tuổi trẻ là lực lượng lao động chính nên tác hại lớn đến nền kinh tế, xã hội, nòi giống. Tỉ lệ dân từ 15-49 tuổi mắc bệnh AIDS ở thế giới là 1,2%, Châu Á 0,3%, Việt Nam 0,24%. Cùng với sự trẻ

hóa về tuổi các yếu tố nguy cơ cũng tăng theo. Theo các tài liệu nghiên cứu về dịch tễ, bệnh AIDS ngày một phổ biến với sự xuất hiện các bệnh cơ hội đa dạng trên nền HIV(+) với thời gian mang bệnh ngày một thu ngắn lại thì tỉ lệ tử vong do AIDS tất yếu ngày một gia tăng. Nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 36 bệnh nhân đều ở lứa tuổi từ 20 - 40 tuổi, trong đó tuổi trẻ 21 - 30 tuổi chiếm tỉ lệ đa số 69,44% (bảng 3.1). Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là: 27,3

$\pm 5,0$, trong đó tuổi thấp nhất là 20 và cao nhất là 41 tuổi. Như vậy, tuổi bệnh nhân nhóm nghiên cứu chủ yếu nằm trong độ tuổi lao động.

4.2. Đặc điểm rối loạn cảm xúc: Rối loạn cảm xúc trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỉ lệ rất cao (100%) Bảng (3.3). Rối loạn cảm xúc ở đây bao gồm: rối loạn trầm cảm và giảm khí sắc, với các biểu hiện chủ yếu như cảm giác buồn chán, khí sắc trầm, giảm hoặc mất thích thú, mặc cảm, tự ti, chậm chạp tâm thần - vận động, giảm ham muốn tình dục. Các rối loạn trầm cảm và giảm khí sắc thường đi kèm với hội chứng suy nhược với tỉ lệ 100% (bảng 3.4). Đặc biệt ý tưởng và hành vi tự sát xuất hiện ở 8 trong số 36 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 22,22%.

Trên những bệnh nhân có rối loạn cảm xúc, giảm khí sắc gặp 7 trường hợp với tỉ lệ 19,44%. Trầm cảm các mức độ xuất hiện ở 29 bệnh nhân chiếm 80,56%. Trong đó trầm cảm nhẹ gặp ở 18 bệnh nhân chiếm 50%, trầm cảm vừa có 10 bệnh nhân chiếm 27,78%, trầm cảm nặng có 1 bệnh nhân chiếm 2,78%*Theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10 (bảng 3.4). Đối với rối loạn trầm cảm và lo âu thì chưa có số liệu cụ thể, song chắc chắn sẽ cao nhất là có các bệnh nhiễm trùng cơ hội kèm theo. Nghiên cứu của các tác giả trên cũng cho thấy người bệnh AIDS có biểu hiện trầm cảm kèm theo khi được chẩn đoán thì nó ảnh hưởng xấu đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trên và cũng phù hợp nghiên cứu của tác giả Đàm Thị Bảo Hoa về tỉ lệ bệnh nhân đái tháo đường có trầm cảm chiếm 60%.

4.2.1 Đặc điểm rối loạn lo âu: Rối loạn lo âu biểu hiện chủ yếu là tình trạng lo sợ của bệnh nhân, lo sợ thường tập trung vào tình trạng bệnh của cơ thể. Đặc điểm của các rối loạn lo âu ở nhóm bệnh nhân này khác nhau tùy theo thể bệnh và các biến chứng của bệnh.

Đối với rối loạn lo âu lan tỏa, xét về mặt cơ thể biểu hiện mạch nhanh, thở gấp, khó chịu vùng thượng vị, chóng mặt, khô miệng, toát mồ hôi, run rẩy, căng thẳng cơ bắp... Bệnh có xu hướng dao động và mạn tính. Đặc trưng của lo âu lan tỏa là sự biểu hiện rối loạn lo âu mạn tính, kéo dài, không phụ thuộc vào tình huống. Ở người bệnh AIDS, bệnh nhân luôn cảm thấy lo lắng, sợ hãi vô cớ, sợ bản thân hoặc người thân mắc bệnh hiểm nghèo, bị tai nạn, linh tính có điềm gở sắp xảy ra, bồn chồn, bất an, không có khả năng thư giãn. Đối với rối loạn stress sau sang chấn phát sinh như một đáp ứng trì hoãn với sự kiện hoặc hoàn cảnh gây stress, lo âu và

trầm cảm kết hợp với các triệu chứng dấu hiệu kể trên có thể chuyển sang biến đổi nhân cách lâu dài. Rối loạn ám ảnh cưỡng bức là một biểu hiện gặp ở bệnh nhân AIDS. Chúng hầu như làm bệnh nhân luôn đau khổ và luôn có xu hướng cưỡng lại một cách vô hiệu. Một rối loạn khác cũng gặp ở bệnh nhân AIDS là suy giảm khả năng tình dục, biểu hiện chứng bất lực ở nam và vô kinh ở nữ, là những lo lắng thường thấy ở những người trẻ tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả 36 bệnh nhân bị AIDS đều có biểu hiện rối loạn lo âu chiếm 100%, trong đó được ghi nhận nhiều là rối loạn thích ứng chiếm 25% và rối loạn stress sau sang chấn chiếm 19,44%. Các lo lắng chủ yếu là sợ bệnh nặng chữa không khỏi, sợ các biến chứng và sợ chết. Các bệnh nhân này thường có biểu hiện lo lắng, hồi hộp đánh trống ngực (80,56%), tê bì tay chân (16,67%), hoa mắt chóng mặt (22,22%), triệu chứng dạ dày-ruột (13,89%), vữa mỡ hồi (66,67%), hụt hơi, khó thở (41,67%), các rối loạn khác như đau mỏi cơ, cơ mệt mỏi... (19,44%). Nghiên cứu của chúng tôi còn nhận thấy, số bệnh nhân có triệu chứng trầm cảm, lo âu phối hợp chiếm tỉ lệ cao (33,33%). Các bệnh nhân này thường có biểu hiện buồn chán, thất vọng, hoang loạn, sợ hãi, lo lắng cho hiện tại, dự cảm về những điều bất lợi không may có thể xảy ra đến tương lai. Các rối loạn trầm cảm và lo âu hỗn hợp đôi khi kín đáo và bị che lấp bởi các rối loạn khác và bệnh cảnh cơ thể.

4.2.2 Đặc điểm hội chứng suy nhược: Bảng 3.5. Hội chứng suy nhược là hội chứng thường gặp trong các bệnh cơ thể nói chung. Trong bệnh AIDS, bệnh nhân thường có cảm giác căng thẳng, mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ hay có ác mộng, dễ bị kích thích, hay cáu gắt, giảm khả năng làm việc, mệt mỏi không muốn làm việc, giảm khả năng tập trung chú ý. Trường hợp nặng, bệnh nhân có cảm giác mệt mỏi, có thái độ bị quan, chán nản, hoang mang, lo sợ.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, hội chứng suy nhược gặp ở cả 36 bệnh nhân AIDS chiếm 100%, với các biểu hiện lâm sàng chủ yếu là: mệt mỏi 100%, tỉnh cáu kỉnh và dễ bị kích thích 83,33%, mất ngủ (giấc ngủ không sâu, nhiều ác mộng) chiếm 80,56%, giảm khả năng làm việc chiếm 38,89%. Theo của tác giả Judd F.K. (2000) có tới 90% bệnh nhân AIDS có hội chứng suy nhược, kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả nước ngoài này.

4.3 Các rối loạn tâm thần khác

- **Mê sảng:** được đề cập như một hội chứng não thực tổn cấp tính với biểu hiện khởi phát nhanh, trạng thái bàng hoàng, lo âu, sợ hãi. Do bệnh nhân kèm theo các bệnh nhiễm trùng cơ hội là các nhân tố làm tăng thêm trạng thái mê

sảng, có thể kèm theo ảo giác, đặc biệt về đêm, nhất là ảo giác thị giác, đôi khi có hoang tưởng kèm theo.

Kết quả khảo sát của chúng tôi nhận thấy, mê sảng gặp ở 6 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 10,66%. Đa số bệnh nhân có kèm theo rối loạn tiêu hóa, trạng thái vật vã. Một trong số 6 bệnh nhân có ý định dùng kim để chích vào người khác. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Kaplan .J (1998). Có 2/8 bệnh nhân sảng chiếm 25% do có dùng corticoid để điều trị viêm phổi.

- **Mất trí:** biểu hiện trầm trọng (phức hợp mất trí liên quan đến HIV) và các biểu hiện nhẹ bằng rối loạn nhận thức vận động. Theo Hayman (1994) có khoảng 5% AIDS là phát triển tật chứng thần kinh nặng, mà sự mất trí ở đây có thể ở vùng dưới vỏ. Theo nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có một trường hợp mất trí nhẹ chiếm tỉ lệ 2,78%.

- **Rối loạn trí nhớ:** thường gặp là những biểu hiện giảm nhớ. Kết quả khảo sát của chúng tôi nhận thấy, giảm trí nhớ gặp ở 11 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 30,56%. Đa số bệnh nhân biểu hiện giảm trí nhớ gần, bệnh nhân quên những sự việc mới xảy ra, nhất là những sự việc thuộc sinh hoạt hàng ngày. Có 2 bệnh nhân giảm trí nhớ gần và trí nhớ xa đều là những bệnh nhân bị AIDS có kèm theo suy kiệt. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Hayman.J (1994). Đa số các tác giả đều cho rằng, rối loạn trí nhớ là hậu quả của tổn thương vỏ não có kèm theo biến đổi nhân cách.

- **Ý tưởng và hành vi tự sát:** ý tưởng tự sát, toan tự sát tăng cao ở bệnh nhân nhiễm HIV và AIDS. Yếu tố nguy cơ cho tự sát là có bạn chết vì AIDS, khó khăn trong quan hệ xã hội, khó khăn về tài chính, mất trí và mê sảng. Một số bệnh nhân có xu hướng tuyệt vọng trong giai đoạn sớm của bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, có 8 trường hợp chiếm tỉ lệ 22,22% có ý tưởng và hành vi tự sát, mà chủ yếu là ý tưởng không muốn sống 10/12 trường hợp với tỉ lệ 83,33%.

- **Biến đổi nhân cách thực tổn:** sự thay đổi nhân cách thực tổn có thể xảy ra ở nhiều cách được đặc trưng bởi các biến đổi đáng kể, các mô hình hành vi quen thuộc đối với người bệnh trước và sau khi bị AIDS. Một số trường hợp biểu hiện sự suy giảm hoạt động nhận thức, bao gồm suy giảm

trí nhớ, khó tập trung suy nghĩ, trở ngại các hoạt động bình thường. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy có 20 trường hợp chiếm tỉ lệ 55,56% có biến đổi nhân cách, phù hợp kết quả nghiên cứu của tác giả Kembraun S, tỉ lệ này là 67%.

Kết quả khảo sát rối loạn lo âu trong bệnh AIDS: Chúng tôi sử dụng thang điểm tự đánh giá lo âu Zung. Kết quả cho thấy, ở nhóm nghiên cứu có 100% có điểm Zung từ 40 điểm trở lên, tức là có lo âu ở các mức độ khác nhau. Trong đó lo âu mức độ nhẹ là 4 bệnh nhân chiếm 11,11%, mức độ vừa gặp ở 17 bệnh nhân với tỉ lệ cao nhất là 47,2% và có 14 bệnh nhân mức độ nặng với tỉ lệ 38,8%, có 1 bệnh nhân ở mức độ rất nặng 2,78% (điểm Zung từ 71 - 80 điểm).

Kết quả khảo sát rối loạn trầm cảm trong bệnh AIDS: Chúng tôi sử dụng thang Hamilton để đánh giá mức độ trầm cảm. Kết quả cho thấy, nhóm nghiên cứu có 100% số bệnh nhân có điểm Hamilton từ 14 điểm trở lên tức là có rối loạn cảm xúc ở các mức độ khác nhau. Trong đó, rối loạn trầm cảm giai đoạn nhẹ 18 bệnh nhân chiếm tỉ lệ cao nhất 50%, rối loạn trầm cảm giai đoạn vừa 10 bệnh nhân chiếm tỉ lệ thấp hơn 27,78% và rối loạn trầm cảm giai đoạn nặng 1 bệnh nhân chiếm tỉ lệ thấp nhất 2,78%. Riêng giảm khí sắc chúng tôi ghi nhận có 7 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 19,44%.

V. KẾT LUẬN

1. Các biểu hiện rối loạn tâm thần ở bệnh nhân AIDS rất đa dạng: Rối loạn lo âu gặp 100% bệnh nhân, hội chứng suy nhược 100%, rối loạn trầm cảm ở các mức độ chiếm 80,56%, các rối loạn biến đổi nhân cách 55,56%, rối loạn trí nhớ 30,56%, ý tưởng và hành vi tự sát chiếm 22,22%, trong đó đặc biệt có 2/8 trường hợp có hành vi tự sát thực sự, mê sảng chiếm 16,66%, mất trí 2,78%.

2. Đặc điểm rối loạn cảm xúc và lo âu.

- **Đặc điểm rối loạn cảm xúc:** Bao gồm rối loạn trầm cảm chiếm tỷ lệ 80,67%, giảm khí sắc 19,44%. Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là khí sắc trầm, cảm giác buồn chán, bi quan về tương lai, giảm hoặc mất thích thú, ngại hoạt động và giảm ham muốn tình dục. Các rối loạn này thường đi kèm với hội chứng suy nhược. Tỷ lệ rối loạn trầm cảm không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi.

- **Đặc điểm rối loạn lo âu:** Rối loạn lo âu gặp ở 100% bệnh nhân. Bao gồm: rối loạn lo âu lan toả 8,33%, rối loạn stress sau sang chấn 19,44%, rối loạn ám ảnh cưỡng chế 5,56% và rối loạn thích ứng 25%. Các lo âu biểu hiện chủ

yếu bao gồm sợ bệnh nặng không điều trị được, sợ biến chứng và sợ chết.

Các rối loạn thần kinh thực vật của lo âu thường gặp là hồi hộp, đánh trống ngực, hoa mắt chóng mặt, tê bì chân tay, hội chứng dạ dày - ruột, đau vùng thượng vị. Các rối loạn lo âu thường thấy kết hợp với rối loạn trầm cảm chiếm tỉ lệ 33,33%

- Mức độ rối loạn trầm cảm theo test Hamilton chiếm tỉ lệ 80,56%, trong đó: rối loạn trầm cảm nhẹ 50%, rối loạn trầm cảm vừa là 27,78%, rối loạn trầm cảm nặng là 2,78%.

Mối liên quan giữa các rối loạn trầm cảm, lo âu với bệnh AIDS

- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ bệnh AIDS với giảm khí sắc. Bệnh AIDS càng muộn giảm khí sắc càng rõ. Chưa có mối liên quan giữa mức độ bệnh AIDS với một số rối loạn tâm thần khác như: Rối loạn trí nhớ, sáng, mất trí, ý tưởng và hành vi tự sát. Không thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các rối loạn trầm cảm và rối loạn lo âu với các yếu tố: Tuổi, giới tính, đường lây, hoàn cảnh phát hiện nhiễm HIV(+) và nghề nghiệp của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Đinh Đăng Hòe, Trần Hữu Bình (1995)**, Các rối loạn tâm thần thường gặp trong HIV/AIDS, Y học cơ sở, lâm sàng và phòng chống, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 151-159,
- 2. Judd F.K., Cockram A., Mijchi A., Me Kenzie D. (1997)**, *Liaison psychiatry in an HIV I AIDS unit*, Department of psychiatry, Univesity of Melbourne, Royal Melbourne Hospital, Victoria, Australia, 31 (3): pp. 391 - 7.
- 3. Judd, F.K., Cockram A.M. (2000)**, "Depressive symptoms reduced in individuals with 11IV/AIDS treated with highly active Antiretroviral therapy", *Ausl.N.J.Psychiotry*, 34(6): 15-21.
- 4. Hayman J., Bruhrich N. (1994)**, "The AIDS manual", Maclennan, Petty syclney, Philadelphia, London chapter: 7,8,17,22.
- 5. Kaplan H.I. and iSadock's (1998)**, *Neuropsychiatric Aspects of Human Immunodeficiency Virut (HIV) infection and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)*, Synopsis of Psychiatry eighth Edition, chapter (11), pp. 351 - 362.
- 6. Murphy D.A., Vermund S.H. (2000)**, "Psychological distress amon IIIV(+) adolescents in the reach study: Effets of life stress, social support and coping", *J. Adolesc. Health*, 27(6): 391-398.
- 7. William Alwgn Lyshman (1997)**, *Organic Psvchiatry*, Oxford, pp. 453 - 457.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ SỚM SAU ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CỦA VIÊM RUỘT THỪA CẤP THAI KỲ

Phan Minh Trí*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm ruột thừa là một trong những cấp cứu ngoại khoa thường gặp nhất ở phụ nữ có thai. Xuất độ khoảng 1/1500 thai phụ. Tỷ lệ sảy thai tăng đến 35% nếu ruột thừa vỡ. Tuy nhiên việc chẩn đoán viêm ruột thừa thai kỳ vẫn luôn là 1 thách thức. Vấn đề đặt ra ở nghiên cứu này là cần làm rõ những triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng nào để chẩn đoán sớm viêm ruột thừa ở bệnh nhân mang thai, khảo sát kết quả sớm sau phẫu thuật nội soi của viêm ruột thừa trên bệnh nhân có thai. **Mục tiêu nghiên cứu:** (1) Mô tả các triệu chứng lâm sàng của viêm ruột thừa ở bệnh nhân có thai. (2) Mô tả các triệu chứng cận lâm sàng của viêm ruột thừa ở bệnh nhân có thai. (3) Liệt kê các biến chứng sau phẫu thuật điều trị viêm ruột thừa thai kỳ. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, cắt ngang, mô tả. Đối tượng là tất cả những bệnh nhân có thai được chẩn đoán sau mổ là viêm ruột thừa cấp tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 1/1/2013 – 31/12/2016. **Kết quả:** Chúng tôi có 67 trường hợp thỏa tiêu chuẩn. Các bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi từ 16 tuổi đến 53 tuổi, trung bình là 28,76 ± 6,113. Tuổi thai trung bình là 23,35 ± 7,744, số tuổi thai trung vị là 25 tuần. Thời gian đau trung bình là 1,91 ± 1,323, trung vị là 2 ngày. Các vị trí đau bụng gồm hố chậu phải chiếm 58,21%, đau bụng ở quanh rốn và hoặc hông phải chiếm 8,96%, đau ở hạ sườn phải chiếm 4,48%. Bạch cầu trung bình là 15,32 ± 4,621/mm³. Trị số trung bình của CRP là 45,57 ± 35,2. Các biến chứng trên thai kỳ được ghi nhận bao gồm: Sảy thai (5,97%), dọa sanh non (2,99%), sanh non (7,46%). **Kết luận:** Vị trí đau bụng thường gặp là đau hố chậu P chiếm đến 86,57%. Tuổi thai càng lớn, vị trí ấn đau càng bị đẩy lên cao. Càng trì hoãn chẩn đoán, điều trị thì kết cục lên thai kỳ càng xấu. Hình thể ruột thừa được ghi nhận sau phẫu thuật có liên quan đến khả năng biến chứng lên thai kỳ. Hình thể càng nặng thì khả năng kết cục xấu lên thai kỳ càng cao.

Từ khóa: Viêm ruột thừa thai kỳ, phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa.

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTIC, SHORT-TERM RESULT AFTER SURGERY FOR TREATMENT APPENDICITIS IN PREGNANT PATIENT

Background: Appendicitis is one of the most common surgical emergency in pregnant women. It

accounting for about 1/1500 pregnant women. The rate of miscarriage increases to 35% if the appendix ruptures. However, the diagnosis of pregnancy appendicitis is always a challenge. The problem is to clarify clinical and laboratory finding for early diagnosis of appendicitis in pregnant patients, short-term complications after laparoscopic surgery of appendicitis in pregnant patients. **Aim:** (1) Describe the clinical symptoms of appendicitis in pregnant patients. (2) Describe the laboratory characteristic of appendicitis in pregnant patients. (3) List the complications after surgery for treatment appendicitis in pregnancy. **Method:** Retrospective study, description. All pregnant patients diagnosed after surgery are acute appendicitis at Cho Ray Hospital from 1/1/2013 to 31/12/2016. **Result:** We have 67 cases. The aging were 16 years to 53 years, mean 28.76 ± 6.113. Mean gestational age was 23.35 ± 7.744, median gestational age was 25 weeks. Mean duration of pain was 1.91 ± 1.323, median was 2 days. The abdominal pains include right pelvis quadrant (58.21%), abdominal pain around umbilical (8.96%), and 4.48% in the right upper quadrant. Average white blood cell count is 15.32 ± 4.621 mm³. The median CRP was 45.57 ± 35.2. Complications in pregnancy include: Miscarriage (5.97%), Preterm birth (2.99%), suspicious preterm birth (7.46%). **Conclusion:** The location of common abdominal pain is right pelvic quadrant, which accounts for 86.57%. The higher the gestational age, the higher the pain location. The more delayed the diagnosis, the worst the outcome of pregnancy. Appendiceal forms associated with the possibility of complications in pregnancy, with the worst severity of the outcome.

Keyword: Pregnancy appendicitis, laparoscopic surgery for appendicitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp với những biểu hiện lâm sàng rất đa dạng và dễ lầm với những bệnh cấp cứu ngoại khoa khác. Nếu được chẩn đoán sớm, tỉ lệ tử vong chỉ khoảng 0.1–0.2%, còn chẩn đoán muộn khi đã có biến chứng như viêm phúc mạc thì tỉ lệ đó lên đến 10%[1]. Tuy có nhiều kháng sinh để điều trị nhiễm trùng, nhưng cho đến nay, việc phẫu thuật cắt ruột thừa vẫn là phương pháp điều trị tối ưu nhất.

Viêm ruột thừa là một trong những cấp cứu ngoại khoa thường gặp nhất ở phụ nữ có thai. Xuất độ khoảng 1/1500 thai phụ [6]. Tỷ lệ sảy thai sau mổ là 1.5% khi ruột thừa viêm chưa biến chứng, nhưng tăng đến 35% nếu ruột thừa vỡ. [3], [4], [7]. Khi nghi ngờ viêm ruột thừa nên thực hiện phẫu thuật sớm trong bất cứ tuổi thai

*Bộ môn Ngoại, Khoa Y, Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Trí

Email: drphanminhtri.md@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

nào. Tuy nhiên việc chẩn đoán viêm ruột thừa thai kỳ vẫn luôn là 1 thách thức. Các triệu chứng như buồn nôn, nôn, chán ăn cũng có khi mang thai. Vì vậy vấn đề đặt ra ở nghiên cứu này là cần làm rõ những triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng nào để chẩn đoán sớm viêm ruột thừa ở bệnh nhân mang thai với những số liệu và tỉ lệ cụ thể, khảo sát kết quả sớm sau phẫu thuật nội soi của viêm ruột thừa trên bệnh nhân có thai.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả các triệu chứng lâm sàng của viêm ruột thừa ở bệnh nhân có thai.
2. Mô tả các triệu chứng cận lâm sàng của viêm ruột thừa ở bệnh nhân có thai.
3. Liệt kê các biến chứng sau phẫu thuật điều trị viêm ruột thừa thai kỳ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, cắt ngang, mô tả.

Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng là tất cả những bệnh nhân có thai được chẩn đoán sau mổ là viêm ruột thừa cấp tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 1/1/2013 – 31/12/2016.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Những trường hợp bệnh nhân có thai đã được phẫu thuật và chẩn đoán sau mổ là viêm ruột thừa bất kể giai đoạn, biến chứng. Tiêu chuẩn vàng là có kết quả giải phẫu bệnh lý.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân mang thai vào viện được chẩn đoán trước mổ là viêm ruột thừa nhưng chẩn đoán sau mổ là bệnh lý khác. Những bệnh nhân chẩn đoán xác định là viêm ruột thừa cấp thai kỳ tuy nhiên có bệnh lý nội, ngoại khoa khác đi kèm. Vì những bệnh lý đi kèm này có thể thành yếu tố gây nhiễu trong chẩn đoán, điều trị cũng như biến chứng.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được chọn theo công thức:

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

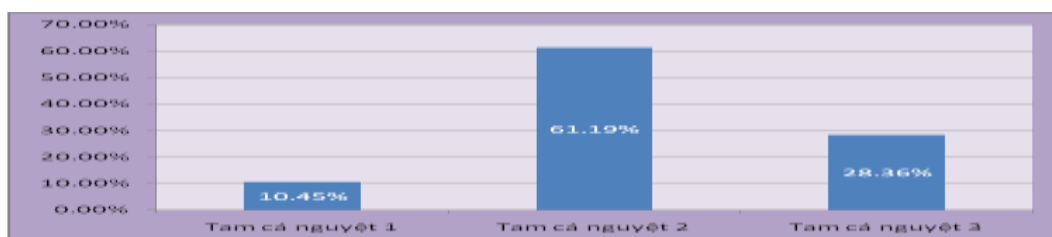
Ước lượng cỡ mẫu với mức độ tin tưởng là 95% và sai số cho phép là 10%. Chọn p = 20 % để ước lượng cỡ mẫu nhóm bệnh. Ta có: N ≥ 62 → chọn tối thiểu 63 bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ

Đặc điểm lâm sàng: Chúng tôi có 67 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh. Các bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi từ 16 tuổi đến 53 tuổi, trung bình là 28,76 ± 6,113, tuổi trung vị là 28. Độ tuổi thường gặp nhất là từ 21 đến 30 tuổi chiếm khoảng 61%.

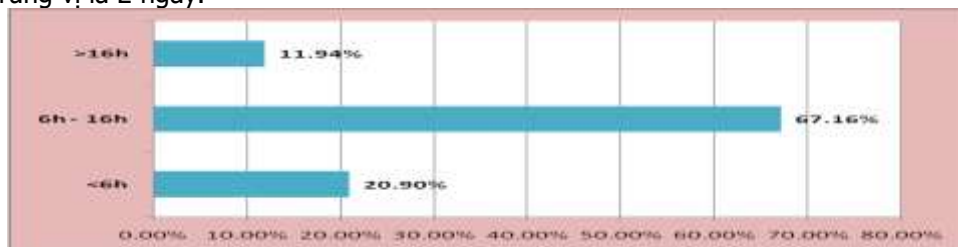
Trong 67 ca nghiên cứu có 7 trường hợp trong tam cá nguyệt 1 (chiếm 10,45%), 41 trường hợp tam cá nguyệt 2 (chiếm 61,19%) và 19 trường hợp tam cá nguyệt 3 (chiếm 28,36%).

Tuổi thai trung bình là 23,35 ± 7,744, số tuổi thai trung vị là 25 tuần.



Biểu đồ 1: Nhóm tuổi thai kỳ.

Thời gian đau: tức là thời gian bắt đầu đau đến khi nhập viện. Thời gian trung bình là 1,91 ± 1,323, trung vị là 2 ngày.



Biểu đồ 2: Thời gian từ lúc nhập viện đến lúc phẫu thuật

Các vị trí đau bụng thường được ghi nhận trong nghiên cứu này gồm: 39 trường hợp hố chậu phải ngay từ đầu (chiếm 58,21%), 10 trường hợp thượng vị chuyển hố chậu phải (chiếm 14,93%), 9 trường hợp quanh rốn

chuyển hố chậu phải (chiếm 13,43%), 6 trường hợp đau bụng ở quanh rốn và hoặc hông phải (chiếm 8,96%), 3 trường hợp đau ở hạ sườn phải (chiếm 4,48%). Có 4 nhóm vị trí ấn đau được ghi nhận trong nghiên cứu này: Hố chậu

phải 56 trường hợp, hông phải 6 trường hợp, hạ sườn P 3 trường hợp, khắp bụng 2 trường hợp. Trong nghiên cứu ghi nhận thêm các triệu chứng thực thể khác như: Dấu Mc Burney 25 trường hợp (37,31%) tất cả 25 trường hợp này nằm trong 58 trường hợp ấn đau vùng hố chậu P, dấu Blumberg 11 ca (16,42%), đề kháng thành bụng 20 ca (29,9%).

Đặc điểm cận lâm sàng

Bạch cầu: Trung bình là $15,32 \pm 4,621/mm^3$. Trong đa số trường hợp, số lượng bạch cầu tăng cao trên $10.000/mm^3$ chiếm 59 trường hợp trong 67 ca nghiên cứu (88,06%). Có 30 trường hợp có số lượng bạch cầu máu từ 10.000 đến dưới $16.000/mm^3$ (44,78%). Có 17 trường hợp từ 16.000 đến dưới $20.000/mm^3$ (25,37%) và có 12 trường hợp trên $20.000/mm^3$ (17,91%).

CRP: Trong số 67 trường hợp, chỉ có 15 ca được làm xét nghiệm CRP để chẩn đoán viêm. Trong đó 14 ca có chỉ số CRP > 10mg/dl là dấu chỉ mạnh cho phản ứng viêm. Trị số trung bình của CRP theo nghiên cứu này là $45,57 \pm 35,2$.

Hình ảnh siêu âm: Một số hình ảnh gợi ý ruột thừa viêm nhưng ít đặc hiệu hơn như: Giảm hoặc tăng nhu động các quai ruột vùng hông phải, vùng hố chậu phải, hình ảnh tụ dịch hố chậu phải, hình

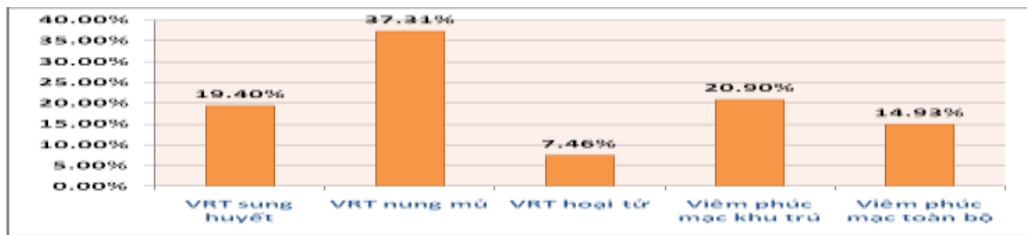
ảnh các khối echo hỗn hợp vùng hông phải hoặc hố chậu phải... cũng được ghi nhận.

Kết quả và biến chứng: Trong 67 trường hợp, ghi nhận có 13 trường hợp viêm ruột thừa sung huyết, 25 trường hợp viêm ruột thừa nang mù, 5 trường hợp viêm ruột thừa hoại tử, 14 ca viêm phúc mạc khu trú và 10 ca viêm phúc mạc toàn bộ. Các biến chứng trên thai kỳ được ghi nhận trong nghiên cứu này bao gồm: Sẩy thai, dọa sanh non, sanh non, đối với những thai kỳ từ 37 tuần trở lên thì có ghi nhận 1 ca phải khởi phát chuyển dạ do giảm tim thai. Tổng kết số liệu về biến chứng vỡ ruột thừa theo từng tam cá nguyệt, chúng tôi có bảng số liệu sau:

Bảng 1: Biến chứng vỡ ruột thừa theo từng tam cá nguyệt

Tam cá nguyệt	Vỡ ruột thừa	Không vỡ ruột thừa
1	0	7
2	16	25
3	7	12

Số ngày bệnh nhân nằm viện điều trị và theo dõi hậu phẫu: chúng tôi ghi nhận đa số là nằm viện 3 – 4 ngày, có ghi nhận 2 ca nằm viện trên 10 ngày 1 trường hợp 12 ngày và 1 trường hợp 15 ngày, cả 2 ca đều có viêm phúc mạc do vỡ ruột thừa và có biến chứng sẩy thai.



Biểu đồ 3: Các hình thể ruột thừa sau mổ.

Bảng 2: phân tích tương quan Pearson các biến lâm sàng lên biến chứng

Biến	P
Tuổi	0.077
Tuần Thai	0.71
Số ngày đau bụng trước nhập viện	0.007
Số ngày nằm viện	0.015

Trong nhóm biến chứng lên thai kỳ có 2 biến cố độc lập có tương quan là số ngày đau bụng trước nhập viện và số ngày nằm viện ($P < 0.05$: Có ý nghĩa). Dựa trên 2 biến cố có tương quan ở trên, chúng tôi thực hiện hồi quy Logistic: Kết quả là P của biến cố số ngày đau trước nhập viện 0.037 và của số ngày nằm viện là 0.088.

Chúng tôi phân tích tương quan Pearson giữa các hình thể ruột thừa viêm dựa trên chẩn đoán sau mổ với biến chứng lên thai kỳ nhận thấy hình thể ruột thừa được ghi nhận sau phẫu thuật có liên quan đến khả năng biến chứng lên thai

kỳ, thể càng nặng, khả năng có biến chứng thai kỳ càng cao.

Dựa trên các số liệu trên, chúng tôi tiến hành phân tích tương quan hồi quy Pearson cho các biến sau thời gian từ lúc nhập viện đến lúc phẫu thuật và 2 biến: hình thể ruột thừa trong mổ (ở đây chúng tôi mã hóa thành có hay không có viêm phúc mạc do vỡ ruột thừa) và biến chứng lên thai kỳ. Kết quả cho thấy, có sự tương quan giữa thời gian chờ mổ với biến chứng viêm phúc mạc do vỡ ruột thừa. Tiếp tục, chúng tôi phân tích hồi quy Logistic cho 2 biến có tương quan, kết quả $P = 0,04$. Nên có thể nói rằng, thời gian chờ phẫu thuật càng lâu, thì khả năng biến chứng vỡ ruột thừa gây viêm phúc mạc càng cao.

IV. BÀN LUẬN

Đau bụng cấp do nguyên nhân ngoại khoa trên bệnh nhân mang thai tương đối ít gặp.

Người bác sĩ đứng trước hai lựa chọn: Một là, tiến hành cuộc mổ nhanh chóng nhưng đôi khi là mổ trắng, hai là theo dõi diễn tiến để chẩn đoán chắc chắn hơn nhưng lại có thể chậm trễ và gây ra nhiều biến chứng lên mẹ và con [4]. Sự thay đổi vị trí giải phẫu của ruột thừa trên bệnh nhân mang thai càng gây thêm sự nhầm lẫn và chậm trễ trong chẩn đoán cũng như điều trị.

Tỷ lệ chẩn đoán sai viêm ruột thừa ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản là 22 – 47% [4]. Tỷ lệ mắc bệnh ngang nhau ở cả 3 tam cá nguyệt. Khoảng 10% ruột thừa đã vỡ và 1/3 kết quả giải phẫu bệnh là ruột thừa bình thường [4]. Tỷ lệ sẩy thai sau mổ là 1.5% khi ruột thừa viêm chưa có biến chứng, nhưng tăng lên đến 35% nếu ruột thừa đã vỡ [4], [7].

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 28,76 ± 6,113, trong đó độ tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 21 -30 tuổi chiếm khoảng hơn 60% - đây là độ tuổi sinh sản. Độ tuổi bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu khác do đây là bệnh trong thai kỳ nên sẽ thuộc độ tuổi sinh sản. Tuổi thai trung bình theo nghiên cứu của chúng tôi là 23,35 ± 7,744 tuần, đa số các trường hợp là ở tam cá nguyệt thứ 2 (chiếm 61,19%). Nhận thấy tuổi thai qua nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp với đa số các nghiên cứu. Đa số các trường hợp là ở tam cá nguyệt thứ 2.

Thời gian chờ phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận được thời gian trung bình là 8,858 ± 4,9158 giờ. 14 trường hợp với thời gian nhỏ hơn 6 giờ chiếm 20,9%, 45 trường hợp từ 6 giờ đến 16 giờ chiếm 67,16% và 8 trường hợp trên 16 giờ chiếm 11,94%. Chúng tôi nhận thấy, ở tam cá nguyệt 1, thời gian này nằm ở khoảng từ 6 giờ đến 9 giờ. Vị trí đau cũng điển hình ở hố chậu phải. Không trường hợp nào ghi nhận có biến chứng vỡ ruột thừa cũng như biến chứng thai kỳ. Ở tam cá nguyệt 2, thời gian khá dao động, nhanh nhất là 2 giờ, và chậm nhất là 27 giờ. Hầu hết những trường hợp được mổ trễ sau 16 giờ đều có biến chứng viêm phúc mạc do vỡ ruột thừa.

Triệu chứng cơ năng điển hình nhất của viêm ruột thừa cấp là đau bụng vùng hố chậu phải âm ỉ liên tục. Tuy nhiên trên bệnh nhân mang thai, nhất là những thai kỳ với tuổi thai lớn, vị trí ruột thừa có thể thay đổi gây nhầm lẫn trong chẩn đoán. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 86,57% trường hợp được ghi nhận đau hố chậu P. Còn lại 8,96% trường hợp đau vùng hông phải và hoặc vùng quanh rốn. 4,48% trường hợp đau ở vùng hạ sườn P. Trong đó, ở 3 trường hợp đau hạ sườn P đều thuộc tam cá nguyệt 3 với tuổi thai đề trên 35 tuần. Trong 6 trường hợp đau ở

vùng hông P và quanh rốn thì ghi nhận có 3 trường hợp thuộc tam cá nguyệt 2 và 3 trường hợp thuộc tam cá nguyệt 3. Trong tất cả 7 trường hợp có vị trí đau không điển hình, đều thuộc tam cá nguyệt 2 hoặc 3.

Bạch cầu máu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, 12 trường hợp có số lượng bạch cầu máu trên 20.000/mm³, ghi nhận thấy có 2 trường hợp dọa sinh non, 1 trường hợp sinh non, và 1 trường hợp sẩy thai. Cũng ghi nhận trong 12 trường hợp đó, có 6 trường hợp vỡ ruột thừa gây viêm phúc mạc. Trong viêm ruột thừa cấp, số lượng bạch cầu thể hiện sự phản ứng lại của cơ thể với một sự nhiễm trùng. Tùy thuộc vào sự phản ứng của mỗi cơ thể mà có thể số lượng bạch cầu cao nhiều hay thấp. Nên chỉ khoảng 60% số thai phụ viêm ruột thừa vỡ có tăng số bạch cầu trên 16000mm³ [2].

C – reactive protein (CRP) có thể tăng trong một thai kỳ bình thường. tuy nhiên, việc kết hợp nó với những dấu hiệu nghi ngờ cao trên lâm sàng sẽ là một xác nhận có giá trị. [5]. Chỉ 68% những ca viêm ruột thừa có chỉ số CRP ±10mg/dl. Nhưng đối với viêm ruột thừa vỡ thì hầu như là 100% sẽ tăng chỉ số CRP (trung bình 55mg/dl)[2]. Trong số 67 trường hợp, chỉ có 15 ca được làm xét nghiệm CRP để chẩn đoán viêm. Trong đó 14 ca có chỉ số CRP > 10mg/dl là dấu chỉ mạnh cho phản ứng viêm. Trị số trung bình của CRP theo nghiên cứu này là 45,57 ± 35,2.

Biến chứng lên thai kỳ tăng theo tam cá nguyệt. Ở tam cá nguyệt 1 chúng tôi không ghi nhận được biến chứng thai kỳ, ở tam cá nguyệt 2 là 17,07% và ở tam cá nguyệt 3 là 26,32%. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận 23 ca có viêm phúc mạc, 44 ca không có viêm phúc mạc. Trong số đó có 9 ca viêm phúc mạc có biến chứng thai kỳ, 3 ca có biến chứng thai kỳ nhưng không có viêm phúc mạc. Nhận thấy rõ ràng, tỉ lệ biến chứng thai kỳ ở những trường hợp đã vỡ ruột thừa của chúng tôi và các nghiên cứu của các tác giả Gurbuz AT, Peetz ME là gần như nhau, nhưng tỉ lệ biến chứng thai kỳ ở những bệnh nhân chưa vỡ ruột thừa trong nghiên cứu của chúng tôi là cao hơn 6,8% so với 1,5%. Các số liệu của nghiên cứu của chúng tôi, cùng các nghiên cứu khác đã chỉ ra rõ ràng rằng, vỡ ruột thừa gây viêm phúc mạc là một yếu tố nguy cơ cao gây biến chứng lên thai kỳ bao gồm dọa sanh non, sanh non, sẩy thai, khởi phát chuyển dạ do suy thai. Vậy nên, đối với những trường hợp có viêm phúc mạc do vỡ ruột thừa cần được theo dõi thai kỳ kỹ lưỡng hơn, có thể cần theo

đôi tim thai, cơn gò liên tục và hội chẩn nhiều lần với các chuyên gia về sản khoa.

V. KẾT LUẬN

Các vị trí đau bụng thường được ghi nhận trong nghiên cứu gồm: Hồ chậu P, thượng vị chuyển hồ chậu phải, quanh rốn chuyển hồ chậu phải, hông phải. Trong đó, đau hồ chậu P chiếm đến 86,57%. Ở tuổi thai càng lớn, vị trí đau càng bị đẩy lên cao. Thời gian đau bụng trước nhập viện đa số là khoảng từ 24 đến 48 giờ. Các triệu chứng cơ năng không điển hình ghi nhận được: Chán ăn, buồn nôn, nôn, tiêu chảy, sốt. Ngoài ra, còn có những triệu chứng ít gặp hơn như: Bí trung đại tiện và ra huyết âm đạo. Vị trí ấn đau cũng phụ thuộc vào tuổi thai. Tuổi thai càng lớn, vị trí ấn đau càng bị đẩy lên cao.

Số lượng bạch cầu trung bình là $15,32 \pm 4,621$. Số lượng bạch cầu tăng cao trên $10.000/\text{mm}^3$ (88,06%). Số lượng bạch cầu máu trên $16.000/\text{mm}^3$ (43,28%). Phần trăm bạch cầu đa nhân trung tính trung bình là $85,33 \pm 7,25$ (%). Đa số các trường hợp là tăng bạch cầu đa nhân trung tính trên 75% tổng số bạch cầu (chiếm 94,03%). Chỉ có 15 ca được làm xét nghiệm CRP để chẩn đoán viêm. Trong đó 14 ca có chỉ số CRP > 10mg/dl là dấu chỉ mạnh cho phản ứng viêm. Trong nghiên cứu này, các dấu hiệu gợi ý mạnh mẽ của ruột thừa viêm như dấu ngón tay, dấu hình bia đạn chiếm 26,87%. Một số hình ảnh gợi ý ruột thừa viêm nhưng ít đặc hiệu hơn như: Giảm hoặc tăng nhu động các quai ruột vùng hông phải, vùng hồ chậu phải, hình ảnh tụ dịch hồ chậu phải, hình ảnh các khối echo hỗn hợp vùng hông phải hoặc hồ chậu phải... chiếm 17,91%

Các biến chứng trên thai kỳ được ghi nhận trong nghiên cứu này bao gồm: Sẩy thai (5,97%), dọa sanh non (2,99%), sanh non (7,46%). Trong nghiên cứu này, chúng tôi kết luận được là số ngày đau bụng trước nhập viện là yếu tố nguy cơ độc lập của xảy ra biến chứng lên kết cục thai kỳ trong viêm ruột thừa cấp. Tuổi là càng trì hoãn chẩn đoán, điều trị thì kết cục lên thai kỳ càng xấu. Chúng tôi còn nhận thấy rõ ràng hình thể ruột thừa được ghi nhận sau phẫu thuật có liên quan đến khả năng biến chứng lên thai kỳ, thể càng nặng, khả năng kết cục xấu lên thai kỳ càng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Hải, "Viêm ruột thừa cấp", Bệnh học Ngoại Khoa Tiêu Hóa Bộ môn Ngoại Đại học Y được Thành Phố Hồ Chí Minh. "Viêm ruột thừa cấp" pp. 181 – 192.
2. Anderson B, Nelson TF. Appendicitis in pregnancy: diagnosis, management and complications. Acta Obstet Gynecol Scand. 1999 : 78 : 758 – 62.
3. Frozan HA, Tulandi T. (2002), "Safety and risk of laparoscopy in pregnancy", Current opinion in obstetrics and gynecology, 14, pp. 375 – 379.19
4. Gurbuz AT, Peetz ME. (1997), "The acute abdomen in the pregnant patient, is there a rope for laparoscopy?", Surg Endosc, 11, pp.98 – 102.
5. Hoshino T, Ihara Y, Suzuki T. Appendicitis during pregnancy. Int J. Gynaecol Obstet. 2000;69:271 – 3.
6. Mazze RI, Kallen B. Appendectomy during pregnancy. A Swedish Registry study of 778 cases. Obstet Gynaecol 1991;77:835-40.
7. Sharp HT. (2002). "The acute abdomen during pregnancy", Clinical Obstetrics and Gynecology, 45, pp. 553 – 561.

NGHIÊN CỨU DUNG DỊCH BẢO QUẢN TẾ BÀO HỒNG CẦU

Trần Hữu Tâm*

TÓM TẮT¹⁰

Mẫu ngoại kiểm tra chất lượng xét nghiệm huyết học chứa các thành phần tế bào máu đòi hỏi phải có thời gian ổn định tối thiểu là 3 tháng, tuy nhiên chu kỳ đời sống của hồng cầu trong cơ thể người là 120 ngày, thời gian này giảm khi hồng cầu được bảo quản

trong dung dịch bên ngoài cơ thể (tối đa là từ 21 đến 42 ngày trong túi kín), điều này dẫn đến yêu cầu phải nghiên cứu một dung dịch để tế bào hồng cầu có thể tồn tại ít nhất là 3 tháng nhằm đáp ứng yêu cầu của một mẫu ngoại kiểm tra chất lượng xét nghiệm [1],[3],[4],[5],[6]. Nghiên cứu đã tìm ra được dung dịch bảo quản tế bào hồng cầu, đảm bảo độ đồng nhất với kết quả kiểm định F (F-test) giữa hai lô mẫu

$$|F_{\text{thực nghiệm}}| = 15,7165 < F_{\text{lý thuyết}} = 19$$

(mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$), và ổn định trong thời gian yêu cầu của mẫu ngoại kiểm, với kết quả kiểm định t (t-test) tại ngày thứ 90 là:

$$|t_{\text{thực nghiệm}}| = 2,0055 < t_{\text{lý thuyết}} = 2,0281$$

*Trung tâm Kiểm chuẩn Xét nghiệm TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Tâm

Email: trhuutam@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

(mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$).

Từ khóa: ngoại kiểm, hồng cầu, dung dịch bảo quản.

SUMMARY

STUDY FOR RED BLOOD CELL PRESERVING SOLUTION

External quality assessment sample including blood cells needs the stability at least 3 months, however the self-life of red blood cell in body is 120 days, but it will be reduced when preserving out of body (maximum is 21 to 42 days in the sealed box), so that we need to do the study to create the solution that can preserve red blood cell 3 months comply the requirements of external quality assessment sample [1],[3],[4],[5],[6].

The study find out the preserving solution, with the homogeneity as the F-test between two lots is $|F_{\text{thực nghiệm}}| = 15,7165 < F_{\text{lý thuyết}} = 19$ ($\alpha = 0,05$), and stability in the period of external quality assessment sample, with the t-test is $|t_{\text{thực nghiệm}}| = 2,0055 < t_{\text{lý thuyết}} = 2,0281$ ($\alpha = 0,05$).

Key words: external quality assessment, red blood cell, preserving solution.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mẫu ngoại kiểm tra chất lượng xét nghiệm huyết học chứa các thành phần tế bào máu đòi hỏi phải có thời gian ổn định tối thiểu là 3 tháng, tuy nhiên chu kỳ đời sống của hồng cầu trong cơ thể người là 120 ngày, thời gian này giảm khi hồng cầu tồn tại trong dung dịch bên ngoài cơ thể. Các nghiên cứu bảo quản lưu giữ tế bào hồng cầu ngân hàng máu cho kết quả rằng hồng cầu trong dung dịch bảo quản chuyên biệt như ACD/CDPA có thời gian bảo quản từ 21 ngày đến tối đa là 42 ngày trong túi kín và trong vòng 24 giờ trong hệ thống mở hoặc dưới dạng hồng cầu rửa [1],[3],[4],[5],[6].

Vì vậy cần phải nghiên cứu tìm một dung dịch có thể bảo quản được hồng cầu tối thiểu 90 ngày (3 tháng) nhằm đáp ứng yêu cầu triển khai ngoại kiểm tra chất lượng xét nghiệm huyết học.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Tế bào hồng cầu sử dụng trong kiểm tra chất lượng xét nghiệm huyết học.

2.2. Phương pháp

- Sử dụng dung dịch được nghiên cứu để bảo quản hồng cầu, đánh giá độ đồng nhất, độ ổn định trong quá trình bảo quản.

- Sử dụng phép kiểm t – test và F-test để đánh giá tiêu chuẩn của mẫu [2].

- Tính toán số liệu dựa trên phần mềm Excel 2010, Stata 10.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Chế tạo dung dịch bảo quản hồng cầu:

Khối hồng cầu thu thập từ ngân hàng máu, được chứa trong túi máu có chất chống đông CPDA-1, máu này có thời gian thu thập gần với ngày thực hiện để đảm bảo độ tươi của các tế bào hồng cầu. Khối hồng cầu được chiết ra (50 ml) và bổ sung dung dịch đệm đẳng trương theo tỉ lệ (1:1) nhằm hạn chế sự biến tính của tế bào hồng cầu.

Cho hỗn hợp thuốc thử cố định hồng cầu vào trong dung dịch hồng cầu trên theo tỉ lệ 1:50 (% v/v) và bổ sung kháng sinh. Tế bào hồng cầu được cố định nhằm hạn chế đến mức thấp nhất sự tiêu huyết, vỡ tế bào trong quá trình bảo quản, vận chuyển và thực hiện xét nghiệm. Hỗn hợp trên được khuấy đều nhẹ nhàng bằng máy khuấy từ trong 15 - 30 phút ở nhiệt độ phòng, sau đó để qua đêm ở nhiệt độ 2–8°C. Loại bỏ dịch nổi và thu nhận dịch lắng. Bổ sung dung dịch bảo quản vào trong dịch lắng đến khi thể tích đạt 100ml. Số lượng hồng cầu đo được trước khi phân phối vào lọ là $3,01 \times 10^{12}/L$. Tiến hành phân phối hỗn hợp dịch tế bào này vào trong 50 lọ, mỗi lọ chứa 2ml, bảo quản ở nhiệt độ 2–8°C và kiểm tra độ đồng nhất, độ ổn định số lượng tế bào hồng cầu.

3.2. Đánh giá độ đồng nhất: Mẫu hồng cầu trong dung dịch bảo quản (100 ml) được trộn đều nhẹ nhàng và phân phối vào 50 lọ, mỗi lọ chứa 2 ml, chia thành 2 lô (tương đương với 25 lọ/lô). Lấy ngẫu nhiên 10% mẫu trong mỗi lô (3 ống) để đo số lượng hồng cầu (lặp lại 3 lần). Kết quả trung bình thể hiện trong Bảng 1.

Bảng 1. Kết quả độ đồng nhất mẫu hồng cầu người

Lọ	Số lượng hồng cầu ($10^{12}/L$)	
	Lô 1	Lô 2
1	3,01	2,71
2	2,98	2,76
3	2,97	2,82

Để đánh giá độ đồng nhất của mẫu, sử dụng phương pháp kiểm định F và tính toán bằng phần mềm Excel. Giả thiết rằng $H_0: S_1^2 = S_2^2$ là 2 lô mẫu đồng nhất và $H_1: S_1^2 \neq S_2^2$ là 2 lô mẫu không đồng nhất (mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$), thu được kết quả

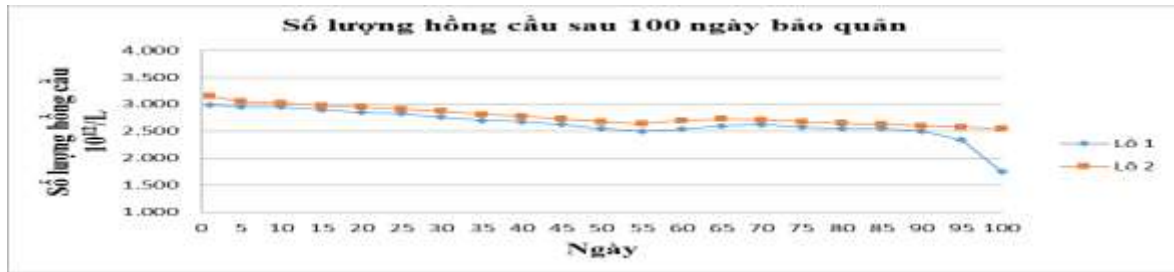
$|F_{\text{thực nghiệm}}| = 15,7165 < F_{\text{lý thuyết}} = 19$ nên chấp nhận giả thiết H_0 . Như vậy, số lượng hồng cầu ở các lọ là đồng nhất.

3.3. Đánh giá độ ổn định: Song song với việc đánh giá độ đồng nhất của mẫu, nhóm nghiên cứu tiến hành lấy ngẫu nhiên 1l^o/l^o/5 ngày để kiểm tra số lượng hồng cầu trong 100 ngày (Bảng 2).

Bảng 2. Kết quả độ ổn định tế bào hồng cầu trong 100 ngày bảo quản

Ngày kiểm tra	Số lượng hồng cầu (10 ¹² /L)	
	Lô 1	Lô 2
1	2,99	3,15
5	2,95	3,05
10	2,95	3,02
15	2,90	2,98
20	2,85	2,95
25	2,83	2,91
30	2,76	2,87

Ngày kiểm tra	Số lượng hồng cầu (10 ¹² /L)	
	Lô 1	Lô 2
35	2,70	2,81
40	2,68	2,78
45	2,63	2,73
50	2,55	2,68
55	2,50	2,64
60	2,54	2,70
65	2,60	2,73
70	2,62	2,71
75	2,58	2,68
80	2,55	2,65
85	2,55	2,63
90	2,50	2,60
95	2,34	2,58
100	1,75	2,55



Hình 1. Đồ thị biểu diễn độ ổn định số lượng hồng cầu trong 100 ngày

Theo đồ thị, nhóm nghiên cứu nhận thấy số lượng hồng cầu sau 90 ngày giảm rõ rệt, sử dụng phương pháp kiểm định t và tính toán bằng phần mềm Excel để đánh giá độ ổn định của mẫu hồng cầu từ ngày bảo quản thứ 90 đến ngày 100. Giả thiết rằng H₀: μ₁ = μ₂ là 2 lô mẫu có nồng độ ổn định và H₁: μ₁ ≠ μ₂ là 2 lô mẫu có nồng độ không ổn định (mức ý nghĩa α = 0,05), kết quả phân tích thống kê cho thấy:

Ngày bảo quản 90:
 $|t_{\text{thực nghiệm}}| = 2,0055 < t_{\text{lý thuyết}} = 2,0281$
 , nên chấp nhận giả thiết H₀. Như vậy, số lượng hồng cầu ổn định trong thời gian bảo quản 90 ngày.
 Ngày bảo quản 95:
 $|t_{\text{thực nghiệm}}| = 2,0737 > t_{\text{lý thuyết}} = 2,0244$
 , nên không chấp nhận giả thiết H₀. Như vậy, số lượng hồng cầu không ổn định ở ngày bảo quản 95.
 Ngày bảo quản 100:
 $|t_{\text{thực nghiệm}}| = 2,1120 > t_{\text{lý thuyết}} = 2,0322$
 , nên không chấp nhận giả thiết H₀. Như vậy, số lượng hồng cầu không ổn định ở ngày bảo quản 100.

IV. KẾT LUẬN

Tế bào hồng cầu người sau khi đã được cố định và bảo quản trong dung dịch nghiên cứu đạt độ đồng nhất và thời gian bảo quản là 90 ngày (tương đương 3 tháng) với số lượng dao động từ 2,50 – 3,15 x 10¹²/L. Số liệu này có ý nghĩa thống kê với α = 0,05. Thời gian này đáp ứng yêu cầu về thời gian ổn định tối thiểu của mẫu ngoại kiểm.

KIẾN NGHỊ: Nghiên cứu tối ưu dung dịch bảo quản để tăng thêm thời gian bảo quản hồng cầu so với yêu cầu của mẫu ngoại kiểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Bé (1989)**, *Thực hành huyết học và truyền máu*, Nhà xuất bản Y học, TP.HCM.
2. **Tô Anh Dũng (2007)**, *Lý thuyết xác suất và thống kê toán*, Trường ĐH Khoa học Tự nhiên - Đại học Quốc gia TP Hồ Chí Minh.
3. **Trần Hữu Tâm (2015)**, *Ngoại kiểm tra chất lượng xét nghiệm – Tái bản lần 1*, Nhà xuất bản Y học, TP.HCM.
4. **International standard (1997)**, *Proficiency testing by interlaboratory comparisons (ISO/IEC Guide 43:1997)*, Geneva.

5. **Roback JD, Combs RM, Grossman JB, and Hillyer CD (2008)**, *AABB technical manual*, Bethesda, MD: American Association of Blood Banks (AABB).
6. **Turgeon Mary Louise (2005)**, *Clinical hematology: theory and procedures*, Lippincott Williams & Wilkins.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA TỔN THƯƠNG THẬN VỚI MỘT SỐ THÔNG SỐ Ở BỆNH NHÂN SUY TIM MẠN TÍNH

Huỳnh Thị Chiêu Oanh¹, Lê Đình Thanh², Hoàng Trung Vinh³

TÓM TẮT¹¹

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa đặc điểm tổn thương thận với tuổi, nguyên nhân gây suy tim, phân suất tống máu (EF%) ở bệnh nhân suy tim mạn tính độ 3, 4 (BN STMT). **Đối tượng và phương pháp:** 154 BN STMT độ 3, 4 gây ra do các nguyên nhân khác nhau, được điều trị nội trú tại Bệnh viện nhân dân 115. Các xét nghiệm đánh giá tổn thương thận dựa vào albumin niệu/24h hoặc tỷ số albumin/creatinin niệu (ACR) và mức lọc cầu thận (MLCT) được ước lượng bằng công thức MDRD. **Kết quả:** Tỷ lệ albumin niệu (+) liên quan với tuổi và nguyên nhân gây suy tim, trong đó tuổi 70 – 79 có tỷ lệ cao nhất (17,5%); BN tăng huyết áp (THA) có tỷ lệ cao nhất (14,8%). Tỷ lệ albumin niệu (+) liên quan không có ý nghĩa với EF%. Mức lọc cầu thận liên quan có ý nghĩa với tuổi và nguyên nhân gây suy tim, trong đó BN ≥ 80 tuổi có MLCT thấp nhất (51,52 ± 16,77 ml/phút/1,73m²) và BN THA có MLCT thấp nhất (43,67 ± 19,47 ml/phút/1,73m²). Mức lọc cầu thận liên quan không có ý nghĩa với EF%. **Kết luận:** tỷ lệ albumin niệu (+) và MLCT ở BN STMT độ 3, 4 liên quan có ý nghĩa với tuổi, nguyên nhân gây suy tim, liên quan không có ý nghĩa với EF%.

Từ khóa: Suy tim mạn tính, bệnh thận mạn, mức lọc cầu thận, albumin/creatinin niệu (ACR).

SUMMARY

RELATION BETWEEN KIDNEY DAMAGE AND SOME FEATURES IN CHRONIC HEART FAILURE PATIENTS

Objectives: to analyse relation between characteristics of kidney damage with age, causes of heart failure, ejection fraction (EF%) in patients with chronic heart failure (CHF) class III, IV. Subjects and methods: 154 patients with CHF class III, IV due to various causes hospitalized in 115 People's Hospital. Evaluation of kidney damage was based on 24-hour albuminuria or albumin to creatinine ratio (ACR) and GFR estimated by MDRD formula. **Results:** Rates of albuminuria (+) was related to age and causes of heart failure, in which age group of 70-79 had the highest rate (17.5%) and hypertensive patients had the highest rate (14.8%). Rates of albuminuria (+) had no significant relation to EF%. GFR was significantly related to age and causes of heart failure, in which patients ≥ 80 years old had the lowest GFR

(51.52 ± 16.77 ml/min/1.73 m²) and hypertensive patients had the lowest GFR (43.67 ± 19.47 ml/min/1.73 m²). GFR was not significantly related to EF%. **Conclusions:** rates of albuminuria (+) and GFR in patients with CHF class III, IV were significantly related to age, causes of heart failure but not significantly related to EF%.

Key words: chronic heart failure; chronic kidney disease; glomerular filtration rate; albumin to creatinine ratio (ACR);

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân STMT gây rối loạn huyết động các cơ quan trong đó rõ nét nhất là thận, tim. Các nguyên nhân gây STMT trong quá trình tiến triển cũng có thể xuất hiện biến chứng tổn thương thận. Chính vì vậy BN STMT nhất là suy tim nặng độ 3, 4 có thể xuất hiện tổn thương thận, đây vừa là biểu hiện vừa là yếu tố nguy cơ có ảnh hưởng đến tiến triển của bệnh. Xác định tổn thương thận ở BN STMT chủ yếu dựa vào xét nghiệm nước tiểu bao gồm albumin niệu/24h, tỷ số albumin/creatinin niệu (ACR) và MLCT. Ngoài biểu hiện của suy tim thì một số yếu tố có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ, đặc điểm tổn thương thận. Đề tài nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Tìm hiểu mối liên quan giữa đặc điểm tổn thương thận gồm albumin niệu/24h hoặc ACR và MLCT với tuổi, nguyên nhân gây suy tim và EF%.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 154 BN STMT độ 3, 4 (150 độ 3 và 4 độ 4) tại Bệnh viện nhân dân 115 do các nguyên nhân khác nhau, đã được chẩn đoán và điều trị. Loại trừ BN đã được chẩn đoán bệnh thận mạn (BTM) tiên phát, điều trị bằng thận nhân tạo chu kỳ (TNTCK) hoặc lọc màng bụng liên tục ngoại trú (LMBLTNT), đang có nhiễm khuẩn cấp tính hoặc xơ gan, ung thư.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

+ **Thiết kế nghiên cứu:** Tiến cứu, cắt ngang, quan sát, mô tả.

+ **Nội dung nghiên cứu:** Hỏi, khám lâm sàng và làm xét nghiệm bao gồm albumin niệu/24 giờ. Những BN có albumin niệu/24h (-) được làm xét nghiệm định lượng albumin và creatin niệu để tính tỷ số albumin/creatinin (ACR). Tất cả được định lượng nồng độ creatinin huyết thanh và xác định diện tích cơ thể để tính MLCT theo công thức MDRD.

+ **Xử lý số liệu** bằng phần mềm SPSS 18.0

¹BV nhân dân 115

²Thống Nhất TP. Hồ Chí Minh

³Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Trung Vinh

Email: hoangvinh.hvqy@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Tỷ lệ BN dựa vào nguyên nhân gây suy tim

STT	Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1	Bệnh tim thiếu máu cục bộ	42	27,3
2	Tăng huyết áp	34	22,1
3	Bệnh van tim do thấp	24	15,6
4	Bệnh cơ tim tiên phát	8	5,1
5	COPD	46	29,9

+ Có 5 nhóm nguyên nhân gây suy tim với các tỷ lệ khác nhau bao gồm: bệnh tim thiếu máu cục bộ, THA, bệnh van tim do thấp, bệnh cơ tim tiên phát, COPD.

+ Suy tim do COPD chiếm tỷ lệ cao nhất.

+ Bệnh cơ tim tiên phát chiếm tỷ lệ thấp nhất.

Bảng 3.2. Phân bố BN dựa vào mức độ EF% trên siêu âm tim (n=154)

EF%	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 30	24	15,6
30 < ÷ ≤ 40	34	22,1
40 < ÷ ≤ 50	27	17,5
50 < ÷ ≤ 60	69	44,8

+ Tất cả BN đều có EF% ≤ 60. Mức EF% biến đổi trong khoảng 30 – 40 chiếm tỷ lệ cao nhất.

+ Bệnh nhân có EF% ≤ 30 chiếm tỷ lệ thấp nhất.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa xét nghiệm albumin niệu với nhóm tuổi

Nhóm tuổi (năm)	Chỉ số	Albumin niệu (-)	Albumin niệu (+)
	< 50(n=12)	4(2,6%)	8(5,2%)
50 – 59(n=22)	11(7,1%)	11(7,1%)	
60 – 69(n=34)	14(9,1%)	20(13,0%)	
70 – 79(n=49)	22(14,3%)	27(17,5%)	
≥ 80(n=37)	21(13,6%)	16(10,4%)	

$p_{ANOVA} < 0,001$

Tỷ lệ bệnh nhân có albumin niệu (+) khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa albumin niệu với phân suất tổng máu

EF%	Albumin niệu (-)	Albumin niệu (+)
≤ 30 (n=23)	12 (7,8%)	11 (7,1%)
30 < ÷ ≤ 40 (n=33)	20 (13,0%)	13 (8,4%)
40 < ÷ ≤ 50 (n=26)	14 (9,1%)	12 (7,8%)
50 < ÷ ≤ 60 (n=68)	25 (16,2%)	43 (27,9%)

$p_{ANOVA} > 0,05$

Tỷ lệ bệnh nhân có albumin niệu (+) liên quan không có ý nghĩa với mức EF%

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa albumin niệu với nguyên nhân gây suy tim

STT	Nguyên nhân	Albumin niệu (-)	Albumin niệu (+)
1	Bệnh tim thiếu máu cục bộ	22 (14,3%)	20 (13,0%)
2	Tăng huyết áp	11 (7,1%)	23 (14,8%)
3	Bệnh van tim do thấp	9 (5,8%)	15 (9,7%)
4	Bệnh cơ tim tiên phát	3 (1,9%)	4 (2,6%)
5	COPD	27 (17,5%)	20 (13,0%)

$p_{ANOVA} < 0,001$

+ Tỷ lệ bệnh nhân có albumin niệu (+) tùy thuộc vào nguyên nhân gây suy tim khác biệt có ý nghĩa thống kê. Bệnh nhân tăng huyết áp có tỷ lệ albumin niệu (+) cao nhất.

+ Bệnh nhân suy tim do bệnh cơ tim tiên phát có tỷ lệ albumin niệu (+) thấp nhất

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa MLCT với nhóm tuổi

Nhóm tuổi (năm)	Chỉ số	MLCT(ml/phút/1,73m ²)	p(ANOVA)
	< 50	64,67 ± 28,10	
50 – 59	71,74 ± 25,12		
60 – 69	58,58 ± 33,75		
70 – 79	52,76 ± 25,27		
≥ 80	51,52 ± 16,77		

+ Giá trị trung bình MLCT giữa các nhóm tuổi khác biệt có ý nghĩa thống kê.

+ Giá trị trung bình MLCT giảm dần từ nhóm tuổi 50 – 59 đến nhóm ≥ 80 (p < 0,05).

Bảng 3.7. Môi liên quan giữa MLCT với phân suất tổng máu

EF%	MLCT(ml/phút /1,73m ²)	P (ANOVA)
≤ 30	66,23 ± 22,09	> 0,05
30 < ÷ ≤ 40	52,38 ± 24,19	
40 < ÷ ≤ 50	60,70 ± 35,43	
50 < ÷ ≤ 60	55,74 ± 25,23	

Giá trị trung bình MLCT ở những BN có EF% khác nhau khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.8. Môi liên quan giữa MLCT với nguyên nhân gây suy tim

T	Nguyên nhân	MLCT(ml/ph út/1,73m ²)	P(AN OVA)
1	Bệnh tim thiếu máu cục bộ	59,58 ± 26,12	< 0,05
2	Tăng huyết áp	43,67 ± 19,47	
3	Bệnh van tim do thấp	71,13 ± 35,93	
4	Bệnh cơ tim tiên phát	61,01 ± 26,55	
5	COPD	55,89 ± 22,19	

+ Giá trị trung bình MLCT giữa các nguyên nhân gây suy tim khác biệt nhau có ý nghĩa thống kê.

+ Bệnh nhân suy tim do bệnh van tim có GTTB MLCT cao nhất.

+ Bệnh nhân suy tim do THA có GTTB MLCT thấp nhất.

III. BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung đôi tượng nghiên cứu: Trong số BN nghiên cứu hầu hết (95,5%) là STMT độ 3. Đây cũng là độ suy tim rất thường gặp trong các khoa lâm sàng tim mạch. Còn STMT độ 4 tương ứng suy tim mất bù, khó hồi phục thường nhập viện vào các khoa Hồi sức tích cực và có tình trạng rất nặng, đôi khi biểu hiện suy đa tạng. Mặc dù tỷ lệ BN thuộc 2 mức độ suy tim không tương đương song lại phù hợp với thực tế lâm sàng. Suy tim độ 3 là mức suy tim nặng song nếu được chẩn đoán và áp dụng biện pháp điều trị thích hợp thì bệnh sẽ thuyên giảm, cải thiện được độ nặng của bệnh [1],[2]. Dựa theo nguyên nhân gây suy tim nhận thấy có 5 nhóm trong đó COPD chiếm tỷ lệ cao nhất, bệnh cơ tim tiên phát chiếm tỷ lệ thấp nhất. Trong các nguyên nhân gây STMT thì THA là bệnh có thể gây biến chứng thận trong quá trình tiến triển ngay từ khi chưa xuất hiện suy tim. Các nguyên nhân còn lại thì gần như không gây biến chứng

thận. Nếu biến chứng thận xuất hiện ở những bệnh nhân này chủ yếu sẽ do suy tim gây ra [3].

3.2. Môi liên quan giữa tổn thương thận với một số thông số ở bệnh nhân suy tim mạn tính độ 3, 4: Xác định biểu hiện tổn thương thận ở BN STMT độ 3, 4 dựa vào xét nghiệm albumin niệu/24 giờ hoặc ACR. Nếu albumin niệu/24h (+) hoặc ACR (+) thuộc cả 2 mức MAU (+), albumin niệu (+) đều được coi là albumin niệu (+). Kết quả khảo sát cho thấy trong 53,2% albumin niệu (+) đều xuất hiện ở các nhóm tuổi với các tỷ lệ khác nhau, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong đó cao nhất gặp ở nhóm tuổi 70 – 79, sau đó nhóm tuổi 60 – 69. Tỷ lệ albumin niệu (+) thấp nhất gặp ở BN < 80 tuổi. Như vậy xu hướng bệnh nhân suy tim có tỷ lệ albumin niệu (+) tăng dần theo tuổi. Weiner DE và cs năm 2004 đã khẳng định tuổi là yếu tố nguy cơ đối với tổn thương thận và tiên lượng tử vong ở BN tim mạch nói chung và suy tim nói riêng [3]. Trong số các nguyên nhân gây STMT thì THA có albumin niệu (+) chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả trên đây có thể được giải thích là bản thân bệnh THA cũng đã gây ra biến chứng thận. Khi xuất hiện STMT đã bổ sung nguyên nhân và làm gia tăng biến chứng thận [4]. Môi liên quan giữa tỷ lệ albumin niệu (+) với tuổi và nguyên nhân gây STMT phù hợp với lý thuyết cũng như quan sát của các tác giả. Giải thích mối liên quan không có ý nghĩa giữa albumin niệu (+) với EF% có thể là do số BN nghiên cứu chủ yếu là STMT độ 3, còn độ 4 chiếm tỷ lệ rất ít (4,5%). Phân suất tổng máu phản ánh mức độ nặng của suy tim. Do đặc thù phân bố đối tượng đã lựa chọn nên kết quả cũng phù hợp [5].

Khi khảo sát môi liên quan giữa MLCT với tuổi, nguyên nhân gây suy tim và EF% nhận thấy cũng chỉ có tuổi và nguyên nhân gây suy tim liên quan có ý nghĩa với MLCT nhưng liên quan không có ý nghĩa với EF%. Tương tự như albumin niệu, MLCT giảm dần khi tuổi tăng dần, giá trị thấp nhất ở BN ≥ 80 tuổi. Bệnh nhân THA gây suy tim có MLCT thấp nhất. Có thể nói BN THA khi có suy tim thì nguyên nhân gây tổn thương thận được nâng đỡ. Kết quả này cũng phù hợp với quan sát của các tác giả [6],[7].

V. KẾT LUẬN

+ Tỷ lệ albumin niệu (+) liên quan có ý nghĩa với nhóm tuổi và nguyên nhân gây suy tim. Nhóm tuổi 70 – 79 và BN suy tim do THA có tỷ lệ albumin niệu (+) cao hơn so với các nhóm tuổi và các nguyên nhân khác.

+ Tỷ lệ albumin niệu (+) và MLCT liên quan không có ý nghĩa với EF%.

+ Mức lọc cầu thận liên quan có ý nghĩa với tuổi và nguyên nhân gây suy tim. Tuổi ≥ 80 và suy tim do THA có MLCT thấp nhất so với các nhóm tuổi và nguyên nhân khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Hiền, Trần Lệ Diễm Thủy, Thương Thanh Phương (2016), *Cập nhật khuyến cáo 2016 về chẩn đoán và xử trí suy tim phần II*, tr. 1.9 - 7.9
2. Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam (2015), *Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị suy tim 2015*, tr. 2 - 12.
3. Weiner D.E., Tighiouart H., Stark P.C., et al. (2004), "Kidney disease as a risk factor for recurrent cardiovascular disease and mortality", *Am J Kidney Dis*, 44(2): pp. 198-206.
4. Damman K., Voors A.A., Hillege H.L., et al. (2010), "Congestion in chronic systolic heart failure is related to renal dysfunction and increased mortality", *Eur J Heart Fail*, 12(9): pp. 974-82.
5. Hemmelgarn B.R., Manns B.J., Lloyd A., et al. (2010), "Relation between kidney function, proteinuria, and adverse outcomes", *JAMA*, 303(5): pp. 423-9.
6. Clase C.M., Gao P., Tobe S.W., McQueen M.J., et al. (2011), "Estimated glomerular filtration rate and albuminuria as predictors of outcomes in patients with high cardiovascular risk: a cohort study", *Ann Intern Med*, 154(5): pp. 310-8.
7. Van der Velde M., Matsushita K., Coresh J., et al. (2011), "Lower estimated glomerular filtration rate and higher albuminuria are associated with all-cause and cardiovascular mortality. A collaborative meta-analysis of high-risk population cohorts", *Kidney Int*, 79(12): pp. 1341-52.

NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG CỦA BĂNG GẠC TẮM NANO BẠC TRONG ĐIỀU TRỊ CÁC VẾT THƯƠNG DA NHIỄM KHUẨN LÂU LÀNH

Đinh Vạn Trung*

TÓM TẮT¹²

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả của băng gạc tẩm nano bạc trên những vết thương da nhiễm khuẩn lâu lành. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu can thiệp, tiến cứu trên 32 bệnh nhân có vết thương da lâu lành đang điều trị tại Bệnh viện TWQĐ108 từ tháng 5 đến tháng 12 năm 2015. **Kết quả:** băng gạc tẩm nano Bạc có tác dụng diệt khuẩn rõ rệt: *E. coli* giảm tần suất xuất hiện trong các vết thương từ 31,9% trước can thiệp xuống 18,5% sau can thiệp. *S.epidermidis* từ 22,7% giảm xuống 12,3%. *S.aureus* từ 13,6% xuống 7,7%. *P.aeruginosa* từ 18,2% giảm xuống 9,2% ($p < 0,05$). Số ngày nằm điều trị khỏi <20 ngày chiếm 18,7%, từ 21-30 ngày là 50%, trên 30 ngày là 31,3%. Băng gạc tẩm nano Bạc làm sạch tổn thương và sớm phát triển tổ chức hạt, tạo thuận lợi cho việc ghép da và tổ chức che phủ. Bệnh nhân an toàn không có các phản ứng phụ của cơ thể.

Từ khóa: nano bạc, vết thương da nhiễm khuẩn.

SUMMARY

STUDY THE EFFECTS OF NANO SILVER GAUZE BANDAGE ON LONG-LASTING INFECTIOUS SKIN LESIONS

Objectives: Evaluate the effect of silver nanoparticles on long-lasting infectious skin lesions. **Methods:** A prospective study was conducted on 32

patients with infected skin lesions treated at 108 Military Central Hospital, from May to December 2015. **Results:** Silver Nano kill bacteria: *E. coli* reduced incidence in wounds from 31.9% before intervention to 18.5% after intervention. *S. epidermidis* decreased from 22.7% to 12.3%. *S. aureus* from 13.6% to 7.7%. *P. aeruginosa* decreased from 18.2% to 9.2% ($p < 0.05$). The number of days being treated for <20 days accounted for 18.7%, from 21-30 days was 50%, over 30 days was 31.3%. Silver nanopartic gauze bandage washes the lesions and soon develops granule organization, facilitating skin grafting and cloaking organization. Patient safety does not have side effects of the body.

Key words: Silver nano, infected skin lesions.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những năm gần đây, công nghệ nano đã được ứng dụng rộng rãi trong y học, các nghiên cứu về băng gạc phủ nano bạc làm lành vết thương cũng được phát triển. Vết thương da lâu lành là một trong những hậu quả của các bệnh nội, ngoại khoa như đái tháo đường, bỏng... đặc biệt là vết thương nhiễm khuẩn lâu ngày gây nhiều biến chứng cho người bệnh như: viêm xương, nhiễm khuẩn huyết, viêm thận, áp-xe tạng ... Đã có rất nhiều nghiên cứu nhằm giải quyết vấn đề này như thuốc đông y sử dụng cây Cẩu tích, cây Mỏ quạ, củ Nghệ, Dương hòa thang... Tây y sử dụng kháng sinh, sát khuẩn, vá da... tuy có nhiều giải pháp nhưng thực sự là rất khó khăn trong công tác điều trị tại các bệnh viện đồng thời kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị cho bệnh nhân [3,5].

*Bệnh viện trung ương quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Vạn Trung

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Nghiên cứu giải pháp điều trị bằng băng bạc nano bạc, cho hiệu quả điều trị cao, an toàn cho người bệnh, giảm chi phí và rút ngắn ngày nằm điều trị là một nghiên cứu hết sức có ý nghĩa. Tác dụng của băng bạc nano bạc đã được kiểm nghiệm và khẳng định ở một số bệnh viện như Viện Bỏng Quốc gia, Viện các bệnh truyền nhiễm và nhiệt đới Quốc gia [3]. Chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả của băng bạc tẩm nano bạc trên những vết thương da nhiễm khuẩn lâu lành.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- 32 bệnh nhân có vết thương da lâu lành đang điều trị tại Bệnh viện.
- Chọn bệnh nhân: Những bệnh nhân bị bỏng, tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt có vết thương đã nhiễm khuẩn.
- Loại bỏ không đưa vào nghiên cứu các bệnh nhân mắc các bệnh không lây như đái tháo đường týp I, sử dụng nhiều corticoid.
- Băng Nano Bạc do Viện khoa học & công nghệ Việt Nam sản xuất.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tuổi và giới tính

Nhóm tuổi	Nam n = 26	Nữ n = 6	Tổng n = 32	
			n	%
≤ 20	2		2	6,2
21 – 30	6	1	7	21,9
31 – 40	6	2	8	25,0
41 – 50	9	2	11	34,4
51 – 60	3	1	4	12,5

Nhận xét: bệnh nhân lứa tuổi 41-50 chiếm tỷ lệ cao nhất 34,4%

Bảng 2. Cơ cấu vết thương

Bệnh	Số bệnh nhân n = 32	Tỷ lệ %	Có nhiễm khuẩn	Có chỉ định vả da
Bỏng	5	15,6	5	2
Vết thương mất da	24	75,0	24	18
Vết loét-hoại tử	3	9,4	3	0

Nhận xét: Vết thương mất da do tai nạn sinh hoạt, tai nạn giao thông, tai nạn lao động chiếm nhiều nhất (75%).

Bảng 3. Tìm vi sinh vật có trong dịch vết thương

Vi khuẩn	Cấy khuẩn trước can thiệp (n = 32)		Cấy khuẩn trong và sau can thiệp (n = 65)		p
	Tần suất	%	Tần suất	%	
<i>E.coli</i>	14	31,9	12	18,5	< 0,05
<i>P.aeruginosa</i>	8	18,2	6	9,2	< 0,05
<i>S. aureus</i>	6	13,6	5	7,7	< 0,05
<i>S. epidermidis</i>	10	22,7	8	12,3	< 0,05
<i>Klebsiella</i>	6	13,6	4	6,1	< 0,05

Nhận xét: Vi khuẩn *E. coli* có tần suất xuất hiện nhiều nhất trong các vết thương, chiếm 31,9%. Tiếp theo đó là *S. epidermidis* chiếm 22,7%. *P.aeruginosa* cũng chiếm một tỷ lệ khá cao 18,2%. Sau can thiệp tần suất xuất hiện của các loại vi khuẩn giảm rõ rệt ($p < 0,05$).

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Viện chấn thương chỉnh hình (CTCH)- Bệnh viện TWQĐ108.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu can thiệp, tiến cứu, mô tả.
- Thời gian tiến hành: Từ tháng 5-12-2015.

2.4. Các bước tiến hành:

- Tập huấn, hướng dẫn về mục đích, chỉ định, chống chỉ định và cách sử dụng băng bạc nano bạc cho các bác sĩ, điều dưỡng của Viện CTCH.
- Hàng ngày các bác sĩ khám bệnh nhân chẩn đoán, phân tích khả năng chữa trị vết thương và ra chỉ định điều trị vết thương bằng băng bạc Nano bạc.
- Điều dưỡng lau rửa và thay băng vết thương bằng băng bạc Nano bạc 2 ngày/1 lần.
- Đo diện tích vết thương bằng tờ giấy bóng kính đã kẻ sẵn các đơn vị diện tích tính bằng 1cm².
- Kỹ thuật viên khoa Vi sinh vật lấy dịch tiết từ vết thương để cấy khuẩn, trước khi tiến hành thay băng lần đầu tiên và trước khi bệnh nhân được tiến hành ghép da hoặc vết thương giai đoạn ổn định liền sẹo.
- **Xử lý số liệu bằng** phần mềm SPSS 14.5.

Bảng 4: Đánh giá một số chỉ số sinh hóa máu của các bệnh nhân trước và sau can thiệp.

Chỉ số sinh hóa	Giá trị bình thường	Trước can thiệp n = 32; $\bar{X} \pm SD$	Sau can thiệp n = 32; $\bar{X} \pm SD$	p
Glucose (mmol/l)	3,9 – 6,4	4,58 ± 0,70	4,58 ± 0,75	> 0,05
GOT (U/l)	< 40	29,87 ± 10,87	26,78 ± 6,76	> 0,05
GPT (U/l)	< 40	35,69 ± 17,09	29,57 ± 10,48	> 0,05
Urea (mmol/l)	3,3 – 8,3	5,01 ± 1,12	5,38 ± 1,13	> 0,05
Creatinin (μmol/l)	44 – 106	98,20 ± 11,18	94,42 ± 11,7	> 0,05

Nhận xét: các chỉ số Glucose, GOT, GPT, Creatinin, của các bệnh nhân trước và sau khi sử dụng băng gạc Nano bạc có sự khác nhau nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 5: Đánh giá một số chỉ số tế bào ngoại vi của các bệnh nhân trước và sau can thiệp

Chỉ số tế bào	Giá trị bình thường	Trước can thiệp n = 32 $\bar{X} \pm SD$	Sau can thiệp n = 32; $\bar{X} \pm SD$	p
Bạch cầu (G/L)	4 – 10	12,2 ± 1,7	8,4 ± 2,3	< 0,05
Bạch cầu Lympho (%/L)	19 – 48	44,0 ± 5,0	34,5 ± 6,0	< 0,05
Hồng cầu (T/L)	4,2 – 6,0	4,9 ± 0,3	5,0 ± 0,2	> 0,05
Huyết sắc tố (g/L)	130 – 170	149,6 ± 9,2	156,5 ± 7,3	> 0,05
Hematocrit (L/L)	380 – 490	456,0 ± 26,3	441,3 ± 20,1	> 0,05
Tiểu cầu (G/L)	140 – 350	254,8 ± 56,2	265,1 ± 57,8	> 0,05

Nhận xét: Các chỉ số BC sau can thiệp giảm hơn rõ rệt so với trước can thiệp ($p < 0,05$). Các chỉ số HC, HST, Hematocrit, TC của các bệnh nhân trước và sau khi sử dụng băng gạc Nano bạc có sự khác nhau nhưng không rõ rệt ($p > 0,05$).

Bảng 6. Sự thay đổi của diện tích vết thương sau can thiệp

Diện tích vết thương (cm^2) $\bar{X} \pm SD$				
Ngày 1 (n = 32)	Ngày 7 (n = 32)	Ngày 15 (n = 25)	Ngày 25 (n = 21)	p
19,83 ± 4,29	17,55 ± 3,17	14,42 ± 4,06	9,53 ± 3,42	< 0,05

Nhận xét: Diện tích vết thương trung bình ở ngày thứ 25 giảm rõ rệt so với ngày thay băng đầu tiên ($p < 0,05$).

Bảng 7. Số ngày nằm điều trị của các bệnh nhân

Bệnh	Số ngày nằm viện					
	< 20		21 - 30		> 30	
	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%
Bỏng	1	20,0	3	60,0	1	20,0
Vết thương mất da	5	20,8	12	50,0	7	29,2
Vết loét-hoại tử	0		1	33,3	2	66,7
Tổng	6	18,7	16	50,0	10	31,3

Nhận xét: số ngày nằm điều trị trung bình của các bệnh nhân từ 20 - 30 ngày chiếm 50%. Có 10 bệnh nhân phải kéo dài ngày nằm viện trên 1 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 32 bệnh nhân trong đó có 26 nam và 6 nữ, tuổi đời dưới 60, bị các vết thương mất da do bỏng (15,6%), tai nạn (75,0%), vết loét hoại tử (9,4%) có nhiễm trùng nặng trên bề mặt vết thương chúng tôi thấy rằng: trước khi tiến hành can thiệp sử dụng băng gạc Nano Bạc, hầu hết các vết thương đều nhiễm trùng, xung quanh vết thương da tấy đỏ, ngứa, ấn đau, trên miệng vết thương có giả mạc và dịch chảy ra. Tiến hành cấy khuẩn các vết thương chúng tôi nhận thấy có sự xuất hiện của các vi khuẩn *E.coli* (31,9%), *P.aeruginosa* (18,2%), *S. aureus* (13,6%), *S. epidermidis* (22,7%), *Klebsiella* (13,6%). Nghiên cứu của

chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Quốc Gia (2005) về nhiễm trùng trong phẫu thuật chấn thương [2].

Hiệu quả diệt các loại vi khuẩn trên của nano bạc đã được nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đề cập đến, nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Dung cho thấy: 100% vi khuẩn *E. coli* bị tiêu diệt ngay cả ở nồng độ nano bạc thấp nhất là 3 ppm với thời gian phơi nhiễm là 30 phút. Với chỉ tiêu tổng tạp khuẩn ngay tại nồng độ nano bạc thấp nhất là 3 ppm số lượng vi khuẩn giảm được 4 bậc và ở nồng độ nano bạc 7 ppm tỷ lệ vi khuẩn bị diệt là 99,99% [1]. Qua kết quả ở bảng 3 chúng tôi thấy: vi khuẩn *E. coli* có tần suất xuất hiện nhiều nhất trong các vết thương, chiếm 31,9%. Tiếp theo đó là tụ cầu da (*S.*

epidermidis) chiếm 22,7%. Trực khuẩn mủ xanh (*P.aeruginosa*) cũng chiếm một tỷ lệ khá cao 18,2%. Sau can thiệp tần suất xuất hiện của các loại vi khuẩn giảm theo thứ tự là vi khuẩn *E. coli* vẫn có tần suất xuất hiện nhiều nhất là 18,5%. Tiếp theo đó là *S. epidermidis* chiếm 12,3%, *P.aeruginosa* cũng còn chiếm một tỷ lệ khá cao 9,2%. Sự giảm vi khuẩn sau khi can thiệp là rất rõ rệt ($p < 0,05$).

Trong nghiên cứu, chúng tôi cũng nhận thấy, tất cả 32 bệnh nhân dùng băng gạc tẩm nano bạc đều không có phản ứng phụ. Kết quả ở bảng 4 cho thấy, các chỉ số Glucose, GOT, GPT, Urea, Creatinin của các bệnh nhân trước và sau khi can thiệp có sự khác nhau nhưng không rõ rệt ($p > 0,05$). Điều đó có nghĩa là không có sự ảnh hưởng của can thiệp tới các chức năng gan, thận và nội tiết của các bệnh nhân [6]. Trong số 32 bệnh nhân được làm xét nghiệm công thức BC, chúng tôi cũng đã xác định giá trị của các chỉ số về tế bào ngoại vi ở các bệnh nhân trước và sau can thiệp ở bảng 5, kết quả cho thấy: chỉ số BC trước can thiệp là $12,2 \pm 1,7$ sau can thiệp giảm còn $8,4 \pm 2,3$, sự giảm này là rất rõ rệt ($p < 0,05$). Các chỉ số HC, HST, Hematocrit, TC có sự khác nhau nhưng không có ý nghĩa ($p > 0,05$).

Về diện tích vết thương, kết quả ở bảng 6 cho thấy, ngày đầu tiên thay băng, diện tích trung bình của các vết thương là $19,83 \pm 4,29$ cm², sau 1 tuần diện tích trung bình giảm xuống $17,55 \pm 3,17$ cm², sau 15 đến 25 ngày giảm còn $14,42 \pm 4,06$ cm² và $9,53 \pm 3,42$ cm² ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Gia Tiến [3].

Kết quả ở bảng 7 cho thấy, số ngày nằm điều trị khỏi từ 21-30 ngày là chủ yếu chiếm 50,0%, trên 30 ngày chiếm 31,3%, dưới 20 ngày chỉ chiếm 18,7%, Số ngày điều trị khỏi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với nghiên cứu của các tác giả Lê Thế Trung, Lê Năm đưa ra là ngày

điều trị khỏi trung bình là 27,18 cho bệnh nhân bỏng sử dụng băng gạc nano bạc của Việt Nam sản xuất và 26,78 cho bệnh nhân bỏng sử dụng băng gạc nano bạc của của hãng Anson - Trung Quốc sản xuất [4].

V. KẾT LUẬN

- Băng gạc tẩm nano Bạc có tác dụng diệt khuẩn rõ rệt: *E. coli* giảm tần suất xuất hiện trong các vết thương từ 31,9% trước can thiệp xuống 18,5% sau can thiệp. *S. epidermidis* từ 22,7% giảm xuống 12,3%. *S. aureus* từ 13,6% xuống 7,7%. *P.aeruginosa* từ 18,2% giảm xuống 9,2% ($p < 0,05$).

- Số ngày nằm điều trị khỏi <20 ngày chiếm 18,7%, từ 21-30 ngày là 50%, trên 30 ngày là 31,3%.

- Băng gạc tẩm nano Bạc làm sạch tổn thương, sớm phát triển tổ chức hạt, tạo thuận lợi cho việc ghép da và tổ chức che phủ. Bệnh nhân an toàn không có các phản ứng phụ của cơ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Ngọc Dung (2007)**, "Nghiên cứu chế tạo bình xịt dung dịch nano bạc dùng trong lĩnh vực khử trùng môi trường sinh hoạt". Viện khoa học công nghệ & Môi trường Việt Nam, Hà Nội.
2. **Nguyễn Quốc Gia (2005)**, "Nghiên cứu căn nguyên và yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn vết mổ ở bệnh nhân được phẫu thuật tại các khoa ngoại bệnh viện trung ương quân đội 108". Đề tài cấp Bộ quốc phòng.
3. **Nguyễn Như Lâm, Nguyễn Gia Tiến (2009)**, Đánh giá tác dụng điều trị tại chỗ của băng nano bạc trên vết thương bỏng thực nghiệm. Tạp chí y học thực hành.
4. **Lê Thế Trung, Lê Năm (2001)**, "Nghiên cứu ứng dụng băng dính Anson tại viện bỏng quốc gia Lê Hữu Trác và bệnh viện Tỉnh Thương- Nam Định".
5. **M.A. Hollinger (1996)**, Toxicological aspects of topical silver pharmaceuticals, Crit, Rev, Toxicol, 26 (3), pp 225-260.
6. **Bishara S.Atiyeh, Michel.C et al (2000)**, Effect of silver on burn wound healing control and healing: Review of the literature. Burn 33, pp.139- 148.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ LỌC RỬA NHỮNG MẪU TINH DỊCH BẤT THƯỜNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP THANG NỒNG ĐỘ

Nguyễn Mạnh Hà¹, Nguyễn Xuân Hợi²

Lọc rửa tinh trùng là biện pháp đầu tay trong điều trị vô sinh. Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả

TÓM TẮT¹³

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Hà

Email: hamanhnguyen@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

của lọc rửa theo phương pháp thang nồng độ trên những mẫu tinh dịch bất thường, bao gồm cả thiếu tinh và nhược tinh. Nghiên cứu được tiến hành trên 264 mẫu tinh dịch bất thường theo tiêu chuẩn của WHO-2010 với kết quả thu được tỉ lệ di động tiến tới trung bình tăng từ 30,1% trước lọc rửa lên 70,1% sau lọc rửa. Đối với các mẫu tinh dịch thiếu tinh, mật độ tinh trùng trung bình tăng từ 9,2 triệu/ml lên 17,9 triệu/ml. Các mẫu nhược tinh có tỉ lệ di động tiến tới trung bình tăng từ 21,2% lên 61,5%. Hiệu suất thu lại tinh trùng di động tiến tới đối với các mẫu tinh dịch bất thường, mẫu thiếu tinh và mẫu nhược tinh lần lượt là 0,37, 0,54 và 0,39.

Từ khoá: lọc rửa tinh trùng, thang nồng độ, thiếu tinh, nhược tinh

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF SPERM PREPARATION BY DISCONTINUOUS DENSITY GRADIENT IN ABNORMAL SEMEN SAMPLES

Sperm preparation has become the treatment of choice in many cases of male and female infertility. This study was aimed at evaluation of the effectiveness of gradient sperm preparation for abnormal semen samples, asthenozoospermia, and oligozoospermia. The study was performed in 264 abnormal semen samples according to WHO-2010 criteria. Results: Sperm mobility after preparation increased from 30.1% to 70.1%. For oligozoospermia, sperm concentration improved significantly from 9.2 million/ml to 17.9 million/ml. Sperm progressive mobility increased from 21.2% to 61.5% for asthenozoospermia. The efficiency of discontinuous gradient preparation for abnormal semen samples, oligozoospermia and asthenozoospermia were 0.37, 0.54 and 0.39 respectively.

Keywords: sperm preparation, discontinuous density gradient, asthenozoospermia, oligozoospermia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự phát triển của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản đã dẫn đến sự phát triển của hàng loạt kỹ thuật lọc rửa tinh trùng khác nhau, tập trung vào việc lựa chọn những tinh trùng di động và hoạt hoá chức năng của tinh trùng. Phương pháp chuẩn bị tinh trùng đầu tiên chỉ bao gồm một hoặc 2 lần rửa, sau đó là phương pháp swim-up, rồi đến những phương pháp phức tạp hơn dựa vào sự di động của tinh trùng, dựa vào thang nồng độ hoặc màng lọc. Các phương pháp lọc rửa cũng loại bỏ các tinh trùng không di động. Tỉ lệ lớn tinh trùng không di động có thể gây ức chế khả năng hoạt hoá của tinh trùng.

Một phương pháp lọc rửa tinh trùng lý tưởng có các tiêu chí: (1) nhanh, dễ làm và rẻ tiền; (2) thu được càng nhiều tinh trùng di động càng tốt; (3) không gây tổn hại và ảnh hưởng đến chức năng của tinh trùng; (4) loại bỏ các tinh trùng không di động và các tế bào khác trong tinh

tương như bạch cầu, vi khuẩn; (5) loại bỏ các chất có hại như các gốc oxy hoá; (6) cho phép xử lý một thể tích lớn tinh dịch. Cho tới nay, không có một phương pháp nào thoả mãn đầy đủ các điểm nêu trên; tuy nhiên phương pháp thang nồng độ là phương pháp được sử dụng rộng rãi nhất do hiệu suất thu được số lượng tinh trùng di động cao. Đầu tiên, dung dịch Percoll được sử dụng để lọc tinh trùng di động, sau đó là các sản phẩm ít độc hại hơn như: IxaPrep, SilSelect, PureSperm và Isolate. Về bản chất, dung dịch Percoll có chứa những hạt được bọc bởi PVP có thể gây tổn thương màng tinh trùng, trong khi những chế phẩm sau này chứa những hạt được bọc bởi silane có độc tính thấp.

Tỉ lệ vô sinh do nguyên nhân là nam giới, với các mẫu tinh dịch bất thường xấp xỉ 20-40% trong số các cặp vợ chồng vô sinh. Các thông số của tinh dịch, bao gồm mật độ, độ di động, hình thái theo tiêu chuẩn của WHO-2010 được sử dụng để đánh giá khả năng thụ tinh của tinh dịch. Đối với những mẫu tinh dịch có bất thường tinh trùng vừa hoặc nhẹ thì phương pháp lọc rửa, bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI) là phương pháp hỗ trợ sinh sản được chỉ định đầu tay [1]. Trong lọc rửa tinh trùng, phương pháp thang nồng độ với SilSelect được sử dụng rộng rãi tại các Trung tâm Hỗ trợ sinh sản. Tuy nhiên câu hỏi đặt ra là hiệu quả lọc rửa trên những mẫu tinh dịch bất thường, những mẫu tinh dịch thiếu tinh, và những mẫu tinh dịch nhược tinh như thế nào? Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá khả năng cải thiện các chỉ số của những mẫu tinh trùng bất thường đó sau khi lọc rửa, trong đó đặc biệt quan trọng là đánh giá mức độ thu lại tinh trùng di động tiến tới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Các mẫu tinh dịch bất thường (theo tiêu chuẩn WHO 2010) có chỉ định lọc rửa tinh trùng làm IUI tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản và Công nghệ mô ghép, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Các mẫu tinh dịch bất thường khi có ít nhất 1 trong các thông số sau:

- Mật độ tinh trùng <15 triệu/ml
- Số lượng tinh trùng < 39 triệu
- Tỉ lệ tinh trùng di động tiến tới <32%
- Tỉ lệ tinh trùng di động <40%
- Tỉ lệ tinh trùng hình thái bình thường <4%
- Tỉ lệ tế bào sống <58%

Loại trừ các mẫu tinh dịch bình thường theo tiêu chuẩn WHO 2010

2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả hồi cứu, cỡ mẫu được tính

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

theo công thức:

Trong đó:

- z = 1,96 là hệ số tin cậy với độ tin cậy 95%
- p là xác suất tình trạng bất thường trên những bệnh nhân vô sinh Theo số liệu năm 1996, tại Bệnh viện Phụ sản Từ Dũ, trong số 11.481 cặp vợ chồng đến khám và điều trị vô sinh, 22% trường hợp chồng có tình trạng yếu hoặc ít.

• ε = 0,05 là sai lệch cho phép giữa tỷ lệ thu được từ nghiên cứu và tỷ lệ của quần thể.

Vậy ta có n = 263,68, lấy mẫu là 264

Phương pháp phân tích xử lý số liệu: Dữ liệu được thu thập bằng phiếu thu thập thông tin, sau đó được xử lý bằng phần mềm stata 12.0.

Để so sánh hiệu quả trước và sau lọc rửa, dùng thuật toán so sánh hai trung bình, kiểm

định sự khác biệt bằng signtest cho phân bố không chuẩn, t-test cho phân bố chuẩn.

3. Đạo đức nghiên cứu: Phiếu thu thập thông tin đảm bảo tuyệt đối bí mật thông tin cho bệnh nhân, các kết quả về chất lượng tinh dịch trước và sau rửa lấy tại hồ sơ lưu giữ của Trung tâm Hỗ trợ sinh sản và Công nghệ mô ghép. Các thông tin hoàn toàn được mã hóa và giữ bí mật, chỉ phục vụ cho nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

264 mẫu tinh dịch trước lọc rửa có thể tích trung bình là 2,5ml. Mật độ trung bình là 57,8 triệu/ml, trong đó giá trị cao nhất 300 triệu/ml và thấp nhất là 1,7 triệu/ml. Tổng số tinh trùng trung bình là 137,3 triệu. Số lượng tinh trùng cao nhất là 600 triệu và số lượng tinh trùng thấp nhất là 4,5 triệu.

Bảng 1. Kết quả chất lượng tinh trùng trước và sau lọc rửa

(*) signtest.

Thông số	Trước lọc rửa (n=264)	Sau lọc rửa (n=264)	P*
Số lượng tinh trùng (triệu)	137,3±106,9	16,4±13,2	<0,05
Mật độ (triệu/ml)	57,8±47,3	54,6±44,1	>0,05
Di động tiến tới nhanh (A-%)	4,3±7,7	34,9±21,9	<0,05
Di động tiến chậm (B-%)	25,7±13,5	35,1±19,5	
Di động không tiến tới (C-%)	17,6±10,1	10,6±7,7	
Không di động (D-%)	52,3±18,2	19,3±16,0	
Tình trạng tiến tới nhanh+chậm (A+B %)	30,1±16,4%	70,1±19,3%	

Sau lọc rửa, các thông số của tinh dịch có sự thay đổi: Mật độ tinh trùng trung bình sau lọc rửa là 54,6 triệu/ml, trong đó mật độ thấp nhất là 0,9 triệu/ml, mật độ cao nhất là 234 triệu/ml. Mật độ tinh trùng trung bình trước lọc rửa và mật độ tinh trùng trung bình sau lọc rửa khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Độ di động tiến tới nhanh (loại A) và tiến tới chậm (loại B) trung bình sau lọc rửa là 34,9% và 35,1%; trong khi tỉ lệ này trước lọc rửa lần lượt là 4,3% và 25,7%. Cả 2 loại đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh trước và sau lọc rửa. Độ di động không tiến tới và không di động sau lọc rửa là 10,6% và 19,3%, thấp hơn trước lọc rửa (17,6% và 52,3%; p<0,05).

Bảng 2. Các thông số tinh trùng nhóm thiếu tinh

(*) signtest

Các thông số	Trước lọc rửa (n=38)	Sau lọc rửa (n=38)	P*
Số lượng (triệu)	23,7±11,6	5,4±4,8	<0.05
Mật độ (triệu/ml)	9,2±3,8	17,9±15,9	
Di động tiến tới nhanh (A-%)	3,2±5,8	25,6±18,7	
Di động tiến chậm (B-%)	23,9±13,7	40,2±19,1	>0.05
Di động không tiến tới (C-%)	19,2±10,3	14,6±10,0	
Không di động (D-%)	53,7±17,1	19,7±15,0	<0.05

Trong nhóm thiếu tinh, số lượng tinh trùng trung bình trước lọc rửa là 23,7 triệu. Sau lọc rửa, số lượng tinh trùng trung bình còn 5,4 (p<0,05). Mật độ tinh trùng trung bình trước lọc rửa là 9,2 triệu/ml. Sau lọc rửa, mật độ tinh trùng là 17,9 triệu/ml, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Độ di động A và B trước lọc rửa là 3,2% và 23,9%, sau lọc rửa tăng lên 25,6% và 40,2% (p<0,05). Tỉ lệ tinh trùng không di động trung bình trước lọc rửa là 53,7%, sau lọc rửa giảm xuống 19,7% (p<0,05).

Bảng 3. Chất lượng tinh trùng nhóm nhược tinh

(*)T-test

Tính chất	Trước lọc rửa (n=184)	Sau lọc rửa (n=184)	P*
Di động tiến tới nhanh (A-%)	2,3±3,3	32,8±21,9	<0,05
Di động tiến chậm (B-%)	18,9±7,8	32,6±17,9	
Di động không tiến tới (C-%)	18,7±10,9	11,9±8,0	

Không di động (D-%)	60,1±15,1	22,6±17,2	
Di động A+B (%)	21,2±8,4	65,4±20,0	
Di động A+B+C (%)	39,9±15,1	77,4±17,2	
Mật độ (triệu/ml)	57,8±46,3	50,0±43,5	>0,05
Số lượng tinh trùng (triệu)	136,5±104,7	15,0±13,0	<0,05

Trong 184 mẫu tinh trùng thuộc nhóm nhược tinh, tỉ lệ tinh trùng di động tiến tới trung bình trước lọc rửa là 21,2%, với tỉ lệ thấp nhất là 0% và tỉ lệ cao nhất là 31%. Sau lọc rửa, tỉ lệ tinh trùng di động tiến tới là 65,4%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với trước lọc rửa. Tỉ lệ di động tiến tới nhanh và chậm trước lọc rửa là 2,3% và 18,9%, sau lọc rửa, giá trị này tăng lên tương ứng đạt 32,8% và 32,6%, cao hơn trước lọc rửa có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$); Tỉ lệ tinh trùng không di động giảm từ 60,1% xuống còn 22,6% ($p < 0,05$).

Bảng 4: Hiệu suất lọc rửa (tổng số tinh trùng di động tiến tới)

Nhóm	Trước lọc rửa (triệu)	Sau lọc rửa (triệu)	P*
Nhóm tinh dịch bất thường	43,5±45,5	16,4±13,2	<0,05
Nhóm thiếu tinh	7,5±6,9	4,1±3,9	<0,05
Nhóm nhược tinh	31,5±29,7	12,3±12,6	<0,05

Số lượng tinh trùng di động tiến tới (A+B) trung bình ở các mẫu tinh dịch bất thường nói chung trước và sau lọc rửa là 43,5 triệu/ml và 16,4 triệu/ml; tỉ lệ này ở các mẫu tinh dịch thiếu tinh là 7,5 triệu/ml và 4,1 triệu/ml; mẫu thiếu tinh là 31,5 và 12,3 triệu/ml. Như vậy, hiệu suất lọc rửa đạt 0,37, 0,54 và 0,39 đối với các mẫu tinh dịch bất thường nói chung, thiếu tinh và nhược tinh.

IV. BÀN LUẬN

Mục tiêu quan trọng nhất của lọc rửa tinh trùng là giữ lại số lượng lớn nhất tinh trùng di động tiến tới. Số lượng tinh trùng di động tiến tới là một trong những yếu tố tiên lượng độc lập và có ý nghĩa đối với khả năng thành công của phương pháp IUI [2]. Số lượng tinh trùng di động tiến tới có liên quan chặt chẽ tới tỉ lệ có thai [3]. Tinh trùng có độ di động tiến tới nhanh là chỉ số rất có ý nghĩa với những nam giới có tổng số tinh trùng di động dưới 10 triệu/ml [4]. Phương pháp lọc rửa swim-up dựa trên khả năng di động của tinh trùng, do đó chỉ những tinh trùng có khả năng di động tốt mới có thể bơi vượt qua lớp tinh dịch phía dưới và đi lên lớp môi trường phía trên, do vậy kết quả thu được tỉ lệ lớn tinh trùng di động tốt sau lọc rửa. Tuy nhiên nhiều tinh trùng cũng di động tốt bị giữ lại ở lớp tinh dịch phía dưới. Phương pháp thang nồng độ có nguyên lý tinh trùng sống, tinh trùng chết, các mảnh vụn và các tế bào khác được phân tách ở các nồng độ khác nhau. Hiệu suất thu được số lượng tinh trùng di động cao hơn swim-up. Có nhiều tác giả đã đưa ra khuyến nghị swim-up nên chỉ định cho những mẫu tinh trùng bình thường, có độ di động tốt, còn phương pháp thang nồng độ thì nên chỉ định cho những mẫu tinh trùng nhược tinh, thiếu tinh [5].

Số lượng tinh trùng di động tiến tới trung bình sau lọc rửa đạt 16,4 triệu so với trước lọc rửa là 43,5 triệu. Như vậy sau lọc rửa, hiệu suất thu lại tinh trùng di động tiến tới trong nghiên cứu này đạt 37,7%. So với kết quả tại Bệnh viện

Từ Dũ là 25% thì hiệu suất thu lại tinh trùng di động tiến tới của chúng tôi cao hơn, một phần Bệnh viện Từ Dũ thống kê chung hiệu suất của tất cả các phương pháp lọc rửa tinh trùng gồm swim-up và thang nồng độ, trên lý thuyết và các nghiên cứu đã chứng minh hiệu suất thu lại tinh trùng của swim-up là thấp hơn so với thang nồng độ.

Có thể nhận thấy lọc rửa tinh trùng không chỉ giữ lại tinh trùng di động mà còn hoạt hoá tinh trùng. Độ di động tiến tới nhanh tăng từ 4,3% lên 34,9% (bảng 1). Kết quả này có thể được giải thích là nhờ môi trường lọc và dung dịch rửa có chứa các chất làm tăng độ di động của tinh trùng như xanthin, pentoxifylline, 2-Deoxyadenosine, và làm giảm các tác động xấu của các gốc oxy hoá tự do tới tinh trùng với vitamin C và E. Trong thực tế nghiên cứu, chúng tôi có những mẫu tinh dịch có tỉ lệ tinh trùng tiến tới nhanh là 0% trước lọc rửa, nhưng kết quả thu được có nhiều tinh trùng có độ di động tiến tới nhanh.

Đối với nhóm thiếu tinh tăng mật độ tinh trùng là mục tiêu hướng tới của lọc rửa. Kết quả nghiên cứu cho thấy mật độ tinh trùng trung bình trước lọc rửa là 9,2 triệu/ml, sau lọc rửa tăng lên 17,9 triệu/ml. Không những tăng mật độ tinh trùng mà lọc rửa còn loại bỏ phần lớn tinh trùng không di động. Kết quả của nghiên cứu cho thấy tỉ lệ tinh trùng không di động trung bình trước lọc rửa là 53,7%, sau lọc rửa giảm đi còn 19,7%. Hiệu suất sau lọc rửa đối với số lượng tinh trùng di động tiến tới của nhóm thiếu tinh lên tới 0,55. Như vậy lọc rửa trên nhóm thiếu tinh làm tăng mật độ và tỉ lệ tinh trùng di

động tiến tới, loại bỏ được tinh trùng không di động, cải thiện chất lượng tinh trùng.

Đối với nhóm nhược tinh, hiệu quả thể hiện rõ nhất ở tỉ lệ tinh trùng di động thay đổi sau lọc rửa. Tỉ lệ tinh trùng di động tiến tới trung bình trước lọc rửa là 21,2%, tỉ lệ tinh trùng không di động chiếm tới 60,1%, tuy nhiên sau lọc rửa thì tỉ lệ tinh trùng di động tiến tới chiếm 65,4%, tỉ lệ tinh trùng không di động 22,6%. Như vậy có thể thấy sự thay đổi rõ rệt trong tỉ lệ các loại tinh trùng di động trong nhóm nhược tinh. Tỉ lệ tinh trùng di động tiến tới tăng gấp 3 lần, và tỉ lệ tinh trùng không di động giảm 2,7 lần.

Các phương pháp lọc rửa chỉ nhằm thủ được tối đa số lượng tinh trùng di động, chứ không đánh giá được chức năng tinh trùng. Hiện nay, có nhiều phương pháp để đánh giá chức năng của tinh trùng như: đánh giá phản ứng cực đầu tinh trùng, test kích hoạt tinh trùng [6]. Test đánh giá sự bám dính tinh trùng vào màng trong suốt (hemizona assay) rất có giá trị trong việc tiên lượng khả năng thành công của các biện pháp hỗ trợ sinh sản [7]. Nhiều nghiên cứu ghi nhận các gốc oxy hoá gốc tự do ảnh hưởng đến khả năng phosphoryl hoá, dẫn đến khả năng giảm phản ứng cực đầu của tinh trùng. Các biện pháp đo lượng oxy hoá gốc tự do cũng cần thiết trong đánh giá chức năng tinh trùng.

V. KẾT LUẬN

Lọc rửa tinh trùng theo phương pháp thang nồng độ ở những mẫu tinh trùng bất thường làm cải thiện rõ rệt chất lượng tinh trùng: loại bỏ phần lớn tinh trùng không di động, tinh trùng chết, giữ lại những tinh trùng có khả năng di động tốt nhất. Hiệu suất chung giữ lại tinh trùng di động tiến tới của tất cả các loại bất thường tinh dịch: 37,7%. Đối với nhóm thiếu tinh, lọc

rửa làm tăng mật độ tinh trùng. Đối với nhóm nhược tinh, lọc rửa làm tăng tỉ lệ tinh trùng di động tiến tới lên 3 lần, giảm tỉ lệ tinh trùng không di động xuống 2,7 lần, hiệu suất giữ lại tinh trùng di động tiến tới là 39%.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin chân thành cảm ơn các bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản và Công nghệ mô ghép, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và sinh viên Nguyễn Minh Trang đã giúp đỡ và hỗ trợ nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Royère D (2004). Intrauterine insemination: state-of-the-art in humans. *Gynecol Obstet Fertil*, 32(10), 873-879.
2. Ayala C, Steinberger E, Smith DP (1996). The influence of semen analysis parameters on the fertility potential of infertile couples. *Journal of Andrology*, 17(6), 718-725.
3. Dong FJ, Sun Yp, Guo Yh et al (2011). Relationship between processed total motile sperm count of husband or donor semen and pregnancy outcome following intrauterine insemination. *Syst Biol Reprod Med*, 57(5), 251-255.
4. Berker B, Sükür YE, Atabekoğlu CS et al (2012). Absence of rapid and linear progressive motile spermatozoa "grade A" in semen specimens: does it change intrauterine insemination outcomes?. *Urology*, 80(6), 1262-1266.
5. Ohashi K, Wakimoto A, Saji F et al (1992). Preparation of oligozoospermic and/or asthenozoospermic semen for intrauterine insemination using the SpermPrep semen filtration column. *Fertil and Steril*, 57(4), 866-870
6. Lee TH, Liu CH, Shih YT et al (2010). Magnetic-activated cell sorting for sperm preparation reduces spermatozoa with apoptotic markers and improves the acrosome reaction in couples with unexplained infertility. *Human Reproduction*, 25(4), 839-846.
7. Oehninger S, Franken DR, Ombelet W (2014). Sperm functional tests. *Fertility and Sterility*, 102(6), 1528-1533

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT GÂY LỖI CẦU XƯƠNG HÀM DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI TỪ THÁNG 10/2015 ĐẾN THÁNG 10/2016

Phạm Hoàng Tuấn*

TÓM TẮT¹⁴

*Bệnh viện Răng Hàm Mặt TW Hà Nội
 Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoàng Tuấn
 Email:
 Ngày nhận bài:
 Ngày phản biện khoa học:
 Ngày duyệt bài:

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gây lỗi cầu xương hàm dưới tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành trên 30 bệnh nhân gây lỗi cầu hàm xương hàm dưới do chấn thương, bệnh nhân không mắc các bệnh hệ thống hay ác tính và được phẫu thuật trong vòng 7 ngày kể từ khi tai nạn. Các yếu tố dịch tễ, đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật ngay sau phẫu thuật và sau phẫu thuật 3 tháng được nghiên cứu và đánh giá. **Kết quả:**

Gãy lồi cầu XHD gặp ở nam chiếm tỷ lệ 76,7% nhiều hơn ở nữ với tỷ lệ 23,3%. Lứa tuổi gặp nhiều nhất từ 18 đến 29 tuổi chiếm tỷ lệ 63,3%, nguyên nhân hay gặp nhất do tai nạn giao thông thường là xe máy. Gãy LCXHD thường phối hợp với chấn thương vùng gò má cung tiếp cận ngang xương hàm vùng cằm. Vị trí lực tác động làm gãy LCXHD chủ yếu là vùng cằm chiếm tỷ lệ 80,0%. Kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít cho kết quả tốt cao chiếm tỷ lệ 88%. Ít xảy ra các biến chứng sau phẫu thuật. **Kết luận:** Điều trị phẫu thuật gãy lồi cầu xương hàm dưới của chúng tôi cho kết quả tốt.

Từ khóa: Gãy lồi cầu, Xương hàm dưới, chấn thương hàm mặt.

SUMMARY

ASSESS THE RESULTS OF THE TREATMENT OF THE FRACTURE OF THE MANDIBULAR CONDYLE AT THE HA NOI NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO STOMATOLOGY FROM OCTOBER 2015 TO OCTOBER 2016

Aim: to assess the results of the treatment of the fracture of the Mandibular Condyle at Ha Noi National Hospital of Odonto Stomatology. **Participants and methods:** the study was conducted on 30 patients with the fracture of Mandibular Condyle due to trauma, patients without systemic or malignant diseases and underwent surgery within 3 days after accident. The epidemiological characteristics, clinical course of patients, results of immediately post operative treatment and after 3 months of surgery were studied and evaluated. **Results:** fracture of Mandibular Condyle in men are 76,7%, more common in men than in women in the proportion of 23.3 %. Most age from 18 to 29 years accounted for 63.3 %, the most common cause of traffic accidents are usually motorcycles. Fracture of Mandibular Condyle is often associated with traumatic injury to the cheekbone area of the jaw. The position of the impact force of fracture the Mandibular Condyle is mainly the chin area accounted for 80.0%. The results of bone graft surgery with good brace resulted in 88%. Less complications after surgery. **Conclusion:** Our treatment for fracture Mandibular Condyle bone surgery has good results

Key words: Fracture of the Mandibular Condyle, facial trauma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lồi cầu là một phần của XHD, đây là xương tạo nên hình dạng và chiều cao tăng dưới của khuôn mặt và tham gia thực hiện nhiều chức năng quan trọng đối với cơ thể như ăn nhai, phát âm và thẩm mỹ. Cấu trúc giải phẫu lồi cầu là một trong những điểm yếu của XHD nên dễ bị gãy khi chấn thương đặc biệt là những chấn thương có lực truyền từ vùng cằm lên.

Cho tới nay có hai phương pháp điều trị được áp dụng đối với gãy LCXHD đó là: Phương pháp điều trị bảo tồn và phương pháp điều trị phẫu

thuật. Điều trị bảo tồn bao gồm nắn chỉnh kín và bất động hai hàm cho đúng khớp cắn trong một khoảng thời gian. Phương pháp điều trị này có kết quả tốt khi được chỉ định đúng và có kế hoạch tập vận động hàm sớm cho bệnh nhân tuy nhiên thì điều trị bảo tồn cũng có những hạn chế như: Không thể phục hồi tốt được sự cân đối và chiều cao tăng dưới khuôn mặt, thời gian bất động hai hàm kéo dài sẽ làm tăng nguy cơ dính khớp TDH. Điều trị phẫu thuật giúp nắn chỉnh các đầu xương gãy được tốt hơn và cố định chắc chắn bên trong đã giải quyết được những hạn chế của điều trị bảo tồn. Ngày nay với sự phát triển của kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh giúp cho việc chẩn đoán gãy LCXHD được chính xác và sử dụng các hệ thống nẹp – vít đặc biệt là hệ thống nẹp vít nhỏ, nẹp vít tự tiêu trong phẫu thuật đã giúp cho điều trị phẫu thuật ngày càng mở rộng và kết quả ngày càng tốt hơn.

Với những lý do trên, đề tài "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy lồi cầu xương hàm dưới tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ tháng 10/2015 đến tháng 10/2016"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm các bệnh nhân có chẩn đoán là gãy LCXHD và điều trị phẫu thuật tại khoa Chấn thương – Chỉnh hình Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ tháng 10 năm 2015 đến tháng 10 năm 2016.

*Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Được chẩn đoán xác định là gãy LCXHD (đơn thuần hoặc phối hợp) gãy xương vị trí khác nhau ở hàm dưới hay gãy xương tăng giữa mặt.
- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án phim Xquang phục vụ chẩn đoán và điều trị
- Có chỉ định điều trị phẫu thuật, bệnh nhân đồng ý tham gia phẫu thuật
- Được theo dõi trước, trong và sau phẫu thuật và được khám lại sau 3 đến 6 tháng

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Các bước tiến hành nghiên cứu:

Chúng tôi trực tiếp khám lâm sàng, làm bệnh án các bệnh nhân chấn thương hàm mặt vào viện có gãy lồi cầu XHD, thu thập các thông tin cần thiết liên quan đến vấn đề nghiên cứu, chụp các phim X quang cần thiết cho chẩn đoán, phân tích đưa ra chẩn đoán xác định trước mổ và lên kế hoạch điều trị. KHX bằng nẹp vít, lựa chọn loại nẹp (kích cỡ, số lượng nẹp phù hợp với tổn thương). Khám đánh giá khi bệnh nhân ra viện và hẹn tái khám để đánh giá sau 3 tháng đến 6 tháng.

2.2.2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật: Chúng tôi thực hiện đánh giá kết quả

điều trị phẫu thuật trong khoảng thời gian từ 3 năm và thẩm mỹ được tập hợp trong bảng sau: đến 6 tháng dựa vào các tiêu chí giải phẫu, chức

Bảng tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy LCXHD

Yếu tố Kết quả	Giải phẫu	Chức năng	Thẩm mỹ
Tốt	Xương liền tốt Không có di lệch Không biến dạng	Không đau Ăn nhai tốt Khớp cắn đúng Há miệng bình thường (3,5-4cm)	Mặt cân đối không biến dạng Seo vết mổ đẹp
Khá	Xương liền Biến dạng ít	Không đau Ăn nhai bình thường Há miệng hạn chế nhẹ (2,5-3cm) Khớp cắn đúng	Mặt biến dạng ít Vết thương có thể phải sửa lại
Kém	Xương biến dạng Khớp cắn sai, tạo khớp giả, dính khớp.	Khớp TDH cử động hạn chế Há miệng hạn chế hoặc khít hàm (\leq 2cm) Khớp cắn sai	Biến dạng mặt nhiều Cần phải phẫu thuật lại.

✓ Nhận định đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy lồi cầu XHD:

- Tốt: khi tất cả 3 tiêu chí trên (giải phẫu, chức năng, thẩm mỹ) đều tốt
- Khá: khi có ít nhất 1 tiêu chí là khá và không có tiêu chí nào kém
- Kém: khi có ít nhất 1 tiêu chí được đánh giá là kém

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0 và các phép toán thông thường.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài thực hiện được sự đồng ý của hội đồng thông qua đề cương của Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. Bệnh nhân đồng ý và cam kết tham gia nghiên cứu, kết quả nghiên cứu được giữ bí mật và có phản hồi cho bệnh nhân. Nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân chứ không nhằm một mục đích nào khác.

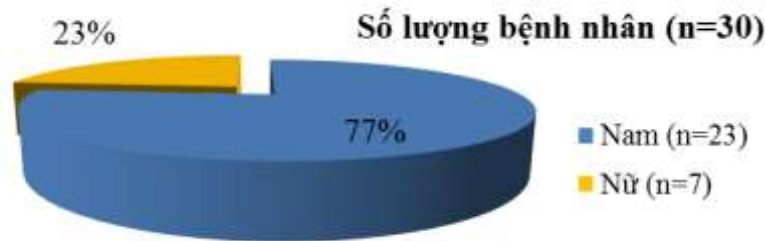
III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Phân bố chấn thương theo độ tuổi của bệnh nhân

Độ tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
18 – 29	19	63,3
30 – 49	7	23,3
50 – 59	3	10,0
\geq 60	1	3,3
Tổng	30	100

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi hay gặp nhất từ 18 – 29 (chiếm 63,3%), điều này cho thấy đây là nhóm tuổi tham gia nhiều vào các hoạt động xã hội. Chiếm tỷ lệ thấp hơn là nhóm tuổi từ 30 – 49 (23,3%) và từ 50 – 59 (10,0%). Nhóm tuổi từ 18 – 29 trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao nhất, đây là nhóm đối tượng lao động trẻ tham gia nhiều vào các hoạt động xã hội nhất. Nhóm tuổi trung niên từ 30-59 trong nghiên cứu của chúng tôi cao cũng rất đáng quan tâm, điều này cho thấy nhóm tuổi trung niên thì vẫn còn nhiều hoạt động ngoài xã hội.

3.2. Phân bố chấn thương theo giới tính của bệnh nhân



Biểu đồ phân bố gãy lồi cầu xương hàm dưới theo giới tính

Trong 30 bệnh nhân chúng tôi nghiên cứu, có 23 bệnh nhân nam và 7 bệnh nhân nữ, tỷ lệ gặp nhiều hơn bệnh nhân nữ 3 lần, điều này

được giải thích là đối tượng nam hiểu động hơn và tham gia vào các hoạt động xã hội nhiều hơn đối tượng nữ giới. So sánh với một số nghiên cứu trước: Đối tượng nữ trong nghiên cứu của chúng tôi gặp nhiều hơn nghiên cứu của Hoàng Tuấn Anh (1nữ/4,25nam) [1] và ngang với nghiên cứu của Phạm Dương Châu (1nữ/3,5nam) [2]. Tỷ lệ nữ/nam trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với tỷ lệ nữ/nam của một số tác giả ở nước ngoài. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3. Phân bố chấn thương theo nguyên nhân

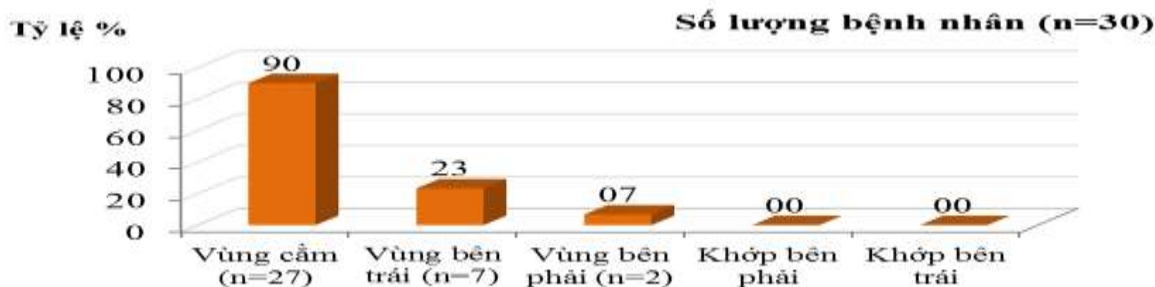
Nguyên nhân	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	
TNGT	Xe máy	29	96,7
	Ô tô	0	0
	Xe đạp	0	0
TNLD	0	0	
TNSH	1	3,3	
Tổng	30	100	

Trong nghiên cứu của chúng tôi nguyên nhân chấn thương gây LCXHD do TNGT chiếm tỷ lệ cao nhất (96,7%), và nguyên nhân là do tai nạn

xe máy. Kết quả này lớn hơn kết quả nghiên cứu trước đây của Phạm Hoàng Tuấn [4] (75,79%), và của Hoàng Tuấn Anh (77,29%) về nguyên nhân do TNGT nói chung, điều đó cho thấy tình hình chấn thương hàm mặt do TNGT không hề thuyên giảm mà ngày càng gia tăng và diễn biến phức tạp hơn ở tỷ lệ và mức độ chấn thương.

Nguyên nhân chấn thương gây LCXHD trong nghiên cứu của chúng tôi cũng khác so với nguyên nhân tại các nước phát triển. Ví dụ tại Hà Lan, nơi xe đạp được sử dụng đi lại thường xuyên thì tai nạn ngã xe đạp là nguyên nhân hàng đầu của chấn thương gây LCXHD. Tại Anh, Newman và cộng sự tổng kết trong 3 năm từ 1995 – 1998 tại khoa hàm mặt bệnh viện thực hành Luân Đôn thấy có 54 bệnh nhân gây LCXHD, trong số đó có đến 35% số bệnh nhân được cho là gây LCXHD do bạo lực trong khi nguyên nhân bạo lực của chấn thương hàm mặt nói chung tại đây vào khoảng 24%.

3.4. Phân bố vị trí lực tác động



Biểu đồ phân bố vị trí lực tác động

Trong số 30 bệnh nhân gây LCXHD có 27 bệnh nhân có lực tác động vào vùng cằm chiếm tỷ lệ 90,0%. Như vậy, đối với gãy LCXHD thì vị trí lực tác động vào vùng cằm là chủ yếu. Điều này được lý giải là do khi ngã nạn nhân thường bị lao ra phía trước và đập cằm xuống đường đầu tiên. Khi đó lực tác động sẽ truyền từ vùng cằm qua thân và ngành XHD lên LCXHD. Do cấu trúc giải phẫu là một điểm yếu của XHD kết hợp với phía trên bị chặn lại bởi ổ khớp của XTD và các tổ chức phần mềm khác do đó sẽ dẫn đến gãy LCXHD.

Trong nghiên cứu chúng tôi gặp 7 trường hợp gãy LCXHD có vị trí lực tác động vào vùng mặt bên trái chiếm tỷ lệ 23,3% và 2 trường hợp gãy LCXHD có vị trí lực tác động vào phía bên phải (6,7%).

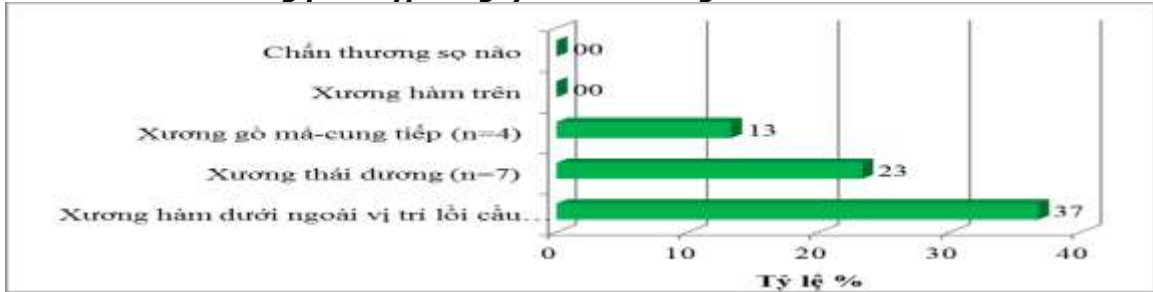
3.5. Phân loại gãy lồi cầu xương hàm dưới theo tính chất tổn thương

Mức độ Di lệch	Số đường gãy	Tỷ lệ %
Đoạn trên không di lệch	1	3,2
Đoạn trên di lệch ít	27	87,1
Đoạn trên di lệch nhiều	3	9,7
Tổng số	31	100

Phân đoạn trên đường gãy di lệch ít chiếm tỷ lệ cao nhất với 87,1%, di lệch nhiều chiếm 9,7%, không di lệch chỉ có 1 trường hợp, chiếm 3,2%. Sự di lệch của đoạn trên lồi cầu gây ra bởi lực tác động khi chấn thương và do sự di lệch thứ phát bởi sự co kéo của hệ thống cơ trong đó cơ chân bướm ngoài đóng vai trò quan trọng nhất. Khi gãy lồi cầu cơ chân bướm ngoài sẽ kéo lồi cầu vào trong và ra trước do vậy trên các phim X quang thường thấy đầu lồi cầu gãy bị kéo lệch vào phía trong.

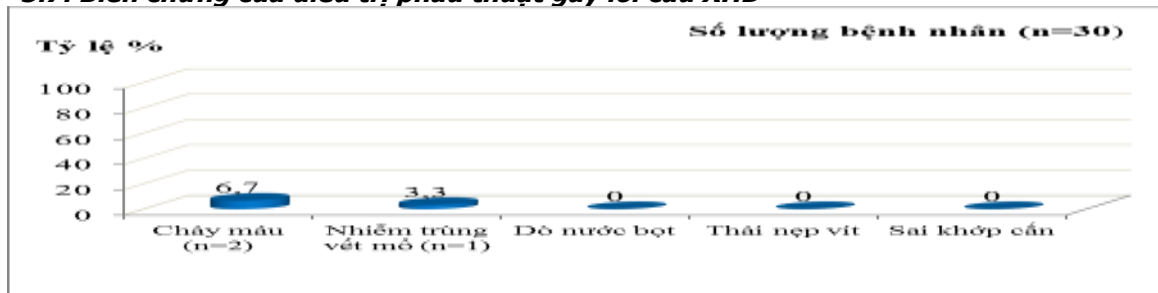
Qua đó chúng tôi rút ra nhận xét: Điều trị gãy lồi cầu có sự di lệch, những trường hợp gãy phẫu thuật được thực hiện ở những bệnh nhân không di lệch thì không được điều trị phẫu thuật.

3.6. Các chấn thương phối hợp với gãy lồi cầu xương hàm dưới



Trong nghiên cứu của chúng tôi, gãy LCXHD đơn thuần chiếm 53,3% và gãy phối hợp chiếm tới 46,7%. Kết quả này cũng tương đương với kết quả của một số nghiên cứu trước và cao hơn trong nghiên cứu của Newman tại Anh (51,9% gãy đơn thuần). Các loại gãy phối hợp hay gặp nhất là với gãy XHD ở các vị trí khác với 36,7%, những vị trí khác gặp ít hơn với xương thái dương là 23,4% và với XGM-CT 13,3%. Điều này cho thấy chấn thương hàm mặt nói chung và chấn thương gãy LCXHD nói riêng ít gặp đơn thuần mà thường kết hợp với nhiều vị trí khác ở các mức độ khác nhau do vậy khi khám bệnh cần thận trọng để tránh bỏ sót chấn thương. Chấn thương gãy LCXHD kết hợp với CTSN gặp không nhiều nhưng lại rất khó khăn trong vấn đề điều trị từ giai đoạn lựa chọn phương pháp điều trị đến khi phục hồi chức năng cho bệnh nhân sau khi điều trị.

3.7. Biến chứng của điều trị phẫu thuật gãy lồi cầu XHD



Biểu đồ biến chứng của điều trị phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ biến chứng của điều trị phẫu thuật ít gặp với tỷ lệ 10,0%.

Trong số các trường hợp biến chứng chúng tôi gặp 2 trường hợp chảy máu trong quá trình phẫu thuật và cả hai trường hợp này bệnh nhân đều phải truyền máu. Chảy máu khi phẫu thuật gãy LCXHD chủ yếu do động mạch hàm bị tổn thương (nhánh tận của động mạch cảnh ngoài) có thể gây nguy hiểm cho bệnh nhân, trong cả hai trường hợp này bệnh nhân đều phải truyền máu và kết hợp mở rộng đường rạch, bộc lộ động mạch hàm rồi kẹp và khâu thắt cầm máu. Chúng tôi gặp 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ sau khi cắt chỉ và bệnh nhân này được điều trị tiếp bằng kháng sinh, do vết mổ bị nhiễm trùng nên bệnh nhân này có kết quả không tốt về thẩm mỹ với sẹo vết mổ to và không đẹp.

3.8. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật sau 3-6 tháng: Chúng tôi thực hiện đánh giá kết quả phương pháp điều trị phẫu thuật gãy

LCXHD trong khoảng thời gian từ 3 đến 6 tháng sau phẫu thuật. Số bệnh nhân theo dõi được là 25/30 bệnh nhân có kết quả như sau.

Bảng đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt	22	88,0
Khá	3	12,0
Kém	0	0
Tổng	25	100

Qua kết quả trên chúng tôi nhận thấy: Điều trị phẫu thuật gãy LCXHD tại viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội cho kết quả tốt với tỷ lệ tốt là 88,0%, tỷ lệ khá là 12,0%. Theo kết quả trên, tỷ lệ tốt trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tỷ lệ tốt của các nghiên cứu trước đó.

Năm 2000, Ellis và cộng sự điều trị phẫu thuật 93 bệnh nhân gãy lồi cầu xương hàm dưới tại Mỹ cho kết quả tốt với kết quả sau 6 tuần có 17,2% bệnh nhân có biểu hiện yếu dây thần kinh mặt, tuy nhiên dấu hiệu này sẽ hết sau 6 tháng

[5]. Năm 2008 Piero Cascone và cộng sự công bố kết quả điều trị phẫu thuật 137 bệnh nhân gãy LCXHD tại Leibinger – Đức trong khoảng thời gian từ 1990 đến 2005 thấy kết quả tốt về mặt chức năng sau 12 tháng là 91% và tỷ lệ biến chứng thấp (tỷ lệ liệt nhẹ tạm thời dây thần kinh mặt là dưới 7%, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ dưới 2%) [6]. Năm 2009 Olivier và cộng sự tại Pháp công bố kết quả điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít đối với 35 bệnh nhân gãy LCXHD cho kết quả tốt sau 6 tháng với kết quả tốt về giải phẫu là 73,7%, có 80% số bệnh nhân có khớp cắn tốt và có tới 97,1% bệnh nhân vận động hàm dưới bình thường như trước khi phẫu thuật [7]. Như vậy điều trị phẫu thuật gãy lồng cầu xương hàm dưới theo phương pháp nắn chỉnh và KHX bằng nẹp vít cho kết quả tốt và đang được thực hiện rộng rãi tại các nước phát triển trên thế giới và trong nước.

IV. KẾT LUẬN

- Gãy lồng cầu XHD gặp ở nam chiếm tỷ lệ 76,7% nhiều hơn ở nữ với tỷ lệ 23,3%. Tuổi gặp nhiều nhất từ 18 đến 29 tuổi chiếm tỷ lệ 63,3%, nguyên nhân hay gặp nhất do tai nạn giao thông thường là xe máy. Gãy LCXHD thường phối hợp với chấn thương vùng gò má cung tiếp cận ngang xương hàm vùng cằm. Vị trí lực tác động làm gãy LCXHD chủ yếu là vùng cằm chiếm tỷ lệ 80,0%.

- Kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít cho kết quả tốt cao chiếm tỷ lệ 88%. Ít xảy ra các biến chứng sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Tuấn Anh (2002)**, *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy lồng cầu xương hàm dưới*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội 33 – 49.
2. **Phạm Dương Châu, Phạm Hoàng Tuấn, Đào Bích Thủy (1999)**, *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật 88 trường hợp gãy lồng cầu xương hàm dưới*, Y học Việt Nam số 10,11/1999, 93-95.
3. **Mitchell D.A. (1997)**, A multicentre audit of unilateral of the mandibular condyle. *British Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, 230-236.
4. **Phạm Hoàng Tuấn (1997)**, *Hình thái lâm sàng và điều trị gãy lồng cầu xương hàm dưới*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 38 –53.
5. **E Ellis, David McFadden, Patricia Simon, Gaylord Throckmorton. (2000)**, Surgical complications with open treatment of mandibular condylar process fractures. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 58(9), 950-958.
6. **Piero Cascone**, Fabrizio Spallaccia, Flavia Maria Graziana Fatone, Andrea Rivaroli, Andrea Saltarel, Giorgio Iannetti. (2008) Rigid Versus Semirigid Fixation for Condylar Fracture: Experience With the External Fixation System. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 66(2), 265-271.
7. **Olivier Trost, Pierre Trouilloud**, Gabriel Malka. (2009), Open Reduction and Internal Fixation of Low Subcondylar Fractures of Mandible Through High Cervical Transmasseteric Anteroparotid Approach. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 67(11), 2446-2451.

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA HỘI CHỨNG NGỪNG THỞ DO TẮC NGHẼN KHI NGỦ

Nguyễn Thanh Bình*, Lê Quang Cường*

TÓM TẮT¹⁵

Nghiên cứu được thực hiện trên 60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định có hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn với mục đích tìm hiểu đặc điểm các yếu tố nguy cơ thường gặp của hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ. Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang. Các bệnh nhân đều được đo cân nặng và chiều cao để tính chỉ số khối cơ thể và đo kích thước vòng cổ. Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $56,68 \pm 3,38$, tỉ lệ nam/nữ là 2,33/1. Tỉ lệ bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể trên 23 là 80%. Bệnh nhân nam có vòng cổ lớn trên 42,5cm chiếm tỉ lệ 21,4%.

Bệnh nhân nữ có kích thước vòng cổ trên 40 cm chiếm tỉ lệ 22,2%. Kết luận: Tuổi cao, nam giới, chỉ số khối cơ thể cao và kích thước vòng cổ lớn là những yếu tố nguy cơ gợi ý đến hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ.

Từ khóa: yếu tố nguy cơ, hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ, béo phì, BMI

SUMMARY

THE RISK FACTORS OF OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME

The study was conducted on 60 patients diagnosed with the obstructive sleep apnea syndrome and aimed to find out the common risk factors of this syndrome. A cross-sectional descriptive study was used. All patients were examined and measured the weight and height to calculate the BMI and neck size. **Results:** The mean age of patients was $56,68 \pm 3,38$, the rate of male to female was 2.33/1. The proportion of patients with BMI higher than 23 was 80%. The rate of male

*Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Bình

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

patients with neck size higher than 42,5cm was 21,4%, rate of femal patients with neck size higher than 40cm was 22,2%. *Conclusions:* older age, men, big BMI and big neck size were the main risk factor suggestion of obstructive sleep apnea syndrome.

Keywords: obstructive sleep apnea syndrome, risk factor, obesity, BMI, neck size.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn là một bệnh lý mới được nghiên cứu sâu trong vòng mấy chục năm trở lại đây. Năm 1965, Gastaut và cộng sự là những người đầu tiên mô tả đầy đủ OSAS trên những người béo phì dựa vào đa ký giấc ngủ, cho đến nay người ta đã có những tiến bộ rất dài trên con đường tìm hiểu và nghiên cứu về bệnh lý này. Theo nhiều nghiên cứu, yếu tố nguy cơ lớn của ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ là tuổi cao, trung niên hoặc người già, nam giới và béo phì. Ở Hoa kì, hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn tương đối thường gặp, 4-24% ở nam và 2-9% ở nữ. Hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ cũng như các rối loạn giấc ngủ khác thường tăng dần lên theo tuổi. Các nghiên cứu trong cộng đồng cho thấy tỷ lệ này từ 5 đến 7% ở nhóm người trên 60 tuổi [1],[2], [3] [4]. Xác định yếu tố nguy cơ, từ đó có biện pháp kiểm soát yếu tố nguy cơ cho bệnh nhân thực sự là cần thiết. Ở Việt Nam hiện tại chưa nhiều nghiên cứu tìm hiểu về vấn đề này. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài "*Các yếu tố nguy cơ của hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ*" với mục tiêu nghiên cứu đặc điểm các

yếu tố nguy cơ thường gặp nhất của hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng: Gồm 60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định có hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn tại bệnh viện Lão khoa Trung Ương từ tháng 1/2009 đến tháng 12/2012.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân đáp ứng đủ các tiêu chuẩn sau: 1) Tuổi từ 18 trở lên. 2) Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định có hội chứng ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hiệp hội Giấc ngủ Hoa Kỳ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân có một trong các tiêu chuẩn sau: 1) Bệnh nhân không muốn tham gia vào nghiên cứu. 2) Bệnh nhân đang có bệnh lý cấp tính. 3) Bệnh nhân mắc các bệnh lý tâm thần. 4) Bệnh nhân không hợp tác.

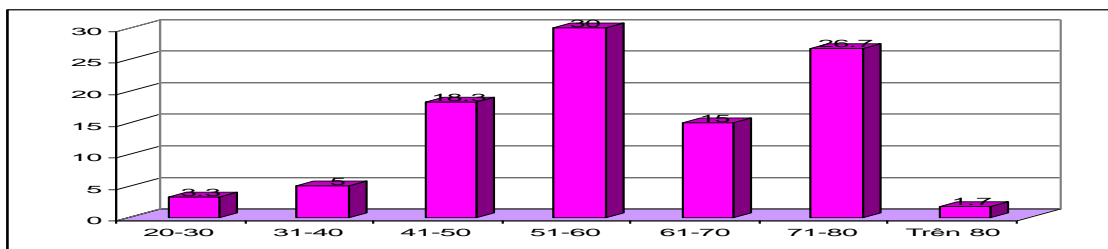
2.2 Phương pháp: Mô tả cắt ngang. Bệnh nhân được khám bệnh theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Đánh giá các yếu tố nguy cơ bao gồm đo chiều cao, cân nặng và vòng cổ theo một qui trình thống nhất.

Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu sau khi được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

2.3 Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này chỉ được thực hiện khi có sự đồng ý và hợp tác của bệnh nhân. Mọi thông tin thu thập được trong quá trình nghiên cứu sẽ được giữ bí mật để phục vụ nghiên cứu.

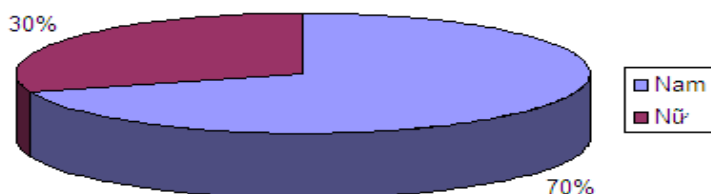
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Tuổi và giới của nhóm nghiên cứu: Nghiên cứu gồm 60 bệnh nhân, 42 bệnh nhân nam, 18 bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình: 58,68 ± 13,38. Tuổi thấp nhất: 29. Tuổi cao nhất: 85



Biểu đồ 3.1 Phân bố bệnh nhân theo lứa tuổi (n=60)

Nhận xét: Bệnh nhân nhóm tuổi 51-60 có tỷ lệ cao nhất, 18 bệnh nhân chiếm 30% tổng số bệnh nhân nghiên cứu.



Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới (n=60)

Nhận xét: Số bệnh nhân nam nhiều gấp hơn hai lần so với số bệnh nhân nữ.

3.2 Chỉ số khối cơ thể

Bảng 3.2 Kết quả chỉ số khối cơ thể (BMI)

Chỉ số khối cơ thể MI (kg/m ²)	Nam (n, %)	Nữ (n, %)	Cả hai giới (n, %)
Dưới 23	8 (19,0)	4(22,2)	12 (20)
Từ 23- 25	16 (38,15)	6 (33,33)	20 (33,33)
Từ 25 trở lên	18 (42,85)	8 (44,4)	28 (46,66)
Tổng số	42 (100)	18 (100)	60 (100)
X ± SD	25,488 ± 3,321	23,935 ± 3,083	25,022 ± 3,304

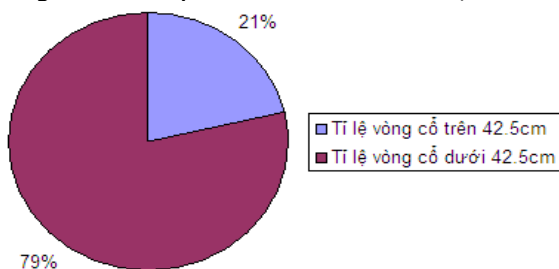
Nhận xét : Có 80% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu chỉ số khối cơ thể (BMI) từ 23 trở lên. Không có sự khác biệt giữa hai giới (p > 0,05).

3.3 Kích thước vòng cổ

Bảng 3.3 Kích thước vòng cổ

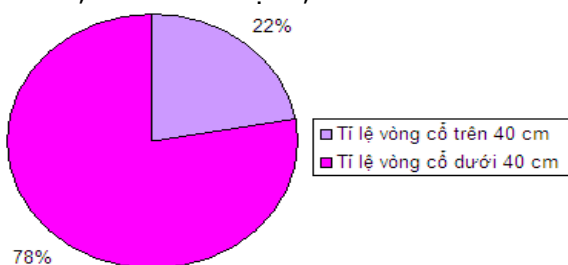
Các giá trị	Nam	Nữ
X ± SD (cm)	40,59 ± 2,34	36,33 ± 2,14
Giá trị nhỏ nhất (cm)	36	33
Giá trị lớn nhất (cm)	46	42

Nhận xét: Kích thước vòng cổ trung bình của bệnh nhân nữ là dưới 40 cm và kích thước vòng cổ trung bình của bệnh nhân nam là dưới 42,5cm.



Biểu đồ 3.1: Phân bố bệnh nhân nam theo kích thước vòng cổ

Nhận xét: Bệnh nhân nam có vòng cổ lớn trên 42,5cm chiếm tỉ lệ 21,4%.



Biểu đồ 3.2: Phân bố bệnh nhân nữ theo kích thước vòng cổ

Nhận xét: Bệnh nhân nữ có kích thước vòng cổ trên 40 cm chiếm tỉ lệ 22,2%.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tuổi và giới: Ramsey và cộng sự [1] cho thấy có một mối liên quan chặt chẽ giữa tuổi và ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ, tỷ lệ ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ tăng lên theo tuổi với OR = 2,2 cho mỗi khoảng 10 năm tuổi tăng lên, tỉ lệ ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ tăng lên dần đến tuổi 60 và giữ nguyên tỷ lệ đó ở mức 20%.

Zion M [2] chỉ ra khoảng 2% nữ và 4% nam tuổi trung niên từ 30 đến 60 có chỉ số ngừng thở, giảm thở trên 5. Ở nhóm trên 60 tuổi, tỉ lệ này tăng lên dao động từ 32 đến 81%, trong đó 19% đến 62% người cao tuổi có chỉ số ngừng thở, giảm thở trên 15 và 24% có chỉ số ngừng thở, giảm thở trên 20.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi gặp bệnh nhân ở hầu hết các lứa tuổi, tuổi trung bình là 58,68 ± 13,38, tuổi thấp nhất là 29 và cao nhất là 85. Lứa tuổi trên 50 chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu (biểu đồ 3.1). Miliauskas S và cộng sự [3] khẳng định ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ có tỷ lệ cao nhất ở lứa tuổi 50 - 70. Kết quả thu được tương tự như các nghiên cứu khác trên thế giới, giải thích điều này chúng tôi cho rằng vì khi tuổi cao, kiểm soát hệ thống hô hấp bị suy giảm, lớp mỡ quanh hầu tăng lên, phản xạ vùng hầu họng và khả năng thích ứng của phổi giảm là những yếu tố thuận lợi dễ dẫn đến ngừng thở.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân nam mắc hội chứng ngừng thở khi ngủ

nhều hơn nữ hơn hai lần (biểu đồ 3.2). Theo Markku P và cộng sự [5], trong các nghiên cứu ở cộng đồng đều cho thấy tỉ lệ hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ dao động là 2 đến 3 nam/1 nữ. Giải thích điều này tác giả cho rằng có một số yếu tố liên quan đến giới tính. Nữ có khả năng tăng hoạt động giãn cơ đường hô hấp trên cao hơn, từ đó giảm bớt nguy cơ đóng đường hô hấp trong khi ngủ. Cấu trúc mô mềm của đường hô hấp trên ở nam nhiều hơn ở nữ, bên cạnh đó mô mỡ ở đường hô hấp trên ở nam nhiều hơn so với nữ vì nam có xu hướng phân bố mỡ ở phần trên cơ thể, khác với nữ phân bố mỡ nhiều ở phần dưới cơ thể. Nội tiết tố nữ cũng có tác dụng bảo vệ trong trường hợp bệnh nhân mắc chứng ngưng thở do tắc nghẽn. Tỷ lệ ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ tăng cao gấp hai đến ba lần ở nhóm phụ nữ mãn kinh so với nhóm chưa mãn kinh.

4.2 Béo phì và vòng cổ: Béo phì là yếu tố nguy cơ chính, đặc biệt là béo ở phần trên cơ thể. Béo phì thường gặp ở bệnh nhân có hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ, nhưng không gặp ở bệnh nhân có hội chứng kháng đường hô hấp trên.

Tỉ lệ ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ tăng lên theo mức độ béo của cơ thể, 60-70% bệnh nhân quá cân và béo phì có mắc ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ. Cả béo phì và ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ đều là yếu tố nguy cơ của tim mạch. Béo phì và ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ có mối liên quan chặt chẽ với nhau. Chính vì vậy chế độ giảm cân cũng có tác dụng làm giảm mức độ nặng của bệnh. Giảm 5 - 10% cân nặng có tác dụng giảm 10 - 35% chỉ số ngưng thở do tắc nghẽn hàng đêm [4].

Béo phì làm tăng mức độ nặng của bệnh nhân ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ do sự tập trung mỡ ở một số vùng đặc biệt, quanh khu vực đường hô hấp trên và làm hẹp khẩu kính đường hô hấp trên, dễ dẫn đến nguy cơ ngưng thở. Vòng cổ lớn là yếu tố quan trọng để dự đoán cho hội chứng, cụ thể vòng cổ trên 48cm có nguy cơ cao và dưới 37cm có nguy cơ rất thấp [4],[5]. Trong nghiên cứu này chúng tôi gặp 21,4% bệnh nhân nam có vòng cổ trên 42cm, 22,2% bệnh nhân nữ có vòng cổ trên 40cm.

Béo phì là một yếu tố nguy cơ quan trọng của hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ.

Trong nghiên cứu này, chỉ số khối cơ thể trung bình của cả nhóm nghiên cứu là $25,022 \pm 3,3$. Chúng tôi thấy 80% có chỉ số khối cơ thể trên mức bình thường, 46,67% có chỉ số trên 25, 13,33% có chỉ số trên 27, chỉ số khối cơ thể của nam cao hơn nữ. Đa số bệnh nhân có biểu hiện béo ở phần trên của cơ thể, vòng bụng và vòng cổ lớn.

Foster G.D và cộng sự [7] nghiên cứu trên các bệnh nhân béo phì bị đái tháo đường, tác giả cho rằng ngưng thở khi ngủ mức độ nặng thường gặp ở bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể cao hơn và vòng bụng lớn hơn, các biểu hiện này có ý nghĩa gợi ý hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn.

V. KẾT LUẬN

Tuổi cao, nam giới, béo phì và vòng cổ lớn thực sự là những yếu tố nguy cơ quan trọng của hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ. Cần có những nghiên cứu sàng lọc phát hiện hội chứng này trên những bệnh nhân có nguy cơ cao cũng như có khuyến cáo về chế độ dinh dưỡng và tập luyện để hạn chế nguy cơ béo phì cho cả cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1- **Ramsey R. (2009)**, "History and Physical Examination", *Obstructive Sleep Apnea, Diagnosis and Treatment*, Culebras A, Ivanenko A, Kushida C, Informa Health care USA, pp 1-20.
- 2- **Zion M.C, Israel S.A (2008)**, "Sleep Disorder", in *Geriatric Medicine and Gerontology*, Halter G.B, Ouslander J.G, Tinetti M.E, sixth edition, The Mc Graw - Hill Companies, pp 671-683.
- 3- **Miliauskas S et al (2003)**, "Obstructive Sleep Apnea, factors important for severe daytime sleepiness", *Medicina*, Vol 39, No 3, pp 232-237.
- 4- **Arzt M, Young T, Peppard P.E et al (2010)**, "Dissociation of Obstructive Sleep Apnea from Hypersomnolence and Obesity in Patients with Stroke", *Stroke*, 41, pp 129-134.
- 5- **Markku P, Christer H (2005)**, "Epidemiology of Sleep Disorders", in *Principles and Practice of Sleep Medicine*, Kryger M.H, Roth T, Dement W.C, Elsevier Saunders, 4th ed, part 2, section 7, pp 626-647.
- 6- **Wenner J.B, Cheema R, Ayas N.T et al (2009)**, "Clinical Manifestations and Consequences of Obstructive Sleep Apnea", *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 29, pp 76-83.
- 7- **Foster G.D, Sander M.H, Millman R et al (2009)**, "Obstructive Sleep Apnea Among Obese Patients With Type 2 Diabetes", *Diabetes Care*, 32, pp 1017-1019.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG NHỮNG TRƯỜNG HỢP SÓT RAU SAU PHÁ THAI BẰNG THUỐC

Nguyễn Thị Hà¹, Nguyễn Quảng Bắc², Lê Thị Thanh Vân³**TÓM TẮT**¹⁶

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng những trường hợp sót rau sau phá thai bằng thuốc được điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2013-2015. **Phương pháp:** Tiến cứu mô tả cắt ngang tất cả bệnh nhân được chẩn đoán sót rau sau phá thai bằng thuốc được điều trị tại khoa sản nhiễm khuẩn Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2013-2015. **Kết quả:** Bệnh nhân sót rau có dấu hiệu thiếu máu chiếm 42,5%, thời gian ra máu trung bình là $18,09 \pm 7,4$ ngày, thời gian ra máu > 21 ngày làm tăng nguy cơ thiếu máu nặng lên 2,1 lần, lượng máu ra nhiều làm tăng nguy cơ thiếu máu trung bình 2,48 lần. Nồng độ β hCG trung bình trước điều trị là $1983,7 \pm 463,5$ UI/L, sau điều trị là $811,2 \pm 104,9$ UI/L giảm 59,1% so với trước điều trị. Độ dày niêm mạc tử cung > 15mm làm tăng nguy cơ ra máu từ 14-21 ngày lên 2,4 lần. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng sót rau sau phá thai bằng thuốc là thiếu máu và rong huyết. Nồng độ β hCG trung bình là $1983,7 \pm 463,5$ UI/L, trên siêu âm độ dày niêm mạc tử cung > 15mm và có khối trong buồng tử cung.

Từ khóa: sót rau, phá thai bằng thuốc, β hCG, ra máu âm đạo.

SUMMARY

DESCRIPTION OF CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF THE RETAINED PLACENTA AFTER UNDERGOING MEDICAL ABORTION

Objective: describe the clinical and paraclinical characteristics of the retained placenta after undergoing medical abortion at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2013-2015. **Methods:** We performed a prospective cross-sectional study of all the patients admitted to the Infected Obstetrics Department who had diagnosed with retained placenta after undergoing medical abortion in 2013-2015. **Results:** 42.5% of patients had signs of anemia; average vaginal bleeding time is 18.09 ± 7.4 days; vaginal bleeding time > 21 days increased the of severe anemia much more 2.1 times; severe vaginal bleeding increases the risk of anemia by 2.48 times. The average concentration of β hCG before treatment was 1983.7 ± 463.5 IU / L. The average concentration of β hCG after treatment was 811.2 ± 104.9 UI/L, decreased 59.1% compared to before treatment. Endometrium thickness > 15mm increase the risk of vaginal bleeding from 14-21 days to 2.4

times. **Conclusion:** The symptoms of the retained placenta after undergoing medical abortion were anemia and hemorrhage. The average concentration of β hCG before treatment was 1983.7 ± 463.5 IU / L, ultrasound with endometrium thickness > 15mm and heterogeneous echo mass in the uterine cavity.

Keywords: retained placenta, medical abortion, β hCG, vaginal bleeding

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phá thai bằng thuốc là biện pháp nhằm chấm dứt thai đến hết 9 tuần. Mặc dù có nhiều ích lợi do không phải can thiệp vào buồng tử cung, tuy vậy vẫn có một số tai biến như băng huyết, nhiễm trùng do sót rau gây nguy hiểm cho bệnh nhân. Chẩn đoán sót rau sau phá thai bằng thuốc cần dựa vào các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng đặc trưng. Hàng năm tại khoa Sản 3-BVPSTƯ đã tiếp nhận và điều trị nhiều trường hợp ra máu kéo dài sau PTBT và được chẩn đoán là sót rau. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để tài: "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng những trường hợp sót rau sau phá thai bằng thuốc".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán sót rau sau phá thai bằng thuốc đối với tuổi thai dưới 9 tuần được điều trị tại khoa sản nhiễm khuẩn Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2013-2015

Tiêu chuẩn lựa chọn: những bệnh nhân được chẩn đoán sót rau sau phá thai bằng thuốc được điều trị tại khoa sản nhiễm khuẩn, có kết quả giải phẫu bệnh chẩn đoán chính xác. Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, đủ thông tin cần thiết về bệnh nhân. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: hồ sơ bệnh án không có kết quả giải phẫu bệnh. Thiếu các dữ liệu cơ bản trong hồ sơ nghiên cứu.

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

¹Bệnh viện Kiến An – Hải phòng

²Bệnh viện Phụ sản trung ương

³Trường Đại học y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: drbacbvpstw@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	n	Tỷ lệ%	$\bar{X} \pm SD$
Thiếu máu : có không	51 69	42,5 57,5	
Sốt : có không	11 109	9,2 90,8	
Đau bụng: có không	25 95	20,8 79,2	
TG ra máu âm đạo (ngày): ≤ 7 7-14 14-21 >21	11 25 30 54	9,2 20,8 25 45	18,09±7,7
Lượng máu ra ít	34	28,3	
Trung bình	25	20,8	
Nhiều	61	50,9	

25 trường hợp chiếm tỷ lệ 20,8% có đau bụng. Ra máu âm đạo: thời gian ra máu > 21 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 45%. Thời gian ra máu trung bình là 18,09 ± 7,7 ngày. Lượng ra máu nhiều chiếm tỷ lệ cao nhất là 50,9%.

Bảng 2: Nồng độ βhCG trước và sau điều trị 24h

Nồng độ βhCG (UI/L)	Trước điều trị	Tỷ lệ %	Sau điều trị 24h	Tỷ lệ %	p
<5	00	0%	02	3,5%	<0,05
5-500	51	42,5%	27	47,37%	<0,05
500-1000	25	20,83%	12	21,05%	<0,05
>1000	44	36,67%	16	28,07%	<0,05
Tổng	120	100%	57	100%	
Nồng độ trung bình	1983,7 ±463,5		811,2±104,9		<0,05

Trước khi vào viện 100% BN được làm xét nghiệm βhCG, trong đó nồng độ β hCG > 1000 UI/L chiếm tỷ lệ cao 36,67%. Sau điều trị chỉ có 57/120 trường hợp được làm xét nghiệm βhCG, trong đó lượng βhCG chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 5-500UI/L. Nồng độ βhCG trung bình sau điều trị giảm giảm 59,1% so với trước điều trị, sự khác biệt về nồng độ βhCG trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 3: Xét nghiệm máu và siêu âm

Công thức máu	n	Tỷ lệ %
SLHC (T/L)< 2,5	4	3,3
2,5-3,5	18	15
> 3,5	98	81,7
Hb(g/l)< 80	08	6,7
80-110	43	35,8
> 110	69	57,5
Nội mạc tử cung trên siêu âm: < 15mm	10	8,3
≥ 15mm	35	29,2
Khối trong BTC	75	62,5

Dựa vào số lượng hồng cầu, tỷ lệ thiếu máu nặng là 3,3%, thiếu máu trung bình là 15%. Dựa vào lượng Hb, số bệnh nhân thiếu máu nặng là 6,7%, thiếu máu trung bình là 35,8%. 62,5% BN có hình ảnh khối âm vang không đồng nhất trong BTC khi siêu âm. 29,2% bệnh nhân có siêu âm niêm mạc tử cung ≥ 15mm

Bảng 4: Mối liên quan giữa thời gian ra máu và niêm mạc tử cung

TG ra máu (ngày)	Hình ảnh siêu âm niêm mạc tử cung					
	>15mm	OR (CI 95%)	Khối ÂVKĐN	OR (CI 95%)	<15mm	OR (CI95%)
<14	3(23,1)	0,4(0,1-2,1)	24(27,6)	0,5(0,2-1,4)	7(46,7)	1
14-21	8(61,5)	12,4	20(23)	2,4	1(6,7)	1

>21	29(15,4)	(1,9-83,1) 0,2(0,1-1,4)	43(49,4)	(0,5-11,9) 1,2(0,4-3,1)	(46,7)	1
-----	----------	----------------------------	----------	----------------------------	--------	---

NMTC > 15mm làm tăng nguy cơ ra máu kéo dài 14-21 ngày lên 12,4 lần (OR:12,4; 95% độ tin cậy: 1,9-83,1). Khối âm vang không đồng nhất trong BTC làm tăng nguy cơ ra máu kéo dài từ 14-21 ngày lên đến trên 2 lần (OR:2,4; 95% độ tin cậy:0,5-11,9).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu ở bảng 1 cho thấy tất cả các đối tượng phá thai nội khoa đều có ra máu âm đạo. Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy số ngày ra máu kéo dài hơn so với những trường hợp phá thai bằng thủ thuật và phá thai nội khoa thành công, thời gian ra máu trung bình là $18,09 \pm 7,4$ ngày, số ngày ra máu ít nhất là 5 ngày, nhiều nhất là 45 ngày. Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian ra máu trên 21 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 45%, thời gian ra máu từ 14-21 ngày chiếm 25%. Do vậy, đứng trước một trường hợp ra máu kéo dài bất thường sau phá thai nội khoa cần nghĩ đến đầu tiên nguyên nhân là do sót rau.

Theo Harwood B[4], sau phá thai thành công, nồng độ β hCG sẽ giảm $66\% \pm 8\%$, tối thiểu giảm ít nhất 50% trong vòng 24h, nếu không giảm như mức trên có nghĩa việc phá thai không thành công.

Trong quá trình điều trị, chỉ có 57(47,5%) bệnh nhân được làm lại xét nghiệm β hCG lần 2, và nồng độ β hCG trung bình sau điều trị là $811,2 \pm 104,9$ giảm 59,1% so với trước điều trị, chứng tỏ quá trình điều sót rau của bệnh nhân tại khoa sản nhiễm khuẩn là có hiệu quả. Sự khác biệt về nồng độ β hCG trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy có đến 62,5% số đối tượng nghiên cứu có hình ảnh khối âm vang không đồng nhất trong buồng tử cung. Hình ảnh khối không đồng nhất trong buồng tử cung có thể là niêm mạc tử cung lẫn máu cục, các mô rau còn sót lại chưa được tổng xuất hết ra ngoài. Có 29,2% số đối tượng nghiên cứu có hình ảnh niêm mạc tử cung > 15mm, còn lại là niêm mạc dưới 15mm. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi khác với kết quả nghiên cứu của tác giả Meckstroth KR, Mishell DR, Jain JK [5], độ dày niêm mạc tử cung trung bình của các đối tượng sót rau sau phá thai nội khoa là $14,6 \pm 6,1$ mm vào ngày thứ 15 sau khi ngâm

misoprostol. Sở dĩ có sự khác nhau này là do các đối tượng này được theo dõi rất cẩn thận và làm siêu âm đồng loạt vào ngày thứ 15 sau phá thai, trong khi các đối tượng nghiên cứu này của chúng tôi được tiến hành siêu âm vào thời điểm vào viện, có đối tượng sau 5 ngày phá thai, nhưng có đối tượng được siêu âm vào ngày thứ 45 sau phá thai do đó kết quả có sự khác nhau rõ rệt. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi còn nhận thấy, có mối liên hệ giữa độ dày niêm mạc tử cung với thời gian ra máu và lượng máu mất, khi niêm mạc tử cung có độ dày trên 15mm sẽ làm tăng nguy cơ ra máu kéo dài từ 14-21 ngày lên đến trên 12 lần (bảng 4) (OR:12,4; 95% CI:1,9-83,1), điều này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng sót rau sau phá thai bằng thuốc là thiếu máu và rong huyết. Nồng độ β hCG trung bình là $1983,7 \pm 463,5$ UI/L, trên siêu âm độ dày niêm mạc tử cung > 15mm và có khối trong buồng tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyen Thi Nhu Ngoc, W.B., Clark s et al (1999)**. Safety, efficacy and acceptability of Mifepristone- Misoprostol medical abortion in Viet Nam. "International family Planning perspectives 1999, 25(1): 10-14 & 33.
2. **Bộ Y Tế**, Phá thai đến hết 9 tuần bằng thuốc (2010). "Hướng dẫn chuẩn gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản", p. 587-593.
3. **Nguyễn Thị Hồng Minh (2004)**. "So sánh hai phác đồ sử dụng Misoprostol kết hợp với Mifepriston và Misoprostol đơn thuần để đình chỉ thai nghén sớm cho tuổi thai đến 7 tuần". *Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội*.
4. **Harwood B, M.K., Mishell DR, Jain JK**, Serum beta-human chorionic gonadotropin levels and endometrial thickness after medical abortion. 2001: p. 63:255-6.
5. **Harwood B, M.K., Mishell DR, Jain JK**, Serum beta-human chorionic gonadotropin levels and endometrial thickness after medical abortion. *Contraception, 2001: p. 63:255-6*

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG, THIẾU MÁU VÀ KIẾN THỨC - THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG THIẾU MÁU CỦA NỮ CÔNG NHÂN THUỘC BA NHÀ MÁY TẠI TỈNH BÌNH DƯƠNG VÀ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Lê Danh Tuyên*, Trần Thúy Nga*, Nguyễn Thị Kim Tiến**

TÓM TẮT¹⁷

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 423 nữ công nhân từ 18-45 tuổi nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng, thiếu máu và kiến thức, thực hành về phòng chống thiếu máu ở nữ công nhân tại ba nhà máy tại tỉnh Bình Dương và thành phố Hồ Chí Minh. Các đối tượng được đo cân nặng và chiều cao để đánh giá tình trạng dinh dưỡng, được lấy máu đầu ngón tay để đánh giá nồng độ hemoglobin bằng phương pháp cyanmethemoglobin, phỏng vấn bằng mẫu phiếu được thiết kế sẵn để đánh giá kiến thức, thực hành về phòng chống thiếu máu. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn (CED) ở nữ công nhân của cả 3 nhà máy là 12,6%, trong đó tỷ lệ CED ở mức độ 1 là 10,2%, mức độ 2 là 2,1%, mức độ 3 là 0,3%, tỷ lệ thừa cân béo phì là 13,3%. Tỷ lệ thiếu máu ở nữ công nhân của cả 3 nhà máy là 20,7%, trong đó 18,8% thiếu máu mức độ nhẹ, 1,9% thiếu máu mức độ trung bình. Tỷ lệ nữ công nhân biết về bệnh thiếu máu là 75,6%; biết về biểu hiện/tác hại của thiếu máu là 68,8% và 64,8% biết về các biện pháp phòng chống thiếu máu. Tỷ lệ nữ công nhân đã từng hoặc đang uống viên sắt/acid folic là 64,4%. Tỷ lệ nữ công nhân có tẩy giun trong vòng 6 tháng vừa qua là 24,7%. Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn và thiếu máu của nữ công nhân tại ba nhà máy vẫn ở mức trung bình về ý nghĩa sức khỏe cộng đồng. Kiến thức, thực hành phòng chống thiếu máu của nữ công nhân vẫn còn hạn chế.

Từ khóa: thiếu máu, thiếu năng lượng trường diễn, thừa cân, béo phì, nữ công nhân

SUMMARY

THE NUTRITIONAL STATUS, ANEMIA AND KNOWLEDGE-PRACTICES ON THE PREVENTION AND CONTROL OF ANEMIA AMONG FEMALE WORKERS IN THREE FACTORIES IN BINH DUONG PROVINCE AND HO CHI MINH CITY

A cross-sectional study in 324 female workers of 18-45 years old to assessment of nutrition status,

anemia, knowledge and practices on the prevention and control of anemia among female workers in three factories in Binh Duong province and Ho Chi Minh city. The weight and height of subjects were measured to assess nutritional status, blood samples were taken to assess the Hb concentration by the Cyanmethemoglobin method, the subjects were also interviewed by the predesigned questionnaire to assess the knowledge and practices on the prevention and control of anemia. The prevalence of chronic energy deficiency (CED) in female workers was 12.6%, in which CED grade I was 10.2%, grade II was 2.1%, grade III was 0.3%; the prevalence of overweight and obesity was 13.3%. The prevalence of anemia in female workers was 20.7%, in which mild anemia was 18.6%, moderate anemia was 1.8% and there was no case of severe anemia. The prevalence of subjects knowing anemia was 75.6%; clinical signs and harmful effect of anemia was 68.8 % and preventive measures of anemia were 64.8%. The prevalence of subjects who used to or is taking iron supplements/folic acid was 64.4%. The proportion of deworming during the last 6 months was 24.7%. The prevalence of CED and anemia among female workers in the three factories are moderate public health significance. Knowledge, practices on prevention of anemia among female workers are still limited.

Key word: anemia, chronic energy deficiency (CED), overweight, obesity, female workers.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu năng lượng trường diễn (CED) và thiếu máu là vấn đề thời sự, có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng quan trọng ở các nước nghèo và đang phát triển, đặc biệt ở nhóm có nguy cơ cao như phụ nữ tuổi sinh đẻ, phụ nữ có thai. Thống kê năm 2004 của các tổ chức quốc tế cho thấy, hiện có khoảng 852 triệu người thiếu dinh dưỡng và khoảng 1,6 tỷ người bị thiếu máu, trong đó phụ nữ độ tuổi sinh đẻ chiếm 30,2% [1], [2]. Tại Việt Nam, tổng điều tra năm 2009-2010 cho thấy phụ nữ độ tuổi 20 - 49 tuổi có tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn là 18,5%[3]. Thiếu năng lượng trường diễn, thiếu máu ở phụ nữ tuổi sinh đẻ gây giảm năng suất lao động, tăng nguy cơ biến chứng cho mẹ và con khi sinh như mẹ đẻ bị các tai biến sản khoa, cân nặng của trẻ sơ sinh thấp [1], [2].

Trong những năm gần đây, Việt Nam được đánh giá là nước có nền công nghiệp phát triển tương đối nhanh, số lượng nhà máy tăng liên tục hàng năm. Tính đến cuối tháng 12/2013, cả

*Viện Dinh dưỡng

** Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thúy Nga

Email: tranthuynga@dinhduong.org.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

nước đã có 288 khu công nghiệp với 2,1 triệu công nhân trên 54 tỉnh, thành, trong đó chủ yếu là công nhân nữ. Hiện nay số liệu về tình trạng dinh dưỡng của nữ công nhân chưa có nhiều và các can thiệp để cải thiện tình trạng dinh dưỡng và sức khỏe của công nhân, đặc biệt là nữ công nhân cũng chưa được quan tâm đúng mức. Nữ công nhân không chỉ là lực lượng lao động quan trọng trong xã hội mà còn là những phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Năm 2011, Tổ chức Y tế Thế giới đã đưa ra khuyến nghị bổ sung sắt dự phòng gián đoạn cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ ở những khu vực có tỷ lệ thiếu máu trên 20% [5]. Để có số liệu về thực trạng dinh dưỡng và thiếu máu của nữ công nhân ở các Khu công nghiệp tại các thành phố lớn, nghiên cứu này được tiến hành nhằm tìm ra các can thiệp cải thiện tình trạng dinh dưỡng nữ công nhân tại các nhà máy. **Mục tiêu:**

1. *Mô tả tình trạng dinh dưỡng, thiếu máu của nữ công nhân thuộc ba nhà máy công nghiệp tại tỉnh Bình Dương và thành phố Hồ Chí Minh.*

2. *Mô tả kiến thức và thực hành phòng chống thiếu máu của nữ công nhân thuộc ba nhà máy tại tỉnh Bình Dương và thành phố Hồ Chí Minh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nữ công nhân 18 đến 45 tuổi đang làm việc thuộc 3 nhà máy công nghiệp tại tỉnh Bình Dương và thành phố Hồ Chí Minh là Công ty may xuất khẩu Esquel Garment Manufacturing; Công ty sản xuất đồ nội thất ScanCom Vietnam, Công ty giấy xuất khẩu FreeTrend. Thời gian tiến hành nghiên cứu là từ tháng 9 năm 2014 đến tháng 2 năm 2015.

2. Tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ: Lựa chọn nữ công nhân trong độ tuổi 18-45, không có thai, không đang cho con bú, đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ những nữ công nhân đang mắc các bệnh nhiễm trùng cấp tính hoặc các bệnh mạn tính.

3. Thiết kế nghiên cứu, cỡ mẫu, chọn mẫu

3.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

III. KẾT QUẢ

1. Tình trạng thiếu năng lượng trường diễn và thiếu máu của nữ công nhân

Bảng 1: Tình trạng dinh dưỡng của nữ công nhân

Phân loại tình trạng dinh dưỡng		n	%
Bình thường (BMI 18,5 - 24,9)		240	74,1
CED	Chung	41	12,6
	Độ 1: BMI 17,0 - 18,4	33	10,2

3.2. Cỡ mẫu: tính theo công thức cho điều tra tỷ lệ thiếu máu cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ: $N = Z^2(1 - a/2) * p * (1-p) / d^2$

Trong đó: n là số đối tượng tối thiểu cần điều tra; $Z(1 - a/2)$ là hệ số tin cậy = 1,96; d là sai số cho phép, chọn d= 0,05; p là tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ ở vùng Đông Nam bộ, (p= 24,7%), tính được cỡ mẫu tối thiểu cho điều tra tỷ lệ thiếu máu là 286. Cộng 10% dự phòng, cỡ mẫu điều tra được xác định cho nghiên cứu này là 315 nữ công nhân.

3.3. Chọn mẫu: Chọn nhà máy: Chọn chủ đích 3 nhà máy thuộc Khu Công nghiệp TP. Hồ Chí Minh và khu công nghiệp tỉnh Bình Dương là: một công ty may xuất khẩu, một công ty sản xuất đồ gỗ nội thất, một công ty sản xuất giấy xuất khẩu. Lập danh sách đối tượng nữ theo từng phân xưởng, mỗi nhà máy chọn 5 tổ/phân xưởng đại diện đồng công nhân nữ. Chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống 20 công nhân/phân xưởng, để có khoảng 100 đối tượng/ nhà máy.

4. Thu thập số liệu và đánh giá:

Tình trạng dinh dưỡng: Cân nặng và chiều cao được đo bằng cân điện tử SECA và thước gỗ UNICEF vào buổi sáng. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng được đánh giá dựa theo chỉ số khối cơ thể (BMI = kg/m²) và phân loại theo tiêu chuẩn của WHO:

Thiếu năng lượng trường diễn khi BMI < 18,5;

-Độ 1: khi BMI nằm trong khoảng 17,0 – 18,4;

-Độ 2: khi BMI nằm trong khoảng 16,0 - 16,9;

-Độ 3: khi BMI < 16,0

Bình thường: BMI từ 18,5 - 24,9; Thừa cân, béo phì: BMI >= 25.

Tình trạng thiếu máu: Đối tượng được lấy máu đầu ngón tay vào buổi sáng để đánh giá nồng độ hemoglobin bằng phương pháp cyanmethemoglobin.

5. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch trước và sau khi nhập số liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0. Số liệu sẽ được trình bày ở dạng số và tỷ lệ phần trăm. Biến liên tục, trình bày ở dạng Mean±SD.

Nghiên cứu đã được phê duyệt của Hội đồng Khoa học và Hội đồng Đạo đức trước khi triển khai.

	<i>Độ 2: BMI 16,0 - 16,9</i>	7	2,1
	<i>Độ 3: BMI < 16,0</i>	1	0,3
Thừa cân béo phì (BMI > 25)		43	13,3
Tổng		324	100

Kết quả điều tra cho thấy tỷ lệ nữ công nhân bị thiếu năng lượng trường diễn là 12,6. Tỷ lệ nữ công nhân bị CED độ 2 và độ 3 tương ứng là 2,1% và 0,3%.

Bảng 2: Tình trạng dinh dưỡng theo tuổi, tình trạng hôn nhân và học vấn

Thông tin		Bình thường		CED		Thừa cân béo phì	
		n	%	n	%	n	%
Tuổi*	< 35 (n=232)	173	74,6	35	15,1	24	10,3
	≥ 35 (n=92)	67	72,8	6	6,5	19	20,7
Tình trạng hôn nhân*	Chưa kết hôn(n=85)	57	67,0	22	25,9	6	7,1
	Đã kết hôn (n=239)	183	76,6	19	7,9	37	15,5
Trình độ học vấn	Từ trung cấp trở lên (n=61)	44	72,1	13	21,3	4	6,6
	Từ THPT trở xuống (n=263)	196	74,5	28	10,6	39	14,8

*: p < 0,05 : (χ^2 test)

Kết quả cho thấy, tỷ lệ CED của nhóm nữ công nhân dưới 35 tuổi là 15,1% cao gấp hơn hai lần so với nhóm nữ công nhân trên 35 tuổi là 6,5%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Ngược lại, tỷ lệ thừa cân béo phì ở nhóm trên 35 tuổi (20,7%) lại cao gấp 2 lần so với nhóm dưới 35 tuổi (10,3%). Nghiên cứu cũng cho thấy nhóm nữ công nhân chưa kết hôn có tỷ lệ CED (25,9%) cao gấp hơn 3 lần so với nhóm đã kết hôn (7,9%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Trong khi đó tỷ lệ thừa cân béo phì của nhóm nữ công nhân chưa kết hôn lại (7,1%) thấp hơn 2 lần so với nhóm đã kết hôn (15,5%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3: Phân loại tình trạng thiếu máu của nữ công nhân

Phân loại	n	%
Không thiếu máu (Hb ≥120 g/L)	257	79,3
Thiếu máu	67	20,7
Thiếu máu mức độ nhẹ (Hb 90-119,9 g/L)	61	18,8
Thiếu máu mức độ trung bình (Hb 70-89,9 g/L)	6	1,9
Thiếu máu mức độ nặng (Hb <70 g/L)	0	0
Tổng số	324	100

Kết quả ở bảng 3 cho thấy, tỷ lệ thiếu máu chung của nữ công nhân tại cả 3 nhà máy là 20,7%, trong đó thiếu máu ở mức độ nhẹ là 18,8%, mức trung bình là 1,9%, không có trường hợp nào thiếu máu ở mức nặng.

3. Kiến thức, thực hành về phòng chống thiếu máu của nữ công nhân

Bảng 4: Kiến thức về các biện pháp phòng chống thiếu máu của nữ công nhân

Các biện pháp phòng chống thiếu máu	n	%	
Biết các biện pháp phòng chống thiếu máu	Có	210	64,8
	Không	114	35,2
Ăn đủ 4 nhóm thực phẩm (n=210)	177	84,3	
Ăn các thực phẩm giàu sắt (n=210)	176	83,8	
Uống viên sắt acid folic (n=210)	176	83,8	
Tẩy giun định kỳ (n=210)	102	48,8	

Kết quả điều tra cho thấy, tỷ lệ nữ công nhân biết về bệnh thiếu máu là 75,6%; có 68,8% nữ công nhân biết về các biểu hiện hoặc tác hại của thiếu máu. Kết quả ở bảng 4 cho thấy có 64,8% nữ công nhân biết về các biện pháp phòng chống thiếu máu, trong đó có trên 80% nữ công nhân kể được các biện pháp phòng chống thiếu máu như: Ăn đủ 4 nhóm thực phẩm; ăn các thức ăn có chứa nhiều sắt; uống viên sắt/acid folic. Còn các biện pháp khác thì ít được biết đến hơn.

Bảng 5: Thực hành phòng chống thiếu máu của nữ công nhân.

Thông tin	n	%	
Tình hình sử dụng viên sắt, acid folic			
Đã/đang uống viên sắt	Có	208	64,2
	Không	116	35,8
Nguồn thuốc	Mua	131	63,0
	Cấp	74	35,6

	Không nhớ	3	1,4
Lý do uống	Bổ sung định kì	29	13,9
	Có thai	126	60,6
	Khác (mệt mỏi, chóng mặt,...)	53	25,5
Người hướng dẫn cách dùng	Y tế cơ quan	4	1,9
	Y tế công lập	158	75,9
	Y tế tư nhân	28	13,5
	Không ai hướng dẫn	10	4,8
	Khác (gia đình, bạn bè, ...)	8	3,9
Tỷ lệ tẩy giun trong vòng sáu tháng qua		80	24,7

Kết quả nghiên cứu ở bảng 5 cho thấy, tỷ lệ nữ công nhân đã từng hoặc đang uống viên sắt-acid folic là 64,2%. Lý do uống chủ yếu là do có thai, một số khác uống là do bác sĩ chẩn đoán bệnh lý thiếu máu với biểu hiện hoa mắt, chóng mặt, mệt mỏi (25,5%) và chỉ có một số rất ít là uống bổ sung định kỳ 13,9%. Nguồn thuốc chủ yếu là tự mua từ cơ sở y tế hoặc hiệu thuốc tư nhân (63%), có 35,6% được cấp khi có thai. Đặc biệt, chỉ có 6,3% nữ công nhân nhớ được tên thuốc mình đã uống. Tỷ lệ nữ công nhân có tẩy giun trong 6 tháng vừa qua chỉ đạt 24,7%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả điều tra cho thấy tỷ lệ nữ công nhân bị thiếu năng lượng trường diễn là 12,6%, so sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Tú Anh khảo sát tình trạng dinh dưỡng của 1696 nữ công nhân 2 nhà máy Giầy da Vĩnh Phúc và nhà máy Shewon Hàn Quốc của khu công nghiệp Bình Xuyên và nữ công nhân 20-35 tuổi tại 6 xã thuộc huyện Lục Nam tỉnh Bắc Giang cho thấy tỷ lệ công nhân bị CED rất cao (37,7% và 39,1%) [4], cao hơn gấp 3 lần so với kết quả trong nghiên cứu này. Đặc biệt là tỉ lệ nữ công nhân bị CED nặng độ 2 và độ 3 trong nghiên cứu cũng thấp hơn nhiều so với kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Tú Anh, CED độ 2 là 7,8% cao hơn 3,7 lần và độ 3 là 2,8% cao gấp 9,3 lần so với nghiên cứu này (tương ứng 2,1% và 0,3%) [4].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ thiếu máu chung của nữ công nhân tại cả 3 nhà máy là 20,7%, trong đó thiếu máu ở mức độ nhẹ là 18,8%, mức trung bình là 1,9%, không có trường hợp nào thiếu máu ở mức nặng. Tỷ lệ thiếu máu ở nữ công nhân trong nghiên cứu này thấp hơn nhiều so với thống kê của WHO năm 2008 và thấp hơn so với kết quả tổng điều tra thiếu máu toàn quốc năm 2008. Kết quả này cũng tương đương với kết quả điều tra của Nguyễn Tú Anh trên nữ công nhân ở 2 nhà máy của tỉnh Vĩnh Phúc cho thấy tỷ lệ thiếu máu của nữ công nhân trong độ tuổi sinh đẻ là 21,9%,

trong đó mức thiếu nhẹ là 19,1%, mức vừa và nặng chiếm 2,8% [4].

Như vậy, theo khuyến nghị của Tổ chức Y tế thế giới (năm 2011), cần bổ sung sắt dự phòng gián đoạn cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ ở những khu vực có tỷ lệ thiếu máu trên 20%. Với tỷ lệ thiếu máu 20,7% ở nữ công nhân ở 3 nhà máy này thì giải pháp để cải thiện tình trạng thiếu máu cơ bản là giáo dục truyền thông. Giải pháp bổ sung viên sắt folic chỉ nên được tính đến khi có sự giám sát chặt chẽ về tình trạng thiếu máu của hệ thống y tế [5].

Thiếu máu dinh dưỡng là một loại thiếu dinh dưỡng khá phổ biến ở Việt Nam, được Chương trình phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em truyền thông trực tiếp, gián tiếp khá thường xuyên so với một số bệnh thiếu vi chất dinh dưỡng khác. Tuy nhiên kiến thức, hiểu biết của đối tượng trong nghiên cứu này về thiếu máu cũng vẫn còn chưa tốt, đặc biệt là về cách phòng chống thiếu máu bằng cách sử dụng các thực phẩm bổ sung vi chất và tẩy giun định kỳ (< 50%).

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, kiến thức về phòng chống thiếu máu mà nữ công nhân tiếp thu được phần lớn là do tiếp cận với các phương tiện thông tin đại chúng như tivi, internet, sách, báo, đài và trường học. Sau đó mới là từ các cơ sở y tế, gia đình, bạn bè... Nguồn thông tin mà nữ công nhân tiếp cận ít nhất để có kiến thức về phòng chống thiếu máu là từ đồng nghiệp, công đoàn nhà máy, y tế nhà máy. Do vậy, việc chăm lo sức khỏe cho công nhân nữ tại các nhà máy và các khu công nghiệp cần được các cơ quan quản lý chú ý hơn.

Kết quả nghiên cứu ở bảng 5 cho thấy, tỷ lệ nữ công nhân đã từng hoặc đang uống viên sắt-acid folic là 64,2%. Lý do uống chủ yếu là do có thai, một số khác uống là do bác sĩ chẩn đoán bệnh lý thiếu máu với biểu hiện hoa mắt, chóng mặt, mệt mỏi (25,5%) và chỉ có một số rất ít là uống bổ sung định kỳ 13,9%. Nguồn thuốc chủ yếu là tự mua từ cơ sở y tế hoặc hiệu thuốc tư nhân (63%), có 35,6% được cấp khi có thai. Đặc

biệt, chỉ có 6,3% nữ công nhân nhớ được tên thuốc mình đã uống. Tỷ lệ nữ công nhân có tẩy giun trong 6 tháng vừa qua còn thấp, chỉ đạt 24,7%. Kết quả nhìn chung cho thấy việc thực hành phòng chống thiếu máu của nữ công nhân vẫn còn chưa tốt, đa số nữ công nhân khi có thai đi khám tại các cơ sở y tế công lập được kê đơn mua viên sắt, acid folic để uống chứ cũng chưa chủ động bổ sung viên sắt định kỳ. Điều này có thể do các chương trình phòng chống thiếu máu, thiếu vi chất của nước ta cũng mới chỉ tập trung cho các đối tượng có nguy cơ cao là trẻ em và phụ nữ có thai và cũng chưa có nhiều chương trình hướng tới đối tượng phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Vì vậy trong thời gian tới cần tập trung truyền thông về dinh dưỡng, phòng chống thiếu máu cho nhóm đối tượng nữ công nhân tại nhà máy và lôi kéo sự tham gia của y tế và công đoàn nhà máy.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

1. Tình trạng dinh dưỡng và tình trạng thiếu máu của nữ công nhân.

- Tỷ lệ CED ở nữ công nhân của cả 3 nhà máy là 12,6%, trong đó tỷ lệ CED ở mức độ 1 là 10,2%, mức độ 2 là 2,1%, mức độ 3 là 0,3%, tỷ lệ thừa cân béo phì là 13,3%.

- Tỷ lệ thiếu máu ở nữ công nhân của cả 3 nhà máy là 20,7%, trong đó 18,8% thiếu máu mức độ nhẹ, 1,9% thiếu máu mức độ trung bình.

2. Kiến thức, thực hành phòng chống thiếu máu của nữ công nhân

- Tỷ lệ nữ công nhân biết về bệnh thiếu máu là 75,6%; biết về biểu hiện/tác hại của thiếu

máu là 68,8% và 64,8 biết về các biện pháp phòng chống thiếu máu.

- Tỷ lệ nữ công nhân đã từng hoặc đang uống viên sắt/acid folic là 64,2%, tỷ lệ nữ công nhân có tẩy giun trong vòng 6 tháng vừa qua là 24,7 %, tỷ lệ này vẫn còn thấp.

3. Khuyến nghị: Cần đẩy mạnh các hoạt động giáo dục truyền thông sức khỏe, dinh dưỡng như là một giải pháp can thiệp chính tại các nhà máy thông qua các kênh sẵn có như y tế, công đoàn nhà máy để phòng chống thiếu máu cho nữ công nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lindsay H Allen, (2000).** Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome. *Am J Clin Nutr* 71: 1280 - 1284.
- USAID/UNICEF/GAIN/MI/FFI/WB,(2009).** Investing in the future: a united call to action on vitamin and mineral deficiencies. Global report.
- Viện Dinh dưỡng-UNICEF (2011),** "Tình hình dinh dưỡng Việt Nam năm 2009-2010", *Nhà xuất bản Y học Hà Nội.*
- Nguyễn Tú Anh (2012).** Hiệu quả sử dụng mỳ ăn liền từ bột mỳ tăng cường vi chất ở nữ công nhân bị thiếu máu tại khu công nghiệp nhẹ của tỉnh Vĩnh Phúc. Luận án Tiến sỹ Dinh dưỡng, Viện Dinh dưỡng, Bộ Y tế.
- WHO (2011).** Guideline: Intermittent iron and folic acid supplementation in menstruating women. Geneva, World Health Organization.
- WHO/UNICEF/UNU (2001).** Iron deficiency anemia, assessments, prevention and control: a guide for programme managers. WHO/NHD/01.3. Geneva: WHO.
- WHO (2008),** Worldwide Prevalence of anemia 1993 – 2005: WHO global database on anemia. Geneva, World Health Organization, pp 51.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ CỦA HỆ THỐNG THỞ OXY LƯU LƯỢNG CAO Ở BỆNH NHÂN CÓ NGUY CƠ ĐẶT LẠI NỘI KHÍ QUẢN SAU RÚT ỐNG VÀ NHỮNG YẾU TỐ LIÊN QUAN

Đào Thị Hương¹, Đỗ Ngọc Sơn², Ngô Đức Ngọc³

TÓM TẮT¹⁸

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả hỗ trợ điều trị của hệ thống thở oxy lưu lượng cao được làm ấm và ẩm (HHFNC) ở bệnh nhân sau rút ống nội khí quản (NKQ)

¹Bệnh viện Gang Thép Thái Nguyên

²Khoa Cấp cứu, bệnh viện Bạch Mai

³Bộ môn HSCC Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Ngọc Sơn

Email: Sonngocdo@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

có nguy cơ trung bình phải đặt lại NKQ theo thang điểm RAP và một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** bệnh nhân thông khí nhân tạo tại khoa cấp cứu bệnh viện Bạch Mai đủ tiêu chuẩn thở máy và rút ống NKQ có nguy cơ trung bình phải đặt lại NKQ theo thang điểm RAP. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả tiến cứu, Tiến hành rút NKQ, sau rút lắp đặt hệ thống HHFNC, Các trường hợp thở HHFNC thất bại sẽ được ngừng thở HHFNC và chuyển sang điều trị như thường quy (thông khí nhân tạo không xâm nhập phương thức hỗ trợ áp lực (PS) kết hợp CPAP hoặc đặt nội khí quản và thông khí nhân tạo xâm nhập nếu có chỉ định. **Kết quả:** 69 ca đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ thành công: 91,3%. HHFNC cải thiện rõ ràng các

dấu hiệu lâm sàng sau rút ống: mạch, nhịp thở, MAP, SpO₂. Các dấu hiệu cận lâm sàng cũng được cải thiện rõ rệt khi sử dụng hệ thống HHFNC: PaO₂, PaO₂/FIO₂, ít ảnh hưởng giá trị trung bình PaCO₂ và pH (p>0.05). Tất cả bệnh nhân đờm loãng và cải thiện khả năng ho khác đờm. Các yếu tố dự đoán thất bại khi áp dụng hệ thống HHFNC được đánh giá cho thấy không có sự liên quan giữa tuổi, thời gian thở máy, số bệnh nặng đi kèm hay mức pH, HCO₃⁻ trên khí máu động mạch. Có sự liên quan giữa điểm APACHE II ngày nhập viện và điểm RAP với tỷ lệ thành công, thất bại khi sử dụng hệ thống. **Kết luận:** HHFNC là một công cụ hiệu quả nhằm giảm nhu cầu đặt lại nội khí quản.

Từ khóa: Rút nội khí quản, thở oxy làm ẩm dòng cao, liệu pháp oxy

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF HEATED AND HUMIDIFIED HIGH-FLOW NASAL CANNULA OXYGEN THERAPY ON EXTUBATED PATIENTS WITH MODERATE RISK OF REINTUBATION AND ITS PREDICTORS

Goals: to evaluate the effectiveness of the Humidified Hi-flow Nasal Cannula (HHFNC) in extubated patients with moderate risk for reintubation based on RAP score and its predictors. **Subjects:** mechanical ventilated patients at the Emergency Department of Bach Mai Hospital, ready for planned extubation, with moderate risk for reintubation following RAP score. **Methods:** prospective study, patients would have respiratory support therapy by HHFNC after extubation. Those who did not responded to the therapy would be stopped and changed to conventional therapy such as non-invasive ventilation with pressure support or invasive ventilation. **Results:** 69 patients were eligible to the study. The successful rate was 88%, HHFNC improved clinical signs as well as laboratory parameters in post-extubation phase: pulse, respiratory rate, MAP, SpO₂, PaO₂, PaO₂/FIO₂; but not for neither PaCO₂ nor pH (p>0.05). All patients had better mucous clearance. The prediction of failure showed no association with age, duration of mechanical ventilation, severity of disease or pH, HCO₃⁻ in arterial blood gas, however, there was statistical correlation between groups in APACHE II score at ICU admission and RAP score. **Conclusions:** HHFNC was an effective tool to reduce the need for reintubation.

Key words: extubation, humidified high flow nasal cannula

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rút ống nội khí quản (NKQ) sau thôi thở máy càng sớm càng tốt, giúp bệnh nhân tránh được các tổn thương do thở máy kéo dài, giảm các biến chứng về hô hấp-tim mạch, giảm shunt phổi, giảm tỷ lệ nhiễm trùng. Tuy nhiên việc rút ống có thể bệnh nhân suy hô hấp do mệt cơ hô hấp, đờm đặc... phải đặt lại NKQ. Thở oxy làm ẩm dòng cao qua canun mũi (HHFNC) là một phương pháp hỗ trợ hô hấp được ứng dụng ngày càng nhiều, đặc biệt là những đối tượng có nguy cơ trung bình phải đặt lại NKQ. HHFNC có ưu

điểm kiểm soát FiO₂ chắc chắn, tạo ẩm, làm ẩm, cung cấp áp lực dương để hỗ trợ hô hấp, cải thiện tình trạng ho khạc, tránh xẹp phổi, giảm công thở và cải thiện thông khí tưới máu phổi[4]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới, HHFNC cải thiện tình trạng suy hô hấp sau rút ống, dung nạp tốt, giảm tỷ lệ phải đặt lại ống NKQ[6,7]. Việt Nam còn rất ít các nghiên cứu áp dụng hệ thống HHFNC cho bệnh nhân có nguy cơ phải đặt lại NKQ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "Đánh giá hiệu quả hỗ trợ điều trị của hệ thống thở oxy lưu lượng cao được làm ẩm và ẩm (HHFNC) ở bệnh nhân có nguy cơ đặt lại nội khí quản sau rút ống và một số yếu tố liên quan".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân được thông khí nhân tạo xâm nhập tại khoa cấp cứu bệnh viện Bạch Mai đủ tiêu chuẩn thôi thở máy, đủ tiêu chuẩn rút ống nội khí quản có nguy cơ đặt lại NKQ trung bình theo thang điểm RAP [5]. Điểm RAP được xây dựng gồm 10 yếu tố nguy cơ được đánh giá trước rút ống, tổng điểm tối đa là 131 điểm.

RAP < 21 điểm: nguy cơ đặt lại NKQ thấp (<14%): rút NKQ như thường quy

RAP 21-42 điểm: nguy cơ đặt lại NKQ trung bình (15-47%): rút NKQ thận trọng

RAP > 42 điểm: nguy cơ đặt lại NKQ cao (>57%): trì hoãn rút NKQ

2.2. Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu

2.3. Quy trình nghiên cứu: Các bệnh nhân được làm khí máu trước rút ống, đánh giá lâm sàng: ý thức, tim mạch, hô hấp, nhiễm trùng, dinh dưỡng, điện giải. Bệnh nhân được chọn có điểm RAP từ 21-42 điểm. Tiến hành rút NKQ, sau rút lắp đặt hệ thống HHFNC theo hướng dẫn kỹ thuật thở oxy làm ẩm dòng cao qua canun mũi của bệnh viện hoàng gia Bắc Sydney-Australia[2]. Theo dõi các chỉ số lâm sàng (sau thở hệ thống HHFNC 15 phút, 30 phút, 1 giờ, 3 giờ, 6 giờ, 12 giờ, 24 giờ): tần số thở giảm, tần số tim giảm, SpO₂ ổn định hoặc tăng, tri giác không giảm so với thời điểm trước khi áp dụng thở hệ thống HHFNC. Xét nghiệm khí máu động mạch sau thở hệ thống HHFNC 1 giờ, 6 giờ, 24 giờ. Các trường hợp thở HHFNC thất bại sẽ được ngừng thở HHFNC và chuyển sang điều trị như thường quy kết hợp CPAP hoặc đặt nội khí quản và thông khí nhân tạo xâm nhập nếu có chỉ định.

2.4. Tiêu chuẩn thành công - thất bại

- **Tiêu chuẩn thành công:** tri giác bệnh nhân không xấu đi, SpO₂ > 90%, mạch, huyết áp tối

đa, nhịp thở không tăng quá 20% so với thông số ban đầu. Kết quả khí máu động mạch tốt. => sau 24h áp dụng hệ thống HHFNC bệnh nhân không phải đặt lại NKQ.

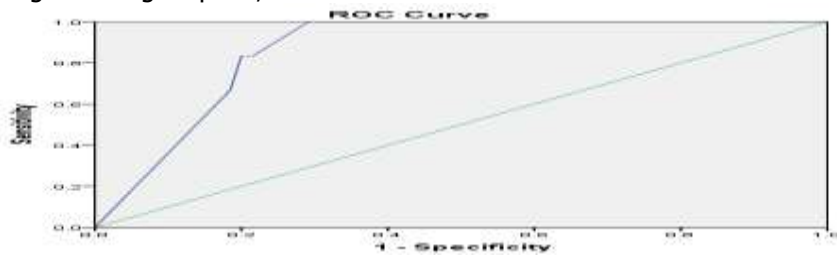
- **Tiêu chuẩn thất bại:** Có cơn ngừng thở, suy giảm ý thức GCS giảm > 2 điểm so với ban đầu hoặc GCS < 9 điểm với PaO₂ < 45mmHg. Huyết động không ổn định không đáp ứng với truyền dịch và phải dùng thuốc vận mạch. Tình trạng hô hấp xấu đi (pH < 7,35 với PaCO₂ > 45mmHg, SpO₂ < 90% hoặc PaO₂ < 60 mmHg với FiO₂ > 0,4, nhịp thở > 35 lần/phút; thở nghịch thường)

2.5. Xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.1. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

Yếu tố liên quan		Thành công	Thất bại	p
Tuổi	≤ 65 tuổi	30	4	0,653
	> 65 tuổi	33	2	0,949
Bệnh đi kèm	< 2 bệnh	38	4	0,855
	≥ 2 bệnh	25	2	0,734
Số giờ thở máy	< 168 h	54	6	0,31
	≥ 168h	9	0	0,35
pH < 7.3	Trước rút NKQ	2	0	0,45
	Kết thúc HHFNC	1	0	0,65
HCO ₃ < 18	Trước rút NKQ	8	1	0,253
	Kết thúc HHFNC	11	1	0,375
Điểm APACHE II	Ngày nhập viện	(X ⁻ ±SD) 14,12±3,75	(X ⁻ ±SD) 18,5±5,01	0,03
	Ngày rút NKQ	10,32±3,2	12,8±4,79	0,461

Nhận xét: Yếu tố nguy cơ cao thất bại sau rút NKQ là: tuổi > 65, số bệnh đi kèm > 2, số giờ thở máy > 168h hay pH < 7,3, HCO₃ < 18 đều không liên quan đến kết quả điều trị (p > 0.05). Điểm APACHE II ngày rút NKQ ở 2 nhóm không khác biệt, điểm APACHE II cao ngày nhập viện ở 2 nhóm có khác biệt ý nghĩa thống kê p < 0,05



Biểu đồ 3.1. RAP trong tiên lượng thất bại rút nội khí quản

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC là 86,4 với p=0,003, CI 95% (0,772-0,957). Với điểm cắt là 39 điểm RAP có độ nhạy là 88,3%, độ đặc hiệu là 78,5%.

Bảng 3.2. Thay đổi tính chất đờm qua các thời điểm nghiên cứu

	T ₀	T ₁	T ₂	T ₃	T ₄	T ₅	T ₆	T ₇
Đặc	100%	100%	100%	80,2%	0%	0%	0%	0%
Trung bình	0%	0%	0%	19,8%	0%	0%	0%	0%
Loãng	0%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%

Nhận xét: Sau thở HHFNC, tất cả bệnh nhân đều nhận thấy tính chất đờm loãng hơn hoàn toàn so với thời điểm trước khi áp dụng hệ thống

IV. BÀN LUẬN

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Tất cả các đối tượng trong nghiên cứu đều được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin của bệnh nhân đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 4/2016 đến tháng 6/2017 có 69 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu, 43 nam (62,3%), 26 nữ (37,7%). Viêm phổi 49 trường hợp chiếm 71% và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là 9 bệnh nhân (13%). Tuổi trung bình 66 ± 16,85 năm, lớn nhất 91 nhỏ nhất 20. Thành công 63 (91,3%); thất bại 6 (8,7%).

4.1. Tỷ lệ thành công và thất bại khi sử dụng hệ thống HHFNC: Có 63 bệnh nhân thành công với kỹ thuật thở HHFNC chiếm tỉ lệ 91,3%; tương tự như Hernández [4] 91,7%. So với Brotfain thì tỷ lệ đặt lại NKQ sau 24h khi áp dụng hệ thống HHFNC là 3% nhưng số lượng bệnh nhân thấp 1/34 trường hợp. Theo như Lin[5] dự đoán về tỷ lệ thất bại của rút NKQ khi thở oxy như thường quy thì với các nhóm đối tượng có nguy cơ trung bình tỷ lệ thất bại rút NKQ sẽ dao động từ 15-47%. Nhưng khi áp dụng hệ thống thở oxy lưu lượng cao được làm ấm và ẩm(HHFNC) đã làm giảm rõ rệt tỷ lệ thất bại rút ống.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị: Khi cho bệnh nhân thở HHFNC, chúng tôi nhận thấy 100% bệnh nhân được ghi nhận tính chất đờm là đặc ở thời điểm T_0 đều trở nên loãng sau khi thở HHFNC, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,005$. Kết quả cho thấy HHFNC có tác dụng làm loãng đờm rất tốt cho bệnh nhân sau rút NKQ. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Chanques và nghiên cứu của Cuquemelle.

Không có sự liên quan giữa 2 nhóm thành công hay thất bại ở tuổi ≤ 65 hay nhóm tuổi > 65 . Kết quả này khác với nghiên cứu của tác giả Thille khi so sánh tỷ lệ thất bại đặt lại NKQ của nhóm đối tượng > 65 tuổi khi thở hệ thống oxy thông thường là 34%, trong khi ở nhóm ≤ 65 là 9% [7]. Điểm APACHE II ngày nhập viện càng cao thì tỷ lệ thất bại rút ống cũng cao, điểm APACHE II ngày nhập viện ở nhóm thành công là $14,12 \pm 3,75$, nhóm thất bại là $18,5 \pm 5,01$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Tại thời điểm ngày rút NKQ và thở HHFNC điểm APACHE II không thấy có sự liên quan giữa 2 nhóm ($p > 0,05$). Số giờ thở máy > 7 ngày hay < 7 ngày ở cả 2 nhóm là không có sự tương quan với tỷ lệ thành công hay thất bại khi rút ống ($< 168h$, 54 so với 6, $p = 0,31$, $> 168h$, 9 và 0 $p > 0,05$). Epstein và cộng sự cũng chứng minh điểm APACHE II ngày nhập viện càng cao thì tỷ lệ thất bại càng cao, Vallverdu, Tonnelier tỷ lệ thất bại khi rút NKQ lên tới 40-50% khi thở oxy thông thường ở nhóm thở máy > 7 ngày. Không thấy có sự liên quan giữa $HCO_3^- < 18$ và $pH < 7,3$ ở 2 nhóm khi áp dụng hệ thống HHFNC tại thời điểm trước rút NKQ hay thời điểm kết thúc thở HHFNC. Kết quả này khác với nghiên cứu của Wang và cộng sự áp dụng cho các đối tượng sau rút NKQ và thở không xâm nhập (CPAP) thì $pH < 7,3$ ở nhóm thành công/thất bại có sự liên quan tại thời điểm sau rút ống (OR 1,3-16,5).

4.3. Vai trò tiên lượng thang điểm RAP thành công/thất bại sau rút ống: Trên các đối tượng có nguy cơ đặt lại NKQ trung bình (RAP 21-42) theo diện tích dưới đường cong ROC thì RAP có độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Với điểm cắt là 39 điểm RAP có độ nhạy là 88,3%, độ đặc hiệu là 78,5%, diện tích dưới đường cong là 86,4% với $p = 0,003$, CI 95% (0,772-0,957). Lin và cộng sự áp dụng cho tất cả các đối tượng sau mổ thấy rằng điểm RAP ≤ 42 tỷ lệ thất bại là 15-47%, $p < 0,001$ [5], diện tích dưới đường cong (ROC) 87,3%, CI 95% (0,835-0,912). Như vậy RAP có giá trị tiên lượng trong các trường hợp sau mổ và có thể được áp dụng trên các bệnh nhân hồi sức tích cực.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật thở oxy làm ẩm dòng cao được làm ấm và ẩm (HHFNC) rất hữu ích trong nhóm sau rút NKQ có nguy cơ trung bình phải đặt lại ống. Các bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ này sau rút ống được sử dụng hệ thống HHFNC hỗ trợ hô hấp cho thấy cải thiện đáng kể về các chỉ số lâm sàng và khí máu nhanh chóng, hạn chế suy hô hấp sau rút ống và giảm tỷ lệ đặt lại NKQ, tỷ lệ thành công lên tới 91,3%.

Các yếu tố được coi là nguy cơ cao như tuổi, thời gian thở máy > 7 ngày, $pH < 7,3$, $HCO_3^- < 18$, số bệnh đi kèm > 2 , tính chất đờm đều không có sự liên quan đến kết quả điều trị. Có sự liên quan giữa điểm APACHE II ngày nhập viện và điểm RAP ngày rút ống tỷ lệ thành công/thất bại khi áp dụng hệ thống HHFNC. Điểm RAP có giá trị tiên lượng nguy cơ thất bại rút ống, có thể được sử dụng như một thang điểm đánh giá nguy cơ trước rút nội khí quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kulkarni A.P et al(2008)**. Extubation failure in intensive care unit: Predictors and management. Indian J Care Med, 12(1),1-9.
2. **Hospital R.N.S(2013)**. Humidified High Flow nasal Cannul (HHFNC) Guideline: Royal North Shore Hospital High Flow Nasal Cannula final doc Augst 2013.
3. **Brotfain MD et al (2014)**. Comparison of the Effectiveness of High-flow nasal oxygen cannula vs. standard non-rebreather oxygen face mask in post-extubation intensive care unit patients. Original articles, 16,718-721.
4. **Hernandez et al (2016)**. Effect of postextubation high-flow nasal cannula vs conventional oxygen therapy on reintubation in low-risk patients. Original investigation, 15,1354-1361.
5. **Lin H.T et al(2013)**. Predictive risk index and prognosis of postoperative reintubation after planned extubation during general anesthesia: A single-center

retrospective case-controlled study in Taiwan from 2005 to 2009. Original articles, 51, 3-9.

6. **Chanques G et al (2009)**. Discomfort associated with underhumidified high-flow oxygen therapy in

critically ill patients. Intensive Care Med, 35(6), 996-1003.

7. **Thille et al (2013)**. The decision to extubate in the Intensive Care Unit. Concise Clinical Review, 1295-1300.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU TRONG CHUYỂN DẠ ĐẸ CỦA GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG BẰNG ROPIVACAINE Ở HAI NỒNG ĐỘ 0,1% VÀ 0,15% CÙNG PHỐI HỢP VỚI FENTANYL 2 MCG/ML

Đoàn Trung Quyền*, Nguyễn Đức Lam**

TÓM TẮT¹⁹

Nghiên cứu tiến hành trên 100 sản phụ chuyển dạ đẻ thường tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội, được giảm đau trong đẻ bằng gây tê ngoài màng cứng và được chia ngẫu nhiên thành hai nhóm: nhóm I sử dụng ropivacaine 0,1% và nhóm II sử dụng Ropivacaine 0,15%, cả hai nhóm đều được phối hợp với fentanyl 2 mcg/ml. Dung dịch thuốc tê sẽ được truyền liên tục bằng bơm tiêm điện qua catheter ngoài màng cứng và được điều chỉnh liều tùy theo đáp ứng của sản phụ. Kết quả nghiên cứu cho thấy hiệu quả giảm đau của ropivacaine 0,15% tốt hơn có ý nghĩa so với ropivacaine 0,1%: điểm đau VAS ở giai đoạn II của cuộc chuyển dạ và khi làm thủ thuật sản khoa ở nhóm II thấp hơn có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các sản phụ ở cả hai nhóm đều rất ít bị ức chế vận động, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê: tỷ lệ ức chế vận động ở mức Bromage độ 0 là: 98% ở nhóm I và 96% ở nhóm II. Bromage độ 1 tương ứng là: 2% so với 4%, không có bệnh nhân nào có Bromage độ 2 hoặc 3. Kết luận: gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong chuyển dạ đẻ bằng ropivacaine 0,15% có tác dụng giảm đau tốt hơn ropivacaine 0,1%, trong khi mức độ ức chế vận động tương đương nhau.

Từ khóa: gây tê ngoài màng cứng, giảm đau trong chuyển dạ, ropivacaine.

SUMMARY

EVALUATION THE ANALGESIC EFFECT DURING LABOR BY EPIDURAL ANALGESIA WITH ROPIVACAINE 0,1% AND ROPIVACAINE 0,15% COMBINATION WITH FENTANYL 2 MCG/ML

The study conducted on 100 women in labor with epidural anesthesia in Hanoi Obstetric and Gynecology hospital and were randomized into two groups: Group I used Ropivacaine 0.1% and group II used Ropivacaine 0.15%, both groups are combined with fentanyl 2 mcg/ml. Anesthetic solution will be perfused continuously using a electrical syringe through the

catheter epidural and dose adjusted according to the response of women. The study results show that the analgesia effect of ropivacaine 0.15% was significantly better than that of ropivacaine 0.1%: VAS pain scores in the second stage of labor and during obstetric procedures in group II were statistically significant lower than group I, $p < 0,05$. The women in both groups had very little motor inhibition, the difference was not statistically significant: motor inhibition rate of Bromage 0 was 98% in group I and was 96% in group II. Bromage 1 was respectively: 2% compared with 4%, no patients had Bromage 2 or Bromage 3. Conclusion: Epidural anesthesia for pain relief during labor with ropivacaine 0.15% had a better analgesic effect than ropivacaine 0.1%, whereas the level of motor inhibition between 2 groups was approximately equal.

Key words: Epidural anesthesia, pain relief during labor, ropivacaine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giảm đau sản khoa bằng gây tê ngoài màng cứng là phương pháp giảm đau phổ biến nhất trong chuyển dạ đẻ vì có nhiều ưu điểm: hiệu quả giảm đau rất tốt, không ảnh hưởng đến cơ co tử cung, thuốc tê ít qua rau thai sang thai nhi gây ức chế sơ sinh như các thuốc giảm đau đường toàn thân, dễ dàng điều chỉnh liều thuốc theo đáp ứng của sản phụ và có thể tiêm thêm thuốc tê để vô cảm khi bệnh nhân có chỉ định mổ lấy thai... Từ trước đến nay loại thuốc tê sử dụng phổ biến tại các cơ sở thực hiện giảm đau trong chuyển dạ ở nước ta là bupivacaine, tuy nhiên khi dùng bupivacaine có thể gặp một số biến chứng nguy hiểm vì thuốc này độc với hệ tim mạch. Ropivacaine là thuốc tê thế hệ mới, có tính chất gây tê tương tự bupivacaine nhưng ít độc trên hệ tim mạch và thần kinh hơn, do đó, ở các nước phát triển, thuốc đã được khuyến cáo thay thế bupivacaine trong giảm đau sản khoa. Ở Việt Nam, ropivacaine mới được chính thức phân phối từ năm 2014 nên còn có ít nghiên cứu về thuốc này, nhất là trong giảm đau sản khoa, cũng chưa có nghiên cứu nào về nồng độ của thuốc tê Ropivacaine trong giảm đau ngoài màng

*Bv Đa khoa Đông Anh, HN

**Trường ĐHY HN

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Trung Quyền

Email: quyenlido@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

cứng trong chuyển dạ đẻ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: so sánh hiệu quả giảm đau và mức độ gây ức chế vận động của ropivacain ở hai nồng độ ropivacain 0,1% và 0,15% cùng phối hợp với Fentanyl 2 mcg/ml trong chuyển dạ đẻ bằng gây tê ngoài màng cứng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

***Đối tượng nghiên cứu:** 100 sản phụ chuyển dạ đẻ thường, tuổi từ 18- 35, ASA độ I - II, có chỉ định và đồng ý giảm đau bằng phương pháp gây tê ngoài màng cứng. Tiêu chuẩn loại trừ: các sản phụ có chống chỉ định gây tê vùng, các trường hợp diễn biến cuộc đẻ bất thường: chảy máu, thai suy nặng, sa dây rau...

***Phương pháp nghiên cứu:** thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên có so sánh.

***Cách thức tiến hành:** Đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại vi cỡ 20G và bắt đầu truyền tĩnh mạch 500ml dung dịch Ringer lactat. Mặc monitor theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂ của mẹ và theo dõi tim thai, cơn co tử cung. Bốc thăm ngẫu nhiên để chia bệnh nhân thành hai nhóm: nhóm I sử dụng ropivacain 0,1% phối hợp với fentanyl 2µg/ml; nhóm II sử dụng ropivacain

0,15% phối hợp với fentanyl 2µg/ml. Tiến hành gây tê ngoài màng cứng ở L2-3 hoặc L3-4, bệnh nhân ở tư thế nằm nghiêng trái cong lưng tôm hoặc tư thế ngồi đầu cúi, xác định khoang ngoài màng cứng bằng kỹ thuật mất sức cản với bơm tiêm chứa dịch NaCl 0,9%. Luồn catheter lên phía đầu sản phụ và để sâu 3-5 cm trong khoang ngoài màng cứng. Liều test là 60 mg Lidocain 2%. Bắt đầu giảm đau bằng tiêm liều ban đầu qua catheter ngoài màng cứng 10 ml dung dịch thuốc tê ropivacain 0,1% hoặc ropivacain 0,15% phối hợp với fentanyl 2µg/ml, sau đó duy trì bằng truyền liên tục các dung dịch thuốc tê nói trên với bơm tiêm điện tốc độ 8 ml/giờ. Nếu sản phụ vẫn đau, điểm VAS > 4 thì tiêm thêm 5 ml dung dịch thuốc tê qua catheter ngoài màng cứng và tiếp tục truyền duy trì tốc độ 8 ml/giờ, sau khi xử thai tiêm 10ml thuốc tê để giảm đau khi làm thủ thuật sản khoa. Sau khi khâu xong tầng sinh môn thì rút catheter ngoài màng cứng. Đánh giá tác dụng giảm đau dựa vào thang điểm VAS. Đánh giá tác dụng gây ức chế vận động dựa vào thang điểm Bromage.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Đặc điểm chung của sản phụ và gây tê ngoài màng cứng

Chỉ số	Nhóm I (ropivacain 0,1%) (n = 50)	Nhóm II (ropivacain 0,15%) (n = 50)	p
Tuổi (năm)	28 ± 3,39 (22-35)	28,1 ± 3,561 (21-35)	> 0,05
Chiều cao (cm)	158,7 ± 3,6 (150-166)	158,7 ± 5,7 (149-173)	> 0,05
Cân nặng (kg)	63,92 ± 5,4 (53-82)	63,76 ± 7,66 (53-96)	> 0,05
Tuần tuổi thai (tuần)	39,5 ± 1 (38-42)	39,7 ± 1 (38-42)	> 0,05
Khoảng cách da-khoang NMC (cm)	3,92 ± 0,53 (3 -5)	3,93 ± 0,46 (3-5)	> 0,05
Cách sinh: Đẻ thường	46 (92%)	45 (90%)	> 0,05
Mổ lấy thai	4 (8%)	5 (10%)	> 0,05
Lý do mổ lấy thai: Đầu không lọt	4 (8%)	5 (10%)	> 0,05

Bảng 2: Hiệu quả vô cảm và tác dụng gây ức chế vận động

Chỉ số	Nhóm I (ropivacain 0,1%) (n = 50)	Nhóm II (ropivacain 0,15%) (n = 50)	p
Thời gian tiềm tàng ức chế cảm giác đau (phút)	6,62±1,66	5,98 ± 1,74	
Mức độ giảm đau theo VAS: Trước gây tê	6,78 ± 0,9	6,72 ± 0,9	>0,05
Cuối giai đoạn I	1,76±0,6	1,28 ± 0,9	>0,05
Cuối giai đoạn II	2,78 ± 0,8	2 ± 0,8	<0,05
Khi làm thủ thuật	3,33 ± 0,8	2,32 ± 0,7	<0,05
Ức chế vận động theo Bromage: Độ 0	49 (98%)	48 (96%)	
Độ 1	1 (2%)	2 (4%)	>0,05
Độ 2	0	0	>0,05
Độ 3	0	0	
Lượng thuốc sử dụng: Thuốc tê (mg)	43,1 ± 9,5	67,4 ± 19,7	<0,05
Fentanyl (mcg)	85,2 ± 17,1	90,1 ± 26,1	>0,05

Bảng 3: Ảnh hưởng của gây tê ngoài màng cứng lên cuộc chuyển dạ

Chỉ số	Nhóm I (ropivacain 0,1%) (n = 46)	Nhóm II (ropivacain 0,15%) (n = 45)	p
--------	-----------------------------------	-------------------------------------	---

Tần số cơn co tử cung:(lần/10phút)			
Trước gây tê	2,35 ± 0,48	2,36 ± 0,49	> 0,05
Sau gây tê 30 phút	3,15 ± 0,50	3,22 ± 0,59	> 0,05
Giai đoạn II	4,35 ± 0,52	4,5 ± 0,54	> 0,05
Cường độ cơn co tử cung (mmHg)			
Trước gây tê	45,94 ± 19,45	41,90 ± 18,88	> 0,05
Sau gây tê 30 phút	58,98 ± 17,83	58,64 ± 21,53	> 0,05
Giai đoạn II	87,86 ± 21,76	88,44 ± 22,01	> 0,05
Phản xạ mót rặn: Bình thường	42 (91,3%)	40 (89%)	> 0,05
Giảm	4 (8,7%)	5 (11%)	> 0,05
Mất	0	0	
Khả năng rặn đẻ: Tốt	44 (95,6%)	42 (95,4%)	> 0,05
Trung bình	2 (4,4%)	3 (6,6%)	> 0,05
Yếu	0	0	> 0,05

IV. BÀN LUẬN

Các sản phụ ở hai nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt về các đặc điểm chung như: tuổi của sản phụ, tuổi thai, chiều cao, cân nặng, khoảng cách từ da đến khoang ngoài màng cứng. Tỷ lệ sản phụ phải mổ lấy thai trong quá trình chuyển dạ cũng không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Lý do chủ yếu của chỉ định mổ lấy thai là cổ tử cung mở hết đầu không lọt. Ở nhóm ropivacain 0,1% có 4 sản phụ phải mổ lấy thai trong tổng số 50 sản phụ tham gia nghiên cứu, ở nhóm ropivacain 0,15% có 5 sản phụ phải mổ lấy thai, tuy nhiên các sản phụ phải mổ đều được giảm đau đến khi cổ tử cung mở hết nên vẫn đánh giá giá giảm đau được ở giai đoạn I và một phần ở giai đoạn II, còn đánh giá mức độ giảm đau khi thủ thuật thì chỉ đánh giá được trên 44 sản phụ ở nhóm I và 45 sản phụ ở nhóm II. Có thể thấy: thuốc gây tê sử dụng trong gây tê ngoài màng cứng không ảnh hưởng đến tỷ lệ mổ lấy thai.

Để so sánh hiệu quả giảm đau trong chuyển dạ đẻ bằng gây tê ngoài màng cứng của hai nồng độ thuốc tê thì một trong những chỉ tiêu cần quan tâm là thời gian tiềm tàng ức chế cảm giác đau. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian này không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm (6,62±1,6 phút ở nhóm ropivacain 0,1% và 5,98±1,75 phút ở nhóm ropivacain 0,15%). Kết quả của chúng tôi khác một chút so với với kết quả nghiên cứu của Yogesh.K khi nghiên cứu gây tê ngoài màng cứng cho 40 sản phụ bằng ropivacain 0,125% + fentanyl 2mcg/ml và 40 sản phụ bằng bupivacain 0,2% + fentanyl 2mcg/ml, thời gian tiềm tàng ức chế cảm giác đau của nhóm ropivacain 0,2% dưới 5 phút chiếm 75% trong khi nhóm Ropivacain 0,125% là 5-15 phút chiếm đến 75%. Sự khác biệt này có thể là do nồng độ thuốc

khác nhau, và thể tích thuốc tiêm liều đầu khác nhau, tác giả Yogesh tiêm liều đầu tiên 15ml [1]. Kết quả của chúng tôi phù hợp với Hoàng Quốc Khải, thời gian tiềm tàng ức chế cảm giác đau chủ yếu trong khoảng 6-7 phút [2]. Kết quả nghiên cứu cho thấy: thời gian thuốc tê ropivacain nồng độ 0,1% có tác dụng ức chế cảm giác đau tương đương với ropivacain 0,15%, hai thuốc này có thời gian khởi tê khá nhanh, đáp ứng được nhu cầu giảm đau trong chuyển dạ đẻ khi cổ tử cung mở 3-4cm. Tuy nhiên, trong trường hợp các sản phụ có cổ tử cung mở nhiều hơn, cơn đau dữ dội thì nên phối hợp gây tê tùy sống liều thấp với gây tê ngoài màng cứng vì sẽ giảm đau nhanh chóng và sản phụ sau đó không bị vật vã nên phối hợp tốt hơn khi gây tê ngoài màng cứng.

Hiệu quả giảm đau được thể hiện rõ nhất khi đánh giá điểm đau VAS ở các thời điểm trước, sau khi gây tê ngoài màng cứng cũng như trong suốt các giai đoạn của quá trình chuyển dạ và khi tiến hành thủ thuật sản khoa (kiểm soát tử cung, khâu tầng sinh môn). Trước khi gây tê, điểm VAS trung bình của hai nhóm đều khá cao (6,78 ± 0,9 ở nhóm ropivacain 0,1% và 6,72 ± 0,9 ở nhóm ropivacain 0,15%), sự khác biệt không có ý nghĩa. Điểm VAS ở nghiên cứu này khá tương đồng so với nghiên cứu của tác giả Boselli [3] (VAS =7) khi nghiên cứu so sánh hiệu quả giảm đau trong chuyển dạ của ropivacain 0,15% và ropivacain 0,10% cùng phối hợp với sufentanil 0,5µg/ml. Tuy nhiên sang đến giai đoạn II khi mức độ đau dữ dội hơn và ở giai đoạn làm thủ thuật sản khoa, điểm VAS giữa hai nhóm sản phụ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Ở giai đoạn II, nhóm ropivacain 0,1% có tỉ lệ đau vừa (VAS từ 4-6) chiếm 12%, trong khi nhóm ropivacain 0,15% chỉ chiếm 2%. Đến khi làm thủ thuật sản khoa, tỉ lệ đau vừa (VAS từ 4-

6) ở nhóm ropivacain 0,1% lên đến 39,1%, trong khi đó nhóm ropivacain 0,15% chỉ chiếm 6,8%, những sản phụ bị đau khi làm thủ thuật sản khoa này được tiêm thêm 5ml lidocain 2% sau đó tiến hành thủ thuật sản khoa đều thuận lợi. Những kết quả trên cho thấy, khi mức độ đau dữ dội hơn, ropivacain 0,15% cho hiệu quả giảm đau tốt hơn ropivacain 0,1%.

Trong gây tê ngoài màng cứng sản khoa, ngoài hiệu quả giảm đau người ta còn quan tâm đến mức độ ức chế vận động và các tác dụng không mong muốn. Quan tâm đến mức độ ức chế vận động vì điều này ảnh hưởng đến khả năng rặn đẻ của sản phụ. Nếu thuốc tê gây ức chế vận động nhiều thì sẽ làm tăng tỷ lệ phải lấy thai bằng dụng cụ (foocxep, giác hút). Ropivacain có ưu điểm là ít ức chế vận động hơn so với bupivacain nên làm giảm tỷ lệ phải lấy thai bằng dụng cụ, sản phụ có thể đi lại trong phòng đẻ nên cải thiện sự hài lòng và giảm các biến chứng do nằm kéo dài như: chèn ép các dây thần kinh ngoại biên, tắc mạch huyết khối [4],[5]...Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: cả hai nhóm ropivacain rất ít bị ức chế vận động, tỷ lệ Bromage độ 0 ở nhóm ropivacain 0,1% và 0,15% tương ứng là 98% và 96%, cả nghiên cứu chỉ có 3 sản phụ có mức độ phong bế vận động Bromage 1, không có sản phụ nào bị ức chế vận động mức 2 và 3, giữa hai nhóm sự khác biệt có không ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu này chúng tôi không gặp trường hợp nào phải hỗ trợ sinh đường âm đạo bằng dụng cụ có thể do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn, tuy nhiên, giảm được tỷ lệ hỗ trợ sinh bằng dụng cụ sẽ làm giảm thiểu các biến chứng sản khoa, cải thiện tiên lượng cho mẹ và sơ sinh.

Trong gây tê ngoài màng cứng giảm đau sản khoa, điều các bác sỹ sản khoa quan tâm lo lắng là gây tê ngoài màng cứng có gây ảnh hưởng đến cuộc chuyển dạ hay không? Kết quả ở bảng

3.3. cho thấy: cường độ và tần số cơn co tử cung không thay đổi, phản xạ mót rặn và khả năng rặn đẻ của các sản phụ ở hai nhóm nghiên cứu khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Đây cũng là ưu điểm chính của thuốc tê Ropivacain: thuốc ít gây ức chế vận động nên ít ảnh hưởng đến khả năng rặn đẻ của sản phụ do vậy giảm tỷ lệ phải can thiệp bằng dụng cụ như forcep hoặc giác hút. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu nước ngoài về gây tê ngoài màng cứng giảm đau trong chuyển dạ bằng Ropivacain [1],[3],[5].

V. KẾT LUẬN

Gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong chuyển dạ đẻ bằng ropivacain 0,15% phối hợp với fentanyl 2mcg/ml có tác dụng giảm đau tốt hơn so với Ropivacain 0,1% phối hợp với fentanyl 2mcg/ml và cả hai nhóm đều rất ít gây ức chế vận động hơn nên ít ảnh hưởng đến khả năng rặn đẻ của sản phụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yogesh, K.C.**, et al (2013): " Epidural labor analgesia: A comparison of ropivacaine 0.125% versus 0.2% with fentanyl", *Journal of Obstetric Anaesthesia and Critical Care*. 3(1): pp. 16-22.
2. **Hoàng Quốc Khải** (2016): "Đánh giá hiệu quả giảm đau trong chuyển dạ do bệnh nhân tự điều khiển qua catheter ngoài màng cứng Ropivacain - fentanyl với các nồng độ khác nhau", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ CKII, Đại học Y Hà Nội.
3. **Boselli, E.**, et al (2003): "Ropivacaine 0.15% plus sufentanil 0.5 microg/mL and ropivacaine 0.10% plus sufentanil 0.5 microg/mL are equivalent for patient-controlled epidural analgesia during labor", *Anesth Analg*, 96(4): pp. 1173-7, table of contents.
4. **Long J, Yue Y.** (2003), "Patient controlled intravenous analgesia with tramadol for pain relief", *Chinese Medical Journal* 2003; 116(11), 1572-5.
5. **Stienstra R.** "The place of Ropivacaine in anesthesia", *Acta Anaesth Belg*, 2003,54, 141-148.

TỶ LỆ BỆNH THẬN DO THUỐC CẢN QUANG VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP

Ngô Thị Cẩm Hoa¹, Phạm Quốc Toàn², Hoàng Trung Vinh²

TÓM TẮT²⁰

¹Bệnh viện Nhân dân 115- TP. HCM

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Trung Vinh

Email: hoangvinh.hvqy@gmail.com

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ bệnh thận do thuốc cản quang (CIN) và mối liên quan với một số yếu tố nguy cơ (YTNC) ở bệnh nhân hội chứng vành cấp (BN

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

HCVC) sau chụp động mạch vành (ĐMV) cản quang.
Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 139 BN HCVC được chụp ĐMV bằng thuốc cản quang có chứa iod. Xác định CIN khi nồng độ creatinin sau thủ thuật tăng $\geq 44,2 \mu\text{mol/l}$ hoặc tăng $\geq 25\%$ so với trước chụp. Yếu tố nguy cơ gây CIN được xác định thông qua việc cho điểm. **Kết quả:** bệnh thận do thuốc cản quang – 15,8%. Sau chụp nhận thấy nồng độ creatinin tăng, mức lọc cầu thận (MLCT) giảm có ý nghĩa. Tỷ lệ CIN liên quan có ý nghĩa với tuổi > 75, sốc tim, đái tháo đường (ĐTĐ), giảm MLCT trước chụp, số lượng thuốc sử dụng > 100ml, điểm nguy cơ gây bệnh ở mức vừa hoặc cao. **Kết luận:** Sau chụp ĐMV xuất hiện bệnh thận do thuốc cản quang, liên quan có ý nghĩa với các YTNC gây bệnh đã được xác định.

Từ khóa: Bệnh thận mạn, mức lọc cầu thận, hội chứng vành cấp, nhồi máu cơ tim cấp tính, bệnh thận do thuốc cản quang (CIN).

SUMMARY

RATE OF CONTRAST-INDUCED NEPHROPATHY AND RELATION TO SOME RISK FACTORS IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Objectives: to investigate rate of contrast-induced nephropathy (CIN) and relation to some risk factors in patients with acute coronary syndrome after coronary angiography (CA). Subjects and methods: 139 patients were taken CA using iodine - containing contrast. CIN was determined when serum creatinine level after procedure had an increase of $\geq 44.2 \mu\text{mol/l}$ or $\geq 25\%$ compared to the level before procedure. The risk factors for CIN were determined by scoring. **Results:** rate of CIN was 15.8%. After angiography creatinine level increased, GFR decreased significantly. Rate of CIN was significantly related to age > 75, cardiogenic shock, diabetes mellitus, GFR reduction before angiography, dose of contrast > 100ml, moderate or high risk score for disease. **Conclusions:** after coronary angiography, contrast-induced nephropathy could occur and significantly related to established risk factors for CNI.

Key words: chronic kidney disease; glomerular filtration rate; acute coronary syndrome; acute myocardial infarction; contrast-induced nephropathy (CNI);

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân HCVC tiềm ẩn nguy cơ gây tổn thương thận. Sau khi được chụp ĐMV bằng thuốc cản quang có chứa iod thì nguy cơ tổn thương thận nguy cơ tổn thương gia tăng do thuốc cản quang. Bệnh thận do thuốc cản quang được xác định sau khi chụp có nồng độ creatinin huyết thanh tăng $\geq 44,2\mu\text{mol/l}$ hoặc tăng $\geq 25\%$ so với trước khi chụp. Bệnh thận do thuốc cản quang có một số YTNC đã được xác định bao gồm tuổi > 75, sốc tim, Killip III-IV, thiếu máu, ĐTĐ, thể tích thuốc cản quang được dùng, nồng độ creatinin tăng hoặc MLCT giảm trước khi chụp. Mục tiêu nghiên cứu: xác định tỷ lệ bệnh thận do thuốc cản quang và mối liên quan với

một số YTNC ở BN HCVC được chụp ĐMV bằng thuốc cản quang chứa iod.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 139 BN HCVC bao gồm nhồi máu cơ tim cấp tính (NMCT CT) hoặc cơn đau thắt ngực không ổn định (CĐTN KỔĐ) được chụp ĐMV bằng thuốc cản quang.

2.2. Phương pháp

+ Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả, so sánh, trước và sau chụp ĐMV.

+ Nội dung nghiên cứu:

- Khai thác bệnh sử, khám lâm sàng.

- Các xét nghiệm chẩn đoán HCVC.

- Định lượng nồng độ creatinin máu trước và sau chụp.

- Mức lọc cầu thận ước lượng bằng công thức MDRD.

+Tiêu chuẩn chẩn đoán sử dụng trong nghiên cứu.

- Bệnh thận do thuốc cản quang: CIN được xác định khi nồng độ creatinin máu sau thủ thuật tăng $\geq 44.2 \mu\text{mol/l}$ hoặc tăng $\geq 25\%$ so với trước khi dùng TCQ mà không do các nguyên nhân khác gây suy thận [1].

- Xác định mức độ nguy cơ của CIN [2]:

. Nguy cơ thấp: ≤ 5 điểm

. Nguy cơ vừa: 6 – 10 điểm

. Nguy cơ cao: 11 – 15 điểm

. Nguy cơ rất cao: ≥ 16 điểm.

Bảng 1.1. Thang điểm các yếu tố nguy cơ dự báo mức CIN [2].

Yếu tố nguy cơ	Điểm
Sốc tim	5
Bơm bóng trong lòng động mạch chủ	5
Killip III-IV	5
Tuổi > 75	4
Thiếu máu	3
Đái tháo đường	3
Thể tích TCQ được dùng	1 điểm cho mỗi 100ml
Nồng độ creatinin máu > 132,6 $\mu\text{mol/l}$	4
Giảm MLCT	41–60 ml/phút: 2điểm
	21–40 ml/phút: 4 điểm
	< 20 ml/phút: 6 điểm

+ Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 2.1. Tỷ lệ bệnh nhân dựa vào thể tích thuốc cản quang được sử dụng (n=139)

Thể tích (ml)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 100	83	59,7
100 – 200	50	36,0
> 200	6	4,3

+ Số BN sử dụng thuốc cản quang với thể tích < 100 chiếm tỷ lệ cao nhất.

+ Số BN sử dụng thuốc cản quang với thể tích > 200 chiếm tỷ lệ thấp nhất.

Bảng 2.2. Điểm yếu tố nguy cơ gây CIN dựa vào tuổi và sốc tim (n=139)

Biểu hiện		Điểm nguy cơ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm)	≤ 75	0	128	92,1
	> 75	4	11	7,9
Sốc tim	không	0	138	99,3
	sốc tim	5	1	0,7

Yếu tố nguy cơ tuổi > 75 cao hơn so với biểu hiện sốc tim.

Bảng 2.3 Tỷ lệ bệnh nhân dựa vào điểm nguy cơ gây CIN (n=139)

Điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 5	101	72,7
6 – 10	36	25,9
11 – 15	2	1,4

+ Bệnh nhân có điểm nguy cơ gây CIN ≤ 5 chiếm tỷ lệ cao nhất.

+ Điểm 11 – 15 chiếm tỷ lệ thấp nhất.



Biểu đồ 2.1. Tỷ lệ bệnh nhân biểu hiện CIN (n=139)

Biểu hiện CIN ở BN sau chụp ĐMV chiếm tỷ lệ thấp hơn so với không có biểu hiện CIN.

Bảng 2.4. So sánh giá trị trung bình một số chỉ số trước và sau chụp can thiệp (n=139)

Chỉ số	Trước	Sau	p
Ure (mg/dl)	34,73 ± 3,21	38,73 ± 4,53	> 0,05
Creatinin (mg/dl)	0,99 ± 0,23	1,18 ± 0,26	< 0,05
MLCT (ml/phút/1,73m ²)	61,24 ± 20,53	58,22 ± 21,27	< 0,05

+ Sau chụp ĐMV GTTB creatinin máu tăng, MLCT giảm có ý nghĩa thống kê.

+ Nồng độ ure trước và sau chụp khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2.5. Mối liên quan giữa CIN với một số YTNC (n=139)

Yếu tố nguy cơ	CIN		p	
	Có (n=22) (%)	Không (n=117) (%)		
Tuổi (năm)	≤ 75 (n=108)	1 (4,5)	107 (91,5)	< 0,05
	> 75 (n=31)	21 (95,5)	10 (8,5)	
Sốc tim	Không có (n=132)	16 (72,7)	116 (99,1)	< 0,05
	Có (n=7)	6 (27,3)	1 (0,9)	
ĐTĐ	Không (n=117)	10 (45,5)	107 (91,5)	< 0,05
	Có (n=22)	12 (54,5)	10 (8,5)	

Tỷ lệ bệnh thận do thuốc cản quang gia tăng có ý nghĩa ở bệnh nhân > 75 tuổi, biểu hiện sốc tim, đái tháo đường.

Bảng 2.6. Mối liên quan giữa YTNC của điểm dựa vào thể tích thuốc cản quang với CIN (n=139)

Điểm	CIN	
	Có (n=22)	Không (n=117)
≤ 5 (n=10)	5 (22,7)	96 (82,1)
6 – 10 (n=34)	15 (68,1)	19 (16,2)
11 – 15 (n=2)	2 (9,1)	2 (1,7)
p < 0,05		

Tỷ lệ bệnh thận do thuốc cản quang gia tăng ở bệnh nhân có điểm nguy cơ dựa vào thể tích thuốc cản quang.

Bảng 2.7. Tương quan hồi quy đa biến giữa CIN với một số thông số (n=139)

Chỉ số	Hệ số tương quan	p
Tuổi > 75	- 1,407	< 0,05
Sốc tim	0,189	> 0,05
Đái tháo đường	0,22	> 0,05

Thiếu máu	0,61	> 0,05
Thể tích thuốc cản quang	0,06	> 0,05
Mức lọc cầu thận	- 6,523	< 0,01
Điểm CIN	- 1,645	< 0,05

Tỷ lệ bệnh thận do thuốc cản quang tăng lên có ý nghĩa thống kê ở BN > 75 tuổi, giảm mức lọc cầu thận và điểm CIN tăng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân được chẩn đoán HCVC trên lâm sàng cần được chụp ĐMV cản quang để khẳng định chẩn đoán đồng thời xác định đặc điểm tổn thương, trên cơ sở đó có chỉ định áp dụng biện pháp điều trị thích hợp, đặc biệt khi lựa chọn biện pháp can thiệp. Các bệnh nhân được tiến hành chụp ĐMV cản quang trong đó số trường hợp sử dụng < 100ml thuốc cản quang chiếm tỷ lệ cao nhất (59,7%). Chỉ có 6 BN (4,3%) phải sử dụng > 200ml. Số lượng thuốc cản quang sử dụng càng nhiều thì càng gia tăng nguy cơ xuất hiện bệnh thận do thuốc [3]. Bệnh nhân HCVC được xác định nguy cơ gây CIN dựa vào một số biểu hiện trong đó đóng vai trò quan trọng như sốc tim, tuổi > 75, thiếu máu, ĐTĐ, thể tích thuốc cản quang đã sử dụng và tình trạng chức năng thận trước khi chụp. Dựa vào các YTNC trên tính ra điểm nguy cơ. Trong số BN nghiên cứu có 72,7% với điểm nguy cơ thấp, còn lại thuộc mức độ vừa và cao trong đó mức độ vừa gặp 25,9%. Dựa vào điểm nguy cơ có thể áp dụng các biện pháp thích hợp nhằm giảm sự xuất hiện của bệnh [1].

4.2. Tỷ lệ bệnh thận do thuốc cản quang và mối liên quan với các yếu tố nguy cơ: Nếu tính chung sau khi chụp và có nhiều trường hợp can thiệp nhận thấy nồng độ creatinin máu tăng, MLCT giảm có ý nghĩa, nồng độ ure biến đổi khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Qua đó cho thấy có thể sau chụp hoặc kết hợp can thiệp cùng với thời gian tiến triển của bệnh thì chức năng thận giảm [1],[4]. Dựa vào tiêu chuẩn đã nêu nhận thấy có 15,8% trường hợp biểu hiện CIN. Đây cũng là một tỷ lệ cao tổn thương thận ở BN HCVC [5]. Marenzi G và cs năm 2004 khảo sát 208 BN NMCT cấp tính nhận thấy tỷ lệ CIN lên đến 19% [1]. Trong khi đó Hàn Nhất Linh năm 2014 chỉ gặp 7,8% bệnh thận do thuốc cản quang [2]. Rõ ràng sử dụng thuốc cản quang làm gia tăng nguy cơ cũng như sự xuất hiện tổn thương thận ở BN HCVC [4], [6].

Phân tích mối liên quan những trường hợp bị bệnh thận do thuốc cản quang nhận thấy các YTNC làm gia tăng có ý nghĩa tỷ lệ bệnh bao gồm tuổi > 75, biểu hiện sốc tim, tiền sử ĐTĐ, giảm MLCT trước chụp, thể tích thuốc cản quang và điểm nguy cơ mức độ vừa hoặc cao. Tuy vậy thiếu máu lại ảnh hưởng chưa có ý nghĩa. Qua đó nhận thấy các YTNC kinh điển đã nêu trong y văn đều gây tác động, ảnh hưởng đến sự xuất hiện do thuốc cản quang [1],[7]. Kết quả khảo sát tương quan hồi quy đa biến cũng khẳng định 3 yếu tố gồm tuổi > 75, giảm MLCT có trước và điểm nguy cơ mức độ vừa và cao làm gia tăng sự xuất hiện CIN ở BN HCVC.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh thận do thuốc cản quang gặp 15,8%. Sau chụp nồng độ creatinin tăng, mức lọc cầu thận giảm, nồng độ ure biến đổi chưa có ý nghĩa.

Tỷ lệ bệnh thận do thuốc cản quang gia tăng ở bệnh nhân > 75 tuổi, sốc tim, đái tháo đường, thể tích thuốc cản quang được sử dụng > 100ml, giảm mức lọc cầu thận trước khi chụp, điểm nguy cơ gây bệnh mức độ vừa hoặc cao. Tỷ lệ bệnh thận do thuốc cản quang liên quan chưa có ý nghĩa với biểu hiện và mức độ thiếu máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Marenzi G., Lauri G., Assanelli E., et al. (2004), "Contrast-induced nephropathy in patients undergoing primary angioplasty for acute myocardial infarction", *J Am Coll Cardiol*, 44(9): pp. 1780-5.
2. Hàn Nhất Linh (2014), "Nghiên cứu đặc điểm biến chứng trong 24 giờ đầu can thiệp động mạch vành qua da tại Viện Tim mạch Việt Nam", Luận án tiến sĩ y học, Học viện quân y.
3. Aarnevalini M., Giorgi M., Waldman S. et al (2011), "Contrast induced nephropathy in acute coronary syndrome", *Medicina*, 71(5), pp. 441-448.
4. Shoukat S., Gowani S.A, Jafferani A. et al (2010), "Contrast-induced nephropathy in patients undergoing percutaneous coronary intervention", *Cardiol res pract*, pp. 15-25.
5. Phạm Ngọc Ân, Trần Lâm, Nguyễn Lương Quang và CS (2013), "Bước đầu đánh giá kết quả chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Đa khoa Quảng Nam", Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, số 65, tr. 390-393.
6. Nguyễn Đức Công, Hồ Thượng Dũng, Châu Văn Vinh và CS (2014), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh nhân có hội chứng vành cấp tại Bệnh viện Thống Nhất Tp. Hồ Chí Minh từ 01.2013 đến 06.2013", *Y học Tp. Hồ Chí Minh*, tập 18, số 3, tr. 26-29.
7. Matsushita K., Selvin E., Bash L.D., et al. (2009), "Change in estimated GFR associates with coronary heart disease and mortality", *J Am Soc Nephrol*, 20(12): pp. 2617-24.

KỸ THUẬT HAI VẬT DA DÙNG NÂNG VÀNH TAI

TRONG TẠO HÌNH TAI NHỎ BẰNG SỤN SƯỜN TỰ THÂN

Lý Xuân Quang*, Trần Thiết Sơn**, Trần Thị Bích Liên***

TÓM TẮT²¹

Mục tiêu nghiên cứu: đánh giá kết quả kỹ thuật hai vạt da dùng nâng vành tai trong phẫu thuật tạo hình tai nhỏ bằng sụn tự thân. **Đối tượng nghiên cứu:** 39 bệnh nhân có dị dạng tai nhỏ đã được phẫu thuật tạo hình khung sụn vành tai (thì 1) theo kỹ thuật của Nagata tại Bệnh viện Đại học Y dược và Bệnh viện Chợ Rẫy từ 4/2007 – 12/2016. **Phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu mô tả lâm sàng hàng loạt ca. **Kết quả:** có 25 nam và 14 nữ tham gia nghiên cứu, thời gian theo dõi trung bình 2,8 năm. Sau 12 tháng theo dõi, sự khác biệt góc vành tai – xương chũm giữa 2 tai nhỏ hơn 10 độ trong 17 trường hợp (43,58%), từ 10 đến 20 độ trong 22 bệnh nhân (56,41%), không có bệnh nhân nào có sự khác biệt lớn hơn 20 độ. **Kết luận:** kỹ thuật nâng vành tai kiểu 2 vạt đạt được độ nhỏ mong muốn và ổn định trong thời gian dài.

Từ khóa: tạo hình tai nhỏ, kỹ thuật 2 vạt, góc vành tai – xương chũm, độ nhỏ vành tai

SUMMARY

TWO - FLAPS TECHNIQUE FOR ELEVATION OF AURICLE IN MICROTTIA RECONSTRUCTION SURGERY FROM AUTOLOGOUS RIB CARTILAGE

Objective: evaluate result of two flaps technique for elevation of auricle in microtia reconstruction surgery from autologous rib cartilage. **Subject:** 39 microtia patients had been undergone fabrication of auricular frame (first stage) by Nagata method. **Method:** prospective case series. **Results:** there were 25 male and 14 female in this study, median follow-up time was 2,8 years. After more than 12 months following up, the difference in the auriculocephalic angle of two ears was less than 10 degree in 17 cases (43,58%), 10 to 20 degree in 22 patients (56,41%), more than 20 degree in no case. **Conclusion:** the two - flaps technique could make enough protrusion and maintain the three - dimensional shape for a long time to satisfy microtia patients.

Key words: microtia surgery, the 2 flaps technique, the auriculocephalic angle, protrusion of the auricle

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tạo hình tai nhỏ bằng sụn sườn tự thân có nhiều kỹ thuật khác nhau từ kỹ thuật 4 thì của Brent [2,3], kỹ thuật 2 thì của Nagata [5] hay kỹ thuật dẫn da của Park [6]. Dù theo bất kỳ

phương pháp nào cũng không thể thiếu tạo hình khung sụn vành tai (thì 1 của Nagata) và kỹ thuật nâng vành tai (thì 2 của Nagata).

Nâng vành tai nhằm mục đích tạo ra độ nhô của vành tai và rãnh sau tai nhằm tạo nên nét cân xứng trên khuôn mặt. Độ nhô vành tai phải cân xứng so với vành tai đối bên, phải duy trì được hiệu quả lâu dài và không làm biến dạng cấu trúc khung sụn. Tuy nhiên để đạt được điều này vẫn là một thách thức với các phẫu thuật viên tạo hình tai nhỏ.

Qua nhiều năm tự thực hiện phẫu thuật tạo hình tai nhỏ theo kỹ thuật của Nagata và tham khảo các tác giả khác chúng tôi tiến hành nghiên cứu "kỹ thuật nâng vành tai kiểu hai vạt trong tạo hình tai nhỏ bằng sụn sườn tự thân"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: tất cả các bệnh nhân có dị dạng tai nhỏ đã được phẫu thuật tạo hình khung sụn vành tai (thì 1) theo kỹ thuật của Nagata tại Bệnh viện Đại học Y dược và Bệnh viện Chợ Rẫy từ 4/2007 – 12/2016.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân có dị dạng tai nhỏ sau khi đã được phẫu thuật tạo hình khung sụn vành tai theo kỹ thuật của Nagata tối thiểu 4–6 tháng.

- Bệnh nhân được theo dõi sau phẫu thuật nâng vành tai (PTNVT) theo kiểu hai vạt tối thiểu 12 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có can thiệp phẫu thuật vùng thái dương trước đó.

- Thất bại sau phẫu thuật tạo hình khung sụn vành tai gồm: nhiễm trùng thái gáy, teo > 1/3 kích thước sụn vành tai, sẹo lõm vùng tai tạo hình.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả lâm sàng hàng loạt ca.

Tiến hành nghiên cứu: Phẫu thuật nâng vành tai được thực hiện sau phẫu thuật tạo hình khung sụn vành tai tối thiểu 4 - 6 tháng gồm các bước cơ bản sau:

- Thiết kế đường rạch nâng vành tai và hai vạt da (vạt da cân thái dương đỉnh và vạt da sau tai)

- Nâng vành tai: Khâu cố định trụ vành tai vào vùng thái dương – mỏm tiếp

+ Đặt sụn chêm vào đúng vị trí sau khung sụn vành tai

+ Che phủ da sau tai bằng hai vạt da: "vạt da cân thái dương đỉnh và vạt da sau tai"

*Bộ môn Tai Mũi Họng, ĐHYD TP.HCM

**Bộ môn PTTH Trường Đại học Y Hà Nội, khoa PTTH BVĐK.Xanh Pôn, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lý Xuân Quang

Email: xuanquangnt2001@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Theo dõi và đánh giá sau phẫu thuật: bệnh nhân được hẹn tái khám và theo dõi định kì mỗi tháng trong 3 tháng đầu, 6 tháng, 1 năm, mỗi năm từ năm thứ 2 trở đi. Mỗi lần tái khám bệnh nhân được đánh giá vùng phẫu thuật, đo độ nhô vành tai và so sánh độ nhô vành tai 2 bên.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Dựa trên tiêu chuẩn chọn mẫu và sự đồng thuận của bệnh nhân và gia đình, chúng tôi chọn được 39 trường hợp nâng vành tai bằng kĩ thuật 2 vạt da. Thời gian theo dõi trung bình 2,8 năm.

Tuổi bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu phân bố từ 6 – 34 tuổi, bệnh nhân trong độ tuổi 10 – 20 chiếm 46,15%. Trong nhóm nghiên cứu này có 25 nam và 14 nữ.

Về kết quả của nâng vành tai bằng kĩ thuật hai vạt chúng tôi đánh giá trên các tiêu chí: độ nhô vành tai theo thời gian cho kết quả sau:

❖ Độ nhô vành tai sau phẫu thuật theo thời gian và tương quan độ nhô vành tai 2 bên theo thời gian

Độ nhô vành tai được đánh giá qua góc vành tai – xương chũm (VT – XC) ở bên tai tạo hình có so sánh với tai đối bên cho kết quả như sau:

Bảng 1. Chênh lệch góc VT – XC hai bên tai

Chênh lệch Góc VT – XC hai bên tai	Sau PTNVT < 3 tháng		Sau PTNVT 6 – 8 tháng		Sau PTNVT > 12 tháng	
	n	%	n	%	n	%
≤ 10 ^o	31	79,48	14	35,89	17	43,58
10 ^o – 20 ^o	5	12,82	22	56,41	22	56,41
> 20 ^o	3	7,70	3	7,70	0	0

Nâng vành tai là bước quan trọng và không thể thiếu trong kĩ thuật tạo hình tai nhỏ từ sụn tự thân. Có nhiều tác giả thực hiện các kĩ thuật nâng vành tai khác nhau chủ yếu nhằm vào việc cải thiện độ nhô vành tai. Điều này cho thấy tầm quan trọng của độ nhô vành tai trong tạo hình tai nhỏ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi với kĩ thuật nâng vành tai kiểu hai vạt da có hiệu quả tăng độ nhô vành tai ổn định trong thời gian dài. Thời gian theo dõi dài nhất là 9 năm, ngắn nhất là 12 tháng và thời gian theo dõi trung bình là 2,8 năm. Khi so sánh độ nhô vành tai với tai đối bên sau phẫu thuật chúng tôi nhận thấy: độ nhô

vành tai ở thời điểm sau phẫu thuật < 3 tháng và thời điểm 6 – 8 tháng có sự thay đổi đáng kể và sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Khi so sánh thời điểm 6 – 8 tháng sau phẫu thuật và thời điểm 12 tháng độ nhô vành tai có sự thay đổi không đáng kể ($p > 0,05$). Khi so sánh với tác giả Nguyễn Thùy Linh [1] và Jeong-Hwan Choi [4], chúng tôi thu được bảng so sánh như sau: Đối với tác giả Nguyễn Thùy Linh, thời gian theo dõi sau phẫu thuật chỉ 3 tháng, ở thời điểm này, so sánh kết quả của chúng tôi và của tác giả Nguyễn Thùy Linh cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa ($p > 0,05$).

Bảng 2. So sánh độ chênh lệch góc VT-XC với nghiên cứu của Nguyễn Thùy Linh (ở thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật)

Chênh lệch góc VT – XC hai bên tai	Tốt (≤ 10 ^o)	Chấp nhận (10 – 20 ^o)	Kém (≥ 20 ^o)
Chúng tôi	31 (79,48%)	5 (12,82%)	3 (7,7%)
Nguyễn Thùy Linh [1]	24 (82,6%)	5 (11,4%)	0 (0,0%)

Trong nghiên cứu chúng tôi có 3 trường hợp bên tai bình thường có độ nhô hay góc VT – XC quá lớn (tai vênh), trong trường hợp này chúng tôi phải điều chỉnh giảm bớt độ nhô tai bên bình thường mà không cố gắng làm tăng độ nhô bên tai dị dạng

Đối với tác giả Jeong-Hwan Choi có thời gian theo dõi kéo dài gần tương đương với nghiên cứu chúng tôi thu được bảng so sánh như sau:

Bảng 3. So sánh độ chênh lệch góc VT-XC với nghiên cứu của Jeong-Hwan Choi (ở thời điểm > 6 tháng sau phẫu thuật)

Chênh lệch góc VT – XChai bên tai	Tốt (≤ 10 ^o)	Chấp nhận (10 – 20 ^o)	Kém (≥ 20 ^o)
Chúng tôi	14 (35,89%)	22 (56,41%)	3 (7,7%)
Jeong-Hwan Choi [4]	14 (30%)	26 (55%)	7 (15%)

Khi so sánh với kết quả tác giả Jeong – Hwan Choi, kết quả giữa 2 nghiên cứu khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Thời gian theo dõi của tác giả Jeong – Hwan Choi từ 1,5 – 10 năm và trong nghiên cứu của chúng tôi là từ 12 tháng – 9 năm.



Hình 2. Kết quả sau nâng vành tai kiểu 2 vạt da

A: vành tai bên bình thường, B: vành tai bên tạo hình "Nguồn: Lý Xuân Quang"

❖ **Biến chứng của kĩ thuật 2 vạt da dùng nâng vành tai**

Bảng 4. Biến chứng của kĩ thuật 2 vạt da dùng nâng vành tai

Biến chứng	Số trường hợp	Tỉ lệ
Liệt mặt	0	0
Tụ máu nơi lấy vạt	0	0
Phù nề quanh mắt bên tai tạo hình	6	15,38%
Hoại tử vạt da	0	0
Tóc thừa nơi lấy vạt da cân thái dương đỉnh	2	5,13%
Sẹo giãn nơi lấy vạt sau tai	4	10,26%

❖ **Về biến chứng khi tạo vạt da cân thái dương đỉnh và vạt da sau tai chúng tôi ghi nhận:**

- **Vạt da cân thái dương đỉnh:** Vị trí lấy vạt da cân thái dương đỉnh liên quan đến nhánh trán của thần kinh mặt vì vậy có thể xảy ra liệt nhánh thần kinh này khi lấy vạt. Tuy nhiên khi bóc tách đúng lớp, thao tác nhẹ nhàng thì có thể tránh được biến chứng này.

Do đặc điểm da đầu đàn hồi kém, để đóng da dễ dàng sau khi lấy vạt đòi hỏi phải bóc tách dưới da diện rộng chung quanh vùng lấy vạt vì vậy hay xuất hiện phù nề quanh vùng quanh ổ mắt sau mổ. Tuy nhiên tình trạng này trở về hoàn toàn bình thường sau 2 tuần.

Khi lấy vạt da cân thái dương đỉnh trong một số trường hợp đóng da khó khăn, làm vết mổ căng làm ảnh hưởng đến thời gian lành thương và đặc biệt là dễ có hiện tượng tóc thừa thậm chí mất tóc có thể xảy ra. Trong nghiên cứu chúng tôi có 2 trường hợp (5,13%) liền thương vùng thái dương kéo dài, gây thừa tóc vùng này.

- **Vạt da sau tai:** Tương tự như lấy vạt da cân thái dương đỉnh, khi lấy vạt da sau tai trong một số trường hợp lấy diện tích rộng làm cho đóng da khó khăn, làm vết mổ căng và ảnh hưởng đến thời gian lành thương và đặc biệt là hay gây sẹo giãn.

- **Hoại tử vạt da:** Trong tạo hình vành tai từ sụn sườn tự thân da che phủ có vai trò nuôi dưỡng khung sụn bên dưới tránh hiện tượng teo, biến dạng sụn do thiếu dưỡng làm ảnh hưởng đến hình dạng vành tai tạo hình. Trong nhóm nghiên cứu này chúng tôi sử dụng vạt da ngẫu nhiên sau tai có tỉ lệ chiều dài/chiều ngang phù hợp và vạt da cân thái dương đỉnh có cuốn nuôi là bó mạch thái dương nông cung cấp máu dồi dào. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có hoại tử vạt ngay cả hoại tử một phần.

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu của chúng tôi, kĩ thuật hai vạt da dùng nâng vành tai đạt được mục đích nâng độ nhô vành tai như mong muốn và ổn định trong thời gian dài với tỉ lệ sống của vạt cao và gần như không xảy ra tai biến hay biến chứng từ kĩ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thùy Linh (2015), "Đánh giá kết quả phẫu thuật nâng khung sụn - tạo hình rãnh sau tai trên bệnh nhân thiếu sản vành tai cấy sụn tạo hình", *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y HN.*
2. Brent, B. (1980), "The correction of microtia with autogenous cartilage grafts: II. Atypical and complex deformities", *Plast Reconstr Surg.* 66(1), 13-21.
3. Brent, B. (1992), "Auricular repair with autogenous rib cartilage grafts: two decades of experience with 600 cases", *Plast Reconstr Surg.* 90(3), 355-74; discussion 375-6.
4. Choi, Jeong-Hwan, et al. (2014), "Clinical Experience of Sturdy Elevation of the Reconstructed Auricle", *Archives of Craniofacial Surgery.* 15(1), 1-6.
5. Nagata, S. (1994), "Modification of the stages in total reconstruction of the auricle: Part IV. Ear elevation for the constructed auricle", *Plast Reconstr Surg.* 93(2), pp. 254-66; discussion 267-8.
6. Park, C., et al. (1988), "A new arterial flap from the postauricular surface: its anatomic basis and clinical application", *Plast Reconstr Surg.* 82(3), 498-505.
7. Weerda, Hilko (2007), "Anatomy of the external ear", *Surgery of the Auricle, Thieme Stuttgart, New York,* pp. 1-4.

CHẾ TẠO TẾ BÀO BẠCH CẦU TỪ VẬT LIỆU THAY THẾ, ĐÁNH GIÁ TÍNH ĐÁP ỨNG TIÊU CHUẨN ĐỐI VỚI MẪU KIỂM TRA CHẤT LƯỢNG XÉT NGHIỆM

Trần Hữu Tâm*

TÓM TẮT²²

Bạch cầu là một trong ba thành phần tế bào máu cần thực hiện trong xét nghiệm công thức máu, kết quả xét nghiệm bạch cầu góp phần quan trọng vào công tác chẩn đoán và điều trị, vì vậy cần phải thực hiện kiểm tra chất lượng xét nghiệm nhằm đảm bảo kết quả xét nghiệm tin cậy [1],[3],[4],[7]. Tuy nhiên, bạch cầu chỉ có thể tồn tại bên ngoài cơ thể người trong khoảng thời gian từ 6 - 9 ngày. Vì vậy, không thể sử dụng bạch cầu thật của người trong các mẫu kiểm tra chất lượng xét nghiệm nhằm đối chiếu hoặc làm chuẩn cho xét nghiệm phân tích công thức máu [5],[6]. Với mục đích tìm một vật liệu đạt độ ổn định và độ đồng nhất để thay thế bạch cầu trong kiểm tra chất lượng xét nghiệm công thức máu, nghiên cứu đã tìm được vật liệu thay thế gọi là "bạch cầu giả định", đã nghiên cứu và chứng minh được khả năng ổn định tối thiểu 90 ngày của vật liệu, cũng như tính đồng nhất, có thể sử dụng trong mẫu ngoại kiểm tra chất lượng xét nghiệm công thức máu.

Từ khóa: ngoại kiểm, bạch cầu giả định, công thức máu.

SUMMARY

CREATING WHITE BLOOD CELL BY MATERIAL, EVALUATE ITS COMFORMITY TO THE CRITERIA OF QUALITY CONTROL SAMPLE IN CLINICAL DIAGNOSIS

White blood cell is one of three kind blood cells that needs to be diagnosed in blood count test, the result of white blood cell contributes much important role in diagnosis and treatment, therefore we need to do the quality control so that the result keeps in quality assurance and reliability [1],[4]. However, the white blood cell is stable outside human body only 6 - 9 days. So, we can not use the human white blood cell as the quality control in clinical diagnosis as the comparison or standardization in blood count test. With the aim to find out the material that complies the stability and homogeneity to be used as the white blood cell in quality control of blood count test, the study created one material called "fake white blood cell", which are proved the ability of stability in minimum 90 days, also the homogeneity, so it can be used as external quality assessment sample in blood count test.

*Trung tâm Kiểm chuẩn Xét nghiệm TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Tâm

Email: trhuutam@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Key words: external quality assessment, fake white blood cell, blood count test.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bạch cầu là một trong ba thành phần tế bào máu cần thực hiện trong xét nghiệm công thức máu, số lượng tế bào bạch cầu trong máu người bình thường là $4-12 \times 10^9/L$, ở các dạng bệnh lý số lượng này có thể thay đổi từ 4G/L hoặc trên 12G/L. Kết quả xét nghiệm bạch cầu góp phần quan trọng vào công tác chẩn đoán và điều trị, vì vậy cần phải có một kết quả xét nghiệm tin cậy, được kiểm tra chất lượng đúng quy định [1],[3],[4],[7].

Tuy nhiên, bạch cầu chỉ có thể tồn tại bên ngoài cơ thể người trong khoảng thời gian từ 6 - 9 ngày. Vì vậy, không thể sử dụng bạch cầu thật của người trong các mẫu kiểm tra chất lượng xét nghiệm nhằm đối chiếu hoặc làm chuẩn cho xét nghiệm phân tích công thức máu [5],[6].

Đề tài này đã tiến hành nghiên cứu tìm vật liệu thay thế, đánh giá việc đáp ứng tiêu chí của mẫu so với các yêu cầu của mẫu kiểm tra chất lượng xét nghiệm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Tế bào bạch cầu sử dụng trong kiểm tra chất lượng công thức máu.

2.2. Phương pháp

-Sàng lọc, nghiên cứu vật liệu thay thế.

-Sử dụng phép kiểm t - test và F-test để đánh giá tiêu chuẩn của mẫu [2].

-Tính toán số liệu dựa trên phần mềm Excel 2010, Stata 10.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Khả năng bắt màu thuốc nhuộm Wright-Giemsa của vật liệu thay thế bạch cầu

Nghiên cứu đã tìm ra được vật liệu thay thế, gọi là "bạch cầu giả định", tiến hành nhuộm Wright-Giemsa, quan sát dưới kính hiển vi độ phóng đại X1000, kết quả ghi nhận "bạch cầu giả định" khá đồng đều và bắt màu đạt yêu cầu như bạch cầu thật.



Hình 1. Bạch cầu giả định sau khi nhuộm Wright-Giemsa, quan sát dưới kính hiển vi độ phóng đại X1000

3.2. Kết quả kiểm tra độ đồng nhất của bạch cầu giả định: Mẫu bạch cầu giả định trong dung dịch bảo quản (100ml) được trộn đều nhẹ nhàng và phân phối vào 50 lọ, mỗi lọ chứa 2ml, chia thành 2 lô (tương đương với 25 lọ/lô). Lấy ngẫu nhiên 10% mẫu trong mỗi lô (3 lọ), đo số lượng bạch cầu có trong mỗi lọ, thực hiện lặp lại 3 lần, tính trung bình, thu được kết quả theo bảng 1.

Bảng 1. Kết quả độ đồng nhất mẫu bạch cầu giả định

Lọ	Số lượng tiểu cầu ($10^9/L$)	
	Lô 1	Lô 2
1	5,82	5,60
2	5,61	5,56
3	5,72	5,52

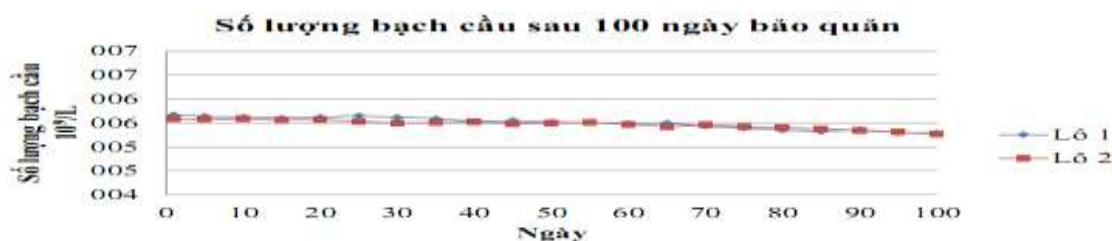
Để đánh giá độ đồng nhất của mẫu, sử dụng phương pháp kiểm định F và tính toán bằng phần mềm Excel. Giả thiết rằng $H_0: S_1^2 = S_2^2$ là 2 lô mẫu đồng nhất và $H_1:$ là 2 lô mẫu không đồng nhất (mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$), kết quả $F_{thực nghiệm} = 6,4606 < F_{lý thuyết} = 19$ nên chấp nhận giả thiết H_0 . Như vậy, số lượng bạch cầu giả định ở các lọ là đồng nhất.

3.3. Kết quả kiểm tra độ ổn định của tiểu cầu giả định: Song song với việc đánh giá độ đồng nhất của mẫu, nhóm nghiên cứu tiến hành

lấy ngẫu nhiên 1 lọ/lô/5 ngày để kiểm tra số lượng tiểu cầu trong 100 ngày (Bảng 2)

Bảng 2. Kết quả độ ổn định bạch cầu giả định trong 100 ngày bảo quản

Ngày kiểm tra	Số lượng tiểu cầu ($10^9/L$)	
	Lô 1	Lô 2
1	5,67	5,59
5	5,64	5,58
10	5,62	5,59
15	5,60	5,56
20	5,62	5,57
25	5,65	5,53
30	5,62	5,50
35	5,59	5,51
40	5,53	5,52
45	5,55	5,48
50	5,52	5,50
55	5,51	5,51
60	5,49	5,47
65	5,50	5,42
70	5,43	5,46
75	5,39	5,42
80	5,35	5,40
85	5,32	5,37
90	5,36	5,34
95	5,30	5,31
100	5,29	5,27



Hình 1. Độ ổn định tế bào bạch cầu giả định trong 100 ngày bảo quản

Số lượng bạch cầu giả định sau 100 ngày vẫn không thay đổi nhiều so với ngày đầu tiên. Sử dụng phương pháp kiểm định t để đánh giá độ ổn định của mẫu tiểu cầu giả định sau 100 ngày bảo quản cho thấy: giả thiết rằng $H_0: \mu_1 = \mu_2$ là 2 lô mẫu có nồng độ ổn định và $H_1: \mu_1 \neq \mu_2$ là 2 lô mẫu có nồng độ không ổn định (mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$), kết quả thu được từ kiểm định là $t_{thực$

$t_{thực nghiệm} = 0,9114 < t_{lý thuyết} = 2,0262$ nên chấp nhận giả thiết H_0 . Như vậy, số lượng bạch cầu giả định vẫn ổn định trong thời gian bảo quản 100 ngày (tương đương 3 tháng 10 ngày) với số lượng dao động từ $5,27 - 5,67 \times 10^9/L$. Số liệu này có ý nghĩa thống kê với $\alpha = 0,05$.

IV. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

4.1. Kết luận: Đã tìm được vật liệu chế tạo bạch cầu giả định, đáp ứng được độ đồng nhất và độ ổn định đối với một mẫu dùng trong kiểm tra chất lượng xét nghiệm.

4.2. Kiến nghị: Kéo dài thêm thời gian thử nghiệm độ ổn định nhằm mục đích xác định thời gian tối đa mà bạch cầu giả định có thể ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Bé (1989)**, *Thực hành huyết học và truyền máu*, NXB Y học, TP.HCM.
 2. **Tô Anh Dũng (2007)**, *Lý thuyết xác suất và thống kê toán*, Trường ĐH Khoa học Tự nhiên - Đại học Quốc gia TP Hồ Chí Minh.

3. **Trần Hữu Tâm (2017)**, *Kỹ thuật y học chuyên ngành xét nghiệm*, NXB Y học, Hà Nội.
 4. **Trần Hữu Tâm (2015)**, *Ngoại kiểm tra chất lượng xét nghiệm – Tái bản lần 1*, NXB Y học, TP.HCM.
 5. **Martin Graham (2005)**, *Principle of automated blood cell counters, in the Science of laboratory diagnosis*, John Crocker & David Burnett, Editors. John Wiley & Sons. p. 267-272
 6. **Turgeon Mary Louise (2005)**, *Clinical hematology: theory and procedures*, Lippincott Williams & Wilkins.
 7. **WHO**, *Quality Assurance in Haematology*, WHO/LAB/98.4, World Health Organization, Geneva.

**NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN
 TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 87, BỆNH VIỆN QUÂN Y 103
 VÀ BỆNH VIỆN TWQĐ108 NĂM 2016**

Đinh Vạn Trung*, Kiều Chí Thành**

TÓM TẮT²³

Mục tiêu: Nghiên cứu tỷ lệ 4 loại NKBV chủ yếu (nhiễm khuẩn vết mổ, nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi bệnh viện, nhiễm khuẩn tiết niệu). **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 943 bệnh nhân tại 3 bệnh viện quân đội: Bệnh viện quân y 87, Bệnh viện quân y 103, Bệnh viện TWQĐ 108, tháng 7 năm 2016. **Kết quả:** Tỷ lệ NKBV chung của cả 3 bệnh viện quân đội là 4,03%. Trong đó, Bệnh viện QY 87 là 11,66%, Bệnh viện QY 103 là 4,51% và Bệnh viện TWQĐ 108 là 1,83%. Tỷ lệ NKVM tại BVQY87 là 6,66%, tại BVQY103 là 2,50%, tại BVTWQĐ 108 là 0,2%. Tỷ lệ NKH của 3 BV lần lượt là 0,83%, 1,20% và 0%. Tỷ lệ VPBV là 0,83%, 0,90% và 1,00%. Tỷ lệ NKTN là 1,66%, 2,41% và 0,40%. Những yếu tố nguy cơ như loại phẫu thuật (mở, nội soi), đặt sonde tiểu, catheter... có ảnh hưởng tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện ở cả 3 bệnh viện. **Kết luận:** Trong 4 loại NKBV nghiên cứu, tỷ lệ NKVM chiếm cao nhất. Các yếu tố nguy cơ của NKBV gồm: mổ mổ, có can thiệp các thủ thuật: đặt sonde tiểu, đặt catheter, đặt nội khí quản, thở máy...

Từ khóa: Nhiễm khuẩn bệnh viện, nhiễm khuẩn vết mổ, nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi bệnh viện, nhiễm khuẩn tiết niệu.

SUMMARY

**Bệnh viện TW Quân đội 108*
 ***Bệnh viện QY 103*
 Chịu trách nhiệm chính: Đinh Vạn Trung
 Email:
 Ngày nhận bài:
 Ngày phản biện khoa học:
 Ngày duyệt bài:

**STUDY ON NOSOCOMIAL INFECTION SITUATION
 AT 87 MILITARY HOSPITAL, 103 MILITARY
 HOSPITAL AND 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL**

Objective: Study on the rate of four types of Nosocomial infection (HAIs): Surgical site infection (SSI), Blood System infection (BSI), Ventilation Pneumonia (VP), Urinary tract infections(UTI). **Methods:** A cross-sectional study was conducted of 943 patients in three hospitals: 87 Military Hospital, 103 Military Hospital and 108 Military Central Hospital in July 2016. **Results:** the total HAIs rate of all three military hospitals was 4.03%. Of which, 87 Military Hospital is 11.66%, 103 Military Hospital is 4.51% and 108 Military Central Hospital is 1.83%. Incidence of SSI at 87 Military Hospital was 6.66%, 103 Military Hospital was 2.50% and 108 Military Central Hospital was 0.2%. The rate of BSI of 3 Hospitals was 0.83%, 1.20% and 0%. The rate of VP was 0.83%, 0.90% and 1.00%. The rate of UTI was 1.66%, 2.41% and 0.40%. The rate of SSI is highest; Risk factors such as surgery (open, endoscopic), drains of urinary tract, catheter in vent, artery... have affected the rate of nosocomial infections in all three hospitals.

Keywords: nosocomial infection, surgical site infection, blood system infection, ventilation pneumonia, urinary tract infection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) là hậu quả không mong muốn trong quá trình khám chữa bệnh. Được hiểu là những nhiễm khuẩn mắc phải trong thời gian người bệnh (NB) nằm viện. Biểu hiện 48h sau khi nhập viện và không hiện diện tại thời điểm NB nhập viện. NKBV làm kéo dài thời gian nằm viện, tăng nguy cơ tử vong, tăng tỷ lệ đề kháng kháng sinh và chi phí điều trị.

Thực tế trong vài năm trở lại đây, NKBV là một trong những vấn đề thách thức và được sự quan tâm của Bộ y tế. Có rất nhiều những hội thảo, nghiên cứu, tập huấn trong cả nước nhằm mục tiêu làm giảm tỷ lệ NKBV. Trong hệ thống các bệnh viện Quân đội, Cục Quân y đã phối hợp với DoD-PEPFAR về tăng cường các hoạt động kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện trong tất cả các bệnh viện Quân đội. Chính vì vậy việc điều tra NKBV là một công việc cần thiết và quan trọng nhằm đánh giá được tỷ lệ NKBV tại các bệnh viện, làm cơ sở so sánh chất lượng bệnh viện, đưa ra các biện pháp can thiệp kịp thời góp phần nâng cao chất lượng khám chữa bệnh. Đồng thời giáo dục và nâng cao nhận thức của nhân viên y tế (NVYT) về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong quá trình thực hành khám chữa bệnh. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Xác định tỷ lệ các loại NKBV: nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM), nhiễm khuẩn huyết (NKH), viêm phổi bệnh viện (VPBV), nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN)) tại 3 bệnh viện quân đội và xác định các yếu tố liên quan tới NKBV.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố theo giới tính và bệnh viện

Bệnh viện	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Bệnh viện QY 87	84	13.8	36	10.8	120	12.7
Bệnh viện QY103	188	30.8	144	43.4	332	35.2
Bệnh viện TWQĐ 108	339	55.5	152	45.8	491	52.1
Tổng	611	64.8	332	35.2	943	100.0

Nhận xét: Do đặc điểm điều tra tại các bệnh viện quân đội nên tỷ lệ người bệnh là nam giới chiếm tỷ lệ khá cao (64,8%) gần gấp đôi số người bệnh là nữ (35,2%).

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và bệnh viện

Bệnh viện	Tuổi	
	X ± SD	Min - Max
Bệnh viện QY 87	37 ± 16.4	12 - 81
Bệnh viện QY103	62.5 ± 16.3	12 - 93
Bệnh viện TWQĐ 108	54.3 ± 19.3	5 - 94
Chung	54.5 ± 19.6	5 - 94

Nhận xét: Có sự khác biệt rõ rệt về phân bố nhóm tuổi ở 3 bệnh viện, trong khi BVQY 87 có nhóm tuổi trung bình khá trẻ (37 ± 16.4) thì BVQY 103 có nhóm tuổi trung bình khá cao (62.5 ± 16.3), BVTWQĐ 108 là 54.3 ± 19.3. Các bệnh viện tuyến cuối thường điều trị chủ yếu người bệnh BHYT, tuổi cao, bệnh nặng như tim mạch, huyết áp, tiểu đường.

Bảng 3. Phân bố tỷ lệ bệnh nhân phẫu thuật mắc NKVM theo các bệnh viện

Bệnh viện	Nhiễm khuẩn vết mổ		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	
Bệnh viện QY 87 (n= 120)	8	6,66	p _{1.2} < 0,05 p _{1.3} < 0,05 p _{2.3} < 0,05
Bệnh viện QY 103 (n=65)	0	2.50	
Bệnh viện TWQĐ108 (n=98)	1	1,02	
Tổng (n=283)	9	3,18	

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 943 bệnh nhân tại 3 bệnh viện: Bệnh viện quân y 87, Bệnh viện quân y 103 và Bệnh viện TWQĐ 108, trong thời gian tháng 7 năm 2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân có thời gian nhập viện >48h, không có dấu hiệu nhiễm khuẩn tại thời điểm nhập viện.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có thời gian nhập viện <48h. Có dấu hiệu nhiễm khuẩn khi nhập viện. Bệnh nhân bị NKBV ở tuyến dưới hoặc bệnh viện khác chuyển đến.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Công cụ nghiên cứu: Phiếu điều tra NKBV của Cục Quân y dựa vào bệnh án của bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, kết hợp với thăm khám trực tiếp. Tiêu chuẩn chẩn đoán NKVM, NKH, VPBV, NKTN của CDC để chẩn đoán quyết định. Kết hợp với chẩn đoán của bác sỹ điều trị.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/7/2016 đến 30/7/2016.

2.3. Xử lý số liệu: Bảng phần mềm Epi data 6.04 và SPSS 15.0

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ của các bệnh viện có sự khác nhau rõ rệt ($p < 0,05$). Tính trung bình chỉ 3,18% trong số bệnh nhân được điều tra.

Bảng 4: Tỷ lệ chung NKBV theo bệnh viện

	Số BN NKVM	Số BN NKH	Số BN VPBV	Số BN NKTN	Tổng	
					Số BN	%
Bệnh viện QY 87 (n=120)	8	1	1	2	14	11,66
Bệnh viện QY 103 (n=332)	2	4	3	8	15	4,51
Bệnh viện TWQĐ108 (n=491)	2	0	6	2	10	1,83
Tổng (n=943)	9	5	10	12	38	4,03

Nhận xét: Bệnh viện QY 87 có tỷ lệ chung 4 loại NKBV cao nhất (11,66%). Tiếp đó tới Bệnh viện QY 103 (4,51%). Thấp nhất là Bệnh viện TWQĐ 108 (1,83%).

Bảng 5: Tỷ lệ loại NKBV tại Bệnh viện quân y 87

Loại NKBV	Số người mắc	Tỷ lệ (%)
NKVM (n=120)	8	6,66
NKH (n=120)	1	0,83
VPBV (n=120)	1	0,83
NKTN (n=120)	2	1,66
Tổng (n=120)	12	11,66

Nhận xét: NKVM có tỷ lệ cao nhất tại Bệnh viện QY 87 (6,66%), tiếp theo là tỷ lệ NKH và VPBV chỉ có 0,83%. Tỷ lệ NKTN là 1,66%.

Bảng 6: Tỷ lệ loại NKBV tại Bệnh viện Quân y 103

Loại NKBV	Số người mắc	Tỷ lệ (%)
NKVM (n=332)	6	2,50
NKH (n=332)	4	1,20
VPBV (n=332)	3	0,90
NKTN (n=332)	8	2,41
Tổng (n=332)	15	4,51

Nhận xét: NKTN do đặt sonde tiểu chiếm tỷ lệ cao nhất tại Bệnh viện QY 103 (2,41%), tiếp đó là NKH (1,2%) và NKTN (2,4%). VPBV có tỷ lệ thấp nhất (0,9%).

Bảng 7: Tỷ lệ loại NKBV tại Bệnh viện TWQĐ 108

Loại NKBV	Số người mắc	Tỷ lệ (%)
NKVM (n=491)	1	0,20
NKH (n=491)	0	0
VPBV (n=491)	5	1,00
NKTN (n=491)	2	0,40
Tổng (n=491)	9	1,83

Nhận xét: NKVM chiếm tỷ lệ cao nhất tại Bệnh viện TWQĐ 108 (0,2%). NKH, VPBV, NKTN chiếm tỷ lệ rất thấp, không có ca nào bị nhiễm khuẩn huyết trong giai đoạn điều tra.

Bảng 8: Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan tới tình trạng nhiễm khuẩn.

Yếu tố liên quan	Không NKVM		Có NKBV	
	n	%	n	%
Cấp cứu (n=40)	35	87,5	5	12,5
Phẫu thuật (n=283)	276	91,2	9	3,18

Mổ mở (n=217)	210	96,42	7	3,58
Sonde tiết niệu (n=178)	166	93,26	12	6,74
Catheter (n=55)	50	89,37	5	10,63
Thở máy (n=65)	55	81,82	10	18,18

Nhận xét: Phân tích các yếu tố liên quan cho thấy tỷ lệ NKBV gia tăng khi có các nguy cơ như phẫu thuật hở, đặt sonde tiết niệu làm gia tăng NKTN, khi đặt catheter làm gia tăng nguy cơ nhiễm khuẩn huyết.

IV. BÀN LUẬN

- Về tỷ lệ chung của 4 loại NKBV chủ yếu là 4,03%: Tỷ lệ NKBV có sự chênh lệch đáng kể giữa các bệnh viện. Cao nhất là Bệnh viện QY 87 với tỷ lệ NKBV là 11,66%, Bệnh viện QY 103 là 4,51%. Bệnh viện TWQĐ 108 tỷ lệ NKBV là 1,83%, thấp nhất trong 3 bệnh viện. Sự chênh lệch này cho thấy hệ thống kiểm soát nhiễm khuẩn của Bệnh viện TWQĐ 108 đã hoạt động rất tốt, các quy trình về kiểm soát nhiễm khuẩn được giám sát chặt chẽ hơn. Trong khi đó tại Bệnh viện QY 87, điều kiện trang bị phòng mổ, phòng điều trị còn nhiều khó khăn.

- Tỷ lệ từng loại NKBV: Trong 4 loại NKBV nghiên cứu thì tỷ lệ NKVM chiếm cao nhất. Tỷ lệ lần lượt tại Bệnh viện QY 87 (6,66%), Bệnh viện QY 103 (2,50%) và Bệnh viện TWQĐ 108 (0,2%). Trong đó Bệnh viện QY 87 cần chú trọng công tác dự phòng nhiễm khuẩn trong phẫu thuật (vệ sinh tay, chăm sóc BN trước và sau mổ). Tỷ lệ NKTN cao nhất tại Bệnh viện QY 103 (2,41%), 2 bệnh viện còn lại là Bệnh viện QY 87 (1,66%) và Bệnh viện TWQĐ 108 (0,04%). Tỷ lệ NKH cao tại Bệnh viện QY 103 chủ yếu là nhóm bệnh nhân lấy tại khoa truyền nhiễm và can thiệp tim mạch (1,20%). Tỷ lệ VPBV tương tự nhau tại cả 3 bệnh viện (xấp xỉ khoảng 1% tổng số người bệnh điều tra. Tuy nhiên, nếu chỉ tính riêng nhóm người bệnh có thở máy thì tỷ lệ này là 18,18%.

- Khảo sát các yếu tố nguy cơ, chúng tôi thấy tỷ lệ NKVM chung sau phẫu thuật là 3,18% trong đó mổ mở là 3,58%. Đặt sonde tiết niệu, tỷ lệ NKTN là 6,74%. Đặt catheter, tỷ lệ NKH là 10,63%. Thở máy, tỷ lệ VPBV là 18,18%.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ NKBV chung của cả 3 bệnh viện quân đội là 4,03%. Có sự chênh lệch đáng kể giữa các bệnh viện: Bệnh viện QY 87 với tỷ lệ NKBV là 11,66%, Bệnh viện QY 103 là 4,51%. Bệnh viện TWQĐ 108 là 1,83%.

- Tỷ lệ NKVM tại BVQY87 là 6,66%, tại BVQY103 là 2,50%, tại BVTWQĐ108 là 0,2%. Tỷ lệ NKH của 3 BV lần lượt là 0,83%, 1,20% và 0%. Tỷ lệ VPBV là 0,83%, 0,90% và 1,00%. Tỷ lệ NKTN là 1,66%, 2,41% và 0,40%.

- Những yếu tố nguy cơ như loại phẫu thuật (mở, nội soi), đặt sonde tiểu, catheter...có ảnh hưởng tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện ở cả 03 bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2003). *Tài liệu hướng dẫn Quy trình chống nhiễm khuẩn bệnh viện*. Tập I; Nhà xuất bản Y học; 2003.
2. Lưu Thị Kim Thanh (1998): *Nghiên cứu căn nguyên vi khuẩn và một số yếu tố liên quan đến NKVM bệnh viện tại Bệnh viện 103 và Bệnh viện đa khoa Hà Đông* Luận án Tiến sĩ Y học - Học viện quân y
3. CDC Guideline (2002): *CDC definitions for nosocomial infection*, American J infec control vol 16, p28-40
4. WHO (2002): *Prevention of common endemic nosocomial infection*, World health organisation 2002, p38-40
5. WHO (2007). *Guideline for Isolation Precaution: Preventing Transmission of Infection Agent in Health care settings*, p20-27.

ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU MỐI LIÊN QUAN CỦA CÁC THÔNG SỐ TINH DỊCH VÀ TIỀN SỬ CAN THIỆP TINH HOÀN ĐẾN SỰ CÓ MẶT CỦA KHÁNG THỂ KHÁNG TINH TRÙNG

Nguyễn Mạnh Hà¹, Vy Thị Thuý Hằng²

Từ khóa: kháng thể kháng tinh trùng, tinh trùng, tinh dịch, độ quán, test sperm MAR IgG, MAR IgA

SUMMARY

CORRELATION OF SEMINAL PARAMETERS AND SURGICAL TESTICULAR HISTORY TO ANTI-SPERM ANTIBODIES

Seminal antisperm antibodies have been associated with male infertility and a reduced probability of achieving a spontaneous pregnancy. The aim of this study was to assess the correlation of seminal parameters and surgical testicular history to antisperm antibodies. Semen samples from 200 patients in Hanoi Medical University Hospital were examined semen parameters (WHO-2010), anti-sperm antibodies (direct sperm MAR IgG and MAR IgA) and clinical history. We found that liquefaction, viscosity, sperm concentration, sperm immobility, and testicular history have been associated with anti-sperm antibodies. The adjusted odds ratio (OR) of having anti-sperm antibodies based on abnormal viscosity was 41.52 compared with normal viscosity samples. OR of having anti-sperm antibodies based on surgical testicular history was 10.14 compared with normal history. There were significant differences in sperm concentration and sperm immobility in anti-sperm antibodies positive and negative semen samples. There were no correlations of sperm progressive mobility, morphology, and vitality with anti-sperm antibodies.

Keywords: anti-sperm antibodies, viscosity, sperm, semen, sperm MAR IgG, MAR IgA.

TÓM TẮT²⁴

Kháng thể kháng tinh trùng là một trong những nguyên nhân gây vô sinh nam. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá một số các yếu tố liên quan đến sự có mặt của kháng thể kháng tinh trùng trong tinh dịch. 200 bệnh nhân xét nghiệm tinh dịch tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã được lấy mẫu tinh dịch để phân tích các thông số theo tiêu chuẩn của WHO-2010 và phát hiện kháng thể kháng tinh trùng bằng test sperm MAR IgG và MAR IgA trực tiếp. Thời gian ly giải, độ quán, mật độ, tỉ lệ tinh trùng không di động, tiền sử can thiệp vào tinh hoàn có tương quan với sự xuất hiện của kháng thể kháng tinh trùng. Mẫu có độ quán bất thường có nguy cơ xuất hiện kháng thể kháng tinh trùng cao gấp 41,52 lần so với nhóm mẫu có độ quán bình thường; Nhóm có tiền sử tổn thương hay can thiệp vào tinh hoàn có nguy cơ xuất hiện kháng thể kháng tinh trùng cao gấp 10,14 lần so với nhóm không có tiền sử tổn thương; Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mật độ và tỉ lệ tinh trùng không di động giữa nhóm có và không có kháng thể kháng tinh trùng. Không thấy mối liên quan giữa tỉ lệ di động tiến tới, hình thái, tỉ lệ sống chết với sự xuất hiện của kháng thể kháng tinh trùng.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Hà

Email: hamanhnguyen@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tinh trùng trong điều kiện bình thường được ngăn cách với máu bởi hàng rào máu - tinh hoàn. Cơ sở cấu trúc của hàng rào này là những mối liên kết dai bịt giữa các tế bào Sertoli. Hàng rào này ngăn cản không cho tinh trùng và các sản phẩm thoái hóa của nó đi vào trong cơ thể, tách biệt môi trường ống dẫn tinh và máu, do đó tinh trùng trưởng thành hoàn toàn tách biệt với môi trường miễn dịch, đảm bảo cho hoạt động sinh tinh diễn ra bình thường. Vì nguyên nhân nào đó gây tổn thương hàng rào máu - tinh hoàn làm cho tinh trùng và các sản phẩm thoái hóa của nó xuất hiện trong máu sẽ khởi phát hệ thống miễn dịch sinh ra kháng thể kháng tinh trùng. Một số nguyên nhân có thể làm xuất hiện kháng thể kháng tinh trùng như: thắt ống dẫn tinh; tắc ống dẫn tinh bẩm sinh hay mắc phải; sinh thiết tinh hoàn, chấn thương tinh hoàn, viêm tinh hoàn; nhiễm khuẩn đường sinh dục.

Kháng thể kháng tinh trùng có thể ảnh hưởng đến sinh sản bằng cách làm giảm khả năng vận động hoặc tăng số lượng tinh trùng không hoạt động, tác động đến sự xâm nhập của tinh trùng qua dịch nhầy cổ tử cung, làm biến đổi tiềm năng và phản ứng cực đầu, can thiệp vào phản ứng giữa tinh trùng và noãn. Kháng thể kháng tinh trùng được phân làm hai loại: kháng thể bất động tinh trùng (immobilizing-cell toxic) và kháng thể ngưng kết tinh trùng (agglutinating antibody). Phần lớn IgG và IgM được tìm thấy trong huyết thanh, trong khi IgA có mặt trong đường sinh dục. Trên thực nghiệm, IgA có tác động đến sinh sản khi nó hiện diện trên màng của đầu tinh trùng. Nếu IgM có ở đầu và đuôi tinh trùng, cũng là nguyên nhân làm giảm thụ thai. Có nhiều kỹ thuật xác định các Immunoglobulin kháng tinh trùng: kỹ thuật ngưng kết tinh trùng, kỹ thuật kháng globulin trực tiếp dùng I125, kỹ thuật ELISA (Enzyme – linked Immuno sorbent assay), kỹ thuật gắn hạt miễn dịch và kỹ thuật miễn dịch huỳnh quang gián tiếp. Bằng kỹ thuật miễn dịch huỳnh quang và kỹ thuật gắn hạt miễn dịch đã phát hiện được 3 loại Immunoglobulin chính là IgG, IgM, IgA chống lại kháng nguyên tinh trùng. Hiện tại, phương pháp đơn giản và đặc hiệu để xác định các kháng thể kháng tinh trùng trong tinh dịch là xét nghiệm MAR (Mixed antiglobulin reaction) theo cơ chế tinh trùng ngưng kết với hồng cầu cừu trong huyết thanh do sự hiện diện của IgG và IgA.

Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đề cập đến các yếu tố liên quan và tiên lượng đến khả

năng có kháng thể kháng tinh trùng trong tinh dịch, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm đánh giá sự liên quan giữa các thông số tinh dịch và tiền sử can thiệp hoặc bệnh lý tinh hoàn đến khả năng xuất hiện của kháng thể kháng tinh trùng trong tinh dịch.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 200 mẫu tinh dịch của người chồng trong những cặp vợ chồng vô sinh đến làm xét nghiệm tinh dịch đồ tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản và công nghệ mô ghép, bệnh viện đại học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả những mẫu tinh dịch bình thường và mẫu bất thường (theo tiêu chuẩn của WHO năm 2010) của người chồng trong độ tuổi 18 đến 50 tuổi đến làm xét nghiệm.

Tiêu chuẩn loại trừ: vô tinh và các mẫu tinh dịch có tỉ lệ tinh trùng di động <10%.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 200 mẫu tinh dịch của người chồng trong những cặp vợ chồng vô sinh. Thời gian thực hiện: Từ tháng 10/2014 đến tháng 8/2016. Cách lấy mẫu và phân tích các thông số tinh dịch được thực hiện theo tiêu chuẩn WHO-2010 [1].

Kỹ thuật phát hiện kháng thể kháng tinh trùng bằng test sperm MAR IgG và MAR IgA trực tiếp: Dung dịch chứa hạt miễn dịch được trộn đều trước khi dùng để cung cấp một hệ thống dịch treo đồng nhất. Để thuốc thử và mẫu tinh dịch cân bằng ở nhiệt độ phòng. Trên lam kính nhỏ 10µl tinh dịch tươi. Sau đó nhỏ tiếp 10µl hạt nhựa Sperm MAR IgG hoặc sperm MAR IgA. Dùng đũa thủy tinh đầu tù trộn đều mẫu và thuốc thử 5 lần, sau đó nhỏ tiếp 10µl kháng huyết thanh kháng IgG hoặc IgA người lên mẫu hỗn hợp trên và trộn đều bằng đũa thủy tinh đầu tù. Đặt lam kính trong 3 phút ở nhiệt độ phòng trong điều kiện ẩm.

Đọc kết quả sau 3 phút và kiểm tra lại sau 10 phút. Chỉ đếm tinh trùng di động và xác định tỷ lệ % tinh trùng di động có hạt nhựa gắn lên. Không đếm loại gắn lên chóp đuôi. Đếm 100 tinh trùng di động trên mỗi tiêu bản. Nếu ≥ 40% tinh trùng di động bị gắn kết với hạt nhựa sau 3 phút tức là có kháng thể kháng tinh trùng trong tinh dịch, không cần kiểm tra lại. Nếu 10-39% tinh trùng bị gắn kết với hạt nhựa sau 3 phút nghi ngờ có kháng thể kháng tinh trùng trong tinh dịch, kiểm tra lại kết quả sau 10 phút. Nếu tinh trùng bị bất động ở thời điểm 10 phút, lấy giá trị khảo sát ở thời điểm 3 phút làm kết quả xét nghiệm.

Phương pháp phân tích xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý theo phần mềm SPSS 16.0. Sử

dụng các phương pháp tính giá trị trung bình, phương sai, phân tích phương sai One-Way ANOVA, so sánh từng cặp bằng Post-Hoc test.

3. Đạo đức nghiên cứu: Phiếu thu thập thông tin đảm bảo tuyệt đối bí mật thông tin cho bệnh nhân, các mẫu tinh dịch được huỷ bỏ sau nghiên cứu. Các thông tin hoàn toàn được mã hóa và giữ bí mật, chỉ phục vụ cho nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Trong 200 mẫu nghiên cứu của chúng tôi có 17 mẫu dương tính với kháng thể kháng tinh

trùng. Thời gian ly giải của mẫu ≥ 1 giờ có nguy cơ xuất hiện kháng thể kháng tinh trùng cao gấp 8,05 lần nhóm mẫu có thời gian ly giải dưới 1 giờ với độ tin cậy CI95%. Khi xem xét độ quánh của các mẫu tinh dịch nghiên cứu với sự xuất hiện của kháng thể kháng tinh trùng chúng tôi thấy những mẫu có độ quánh bất thường có nguy cơ xuất hiện kháng thể kháng tinh trùng cao gấp 41,52 lần so với nhóm mẫu có độ quánh bình thường với độ tin cậy CI95% (bảng 1).

Bảng 1. Môi liên quan giữa thể tích, thời gian ly giải, độ quánh và sự xuất hiện kháng thể kháng tinh trùng (KTKTT)

Thể tích	< 1,5 ml	$\geq 1,5$ ml	OR	CI95%
KTKTT (+)	2	15	1,49	0,151-7,452
KTKTT (-)	15	168		
Thời gian ly giải	≥ 1 h	< 1h	8,05	1,793– 31,713
KTKTT (+)	5	12		
KTKTT (-)	9	174		
Độ quánh	Bất thường	Bình thường	41,52	10,603-173,796
KTKTT (+)	12	5		
KTKTT (-)	10	173		

Bảng 2 cho thấy nhóm có kháng thể kháng tinh trùng có mật độ tinh trùng và tỷ lệ tinh trùng không di động thấp hơn so với nhóm không kháng thể kháng tinh trùng ($p < 0,05$). Hình thái tinh trùng bình thường ở nhóm có kháng thể kháng tinh trùng và nhóm không có kháng thể kháng tinh trùng tương đương nhau với tỷ lệ lần lượt là 4,41% và 5,79%. Tỷ lệ tinh trùng sống, tỷ lệ tinh trùng di động tiến tới, di động tại chỗ ở mẫu có kháng thể kháng tinh trùng và mẫu không có kháng thể kháng tinh trùng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (bảng 2).

Bảng 2. So sánh mật độ, hình thái, tỉ lệ sống, độ di động giữa nhóm dương tính và âm tính với kháng thể kháng tinh trùng

Thông số	Kháng thể kháng tinh trùng	Giá trị trung bình (X \pm SD)	P
Mật độ (triệu/ml)	(+)	32,76 \pm 21,47	0,040
	(-)	57,77 \pm 49,47	
Hình thái (%)	(+)	4,41 \pm 2,45	0,071
	(-)	5,79 \pm 3,05	
Tỉ lệ sống (%)	(+)	79,29 \pm 12,32	0,37
	(-)	79,25 \pm 8,68	
Di động tiến tới (%)	(+)	34,59 \pm 10,41	0,061
	(-)	42,45 \pm 16,45	
Di động tại chỗ (%)	(+)	12,0 \pm 6,6	0,239
	(-)	13,7 \pm 5,6	
Không di động (%)	(+)	51,88 \pm 13,39	0,044
	(-)	43,98 \pm 15,55	

Ở nhóm có kháng thể kháng tinh trùng có 12 bệnh nhân có tiền sử bị quai bị, viêm sinh dục và sinh thiết tinh hoàn chiếm 70,59% (58,82% và 11,77%). Ngược lại, trong nhóm không có kháng thể kháng tinh trùng thì tỷ lệ này chỉ chiếm 19,13%, đa số các bệnh nhân không có tổn thương hoặc can thiệp trước đó vào tinh hoàn. Đặc biệt chúng tôi chưa gặp bệnh nhân nào đã từng thắt và nối ống dẫn tinh (bảng 3).

Bảng 3. Tiền sử can thiệp vào tinh hoàn của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Kháng thể kháng tinh trùng (-)		Kháng thể kháng tinh trùng (+)	
	n	%	n	%
Không có tổn thương, can	148	80,87	5	29,41

thiệt vào tinh hoàn				
Quai bị và viêm sinh dục	35	19,13	10	58,82
Sinh thiết tinh hoàn	0	0	2	11,77
Tổng	183	100	17	100

Khai thác tiền sử bệnh nhân chúng tôi chia làm 2 nhóm là có tiền sử tổn thương, can thiệp vào tinh hoàn và nhóm không có tiền sử tổn thương hay can thiệp vào tinh hoàn. Nhóm có tiền sử tổn thương hay can thiệp vào tinh hoàn có nguy cơ xuất hiện kháng thể kháng tinh trùng cao gấp 10,14 lần so với nhóm không có tiền sử tổn thương với độ tin cậy CI 95% (bảng 4).

Bảng 4. Mối liên quan giữa tiền sử tổn thương tinh hoàn với sự xuất hiện kháng thể kháng tinh trùng

Tiền sử	Có tổn thương	Không có tổn thương	OR	CI95%
Kháng thể kháng tinh trùng (+)	12	5	10,14	3,038-38,614
Kháng thể kháng tinh trùng (-)	35	148		

IV. BÀN LUẬN

Nguy cơ xuất hiện kháng thể kháng tinh trùng ở mẫu có thời gian ly giải bất thường và độ quán bất thường cao gấp 8,05 và 41,52 lần (bảng 1). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Al-Dujaily và cộng sự (2012) là thời gian ly giải mẫu tinh dịch càng tăng thì khả năng phát hiện kháng thể kháng tinh trùng trong tinh dịch càng lớn. Các tinh trùng mang kháng thể trong tinh dịch thường có xu hướng co cụm, kết dính vào nhau nhiều hơn so với các mẫu tinh dịch bình thường do đó cũng đòi hỏi thời gian ly giải nhiều hơn mẫu tinh dịch không có kháng thể. Sự xuất hiện của kháng thể kháng tinh trùng ức chế fibrinolytic enzym, chính enzym này tham gia vào hóa lỏng tinh trùng chính vì vậy mà thời gian hóa lỏng của tinh dịch có kháng thể kháng tinh trùng dài ra và độ quán tăng [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mật độ tinh trùng của nhóm có kháng thể kháng tinh trùng thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có kháng thể kháng tinh trùng (32,76 triệu/ml và 57,77 triệu/ml), chứng tỏ rằng kháng thể kháng tinh trùng có ảnh hưởng đến mật độ tinh trùng. Trong một nghiên cứu phân tích tổng hợp của Cui và cộng sự (2015) khi nghiên cứu về ảnh hưởng của kháng thể kháng tinh trùng lên các thông số tinh dịch đờ cũng có kết luận tương tự [3]. Kháng thể kháng tinh trùng khi bám trên bề mặt của tinh trùng có thể gây độc tế bào và tăng khả năng bị thực bào cho tinh trùng. Sự tổn thương xuất hiện trong các ống sinh tinh làm ngăn cản sự phòng thích tinh trùng ra khỏi ống sinh tinh, phá vỡ hàng rào máu tinh hoàn và dẫn đến một đáp ứng miễn dịch của cơ thể chống lại các kháng nguyên tinh trùng.

Tỷ lệ sống của tinh trùng trung bình ở hai mẫu có kháng thể kháng tinh trùng và mẫu không có kháng thể kháng tinh trùng không có

sự khác biệt (p=0,071) (Bảng 2). Điều này cho thấy kháng thể kháng tinh trùng không làm ảnh hưởng tới sự sản sinh tinh trùng. Điều này có thể cho thấy kháng thể kháng tinh trùng được gắn trên màng của tinh trùng ở các vị trí khác nhau nhưng không ảnh hưởng tới tính toàn vẹn của màng tinh trùng từ đó không ảnh hưởng tới khả năng sống của tinh trùng.

Độ di động tiến tới của tinh trùng giữa hai nhóm có và không có kháng thể có tinh trùng không có sự khác biệt với p > 0,05 (Bảng 2). Sự vận động của tinh trùng có thể bị ảnh hưởng bởi sự có mặt của kháng thể kháng tinh trùng, đặc biệt tại vị trí đuôi tinh trùng. Nhưng từ kết quả thực tế trong nghiên cứu của chúng tôi và rất nhiều các tác giả khác đều cho một kết luận tương tự nhau là kháng thể kháng tinh trùng không ảnh hưởng đến khả năng di động tiến tới của tinh trùng. Sự xuất hiện kháng thể kháng tinh trùng trong tinh dịch không làm giảm khả năng di động tiến tới của tinh trùng nhưng lại làm tăng số lượng tinh trùng bất động trong mẫu tinh dịch. Các tác giả Chao Deng (2011), Rossato M (2004), Yaling Chu (2004), Yaliu Feng (2005) đều có kết luận tương tự số lượng tinh trùng bất động của mẫu tinh dịch có kháng thể kháng tinh trùng tăng hơn so với mẫu không có kháng thể [5-6]. Sở dĩ có điều này là do chính kháng thể khi bám trên tinh trùng thì tùy vào vị trí gắn nó sẽ có xu hướng làm tinh trùng co cụm lại với nhau thậm chí có thể cố định tinh trùng.

Nhóm bệnh nhân có xuất hiện kháng thể kháng tinh trùng trong tinh dịch thì phần lớn bệnh nhân có tiền sử tổn thương vào tinh hoàn trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm bệnh nhân có tiền sử bị quai bị và viêm sinh dục 58,82% (Bảng 3). Nghiên cứu của Omu và cộng sự cũng chỉ ra các nhóm bệnh nhân có tổn thương tinh hoàn bao gồm: quai bị, chấn thương tinh hoàn, phẫu thuật tạo hình đường sinh dục,

các bệnh lây truyền qua đường tình dục, hút thuốc là, tinh hoàn lạc chỗ thì cũng cho kết quả tương tự [7]. Từ kết quả này chúng tôi cho rằng sự hình thành kháng thể kháng tinh trùng sẽ xảy ra khi có sự tổn thương hàng rào máu- tinh hoàn. Kháng thể kháng tinh trùng được tìm thấy ở tinh dịch của nam giới đồng tính, chấn thương tinh hoàn, quai bị, viêm tinh hoàn, chấn thương tủy sống, bất sản ống dẫn tinh và thắt ống dẫn tinh

Ngoài cơ chế bảo vệ là hàng rào máu- tinh hoàn, cơ thể còn có nhiều cơ chế khác để ngăn tình trạng tự miễn sinh ra kháng thể kháng tinh trùng như các chất ức chế miễn dịch trong tinh dịch, sự hoạt động của lympho T, các thành phần trong tinh tương và bạch cầu đa nhân sẽ loại bỏ tinh trùng chết hoặc các mảnh vụn. Và gần đây, sự phát hiện ra 3 protein điều hòa trên bề mặt tinh trùng (decay-accelerating factor, membrane cofactor protein và CD59) có vai trò quan trọng trong việc bảo vệ ngăn không cho hình thành kháng thể kháng tinh trùng. Vì vậy mà chúng tôi vẫn gặp một tỷ lệ không nhỏ nam giới có tổn thương tinh hoàn mà không có kháng thể kháng tinh trùng hoặc ngược lại, nam giới không có tổn thương tinh hoàn nhưng lại xuất hiện kháng thể kháng tinh trùng trong tinh dịch.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã đánh giá mối liên quan giữa một số thông số tinh dịch tiền sử can thiệp hoặc bệnh lý tinh hoàn với sự xuất hiện của kháng thể kháng tinh trùng trong tinh dịch. Thời gian ly giải, độ quán, mật độ, tỉ lệ tinh trùng không di động, tiền sử can thiệp vào tinh hoàn có liên

quan với sự xuất hiện của kháng thể kháng tinh trùng. Không thấy mối liên quan giữa tỉ lệ di động tiến tới, hình thái, tỉ lệ sống chết với sự xuất hiện của kháng thể kháng tinh trùng.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin chân thành cảm ơn các bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản và Công nghệ mô ghép, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã giúp đỡ và hỗ trợ nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (2010).** WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen. Human Reproduction, 5th Edition.
2. **Matsuda Y, Oshio S, Yazaki T et al (1994).** The effect of some proteinase inhibitors on liquefaction of human semen. *Hum Reprod*, 9(4), 664-8.
3. **Cui D, Han G, Shang Y et al (2015).** Antisperm antibodies in infertile men and their effect on semen parameters: a systematic review and meta-analysis. *Clin Chim Acta*, 15(444), 29-36.
4. **Garcia P, Rubio E, Pereira O (2007).** Antisperm antibodies in infertile men and their correlation with seminal parameters. *Reprod Med Biol*, 6(1): 33-8.
5. **Chao D (2011).** Discuss the seminal plasma antisperm antibody, and the association between semen parameters and sperm morphology. *Asia Pac Tradit Med Nov*, 7(11): 104-5.
6. **Rossato M, Galeazzi C, Ferigo M (2004).** Antisperm antibodies modify plasmamembrane functional integrity and inhibit osmosensitive calcium influx in humansperm. *Hum Reprod*; 19(8): 1816-20.
7. **Omu AE, Makhseed M (1997).** Characteristics of men and women with circulating antisperm antibodies in a combined infertility clinic in Kuwait. *Archives of Andrology*, 39: 55-64.

MỘT SỐ TRIỆU CHỨNG ĐỂ PHÂN BIỆT HƯNG CẢM CÓ LOẠN THẦN TRONG RỐI LOẠN CẢM XÚC LƯỢNG CỰC VỚI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT

Nguyễn Văn Dũng*

TÓM TẮT²⁵

Đặt vấn đề: Hưng cảm là một trạng thái rối loạn cảm xúc thường gặp, cùng với những giai đoạn trầm cảm mà tiền sử nằm trong một bệnh lý chung là rối loạn cảm xúc lưỡng cực. **Mục tiêu:** Tìm những triệu chứng quan trọng của hưng cảm có loạn thần trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực để chẩn đoán phân biệt với tâm thần phân liệt. **Phương pháp:** Sử dụng phương pháp nghiên cứu tiến cứu, theo chiều dọc quá trình bệnh lý. Đối chiếu, so sánh đặc điểm lâm sàng ở 30 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là RLCXLC, hiện tại giai đoạn hưng cảm có triệu chứng loạn thần (F31.2) và 30 BN tâm thần phân liệt (F 20) nằm điều trị nội trú tại Viện sức khoẻ tâm thần và Bệnh viện tâm thần Hà Nội từ tháng 6.2014 đến tháng 12.2015. **Kết quả:** Hưng cảm có loạn thần trong RLCXLC có tỉ lệ nữ nhiều hơn nam (2/1). Tuổi khởi phát phần lớn < 30 tuổi (70%), tuổi khởi phát trung bình $23,13 \pm 8,77$. Hưng cảm thường khởi phát đột ngột, $5,5 \pm 4,61$, khác biệt rõ rệt so với TTFL ($21,9 \pm 8,77$). Các biểu hiện của giai đoạn toàn phát là: Khởi sắc tăng (100%). Nói nhiều (100%), nhu cầu nói (87%) và tư duy phi tán là rối loạn ngôn ngữ đặc trưng cho hưng cảm. Hoạt động tăng (100%) có thể dẫn tới kích động (67%). Tác động của điều trị: $35,53 \pm 18,16$ (ngày). Thuyên giảm hoàn toàn sau khi điều trị thích hợp là 67%. Trong đó TTPL là Khí sắc tăng nhưng thiếu hoà hợp, 2 chiều chỉ có ở TTFL Xung động đập phá, đánh người ở TTFL. Hoang tưởng có tính chất bị chi phối. Áo thanh bình phẩm, đe dọa. Các triệu chứng loạn thần kéo dài > 6 tháng khi các triệu chứng cảm xúc đã thuyên giảm. **Kết luận:** Chẩn đoán phân biệt hưng cảm có loạn thần & TTFL. Đây là vấn đề nhiều khi rất khó khăn, nhưng rất cần thiết để quyết định dùng thuốc, thuốc điều trị đặc hiệu và thuốc dự phòng

Từ khóa: TTPL= Tâm thần phân liệt. RLCXLC = Rối loạn cảm xúc lưỡng cực

SUMMARY

SOME SYMPTOMS FOR DISCRIMINATION OF HUMAN RIGHTS IN THE DISORDERS OF EXTRACTIIONAL CONCENTRATION WITH DIABETIC DISEASES

Abstract: The mesentery is a common emotional disorder, along with periods of depression in which the pre-existing condition is a bipolar disorder. **Objective:**

*Viện sức khoẻ tâm thần- Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng
Email: drdungbm@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài:
Ngày phản biện khoa học:
Ngày duyệt bài:

To find the important symptoms of psychotic mania in bipolar disorder to diagnose schizophrenia. Method: Use prospective, longitudinal, pathological process. Comparison of clinical characteristics in 30 patients identified as RLCXLC, at present manic depression (F31.2) and 30 patients with schizophrenia (F20). Residential treatment at the mental health institute and mental hospital Hanoi from June to 14.2015. RESULTS: Mania in psychosis in RLCXLC was higher in female than male (2/1). Age at onset is mostly <30 years (70%), onset age is on average $23,13 \pm 8,77$. Manic depression usually starts at 5.5 ± 4.61 , significantly different from TTFL (21.9 ± 8.77). Expressions of the full-blown stage are: Increased sense (100%). Speaking a lot (100%), speaking needs (87%) and mind-dispersion are hallucinogenic language disorders. Activity increase (100%) can lead to agitation (67%). Effect of treatment: 35.53 ± 18.16 (day). Complete remission after proper treatment is 67%. In which TTPL is the Air quality but lack of harmony, two-way only in TTFL Floods smashed, hit people in TTFL. Fantasy is dominated. Serious comments, threats. Psychotic symptoms lasted > 6 months when symptoms of emesis resolved. **Conclusion:** Differential diagnosis of mania with psychosis & TTFL. This is often a difficult problem, but it is essential to decide on medications, specific drugs and prophylactic medications

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hưng cảm là một trong hai trạng thái cơ bản của RLCXLC, hưng cảm so với trầm cảm trong RLCXLC chỉ chiếm tỉ lệ từ 0,25-0,75%. Tỉ lệ mắc RLCXLC là 1,2% trong quần thể dân số chung Theo ECA tỉ lệ này là 0,4% - 0,8% (tỉ lệ lưu hành 6 tháng) đối với nam và 0,4%-0,9% đối với nữ hơn nữa trong cơ cấu bệnh lý tâm thần, RLCX xếp thứ hai trong số những bệnh tâm thần nặng, chiếm vị trí đáng kể cho bác sĩ nội khoa và y tế cơ sở. Hình ảnh cổ điển về hưng cảm được mô tả đầy đủ nhất là của Emil Kreapelin từ 1899, khi ông xếp cả hưng cảm và trầm cảm vào bệnh "Loạn thần hưng trầm cảm". Từ đó đến nay, y học đã đạt được nhiều tiến bộ đáng kể trong lĩnh vực này, bên cạnh việc đưa ra một số giả thuyết về bệnh nguyên, bệnh sinh như yếu tố di truyền, rối loạn chất dẫn truyền thần kinh trung gian, rối loạn sự điều hoà nội tiết thì trong điều trị và phòng ngừa tái phát, việc phát hiện ra Lithium, Carbamazepin, Valproate đã góp phần cải thiện tiến triển và tiên lượng của hưng cảm. Chính điều đó, cùng với sự tác động của điều trị và các

nhân tố thúc đẩy khác mà hưng cảm có thể trở nên không điển hình. Thế nhưng để nhận diện được chính xác biểu hiện hưng cảm này là của RLCXLC hay của TTFL, triệu chứng loạn thần của TTFL hay hưng cảm thì phải biết rõ đặc điểm của cơn hưng cảm cũng như quy luật tiến triển của các triệu chứng. Điều này không phải lúc nào và ở đâu cũng làm được. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu những đặc điểm lâm sàng của hưng cảm có loạn thần (F31.2) trong RLCXLC trên cơ sở đó tìm ra những điểm khác biệt đặc trưng để chẩn đoán phân biệt với TTFL, góp một phần nhỏ vào giải quyết vấn đề khó khăn đặt ra trong thực hành tâm thần ngày nay. **Mục tiêu:** Tìm những triệu chứng quan trọng của hưng cảm có

loạn thần trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực để chẩn đoán phân biệt với tâm thần phân liệt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Sử dụng phương pháp nghiên cứu tiến cứu, theo chiều dọc quá trình bệnh lý. Đối chiếu, so sánh đặc điểm lâm sàng ở 30 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là RLCXLC, hiện tại giai đoạn hưng cảm có triệu chứng loạn thần (F31.2) và 30 BN tâm thần phân liệt (F 20) nằm điều trị nội trú tại Viện sức khoẻ tâm thần và Bệnh viện tâm thần Hà Nội từ tháng 6.2014 đến tháng 12.2015

III. KẾT QUẢ

3.1 đặc điểm lâm sàng:

Bảng 1. Các biểu hiện sớm

Biểu hiện sớm	HC (n=30)		TTFL (n=30)		P
	N	%	N	%	
Giảm nhu cầu ngủ	30	100	28	93	> 0,05
Tăng hoạt động	25	83	3	10	< 0,05
Tăng nhẹ khí sắc	29	97	0		
Kích thích hoặc giận dữ (nếu không được thoả mãn) Có các kế hoạch không hiện thực	18	60	12	40	> 0,05
Thay đổi tính cách	8	27	0		< 0,05
Giảm hiệu suất lao động	28	93	15	50	> 0,05
Tính chất xuất hiện các triệu chứng sớm	8	27	26	87	
	22	73	6	13	
Thời gian tồn tại triệu chứng sớm trung bình (ngày)	5,5 ± 4,61		21,9 ± 8,77		< 0,05

Nhận xét: Nhóm hưng cảm chủ yếu là khởi phát nhanh trong 2-5 ngày (73%) kiểu khởi phát từ từ trong 1-2 tuần chỉ gặp ở 27% bệnh nhân hưng cảm. Nhóm TTFL thì ngược lại, khởi phát từ từ trên 1 tuần chiếm tỉ lệ 87%, khởi phát nhanh chỉ có ở 13% bệnh nhân.

3.2. Biểu hiện thời kỳ toàn phát

Bảng 3. Rối loạn cảm xúc

Triệu chứng	Hưng cảm (n = 30)		TTFL (n = 30)		P
	N	%	N	%	
Tăng khí sắc:	30	100	16	53	
Vui vẻ, truyền cảm, lạc quan	18	60	0		< 0,05
Kích thích, cáu giận	16	53	5	17	
Không ổn định	26	87	22	73	> 0,05
Khoái cảm	20	67	14	47	
Náo động	11	37	15	50	> 0,05
Cơ trầm cảm nặng	3	10	0		
Cảm xúc thiếu hoà hợp	0		30	100	< 0,05

Nhận xét: Khí sắc tăng xuất hiện ở 100% bệnh nhân hưng cảm và một nửa số bệnh nhân TTFL (53%). Một đặc điểm của sự tăng khí sắc là sự không ổn định, luôn chuyển từ: cực này sang cực kia của cảm xúc, thấy khá phổ biến với tỉ lệ 87% ở nhóm hưng cảm, so với 75% ở TTFL (P > 0,05). Cảm xúc thiếu hoà hợp, mang tính hai chiều, trái ngược là đặc điểm của rối loạn khí sắc trong tất cả các bệnh nhân TTFL (100%).

Bảng 3. Rối loạn tư duy

Triệu chứng	Hưng cảm (n = 30)		TTFL (n = 30)		P
	N	%	N	%	
Nói nhiều	30	100	27	90	> 0,05
Nhu cầu nói	26	87	0		
Tư duy di tán	23	77	0		
Khản tiếng	16	53	2	7	

Nói rời rạc, không liên quan	10	33	27	90	< 0,05
Nói một mình	0		15	50	
Mất sự tự phê phán	28	93	30	100	> 0,05
Tập trung chú ý giảm	29	97	25	83	> 0,05
Trí nhớ: + Tăng	25	83	0		
+ Bình thường	5	17	4	13	

Nhận xét: Hưng cảm nói nhiều (100%), nhóm TTFL thấy tỉ lệ này thấp hơn (90%). Nói rời rạc, không liên quan có thể gặp ở hưng cảm với tỉ lệ 33%, ít hơn rất nhiều so với TTFL: 90% (P < 0,05). Nói một mình, thường là nói lẩm bẩm, nội dung khó hiểu, thêm từ khi nói chỉ gặp ở TTFL (50%).

Bảng 4. Đặc điểm hoạt động và hành vi

Triệu chứng	Hưng cảm (n = 30)		TTFL (n = 30)		P
	N	%	N	%	
- Làm nhiều, can thiệp vào mọi việc, đi lại nhiều.	30	100	3	10	< 0,05
- Công kích đe dọa, kích động, vận động.	20	67	5	17	
- Phá hoại vô lý, đánh người bất chợt.	0		26	87	< 0,05
- Tiêu pha quá mức	22	73	4	13	
- Hành vi bốc đồng, khoe khoang	18	60	0		< 0,05
- Trang phục: + sặc sỡ	17	57	3	10	
+ lỗi thô, bẩn	13	43	20	67	< 0,05
- Hành vi dị kỳ	0		18	67	

Nhận xét: Hoạt động tăng là một triệu chứng phổ biến ở mọi cơn hưng cảm (100%), cao hơn một cách có ý nghĩa so với TTFL (P < 0,05). Công kích, đe dọa mọi người, kích động vận động ở hưng cảm chiếm tỉ lệ 67%, cao hơn một cách có ý nghĩa so với 17% ở TTFL (P < 0,05). Ngược lại với kích động vận động ở hưng cảm là kích động mang tính chất phá hoại vô lý, những

Bảng 5 Các triệu chứng khác

Triệu chứng	Hưng cảm (n = 30)		TTFL (n = 30)		P
	N	%	N	%	
Tình dục tăng	15	50	3	10	< 0,05
Rối loạn giấc ngủ	30	100	28	93	> 0,05
Rối loạn ăn uống:- Ăn nhiều	25	83	2	7	< 0,05
- Ăn ít	5	17	3	10	
- Ăn thất thường	10	33	25	83	< 0,05
- Uống rượu nhiều	15	50	6	20	> 0,05
Trọng lượng cơ thể: giảm	15	50	10	33	> 0,05
Bình thường	15	50	20	67	> 0,05

Nhận xét: Tăng tình dục xuất hiện ở 50% bệnh nhân hưng cảm, bệnh nhân TTFL chỉ có tỉ lệ 10%, thấp hơn một cách có ý nghĩa (P < 0,05). Trong số các bệnh nhân có biểu hiện tăng tình dục, 7/15 bệnh nhân (47%) có các hành vi phô bày, trần truồng, 8/15 bệnh nhân (53%) còn lại thể hiện sự tăng nhu cầu, đòi hỏi tình dục, nhưng chỉ với vợ hoặc chồng của họ là chủ yếu, không thấy các bệnh nhân hưng cảm có những lời lẽ hoặc hành vi suồng sã với người ngoài, nhân viên y tế.

Bảng 6 Các triệu chứng loạn thần

Triệu chứng	Hưng cảm (n = 30)		TTFL (n = 30)		P
	N	%	N	%	
Hoang tưởng: - Tự cao	22	73	10	33	< 0,05
- Bị truy hại	6	20	10	33	> 0,05
- Liên hệ	2	7	3	10	
- Bị chi phối	0		16	53	< 0,05
- Bị xâm nhập	0		7	23	
- Bị kiểm tra, theo dõi	0		4	10	> 0,05
- Hoang tưởng khác	5	17	9	30	
Ảo thanh	3	10	25	83	< 0,05
Ý tưởng nghi bệnh	1	3	5	17	

Nhận xét: Hoang tưởng gặp nhiều nhất ở hưng cảm là hoang tưởng tự cao (73%) cao hơn một cách có ý nghĩa so với TTFL (33%) (P > 0,05)- Hoang tưởng bị chi phối, bị xâm nhập, bị kiểm tra theo dõi chỉ thấy ở nhóm TTFL với tỉ lệ 53%, 23%, 10% so sánh với nhóm hưng cảm, sự khác nhau này có ý nghĩa với P < 0,05. Các hoang tưởng khác ở hưng cảm là hoang tưởng được yêu hoang tưởng phát minh, chiếm tỉ lệ 17%, trong khi ở TTFL là hoang tưởng nhận nhầm, hoang tưởng ghen tuông (30%).

Bảng 7. Đặc điểm tiến triển

	Thời gian điều trị trung bình cơn hiện tại (ngày)	Số lượng cơn trung bình 10 năm	Tỉ lệ thuyên giảm hoàn toàn	Tỉ lệ thuyên giảm một phần	Tỉ lệ mãn tính
HC	35,33 ± 18,16	5 cơn	67%	23%	10%
TTFL	36,27 ± 17,29	8 cơn	23%	43%	34%

Nhận xét: Độ dài một cơn theo kết quả nghiên cứu, thời gian điều trị trung bình cơn hưng cảm hiện tại là 35,33 ± 18,16 (ngày). Kết quả xấp xỉ ở nhóm TTFL: 36,27±17,29 ngày. Kết quả sau 1 giai đoạn hưng cảm thì 67% bệnh nhân thuyên giảm hoàn toàn, 23% thuyên giảm 1 phần & 10% số bệnh nhân trở nên mãn tính, trong khi đó, các tỉ lệ này ở TTFL là 23%, 43% và 34%.

Bảng 8. So sánh đặc điểm lâm sàng

Hưng cảm		Tâm thần phân liệt	
Triệu chứng lâm sàng	%	Triệu chứng lâm sàng	%
Biểu hiện sớm: - Tăng nhẹ khí sắc	97	- Không có	10
- Có các dự án, kế hoạch không hiện thực		- Không có	
Tăng hoạt động, tăng năng lượng, làm nhiều	27	- Tăng hoạt động, đi nhiều, đi lang thang	50
- Tiêu pha nhiều, ăn uống nhiều, thích giao thiệp rộng rãi	83	- ăn uống ít đi, ngại tiếp xúc	
- Tính chất khởi phát: đột ngột 2 - 5 ngày		- Tính chất khởi phát: 1- 3 tuần	
Biểu hiện toàn phát:		- Không có	
KS tăng, vui vẻ, truyền cảm, lạc quan	93	- Cảm xúc thiếu hoà hợp	100
- Không có	60	- Không có	
- Tư duy phi tán	77	- Không có	50
- Nhu cầu nói	87	- Không	10
- Tăng cường trí nhớ		- Nói một mình	
- Không có	83	- Đi lại nhiều	13
- Làm nhiều, can thiệp vào mọi		- Không	67
- Hành vi bốc đồng, khoe khoang	100	- Tiêu pha quá mức	10
- Tiêu pha quá mức	60	- Hành vi dị kỳ	2
- Không có	73	- Tăng tình dục	33
- Tăng tình dục	50	- ăn nhiều	
- ăn nhiều	83	- Hoang tưởng tự cao	43
- Hoang tưởng tự cao	73	- Hoang tưởng liên hệ, bị hại	
- Hoang tưởng bị truy hại, liên hệ	27	- Hoang tưởng bị chi phối, xâm nhập	86
- Không ảo	0	kiểm tra theo dõi	
- ảo thanh	10	- ảo thanh các loại	83

Nhận xét: Tính chất khởi phát của Hưng cảm và TTFL khác nhau một cách có ý nghĩa: Hưng cảm thường khởi phát đột ngột, sau một vài ngày là tiến triển tốt giai đoạn hưng cảm đầy đủ, trong khi TTFL thường khởi phát từ từ, âm ỉ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Lứa tuổi đối tượng nghiên cứu của chúng tôi từ 15 tới 59, với tuổi trung bình là 33. Qua đồ thị phân bố tuổi hiện tại được chẩn đoán, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ hưng cảm giảm dần sau 30 tuổi, lứa tuổi mắc bệnh nhiều nhất là 20-39, kết quả này gần tương tự với kết quả nghiên cứu của M & cs (1984) & (1988) là lứa tuổi mắc bệnh cao nhất từ 18-44 tuổi. Tuổi khởi phát trung bình của chúng tôi là 23,1 ± 8,77, tương tự nhận xét của một số tác giả Egeland & cs (1987), Winokur & cs (1990) là tuổi khởi phát trung bình từ 22 tới 25,8 tuổi.

4.2 Đặc điểm lâm sàng

4.2.1 Các biểu hiện sớm:

- Bảng 3.1. Trong các mô tả cổ điển, có rất ít các nghiên cứu về dấu hiệu khởi phát bệnh, nhưng ngày nay, nhận thấy tầm quan trọng của vấn đề phát hiện ra những triệu chứng sớm, bởi vì chẩn đoán và điều trị càng sớm thì thời gian điều trị càng ngắn, giảm được mức độ trầm trọng có thể nhanh chóng trả bệnh nhân về cộng đồng, vì vậy, trong nghiên cứu này, chúng tôi tìm hiểu các dấu hiệu sớm báo hiệu một giai đoạn hưng cảm phù hợp đầy đủ với tiêu chuẩn chẩn đoán. Các kết quả nghiên cứu thu được cho thấy biểu hiện sớm nhất về gặp nhiều nhất ở

hưng cảm là giảm nhu cầu ngủ, mất ngủ (100%), tiếp theo là sự tăng nhẹ khí sắc (97%), các thay đổi tính cách so với trước đây (93%) và hoạt động tăng ở mức độ vừa phải (85%). Các tỉ lệ thu được trùng với nhận xét của các tác giả

4.2.2 Biểu hiện thời kỳ toàn phát

Rối loạn khí sắc bảng 3.2: Theo ICD-10, đặc điểm cơ bản phổ biến của hưng cảm là khí sắc tăng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhận định này rất phù hợp: 100% bệnh nhân hưng cảm có khí sắc tăng, nhưng tùy theo quá trình phát triển của bệnh, sự tăng khí sắc biểu hiện ở nhiều mức độ khác nhau:

+ Khi hưng cảm ở mức độ trung bình, bệnh nhân thường ở tình trạng kích thích, cáu gắt. Winokur & cs (1990) thấy triệu chứng này với tỉ lệ 85%, còn Goodwin & Carlson (1990) lại gặp nhiều hơn, tới 100%, kết quả của chúng tôi cho thấy một tỉ lệ thấp hơn nhiều, chỉ có; 53%. Có lẽ là các trường hợp hưng cảm chưa đủ nặng tới mức gián đoạn trầm trọng công việc và ảnh hưởng nhiều tới các quan hệ xã hội, bệnh nhân chưa được đưa tới bệnh viện điều trị ngay.

Bảng 3.3. Rối loạn tư duy: Bệnh nhân hưng cảm bao giờ cũng có một triệu chứng riêng biệt là nhu cầu nói không cưỡng được, tỉ lệ này của chúng tôi là 87% bệnh nhân, thấp hơn một chút so với nhận xét của Winokur (1990) thấy ở 99% bệnh nhân. Tư duy phi tán, một rối loạn ngôn ngữ đặc trưng của hưng cảm, kết quả hưng cảm của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với nhiều tác giả như Carlson & Goodwin (1973), Braden & cs (1981) thấy từ 75-91%

- Khi nhịp độ tư duy tăng mạnh, cùng với sự thiếu tập trung cao độ, bệnh nhân nói những câu không hoàn chỉnh, có vẻ như rời rạc, không liên quan. Chúng tôi gặp triệu chứng này với tỉ lệ 33%, phù hợp với mô tả của Kaplan & Sadoek (1995), Giảm khả năng tự phê phán, óc phán đoán, sự nhận thức ở bệnh nhân hưng cảm là triệu chứng khá phổ biến. Chúng tôi thấy triệu chứng này với tỉ lệ 93%, tương tự như kết quả của các tác giả.

Bảng 4. Rối loạn hoạt động và hành vi

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, biểu hiện tăng hoạt động như làm nhiều, can thiệp vào mọi việc, đi nhiều, hoạt động không ngừng là triệu chứng phổ biến nhất, thấy với tỉ lệ 100% bệnh nhân hưng cảm, trùng với kết quả của Kaplan & Sadoek (1995) và (1990). Kích động vận động, công kích, đe dọa, xuất hiện ở 67% bệnh nhân, và ở nam nhiều hơn nữa, kết quả này khá phù hợp với các tác giả đưa ra tỉ lệ từ 46-75%.

- Theo các tác giả tăng tình dục với các cử chỉ

suồng sã, hành vi và lời lẽ khiêu dâm là một đặc điểm thường gặp ở bệnh nhân hưng cảm, có thể chiếm tỉ lệ tới 80%, trong kết quả của chúng tôi, chỉ có 50% bệnh nhân có triệu chứng này, một tỉ lệ thấp hơn nhiều. Giải thích sự chênh lệch này có thể do đặc điểm tính cách của người Việt nam, nhất là mà nghiên cứu của chúng tôi, nữ chiếm tới 2/3. Trong khi đó, Winokur & cs (1969) đưa ra tỉ lệ 35% không có thay đổi gì trong nhu cầu tình dục, gần tương tự với tỉ lệ 37% bệnh nhân của chúng tôi cũng không có thay đổi (bảng 5).

- Ăn nhiều cùng với giảm cảm giác về thức ăn thấy ở nhóm hưng cảm với tỉ lệ 83%, thấp hơn một chút so với kết quả của Winokur & cs (1990) là 90%. Một nửa số bệnh nhân nam, cùng với ăn nhiều là uống rượu nhiều, phù hợp với tỉ lệ 50% bệnh nhân của các tác giả. Giảm trọng lượng cơ thể, có ở 50% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, cao hơn so với các tác giả đưa ra là 40% giảm sút cân.

Bảng 6 Các triệu chứng loạn thần

- Trong nghiên cứu này, hoang tưởng tự cao chiếm tỉ lệ cao nhất (73%), tương tự như nhận xét của Kaplan & Sadoek là 75%, bệnh nhân hưng cảm có hoang tưởng này. Theo các tác giả nội dung hoang tưởng tự cao có 4 loại: khả năng đặc biệt về khoa học, nghệ thuật, phát minh, mình là thành viên một gia đình quan trọng; mình chiếm hữu 1 số tài sản lớn; có một sứ mệnh đặc biệt. Trong kết quả nghiên cứu, chúng tôi lại thấy gặp nhiều nhất là khả năng làm ăn kinh tế, làm giàu, có tài lãnh đạo, chỉ có 1 bệnh nhân tin rằng mình rất giàu có, luôn đòi chia cho mọi người nhiều thứ tưởng tượng. Sự khác nhau về nội dung hoang tưởng thường gặp có lẽ do đặc điểm hoang tưởng tự cao ở hưng cảm thường hay xuất phát từ những vấn đề thực tế.

Bảng 7. Độ dài 1 cơn hưng cảm, hay thời gian điều trị trung bình, theo ICD-X thường là từ 2 tuần đến 4-5 tháng, trung bình 3-4 tháng nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi, độ dài của 1 cơn hưng cảm ngắn hơn nhiều tuy cũng nằm trong phạm vi dao động của ICD-10 là 35,33 ngày, tức là hơn 1 tháng. Kết quả của chúng tôi phù hợp hơn với DSM-IV: độ dài của 1 cơn hưng cảm có tác động điều trị ngày nay rút xuống chỉ còn 1 tháng.

***Số lượng cơn:** Theo Kaplan & Sadoek (1995) số cơn trung bình đối với hưng cảm là 7-9 cơn, nhưng đòi hỏi phải xác định bằng tổng số cơn trong suốt cuộc đời, tức là phải có 1 nghiên cứu lâu dài hơn nhiều chục năm, nghiên cứu của chúng tôi chưa đạt được điều kiện đó, nên không đưa ra được số liệu để so sánh.

Bảng 8. Các triệu chứng điển hình ở BN hưng cảm có loạn thần và TTFL

Các biểu hiện sớm: Trong giai đoạn sớm, khi hưng cảm còn ở mức độ nhẹ, có thể nhận biết được hưng cảm nếu bệnh nhân có sự tăng khí sắc nhẹ, tăng hoạt động vừa phải và đặc biệt xuất hiện các dự án, các kế hoạch không hiện thực. Tính chất khởi phát của hưng cảm bao giờ cũng đột ngột hơn TTFL, sự khác nhau này có ý nghĩa ($P < 0,05$), kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận định về đặc điểm khởi phát của hưng cảm do nhiều tác giả như Kraepelin (1929), Kaplan & Sadock (1995).

Các biểu hiện thần kinh toàn phát: Đây là thời điểm có nhiều triệu chứng để nhầm lẫn giữa 2 bệnh.

**Về cảm xúc:* Sự kích thích, cáu giận, khoái cảm trong nghiên cứu của chúng tôi gặp cả ở 2 nhóm với tỉ lệ xấp xỉ nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa ($P > 0,05$), đây chính là những triệu chứng làm khó khăn cho chẩn đoán như các tác giả nhận xét (Campell, 1953, Pope 1983, Kaplan & Sadock 1995). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với những nhận xét trên.

- Màu sắc của hoang tưởng ở nhóm hưng cảm nói chung là theo hướng phóng đại, nội dung tốt, hay gắn với thực tế và mang một ý nghĩa cảm xúc nào đó, phù hợp với khí sắc tăng chúng tôi thấy các hoang tưởng của bệnh nhân hưng cảm trong nghiên cứu này hoàn toàn đúng với nhận xét trên. - Ảo thanh gặp ở hưng cảm ít hơn TTFL, thường phù hợp với cảm xúc của bệnh nhân. Kết quả này tương tự như các tác giả. Có một số hình thức rối loạn tư duy khá đặc trưng cho hưng cảm, giúp nhiều cho chẩn đoán phân biệt 2 bệnh, như tư duy phi tán, nhu cầu nói không cưỡng được. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng hoàn toàn phù hợp với nhận định.

Đặc điểm tiến triển. Theo các tác giả cần thu thập những thông tin về tiến triển của bệnh từ gia đình, vì nó rất quan trọng: thời kỳ trước khi bị bệnh, các hoạt động chức năng bình thường, giữa các cơn là thời kỳ thuyên giảm hoàn toàn, đặc trưng của các lần bị bệnh trước. Kết quả của chúng tôi từ nghiên cứu này cũng phù hợp với nhận xét trên: nhiều ca bệnh rất khó chẩn đoán chính xác ngay nếu chỉ với quan sát lâm sàng mà không có được thông tin từ gia đình bệnh nhân. Khoảng 2/3 số bệnh nhân của chúng tôi thuyên giảm hoàn toàn, phù hợp với nhận xét của các tác giả đưa ra là hưng cảm có khoảng thời gian giữa cơn, nhất là sau 1-2 cơn đầu tốt hơn nhiều so với TTFL. Nhưng nếu gặp những bệnh nhân thuyên giảm 1 phần hoặc trở

nên mãn tính thì rất khó khăn cho chẩn đoán, cần phải kết hợp rất nhiều thông tin và khám xét kỹ lưỡng.

V. KẾT LUẬN

Hưng cảm thường khởi phát đột ngột, $5,5 \pm 4,61$, khác biệt rõ rệt so với TTFL ($21,9 \pm 8,77$). Biểu hiện sớm của một giai đoạn hưng cảm theo thứ tự, thường gặp là: giảm nhu cầu ngủ, khí sắc tăng nhẹ, thay đổi tính cách, tăng hoạt động vừa phải, kích thích hoặc giận dữ nếu các kế hoạch không được thoả mãn. Khởi sắc tăng (100%) với đặc điểm cơ bản là không ổn định dễ cáu giận. Nói nhiều (100%), nhu cầu nói (87%) và tư duy phi tán là rối loạn ngôn ngữ đặc trưng cho hưng cảm. Hoạt động tăng (100%) có thể dẫn tới kích động (67%). Triệu chứng loạn thần gặp phổ biến là hoang tưởng tự cao (73%), hoang tưởng bị truy hại gặp ít hơn (20%).

Những triệu chứng quan trọng để chẩn đoán phân biệt hưng cảm và TTFL là: Khí sắc tăng, vui vẻ, truyền cảm, lạc quan. Tư duy phi tán, nhu cầu nói không cưỡng được. Hành vi bốc đồng, khoe khoang, tiêu pha quá mức, làm nhiều, can thiệp mọi việc nhưng bỏ dở. Hoang tưởng tự cao,

Những triệu chứng khó phân biệt ở 2 nhóm: Khí sắc không ổn định, khoái cảm, dễ bị kích thích. Nói nhiều, không mạch lạc. Kích động quá mức. Hành vi gây gổ, vô lý. Hoang tưởng bị hại và liên hệ, ảo thanh nếu không phù hợp với khí sắc hoặc dị kỳ.

Những triệu chứng để loại trừ hưng cảm Khí sắc tăng nhưng thiếu hoà hợp, 2 chiều chỉ có ở TTFL Xung động đập phá, đánh người ở TTFL. Hoang tưởng có tính chất bị chi phối. Các triệu chứng loạn thần kéo dài > 6 tháng khi các triệu chứng cảm xúc đã thuyên giảm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **BourgeoisM, Verdoux.H, Henry-Demotes-Mainard.CH** Clinique Des Troubles Dipolaires de L'humeur. Les Troubles Bipolaires. Masson 1995.
2. **Donald.W.B, Winokur.G, Nasrallah.MA.** Effect of psychosis on suicide risk in 1,593 patients with unipolar and bipolar affective disorders. AMJ psychiatry 1988, 145: 849-5.
3. **Adams.RJD.** Mood Disorders. Harrison's Principles of Internal Medicine 1983, 69-72.
4. **Goodwin.F.K.y Jamison.K.R.** Clinical description and diagnosis. Manic depressive illness. New York. Oxford university press 1990.22-37.
5. **Kaplan.H.I, Sadock.B.YGreb.B.YA.** Mood disorders synopsis of psychiatry. Behavioral sciences clinical psychiatry. Seventh edition 1994. 516-555.
6. **Kaplan * H.I, Sadock.B.Y.** Mood disorders. Comprehensive textbook of psychiatry IV; Vol 1: 855-944.
7. **Rosenbaum. J. F.** Mania: important new findings. The journal of clinical psychiatry 1989; vol 50: 3-4.

DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG GÃY PHỐI HỢP XƯƠNG HÀM DƯỚI VÀ XƯƠNG HÀM TRÊN TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI TỪ 1/2015 – 12/2016

Phạm Hoàng Tuấn*

TÓM TẮT²⁶

Mục đích: Nghiên cứu mô tả dịch tễ học lâm sàng gãy phối hợp xương hàm dưới và xương hàm trên tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội từ 1/2015 – 12/2016. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu trên bệnh án của 91 bệnh nhân gãy phối hợp xương hàm trên - xương hàm dưới được điều trị nội trú tại khoa chấn thương hàm mặt bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội. Đặc điểm tuổi, giới, nghề nghiệp, nguyên nhân tai nạn và các đặc điểm gãy phối hợp giữa XHT-XHD được nghiên cứu và đánh giá. **Kết quả:** Bệnh nhân bị tai nạn gãy phối hợp xương hàm trên và xương hàm dưới nam nhiều hơn nữ rất đáng. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 20-29 tuổi. Nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông xe mô tô hai bánh chiếm 84,61%. Bệnh nhân đa phần là những người làm trong các ngành nghề khác như lực lượng vũ trang, làm nghề tự do... chiếm 29,68%. Tỷ lệ gãy phối hợp xương hàm dưới vùng cằm với gãy xương hàm trên chiếm tỷ lệ cao nhất 41,75%. Tỷ lệ gãy phối hợp xương hàm dưới một đường với gãy xương hàm trên dọc bên chiếm tỷ lệ cao nhất 47,3%

Từ khóa: Chấn thương hàm mặt, Gãy phối hợp XHT-XHD

SUMMARY

CLINICAL EPIDEMIOLOGY OF JOINT FRACTURE OF MANDIBULAR AND MAXILLOFACIAL THE HA NOI NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO STOMATOLOGY FROM 1/2015 TO 12/2016

Aim: a descriptive clinical epidemiological study of fracture of Mandibular and Maxillofacial the Ha Noi National Hospital of Odonto Stomatology from 1/2015 to 12/2016. **Participants and methods:** study the medical records of 91 patients with combined Mandibular and Maxillofacial fracture treated at the Orthopedic and trauma department of facial injury Ha Noi National Hospital of Odonto Stomatology characteristics of age, sex, occupation, the cause of accident and the fracture characteristics of the Mandibular and Maxillofacial bone were studied and evaluated. **Results:** male patients with combined Mandibular and Maxillofacial fracture caused by accidents were much more than female. The most common age group was between 20 and 29 years old. The main cause was motorbike accident which

accounted for 84,61%. Patients mostly work in other occupations such as aimed forces, free labor... accounting 29.68%. The incidence of fracture of the chin of Mandibular with the Maxillofacial fracture was highest with 41.75%. The incidence of fractures of the Mandibular under one jaw with lateral maxillary fractures was 47.3%

Key words: facial injury, combined Mandibular and Maxillofacial fracture

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai nạn giao thông là nguyên nhân chính của chấn thương hàm mặt hiện nay ở nước ta, đặc biệt là chấn thương tầng giữa mặt và gãy xương hàm. Tổn thương trong chấn thương hàm mặt do tai nạn giao thông rất đa dạng, nhẹ là các vết thương phần mềm, nặng hơn là các tổn thương xương. Các tổn thương xương thường phức tạp và hay kèm theo chấn thương sọ não. Theo ý kiến của đa số các tác giả nước ngoài và nghiên cứu trong nước từ khoảng 5 năm trở lại đây, chấn thương hàm mặt do tai nạn giao thông chiếm từ 90-95% trong các tổn thương xương ở vùng hàm mặt. Thực tế gãy phối hợp xương hàm dưới và xương hàm trên hiện nay về vấn đề mô tả dịch tễ trong chấn thương hàm mặt vẫn chưa có nhiều kết quả nghiên cứu.

Để góp phần vào công tác thống kê số liệu và tìm hiểu thêm về dịch tễ học gãy phối hợp xương hàm trên và xương hàm dưới. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Dịch tễ học lâm sàng gãy phối hợp xương hàm dưới và xương hàm trên tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội từ 1/2015 – 12/2016*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu trên bệnh án của 91 bệnh nhân gãy phối hợp xương hàm trên - xương hàm dưới được điều trị nội trú tại khoa chấn thương hàm mặt bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội từ tháng 1/2015-12/2016.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Các bệnh án của những bệnh nhân được chẩn đoán là gãy phối hợp xương hàm dưới - xương hàm trên.

- Có đầy đủ bệnh án, phim X-quang.

- Các bệnh án của các bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa Chấn thương Hàm Mặt, bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội.

*Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoàng Tuấn

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có tính chất hồi cứu, căn cứ vào các phiếu tóm tắt những dữ kiện cần nghiên cứu, lập bảng thống kê, phân tích

+ Chọn mẫu nghiên cứu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 91 hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân được điều trị tại khoa Chấn thương Hàm Mặt, bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội từ tháng 01/2015 đến tháng 12/2016.

2.3. Các bước tiến hành

2.3.1. Chuẩn bị bệnh án: Tất cả các bệnh án đủ tiêu chuẩn được sàng lọc tại phòng lưu trữ hồ sơ, bệnh viện Răng Hàm Mặt TW Hà Nội.

2.3.2. Công tác thu thập thông tin bệnh án: Lấy thông tin chung về bệnh nhân từ bệnh án ghi vào phiếu nghiên cứu: Tuổi, giới, nghề nghiệp, nguyên nhân chấn thương.

Đọc và phân tích phim Xquang: Phân loại gãy phối hợp xương hàm dưới – xương hàm trên theo các yếu tố cần nghiên cứu. Chụp lại phim Xquang để phân tích và nghiên cứu.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

- Thu thập số liệu, nhập số liệu và sử dụng phần mềm SPSS 20.0 phân tích các số liệu.

- Dùng thuật toán thống kê kiểm định χ^2 để thấy được sự khác biệt có ý

- Sử dụng phần mềm SPSS để nhập và xử lý số liệu.

- Nhập số liệu, xử lý số liệu 2 lần để so sánh và đối chiếu kết quả.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

- Được sự đồng ý của bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội cho nhóm nghiên cứu sử dụng bệnh án của khoa Chấn thương hàm mặt.

- Các số liệu, thông tin thu thập chỉ phục vụ mục đích học tập và nghiên cứu khoa học, không phục vụ mục đích nào khác. Kết quả nghiên cứu sẽ được phản hồi cho nhà trường khi kết thúc nghiên cứu.

- Giữ bí mật thông tin, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3.3. Nguyên nhân chấn thương

		Số lượng	Tỷ lệ %
Tai nạn giao thông	Xe máy- xe máy	77	84,61
	Xe máy- O tô	5	5,49
	Xe máy tự ngã	1	1,1
Tai nạn sinh hoạt		5	5,49
Tai nạn lao động		3	3,31
Tổng		91	100

Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng nhận thấy nguyên nhân do TNGT chiếm tỷ lệ cao nhất 91,2%. Số liệu của chúng tôi phù hợp với thực tế

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Lứa tuổi

	Số lượng	Tỷ lệ %
<20	11	12,08
20- 29	54	59,34
30 - 39	15	16,48
40 - 49	7	7,69
>=50	4	4,39
Tổng	91	100

Trong nghiên cứu này nhóm tuổi có tỷ lệ chấn thương cao nhất là 20-29 tuổi chiếm 59,34%. Nhóm tuổi 20-29 là lứa tuổi tham gia vào hoạt động xã hội, lao động sản xuất và hoạt động giao thông tích cực nhất trong cộng đồng vì thế tỷ lệ chấn thương thường gặp nhiều nhất ở lứa tuổi này. Nhóm tuổi đại diện cho tầng lớp học sinh, sinh viên 6-18 chiếm tỷ lệ 12,08%. Mặc dù ở lứa tuổi này người điều khiển xe máy tham gia giao thông không nhiều, nhưng ở lứa tuổi hiếu động nên khi điều khiển bất kỳ phương tiện nào cũng rất dễ gây tai nạn.

Cuối cùng là hai nhóm tuổi từ 40-49 và >=50 tuổi, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ là 7,69% và 4,39%. Ở lứa tuổi này, cùng với thực trạng xã hội Việt Nam bây giờ, phần lớn là những người hưu trí, nội trợ và người cao tuổi, tham gia trực tiếp vào các hoạt động giao thông và lao động không nhiều nên thường có ít chấn thương xảy ra.

3.2. Giới tính

	Số lượng	Tỷ lệ %
Nam	83	91,2
Nữ	8	8,8
Tổng	91	100

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng bệnh nhân nam vượt trội so với bệnh nhân nữ, đây là một trong những điểm nổi bật, nam chiếm 92,3%, nữ chiếm 7,7%. Tỷ lệ nam/nữ là 12/1. Tỷ lệ chấn thương ở nam giới cao hơn nữ giới không chỉ có ở Việt Nam mà điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu của một số tác giả trên thế giới.

do số lượng xe máy ngày một tăng, cơ sở hạ tầng còn nhiều hạn chế, việc sửa chữa và nâng cấp và làm mới hệ thống giao thông đường bộ

chưa đáp ứng được nhu cầu thực tế, ý thức chấp hành luật lệ giao thông chưa cao, tình trạng uống rượu, bia khi điều khiển phương tiện giao thông còn khá phổ biến.

Kết quả nghiên cứu của đề tài cho thấy chỉ có 3,31% bệnh nhân bị chấn thương do tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt 5,49%. Điều này chứng tỏ ý thức và điều kiện sinh hoạt ngày càng được cải thiện, hơn nữa những lực sang chấn do tai nạn sinh hoạt thường nhẹ nên hiếm khi gãy XHT theo kiểu Lefort II, Lefort III. Tai nạn lao động chiếm 3,31%. Sự khác biệt này có lẽ do ý thức chấp hành kỷ luật an toàn lao động và trang thiết bị bảo hộ lao động ở từng thời điểm và từng khu vực cũng có khác nhau.

3.4. Nghề nghiệp

	Số lượng	Tỷ lệ %
Trí thức	9	9,89
Công nhân	16	17,58
Học sinh, sinh viên	14	15,38
Nông dân	25	27,47
Các nghề khác	27	29,68
Tổng	91	100

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có nghề nghiệp khác như nghề tự do, lực lượng vũ trang, hưu trí... có tỷ lệ gãy phối hợp xương hàm trên và xương hàm dưới cao nhất chiếm 29,68%. Điều này phản ánh sự phát triển của giao thông ngày càng tăng cao, nhưng do ý

thức tham gia giao thông và dùng các phương tiện bảo hộ lao động vẫn còn nhiều hạn chế, nên việc xảy ra tai nạn chấn thương vẫn còn nhiều.

3.5. Vị trí đường gãy xương hàm dưới với gãy xương hàm trên

Các vị trí gãy XHD \ Gãy XHT	Gãy XHT	Tỷ lệ (%)
Cằm	38	41,75
Cành ngang	3	3,29
Góc hàm	12	13,18
Cành cao	1	1,09
Lỗi cầu	24	26,37
Mòm vệt	16	17,58
Gãy xương ổ răng hàm dưới	29	31,86

Theo kết quả nghiên cứu, trên 91 bệnh nhân từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2016 tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội thì bệnh nhân có đường gãy xương hàm dưới tại vị trí cằm phối hợp gãy xương hàm trên chiếm tỷ lệ cao nhất 41,75%, điều này phản ánh do trong khi tai nạn, các chấn thương vùng cằm là nơi dễ tiếp xúc nhất và là vị trí dễ bị chấn thương nhất. Vì xương ổ răng và răng hàm dưới là vị trí gần với vùng cằm nhất, nên nó cũng bị ảnh hưởng của chấn thương cũng khá cao 31,86%. Sau đó đến các vị trí khác như lỗi cầu 26,37%, mòm vệt 17,58%, góc hàm 13,18%, và hai vị trí có tỷ lệ chấn thương thấp nhất là cành ngang 3,29%, cành cao 1,09%.

3.6. Số lượng đường gãy XHD với các hình thái gãy

Số lượng đường gãy XHD \ Hình thái gãy XHT	Gãy một đường		Gãy hai đường		Gãy > 2 đường	
	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Gãy Lefort I	2	2,19	2	2,19	0	0
Gãy Lefort II	3	3,29	1	1,09	0	0
Gãy Lefort III	0	0	3	3,29	0	0
Gãy dọc bên	43	47,3	28	30,7	3	3,29
Gãy dọc giữa	13	14,3	3	3,29	0	0

Trong nghiên cứu về số lượng đường gãy xương hàm dưới với các hình thái gãy xương hàm trên, thì tỷ lệ gãy dọc bên xương hàm trên phối hợp với gãy một đường xương hàm dưới chiếm tỷ lệ cao nhất 47,3%. Điều này phản ánh được vấn đề tai nạn ở Việt Nam tuy là rất nhiều, nhưng về sự phức tạp thì chiếm tỷ lệ rất ít. So với tình hình tai nạn ở một số nước tiến bộ trên thế giới, thì nguyên nhân tai nạn chủ yếu là tai nạn giữa ô tô và ô tô, ô tô và xe máy, còn riêng ở Việt Nam nói chung và liên quan đến đề tài nói riêng, thì chủ yếu tai nạn là tai nạn giao thông và có liên quan đến xe máy là nhiều nhất. Trong

số các hình thái gãy xương hàm trên thì gãy dọc bên là chiếm tỷ lệ cao nhất 80,2%, trường hợp gãy dọc giữa phối hợp gãy ngang chiếm tỷ lệ thấp nhất 2,19%. Gãy riêng dạng Lefort I phối hợp gãy một đường xương hàm dưới có hai trường hợp chiếm 2,19%, đây là dạng hiếm gặp nên chiếm tỷ lệ ít hơn. Một số nghiên cứu của các tác giả khác với mẫu nghiên cứu lớn hơn cũng cho kết quả tương tự.

Gãy Lefort II là hình thái lâm sàng gãy ngang xương hàm trên hay gặp nhất. Đây là dạng gãy gặp ở bệnh nhân ngã trong tư thế đập thẳng mặt xuống đất. Hình thái gãy này liên quan tới

một dấu hiệu là chảy máu mũi khi thăm khám, trên X-quang là dấu hiệu mờ xoang hàm. Gãy phối hợp xương hàm dưới một đường với hình thái gãy Lefort II chiếm tỷ lệ 3,29%, riêng với phối hợp gãy xương hàm dưới hai đường 1,09%, không có trường hợp nào gãy phối hợp xương hàm dưới trên hai đường với hình thái gãy Lefort II.

Gãy xương hàm dưới phối hợp dạng Lefort III ít gặp hơn Lefort II những hay gặp hơn Lefort I (3,29%). Đây là tổn thương nặng nhất trong các dạng gãy ngang vì nó thường kèm theo chấn thương sọ não do vị trí gãy nát nền sọ vì vậy bệnh nhân cần được theo dõi chấn thương sọ não chặt chẽ trước khi xử lý chấn thương xương hàm.

3.7. Các hình thái gãy phối hợp XHD-XHT đơn thuần và phối hợp các tổn thương khác

Chấn thương khác phối hợp	Gãy phối hợp XHD - XHT	Tỷ lệ %
Gãy phối hợp XHD-XHT đơn thuần	43	47,2
Gãy gò má cung tiếp	37	40,65
Gãy gò má cung tiếp+ Chấn thương sọ não	0	0
Gãy gò má cung tiếp+ Chấn thương khác	5	5,48
Chấn thương khác	5	5,48

Chúng tôi nhận thấy rằng, chấn thương hàm mặt với biểu hiện lâm sàng gãy xương hàm dưới phối hợp gãy xương hàm trên đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất 47,2%, còn gãy xương hàm dưới phối hợp gãy xương hàm trên phối hợp gãy gò má cung tiếp và chấn thương sọ não không gặp trường hợp nào 0%.

Gãy dọc xương hàm trên là một tổn thương khá kín đáo, ít dấu hiệu lâm sàng do ít di lệch, thường phát hiện nhờ chụp X-quang. Gãy xương hàm trên thường kèm theo chấn thương sọ não ở mức độ nhẹ hoặc trung bình, rất ít trường hợp nặng, số còn lại chỉ đơn thuần là chấn động não. Đây là điểm khác biệt so với nghiên cứu của một số tác giả khác trên thế giới. Sở dĩ có điều khác biệt ở đây là vì tai nạn giao thông xảy ra ở các nước phát triển chủ yếu là tai nạn ô tô. Còn ở Việt Nam, tai nạn giao thông chủ yếu là do tai nạn xe máy, theo nghiên cứu này là 85,2%.

Điều này phản ánh là do điều kiện giao thông ở nước ta còn hạn chế, phương tiện tham gia giao thông là xe máy, tai nạn thường do va chạm là chính. Bệnh nhân ngã khỏi xe máy, đập mặt xuống đường, chấn thương sẽ nhẹ hơn khi phương tiện tham gia giao thông là ô tô, trong điều kiện giao thông hoàn thiện, chạy với tốc độ cao, tai nạn xảy ra sẽ có lực sang chấn rất lớn, tổn thương hàm mặt kèm theo CTSN nặng. Như vậy, mặc dù các tổn thương phối hợp với CTSN được tổng kết ở mức độ nhẹ, trung bình nhưng do tính chất và hình thái tổn thương hàm mặt ngày càng trở nên đa dạng và phức tạp. Ngày nay, ít gặp những dạng gãy Lefort đơn thuần, trên thực tế hình dạng đường gãy phong phú và phức tạp hơn nhiều.

Theo thống kê, trong số tai nạn sinh hoạt như tự ngã cầu thang, cưỡi trâu bò ... hay như tai

nạn lao động, thì tỷ lệ bệnh nhân chấn thương theo hình thái gãy Lefort không có trong thống kê này.

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu "Dịch tễ học lâm sàng gãy phối hợp xương hàm trên và xương hàm dưới tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội từ 1/2015-12/2016", chúng tôi có kết luận sau: Bệnh nhân bị tai nạn gãy phối hợp xương hàm trên và xương hàm dưới nam nhiều hơn nữ rất đáng. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 20-29 tuổi. Nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông xe mô tô hai bánh chiếm 84,61%. Bệnh nhân đa phần là những người làm trong các ngành nghề khác như lực lượng vũ trang, làm nghề tự do... chiếm 29,68%. Tỷ lệ gãy phối hợp xương hàm dưới vùng cằm với gãy xương hàm trên chiếm tỷ lệ cao nhất 41,75%. Tỷ lệ gãy phối hợp xương hàm dưới một đường với gãy xương hàm trên dọc bên chiếm tỷ lệ cao nhất 47,3%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **J.W.Rohen, C.Yokochi, Elke Lutjen-Drecoll (2002)**, Atlas giải phẫu người, Tiến sĩ Nguyễn Văn Huy, Thạc sỹ Vũ Bá Anh dịch, NXB Y học, 26-45.
4. **Dechame M, Grellet M (1980)**, Fractures de la face, Precis de stomatologie 5e edition Masson III, 196- 211.
5. **Nguyễn Hoàn Đức (1979)**, Chấn thương vùng hàm mặt, Răng hàm mặt (tập 2), NXB Y học, 239-285.
6. **Fasola AO, Nyako EA, Obiechina AE, Arotiba JT (2003)**, Trends in the characteristics of maxillofacial fractures in Nigeria. J Oral Maxillofac Surg 2003 Oct; 61(10): 3 – 1140
7. **Kontior R, R Suuronen, Ponkkonen H, Lindqvist C, Laine P (2005)**, Have the causes of maxillofacial fractures changed over the last 16 years in Finland. An epidemiological study of 725 fractures. Den Traumatol. 2005 Feb; 21(1): 9 – 14.

CÁC BỆNH LÝ KÈM THEO THƯỜNG GẶP TRONG HỘI CHỨNG NGỪNG THỞ DO TẮC NGHẼN KHI NGỦ

Nguyễn Thanh Bình*, Phạm Thắng**

TÓM TẮT²⁷

Mục tiêu: Tìm hiểu về các bệnh lý đi kèm trong hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 bệnh nhân, 48 nam, 22 nữ, các bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định là ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ. Tất cả bệnh nhân được khám tim mạch, tai mũi họng và xét nghiệm sinh hóa máu đầy đủ. **Kết quả:** 65% bệnh nhân có rối loạn lipid máu, 50% bệnh nhân có tăng huyết áp ở các giai đoạn 1, 2 và 5% bệnh nhân có rung nhĩ và rối loạn nhịp tim, 6,66% bệnh nhân có tiền sử tai biến mạch máu não. **Kết luận:** cần chú ý đến hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn trên nhóm bệnh nhân có rối loạn chuyển hóa và bệnh lý tim mạch và ngược lại, đặc biệt là các bệnh nhân tăng huyết áp có kèm theo các yếu tố nguy cơ của ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ.

Từ khóa: hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ, bệnh chuyển hóa, bệnh lý im mạch.

SUMMARY

THE COMMON ASSOCIATED DISEASES OF OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME

Purpose: To study about the diseases associated with obstructive sleep apnea syndrome. **Subjects and methods of study:** A cross-sectional descriptive study on 60 patients, 48 male, 22 female, who were diagnosed as obstructive sleep apnea. Patients were examined for cardiovascular, ear – nose – throat (ENT) and full blood biochemical tests. **Results:** 65% of patients had dyslipidemia, 50% had hypertension at stages 1, 2 and 5% of patients with atrial fibrillation and arrhythmia, 6,66% of patients with a history of stroke. **Conclusion:** Attention should be paid to obstructive apnea syndrome in patients with metabolic disorders and cardiovascular disease and vice versa, especially hypertensive patients with risk factors of obstructive sleep apnea.

Key words: sleep apnea syndrome,, metabolic disorders, cardiovascular disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ngừng thở khi ngủ là một bệnh lý thường gặp ở người trưởng thành và gia tăng theo tuổi với tỉ lệ mắc từ 4-7%, nam gặp nhiều hơn nữ. Hiện nay có nhiều nghiên cứu cho thấy

tần suất của hội chứng này tăng trong những bệnh lý khác. Người bị hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn gia tăng nguy cơ mắc và tử vong do bệnh lý tim mạch, thần kinh. Những nghiên cứu trước đây đã cho thấy rằng hội chứng này có thể đi kèm với cao huyết áp trong khoảng 50% trường hợp và ngược lại, trên 50% trường hợp cao huyết áp bị ngừng thở do tắc nghẽn, đặc biệt đối với những bệnh nhân tăng huyết áp kháng trị thì tần suất của hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn là 80% [4]. Hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn còn liên quan đến các bệnh lý rối loạn chuyển hóa như đái tháo đường, tăng lipid máu [4]. Ở Việt Nam, hội chứng này còn chưa được chẩn đoán sớm cũng như chưa đánh giá được hết các bệnh lý kèm theo. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Các bệnh lý kèm theo thường gặp của hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ" nhằm mục tiêu tìm hiểu về các bệnh lý kèm theo trong hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ.

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 từ 1-2009 đến 12-2012.

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 bệnh, khám bệnh và làm các thăm dò cận lâm sàng theo một quy trình chung. Tất cả bệnh nhân được ghi đa ký giấc ngủ trên cùng một máy ghi.

Số liệu được xử lý theo chương trình SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu trên 60 bệnh nhân gồm 42 bệnh nhân nam, 18 bệnh nhân nữ. Số bệnh nhân ngừng thở mức độ nhẹ là 21 (35%), trung bình: 16 (26,7%) và nặng là 38,3%.

3.2. Đặc điểm về bệnh lý đi kèm

*

**

Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Bảng 3.1. Các bệnh lí kèm theo hoặc tiền sử đặc biệt

Các bệnh kèm theo	Số bệnh nhân	Tỉ lệ % (n = 60)
Đái tháo đường typ II	9	15,00
Tăng huyết áp	30	50,00
Rung nhĩ	2	3,33
Tăng lipid máu	39	65,00
Bệnh Parkinson	2	3,33
Tiền sử nhồi máu não	4	6,66
Tai mũi họng (amidan quá phát)	15	25,0
Hút thuốc lá	11	18,33
Tiền sử uống rượu	23	38,33
Tiền sử gia đình có rối loạn giấc ngủ	13	21,66
Mãn kinh	14	23,33

Nhận xét: Rối loạn chuyển hóa lipid (65%) và tăng huyết áp (50%) chiếm tỉ lệ cao nhất trong số các bệnh kèm theo của hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ.

Bảng 3.2. Kết quả xét nghiệm lipid máu

Lipid máu	Giá trị trung bình	Tỉ lệ trường hợp bất thường (%) (n = 60)
Cholesterol (mmol/l)	5,34 ± 1,34	50
Triglycerid (mmol/l)	2,51 ± 1,29	65
HDL- C (mmol/l)	1,24 ± 0,51	6,66
LDL- C (mmol/l)	3, 11 ± 1,13	28,33

Nhận xét: Trong các bệnh nhân có rối loạn chuyển hóa lipid, tăng triglycerid và cholesterol là biểu hiện thường gặp nhất.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tăng huyết áp và bệnh lý tim mạch

Hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ thường kèm theo tăng huyết áp, xơ vữa động mạch, bệnh lí mạch vành và tăng huyết áp [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 50% bệnh nhân có tăng huyết áp đều ở giai đoạn 1, 2 và 5% bệnh nhân có rung nhĩ và rối loạn nhịp tim. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới, tỉ lệ bệnh nhân tăng huyết áp dao động từ 30 - 80% tùy thuộc mức độ của hội chứng. Trong một nghiên cứu 2965 bệnh nhân bị hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ, 58% đến 66% (tùy thuộc vào mức độ của bệnh) có tăng huyết áp và 21,7 - 28,4% có bệnh lí tim mạch khác. MohSelin và cộng sự nghiên cứu trên 736 bệnh nhân ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ, 48% nam và 46% nữ có tăng huyết áp, so với nhóm chứng 315 người chỉ có 26% cả nam và nữ có tăng huyết áp [trích 1]. Ryan M.C nghiên cứu trên 22 bệnh nhân thấy 81,8% có tăng huyết áp, 72,7 % tăng lipid máu , 45,5% bị đái tháo đường và rung nhĩ là 13,6% [2].

Khi tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể được kiểm soát tốt, thì nguy cơ bệnh nhân có ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn cũng có tăng huyết áp tăng lên khoảng 4%. Bệnh nhân có hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ nếu được điều trị tốt cũng góp phần giảm huyết áp đáng kể [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có một bệnh

nhân được gửi tới từ Viện Tim mạch Trung ương với chẩn đoán là tăng huyết áp, không đáp ứng với điều trị thuốc, nghi ngờ ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ với các biểu hiện ngủ ngáy, cơn ngạt thở trong đêm, thức dậy nhiều lần khi ngủ. Sau khi được chẩn đoán xác định và tiến hành điều trị thở áp lực dương liên tục, huyết áp bệnh nhân ổn định sau hai tuần điều trị.

Hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn thường kết hợp với một số bệnh lí tim mạch và nó đã trở thành một vấn đề quan trọng của sức khỏe cộng đồng . Theo Dreher M.H, ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ có ảnh hưởng lớn đến hệ tim mạch. Trong cơn ngừng thở, huyết áp có xu hướng giảm xuống và tăng lên ở cuối cơn ngừng thở. Trong một vài trường hợp, huyết áp tâm thu có thể lên tới 300mmHg, và huyết áp cao làm ảnh hưởng đến các tạng và dễ dẫn đến tai biến mạch não. Nhu cầu oxy cần cho tim hoạt động trong giai đoạn ngừng thở tăng, tuy nhiên lúc này nồng độ oxy lại giảm nhanh và giảm oxy máu dẫn đến giảm cung cấp oxy cho cơ tim, từ đó ảnh hưởng đến huyết áp tâm thu và tâm trương [3].

Rối loạn hô hấp khi ngủ thường kết hợp với các bệnh lí khác như tăng huyết áp, bệnh tim và phổi là những bệnh dễ dẫn đến tử vong. Những nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng thậm chí với những bệnh nhân có chỉ số ngừng thở, giảm thở là 5 cũng có nguy cơ rất cao bị tăng huyết áp.

Trong khi nguyên nhân và hậu quả của rối loạn hô hấp khi ngủ và các bệnh lý tim mạch chưa được xác định rõ ràng thì tỉ lệ rối loạn hô hấp vẫn tăng lên cùng với nguy cơ tăng cao các bệnh lý tim mạch, bao gồm tăng huyết áp, bệnh lý mạch vành và tai biến mạch não. Rối loạn hô hấp khi ngủ hay gặp ở nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ cao hơn ở các bệnh nhân có tăng huyết áp và biểu hiện nặng hơn ở nhóm người châu Mỹ, châu Phi hơn là châu Âu [1], [5].

4.2. Tai biến mạch não: Trong nghiên cứu này chúng tôi gặp 4 trường hợp bệnh nhân có tiền sử bị tai biến mạch não đều là nhồi máu não, 2 trường hợp có di chứng liệt nhẹ nửa người, chiếm tỉ lệ 6,66% trong nhóm nghiên cứu. Chúng tôi chưa có điều kiện làm nghiên cứu riêng về các trường hợp ngừng thở do tắc nghẽn trên các bệnh nhân tai biến mạch não. Tuy nhiên mối liên quan giữa đột quỵ và ngừng thở do tắc nghẽn đã được đề cập đến nhiều trên các công trình nghiên cứu trên thế giới.

Các nghiên cứu cho thấy tỉ lệ ngừng thở tắc nghẽn trên bệnh nhân đột quỵ não dao động từ 44% đến 72%. Trong nhóm bệnh nhân tai biến mạch não, các yếu tố nguy cơ như béo phì ít gặp hơn và bệnh nhân cũng ít có biểu hiện của chứng ngủ nhiều ban ngày. Trên các bệnh nhân đột quỵ não, tỷ lệ mắc ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ tăng cao bốn đến sáu lần so với nhóm không đột quỵ. Sau giai đoạn đột quỵ, bệnh nhân có ngừng thở do tắc nghẽn cũng có tỷ lệ tử vong và di chứng cao hơn so với nhóm không có hội chứng này [1].

Capampagan D [5] khẳng định ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ là yếu tố nguy cơ độc lập của tai biến mạch não. Chỉ số ngừng thở, giảm thở khi ngủ càng cao thì nguy cơ tai biến mạch não càng tăng. Các nghiên cứu gần đây chứng minh rằng sự thiếu oxy nhắc lại liên tiếp dẫn đến tăng hoạt động của hệ thần kinh giao cảm, từ đó dẫn đến tăng huyết áp và tình trạng tăng huyết áp này được duy trì cả khi thức. Tình trạng giảm oxy tái diễn này cũng gây ra suy giảm chức năng nội mạc thành mạch. Ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ còn liên quan đến một loạt các yếu tố dễ dẫn đến xơ vữa động mạch. Azrt M nghiên cứu cắt ngang 1.475 bệnh nhân nhận thấy bệnh nhân có ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ có nguy cơ bị tai biến mạch não gấp 4,5 lần so với nhóm chứng. Sinh lý bệnh học liên quan giữa tai biến mạch não và hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn chưa được hiểu biết một cách đầy đủ, nhưng nhiều nghiên cứu cho là do đa yếu tố [4].

Peperel và cộng sự nghiên cứu trên các bệnh nhân có rối loạn hô hấp khi ngủ, nhận thấy điều trị thở áp lực dương liên tục có tác dụng giảm huyết áp trung bình 3mmHg, cứ giảm 1mmHg của huyết áp sẽ giảm được 5% nguy cơ tai biến mạch não, như vậy nếu giảm được 3mmHg sẽ giảm được 15% nguy cơ tai biến mạch não [trích 2].

4.3. Các bệnh lý chuyển hóa

Balkau và cộng sự [6] cho rằng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ rất phổ cập trên các bệnh nhân mắc đái tháo đường typ 2, liên quan đến insulin và kháng insulin đã được khẳng định qua các thử nghiệm lâm sàng. Cả độ nhạy insulin và bài tiết insulin đều liên quan đến rối loạn hô hấp trong khi ngủ, được đánh giá bằng chỉ số ngừng thở, giảm thở và tác giả khẳng định rằng rối loạn hô hấp khi ngủ dẫn đến kháng insulin. Nồng độ insulin cao có liên quan chặt chẽ với ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ, đặc biệt là ở nam giới. Kết quả này hoàn toàn độc lập với các yếu tố nguy cơ chính khác như tuổi, giới, vòng bụng lớn.

Tỷ lệ ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ dao động từ 23% đến 86% trong nhóm bệnh nhân đái tháo đường. Sự khác biệt này có thể khác nhau ở mẫu nghiên cứu, thiết kế nghiên cứu, loại nghiên cứu và giữa các nước do đặc điểm nhân chủng học khác nhau [1], [4], [6].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi gặp 15% bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường typ 2 đang được điều trị, nam chiếm ưu thế (bảng 3.1). Kết quả này tương tự với nhận định của các tác giả khác. Và để tìm hiểu rõ hơn về mối liên quan giữa ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ và đái tháo đường, cần có những nghiên cứu sâu hơn và chọn lọc hơn để đưa ra được các khuyến cáo tốt hơn trong công tác tầm soát bệnh nhân ngừng thở do tắc nghẽn trong nhóm các bệnh nhân mắc đái tháo đường. Chúng tôi cũng thống nhất với khuyến cáo nên tiến hành ghi đa ký giấc ngủ cho các bệnh nhân có các triệu chứng ngừng thở do tắc nghẽn và có một trong số các biểu hiện dưới đây: bệnh lý tim mạch, tăng huyết áp, bệnh mạch vành, phàn nàn về giấc ngủ, béo phì, đái tháo đường, rung nhĩ tái phát và có vòng cổ lớn.

Ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ có liên quan đến rối loạn chuyển hóa lipid, viêm hệ thống, rối loạn chức năng nội mạc và xơ động mạch. Các nghiên cứu giải thích rằng có sự tăng lipid máu là do sự giảm oxy tái diễn trong đêm [1], [3]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn chuyển hóa lipid rất cao, 65%. Kết quả này cho thấy cần kiểm tra xét nghiệm lipid máu trên các bệnh nhân ngừng thở do tắc nghẽn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong các bệnh nhân ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ rất thường gặp các bệnh lý về tim mạch và rối loạn chuyển hóa. Vì vậy cần chú ý đến hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn trên nhóm bệnh nhân này, đặc biệt là các bệnh nhân tăng huyết áp có kèm theo các yếu tố nguy cơ của ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Barbara P, Meir HK (2005)**, "Management of Obstructive Sleep Apnea-Hypopnea Syndrome, Overview", *Principles and Practice of Sleep Medicine*, Kryger M.H, Roth T., Dement W.C, Elsevier Saunders, 4th ed, part 2, section 12, pp 1109-1121.
2. **Ryan M. C, Bayley M, Green R et al (2011)**, "Influence of Continuous Positive Airway Pressure on Outcomes of Rehabilitation in Stroke Patients with Obstructive Sleep Apnea", *Stroke*, 42, pp 1062-1067.
3. **Dreher M.H, Willard R.M, Reishtein J.I (2009)**, "Taking Obstructive Sleep Apnea to Heart", *Nursing Critical Care*, vol 4, Number 4, pp 10-15.
4. **Arzt M, Young T, Peppard P.E et al (2010)**, "Dissociation of Obstructive Sleep Apnea from Hypersomnolence and Obesity in Patients with Stroke", *Stroke*, 41, pp 129-134
5. **Capampangan D. J, Wellik K.E, Parish J.M et al (2010)**, "Is Obstructive Sleep Apnea an Independent Risk Factor for Stroke?", *A Critically Appraised Topic the Neurologist*, Vol 16, Number 4, 269-273.
6. **Balkau B, Vol S, Loko S et al (2010)**, "High Baseline Insulin Levels Associated with 6-Year Incident Observed Sleep Apnea", *Diabetes Care* 33, pp1044-1049.
7. **Lam D, Lui M.S, Lam C.M et al (2010)**, "Prevalence and Recognition of Obstructive Sleep Apnea in Chinese Patients with Type 2 Diabetes Mellitus", *Chest*, 138(5), pp 1101-1107.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ NIỆU ĐỘNG HỌC Ở PHỤ NỮ SÓN TIỂU GẮNG SỨC TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC NĂM 2010-2014

Đỗ Đào Vũ¹, Lê Nguyễn Vũ²

TÓM TẮT²⁸

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và đặc điểm niệu động học ở phụ nữ són tiểu gắng sức tại bệnh viện Việt Đức năm 2010-2014. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 36 nữ bệnh nhân bị són tiểu gắng sức. Số bệnh nhân bị són tiểu mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (66,6%). Són tiểu mức độ nhẹ và nặng đều chỉ chiếm 16,7%. 100% bệnh nhân trong nghiên cứu đều có các dấu hiệu lâm sàng đặc trưng của són tiểu gắng sức và kết quả niệu động học cho thấy chỉ có 5/36 bệnh nhân (13,89%) có bàng quang tăng hoạt phổi hợp. **Kết luận:** Són tiểu gắng sức ảnh hưởng nhiều đến chất lượng sống và thường không khó khăn trong chẩn đoán chính xác bệnh. Việc chẩn đoán sớm và đúng thể sẽ giúp cho điều trị có hiệu quả cho những bệnh nhân này.

Từ khóa: són tiểu gắng sức

SUMMARY

A STUDY ON CLINICAL AND URODYNAMICS CHARACTERISTICS OF FEMALE STRESS INCONTINENCE IN VIET DUC HOSPITAL BETWEEN 2010 AND 2014

Objective: To describe the clinical and urodynamics characteristics of stress incontinence in

Viet Duc's female patients between 2010 and 2014.

Subject and methodology: a cross sectional study on 36 female patients with stress incontinence.

Result: The number of patients with moderate incontinence accounted for the highest rate (66.6%); light and severe incontinence shared the same percentage of 16.7%. 100% of our study's subjects experienced typical characteristics of stress incontinence, and urodynamic tests showed that 5 out of 36 patients (13.89%) had a mixed overactive bladder. **Conclusion:** Stress incontinence had significant effects on life quality, and it is not difficult to diagnose the symptom. Timely and accurate diagnosis can help lead to effective treatment.

Key words: stress incontinence

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Són tiểu gắng sức là hiện tượng nước tiểu són qua niệu đạo ngoài ý muốn khi tăng áp lực trong ổ bụng do các hoạt động như ho, cười, hắt hơi... ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của nhiều phụ nữ. Tỷ lệ mắc thay đổi theo các nghiên cứu, ở Trung Quốc tỷ lệ nữ giới mắc bệnh chiếm 18,9%, Nhật Bản 7-10% phụ nữ dưới 65 tuổi và 10 – 15% trên 65 tuổi, tỷ lệ này ở Mỹ là 15 – 35 % những phụ nữ trong độ tuổi trưởng thành [1]. Ở Việt Nam, một nghiên cứu điều tra tình trạng són tiểu của nữ nhân viên BV Bạch Mai chiếm tỷ lệ khá cao với 25,4%[2]. Són tiểu gắng sức không gây nguy hiểm trực tiếp đến tính mạng nhưng ảnh hưởng nhiều đến chất lượng sống của người bệnh. Ở nước ta việc chẩn đoán và điều trị són tiểu gắng sức ngày càng được quan

¹Bệnh viện Bạch mai

²Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đào Vũ

Email: dodaovurehabi@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

tâm với sự ra đời của các đơn vị điều trị nội khoa và can thiệp ngoại khoa. Tuy nhiên, theo khảo sát của chúng tôi, chưa có nhiều bài báo phân tích đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng chứng són tiểu gắng sức giúp các thầy thuốc lâm sàng chẩn đoán chính xác, phát hiện sớm để điều trị có hiệu quả cho bệnh nhân. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: “Mô tả đặc điểm lâm sàng và đặc điểm niệu động học ở phụ nữ són tiểu gắng sức tại bệnh viện Việt Đức năm 2010-2014”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân nữ được chẩn đoán són tiểu gắng sức theo định nghĩa ICS – 2002

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: (1) Són tiểu do đầy tràn, són tiểu gấp đơn thuần; (2) Xơ cứng cổ bàng quang, niệu đạo do điều trị tia xạ; (3) Són tiểu do bệnh lý đường tiết niệu dưới do nguyên nhân thần kinh; (4) són tiểu do rò bàng quang – âm đạo, rò niệu quản – âm đạo, các bất thường về giải phẫu.

2.1.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: đề tài được tiến hành tại bệnh viện Việt Đức từ 1/2010 đến 6/2014

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 cách chọn mẫu

Cỡ mẫu: có 36 bệnh nhân nữ són tiểu gắng sức thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

Chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ đích những bệnh nhân nữ són tiểu gắng sức thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn đến khám và điều trị tại bệnh

viện Việt Đức

2.2.3. Vật liệu và các công cụ phục vụ nghiên cứu: Mẫu bệnh án nghiên cứu, mẫu đồng ý tham gia nghiên cứu, chúng tôi sử dụng câu số 3,4 của bộ thang điểm UDI-6 (Urinary Distress Inventory 6) để đánh giá mức độ són tiểu gắng sức. Máy niệu động học do hãng Laborie sản xuất tại Canada.

2.2.4. Các chỉ số đánh giá: Tuổi, thời gian bị bệnh, số lần sinh đẻ, tiền sử phẫu thuật sản khoa, tình trạng kinh nguyệt, thời gian bị bệnh, mức độ són tiểu theo thang điểm UDI 6 (câu 3,4), dấu hiệu lâm sàng (Boney, gắng sức khi ho, di động niệu đạo quá mức), đặc điểm niệu động học (bàng quang tăng hoạt, bàng quang bình thường)

2.2.5. Quy trình thăm dò niệu động học theo quy trình kỹ thuật Bộ y tế: BN nằm ở tư thế sản khoa; một ống thông 8-french 2-lumen được đặt qua niệu đạo vào bàng quang và được cố định bằng băng y tế khi bàng quang đã được làm trống hoàn toàn. Phép đo áp lực bàng quang liên tục với tốc độ 30ml/phút bằng dung dịch muối vô trùng ở nhiệt độ phòng. Việc đổ đầy bàng quang kết thúc khi BN có mong muốn đi tiểu và không thể trì hoãn được hoặc rỉ tiểu nhiều hoặc BN báo bất kỳ khó chịu nào. Sau khi hoàn thành giai đoạn đổ đầy, BN được yêu cầu đi tiểu.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu thu được xử lý bằng chương trình thống kê Stata 14.0. 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.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài thông qua hội đồng y đức bệnh viện Việt Đức

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

<p>Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhân nghiên cứu theo nhóm tuổi (n=36) Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 51,9 ± 8,4 (thấp nhất 34, cao nhất 74 tuổi); trong đó nhóm tuổi 51-60 chiếm tỷ lệ cao nhất 50%.</p>	<p>Biểu đồ 2. Phân bố mức độ són tiểu theo thang điểm UDI-6 (n=36) Số bệnh nhân bị són tiểu mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (66,6%), són tiểu mức độ nhẹ và nặng đều chiếm 16,7%</p>

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo số lần sinh đẻ

Số lần sinh	Số lượng bệnh nhân (n=36)	Tỷ lệ (%)
01 lần	0	0
02 lần	28	77,8
03 lần	6	16,7
04 lần	2	5,5
Trung bình (TB±SD)	2,3 ± 0,6	

Bệnh nhân có số lần sinh nhiều nhất là 4 (5,5%), không có trường hợp nào sinh còn 1 lần. Trung bình số lần sinh của đối tượng bệnh nhân nghiên cứu là 2,3± 0,6 lần.

Bảng 2. Tỷ lệ bệnh nhân nghiên cứu theo tình trạng kinh nguyệt

Tình trạng kinh nguyệt	Số lượng bệnh nhân (n=36)	Tỷ lệ (%)
Còn kinh	13	36,1
Mãn kinh	23	63,9

Số bệnh nhân đã mãn kinh chiếm đa số 23/36 bệnh nhân (chiếm 63,9%).

Bảng 3. Phân bố bệnh nhân theo chỉ số BMI

Chỉ số BMI cm ² /kg	Số lượng bệnh nhân (n=36)	Tỷ lệ (%)
BMI < 18,5	0	0
18,5 ≤ BMI ≤ 22,9	13	36,1
BMI > 23	23	63,9
Trung bình±SD (min-max)	22,9 ± 2,4 (18,7-30,9)	

Đa số bệnh nhân bị thừa cân 23/36 bệnh nhân (chiếm 63,9%). Chỉ số BMI trung bình của đối tượng nghiên cứu là 22,9± 2,4; thấp nhất là 18,7 và cao nhất là 30,9.

Bảng 4. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật sản khoa

Tiền sử phẫu thuật	Số lượng bệnh nhân (n=36)	Tỷ lệ (%)
Có tiền sử phẫu thuật sản khoa	10	27,8
Không có tiền sử phẫu thuật sản khoa	23	72,2

Số bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật sản khoa 10/36 bệnh nhân chiếm 27,8% trong số đối tượng nghiên cứu, chủ yếu là mổ đẻ và mổ u xơ tử cung

Bảng 5. Thời gian bệnh nhân bị són tiểu gắng sức

Thời gian bị són tiểu	Số lượng bệnh nhân (n=36)	Tỷ lệ (%)
< 1 năm	5	13,9
1-3 năm	16	44,4
3-5 năm	3	8,3
>5 năm	12	33,3
Trung bình±SD (tháng)	55,6 ± 41,3 (6 - 120)	

Bệnh nhân bị són tiểu từ 1-3 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 16 bệnh nhân (chiếm 44,4%); tiếp đến là sau 5 năm 12 bệnh nhân chiếm 33,3%. Thời gian bị trung bình 55,6 ± 41,3 tháng; ngắn nhất là 6 tháng, lâu nhất là 120 tháng.

Bảng 6. Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng lâm sàng són tiểu gắng sức

Dấu hiệu lâm sàng	Số BN (n=36)	Tỷ lệ (%)
Nghiệm pháp Boney (+)	36	100,0
Nghiệm pháp són tiểu khi ho	36	100,0
Di động niệu đạo quá mức	36	100,0

100% bệnh nhân đều có các dấu hiệu lâm sàng đặc trưng của són tiểu gắng sức.

Bảng 7. Kết quả niệu động học ở nhóm bệnh nhân són tiểu gắng sức

	Số lượng bệnh nhân (n=36)	Tỷ lệ (%)
Bàng quang tăng hoạt	5	13,89
Bàng quang bình thường	31	86,11

Phần lớn bệnh nhân són tiểu gắng sức có chức năng bàng quang bình thường khi thăm dò niệu động học, chỉ có 5 bệnh nhân (13,89%) có bàng quang tăng hoạt phối hợp.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi là $51,9 \pm 8,4$ tuổi, thấp nhất là 34 tuổi, cao nhất là 74 tuổi, trong đó độ tuổi gặp nhiều nhất là 51- 60 (chiếm khoảng 50%). Đối tượng bệnh nhân của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tiến (2012) [3]. Theo y văn, phụ nữ lớn tuổi có tỷ lệ mắc bệnh tăng hơn do các yếu tố về giải phẫu tăng sinh môn thay đổi sau sinh đẻ và sự giảm sút nội tiết tố sinh dục nữ gây ra [1-4]. Thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm nghiên cứu là $55,6 \pm 41,3$ tháng (ngắn nhất là 06 tháng và dài nhất là 120 tháng). Khảo sát một số đặc điểm khác của đối tượng nghiên cứu cho thấy, bệnh nhân có số lần sinh nhiều nhất là 4 (5,5%), không có trường hợp nào sinh còn 1 lần, trung bình là $2,3 \pm 0,6$ lần. Bệnh nhân đã mãn kinh chiếm đa số 63,9%; thừa cân chiếm 63,9%. Chỉ số BMI trung bình của đối tượng nghiên cứu là $22,9 \pm 2,4$; thấp nhất là 18,7 và cao nhất là 30,9. Số bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật sản khoa chiếm 27,8% trong số đối tượng nghiên cứu, chủ yếu là mổ đẻ và mổ u xơ tử cung. Các đối tượng trong nghiên cứu chúng tôi có tỷ lệ mắc nguy cơ bị són tiểu gắng sức khá cao. Để điều trị chứng bệnh này, song song với các liệu pháp điều trị cơ bản, việc điều chỉnh lối sống, tập luyện để cho bệnh nhân là cần thiết. Kết quả bảng 5 cho thấy, thời gian bị bệnh khá đương với kết quả báo cáo của Kim và cộng sự, 30,7% bị bệnh 2-3 năm, 35 % bệnh nhân bị bệnh trên 6 năm [4], nhưng dài hơn so với của Nguyễn Văn Hưng là $72,5 \pm 58,97$ tháng [5]. Như vậy có thể thấy phần lớn bệnh nhân chịu đựng tình trạng này rất lâu mới đi khám, đây cũng là sự hạn chế hiểu biết của bệnh nhân cho rằng không có cách nào chữa trị mà phải chấp nhận. Điều này đặt ra vấn đề cần phải được tuyên truyền giáo dục nhiều hơn để nhóm bệnh nhân này được tiếp cận và điều trị sớm, đúng cách.

Các nghiệm pháp như Boney, nghiệm pháp ho hay khám niệu đạo thường được áp dụng để sàng khi khám lâm sàng và có ý nghĩa trong chẩn đoán bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các nghiệm pháp thăm khám đều dương tính. Nghiệm pháp này cũng được đề cập đến trong các nghiên cứu của các tác giả trong nước như Nguyễn Văn Hưng [5] và Lê Sỹ Trung [6] tất cả bệnh nhân són tiểu gắng sức đều cho kết quả dương tính. Đánh giá mức độ són tiểu gắng sức theo hai câu hỏi 3 và 4 của thang UDI 6, cho thấy số bệnh nhân bị són tiểu mức độ

trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (66,6%). Són tiểu mức độ nhẹ và nặng đều chiếm 16,7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tiến [3]. Về đặc điểm niệu động học bệnh nhân có són tiểu gắng sức, nghiên cứu chúng tôi cho thấy có 31 bệnh nhân có kết quả niệu động học bình thường, còn 5 bệnh nhân có bàng quang tăng hoạt phối hợp. Phân tích kết quả 5 bệnh nhân này chúng tôi nhận thấy, ngoài són tiểu gắng sức có kèm theo bàng quang tăng hoạt, có 2 bệnh nhân có kèm theo són tiểu gấp. Như vậy có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân són tiểu gắng sức có thể kèm theo són tiểu gấp (còn gọi là són tiểu hỗn hợp) hoặc nhầm lẫn són tiểu gắng sức với són tiểu gấp do bàng quang tăng hoạt. Do đó, việc tiến hành thăm dò niệu động học giúp cho chẩn đoán chính xác và phân loại được chính xác loại són tiểu. Từ chẩn đoán chính xác giúp các thầy thuốc lâm sàng có thể lựa chọn phương pháp điều trị hiệu quả hơn cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Són tiểu gắng sức là bệnh ảnh hưởng nhiều đến chất lượng sống và còn ít được quan tâm do đó số bệnh nhân bị són tiểu thường chịu đựng. Thời gian bị bệnh dài từ 1-3 năm chiếm 44,4%, trên 5 năm là 33,3%. Són tiểu mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất 66,6%. Kết quả thăm dò niệu động học cho thấy 86,11% bệnh nhân có chức năng bàng quang bình thường, chỉ có 13,89% có bàng quang tăng hoạt phối hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **OSMan. A. et al.** A 5 year follow-up study comparing Burch colposuspension and transobturator tape for the surgical treatment of stress urinary incontinence. *International journal of Gynecology and Obstetrics*; 2014; 125, 73- 77
2. **Nguyễn Thị Tân Sinh.** Nghiên cứu thực trạng són tiểu và một số yếu tố liên quan ở nhân viên bệnh viện Bạch Mai, 2006; *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II*, Trường đại học Y HN.
3. **Nguyễn Ngọc Tiến.** Đánh giá kết quả điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức ở phụ nữ bằng giá đỡ niệu đạo qua lỗ bit, 2012, *Luận án tiến sĩ y học*, Đại học Y dược TPHCM
4. **Kim. J . I.** Continence efficacy intervention program for community residing Women with stress urinary incontinence in Japan. *Public Health Nursing*, 2001; (18): 64-72.
5. **Nguyễn Văn Hưng.** Nghiên cứu điều trị phẫu thuật són tiểu do gắng sức ở phụ nữ, *luận văn tốt nghiệp thạc sĩ y học*, 2008; Trường đại học Y HN.
6. **Lê Sỹ Trung.** Điều trị són tiểu ở phụ nữ bằng phương pháp T.O.T kinh nghiệm ban đầu qua 15 trường hợp. *Y học Việt Nam*, 2006; (326), số 9: 01- 06.

NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ PHÒNG LÂY TRUYỀN MẸ CON Ở SẢN PHỤ NHIỄM HIV/AIDS TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2015

Nguyễn Mạnh Tùng¹, Nguyễn Quảng Bắc²,
Lê Thị Thanh Vân³, Nguyễn Thị Minh Tâm²

TÓM TẮT²⁹

Mục tiêu: Nhận xét thái độ xử trí trong chuyển dạ ở sản phụ nhiễm HIV/AIDS tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2015. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ điều trị dự phòng ARV cho mẹ là 91,4%. Tỷ lệ sản phụ được điều trị ARV trước khi có thai là 24 trường hợp chiếm 29,6%, khi có thai là 47 trường hợp chiếm 58,0%, trong chuyển dạ là 10 trường hợp chiếm 12,4%. Trong chuyển dạ tỷ lệ mổ đẻ chiếm 81,5%, chủ yếu mổ chủ động để phòng LTMC chiếm 42%. 100% số trẻ đẻ ra được điều trị ARV năm 2015. **Kết luận:** Tỷ lệ điều trị dự phòng ARV cho mẹ chiếm 91,4%. Xử trí trong chuyển dạ tỷ lệ mổ đẻ chiếm 81,5%. 100% số trẻ đẻ ra được điều trị ARV.

Từ khóa: HIV, ARV, phòng lây truyền mẹ con, mổ lấy thai.

SUMMARY

STUDY ON PREVENTING MOTHER-TO-CHILD TRANSMISSION OF HIV AMONG HIV/AIDS-AFFECTED MOTHER IN NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNEACOLOGY IN 2015

Objective: Comment on management attitudes in labor of HIV-infected pregnant at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2015. **Method:** Retrospective descriptive study. **Results:** The prevalence of ARV prophylaxis for mothers is 91.4%. The proportion of women who received ARV before pregnancy is 24 cases, accounting for 29.6%, during pregnancy is 47 cases, accounting for 58.0%, during labor is 10 cases, accounting for 12.4%. The rate of cesarean section is 81.5%, mainly active surgery to prevent mother-to-child transmission 42%. 100% of children are given ARV treatment in 2015. **Conclusion:** Prevalence of HIV prevention for mothers 91.4%. Management in labor: the rate of cesarean section is 81.5%, 100% of children are born with ARV treatment.

Key words: HIV, ARV, prevent mother-to-child transmission, caesarean section.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV/AIDS hiện nay đã trở thành đại dịch lan

rộng, xuất hiện tại 100% các tỉnh - thành phố tại Việt Nam. Lứa tuổi của những người nhiễm HIV/AIDS có xu hướng ngày càng trẻ hơn và đặc biệt đã xuất hiện ở đối tượng phụ nữ có thai - là nguồn lây bệnh lớn. Với tốc độ lây nhiễm HIV gia tăng như hiện nay là gánh nặng cho ngành y tế, đặc biệt là sản phụ khoa trong việc phòng chống lây nhiễm mới, dự phòng lây truyền mẹ con. Bên cạnh đó, công tác quản lý chẩn đoán và điều trị dự phòng cho thai phụ nhiễm HIV ngày càng được đẩy mạnh. Thời gian gần đây, có nhiều thay đổi trong điều trị dự phòng lây truyền mẹ con, nên chúng tôi thực hiện đề tài: "Nghiên cứu điều trị phòng lây truyền mẹ con ở sản phụ nhiễm HIV/AIDS tại bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2015".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các hồ sơ bệnh án sản phụ nhiễm HIV/AIDS và sinh con tại bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01/01/2015 đến tháng 30/12/2015 thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các sản phụ nhiễm HIV/AIDS đã được khẳng định bằng phương cách III của Bộ Y Tế, và sinh con tại bệnh viện phụ sản Trung ương.

- Sản phụ nhiễm HIV/AIDS có tuổi thai từ 28 tuần trở lên, thai bình thường đẻ tại bệnh viện phụ sản Trung Ương.

- Những hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin cần thu thập.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án không đủ thông tin về lâm sàng và cận lâm sàng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu hồi cứu mô tả, dựa trên các số liệu thu thập được từ bệnh án nghiên cứu sản phụ nhiễm HIV/AIDS chuyển dạ đẻ tại Bệnh viện phụ sản Trung ương từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2015.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện, nghiên cứu tất cả những hồ sơ bệnh án của sản phụ nhiễm HIV đủ tiêu chuẩn sinh tại bệnh viện phụ sản Trung ương từ tháng 1/2015 - 12/2015.

¹Bệnh viện Phụ sản Hải Dương

²Bệnh viện phụ sản trung ương

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: drbacbvpsstw@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

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 1-2015 đến hết tháng 12-2015 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, có 81 sản phụ đủ tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu, kết quả thu được như sau:

Bảng 1: Tình hình điều trị ARV

Tình hình điều trị ARV	n	%
Có điều trị	74	91,4
Không điều trị	7	8,6
Tổng	81	100

Nhận xét: Số sản phụ nhiễm HIV/AIDS được điều trị ARV là 91,4%, sản phụ nhiễm HIV/AIDS không được điều trị ARV là 8,6%.

Bảng 2: Thời điểm bắt đầu điều trị ARV, DP LTMC

Thời điểm điều trị	n	%
Trước khi có thai	24	29,6%
Khi có thai	≤ 14 tuần	29,6%
	15-27 tuần	24,7%
	28-35 tuần	2,5%
	≥ 36 tuần	1,2%
Khi chuyển dạ	10	12,4%

Nhận xét: Tỷ lệ sản phụ được điều trị ARV trước khi có thai là 24 trường hợp chiếm 29,6%. Tỷ lệ sản phụ được điều trị ARV trước khi có thai và khi tuổi thai ≤ 14 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất là 29,6%, tuổi thai ≥ 36 tuần chiếm tỷ lệ thấp nhất 1,2%. Tuổi thai thấp nhất được điều trị ở giai đoạn này là 14 tuần.

Bảng 3: Xử trí sản khoa trong chuyển dạ

Xử trí	n	%
Đẻ thường	15	18,5%
Forceps	0	0,0%
Mổ đẻ	66	81,5%
Tổng	81	100%

Nhận xét: Tỷ lệ mổ lấy thai là 81,5%, không có trường hợp nào đẻ Forceps.

Bảng 4: Tình hình điều trị ARV cho mẹ và con

Tình hình		n	%
Mẹ	Có điều trị ARV	74	91,4%
	Không điều trị ARV	7	8,6%
	Tổng	81	100%
Con	Có điều trị ARV	81	100%
	Không điều trị ARV	0	0%
	Tổng	81	100%

Nhận xét: Số sản phụ nhiễm HIV/AIDS được điều trị ARV là 91,4%. 100% số trẻ đẻ ra được dùng ARV.

IV. BÀN LUẬN

Theo các kết quả nghiên cứu về điều trị dự phòng lây truyền mẹ con bằng thuốc ARV trong nước cũng như trên thế giới đã chứng minh được rằng việc sử dụng dự phòng cho các bà mẹ mang thai bị nhiễm HIV bằng thuốc kháng retrovirus trong thai kỳ và trong chuyển dạ đã làm giảm đáng kể tỷ lệ lây truyền từ mẹ sang con. Và các nghiên cứu cũng đều nhận thấy rằng

việc điều trị thuốc ARV ngay từ khi trong thai kỳ cho hiệu quả cao hơn so với sử dụng trong khi chuyển dạ [1].

Theo nghiên cứu của chúng tôi, số sản phụ không được điều trị là 8,6%, sản phụ được điều trị ARV là 91,4%. Trong số những sản phụ không được điều trị ARV trong quá trình mang thai thì số sản phụ được uống thuốc trước khi đẻ 96,7%. So với nghiên cứu khác thì kết quả năm 2015 là rất cao, theo Ngô Thị Thuyền năm 2004 là 85%, Nguyễn Liên Phương năm 2008 là 90,1%. Từ những kết quả nghiên cứu trên thì chúng tôi nhận thấy là trình độ nhận thức của những người bị nhiễm HIV và việc quản lý thai nghén ở những người nhiễm HIV được nâng cao và chú trọng hơn. Điều này góp phần làm giảm đáng kể cho khả năng lây truyền HIV trong cộng đồng cũng như sự lây truyền từ mẹ sang con. Theo nghiên cứu của Mofenson cũng như nhiều tác giả khác cho thấy khi dùng AZT cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV từ tuần thứ 28 tỷ lệ nhiễm là 7% [2].

Theo Mendelbrot và cộng sự nghiên cứu khi điều trị AZT cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV từ tuần thứ 14 và trong khi sinh kết hợp với mổ lấy thai chủ động đồng thời chủ động điều trị cho trẻ sơ sinh kết hợp với không cho con bú thì tỷ lệ lây nhiễm sang con chỉ ở mức <2%.

Nhóm bắt đầu điều trị ARV từ tuần 14-27 tuần chiếm 54,5%, nhóm ≤ 14 tuần có 29,6% được điều trị. Nhóm được điều trị ARV trong chuyển dạ là 12,3%. Đến năm 2015 thì phác đồ điều trị ARV được phối hợp 3 thuốc (3TC+TDF+EFV) trong một viên, với liều cố định

trong ngày. Đồng thời, thời điểm uống thuốc có thể uống trước và trong quá trình mang thai.

Các ước tính tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con cho thấy virus HIV có thể lây khá sớm, từ khi thai còn nằm trong tử cung nhưng phần lớn các trường hợp lây truyền từ mẹ sang con xảy ra trong quá trình chuyển dạ đẻ hoặc ở những ngày gần sinh với tỷ lệ ước tính khoảng 2/3 đến 3/4 tổng số trẻ bị nhiễm HIV [3]. Do đó xử trí khi chuyển dạ ở các sản phụ nhiễm HIV/AIDS là một vấn đề luôn dành được nhiều sự quan tâm, nhằm hạn chế tối đa những tổn thương da và niêm mạc của trẻ, hạn chế nhiều nhất có thể sự tiếp xúc của trẻ với dịch tiết từ mẹ trong quá trình đẻ đẻ.

Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng mổ lấy thai chủ động hoặc trước khi ối vỡ phối hợp với điều trị ARV có thể làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV từ mẹ sang tử 50-80% [4],[5],[6]. Mrust và cộng sự nghiên cứu, so sánh giữa 2 nhóm MLT và đẻ đường âm đạo, đã nhận thấy tỷ lệ lây truyền ở sản phụ nhiễm HIV đường âm đạo là 62,3% cao hơn hẳn so với nhóm MLT 34,4% [7]. Một phân tích tổng hợp 15 nghiên cứu ở Bắc Mỹ và châu Âu nhằm đánh giá vai trò của lây truyền mẹ con sẽ giảm 87% khi kết hợp với dùng thuốc ARV trong thời kỳ trước sinh, chuyển dạ và sau sinh cho con [3]. Theo báo cáo của WHO, nếu thai phụ không được điều trị ARV và đẻ đường âm đạo tỷ lệ lây nhiễm HIV từ mẹ sang con là 31,6%, nếu được điều trị dự phòng và đẻ đường âm đạo, tỷ lệ lây truyền là 10%. Nếu mổ lấy thai chủ động khi chưa chuyển dạ thì tỷ lệ lây truyền là 15,3% và khi kết hợp với điều trị ARV với mổ lấy thai chủ động thì tỷ lệ lây truyền là 4,2%. Nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đẻ đường âm đạo trong là 18,5%, trong đó không có trường hợp nào đẻ bằng thủ thuật forceps. Xử trí trong chuyển dạ, tỷ lệ mổ lấy thai chiếm 81,5%, trong đó tỷ lệ cao nhất là mổ lấy thai chủ động 42%.

Số sản phụ được điều trị ARV chiếm 91,3%. Từ những kết quả nghiên cứu trên thì chúng tôi nhận thấy là trình độ nhận thức của những người bị nhiễm HIV và việc quản lý thai nghén ở những người nhiễm HIV được nâng cao và chú trọng hơn. Cùng với sự phát triển của xã hội và nền y học thì những người bị nhiễm HIV trước và trong khi mang thai đã được tiếp cận và tư vấn tốt về vấn đề điều trị dự phòng lây truyền mẹ con. 100% số trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV được điều trị ARV.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ điều trị dự phòng ARV cho mẹ chiếm 91,4%. Xử trí trong chuyển dạ tỷ lệ mổ đẻ là 81,5%, trong đó chủ yếu mổ chủ động để phòng LTMC chiếm 42%. 100% số trẻ đẻ ra được điều trị ARV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế (2005), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm HIV/AIDS", Nhà xuất bản y học Hà Nội.
2. Mofenson L.M (1999), "Can perinatal HIV infection be eliminated in the United State", JAMA 182: pp. 577-579.
3. Bộ y tế (2007), "Tài liệu tập huấn phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con", Nhà xuất bản y học.
4. Avidan MS., Grove p., Blott M., Welch J., et al (2002), "Low complication rate associated with cesarean section under spinal anesthesia for HIV-1 infection women on antiretroviral therapy", Anesthesiology, 97(2), p. 320-324.
5. Ferrero S., Bentivoglio G. (2003), "Post-operative complication after caesarean section in HIV-infected women", Arch Gynecol Obstet, 268(4), p. 268-273
6. Newell LM. (1994), "Caesarean section and risk of vertical transmission of HIV-1 infection", Lamcet, 343, p. 1464-1467.
7. Mrus JM., Goldie SJ., Weinstein MC., Tsevat J. (2000), "The cost-effectiveness of elective Cesarean delivery for HIV-infected women with detectable HIV RNA during pregnancy", AIDS, 14(16), p. 2609-2610.

TUỔI CỦA NGƯỜI PHỤ NỮ TÁC ĐỘNG ĐẾN CHẤT LƯỢNG PHÔI VÀ TỶ LỆ CÓ THAI TRONG THỤ TINH ỨNG NGHIỆM

Nguyễn Xuân Hợi*, Nguyễn Thị Liên Hương*

TÓM TẮT³⁰

*TT Hỗ trợ sinh sản Quốc Gia, Bệnh viện Phụ sản TW

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hợi

Email:

Ngày nhận bài:

Mục tiêu: Đánh giá ảnh hưởng của tuổi người phụ nữ với chất lượng phôi và tỷ lệ có thai trong thụ tinh ống nghiệm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả tại bệnh viện Phụ sản

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Trung ương từ tháng 3 đến tháng 12 năm 2014 gồm 2816 chu kỳ IVF có chuyển phôi chia làm 5 nhóm tuổi: Nhóm 1: < 25 tuổi (123 chu kỳ); Nhóm 2: 25-30 tuổi (998 chu kỳ); Nhóm 3: 31-35 tuổi (952 chu kỳ); Nhóm 4: 36-40 tuổi (543 chu kỳ); Nhóm 5: > 40 tuổi (200 chu kỳ). **Kết quả:** Tổng liều dùng FSH trung bình tăng dần, trong khi AMH trung bình giảm dần, số noãn trung bình, số phôi tốt trung bình giảm dần khi tuổi tăng. Tỷ lệ có thai, tỷ lệ thai lâm sàng, tỷ lệ làm tổ giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ giữa các nhóm trên 35 tuổi so với các nhóm < 35 tuổi, giữa nhóm 5 và nhóm 4, nhóm 3 so với nhóm 1, 2 ($p < 0,01$). **Kết luận:** Tuổi sinh sản tốt nhất trong khoảng dưới 35 tuổi. Phụ nữ trên 35 tuổi có tiên lượng IVF kém hơn rõ rệt, đặc biệt rõ hơn với phụ nữ trên 40 tuổi chất lượng phôi và tỷ lệ có thai giảm nhiều.

Từ khóa: Tuổi mẹ, chất lượng phôi, kết quả có thai, thụ tinh trong ống nghiệm.

SUMMARY

MATERNAL AGE IMPACTS ON EMBRYO QUALITY AND THE PREGNANCY RATE OF IN VITRO FERTILIZATION

Objective: To evaluate the effect of maternal age on embryo quality and pregnancy rate in vitro fertilization. **Materials and methods:** This is a retrospective observational study in ART center – National Hospital of Obstetrics and Gynecology from March to December 2014. 2816 IVF cycles were included 5 groups of different maternal age periods: Group 1: < 25 years old (123 cycles); Group 2: 25-30 years old (998 cycles); Group 3: 31-35 years old (952 cycles); Group 4: 36-40 years old (543 cycles); Group 5: > 40 years old (200 cycles). **Results:** The mean of total FSH dose was increasing meanwhile the mean of AMH, AFC, and number of oocyte retrieved were significantly decreasing as maternal age was getting older ($p < 0.01$). The clinical pregnancy rate and the implantation rate were significantly lower ($P < 0.01$) in the group of patient over 35 years old compared to those < 35, in group 5 compared to group 4, in group 3 compared to group 1 and 2 ($p < 0,01$). **Conclusions:** patients under 35 years old have the best IVF outcomes. Patients over 35 years old have poor IVF outcomes, especially for over 40 years old, embryo quality and pregnancy rate decreased dramatically.

Key words: maternal age, embryo quality, pregnancy rate, IVF.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kỹ thuật thụ tinh ống nghiệm ra đời đã mang lại niềm hạnh phúc làm cha mẹ cho nhiều cặp vợ chồng hiếm muộn trong nhiều thập kỷ qua. Hiện nay, rất nhiều phụ nữ lớn tuổi muốn có con nhờ vào kỹ thuật này. Tuy nhiên, có rất nhiều báo cáo cho thấy một trong những yếu tố chính hạn chế khả năng thành công của thụ tinh trong ống nghiệm là tuổi mẹ [1], [2]. Theo các nghiên cứu này, tuổi mẹ cao làm ảnh hưởng đến dự trữ buồng trứng, làm giảm số lượng cũng như chất

lượng noãn, ảnh hưởng đến khả năng thụ tinh (thụ tinh bất thường như đa thụ tinh) và chất lượng phôi [2], [3]. Ngoài ra, với sự phát triển của kỹ thuật di truyền sàng lọc phôi tiền làm tổ, người ta cũng nhận thấy rằng tỷ lệ phôi lệch bội tăng có liên quan đến tuổi mẹ cao. Do đó, làm tăng khả năng phôi ngừng phân chia. Một số nghiên cứu còn cho rằng tuổi mẹ ảnh hưởng đến độ dày màng trong suốt của phôi, là nguyên nhân phôi khó thoát màng để làm tổ. Tuổi mẹ cao còn giảm khả năng chấp nhận phôi làm tổ của niêm mạc tử cung và tăng tỷ lệ sảy thai, tỷ lệ hỏng thai, đẻ non, mổ đẻ... [3]. Tuổi mẹ cao thường được xác định trong các nghiên cứu vào khoảng từ 35-38 hoặc 40 tuổi trở lên. Đa số các nghiên cứu lớn đã có cũng chỉ chia hai nhóm không cao tuổi và cao tuổi, thường lấy mốc trên và dưới 35 tuổi [2], [4]. Vậy với khoảng tuổi nào thì khả năng IVF có tỷ lệ thành công cao nhất? Hiện tại trên thế giới cũng chưa có nhiều nghiên cứu đề cập đến vấn đề này. Một số nghiên cứu trong nước cho đến nay đã đề cập đến vấn đề tuổi mẹ nhưng cỡ mẫu thường quá nhỏ. Nghiên cứu này của chúng tôi được thực hiện với cỡ mẫu khá lớn, chia độ tuổi mẹ làm năm nhóm (<25, 25-30, 31-35, 36-40, >40), với mục tiêu: *Đánh giá ảnh hưởng của tuổi mẹ đến chất lượng phôi và tỷ lệ có thai trong thụ tinh ống nghiệm.* Kết quả của nghiên cứu sẽ góp phần quan trọng trong việc tư vấn, tiên lượng điều trị cho các cặp vợ chồng thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Tất cả các bệnh nhân thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm từ tháng 3 đến tháng 12 năm 2014 (n=2816) đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu được chia làm 5 nhóm tuổi:

- Nhóm 1: < 25 tuổi: n = 123 .
- Nhóm 2: 25-30 tuổi: n = 998.
- Nhóm 3: 31-35 tuổi: n = 952.
- Nhóm 4: 36-40 tuổi: n = 543.
- Nhóm 5: > 40 tuổi: n = 200.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Phác đồ thụ tinh trong ống nghiệm: Bệnh nhân được kích thích buồng trứng bằng phác đồ dài, ngăn Agonist hoặc ngăn Antagonist với liều FSH khởi đầu từ 150IU đến 350IU/ ngày, được theo dõi bằng siêu âm và xét nghiệm nội tiết. Khi có ít nhất 2 nang noãn có kích thước lớn hơn 17mm hoặc 1 nang trên 18mm, bệnh nhân sẽ được tiêm kích thích phóng noãn bằng hCG 10.000IU. Chọc hút trứng sau hCG 35 – 37h. Thụ tinh noãn bằng kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương noãn. Phôi được nuôi cấy đến ngày 3 thì tiến

hành chuyển phôi tươi. Trường hợp còn dư phôi hoặc không có chỉ định chuyển phôi tươi, các phôi tốt sẽ được trữ lạnh vào ngày 2 hoặc ngày 3.

- Các tiêu chuẩn đánh giá được sử dụng trong nghiên cứu

+ Phôi chất lượng tốt: Phôi ngày 2 có 3-4 tế bào, bào tương sáng, tỷ lệ mảnh vỡ < 25%, không có phôi bào đa nhân hoặc có không bào.

+ Có thai được tính khi β hCG sau 14 ngày chuyển phôi ≥ 25 IU/ml.

+ Thai sinh hóa: được tính khi β hCG sau 14 ngày chuyển phôi ≥ 25 IU/ml nhưng siêu âm sau chuyển phôi 4 tuần không thấy túi ối trong buồng tử cung.

+ Thai lâm sàng được tính khi siêu âm thấy có túi ối sau chuyển phôi 4 tuần.

+ Tỷ lệ có thai: Số ca chuyển phôi có thai trên tổng số ca chuyển phôi.

+ Tỷ lệ có thai lâm sàng: Số ca có túi ối trên tổng số ca có phôi chuyển.

+ Tỷ lệ làm tổ: Số túi ối trên tổng số phôi chuyển.

3. Xử lý số liệu

- Các số liệu được thu thập và xử lý trên chương trình SPSS 20.0

- Tính các tỷ lệ, các giá trị trung bình được biểu diễn dưới dạng Mean \pm SD

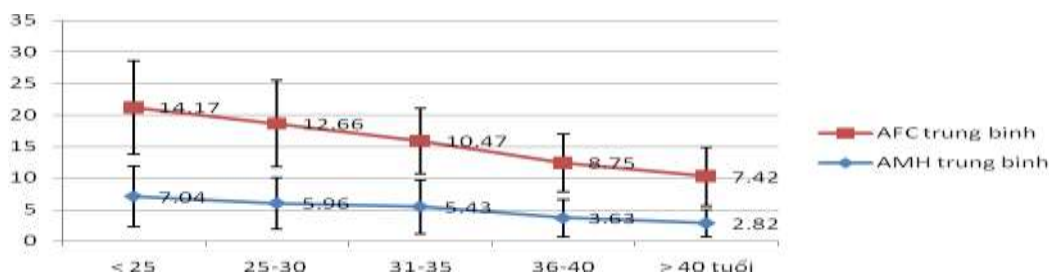
- Test χ^2 để so sánh các tỷ lệ, T test để so sánh các giá trị trung bình, tỷ suất chênh OR (CI 95%) để đánh giá các nguy cơ với $p < 0.05$ biểu thị sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

4. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu chỉ hồi cứu trên bệnh án, không can thiệp trên người bệnh, không làm sai lệch kết quả điều trị của bệnh nhân.

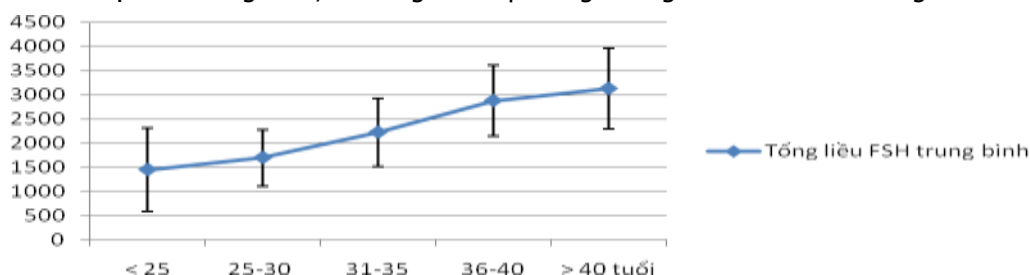
- Nghiên cứu chỉ với mục đích phục vụ chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân, không nhằm mục đích nào khác. Đảm bảo quy định về đạo đức trong nghiên cứu y học của Bộ đã quy định.

III. KẾT QUẢ



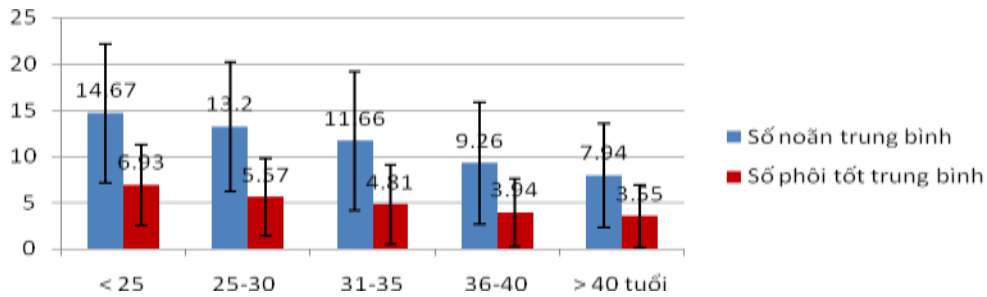
Biểu đồ 1. Giá trị AMH trung bình và số nang thứ cấp trung bình ở các nhóm tuổi.

Giá trị AMH trung bình, số nang thứ cấp trung bình giảm dần khi tuổi tăng dần.

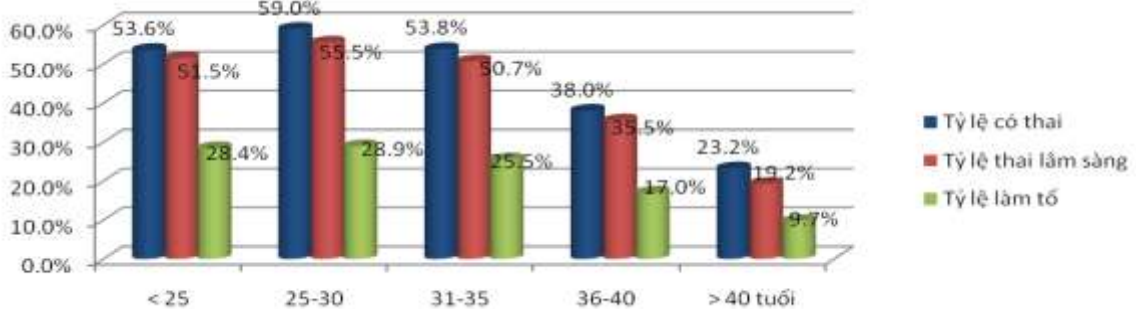


Biểu đồ 2. Giá trị tổng liều FSH trung bình ở các nhóm tuổi mẹ.

Tổng liều FSH trung bình tăng dần khi tuổi tăng.



Biểu đồ 3. Số noãn trung bình sau chọc hút và số phôi tốt trung bình ở các nhóm tuổi
Số noãn trung bình, số phôi tốt trung bình giảm dần khi tuổi tăng dần.



Biểu đồ 4. Kết quả IVF ở các nhóm tuổi.

Tỷ lệ có thai, tỷ lệ thai lâm sàng, tỷ lệ làm tổ cao nhất ở nhóm tuổi 25-30 tuổi. Tỷ lệ có thai, thai lâm sàng, làm tổ của nhóm > 40 tuổi giảm có ý nghĩa thống kê so với nhóm 4 (p < 0,01). Các tỷ lệ này của 2 nhóm 4 và 5 giảm có ý nghĩa thống kê so với 3 nhóm 1,2,3 (p < 0,01). Các tỷ lệ này của nhóm 31-35 tuổi giảm có ý nghĩa thống kê so với nhóm 1, 2 tuổi < 30 với p < 0,01.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi mẹ là một trong những yếu tố chính làm ảnh hưởng đến kết quả thụ tinh trong ống nghiệm [1]. Nhiều trung tâm thụ tinh ống nghiệm trên thế giới đặt ra giới hạn tuổi bệnh nhân nữ từ 43 tuổi trở lên sẽ phải xin noãn. Trong tự nhiên, tỷ lệ thụ thai ở các cặp đôi khỏe mạnh bình thường là khoảng 20-25% trong mỗi chu kỳ kinh. Khi ở tuổi 35, khả năng sinh đẻ bắt đầu giảm. Ở tuổi 40, ước tính tỷ lệ thụ thai là 8-10%/tháng và ở tuổi 43 thì tỷ lệ thụ thai chỉ còn 1-3%/tháng. Khi làm IVF, phụ nữ lớn tuổi sẽ có tiên lượng dự trữ buồng trứng kém, đáp ứng kích thích buồng trứng kém, số noãn thu được sau chọc hút ít, tỷ lệ có thai và làm tổ thấp, tỷ lệ hỏng thai và thai bất thường cao. Dự trữ buồng trứng của các phụ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi biểu hiện qua giá trị AMH và số lượng nang noãn thứ cấp (AFC) tỷ lệ nghịch với độ tuổi. Tổng liều FSH tỷ lệ thuận với tuổi mẹ trong khi số noãn và số phôi tốt thu được giảm dần theo tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu năm 2012

trên 11830 chu kỳ IVF từ 10.268 phụ nữ chia làm 4 nhóm: 21-30 tuổi (4549 chu kỳ), 31-35 tuổi (4424 chu kỳ), 36-40 tuổi (2429 chu kỳ) và nhóm trên 40 tuổi (428 chu kỳ). Liều bắt đầu và tổng liều của thuốc KTBT cao hơn (P <0,01) trong khi số noãn thu được thấp hơn đáng kể (P <0,01) [7].

Khi nghiên cứu ảnh hưởng của tuổi mẹ đến tỷ lệ thai lâm sàng, đã có rất nhiều nghiên cứu đề cập tới yếu tố này. Một số nghiên cứu đã cho thấy ảnh hưởng của tuổi lên kết quả IVF, tỷ lệ thành công giảm dần tới tuổi 35, và giảm rất nhanh sau tuổi 35, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0.05. Ngoài ra, các nghiên cứu còn ghi nhận tỷ lệ thai lâm sàng và tỷ lệ thai tiến triển cao hơn ở những bệnh nhân trẻ tuổi ≤ 35 tuổi, ngược lại tỷ lệ sảy thai cao hơn ở những bệnh nhân > 35 tuổi (p < 0.05) [4]. Một nghiên cứu khác (2001) cho thấy tuổi mẹ < 40 là một yếu tố thuận lợi cho sự làm tổ của phôi. Tác giả ghi nhận tỷ lệ thai lâm sàng và làm tổ cao nhất ở nhóm tuổi 30 – 34 tuổi, không có trường hợp nào có thai sau 45 tuổi. Tương tự, nghiên cứu

của chúng tôi nhận thấy, khoảng tuổi 25 - 30 tuổi có kết quả IVF khả quan nhất. Từ 35 tuổi trở lên tỷ lệ có thai, tỷ lệ thai lâm sàng, tỷ lệ làm tổ giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Biểu hiện rõ nhất ở tỷ lệ làm tổ. Tỷ lệ làm tổ với tuổi < 25 tuổi và 25-30 rất cao: 28,4 và 28,9%. Trong khi > 40 tuổi tỷ lệ làm tổ giảm chỉ còn 9,7%. Nghiên cứu thực hiện tại Trung quốc với cỡ mẫu rất lớn lại có kết quả hơi khác các nghiên cứu trước. Theo nghiên cứu này, kết quả IVF bao gồm tỷ lệ có thai, tỷ lệ thai lâm sàng, tỷ lệ làm tổ giảm sớm có ý nghĩa thống kê từ trên 30 tuổi. Tỷ lệ sảy thai, hỏng thai tăng có ý nghĩa thống kê từ mốc tuổi này Độ tuổi sinh sản tốt nhất theo nghiên cứu này là 20-30 tuổi [7].

V. KẾT LUẬN

Tuổi sinh sản tốt nhất trong khoảng dưới 35 tuổi. Phụ nữ trên 35 tuổi có tiên lượng tỷ lệ có thai và tỷ lệ làm tổ giảm rõ rệt có ý nghĩa thống kê, đặc biệt rõ hơn với phụ nữ trên 40 tuổi.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Phụ sản Trung Ương và các bệnh nhân đã hỗ trợ tham

gia nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Balash J. (2010)**. "Ageing and infertility: an overview". *Gynecol Endocrinol*, 2010, 26: 855-860
2. **Tatone C. (2008)**, "Oocyte senescence: a firm link to age-related female subfertility". *Gynecol Endocrinol*, 2008, 24: 59-63
3. **Louise C. Kenny, Tina Lavender, Roseanne McNamee, et al. (2013)**. "Advanced Maternal Age and Adverse Pregnancy Outcome: Evidence from a Large Contemporary Cohort". *PLoS One*. 2013; 8 (2).
4. **Liu K, Case A. (2011)**. "Advanced reproductive age and fertility". *J Obstet Gynaecol Can*, 2011, 33: 1165-1175.
5. **Zegers-Hochschild F et al. (2009)**, "International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009." *Glossary of ART Terminology*. Vol.92, No.5, November 2009.
6. **Hourvitz A, Machtinger R, Maman E, et al (2009)**. "Assisted reproduction in women over 40 years of age: how old is too old?" *Reprod Biomed Online*, 2009, 19: 599-603
7. **Effect of maternal age on the outcomes of in vitro fertilization and embryo transfer (IVF-ET) (2012)**. "Science China Life Sciences". August 2012, Volume 55, Issue 8, pp 694-698

TẬP QUÁN NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ VÀ CHO CON ĂN BỔ SUNG CỦA CÁC BÀ MẸ NGƯỜI DÂN TỘC Ê-ĐÊ, M'NÔNG TẠI TÂY NGUYÊN TỪ NĂM 1986 ĐẾN 2015

Trần Thúy Nga*, Nguyễn Thị Kim Tiến**, Hà Anh Đức**

TÓM TẮT³¹

Tập quán nuôi con nhỏ của 2 nhóm dân tộc người Ê-đê và M' nông ở vùng Tây Nguyên được nghiên cứu vào năm 1985 và lập lại tại chính địa phương đó năm 2015 (sau 30 năm). Trong mỗi cuộc điều tra có 380 bà mẹ được phỏng vấn gồm 200 bà mẹ người Ê-đê (có 120 bà con dưới 1 tuổi, 80 bà mẹ con từ 1-5 tuổi) và 180 bà mẹ M' nông (90 bà con dưới 1 tuổi và 90 con từ 1-5 tuổi). Kết quả điều tra năm 1985 cho thấy tỷ lệ bú sữa mẹ hoàn toàn của 2 nhóm bà mẹ người Ê-đê và M' nông rất thấp. Các bà mẹ hay cho con ăn cháo nấu lẫn củ ban ngày và cho bú vào ban đêm. Tỷ lệ bú sữa mẹ giảm dần ở cả 2 nhóm. Họ cho con ăn bổ sung sớm với các loại cháo và rau củ sẵn có tùy theo mùa. Các thực phẩm thịt cá, trứng tiêu thụ ở tần

suất thấp. Cho ăn nhiều rau là thực hành tốt khá hiếm hoi trong tập quán cũ. Sau 30 năm điều tra lại, tỷ lệ bú sữa mẹ hoàn toàn tăng lên rõ rệt. Các thực phẩm nguồn động vật có giá trị sinh học cao được cho trẻ ăn thường xuyên hơn với 3-4 lần/tuần.

Từ khóa: Tập quán nuôi con bằng sữa mẹ, ăn bổ sung, Ê-đê, M' nông, Tây Nguyên

SUMMARY

BREASTFEEDING AND COMPLEMENTARY FEEDING PRACTICES OF EDE AND M'NONG ETHNIC MOTHERS IN TAY NGUYEN REGION IN THE YEAR 1985 AND 2015

The breastfeeding and complementary feeding practices of mothers belonging to 2 major ethnic groups in Tay Nguyen, the Ede and the M' mong, were studied in the year 1985 and 2015 (after 30 years). For each survey (1985 and 2015), 380 mothers were interviewed: 200 Ede (120 with infants under 1 year of age, and 80 in the 1-5 year age group) and 180 M' mong (90 offspring in each category). In the year 1985, the results shown that very few infants under 1 year of age were exclusively breastfed for a period varying from 1-2 weeks. The rest were given rice soup

*Viện Dinh dưỡng

**Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thúy Nga

Email: tranthuynga@dinhduong.org.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

mixed with arrowroot during daytime and breast milk at night. It appears that the practice of breastfeeding is gradually declining among Ede and M'Nong mothers. Supplementary feedings often started in soon infancy include gruels made from rice, roots, parched flour, and cereal. Weaning foods consisted primarily of arrowroot, potatoes, pumpkin, vegetable, and fruits in season. As the child gets older, eggs, meat, and other high quality protein are consumed very infrequently. A good observation was the low consumption of readily available green and yellow vegetables. After 30 years, the dietary and feeding practices of mothers have been improved: infants under 1 year of age were exclusively breastfed for a period varying from 12-16 weeks, as the child gets older. Eggs, meat, and other high quality protein are consumed more frequently (3-4 times per week).

Key words: breastfeeding, complementary feeding, practices, Ede, M'Nong, Tay Nguyen

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong nhiệm vụ nghiên cứu cải tiến bữa ăn và phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em, công tác giáo dục dinh dưỡng có vai trò quan trọng. Tuy nhiên, giáo dục dinh dưỡng không thể đạt hiệu quả nếu không nghiên cứu phân tích kỹ tập quán nuôi dưỡng trẻ. Mỗi dân tộc có tập quán ăn uống riêng và nuôi trẻ nhỏ không giống nhau. Tập quán luôn luôn được hình thành và cải tiến, song song đó tập quán lạc hậu thường xuyên bị đào thải.

Đối với các dân tộc miền núi, trong đó có các dân tộc ở Tây Nguyên, khi điều kiện sống còn hạn chế, trình độ văn hóa chưa cao, tập quán ăn uống là vấn đề cần được cải thiện. Vì vậy, sau điều tra ban đầu năm 1986, nhiều hoạt động đưa các nội dung giáo dục dinh dưỡng phù hợp

cho đồng bào Ê-đê và M' Nong. Để đánh giá những biến chuyển trong thực hành nuôi dưỡng trẻ của hai dân tộc trên, năm 2015 một điều tra định tính được tiến hành tại đúng các điểm điều tra trước đây. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tập trung tìm hiểu chủ yếu vào một số tập quán về nuôi con bằng sữa mẹ sữa mẹ và thức ăn bổ sung.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Trong số 2028 bà mẹ các dân tộc khác nhau đưa con từ 0 đến 60 tháng tuổi đến uống vitamin A liều cao (trẻ từ 0-6 tháng được nuôi bằng sữa mẹ, bà mẹ uống bổ sung vitamin A) trong chương trình vào tháng 6/1985 và tháng 6/2015, chúng tôi chọn chủ đích các bà mẹ thuộc hai dân tộc Ê-đê và M' Nong.

2. Nội dung phỏng vấn

Về sữa mẹ: Thời điểm bắt đầu cho bú, thái độ xử lý khi vú chưa có sữa, thời gian cai sữa và tình hình lao động của các bà mẹ sau đẻ.

Về thức ăn bổ sung: Thời điểm bắt đầu cho ăn bổ sung, các dạng thức ăn quen thuộc. Qua tần suất xuất hiện loại thức ăn sơ bộ đánh giá chất lượng bữa ăn. Để tiện phân tích, kết quả trả lời theo dạng câu hỏi đóng ("có" hoặc "không"). Trường hợp gặp bà mẹ không trả lời dứt khoát, do quên hay chưa tự nguyện sẽ không bắt buộc và được loại trừ ra số đối tượng phân tích.

III. KẾT QUẢ

1. Những tập quán liên quan đến sữa mẹ.

1.1. Tình hình sữa mẹ

Bảng 1: Tình hình sữa mẹ của bà mẹ Ê-đê và M'Nong trong những năm 1985 – 2015

Dân tộc Tình trạng sữa	Ê-đê		M' Nong		So sánh (p)	
	1985 (n=200)(1)	2015 (n=200)(2)	1985 (n=180)(3)	2015 (n=180)(4)	1 với 2	3 với 4
Mất sữa (%)	4,3	4,8	4,2	4,9	>0,05	>0,05
Thiếu sữa (%)	16,6	17,0	15,0	16,7	>0,05	>0,05
Đủ sữa (%)	79,7	78,2	80,8	78,4	>0,05	>0,05

Qua 380 bà mẹ được hỏi, 100% đều đồng ý phải nuôi con bằng sữa mẹ. Nhưng nuôi con không đủ vì mất sữa và thiếu sữa (bảng 1). Kết quả ở bảng 1 cho thấy năm 2015 tỷ lệ thiếu sữa và mất sữa của các bà mẹ dân tộc Êđê và M' Nong có xu hướng cao hơn so với năm 1985, tuy nhiên tính toán thống kê không cho thấy sự khác biệt (p>0,05).

1.2. Xử lý của bà mẹ khi chưa xuống sữa.

Bảng 2: Thực hành của bà mẹ khi chưa xuống sữa của bà mẹ Ê-đê và M'Nong (tính chung 2 nhóm dân tộc)

Địa phương Thái độ xử trí	Tây Nguyên		So sánh P	So sánh với vài vùng có số liệu điều tra (năm 2000)	
	1985 (n=380)	2015 (n=380)		Q. 11, TP HCM (n=328)	Đồng Tháp (n=497)
Bú chức (%)	45,5	65,7	<0,05	-	-
Dùng cháo (%)	35,7	10,3	<0,05	3,2	25,7

Nước gừng cam thảo (%)	0,3	0,5	>0,05	10,9	3,9
Sữa công thức (sữa bò) (%)	5,9	23,5	<0,05	85,9	70,4
Không dùng gì cả (%)	12,6	0	<0,05	0	

Bảng 2 trên cho thấy: tỷ lệ bà mẹ cho con bú chức khi sữa chưa về ở Tây nguyên tăng từ 45,5% lên 65,7% ($p < 0,05$). Trong khi đó tỷ lệ bà mẹ cho con uống sữa công thức cũng tăng từ 5,9% năm 1985 lên 23,5% năm 2015. Có 35,7% bà mẹ lấy nước cháo pha đường thay sữa năm 1985, đến năm 2015 tỷ lệ này còn 10,3%.

1.3. Thời gian cho con bú sữa mẹ sau khi đẻ.

Bảng 3: Thời gian bắt đầu cho con bú sau khi đẻ của bà mẹ Ê-đê và M'Nong ở Tây Nguyên

Dân tộc Thời gian bắt đầu cho bú	Ê - đê		p (1 với 2)	M'Nong		p (3 với 4)
	1985 (n=200)(1)	2015 (n=200)(2)		1985 (n=180)(3)	2015 (n=180)(4)	
0-6 h đầu	23,2	73,2	<0,05	13,6	80,2	<0,05
7-12h (ngày đầu)	16,2	17,2	<0,05	19,8	6,5	<0,05
12-24	1,0	9,6	<0,05	12,4	1,2	<0,05
25 - 48h (ngày 2)	32,2	0	-	16,5	12,1	<0,05
49 - 72h (ngày 3)	21,6	0	-	20,6	-	-
Sau 3 ngày	5,7	0	-	17,1	-	-

Tỷ lệ bà mẹ cho con bú ngay trong 6 giờ đầu sau sinh trước đây chỉ là 23,2% với bà mẹ Ê-đê và 13,6% với bà mẹ M'Nong thì nay đã tăng lên thành 73,2% và 80,2%. Không còn bà mẹ cho con bú sau 3 ngày sinh con.

1.4. Thời gian nghỉ lao động sau khi đẻ

Bảng 4. Thời gian nghỉ lao động sau khi đẻ của bà mẹ Ê-đê và M'Nong ở Tây Nguyên

Dân tộc Thời gian nghỉ	Ê - đê		p (1 với 2)	M'Nong		p (3 với 4)
	1985(%)	2015(%)		1985(%)	2015(%)	
20 ngày	25,7	0	<0,05	25,0	0	<0,05
1 tháng	46,5	12,2	<0,05	47,0	18,1	<0,05
2 tháng	14,6	14,6	>0,05	14,7	12,9	>0,05
3 tháng	13,2	58,7	<0,05	13,3	43,6	<0,05
Trên 3 tháng	0	14,5	>0,001	0	25,4	-

Bảng 4 cho thấy thời gian nghỉ sau đẻ có sự thay đổi khá lớn sau 30 năm đối với cả 2 nhóm dân tộc Êđê và M' Nong. Trước đây có khoảng ¼ số bà mẹ trở lại làm việc trước 20 ngày sau khi sinh con thì nay không có bà mẹ nào quay lại công việc lao động sau đẻ 20 ngày. Hiện tại, phần trăm bà mẹ nghỉ sau sinh dân tộc Ê-đê đến 3 tháng đã tăng từ 13,2% năm 1985 lên 58,7% năm 2015 và với bà mẹ M'Nong là 13,3% năm 1985 lên 43,6% năm 2015.

Bảng 5: Thời gian cai sữa của bà mẹ Ê-đê và M'Nong ở Tây Nguyên

Dân tộc Thời gian cai sữa	Ê - đê		p (1 với 2)	M'Nong		P (3 với 4)
	1985 (n=98)(1)	2015 (n=87)(2)		1985 (n=92)(3)	2015 (n=87)(4)	
Trước 12 tháng (%)	10,1	6,2	<0,05	18,0	5,7	<0,05
12 - 24 tháng (%)	74,8	15,8	<0,05	80,5	13,8	<0,05
Sau 24 tháng (%)	15,1	75,0	<0,05	1,5	80,5	<0,05

Năm 1985 tỷ lệ cai sữa chủ yếu dưới 24 tháng tuổi, thậm chí trên 10% bà mẹ cai sữa cho trẻ trước 1 năm. Tỷ lệ cai sữa sau 24 tháng tăng từ 15,1% năm 1985 lên 75% năm 2015 với bà mẹ Ê-đê và từ 1,5% lên 80,5% với bà mẹ M'Nong trong cùng thời gian trên.

Bảng 6: Thực hành nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn của bà mẹ Ê-đê và M'Nong ở Tây Nguyên (chỉ hỏi mẹ có con >6 tháng tuổi)

Dân tộc Bú sữa mẹ hoàn toàn	Ê - đê		p (1 với 2)	M'Nong		p (3 với 4)
	1985 (n=148)	2015 (n=136)		1985 (n=122)	2015 (n=114)	
Không bú mẹ hoàn toàn (%)	94,3	27,6	<0,05	91,7	19,2	<0,05
đến 4 tháng (%)	5,7	54,2	<0,05	8,3	58,6	<0,05
đến 6 tháng (%)	0	19,2	<0,05	0	22,2	<0,05

Bảng 6 cho thấy có sự biến chuyển lớn về tỷ lệ nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn của cả 2 nhóm bà mẹ dân tộc Êđê và M' Nong. Tỷ lệ bú mẹ hoàn toàn năm 1985 với cả 2 nhóm bà mẹ Êđê và

M' nông đều thấp (chỉ đến 4 tháng tuổi lần lượt là 5,7% và 8,3%). Đến năm 2015 tỷ lệ bú sữa mẹ hoàn toàn đến 4 tháng tăng rõ rệt ở cả 2 nhóm theo bảng 6 trên đây. Tuy nhiên tỷ lệ bú mẹ hoàn toàn đến 6 tháng tuổi tuy đã tăng so với 30 năm trước nhưng hiện vẫn chưa cao, chỉ 19,2% với bà mẹ Ê-đê và 22,2% với bà mẹ M' nông.

2. Những tập quán có liên quan đến thực hành ăn bổ sung

2.1. Thời điểm bắt đầu cho ăn bổ sung :

Bảng 7: Thời gian bắt đầu và hình thức thực cho con bổ sung của bà mẹ Ê-đê và M' nông ở Tây Nguyên

Dân tộc Thời gian bắt đầu ăn bổ sung	Ê - đê		p (1 với 2)	M' nông		p (3 với 4)
	1985 (n=110)(1)	2015 (n=116)(2)		1985 (n=112)(3)	2015 (n=114)(4)	
< 3 tháng	91,2	12,6	<0,05	90,6	11,7	<0,05
3-6 tháng	8,8	24,6	<0,05	9,4	18,9	<0,05
6-8 tháng	0	62,8	<0,05	0	69,4	<0,05
>8 tháng	0	0	-	0	0	-

Bảng 7 cho thấy có sự biến chuyển lớn tương tự như ở bảng 6 về thời gian cho con ăn bổ sung của cả 2 nhóm bà mẹ dân tộc Êđê và M' nông. Tỷ lệ bà mẹ cho ăn bổ sung đúng thời điểm (6-8 tháng) năm 1985 là 0 cho cả 2 nhóm bà mẹ Êđê và M' nông thì nay là 62,8% và 69,4%. Năm 1985, 91,2% các bà mẹ Ê-đê và 90,6% M' nông cho con ăn bổ sung quá sớm (trước 3 tháng).

2.2. Tần suất các thực phẩm cho ăn bổ sung

Bảng 8: Tần số xuất hiện các thức ăn trong bữa ăn (%)

Dân tộc Loại thực phẩm	Tần suất	Ê - đê		p (1 với 2)	M' nông		p (3 với 4)
		1985 (n=152)	2015 (n=159)		1985 (n=116)	2015 (n=149)	
Thịt, trứng, sữa, cá.	Thường xuyên	5,7	42,0	<0,05	2,4	38,5	<0,05
	1-2 lần/tuần	34,8	58	<0,05	32,1	61,5	<0,05
	1-2 lần/tháng	59,5	0	<0,05	39,7	0	<0,05
	Hầu như không có	7	0	<0,05	26,8	0	<0,05
Dầu mỡ	Thường xuyên	0	79,8	<0,05	0	80,5	<0,05
	1-2 lần/tuần	8,7	20,2	<0,05	6,2	19,5	<0,05
	1-2 lần/tháng	75,0	0	<0,05	73,6	0	<0,05
	Hầu như không có	16,3	0	<0,05	20,2	0	<0,05
Rau xanh	Thường xuyên	76,2	80,7	<0,05	80,2	90,5	<0,05
	1-2 lần/tuần	22,3	19,3	<0,05	19,8	9,5	<0,05
	1-2 lần/tháng	1,5	0	<0,05	0	0	<0,05
	Hầu như không có	0	0	<0,05	0	0	<0,05

Bảng 8 cho thấy những tiến bộ rõ rệt trong việc cho con ăn bổ sung. Các thực phẩm nguồn động vật được tiêu thụ tần suất cao hơn. Đặc biệt dầu mỡ có tần xuất tiêu thụ cao trong cả 2 nhóm bà mẹ. Trong khi đó, rau xanh vẫn duy trì ở tần xuất tiêu thụ cao.

IV. BÀN LUẬN

Tổ chức Y tế thế giới khuyến nghị trẻ em mới sinh cần được nuôi bằng sữa mẹ ngay sau khi sinh và nuôi bằng sữa mẹ hoàn toàn (NCBSMHT) trong 6 tháng đầu. Kết quả nghiên cứu tập quán nuôi con nhỏ của 2 nhóm dân tộc người Ê-đê và M' nông ở vùng Tây Nguyên năm 1985 và lặp lại tại chính địa phương đó năm 2015 (sau 30 năm) cho thấy phụ nữ dân tộc Ê-đê và M' nông còn ý thức tốt về thực hành nuôi con bằng sữa mẹ và tình hình nuôi con bằng sữa mẹ đã được cải thiện theo xu hướng tốt. Năm 2015, tỷ lệ thiếu sữa và mất sữa của các bà mẹ dân tộc Êđê và M' nông có xu hướng cao hơn so với năm 1985, tuy nhiên tính toán thống kê không cho thấy sự khác

biệt (p>0,05). Báo cáo của Đào Thị Ngọc Diễm năm 1983 nhóm nông thôn miền Bắc mất và thiếu sữa 22,5%, báo cáo của Viện Dinh dưỡng vùng ven biển trung bộ khoảng 29% (năm 2010) [1]. Báo cáo của Bệnh viện mắt Bệnh viện Điện Biên Phủ và bộ môn Nhi Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh tháng 7/1988 và tháng 6/2010 điều tra ở phường 8 và phường 6 quận 11, thành phố Hồ Chí Minh là 35,4% và 31,6% [2], [3], [4].

Qua nghiên cứu tập quán nuôi con, cho thấy ở Tây Nguyên có một số mặt tốt cần phát huy là 100% bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ, khi thiếu sữa mẹ cho trẻ bú chực, khi không cho con bú chực thì họ mới cho con ăn sữa hộp, đây là điểm thành công của hoạt động giáo dục dinh dưỡng

những năm qua. Trước đây, người phụ nữ Tây Nguyên cho con bú khi vú căng. Họ chờ sữa về mới cho con bú. Ngày nay, họ đã biết cho con bú để kích thích sữa về mà họ vẫn hay nói là "gọi" sữa về. Tỷ lệ bà mẹ cho con bú ngay trong 6 giờ đầu sau sinh trước đây chỉ là 23,2% với bà mẹ Ê-đê và 13,6% với bà mẹ M'Nông thì nay đã tăng lên thành 73,2% và 80,2%. Không còn bà mẹ cho con bú sau 3 ngày sinh con vì nghe theo thầy cúng như trước đây. Trước đây các bà mẹ chờ đến khi có sữa (vú căng) mới cho bú nên có thể không kích thích hệ thần kinh và co bóp tử cung để sớm có sữa nhưng nay các bà mẹ đã biết cho con bú ngay để tận dụng sữa non và kích thích tiết sữa.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự biến chuyển lớn về tỷ lệ nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn của cả 2 nhóm bà mẹ dân tộc Êđê và M'Nông. Tỷ lệ bú mẹ hoàn toàn năm 1985 với cả 2 nhóm bà mẹ Êđê và M'Nông đều thấp (chỉ đến 4 tháng tuổi lần lượt là 5,7% và 8,3%). Đến năm 2015 tỷ lệ bú sữa mẹ hoàn toàn đến 4 tháng tăng rõ rệt ở cả 2 nhóm. Tuy nhiên tỷ lệ bú mẹ hoàn toàn đến 6 tháng tuổi tuy đã tăng so với 30 năm trước nhưng hiện vẫn chưa cao, chỉ 19,2% với bà mẹ Ê-đê và 22,2% với bà mẹ M'Nông. So sánh với kết quả Điều tra Đa mục tiêu quốc gia năm 2006, tỷ lệ trẻ em dưới 6 tháng được bú mẹ hoàn toàn là 16,9% (thành thị là 7,7% và nông thôn là 19,5%) [6] và Điều tra Đa mục tiêu quốc gia năm 2014, tỷ lệ trẻ dưới 6 tháng được bú mẹ hoàn toàn là 24,3% [7], có thể thấy cần có các biện pháp tích cực hơn nữa để khuyến khích bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu.

Trước đây, các bà mẹ chưa biết chế biến bột cho con, thức ăn bổ sung cho trẻ còn nghèo nàn và đơn điệu. Tuy nhiên hiện nay, thực hành nuôi dưỡng trẻ nhỏ đã thay đổi, các bà mẹ biết cho con ăn đúng thời điểm ăn bổ sung và cho đủ 4 nhóm thức ăn như chương trình phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em đã hướng dẫn. Thực hành nuôi con bằng sữa mẹ không đúng và cho trẻ ăn bổ sung sớm có thể dẫn tới hậu quả làm tăng tỷ lệ suy dinh dưỡng cấp ở trẻ em sau 5-6 tháng tuổi và tỷ lệ này cao nhất vào 13-17 tháng tuổi. Cho trẻ ăn bổ sung sớm liên quan tới chậm phát triển trong năm đầu của trẻ. Điều này cho thấy

tầm quan trọng của việc nuôi con bằng sữa mẹ là góp phần giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bú sữa mẹ hoàn toàn của 2 nhóm bà mẹ người Ê-đê và M'Nông năm 1985 rất thấp, chỉ đến 4 tháng tuổi lần lượt là 5,7% và 8,3%. Tỷ lệ bú mẹ hoàn toàn đến 6 tháng tuổi tuy đã tăng so với 30 năm trước nhưng hiện vẫn chưa cao, chỉ 19,2% với bà mẹ Ê-đê và 22,2% với bà mẹ M'Nông.

- Tỷ lệ bà mẹ cho ăn bổ sung đúng thời điểm (6-8 tháng) năm 1985 là 0 cho cả 2 nhóm bà mẹ Êđê và M'Nông thì nay là 62,8% và 69,4%. Năm 1985, 91,2 % các bà mẹ Ê-đê và 90,6% M'Nông cho con ăn bổ sung quá sớm (trước 3 tháng).

- Đã có những tiến bộ rõ rệt trong việc cho con ăn bổ sung. Các thực phẩm nguồn động vật được tiêu thụ tần suất cao hơn. Đặc biệt dầu mỡ có tần xuất tiêu thụ cao trong cả 2 nhóm bà mẹ. Trong khi đó, rau xanh vẫn duy trì ở tần xuất tiêu thụ cao.

Cần tiếp tục có các biện pháp khuyến khích nuôi con bằng sữa mẹ tích cực hơn nữa để cải thiện thực hành nuôi con bằng sữa mẹ và ăn bổ sung hợp lý cho trẻ nhỏ ở cộng đồng, đặc biệt ở các vùng dân tộc miền núi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thu Nhật** - Đào Thị Ngọc Diễm và cộng sự. Nguyên nhân mất sữa của bà mẹ và ảnh hưởng của nó tới tình trạng dinh dưỡng sức khỏe trẻ em. Tài liệu Hội thảo sữa mẹ - 1983 - VDD - Trang 25.
2. **Viện Dinh dưỡng** - Nutrition Country Profile 2009, 2010, 2015.
3. **Nguyễn Đình Quang** - Vũ Quốc Khánh. Tìm hiểu tập tính nuôi con của bà các bà mẹ vùng ven biển Nam Trung bộ - Báo cáo khoa học năm 1998 - Viện Dinh dưỡng & Bệnh Viện Mắt Điện Biên Phủ - Thành phố Hồ Chí Minh.
4. **Trần Duy Kiên** - Hoàng Trọng Kim và cộng sự. Tình hình thiếu Vitamin A và bệnh khô mắt ở trẻ em từ 0 - 60 tháng qua khảo cứu 2 phường 8, 16, quận 11 - thành phố Hồ Chí Minh - Trạm mắt Bệnh viện Điện Biên Phủ và bộ môn nhi Đại học Y dược thành phố.
5. **Hà Huy Khôi, Lê Danh Tuyên**. Tình hình nuôi con nhỏ dưới 1 tuổi trẻ em các dân tộc 1980-2005. Tài liệu kỷ yếu công trình khoa học Viện Dinh dưỡng.
6. **Vietnam Multiple Indicator Cluster Survey (2006)**, "UNICEF, Hanoi, Medicine House Publication".
7. **Tổng cục Thống kê và UNICEF. 2015**. Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ Việt Nam 2014, Hà Nội, Việt Nam.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TẠO HÌNH KHUNG SỤN VÀNH TAI TỪ SỤN SƯỜN TỰ THÂN BẰNG KỸ THUẬT NAGATA

Lý Xuân Quang*, Trần Thiết Sơn**, Trần Thị Bích Liên*

TÓM TẮT³²

Mục tiêu nghiên cứu: đánh giá kết quả tạo hình khung sụn vành tai từ sụn sườn tự thân bằng kỹ thuật Nagata ở những bệnh nhân có dị dạng tai nhỏ. **Đối tượng nghiên cứu:** 39 bệnh nhân có dị dạng tai nhỏ được phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y dược và Bệnh viện Chợ Rẫy từ 4/2007 – 12/2016. **Phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu mô tả lâm sàng hàng loạt ca. **Kết quả:** có 25 nam và 14 nữ tham gia nghiên cứu. Về hình dạng vành tai: kết quả "rất tốt" chiếm 15,38%, "tốt" (41,03%), "trung bình" chiếm 30,77%, "kém" chiếm 12,82%. Đánh giá qua phiếu thăm dò mức độ hài lòng của bệnh nhân cho kết quả: 76,69% "hài lòng", 12,82 % "không hài lòng" và 10,49% "không xác định". **Kết luận:** việc tạo hình khung sụn vành tai từ sụn sườn tự thân theo kiểu Nagata ở những bệnh nhân có dị dạng tai nhỏ cho kết quả "tốt và rất tốt" về hình dạng vành tai và mức độ hài lòng chiếm tỉ lệ cao.

Từ khóa: tạo hình tai nhỏ, kỹ thuật Nagata, sụn sườn tự thân, hình dạng vành tai

SUMMARY

EVALUATE THE RESULT OF FABRICATION OF AURICULAR FRAME FROM AUTOGENOUS RIB CARTILAGE BY THE NAGATA METHOD

Objective: evaluate the result of fabrication of auricular frame from autogenous rib cartilage by using the Nagata auricular reconstruction method in microtia patients. **Subject:** 39 microtia patients operated at University Medical Center of Ho Chi Minh City and Cho Ray Hospital from April 2007 to December 2016. **Method:** prospective case series. **Results:** there were 25 male and 14 female in this study. For the auricular shape, "excellent" result achieved in 6 patients (15,38%), 16 patients (41,03%) had "good" result, 12 patients (30,77%) had "average" result, 5 patients (12,82%) had "poor" result. About the satisfaction of patients and their relatives, "satisfied" result achieved in 30 patients (76,92%), "indefinite" result occupied 5 patients (12,82%), "unacceptable" result in 4 patients (10,25%). **Conclusion:** Fabrication of auricular frame from autogenous rib cartilage by Nagata method in microtia patients yielded high rates of "good" to "excellent" results about auricular shape and the satisfaction of patients and their relatives.

Key words: microtia surgery, Nagata method, autogenous rib cartilage, auricular shape

*BỘ MÔN Tai Mũi Họng, ĐHYD TP.HCM

** Bộ môn PTTH Trường Đại học Y Hà Nội, khoa PTTH BVĐK. Xanh Pôn, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lý Xuân Quang

Email: xuanquangnt2001@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tạo hình tai nhỏ là một kỹ thuật phức tạp, đòi hỏi nhiều thời gian, trải qua nhiều cuộc phẫu thuật, và nguy cơ tai biến. Có nhiều phương pháp tạo hình tai nhỏ như: tạo hình tai nhỏ từ sụn sườn tự thân, medpor, tai giả,... nhưng tạo hình tai nhỏ bằng sụn tự thân được đa số các phẫu thuật viên chọn lựa (trên 93%)[5]

Giữa thập niên 1980, Nagata đã thực hiện kỹ thuật tạo hình tai nhỏ 2 thì bằng sụn sườn tự thân với những ưu điểm vượt trội so với những kỹ thuật trước đó (Kỹ thuật Tanzer gồm 5 thì phẫu thuật, Kỹ thuật Brent gồm 4 thì phẫu thuật): ít thì phẫu thuật hơn và cho hình dáng vành tai đẹp hơn [2]. Đặc điểm 2 thì trong kỹ thuật Nagata là: (1) thì 1: tạo khung sụn vành tai có cấu trúc 3 chiều và (2) thì 2: nâng vành tai có sử dụng sụn chêm và mảnh ghép da mỏng che phủ sau tai nhằm làm tăng độ nhô vành tai.

Cho đến nay, qua nhiều năm thực hiện phẫu thuật tạo hình tai nhỏ theo kỹ thuật của Nagata và các tác giả khác, chúng tôi muốn đánh giá lại kết quả tạo hình khung sụn vành tai kiểu Nagata ở những bệnh nhân có dị dạng tai nhỏ. Vì lẽ đó chúng tôi thực hiện đề tài "Đánh giá kết quả tạo hình khung sụn vành tai từ sụn sườn tự thân bằng kỹ thuật Nagata".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: tất cả các bệnh nhân có dị dạng tai nhỏ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu tại Bệnh viện Đại học Y dược và Bệnh viện Chợ Rẫy từ 4/2007 – 12/2016.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Có một trong các kiểu dị dạng tai nhỏ theo phân loại của Nagata: xoắn tai, xoắn tai nhỏ, dái tai và không có tai.

- Tuổi phẫu thuật ≥ 6

- Kích thước lồng ngực ≥ 60 cm

Tiêu chuẩn loại trừ

- *Đối với vùng tai và quanh tai dị dạng:* Seolồi, seolẫu vùng tai dị dạng, có can thiệp phẫu thuật hoặc xạ trị vùng thái dương, vùng tai và quanh tai trước đó.

- *Đối với vùng ngực:* Dị dạng lồng ngực - cột sống, thiếu sản phổi, bệnh lý nhuyên sụn.

- *Tình trạng toàn thân:* Bệnh lý nội ngoại khoa có chống chỉ định phẫu thuật.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả lâm sàng hàng loạt ca

Tiên hành nghiên cứu: Bệnh nhân trải qua phẫu thuật tạo hình khung sụn (thì 1) và được theo dõi, đánh giá đến bắt đầu bước nâng vành tai (thì 2) (thời gian giữa hai thì phẫu thuật tối thiểu 4-6 tháng). Các bước phẫu thuật thì 1 như sau:

- Lấy sụn sườn 6,7,8,9 cùng bên tai tạo hình.
- Tạo hình khung sụn vành tai có cấu trúc 3 chiều theo kiểu Nagata

- Tạo túi da và chuyển da tai kiểu Nagata
- Đặt dẫn lưu áp lực âm và giữ áp lực 5-7 ngày.

Theo dõi và đánh giá sau phẫu thuật: bệnh nhân được hẹn tái khám và theo dõi định kì mỗi tháng trong 3 tháng đầu, 6 tháng.

Phương pháp đánh giá kết quả về hình dạng vành tai: Theo Mohit sharma [7] chia vành tai thành 13 đơn vị nhỏ và ông dựa trên những đơn vị này tính điểm và xếp loại.



Hình 1. Các chi tiết trên vành tai theo Mohit Sharma (Nguồn: "Lý Xuân Quang")

Bảng 1. Đánh giá chi tiết hình dạng vành tai Mohit Sharma

Chi tiết hình dạng	Điểm
1. Trụ của gờ luân	1
2. 1/3 trên	1
3. 1/3 giữa	1
4. 1/3 dưới	1
5. Trụ trên và trụ dưới của đôi luân	1
6. 1/3 giữa đôi luân	1
7. Đối bình tai	1
8. Bình tai	1
9. Hõm xoắn	1
10. Rãnh xoắn	1
11. Hõm tam giác	1
12. Hõm thuyền	1
13. Dái tai	1
Tổng điểm	13

Bảng 2. Xếp loại theo tổng điểm Mohit Sharma

Tổng điểm	Mức độ
-----------	--------

1 – 5	Kém
6 – 8	Trung bình
9 – 11	Tốt
12 – 13	Rất tốt

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Dựa trên tiêu chuẩn chọn mẫu và sự đồng thuận của bệnh nhân và gia đình, chúng tôi chọn được 39 trường hợp có đặc điểm sau:

Tuổi bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu phân bố từ 6 – 34 tuổi, bệnh nhân trong độ tuổi 10 – 20 chiếm 46,15%. Trong nhóm nghiên cứu này có 25 nam và 14 nữ.

❖ Hình dạng vành tai tạo hình

Đánh giá hình dạng vành tai tạo hình theo bảng phân độ của Mohit Sharma [7] chúng tôi thu được kết quả như sau:

Bảng 3. Hình dạng vành tai tạo hình

Hình dạng	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Kém
Số ca	6	16	12	5
Tỉ lệ (%)	15,38	41,03	30,77	12,82

Kết quả tạo hình dựa vào đánh giá trên hình dạng vành tai là một trong những yếu tố quan trọng nhất đòi hỏi kĩ thuật mô phỏng và kinh nghiệm của phẫu thuật viên từ khâu đo đạc vành tai bên bình thường, chọn lựa sụn sườn thích hợp tạo khung sụn cấu trúc 3 chiều đến tạo túi da thích hợp làm nổi bật khung sụn bên dưới.

Khi so sánh kết quả hình dạng vành tai với tác giả Mohit Sharma và nghiên cứu của Nguyễn Thùy Linh chúng tôi được bảng so sánh sau:

Bảng 4. So sánh kết quả hình dạng vành tai

Tác giả	Kết quả tốt và rất tốt
Chúng tôi	56.41%
Mohit Sharma [7]	36.36%
Nguyễn Thùy Linh [1]	55.2%

Tỉ lệ "kết quả tốt và rất tốt" trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả tương đương Nguyễn Thùy Linh và cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Mohit Sharma. Điều này có thể là do trong nghiên cứu của Mohit Sharma, số trường hợp nhiễm trùng, hoại tử túi da và lộ chỉ thép chiếm tỉ lệ cao hơn. Giải thích trong nghiên cứu của mình, Mohit Sharma nhận thấy tình trạng sụn chiếm tỉ lệ cao do thời điểm thu hoạch sụn sớm, khâu chỉ không thích hợp.



Hình 2. Tai bên bình thường (A); Tai bên tạo hình: trước mổ (B), sau mổ (C)
(Nguồn: Lý Xuân Quang)

❖ *Mức độ hài lòng của người bệnh và thân nhân được đánh giá qua phiếu thăm dò cho kết quả như sau:* Khi thăm dò mức độ hài lòng về hình dạng tổng thể vành tai tạo hình của bệnh nhân, thân nhân và có so sánh với các tác giả khác chúng tôi thu được bảng sau:

Bảng 5. So sánh mức độ hài lòng với tác giả khác

Tác giả	Hài lòng	Không xác định	Không chấp nhận
Chúng tôi	76.92%	12.82%	10.25%
Brent [2]	83.3%		
Nagata [6]	88.2%		
Firmin [4]	77.9%	9%	

Nhìn chung mức độ hài lòng trong nghiên cứu của các tác giả lớn trên thế giới trong khoảng 77 – 88%. Ngoài thăm dò về hình dạng tổng thể của vành tai tạo hình chúng tôi còn thăm dò sự hài lòng trên từng chi tiết vành tai chúng tôi nhận thấy: Phần lớn bệnh nhân và thân nhân hài lòng với các chi tiết: gờ luân, gờ đối luân, hố thuyên và dải tai. Trong khi đó hõm xoắn và rãnh xoắn không đạt yêu cầu và làm giảm mức độ hài lòng tổng thể hình dạng vành tai.

IV. KẾT LUẬN

Tạo hình khung sụn vành tai từ sụn sườn tự thân theo kiểu Nagata ở những bệnh nhân có dị dạng tai nhỏ cho kết quả "tốt và rất tốt" về hình dạng vành tai và mức độ hài lòng chiếm tỉ lệ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thùy Linh (2015), "Đánh giá kết quả phẫu thuật nâng khung sụn - tạo hình rãnh sau tai

trên bệnh nhân thiếu sản vành tai cấy sụn tạo hình", *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y HN.*

2. Brent, B. (1992), "Auricular repair with autogenous rib cartilage grafts: two decades of experience with 600 cases", *Plast Reconstr Surg.* 90(3), 355-74.
3. Choi, Jeong-Hwan, et al. (2014), "Clinical Experience of Sturdy Elevation of the Reconstructed Auricle", *Archives of Craniofacial Surgery.* 15(1), 1-6.
4. Firmin, F. and Marchac, A. (2011), "A novel algorithm for autologous ear reconstruction", *Semin Plast Surg.* 25(4), pp. 257-64.
5. Long, X., et al. (2013), "Complication rate of autologous cartilage microtia reconstruction: a systematic review", *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 1(7), e57.
6. Nagata, S. (1994), "Modification of the stages in total reconstruction of the auricle: Part IV. Ear elevation for the constructed auricle", *Plast Reconstr Surg.* 93(2), 254-66.
7. Sharma, M., et al. (2015), "Objective analysis of microtia reconstruction in Indian patients and modifications in management protocol", *Indian J Plast Surg.* 48(2), 144-52.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN SUY TĨNH MẠCH CHI DƯỚI

Nguyễn Thái Dương*, Trần Việt An*

TÓM TẮT³³

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị nội khoa ở bệnh

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
Chịu trách nhiệm chính: Trần Việt An
Email:
Ngày nhận bài:
Ngày phản biện khoa học:
Ngày duyệt bài:

nhân suy tĩnh mạch chi dưới. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 32 bệnh nhân được chẩn đoán suy tĩnh mạch chi dưới tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Kết quả:** Tê là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất chiếm 62,5%, phù là triệu chứng thực thể thường gặp nhất với 37,5%. Giai đoạn C3 theo CEAP chiếm cao nhất với 37,5%. Tỷ lệ 96,9% bệnh nhân có suy van tĩnh mạch sâu và 40,6% suy van tĩnh mạch nông. Sau điều trị, tất cả các triệu chứng cơ năng đều giảm, đau giảm từ 56,3% xuống 37,5%, nặng mỗi chân giảm từ 53,1% xuống 31,3%,

vỏ bẻ giảm từ 40,6% xuống 21,7%, tê giảm từ 62,5% xuống 43,8% ($p < 0,05$). Trong các triệu chứng thực thể chỉ có triệu chứng phù giảm từ 37,5% xuống 15,6% sau điều trị ($p < 0,05$). Sau điều trị, phân loại lâm sàng theo CEAP tăng lên trong nhóm C0-C2 và giảm trong nhóm C3-C4 ($p = 0,016$). Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau điều trị được cải thiện bằng điểm số GIS dựa trên bảng câu hỏi CIVIQ, tăng từ $61,4 \pm 16,82$ điểm lên $72,3 \pm 13,48$ điểm ($p < 0,001$) sau 2 tháng. Hiệu quả điều trị theo đánh giá của bệnh nhân đạt 71,9% ở mức tốt và rất tốt, 15,6% chấp nhận được và 12,5% không tốt. **Kết luận:** Sau 2 tháng, điều trị nội khoa đã làm giảm tỉ lệ xuất hiện các triệu chứng cơ năng, tình trạng phù chân và cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh lý suy tĩnh mạch chi dưới.

Từ khóa: suy tĩnh mạch chi dưới, điều trị nội khoa, thuốc trợ tĩnh mạch.

SUMMARY

STUDY CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND ASSESS TREATMENT OUTCOME OF LOWER EXTREMITY VENOUS INSUFFICIENCY PATIENTS

Objective: to survey clinical and paraclinical characteristics and assess medical treatment outcome of lower extremity venous insufficiency patients.

Method and Subject: cross-sectional descriptive study was done on 32 patients diagnosed with lower extremity venous insufficiency in Can Tho Central General Hospital. **Results:** restless legs were the most common symptoms with 62,5%. Edema was the most common sign with 37,5%. C3 class of clinical CEAP classification reached the highest percentage with 37,5%. 96,9% of patients had deep venous valve incompetence and 40,6% of patients had superficial venous valve incompetence. After medical treatment, there was a significant decrease in the percent of patients with pain (from 56,3% to 37,5%), heaviness legs (from 53,1% to 31,3%), cramps (from 40,6% to 21,7%) and restless legs (from 62,5% to 43,8%), $p < 0,05$. Among signs, only edema decreased from 37,5% to 15,6% in the percent of patients ($p < 0,05$). There was a significant reduction in the percent of patients in C3-C4 classes of the clinical CEAP classification, and increase in C0-C2 classes ($p = 0,016$). The GIS equaled $61,4 \pm 16,82$ at baseline and increased to $72,3 \pm 13,48$ ($p < 0,001$) after 2 months. Patients's satisfaction with medical treatment was good and very good in 71,9% of cases, acceptable in 15,6% and poor in 12,5% of patients. **Conclusion:** After 2-month medical treatment significantly reduced with symptoms, edema and improved patients's quality of life in patients with lower extremity venous insufficiency.

Keys: lower extremity venous insufficiency, medical treatment, venoactive drugs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tĩnh mạch chi dưới là một trong những tình trạng bệnh lý phổ biến nhất ở các nước phương Tây và Hoa Kỳ, khoảng 10-35% dân số Hoa Kỳ mắc bệnh suy tĩnh mạch chi dưới. Theo ước tính, loét tĩnh mạch làm hao hụt khoảng 2

triệu ngày làm việc mỗi năm và chi phí điều trị lên đến 3 tỉ đô la Mỹ mỗi năm tại Hoa Kỳ, chiếm 1-3% tổng ngân sách chăm sóc sức khỏe ở các nước phương Tây. Tuy nhiên, bệnh lý này vẫn chưa thực sự được quan tâm đúng mức, có đến 65% bệnh nhân không biết mình bị bệnh tĩnh mạch cho đến khi khám bác sĩ.

Các biểu hiện lâm sàng của bệnh thường rất đa dạng bao gồm các triệu chứng tại chỗ thường gặp như nặng mỗi chân, đau, vỏ bẻ, tê, phù chân, giãn tĩnh mạch có thể thấy ngoài da gây ảnh hưởng nhiều đến vấn đề thẩm mỹ đặc biệt quan trọng đối với phụ nữ. Tình trạng này nếu không được điều trị đúng cách ngay từ giai đoạn sớm sẽ gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm, khó trị như rối loạn dinh dưỡng ở da, viêm tắc mạch. Về mặt điều trị, bệnh nhân có thể được áp dụng nhiều phương pháp khác nhau nhưng điều trị nội khoa với thuốc trợ tĩnh mạch vẫn đóng một vai trò hết sức quan trọng. Thuốc có thể được dùng trong tất cả các giai đoạn của bệnh, có tác dụng làm giảm các triệu chứng cơ năng và tình trạng phù chân qua đó có thể cải thiện được chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Vì vậy, để làm rõ vấn đề này, chúng tôi tiến hành "*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân suy tĩnh mạch chi dưới bằng phương pháp điều trị nội khoa tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ*" với các mục tiêu:

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân suy tĩnh mạch chi dưới.

2. Đánh giá kết quả điều trị nội khoa ở bệnh nhân suy tĩnh mạch chi dưới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân được chẩn đoán suy tĩnh mạch chi dưới tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Tiêu chuẩn chọn mẫu: bệnh nhân trên 18 tuổi đồng ý tham gia, có các triệu chứng của suy tĩnh mạch. Siêu âm Doppler màu mạch máu ghi nhận thời gian dòng trào ngược tĩnh mạch $> 0,5$ giây.

Tiêu chuẩn loại trừ: có cùng triệu chứng với suy tĩnh mạch nhưng gây ra bởi các nguyên nhân khác. Phụ nữ mang thai hoặc cho con bú. Bệnh nhân được điều trị bằng các phương pháp khác. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức:
$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 \times P(1-P)}{d^2}$$

Trong đó:

n: số bệnh nhân cần nghiên cứu.

Chọn $\alpha=0,05$ do đó $Z_{(1-\alpha/2)}=1,96$.

Sai số ước lượng $d=0,1$; p là kết quả điều trị nội khoa đạt mức tốt và rất tốt. Theo tác giả Georges Jantet thì tỉ lệ này là 91%, chọn $p=0,91$. Tính được $n = 31$. Trên thực tế chúng tôi thu thập được 32 bệnh nhân.

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Nội dung nghiên cứu: tìm hiểu các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng thường gặp của bệnh lý suy tĩnh mạch chi dưới. Xác định hiệu quả điều trị nội khoa trên bệnh nhân suy tĩnh mạch chi dưới.

Phân tích và trình bày số liệu: Số liệu thu thập được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0. Tính các tỉ lệ, số trung bình \pm độ lệch chuẩn. So sánh giá trị trung bình tại hai thời điểm của một nhóm bằng kiểm định t ghép cặp (Paired-Samples T Test). So sánh tỉ lệ tại hai thời điểm của một nhóm bằng kiểm định McNemar.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 32 bệnh nhân suy tĩnh mạch chi dưới đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ: nữ chiếm 62,5% cao hơn nam giới. Tỉ lệ nam/nữ là 1/1,67. Tuổi trung bình là 59,84 \pm 13,96 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 37 tuổi, tuổi lớn nhất là 87 tuổi. Bệnh nhân có rạn thưa cân và béo phì chiếm đa số với 65,6%.

Bảng 1. Phân bố nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Tỉ lệ
Nhân viên văn phòng	31,3%
Buôn bán	12,5%
Giáo viên	15,7%
Công nhân	3,1%
Nông dân	9,3%
Nội trợ	18,8%
Nghề khác	9,3%

Nhận xét: nhóm nghề ít hoạt động thể lực chiếm đa số (43,8%).

Bảng 2. Phân bố triệu chứng lâm sàng thường gặp

Triệu chứng	Tỉ lệ (%)
Đau chân	56,3%
Nặng mỗi chân	53,1%
Vọp bẻ	40,6%
Tê	62,5%
Phù	37,5%
Giãn mao mạch	25%
Giãn tĩnh mạch lưới	34,4%
Giãn thân tĩnh mạch	25%
Biến đổi sắc tố da	3,1%

Nhận xét: tê là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất (62,5%). Phù là triệu chứng thực thể thường gặp nhất (37,5%).

Bảng 3. Phân loại CEAP

CEAP	Tỉ lệ (%)
Giai đoạn C0	15,6%
Giai đoạn C1	28,2%
Giai đoạn C2	15,6%
Giai đoạn C3	37,5%
Giai đoạn C4	3,1%

Nhận xét: giai đoạn C3 chiếm tỉ lệ cao nhất (37,5%).

Bảng 4. Kết quả cận lâm sàng

Siêu âm Doppler	Tỉ lệ
Suy van tĩnh mạch nông	40,6%
Suy van tĩnh mạch sâu	96,9%
Suy van tĩnh mạch xuyên	0%

Nhận xét: suy van tĩnh mạch sâu chiếm đa số (96,9%).

Bảng 5. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng sau điều trị

Triệu chứng	Trước điều trị	Sau điều trị	p
Đau	56,3%	37,5%	<0,05
Nặng mỗi chân	53,1%	31,3%	
Vọp bẻ	40,6%	21,9%	
Tê	62,5%	43,8%	
Phù	37,5%	15,6%	

Nhận xét: các triệu chứng cơ năng và phù giảm tỉ lệ xuất hiện sau điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6. Sự thay đổi phân loại lâm sàng theo CEAP

	C0-C2	C3-C4	p
Trước điều trị	59,4%	40,6%	0,016
Sau điều trị	81,3%	18,7%	

Nhận xét: tỉ lệ bệnh nhân tăng lên trong giai đoạn C0-C2 theo CEAP và giảm trong giai đoạn C3-C4 sau điều trị. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân tính bằng điểm GIS dựa trên bảng câu hỏi CIVIQ tăng lên sau khi điều trị, từ 61,41 \pm 16,82 điểm trước điều trị tăng lên 72,34 \pm 13,48 điểm sau điều trị, tăng trung bình 10,94 \pm 8,61 điểm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$.

Hiệu quả điều trị theo nhận xét của bệnh nhân đạt mức tốt và rất tốt với 71,9%, mức độ chấp nhận được với 15,6% và không tốt chiếm 12,5%.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ nữ (62,5%) mắc bệnh nhiều hơn nam (37,5%) do ảnh hưởng của nội tiết tố estrogen và progesteron, thai nghén lên thành mạch, thói quen ít hoạt động, đứng lâu,

do khối lượng cơ thấp ảnh hưởng đến sức cơ cơ ép vào tĩnh mạch đẩy máu về tim. Tỷ lệ suy tĩnh mạch tăng dần theo tuổi vì tuổi càng cao càng có nhiều yếu tố tác động như áp lực tĩnh mạch càng lớn, giảm trương lực cơ làm ứ trệ tĩnh mạch và sự suy yếu thành tĩnh mạch. Nghề nghiệp ít hoạt động thể lực hay đứng lâu, thể trạng thừa cân béo phì cũng là yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng mắc bệnh.

Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là tê và phù là triệu chứng thực thể thường gặp nhất. Tác giả Đặng Thị Anh Thu và Nguyễn Anh Vũ (2014) ghi nhận nặng mỗi chân với 98,1%, phù chân với 46,5%. Giai đoạn C3 theo CEAP chiếm tỷ lệ cao nhất với 37,5%. Tác giả G. Jantet và cộng sự lại ghi nhận C2 chiếm tỷ lệ cao nhất với 30,2%. Sự khác biệt này có thể do tính chất của bệnh có liên quan đến chủng tộc, di truyền, lối sống vì vậy, ở từng vùng địa lý khác nhau thì tần suất mắc bệnh cũng khác nhau. Qua đó có thể thấy, sự quan tâm của người dân đối với bệnh lý suy tĩnh mạch chi dưới còn kém do đó bệnh thường không được phát hiện sớm cho đến khi có biểu hiện lâm sàng rõ rệt thì bệnh nhân mới đi khám bệnh và điều trị.

Suy van tĩnh mạch sâu chiếm phần lớn với 96,9%. Tác giả Nguyễn Hoài Nam, lại ghi nhận 100% bệnh nhân có suy van tĩnh mạch nông, 82,7% suy van tĩnh mạch sâu. Sự khác biệt này có thể là do bệnh nhân suy van tĩnh mạch sâu đi khám nhiều hơn vì những triệu chứng cơ năng diễn tiến nặng dần gây khó chịu, làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Bệnh nhân giãn tĩnh mạch nông nhiều thường được chỉ định nhập viện để điều trị nên không khám ở phòng khám như suy van tĩnh mạch sâu vì những triệu chứng cơ năng diễn tiến nặng dần gây khó chịu và làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Hình ảnh lâm sàng không phải luôn phản ánh chính xác tình trạng sinh bệnh lý của suy tĩnh mạch. Do đó, việc sử dụng siêu âm Doppler để phát hiện dòng trào ngược tĩnh mạch có ý nghĩa quan trọng vì đây là phương pháp chẩn đoán đơn giản, chính xác, có thể sử dụng rộng rãi và lặp lại để phát hiện sớm bệnh lý suy tĩnh mạch chi dưới.

Sau điều trị, các triệu chứng cơ năng và tình trạng phù chân đều giảm tỉ lệ xuất hiện so với trước khi điều trị ($p < 0,05$). Các thuốc trợ tĩnh mạch làm giảm phù chân bằng các tác động như tăng trương lực tĩnh mạch dẫn đến giảm tình trạng ứ trệ trong hệ tĩnh mạch, tăng sức bền thành mạch, giảm tính thấm thành mạch, tăng dẫn lưu bạch huyết làm cải thiện việc dẫn lưu thoát dịch nên giảm phù. Tỷ lệ bệnh nhân tăng lên trong giai đoạn C0-C2 và giảm trong giai đoạn C3-C4. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân được cải thiện đáng kể sau điều trị bằng việc điểm số GIS tăng sau điều trị ($p < 0,001$). Tác giả Vyacheslav A. Yanushko, tác giả G. Jantet và cộng sự cũng có cùng nhận định trên. Từ đó cho thấy, điều trị nội khoa thuốc trợ tĩnh mạch thật sự có hiệu quả trong điều trị suy tĩnh mạch chi dưới. Hiệu quả điều trị được đánh giá của bệnh nhân cũng đạt mức cao chứng tỏ đa số bệnh nhân hài lòng với phương pháp điều trị này.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng thường gặp là tê, phù chân. Trên siêu âm Doppler màu mạch máu thì suy van tĩnh mạch sâu chiếm đa số.

Điều trị nội khoa có tác dụng trong việc làm giảm triệu chứng cơ năng và tình trạng phù chân cũng như cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy tĩnh mạch chi dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Tử Dương (2014), "Các thuốc điều trị suy tĩnh mạch mạn tính", *Thuốc tim mạch*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 516-526.
2. Georges Jantet et al (2002), "Chronic Venous Insufficiency: Worldwide Results of the RELIEF Study", *Angiology*, 53(3), pp. 245-256.
3. Janes Laredo, Anton N. Sidawy (2010), "Lower Extremity Venous Disease", *Dieter*, pp. 1-26.
4. Jean-Jérôme GUÉX et al (2012), "The "C0_s" patient: worldwide results from the Vein Consult Program", *Phlebology*, 19(4), pp. 182-191.
5. Jennifer L. Beebe-Dimmer et al (2005), "The Epidemiology of Chronic Venous Insufficiency and Varicose Veins", *Ann Epidemiol*, 15(3), pp. 175-184.
6. John J. Bergan et al (2006), "Chronic Venous Disease", *The New England Journal of Medicine*, 355(5), pp. 98-488.
7. Nguyễn Hoài Nam (2006), "Một số phương thức điều trị mới trong bệnh suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 10(4), trang 193-198.

ĐẶC ĐIỂM VỀ DỊCH TỄ HỌC CỦA UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG TẠI THÁI NGUYÊN

Nguyễn Công Hoàng*

TÓM TẮT³⁴

Mục tiêu: 1. Nhận xét đặc điểm dịch tễ học về tuổi, giới, địa dư, thời gian khám phát hiện NPC điều trị tại Thái Nguyên. 2. Phân tích mối liên quan giữa địa dư và thời gian khám phát hiện bệnh. **Đối tượng và phương pháp:** gồm 62 bệnh nhân điều trị tại trung tâm ung bướu bệnh viện trung ương Thái Nguyên từ tháng 7 năm 2014 đến tháng 7 năm 2017, mô tả loạt ca, tiến cứu. **Kết quả:** Tuổi trẻ nhất 16, cao nhất 79 tuổi. Nhóm tuổi bị bệnh cao nhất 30 - 49 tuổi. Tuổi trung bình của nam là $50 \pm 12,41$ tuổi. Tuổi trung bình của nữ là $46 \pm 11,99$ tuổi nam 30,3%, nữ 40%. Thời gian đến khám trên 6 tháng ở thành phố là 33,3%, thị xã là 48,6% nông thôn là 58,2%. Thời gian đến khám trên 6 tháng của cả 3 nhóm là 52,4%. **Kết luận:** Về dịch tễ học tuổi mắc bệnh trung bình của nam là $50 \pm 12,41$. Nữ là $46 \pm 11,99$.

Từ khóa: Ung thư vòm mũi họng, NPC.

SUMMARY**DESCRIBE THE EPIDEMIOLOGICAL****CHARACTERISTICS OF THE NPC AT THAI NGUYEN"**

Objectives: 1. Describe the epidemiological characteristics of the NPC (age, gender, geography, time of detection at Thai nguyên). 2. Analyse the relationship between geography and time of detection. **Methods:** including 62 patients treated at the Department of Radiation, Vietnam National Cancer Hospital from July 2014 to July 2017, case-series prospective description. **Results:** The youngest age: 16: the oldest age: 79. The age group of the highest disease rate: 30-49. Male mean age is 50 ± 12.41 Female mean age is 46 ± 11.99 . Male 30.3%, female 40%. The examination time of after 6 months in cities, towns and rural area 62,9%. The examination time before 6 months in all 3 groups is 52.4%. **Conclusion:** Epidemiology> shows that the average age of male patients is $50 \pm 12,41$, average age of female patients is $46 \pm 11,99$.

Keywords: Nasopharyngeal Carcinoma, NPC.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng có danh pháp quốc tế là NPC (Nasopharyngeal Carcinoma) là ung thư hiếm gặp ở các nước Âu - Mỹ nhưng thường gặp ở Việt Nam (xếp hàng đầu trong các ung thư Tai - Mũi - Họng và đầu cổ). NPC có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng hay gặp nhất là lứa tuổi từ 40 - 59, là tuổi lao động còn có nhiều đóng góp cho gia đình và xã hội, hiện nay do điều kiện kinh tế, giao thông... nên người miền núi còn ít có điều kiện khám bệnh định kỳ chuyên sâu phát hiện bệnh đồng thời khi phát hiện được NPC cũng

không có điều kiện chữa bệnh tại các trung tâm ở Hà nội. Do tổn thương giải phẫu bệnh của NPC phần lớn là ung thư tế bào biểu mô không biệt hóa hoặc ít biệt hóa, rất nhạy cảm với xạ trị nên nếu được phát hiện và điều trị sớm, tỷ lệ sống sau 5 năm của người bệnh có thể từ 50 đến 70% và hơn nữa. Đề tài: "Một số đặc điểm về dịch tễ học lâm sàng của ung thư vòm mũi họng tại Thái Nguyên" với hai mục tiêu sau:

1. Nhận xét đặc điểm Dịch tễ học về tuổi, giới, địa dư, thời gian khám phát hiện tại bệnh viện trung ương Thái Nguyên.

2. Mối liên quan giữa địa dư và thời gian khám phát hiện bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 62 bệnh nhân điều trị tại trung tâm ung bướu Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 7 năm 2014 đến tháng 7 năm 2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả từng ca, tiến cứu BN được chẩn đoán xác định NPC qua lâm sàng nội soi và mô bệnh học tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên và gửi tiêu bản hhoijj chẩn hoặc chẩn đoán NPC tại khoa Giải phẫu bệnh bệnh viện K và bệnh viện Tai - Mũi - Họng Trung ương,

2.3. Xử lý số liệu : Sử dụng phần mềm xử lý số liệu EPIINFO 6.04 và STATA 9.2. Kiểm định tỷ lệ bằng thuật toán χ^2 .

III. KẾT QUẢ

3.1. Dịch tễ học về tuổi, giới, địa dư, thời gian khám phát hiện

3.1.1. Về tuổi**Bảng 1. Phân bố theo tuổi và giới**

Tuổi	Nam	Nữ	Σ
	n	n	
10-19	1	0	1
20-29	3	0	3
30-39	9	1	10
40-49	12	2	14
50-59	11	2	13
60-59	11	2	13
70-79	7	1	8

Tuổi trẻ nhất gặp trong nghiên cứu là 16 và cao nhất là 79 tuổi. Nhóm tuổi bị bệnh cao nhất là nhóm 40 - 49 tuổi, nam là 12/14 chiếm 85,7%, nữ 2/14 chiếm 14,3%. Ở nhóm tuổi này, sự khác biệt giữa tỷ lệ nam - nữ là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tuổi trung bình của nhóm nam là $50 \pm 12,41$ tuổi, ước lượng tuổi trung bình hay mắc nhất của nam là CI (95%) =

*Đại học y dược Thái nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Hoàng

Email: nguyenconghoang@tnmc.udu.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

47,9 - 52. Tuổi trung bình của nữ là $46 \pm 11,99$ tuổi. Ước lượng tuổi trung bình hay mắc nhất của nữ là CI (95%) 42,76 - 49,224. Có sự khác biệt về tuổi trung bình giữa hai nhóm nam và nữ với $p=0,044$ với $\chi^2=2,027$.

3.1.3. Về địa dư

Bảng 2. Phân bố theo địa dư-nơi sinh sống

Khu vực	n	%
Thành phố	12	19,3
Nông thôn	36	58,1
Miền núi	14	22,6
N	62	100

Qua bảng trên cho thấy: người bệnh NPC sống ở nông thôn chiếm 58,1%,

- Thành phố chiếm 19,3% và tỷ lệ người bệnh ở miền núi chỉ chiếm 22,6%.

Sự khác biệt giữa tỷ lệ người bệnh sống ở nông thôn và thành phố trong nghiên cứu có ý nghĩa thống kê. ($P<0,05$)

Thời gian phát hiện bệnh

3.2. Mối liên quan giữa địa dư và thời gian đến khám phát hiện

Bảng 3. Liên quan thời gian đến khám và địa dư

Thời gian bị bệnh	Thành phố		Nông thôn		Miền núi	
	n	%	n	%	n	%
< 3 tháng	3	33,3	6	66,7		
3 ≤ 6 tháng	4	28,6	9	64,2	1	6,2
6 ≤ 9 tháng	2	11,1	10	55,5	6	33,4
9 ≤ 12 tháng	1	7,1	7	50	6	42,8
>12 tháng	2	28,6	4	57,1	1	14,3
N	12		36		14	

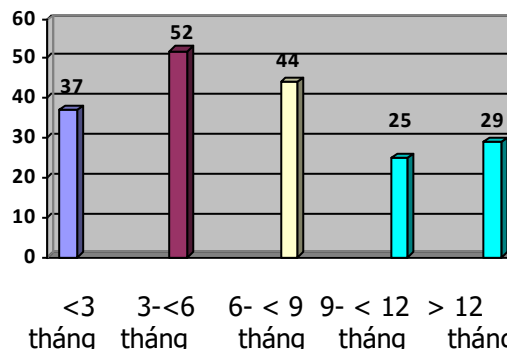
Qua bảng trên cho thấy: thời gian đến khám trước 6 tháng ở thành phố là nông thôn có sự khác biệt $P<0,05$ còn trên 6 tháng giữa thành phố và miền núi cũng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về dịch tễ học của tuổi, giới, địa dư, thời gian khám phát hiện

4.1.1 Tuổi: Bảng 1 cho thấy NPC gặp ở các nhóm tuổi từ < 10 đến ≥ 70 tuổi. Tuổi trẻ nhất là 16 tuổi và lớn nhất là 79 tuổi. Nhóm tuổi tỷ lệ mắc bệnh cao nhất trong nghiên cứu là 40 - 49, 50-59. Sự khác biệt giữa hai nhóm tuổi này với các nhóm tuổi còn lại có ý nghĩa thống kê với $P<0,01$. Kết quả này cũng phù hợp với các tuổi trung bình nhóm nữ là $46 \pm 11,99$ với ước lượng tuổi trung bình hay mắc nhất là CI (95%) = 42,76 - 49,224. Tuổi trung bình của nhóm nam là $50 \pm 12,41$ với ước lượng tuổi trung bình hay mắc nhất là CI (95%) = 47,86 - 52. Có sự khác biệt về tuổi trung bình giữa hai nhóm nam và nữ $P = 0,044$ $\chi^2=2,027$.

4.1.2. Về giới: Tỷ lệ mắc NPC giữa nam/nữ qua nhiều nghiên cứu là 2-3/1. Trong nghiên cứu này chúng tôi gặp tỷ lệ giữa nam rất cao 53/62 chiếm tỷ lệ 85,5% Sự khác biệt là có ý nghĩa



Biểu đồ 2. Thời gian phát hiện bệnh

Thời gian phát hiện bệnh trung bình của nhóm nam: $6,8 \pm 4$ tháng (CT 95% 6,06 - 7,43), thấp nhất là 1 tháng và cao nhất là sau 17 tháng.

Thời gian phát hiện bệnh trung bình của nhóm nữ là $7,3 \pm 4,9$ tháng (CT 95% 6,01 - 8,6), thấp nhất là 1 tháng và cao nhất là 17 tháng.

thống kê với $P<0,001$. Kết quả này phù hợp với y văn là đa phần gặp ở nam nhưng cũng có phần chưa phù hợp với 1 số nghiên cứu trước đây về NPC [1][2][4].

Như vậy nam giới tuổi 30-59 là nhóm có tỷ lệ mắc NPC cao nhất, đây là những người còn đang có nhiều đóng góp cho gia đình và xã hội. Cho thấy cần tăng cường tuyên truyền, giáo dục cho đối tượng này, ngoài ra chương trình sàng lọc phát hiện sớm NPC nhất là bây giờ với sự phát triển của công nghệ gen và sinh học phân tử, những biện pháp phát hiện sớm cũng cần được lưu ý đến đặc điểm dịch tễ này.

4.1.3. Về địa dư: Theo bảng 2 trong nghiên cứu, tỷ lệ người bệnh sống ở thành phố chiếm 19,4%, trong khi đó những người bệnh sống ở nông thôn chiếm 58,1% và miền núi chỉ có 22,6%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này phù hợp với đặc điểm phân bố dân ở một nước nông nghiệp như Việt Nam. Tuy nhiên theo 1 số tác giả thì tỷ lệ bệnh nhân miền núi chúng tôi

cao hơn 1 số thống kê của Hà Nội nhiều có lẽ khu vực chúng tôi đồng đồng bào miền núi đến khám và điều trị điều đáng quan tâm là họ cũng ít hoặc không có điều kiện về trung ương. Thêm nữa sự liên quan giữa nhóm dân cư với thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi được chẩn đoán NPC hay còn gọi là thời gian phát hiện bệnh.

4.2. Môi liên quan giữa địa dư và thời gian đến khám phát hiện bệnh: Thời gian phát hiện bệnh càng ngắn thì việc điều trị càng có hiệu quả hơn, tuy nhiên thời gian này còn liên quan đến nhiều yếu tố, không chỉ phụ thuộc vào nhận thức của người bệnh mà còn liên quan đến thầy thuốc và có phần liên quan đến đặc điểm tiến triển của bệnh. Trong nghiên cứu, biểu đồ 3.2 cho thấy thời gian phát hiện bệnh hay gặp nhất là 3 - 6 tháng chiếm 27.8%; rồi đến nhóm 6-9 tháng chiếm 23.5%. Thời gian này cũng khác nhau ở nhóm người bệnh sống ở thành phố, thị xã và nông thôn, miền núi. Ở thành phố, thị xã thời gian khám trước 6 tháng là 33.3% và 48.6% cao hơn ở nông thôn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Thời gian đến khám trên 6 tháng của cả 3 nhóm là 52,4%; với người bệnh ở miền núi có 4 trường hợp đều đến muộn trên 6 tháng. Trong khi đó AWM Lee và cộng sự nghiên cứu trên 168 người bệnh NPC ở Hồng Kông năm 1996 thì thời gian đến khám trên 6 tháng chỉ có 24,4%. Đây cũng là một so sánh để thấy sự cần thiết của công tác tuyên truyền giáo dục cộng đồng và trong ngành Y tế về NPC[2].

V. KẾT LUẬN

1. Về dịch tễ học của tuổi, giới, địa dư, thời gian khám phát hiện. Tuổi trẻ nhất: 16 cao nhất 79 tuổi. Nhóm tuổi bị bệnh cao nhất 30 - 49 tuổi. Tuổi trung bình của nam là 50 ± 12.41 tuổi. Tuổi

trung bình của nữ là $46 \pm 11,99$ tuổi. Nam 30.3%, nữ 40%.

2. Về mối liên quan giữa địa dư và thời gian đến khám phát hiện bệnh. thời gian đến khám trước 6 tháng ở thành phố là nông thôn có sự khác biệt $P < 0,05$ còn trên 6 tháng giữa thành phố và miền núi cũng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$.

3. Tỷ lệ thống kê và so sánh người miền núi cao hơn 1 số tác giả ở Hà Nội đã thống kê tại các viện trung ương nhiều lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Hữu Tuân (1994)**, "Những hình thái lâm sàng của ung thư vòm mũi họng thường gặp ở Việt Nam", Tạp-chí Y học thực hành số chuyên đề về ung thư vòm mũi họng. Bộ Y tế xuất bản.
2. **Laskar S., Vimal Sanghavi et al (2004)**, "Nasopharyngeal Carcinoma in children: Ten Year's Experience at The TATA Memorial Hospital. Mum Bai", *Int. J. Radiation Oncology Bio.Phys.* 58(1), pp. 189-195.
3. **Trần Đăng Khoa, Phạm Thu Hạnh và cộng sự (2004)**. "Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị ung thư vòm họng qua 130 bệnh nhân được điều trị tại bệnh viện u bướu Hà Nội từ năm 1998-2003". Tạp chí thông tin Y dược, tr. 25-29.
4. **Nguyễn Bá Đức (2005)**. "Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học bệnh ung thư tại một số vùng địa lý Việt Nam". Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Nhà nước - Bộ Khoa học công nghệ Hà Nội.
5. **Đoàn Hữu Nghị, Chu Hoàng Hạnh (5/2001)**, "Nhận xét về tỷ lệ thường gặp, nghề nghiệp, địa phương và phân chia giai đoạn bệnh của một số ung thư tại bệnh viện K", Tạp chí Thông tin Y dược - Số chuyên đề miễn dịch và ung thư - Hội thảo Quốc tế miễn dịch và ung thư, tr. 125-128.

THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN BẰNG ĐƯỜNG MỔ ÍT XÂM LẤN LỖI SAU BÊN

Đào Xuân Thành¹, Nguyễn Quốc Dũng²

Đặt vấn đề: phẫu thuật thay khớp háng toàn phần ít xâm lấn sử dụng một đường rạch da ngắn là một chủ đề còn nhiều tranh cãi. Đường rạch da ngắn hơn chỉ là ưu điểm bề ngoài. Một lợi thế quan trọng hơn là bảo vệ mô mềm, tránh cắt tách gân cơ và dây chằng giữ ổn định khớp. Nghiên cứu này trình bày những kinh nghiệm của chúng tôi và kết quả ban đầu với thay khớp háng toàn phần ít xâm lấn bằng đường mổ lồi sau bên. **Phương pháp:** Từ tháng 6/2012 đến 6/2016, 96 khớp háng đã được thay cho 91 bệnh nhân sử dụng đường mổ xâm lấn tối thiểu lồi sau bên. Các kết quả được đánh giá trên cơ sở các thông số lâm

TÓM TẮT³⁵

¹Bộ môn Ngoại Đại học Y Hà Nội

²Khoa phẫu thuật Khớp Bv TW Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Đào Xuân Thành

Email: daoxuanthanh@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

sàng và X quang. **Kết quả:** Chiều dài trung bình của đường rạch là 8,8cm. Thời gian nằm viện trung bình là 8,3 ngày. Theo thang điểm Merle d'Aubigne Postel chúng tôi thu được kết quả rất tốt và tốt ở 95,8% bệnh nhân, 4,2% có kết quả trung bình và không có kết quả xấu ít nhất 6 tháng sau mổ. Không có trường hợp trật khớp, chấn thương thần kinh mạch máu hoặc nhiễm trùng sau phẫu thuật. **Kết luận:** thay khớp háng toàn phần sử dụng đường mổ ít xâm lấn lõi sau bên là một phẫu thuật an toàn, không có nguy cơ gia tăng tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật và tỷ lệ sai vị trí của các thành phần khớp nhân tạo.

Từ khóa: thay khớp háng toàn phần; phẫu thuật ít xâm lấn.

SUMMARY

MINIMALLY INVASIVE TOTAL HIP ARTHROPLASTY WITH THE POSTEROLATERAL APPROACH

Background: Minimally invasive total hip arthroplasty (THA) using a short skin incision is a subject of much debate in the literature. The shorter skin incision is only the most superficial of its advantages. A more important advantage is the management of soft tissue in the deeper layers, avoiding detaching the tendon insertions of the stabilizing musculature. Here, we present our experiences and early results with a posterolateral approach to minimally invasive THA. **Methods:** Between June 2012 and June 2016, 96 hips from 91 patients were operated on using posterolateral minimally invasive THA. The outcomes were assessed on the basis of clinical and radiographic parameters. **Results:** The mean length of incision was 8,8cm. The mean time of hospital stay was 8.3 days. By Merle d'Aubigne-Postel score we observed excellent and good results in 95,8% patients, 4,2% moderate and no bad result at least 6 months postoperatively. There were no cases of dislocation, neurovascular injury or postoperative infection. **Conclusions:** THA using a posterolateral approach seems to be a safe surgical procedure, without the increased risk of post-operative complication rates and component malposition rates.

Key words: total hip arthroplasty; minimally invasive surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay khớp háng là phẫu thuật dùng khớp nhân tạo để thay thế phần khớp đã hư hỏng nhằm phục hồi những chức năng vốn có của khớp. Có thể thay từng phần khớp háng hoặc thay toàn bộ khớp háng, cả chỏm xương đùi lẫn ổ cối. Đây là một thành tựu lớn của chuyên ngành chấn thương chỉnh hình nói riêng và của y học nói chung.

Hiện nay, các kỹ thuật đã có sự thay đổi lớn, cho phép phẫu thuật viên thực hiện thay khớp háng toàn phần thông qua đường mổ ít xâm lấn. Đã có nhiều tranh cãi về đường mổ ít xâm lấn so với đường mổ tiêu chuẩn. Phẫu thuật thay khớp háng càng ít xâm lấn tức là càng ít làm tổn phần mềm quanh khớp háng, điều này không đồng

nghĩa với đường rạch da càng nhỏ thì càng ít xâm lấn. Tất nhiên đường rạch da nhỏ là một trong những yêu cầu của phẫu thuật thay khớp háng ít xâm lấn, nhưng đường rạch da nhỏ thường gây cản trở tầm nhìn, khó khăn cho việc đặt các dụng cụ và khớp nhân tạo, có thể dẫn đến tổn thương các thành phần khác quanh khớp như cơ, thần kinh, mạch máu, đặt sai lệch vị trí của khớp háng nhân tạo. Cho đến nay, cùng xu thế phát triển chung, thay khớp háng toàn phần đường mổ ít xâm lấn đã thực hiện một cách phổ biến hơn và đã có tiến bộ nhất định trong chỉ định và kỹ thuật. Mặc dù vậy việc đánh giá hiệu quả điều trị, phát hiện sớm những tai biến, biến chứng để rút ra bài học kinh nghiệm nhằm làm tốt hơn, hoàn thiện hơn cho những trường hợp tiếp theo là thực sự cần thiết. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả thay khớp háng toàn phần không xi măng bằng đường mổ ít xâm lấn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Các bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng lần đầu qua đường mổ ít xâm lấn lõi vào khớp sau bên (posterolateral approach) tại Bệnh viện Bạch Mai. Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, chụp phim X-Quang trước và sau mổ, có địa chỉ rõ ràng. Bệnh nhân đến khám lại theo đúng lịch hẹn.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân không có đầy đủ các tiêu chuẩn trên. Bệnh nhân không tuân thủ chế độ khám định kỳ, không tái khám hoặc không liên lạc được. Hồ sơ bệnh án không đầy đủ, thiếu thông tin hoặc thất lạc phim Xquang.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang theo dõi dọc, không có đối chứng.

Các bước tiến hành nghiên cứu: Lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu. TKHTP không xi măng: tiến hành theo qui trình. Theo dõi bệnh nhân: đánh giá ở các thời điểm: trước mổ (T0), sau mổ: 3 tháng (T3), 6 tháng (T6), 12 tháng (T12), sau 24 tháng (T24). Chọn lọc, xác định và đánh giá kết quả lâm sàng, X-quang, đo các chỉ số huyết thanh, men CK: Việc đo lường các men đánh dấu trong huyết thanh của tổn thương cơ bắp cung cấp một phương pháp khách quan để xác định sự xâm lấn tương đối của các kỹ thuật và đường mổ thay khớp khác nhau khớp háng nhân tạo. Men CK trong huyết thanh là 1 trong những chất chỉ thị dùng để đánh giá mức độ tổn thương cơ bắp trong quá

trình phẫu thuật thay khớp háng.

Theo dõi sau mổ: Hẹn khám lại sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 24 tháng sau mổ.

Các chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi, giới, chỉ số khối BMI cơ thể

Triệu chứng lâm sàng: Đau tại khớp háng hay dọc xương đùi. Đánh giá theo thang điểm VAS: không đau 0 điểm, đau ít 1- 3 điểm, đau vừa 4- 6 điểm, đau nhiều 7-10 điểm. Đo biên độ vận động khớp, mức độ hạn chế vận động, ngăn chi.

Cận lâm sàng: chủ yếu dựa vào Xquang. Phân loại tổn thương: thoái hóa khớp háng, gãy cổ hay hoại tử chỏm.

Kết quả ngay sau mổ: sự liền vết mổ, thời gian nằm viện, chiều dài vết mổ. Chụp X - quang kiểm tra khớp háng nhân tạo sau phẫu thuật. Góc nghiêng dạng của ổ cối: góc tạo bởi mặt phẳng đi qua viền ổ cối nhân tạo với mặt phẳng nằm ngang (bình thường: 40^o -50^o). Trục của chuỗi khớp: trung gian, vẹo trong, vẹo ngoài. Lệch trên 3^o so với trục giải phẫu xương đùi được coi là vẹo. Mức độ áp khít ống tủy thân xương đùi của chuỗi khớp ở 1/3 trên chuỗi khớp. Dưới 80% được coi là lỏng, từ 80% trở lên được coi là chặt.

Kết quả xa sau phẫu thuật: đánh giá theo chỉ số khớp háng của Merle d'Aubigne - Postel. Tổng số điểm cao nhất là 18 điểm, thấp nhất là 0. Kết quả rất tốt 17-18 điểm, tốt 15-16 điểm, khá 13-14 điểm, trung bình 10-12 điểm, xấu ≤ 9 điểm.

Tai biến trong phẫu thuật: Chảy máu, vỡ, thủng ổ cối, vỡ toác đầu trên xương đùi, tổn thương mạch máu, thần kinh

Biến chứng sau phẫu thuật: Nhiễm khuẩn sâu hoặc nông, trật khớp, lỏng khớp, gãy thân xương đùi, cốt hóa lạc chỗ, ngăn chi

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 6/2012 đến tháng 06/2016 chúng tôi đã thay khớp háng toàn phần không xi măng cho 91 bệnh nhân phù hợp với các tiêu chuẩn nghiên cứu. Tổng số có 96 khớp được thay, trong đó có 5 bệnh nhân được thay khớp háng cả 2 bên. Thời gian theo dõi trung bình là: 38,43 ± 11,75 tháng (6-54 tháng)

Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu: Độ tuổi trung bình 51,19±13,97. Trong đó tuổi thấp nhất là 18, cao nhất là 76 tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao là nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm 46,1%. Số bệnh nhân nam là 75, nữ là 16. Tỉ lệ nam/nữ là 4,5/1.

Bảng 1. Phân loại chỉ số BMI

Chỉ số BMI	Bệnh nhân	N	Tỷ lệ (%)
Nhóm 1 (<18,5)		28	30,77
Nhóm 2 (18, 5 – 22,9)		48	52,75
Nhóm 3 (>23)		15	16,48

Nhận xét: Các bệnh nhân đều có khổ người trung bình, không có bệnh nhân béo phì. BMI trung bình: 20,02 ± 2,89. BMI thấp nhất: 13,6. BMI cao nhất: 27,4

Bảng 2. Chiều dài vết mổ trung bình của bệnh nhân

Chiều dài	Số lượng	N	(%)
7cm		2	2,1
8cm		38	39,6
9cm		34	35,4
10cm		22	22,9
Tổng		96	100

Nhận xét: Chiều dài vết mổ trung bình của nhóm nghiên cứu là 8,81±0,78cm. Chiều dài vết mổ chiếm tỉ lệ cao nhất ở nhóm 8-9cm, có 72 khớp chiếm 75%.

Đánh giá kết quả phẫu thuật: 100 bệnh nhân liền vết mổ thì đầu, được cắt chỉ sau 10-14 ngày. Số ngày nằm viện sau mổ trung bình nhóm nghiên cứu là 8,34 ± 5,12.

Trục của chuỗi khớp nhân tạo: Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân đều có trục chuỗi khớp là trục trung gian, không có trường hợp nào vẹo trong và vẹo ngoài

Bảng 3. Góc nghiêng dạng của ổ cối

Góc nghiêng	Dưới 40 ^o	40-50 ^o	Trên 50 ^o	Tổng
N	1	95	0	96
Tỷ lệ	1,04	98,96	0%	100

Nhận xét: Số lượng vỏ ổ cối nhân tạo có vị trí đúng nằm trong khoảng từ 40 đến 50^o có 95 khớp chiếm 98, 6%. Có 1 khớp có góc nghiêng dạng ổ cối là 38^o chiếm 1,04%.

Bảng 4. Mức độ đau khớp háng theo thang điểm VAS

Điểm VAS	0 điểm	1-3 điểm	4- 6 điểm	7- 10 điểm
Trước mổ	0	2	36	58
Sau mổ	75	21	0	0

Nhận xét: So sánh mức độ đau khớp háng trước và sau phẫu thuật theo thang điểm VAS. Điểm trung bình mức độ đau sau mổ là 2,32± 056. Trong đó điểm lớn nhất là 3, và nhỏ nhất là 0 điểm. Điểm trung bình trước mức độ đau trước mổ là 6,54 ± 2,12. Trong đó lớn nhất là 9 và nhỏ nhất là 3.

Bảng 5. Đánh giá triệu chứng đau đùi sau phẫu thuật

Thời gian	3 tháng	6 tháng	9 tháng	12 tháng	24 tháng
Đau đùi	45	10	3	0	1

Nhận xét: Triệu chứng đau giữa đùi sau mổ tại thời điểm theo dõi 3 tháng sau mổ là 45 khớp. Triệu chứng này giảm ở các thời điểm theo

đổi kế tiếp. Sau 24 tháng xuất hiện 1 bệnh nhân đau đùi ở mức độ nhẹ nhưng không có dấu hiệu của lỏng khớp.

Đánh giá kết quả chung: Theo thang điểm Merle d" Aubigne_Postel kết quả điều trị tốt và

rất tốt là 92 trường hợp chiếm 95,8%, khá là 4 trường hợp chiếm 4,2%, không có trường hợp có kết quả xấu.

Bảng 6. Liên quan thay đổi hoạt độ CK và giới tính

Giới tính	CK			
	Trước mổ	Sau mổ 3h	Ngày 1	Ngày 5
Nam	92,96±56,47	101,34±65,72	256,35±188,30	226,61±178,32
Nữ	62,94±49,77	78,06±43,56	196,63±106,01	168,50±101,79
Total	87,68±56,28	98,20±56,38	245,85±177,62	216,39±168,42

Nhận xét: Không có sự khác biệt về mức độ thay đổi hoạt độ CK trung bình giữa 2 nhóm nam và nữ ($p > 0,05$). Xu hướng men CK tăng sau mổ từ ít nhưng tăng nhanh vào ngày thứ nhất gấp 2,8 lần và giảm dần vào những ngày tiếp theo sau mổ.

Bảng 7. Liên quan thay đổi hoạt độ CK và BMI

BMI	CK			
	Trước mổ	Sau mổ 3h	Ngày 1	Ngày 5
<18,5	87,42±65,57	95,06±66,48	214,49±131,76	186,55±125,75
18,5-22,9	96,88±66,46	104,32±69,85	271,20±196,09	240±1185,46
>23	89,67±65,56	100,41±63,23	206,83±118,11	178,33±111,79

Nhận xét: Không có sự khác biệt về mức độ thay đổi hoạt độ CK trung bình giữa các nhóm bệnh nhân có BMI khác nhau ($p > 0,05$).

Tai biến trong mổ: Chúng tôi không gặp tai biến nào như gãy thân xương đùi, thủng ổ cối, vỡ mấu chuyển cũng như tổn thương mạch máu lớn, thần kinh trong quá trình phẫu thuật.

Biến chứng sớm sau mổ: chúng tôi không gặp trường hợp nào bị trật khớp sau mổ. Không có trường hợp nào chảy máu sau mổ, nhiễm khuẩn nông hoặc sâu.

Biến chứng muộn sau mổ: Triệu chứng đau giữa đùi là hay gặp nhất ở 45 khớp chiếm 46,88% ở tháng thứ 3 sau mổ. Không có trường hợp nào trật khớp, lỏng chuỗi sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

Chỉ định và chống chỉ định phẫu thuật ít xâm lấn: Theo Võ Quốc Trung, phẫu thuật thay khớp háng ít xâm lấn được chỉ định cho các bệnh nhân: thay khớp lần đầu, khổ người trung bình, không béo phì, chưa cứng khớp, khớp chưa biến dạng nhiều. Tốt nhất là chỉ định cho các trường hợp hoại tử tiêu chỏm xương đùi, thoái hóa khớp háng, gãy cổ xương đùi. Chúng tôi có cùng quan điểm với các tác giả trên về chỉ định cho những bệnh nhân hoại tử tiêu chỏm xương đùi, thoái hóa khớp háng, gãy cổ xương đùi thay khớp lần đầu và có khổ người trung bình, BMI <30kg/m. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân đều có khổ người trung bình và gầy, chỉ số BMI trung bình: 20,02± 2,89, trong đó BMI cao nhất là 27,4; thấp nhất là 13,6.

Đường mổ: Theo Jorg Jerosch, đối với mổ ít xâm lấn, hiện nay các tác giả sử dụng cả lối

trước, trước bên và sau bên. Có tác giả còn dùng kỹ thuật 2 đường mổ. Anderson D Lewis đã nhấn mạnh: "không có đường mổ nào vào khớp háng để thay khớp háng là tốt nhất trong mọi trường hợp, việc lựa chọn đường mổ phải tùy thuộc từng điều kiện người bệnh" [1.a.i.2].

Trong nghiên cứu, chúng tôi sử dụng đường mổ sau bên cho tất cả các bệnh nhân. Chiều dài vết mổ trung bình ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 8,81±0,78cm, trong đó nhóm có đường mổ 8-9 cm chiếm tỉ lệ cao nhất với 70% số khớp được thay. So sánh với D. Kevin Lester đã thay 102 khớp không xi măng qua đường mổ nhỏ lối sau 10-15cm với thời gian theo dõi tối thiểu 4 năm. Có 1 trường hợp bị trật khớp sau mổ đã được nắn lại tốt. Các trường hợp còn lại đạt kết quả tốt [1.a.i.3]. Năm 2003, Tae-Rim Yoon với những trợ cụ đặt biệt đã sử dụng đường mổ 5,5 - 9cm cho thay khớp háng toàn phần. Jorg Jerosch cho rằng đường mổ ít xâm lấn có đường rạch da từ 6 -10cm. Kim sử dụng đường rạch da 8,8±1,5cm [1.a.i.5]. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả khác.

X-quang sau mổ: Vị trí của ổ cối có liên quan chặt chẽ đến nguy cơ va chạm giữa ổ cối và các thành phần khác như chuỗi khớp, gân cơ thắt lưng chậu, tỉ lệ trật khớp háng sau mổ. Góc nghiêng của ổ cối có ảnh hưởng đến tỉ lệ trật khớp sau mổ. Vùng an toàn theo Lewinek GE và cộng sự nằm trong khoảng 15±10 cho góc nghiêng trước và 40±10 cho góc nghiêng dạng của ổ cối nhân tạo. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 95 khớp chiếm 98,6% có góc nghiêng dạng ổ cối nằm trong khoảng 40 - 50, có 1 khớp

có góc nghiêng dạng là 38 độ. So sánh với vùng an toàn theo Lewinek GE thì góc nghiêng dạng vẫn nằm trong vùng an toàn. Điều đó cũng lý giải một phần sau mổ không có bệnh nhân nào trật khớp, không ảnh hưởng tới vận động, sinh hoạt sau mổ của bệnh nhân. Các chuỗi khớp đều có trục trung gian. Như vậy mặc dù kỹ thuật mổ ít xâm lấn tuy hạn chế tầm nhìn trong phẫu thuật, nhưng không ảnh hưởng nhiều tới kết quả đặt chỏm và chuỗi đúng vị trí.

Số ngày nằm viện sau mổ

Tác giả	Kỹ thuật	Số ngày nằm viện
Aidin E.P	Ít xâm lấn	3,92 (2 – 8) ngày
Nguyễn Ng. Thái Bảo	Ít xâm lấn	12,1±8,1
Võ Quốc Trung	Ít xâm lấn	5 ngày
Jacquot F.	Ít xâm lấn	6,8 (5 – 20) ngày
Trần Nguyễn Phương	Mổ thông thường	10,98 ± 4,07 ngày
Wang G.	Ít xâm lấn	6,4 ± 2,2 ngày
Wang G.	Mổ thông thường	9,2 ± 3,1 ngày
Chúng tôi	Ít xâm lấn	8,34±5,12 Ngày

So sánh kết quả với các tác giả khác cho thấy thời gian nằm viện trung bình của các kỹ thuật, các tác giả tương đối khác nhau. Tuy nhiên Aidin E.P. [1.a.i.6] khẳng định: thời gian nằm viện của các bệnh nhân được phẫu thuật ít xâm lấn và nhóm thông thường không có sự khác nhau ($p=0,5$). Thời gian nằm viện chỉ khác nhau giữa hai nhóm: bệnh nhân được tuân theo chế độ luyện tập sớm (3,5; 2–5ngày) và chế độ luyện tập thông thường (4,2; 3 – 8ngày). Như vậy cho thấy tầm quan trọng của việc có một chế độ tập luyện hợp lý sau mổ để giảm thiểu thời gian nằm viện trung bình cho bệnh nhân. Nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có số ngày nằm viện sau mổ dài hơn so với một số tác giả khác do lo ngại vấn đề nhiễm khuẩn nên được điều trị kháng sinh dài ngày sau mổ, thêm vào đó phần lớn các bệnh nhân đều muốn được tập phục hồi chức năng và cắt chỉ tại bệnh viện trước khi ra viện.

Chỉ số men CK: CK đóng vai trò chủ chốt trong kiểm soát dòng cung cấp năng lượng cho các mô khác nhau trong cơ thể, đặc biệt ở mô cơ. Đường rạch nhỏ có thể cản trở tầm nhìn, hạn chế việc đạt chính xác tư thế của dụng cụ thay khớp và khớp nhân tạo, dẫn đến có thể phải vén căng cơ, làm dụng dập và đứt các thớ cơ. Thêm vào đó kéo dài thời gian cuộc mổ cũng làm cho kéo dài thời gian thiếu máu của các nhóm cơ bị

căng vén, điều này sẽ dẫn đến tăng tổn thương cơ và tăng hoạt độ CK sau phẫu thuật.

Trong phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng theo đường mổ ít xâm lấn, tất cả bệnh nhân chúng tôi đều vào khớp háng theo lối sau bên, đều thực hiện tách theo thớ cơ và vén cơ mông lớn bằng banh vết mổ, nhóm cơ xoay ngoài bị bóc tách 1 phần để bộ lộ bao khớp. Các cơ mông bé và mông nhỏ đều có thể bị vén và kéo căng trong khi phẫu thuật để có thể bóc lộ phẫu trường mà không làm rách cơ, tuy nhiên ngay cả việc bị kéo căng và đè nén trong thời gian phẫu thuật cũng làm tổn thương cơ, bằng chứng là hoạt độ CK đã tăng gấp từ 2,8 sau phẫu thuật 1 ngày so với trước khi phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi có sự gia tăng hoạt độ CK trong huyết thanh của nam giới và nữ giới ngay sau phẫu thuật và giảm dần trong các ngày tiếp theo nhưng không có sự khác biệt về mức độ thay đổi hoạt độ CK giữa 2 giới. Kết quả tương tự đối với các nhóm bệnh nhân có BMI khác nhau. Theo chúng tôi không có sự khác biệt về thay đổi hoạt độ CK giữa các nhóm này là do tổn thương cơ cục bộ tại chỗ, với khối lượng cơ gần tương đương nhau. Các chỉ số về giới tính, chỉ số khối cơ thể không phản ánh được khối lượng cơ tại chỗ cũng như khối lượng cơ tổn thương mà chỉ phản ánh được mức độ thừa hay thiếu cân nặng của bệnh nhân. Tuy nhiên theo chúng tôi chỉ số khối cơ thể cũng là một yếu tố quan trọng trong thay khớp háng vì bệnh nhân càng thừa cân béo phì thì đường rạch càng có xu hướng mở rộng mới có thể tiếp cận đến khớp háng và thực hiện các động tác doa.

Kết quả theo dõi sau phẫu thuật: Theo Thomas A.D: "Sự thành công của bất kỳ phương pháp điều trị nào cũng phải dựa trên sự đánh giá chủ quan của người bệnh về đau và bệnh". Thay khớp háng toàn phần bên cạnh việc lập lại chức năng vận động bình thường của khớp háng mà còn làm giảm đi phần lớn triệu chứng đau của người bệnh. Mục đích cuối cùng là giảm triệu chứng đau cho bệnh nhân và cải thiện chất lượng cuộc sống.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trước mổ 100% bệnh nhân đều đau khớp háng tổn thương với điểm trung bình là $6,54 \pm 2,12$, trong đó lớn nhất là 9 điểm và nhỏ nhất là 3 điểm, sau 3 tháng chỉ còn 21 khớp (chiếm 21,88%) có triệu chứng đau và đến tháng thứ 6 thì không còn bệnh nhân nào đau khớp nhân tạo, điểm trung bình sau mổ ở thời điểm T3 là $2,32 \pm 0,56$, trong đó điểm lớn nhất là 3 và nhỏ nhất là 0, sự khác biệt về mức độ đau khớp háng ở thời điểm T0 và

T3 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo Trần Nguyễn Phương (2009) thì tỉ lệ đau khớp háng sau mổ T3 là 10,3%. Đánh giá chức năng khớp nhân tạo theo thang điểm Merle d'Aubigne-Postel thu được kết quả: rất tốt và tốt có 92 khớp chiếm 95,8%, khá là 4 khớp chiếm 4,2%. Không có khớp nào đánh giá là trung bình và xấu. Kết quả thu được của chúng tôi mới chỉ là những đánh giá ban đầu trong một khoảng thời gian theo dõi ngắn. So sánh với kết quả trong và ngoài nước chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt nhiều, Nguyễn Tiến Bình thông báo kết quả đánh giá phẫu thuật thay khớp háng toàn phần, kết quả rất tốt và tốt là 85%, khá là 8,2%, trung bình là 3,4%, xấu là 3,4%.

Tai biến và biến chứng: mặc dù phẫu thuật ít xâm lấn có tầm nhìn hạn chế, nhưng do đảm bảo đúng qui trình kỹ thuật nên chúng tôi không gặp tai biến hoặc biến chứng đáng kể nào sau mổ. Đường mổ nhỏ cũng hạn chế được chảy máu, giảm đau nhanh sau phẫu thuật giúp cho bệnh nhân hồi phục sớm. Các biến chứng xa sau phẫu thuật như lỏng khớp, cốt hóa lạc chỗ...chưa gặp do thời gian theo dõi chưa dài.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần ít xâm lấn đã tạo ra lợi ích đáng kể cho cả bệnh nhân và bác sĩ phẫu thuật. Vết mổ nhỏ hơn và bóc

tách trong phẫu thuật ít sâu rộng hơn dẫn đến ít đau và hồi phục nhanh hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Ngọc Hải, Trần Đình Chiến (2012).** *Đánh giá kết quả thay khớp háng toàn phần bằng kỹ thuật ít xâm lấn lối sau.* Tạp chí Y học Việt Nam tháng 4, 2012, Vol.1.
2. **Daniel J. Berry, Richard A. Berger, John J. Callaghan,** Lawrence D. Dorr, Paul J. Duwelius, Mark A. Hartzband, Jay R. Lieberman, DDana C. Mears. *Minimally invasive total hip arthroplasty.* The Journal of Bone and Joint Surgery 85-A, November 2003. 11.
3. **Lester D. Kevin, Helm Melvin.** *Mini - Incision posterior approach for hip arthroplasty.* Orthopedics and Traumatology, 2002, pp. 245 - 253.
4. **Dorr LD, Maheshwari AV, Long WT,** Wan Z, Sirianni LE. *Early pain relief and function after posterior minimally invasive and conventional total hip arthroplasty. A prospective, randomized, blinded study.* J Bone Joint Surg Am 89, pp. 1153 -1160.
5. **Kim YH.** *Comparison of primary total hip arthroplasties performed with a minimally invasive technique or a standard technique: a prospective and randomized study.* J Arthroplasty, 2006, Vol. 21, pp. 1092 - 1098.
6. **Aidin Eslam Pour,** Javad Parvizi, Peter F. Sharkey, William J. Hozack, Richard H. Rothman. *Minimally Invasive Hip Arthroplasty: what role does patient preconditioning play?* The Journal of Bone and Joint Surgery, 2007/89, pp. 1920 - 1927.
7. **Suzuki K, Kawachi S, Sakai H, Nanke H, Morita S.** *Mini-incision total hip arthroplasty: a quantitative assessment of laboratory data and clinical outcomes.* J Orthop Sci. 2004;9(6):571-5.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG NHIỀU THUỐC Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG NĂM 2017

Phạm Thị Thu Hằng¹, Nguyễn Xuân Thanh²,
Vũ Thị Thanh Huyền^{2,3}, Phạm Thắng²

TÓM TẮT³⁶

Mục tiêu: Mô tả thực trạng sử dụng nhiều thuốc ở bệnh nhân ngoại trú cao tuổi tại bệnh viện Lão khoa Trung ương năm 2017. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 475 BN từ 60 tuổi trở lên đến khám tại Khoa khám bệnh từ tháng 3 – 5/2017. Số liệu được thu thập bằng cách tra cứu hồ sơ khám bệnh của bệnh nhân để thu thập thông tin về sử dụng thuốc. Sử dụng nhiều thuốc được định nghĩa là sử dụng từ 5 loại thuốc trở lên trong 1 đơn thuốc. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $71,25 \pm 7,09$. Nữ chiếm 56,4%. Tỷ lệ sử dụng nhiều thuốc (SDNT) là 60%. Tỷ lệ SDNT ở nữ (64,2%) cao hơn nam (54,6%) ($p < 0,05$). Tuổi càng cao tỷ lệ SDNT càng tăng. 53,3% bệnh nhân được kê đơn thuốc điều trị tăng huyết áp. **Kết luận:** Tỷ lệ sử dụng nhiều thuốc trên bệnh nhân ngoại trú cao tuổi cao (60%). Do đó cần cần nhắc khi kê đơn cũng như loại bỏ các thuốc không thực sự cần thiết nhằm giảm thiểu tương tác thuốc trên bệnh nhân cao tuổi.

Từ khóa: sử dụng nhiều thuốc, bệnh nhân ngoại trú cao tuổi

SUMMARY

POLYPHARMACY SITUATION IN ELDERLY OUTPATIENTS AT NATIONAL GERIATRIC HOSPITAL IN 2017

Objective: To describe the polypharmacy situation in elderly outpatients at National Geriatric Hospital in 2017. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was performed in 475 patients aged 60 years or older, who was examined in the outpatient department from March to May 2017. The data was collected by looking up patient records to collect information on drug use. Polypharmacy is defined as the use at least five types of medication in a prescription. **Results:** The average age of subjects was 71.25 ± 7.09 . The ratio of female was 56.4%. The rate of polypharmacy was 60%. The rate of polypharmacy in female patients was higher than that in the male patients (64,2% and 54,6%, $p < 0.05$). The prevalence of polypharmacy increased with advanced age, 53,3% of patients were prescribed antihypertensive drugs. **Conclusion:** The rate of

polypharmacy among elderly outpatients was high. Therefore, it should be considered when prescribing as well as eliminating unnecessary drugs to minimize Adverse Drug Reaction in elderly patients.

Key words: polypharmacy, elderly outpatient

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Già hóa dân số là một hiện tượng mang tính toàn cầu, ảnh hưởng đến mọi quốc gia, dân tộc. Dân số người cao tuổi ở nhiều nước trên thế giới đang tăng nhanh và sẽ tiếp tục tăng cả về số lượng và tỷ lệ trên tổng dân số [1]. Tuy nhiên, đi kèm với tăng tuổi thọ, nhiều bệnh cấp hoặc mạn tính cũng xuất hiện, đặc biệt một người cao tuổi có thể cùng lúc gặp nhiều bệnh khác nhau. Do mắc nhiều bệnh cùng một lúc nên người cao tuổi thường phải sử dụng đồng thời nhiều loại thuốc khác nhau. Tình trạng đa bệnh lý, sử dụng nhiều thuốc (Polypharmacy) cùng những biến đổi về dược động học, dược lực học của thuốc trên người cao tuổi làm tăng nguy cơ gặp các tai biến khi dùng thuốc [2].

Sử dụng nhiều thuốc (SDNT) được định nghĩa là dùng từ 5 loại thuốc khác nhau trở lên, với nhiều khả năng dùng không thích hợp [3]. Trong năm 2005 và 2006, 50% người Mỹ từ 57- 85 tuổi dùng nhiều hơn 5 loại thuốc, trong đó có thể là thuốc được kê đơn, thuốc thông dụng bán không cần theo đơn (OTC) hoặc thực phẩm bổ sung và khoảng 30% dùng 5 loại thuốc trở lên được kê đơn. Tỷ lệ dùng hơn 5 loại thuốc kê đơn đã tăng lên 35,8% trong 2 năm 2010 và 2011 [4]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Ngô Thị Giang năm 2015 cũng chỉ ra tỷ lệ 87,5% bệnh nhân cao tuổi điều trị nội trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương có SDNT [3]. Các nghiên cứu về sử dụng nhiều thuốc ở người cao tuổi điều trị ngoại trú tại Việt Nam còn khá hạn chế, đặc biệt trên đối tượng ngoại trú. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng sử dụng nhiều thuốc ở bệnh nhân cao tuổi điều trị ngoại trú tại Khoa khám bệnh – Bệnh viện Lão khoa Trung ương năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên 475 BN từ 60 tuổi trở lên đến khám tại Khoa khám bệnh Bệnh viện Lão Khoa TW từ tháng 3/2017 đến tháng 5/2017.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Xô

²Bệnh viện Lão khoa Trung ương,

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thu Hằng

Email: hangpvt72@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên; Có khả năng trả lời các câu hỏi trong phiếu điều tra; tự nguyện tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Loại trừ bệnh nhân không có khả năng giao tiếp, người có vấn đề về tâm thần; không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện. Quá trình thăm khám được tiến hành theo mẫu bệnh án thống nhất. Đánh giá sử dụng nhiều thuốc khi có sử dụng đồng thời 5 loại thuốc trong 1 đơn thuốc.

2.3. Các chỉ số nghiên cứu: Biến số về thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, học vấn, tình trạng hôn nhân, tình trạng sống cùng, chỉ số BMI, bảo hiểm y tế, điều kiện kinh tế (Bệnh nhân tự đánh giá điều kiện gia đình khá, trung bình hay nghèo), khả năng tự chi trả tiền thuốc (chi trả hoàn toàn, chi trả 1 phần, hoàn toàn không chi trả được), nơi sống (thành thị, nông thôn).

Biến số về SDNT: tỷ lệ sử dụng nhiều loại thuốc (SDNT là tình trạng dùng trên 5 loại thuốc trên 1 đơn thuốc, đánh giá tại 2 thời điểm là đơn thuốc sử dụng trước khi đi khám 1 tháng và đơn thuốc tại lần khám hiện tại), các loại thuốc sử dụng (liệt kê tên thuốc gồm cả thuốc theo đơn và thuốc bổ, vitamin, thảo dược)

2.4. Xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS 19.0. Sử dụng các thuật toán: tính tỷ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình. Sử dụng test χ^2 để

phân tích sự khác biệt giữa các biến. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

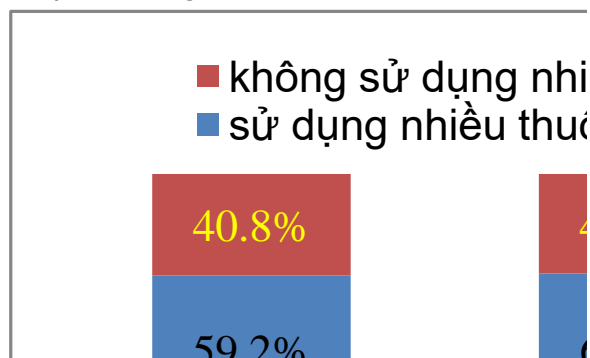
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung: Tổng số có 475 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình nhóm đối tượng nghiên cứu là $71,15 \pm 7,09$ tuổi, thấp nhất là 60 tuổi, cao nhất là 94 tuổi.

Tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm 56,4%; độ tuổi 60-69 chiếm tỷ lệ cao nhất 45,7%, nhóm tuổi 70-79 chiếm 40,2%. Có 99,6% BN có bảo hiểm y tế; Đa số có điều kiện kinh tế trung bình (80,7%). 66,8% BN có khả năng chi trả hoàn toàn cho việc sử dụng thuốc. 63,4% bệnh nhân sống tại các vùng nông thôn.

3.2. Thực trạng sử dụng nhiều thuốc trên người cao tuổi đến khám tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện Lão khoa TW.

Trước khi đi khám có 59,2% bệnh nhân sử dụng nhiều thuốc. Trong lần khám này theo đơn kê, tỷ lệ sử dụng nhiều thuốc là 60%.



Hình 1. Tỷ lệ sử dụng nhiều thuốc

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=475)

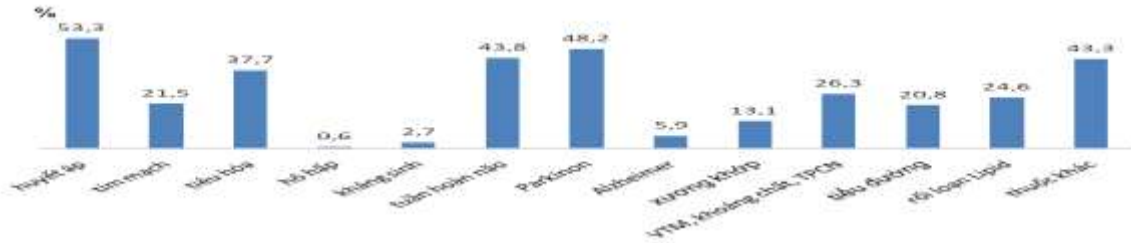
Đặc điểm	Số lượng		
	n	%	
Nhóm tuổi	60 – 69	217	45,7
	70 – 79	191	40,2
	≥ 80	67	14,1
Giới	Nam	207	43,6
	Nữ	268	56,4
BMI	<18,5	9	1,9
	18,5-24,9	451	94,9
	≥25	15	3,2
Tình độ học vấn	Dưới PTTH	211	44,4
	PTTH	182	38,3
	Trên PTTH	82	17,3
Tình trạng hôn nhân	Góa/ly dị	120	25,3
	Kết hôn/đang sống với bạn đời	354	74,5
	Chưa kết hôn	1	0,2
Tình trạng sống cùng	Một mình	3	0,6
	Sống cùng vợ/chồng/con cháu	472	99,4
Bảo hiểm y tế	Có	473	99,6
	Không	2	0,4

Điều kiện kinh tế	Khá Trung bình Nghèo	90 383 2	18,9 80,7 0,4
Khả năng tự chi trả tiền thuốc	Chi trả hoàn toàn Chi trả 1 phần Hoàn toàn không	317 116 42	66,8 24,4 8,8
Nơi sống	Thành thị Nông thôn	174 301	36,6 63,4

Bảng 2. Phân bố sử dụng nhiều thuốc theo giới, nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Sử dụng nhiều thuốc						p _{1,2}
	Nam (1)		Nữ (2)		Chung		
	SL	%	SL	%	SL	%	
60-69	42	47,7	86	66,7	128	59,0	<0,05
70-79	51	58,8	62	59,8	113	59,2	>0,05
≥80	20	62,5	24	68,6	44	65,7	>0,05
Tổng	113	54,6	172	64,2	285	60,0	<0,05

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi càng cao tỷ lệ SDNT càng tăng, tỷ lệ SDNT trong nhóm > 80 tuổi là cao nhất (65,7%). Có sự khác biệt về tỷ lệ SDNT giữa bệnh nhân nam và BN nữ (54,6% BN nam có SDNT trong khi tỷ lệ này ở BN nữ là 64,2%, p<0,05). Trong nhóm tuổi 60-69, tỷ lệ SDNT ở nữ là 66,7%, cao hơn nam (47,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05).



Hình 2. Các loại thuốc được sử dụng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 53,3% BN được kê đơn thuốc huyết áp, tiếp theo là các nhóm thuốc điều trị Parkinson (48,2%); tuần hoàn não (43,8%); tiêu hóa (37,7%); rối loạn Lipid máu (24,6%); tim mạch (21,5%), đái tháo đường (20,8%). Nhóm Vitamin, khoáng chất và thực phẩm chức năng (26,3%). Có 5,9% được kê đơn thuốc điều trị Alzheimer; 2,7% sử dụng thuốc kháng sinh. Nhóm thuốc điều trị bệnh hô hấp chỉ chiếm 0,6%. Các nhóm thuốc khác: giảm đau chống viêm, corticoid... được sử dụng khá nhiều.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 475 bệnh nhân đến khám tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện Lão khoa Trung ương, tuổi trung bình nhóm đối tượng nghiên cứu là (71,15 ± 7,09) tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm 56,4%; độ tuổi (60 -69) chiếm tỷ lệ cao nhất; 99,6% BN có bảo hiểm y tế; 63,4% bệnh nhân sống tại các vùng nông thôn.

Kết quả nghiên cứu (hình 1) cho thấy, tỷ lệ sử dụng nhiều thuốc tại nhà trước lần khám này là 59,2%, trong lần khám hiện tại số BN được chỉ định sử dụng nhiều thuốc là 60%. So sánh với

kết quả nghiên cứu của tác giả Ngô Thị Giang khi nghiên cứu trên bệnh nhân điều trị nội trú tại BV Lão khoa năm 2015: Tỷ lệ có sử dụng từ 5 thuốc trở lên của các bệnh nhân trước khi nhập viện là 13%, khi điều trị nội trú là rất cao 87,5% và ở thời điểm khi ra viện cũng tương đối cao (59,1%) [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp về tỷ lệ SDNT trong đơn kê khi ra viện cho bệnh nhân trong nghiên cứu của Ngô Thị Giang [3] nhưng khác về sự chênh lệch giữa sử dụng SDNT trước và sau khi đến viện. Trên thực tế, nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành tại phòng khám ngoại trú BV Lão khoa, đa phần là bệnh nhân mắc các bệnh mạn tính ổn định đến khám và lĩnh thuốc định kỳ nên tỷ lệ SDNT trước và sau khi đến khám xấp xỉ nhau (59,2% và 60%). Kết quả của chúng tôi thấp hơn trong 1 nghiên cứu tại Pakistan: tỷ lệ SDNT là 68% [5]. Việc sử dụng nhiều thuốc có nguy cơ dẫn tới làm tăng phản ứng có hại của thuốc trên BN. Kết quả phân tích trong nghiên cứu của tác giả Ahmed B và cộng sự năm 2014 tại Pakistan cũng cho thấy có 10,5% bệnh nhân có xuất hiện phản ứng có hại của thuốc (ADR) và phân tích đa biến cho thấy nhóm sử dụng nhiều thuốc gặp các phản

ứng có hại của thuốc gấp 2,3 so với nhóm sử dụng ít thuốc [5]. Các tác giả cũng đưa ra cảnh báo về tình trạng SDNT ở bệnh nhân lão khoa và các khuyến nghị chính sách để hạn chế vấn đề này [5].

Xem xét sự phân bố tỷ lệ SDNT trong nhóm đối tượng nghiên cứu theo tuổi, giới (bảng 2) kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi càng cao tỷ lệ SDNT càng cao. Tuổi càng cao, tỷ lệ mắc các bệnh càng tăng, dẫn đến một tỷ lệ lớn các loại thuốc được chỉ định điều trị. Một nghiên cứu ở Thụy Điển cũng cho thấy tỷ lệ SDNT tăng từ 18,4% trong độ tuổi 40 đến 49; 30,2% ở nhóm 50 - 59 tuổi; 42,3% ở nhóm 60 - 69 tuổi; 62,4% ở nhóm 70-79 tuổi; 75,1% ở nhóm 80 - 89 tuổi, và cao nhất 77,7% ở nhóm 90 tuổi trở lên [6].

Xem xét tỷ lệ SDNT giữa 2 giới, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Có sự khác biệt về tỷ lệ SDNT giữa bệnh nhân nam và BN nữ ($p < 0,05$). Trong nhóm tuổi (60-69), tỷ lệ SDNT ở nữ là 66,7%, cao hơn nam (47,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 53,3% BN được kê đơn thuốc huyết áp, tiếp theo là các nhóm thuốc điều trị Parkinson (48,2%); tuần hoàn não (43,8%); tiêu hóa (37,7%); rối loạn Lipid máu (24,6%); tim mạch (21,5%); tiểu đường (20,8%). Nhóm Vitamin, khoáng chất và thực phẩm chức năng (26,3%). Có 5,9% được kê đơn thuốc điều trị Alzheimer; 2,7% sử dụng thuốc kháng sinh. Nhóm thuốc điều trị bệnh hô hấp chỉ chiếm 0,6%. Các nhóm thuốc khác: giảm đau chống viêm, corticoid ... được sử dụng khá nhiều. Kết quả này đã khác hoàn toàn với nghiên cứu của Bjerrum L và CS năm 1998: Thuốc tim mạch thường được sử dụng nhiều nhất. Điều này có thể lý giải là do mô hình bệnh tật trên người

cao tuổi đã có sự thay đổi trong vòng 20 năm qua, tỷ lệ mắc bệnh tăng huyết áp ngày càng cao trong cộng đồng nói chung và người cao tuổi nói riêng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sử dụng nhiều thuốc trên bệnh nhân đến khám tại phòng khám ngoại trú BV Lão khoa Trung ương khá cao (60%). Do đó cần cân nhắc khi kết hợp các loại thuốc trong kê đơn cũng như loại bỏ các thuốc không thực sự cần thiết nhằm giảm thiểu tương tác thuốc trên bệnh nhân cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rights United Nations -Department of Economic and Social Affairs Office of the High Commissioner for Human (2010).** "Current status of the Social situation, Wellbeing, Participation in Development and Rights of Older persons Worldwide".
2. **Bộ Y tế (2006).** "Dược lâm sàng". *Nhà xuất bản Y học Hà Nội*
3. **Ngô Thị Giang (2015).** "Nhận xét tình hình sử dụng nhiều thuốc ở bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện lão khoa trung ương". *Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học y Hà Nội.*
4. **Dima M. Qato, PharmD, MPH, et al (2016).** "Changes in Prescription and Over-the-Counter Medication and Dietary Supplement Use Among Older Adults in the United States, 2005 vs 2011". *JAMA Intern Med.* Vol. 176(4):473-482.
5. **Ahmed B, Nanji K, Mujeeb R, Patel MJ (2014).** "Effects of polypharmacy on adverse drug reactions among geriatric outpatients at a tertiary care hospital in Karachi: a prospective cohort study". *Karachi journal.* Vol. 9(11).
6. **Hovstadius B, Astrand B, Petersson G (2009).** "Dispensed drugs and multiple medications in the Swedish population: an individualbased register study". *BMC Clin Pharmacol.* Vol. 9(1).
7. **Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT (2007).** "Polypharmacy in elderly patients". *Am J Geriatr Pharmacother.* Vol. 5(4), 345-351.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, MÔ BỆNH HỌC VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U TIỂU NÃO Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Trần Văn Học¹, Nguyễn Văn Thắng², Nguyễn Thanh Liêm¹

TÓM TẮT³⁷

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Học

Email: hoctrannhp@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

U tiểu não là một trong những u não thường gặp ở trẻ em, nếu phát hiện sớm và điều trị kịp thời đúng phác đồ sẽ kéo dài thời gian sống của trẻ. Nghiên cứu tiến cứu theo dõi dọc 124 bệnh nhân u tiểu não nhập viện trong 5 năm tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Kết quả cho thấy tuổi mắc trung bình là 6,2, thường gặp nhất từ 2 - 8 tuổi. Các triệu chứng lâm sàng tại thời điểm nhập viện: nôn 89,5%, mất điều hòa động tác 89,5%, loạng choạng 87,9%, đau đầu 81,5%, phù gai thị 54,4%, giảm trương lực cơ 33,9%, run chi 32,3%, các dấu hiệu khác ít gặp...; Đặc điểm mô bệnh học: u

nguyên tủy bào 49,2%, u tế bào hình sao 33,9%, u màng não thất 13,7%, các loại khác 3,2%. Kết quả điều trị: tỷ lệ sống sau 5 năm đạt 38%. Các di chứng ở bệnh nhân sống là rối loạn vận động, liệt dây thần kinh sọ, thay đổi tính nết, rối loạn thị lực, rối loạn ngôn ngữ. Kết luận: đặc điểm lâm sàng u tiểu não ở trẻ em là hội chứng tăng áp lực nội sọ và hội chứng tiểu não, mô bệnh học chủ yếu là u nguyên tủy bào và u tế bào hình sao. Có 38% bệnh nhân sống sau 5 năm.

Từ khóa: đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học, kết quả điều trị, u tiểu não ở trẻ em

SUMMARY

STUDY OF CLINICAL FEATURES, HISTOPATHOLOGY, ASSESSMENT OF TREATMENT OUTCOMES OF PEADIATRIC CEREBELLAR TUMORS AT THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Cerebellar tumor is one of the most common brain tumors in children, early detection and timely treatment will prolong survival for patients. A follow-up study of 124 patients with cerebellar tumors was hospitalized for 5 years at the Viet Nam national children's hospital. The results show that the average age was 6.2, the most common age 2-8 years . Clinical manifestations include: vomiting 89.5%, apraxia 89.5%, ataxia 87.9%, headache 81.5%, papilledema 54.4%, hypotonia 33.9%, tremor 32.3%, other signs are less common... Histopathological features: medulloblastoma 49.2%, astrocytoma 33.9%, ependymoma 13.7%, other types 3.2%. Results of treatment: survival rate after 5 years was 38%. The sequelae of living patients include movement disorders, cranial nerve paralysis, palpitations, visual disturbances, language disorders. Conclusion: clinical features of cerebellar tumors are intracranial hypertension and cerebellar syndrome, the most histopathology are medulloblastoma and astrocytoma. There are 38% of patient survive after 5 years.

Key words: clinical features, histopathology, treatment outcome, cerebellar tumors in children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các u não của hệ thần kinh trung ương chiếm khoảng 20% các khối tăng sinh ở trẻ em dưới 15 tuổi, trong đó u tiểu não chiếm hàng đầu về tỷ lệ mắc, chiếm 25 – 40% tổng số u não trẻ em [1]. Về mô bệnh học, chủ yếu gồm ba loại là u nguyên tủy bào (medulloblastoma), u tế bào hình sao (astrocytoma), u màng não thất (ependymoma) và một số loại u khác hiếm gặp, như u đám rối mạch mạc phát triển từ đám rối mạch mạc, u tế bào mầm, u tổ chức biểu bì... [2],[3],[4]. Ở Việt Nam, các nghiên cứu về u tiểu não còn chưa nhiều. Năm 1989, Nguyễn Chương "Góp phần nghiên cứu chẩn đoán u tiểu não ở trẻ em" [5]. Năm 1996, Nguyễn Thị Quỳnh Hương "Đổi chiếu lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính u tiểu não ở trẻ em"[6]. Các nghiên cứu này

thực hiện trong điều kiện các phương tiện chẩn đoán và khả năng điều trị u não ở nước ta còn gặp nhiều khó khăn. Cho đến nay, chưa có nghiên cứu nào về u tiểu não ở trẻ em bổ sung cho hai nghiên cứu trên. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với **mục tiêu:** mô tả một số đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và đánh giá kết quả điều trị u tiểu não trẻ em tại Bệnh viện Nhi TW.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 124 bệnh nhi được chẩn đoán u tiểu não nhập viện tại Bệnh viện Nhi Trung ương, được phẫu thuật và có kết quả mô bệnh học trong thời gian 5 năm (từ 1/1/2009 đến 31/12/2013). Sau đó tiếp tục được theo dõi đến 31/ 12/ 2016.

Độ tuổi bệnh nhân từ sau sinh đến 15 tuổi.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhi: Bệnh nhi được lựa chọn đủ tiêu chuẩn chẩn đoán u tiểu não và được phân loại u tiểu não theo mô bệnh học

- Hội chứng tăng áp lực sọ não: đau đầu và nôn, có thể kèm theo phù gai thị giác.

- Hội chứng rối loạn chức năng thần kinh liên quan vị trí khối u: dáng đi loạng choạng, rối loạn phối hợp động tác.

- Hình ảnh khối u tiểu não hoặc vùng tiểu não trên chụp cộng hưởng từ.

- Khối u của bệnh nhân được phân loại theo mô bệnh học (sau khi phẫu thuật).

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu theo dõi dọc một loạt các ca bệnh. Trong 5 năm có 124 bệnh nhân u tiểu não được phẫu thuật và có xác định mô bệnh học.

Xử lý số liệu trên phần mềm thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học

Một số đặc điểm dịch tễ học lâm sàng:

Trong thời gian từ 1/1/2009 đến 31/12/2013, chúng tôi khám và điều trị 124 bệnh nhân u tiểu não. Tuổi trung bình: 6,2 ± 3,4. Nhỏ nhất: 4,5 tháng, lớn nhất: 15 tuổi. Tỷ lệ Nam:Nữ = 1,58:1. Các bệnh nhân được chẩn đoán dựa trên lâm sàng, hình ảnh chụp cộng hưởng từ sọ não và phẫu thuật cắt u có phân loại u theo mô bệnh học.

Bảng 1. Các triệu chứng lâm sàng tại thời điểm nhập viện.

Triệu chứng	n	Tỷ lệ (%)
Nôn	111	89,5
Mất điều hòa động tác	111	89,5
Loạng choạng	109	87,9
Đau đầu	101	81,5
Phù gai thị (n=114)	62	54,4
Giảm trương lực cơ	42	33,9

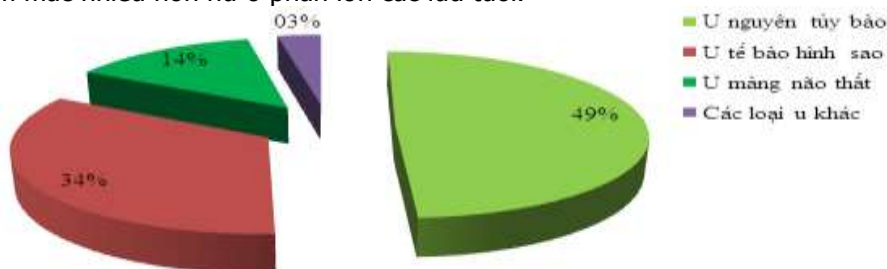
Run chi	40	32,3
Liệt/ yếu chi	36	29,0
Liệt dây thần kinh sọ	26	21,0
Nhìn đôi	22	17,7
Rung giật nhãn cầu	19	15,3

Trong tăng áp lực nội sọ nôn và đau đầu là thường gặp nhất (với 89,5% và 81,5%). Rối loạn chức năng tiểu não nổi bật nhất là mất điều hòa động tác và loạng choạng thường gặp (với 89,5% và 87,9%).



Biểu đồ 1. Phân bố theo tuổi và giới

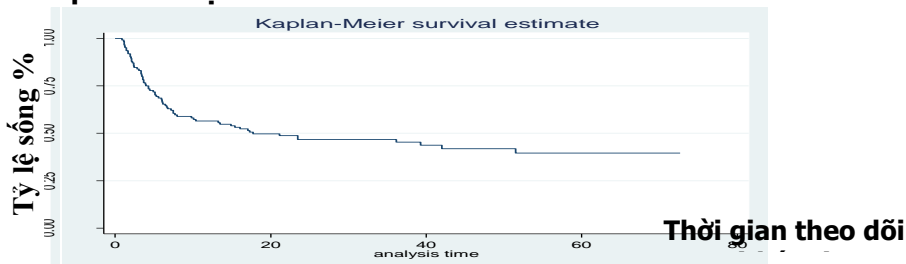
U tiểu não trẻ em gặp ở tất cả các lứa tuổi, trong đó nhóm từ 2 - 8 tuổi là phổ biến 85 bệnh nhân (68,5%), nam mắc nhiều hơn nữ ở phần lớn các lứa tuổi.



Biểu đồ 2. Phân bố u tiểu não theo đặc điểm mô bệnh học

Bệnh nhân u nguyên tủy bào chiếm tỷ lệ cao nhất (gần 50%), sau đó là u tế bào hình sao, u màng não thất.

2. Đánh giá kết quả điều trị



Biểu đồ 3. Đường Kaplan - Meier

Ước đoán số bệnh nhân sống được sau 5 năm đạt 38%.

Bảng 2. Đánh giá di chứng của các bệnh nhân sống

Loại di chứng	N (55)	Tỷ lệ (%)
Rối loạn vận động	16	29,1
Liệt dây thần kinh sọ	9	16,5
Thay đổi tính nết	6	10,9
Rối loạn thị lực	5	9,1
Rối loạn ngôn ngữ	2	3,6

Di chứng nhiều nhất là rối loạn vận động (chiếm gần 1/3 bệnh nhân).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học

Tính thường gặp: Nghiên cứu từ 1/1/2009 đến 31/12/2013 có 124 trường hợp được phân loại mô bệnh học, chiếm 43,6% tổng số bệnh nhân u não được khám và điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

Tuổi và giới: Biểu đồ 1 trong nghiên cứu chỉ ra u tiểu não gặp ở các lứa tuổi, trong đó nhóm 2 – 8 tuổi là phổ biến nhất. Tuổi trung bình mắc bệnh là 6,2±3,4 tuổi, chúng tôi gặp trẻ mắc

bệnh thấp nhất là 4,5 tháng tuổi. Trẻ nam mắc bệnh nhiều hơn trẻ nữ (theo tỷ lệ 1,58:1).

Một nghiên cứu của Peter Kaatsch và cs tại cộng đồng ở Đức với cỡ mẫu lớn 3268 trẻ dưới 15 tuổi mắc bệnh u não từ năm 1990 –1999, cho thấy u tiểu não mắc khá cao (chiếm 27,9% tổng số), trong đó trẻ dưới 6 tuổi và 5–9 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (9,3 – 9,7/1.000.000 dân), nhưng giảm hơn ở lứa tuổi 10 – 14 tuổi và 15–19 tuổi (5,7 –3,7/1.000.000 dân)[7]. Về giới tính của trẻ mắc u tiểu não nói chung, theo các tác giả ngoài nước, trẻ nam thường mắc cao hơn trẻ nữ với các tỷ lệ khác nhau từ 1,1/1 đến 1,45/1 [1],[2],[7].

Đặc điểm lâm sàng: Bảng 1 cho thấy tần suất các triệu chứng lâm sàng ở thời điểm nhập viện. Dấu hiệu tăng áp lực nội sọ nổi bật là hai triệu chứng nôn 111 (89,5%) và đau đầu 101 trẻ (81,5%), sau đó là phù gai thị 62 (54,4%). Các triệu chứng rối loạn chức năng tiểu não nổi bật là mất điều hòa động tác 111 (89,5%) và loạng choạng 109 (87,9%).

Các nghiên cứu lâm sàng u tiểu não trước đây, Nguyễn Chương (1989) thấy đau đầu 82,7%, nôn 72,4%, phù gai thị 61% ở 29 bệnh nhân u tiểu não [5]. Packer R.J và cs (2002) nhận thấy u dưới lều tiểu não 84% trường hợp có nôn, 82% đau đầu, loạng choạng 72%, rung giật nhãn cầu 46%, nhìn đôi có 29% trường hợp [4]. Nghiên cứu của chúng tôi về các triệu chứng của hai hội chứng tăng áp lực nội sọ và rối loạn chức năng tiểu não đều có kết quả và nhận xét tương đương các tác giả khác trong và ngoài nước.

4.2 Đặc điểm mô bệnh học của khối u tiểu não

Tỷ lệ mắc bệnh của u tiểu não theo mô bệnh học: Tỷ lệ mắc bệnh u tiểu não theo mô bệnh học tại Biểu đồ 2 cho thấy u nguyên tủy bào chiếm tỷ lệ cao nhất: 61 bệnh nhân (49,2%), sau đó đến u tế bào hình sao: 42 (33,9%), u màng não thất có tỷ lệ thấp nhất trong ba loại chính: 17 (13,7%), chỉ có ít các loại u khác: 4 (3,2%). Các kết quả của Gjerris tương đương là: 47,5%, 34,1%, 13,9% và 4,5%, của Chang là: 50,5%, 29,5%, 13,3% và 6,7%. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu của Gjerris (1988) và Chang (1993) [2],[3].

Tình hình chung bệnh nhân sống và tử vong: Đường Kaplan-Meier ở biểu đồ 3, ước tính khả năng sống sau 5 năm cho tất cả 124 bệnh nhân u tiểu não là 38%. So sánh với nghiên cứu của Copeland tại Houston (Hoa Kỳ) khả năng sống sau 5 năm ở những bệnh nhân u tiểu não

là 60%, kết quả của chúng tôi còn thấp hơn.

Các di chứng thường gặp ở bệnh nhân còn sống: Theo bảng 2, trong 55 bệnh nhân còn sống có 29,1% có rối loạn vận động, 16,5% liệt thần kinh sọ, 10,9% thay đổi tính nết, 9,1% rối loạn thị lực, 3,6% rối loạn ngôn ngữ. Nghiên cứu của Tycho và cs (2008) qua theo dõi 31 bệnh nhân u tế bào hình sao tiểu não độ ác tính thấp có di chứng về thần kinh là 43%, số có giảm sút học tập là 19%, số có thay đổi về hành vi và tình cảm là 27%, tuy vậy 100% tự thực hiện được các công việc cá nhân hàng ngày và cảm thấy hài lòng với chất lượng cuộc sống của bản thân.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học u tiểu não ở trẻ em

- Tuổi mắc bệnh trung bình: 6,2. Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ theo tỷ lệ là 1,58/1.
- Biểu hiện lâm sàng chung là nôn 89,5%, đau đầu 81,5%, phù gai thị 54,4%, mất điều hòa động tác 89,5%, loạng choạng 87,9%, run chi 32,3%.
- Mô bệnh học: u nguyên tủy bào chiếm 49,2%, u tế bào hình sao 33,9%, u màng não thất 13,7%, các loại u khác ít gặp 3,2%.

Đánh giá kết quả điều trị

- Kết quả điều trị chung: số bệnh nhân còn sống sau 5 năm là 38%.
- Các di chứng có thể gặp ở bệnh nhân sau điều trị bao gồm: rối loạn vận động, liệt dây thần kinh sọ, thay đổi tính nết, rối loạn thị lực và rối loạn ngôn ngữ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pollack I.F (1994). "Brain tumours in children". *N Engl J Med*, 331: 1500-7.
2. Gjerris F, Agerlin N, Borgesen S.E et al (1998). Epidemiology and prognosis in children treated for intracranial tumours in Denmark 1960 - 1984. *Child's Nervous System*. Issue 14, page 302-11.
3. Chang T (1993). "Posterior Cranical fossa tumour in childhood". *Neuroradiology*. 35 (4), 274 - 8.
4. Roger J. Packer, Henry S. Friedman, Larry E. Kun and Gregory N. Fuller (2002). "Tumors of the brain stem, cerebellum and fourth ventricle", *Neuro-oncology*, chapter 6, 171 - 192.
5. Nguyễn Chương (1989). *Góp phần nghiên cứu vấn đề chẩn đoán u tiểu não trẻ em*, Luận án phó tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
6. Nguyễn Thị Quỳnh Hương (1996). *Đổi chiều lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính u tiểu não trẻ em*. Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Peter Kaatch, Christian H. Rickert, Joanchim Kuhl et al (2001). "Population - based epidemiologic data on brain tumours in German children". *Cancer*, Volue 92, Issue 12, Pages 3155-14.

MỐI LIÊN QUAN CỦA ĐA HÌNH rs2297440 GEN RTEL1 ĐỐI VỚI BỆNH U NGUYÊN BÀO THẦN KINH ĐỆM

Trần Huy Thịnh*, Trần Văn Khánh*

TÓM TẮT³⁸

Tính đa hình đơn nucleotid của gen ức chế ung thư RTEL1 được đã được chứng minh là có mối liên quan với sự phát triển của bệnh u nguyên bào thần kinh đệm. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng kiểu gen GG của rs2297440 là yếu tố làm tăng nguy cơ mắc u nguyên bào thần kinh đệm. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu xác định tính đa hình đơn nucleotid rs2297440 của gen RTEL1 ở nhóm bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm so với nhóm chứng. Áp dụng kỹ thuật giải trình tự gen trực tiếp để xác định đa hình đơn nucleotid gen rs2297440. Kết quả cho thấy kiểu gen TC chiếm tỷ lệ cao trong cả 2 nhóm (nhóm bệnh 47,4% và nhóm chứng 56,3%). Kiểu gen đồng hợp TT trong nhóm bệnh và nhóm chứng tương đồng nhau (nhóm bệnh 38,8% và nhóm chứng 41,2%). Kiểu gen đồng hợp CC chiếm tỷ lệ thấp nhất ở cả nhóm bệnh và nhóm chứng (nhóm bệnh 13,8% và nhóm chứng 2,5%). Tỷ lệ CC ở nhóm bệnh và nhóm chứng khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ khóa: U nguyên bào thần kinh đệm, RTEL1, rs6010620.

SUMMARY

THE ROLE OF TELOMERE ELONGATION HELICASE 1 (RTEL1) rs6010620

POLYMORPHISM TO GLIOBLASTOMA PATIENTS

Single nucleotide polymorphism (SNP) of tumor suppressor gene RTEL1 is considered an associated factor for the progression of glioblastoma. The previous studies showed that genotype GG of RTEL1 rs6010620 is correlated with high rate of glioblastoma. This study was performed to determine the ratio of SNP RTEL1 rs6010620 in glioblastoma patients. The sequencing data show the percentages of genotype AA, GA and GG in patients are 38.8%, 47.4%, 13.8% and the control are 41.2%, 56.3% and 2.5%, respectively. The difference between the patients and the control group is significantly, showed that the genotype "GG" of rs6010620 was the protective genotype for glioma.

Key words: Glioblastoma, RTEL1, rs6010620

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên bào thần kinh đệm (Glioblastoma) là loại u não nguyên phát của hệ thần kinh trung ương, chiếm khoảng 15-20% các u nội sọ. Tỷ lệ u nguyên bào thần kinh đệm ở nam cao hơn nữ

giới, tuổi phát hiện trung bình khoảng 64 tuổi. U nguyên bào thần kinh đệm thường hình thành trong chất trắng não, phát triển nhanh chóng, và có thể thành khối u lớn trước khi xuất hiện những triệu chứng đầu tiên nên biểu hiện lâm sàng bằng hội chứng tăng áp lực nội sọ nặng nề. Tổ chức Y tế Thế giới phân loại u nguyên bào thần kinh đệm như một u tế bào hình sao (Astrocytoma) cấp III và IV với độ ác tính cao, với thời gian sống trung bình của bệnh nhân chỉ là 15 tháng sau khi điều trị kết hợp hóa trị và xạ trị [1]. Do đó, việc tìm ra căn nguyên, cơ chế bệnh sinh và quá trình sinh bệnh học của u nguyên bào thần kinh đệm để có thể can thiệp chính xác và hiệu quả, đồng thời đưa ra tiên lượng bệnh là điều rất cần thiết. Các nhà khoa học trên thế giới đã tìm thấy sự biến đổi một số gen như RTEL1, TP53, RB1, NF1, PIK3R1, ERBB2, EGFR, IDH1 [2]...trong đó gen RTEL1 được phân loại như một gen ức chế khối u, RTEL1 là DNA helicase quan trọng giúp ổn định cấu trúc bậc hai của DNA và duy trì sự nguyên vẹn của telomere, điều khiển quá trình tái tổ hợp nhiễm sắc thể trong nguyên phân và giảm phân, khi gen bị đột biến, tế bào bị tổn thương, DNA sẽ không được sửa chữa và kiểm soát dẫn đến hình thành và phát triển thành khối u [3-4]. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng, các đa hình đơn nucleotid (SNP) trong đó có đa hình rs2297440 của gen RTEL1 có mối liên quan với sự phát triển của bệnh u nguyên bào thần kinh đệm [4-5]. Nghiên cứu này được tiến hành xác định đa hình đơn nucleotid SNP rs2297440 gen RTEL1 và mối liên quan của đa hình gen này với bệnh u nguyên bào thần kinh đệm trên bệnh nhân Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

Nhóm bệnh: 80 mẫu máu ngoại vi của bệnh nhân được chẩn đoán xác định là bệnh u nguyên bào thần kinh đệm bằng mô bệnh học tại Bệnh viện Việt Đức.

Nhóm chứng: 80 mẫu máu ngoại vi của người khỏe mạnh, không bị ung thư hay bất kỳ bệnh lý nào khác.

2. Phương pháp

2.1. Tách chiết DNA: DNA được tách chiết theo phương pháp phenol/chloroform từ bạch

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Khánh

Email: tranvankhanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

cầu máu ngoại vi của bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm và người lành đối chứng.

Kiểm tra nồng độ và độ tinh sạch của DNA tách chiết bằng phương pháp đo quang, dựa vào tỷ lệ $A_{260nm}/A_{280nm} = 1.8 \div 2.0$.

2.2. Xác định kiểu gen RTEL1 bằng kỹ thuật giải trình tự gen: Vùng gen chứa SNP rs2297440 của gen RTEL1 được khuếch đại bằng kỹ thuật PCR với cặp mồi đặc hiệu, được thiết kế bởi phần mềm Primer 3, có trình tự: Mồi xuôi: 5'-AAC CCT TAG GCG ACC ATA GA -3'; Mồi ngược: 5'-CAT TTG TCT GTC CCT GGA GAA G -3'

Chu trình nhiệt của phản ứng PCR: 94°C/5 phút, 35 chu kỳ [94°C/30 giây, 56°C/30 giây, 72°C/30 giây], 72°C/5 phút. Mẫu được bảo quản ở 4°C. Sản phẩm PCR được điện di kiểm tra trên gel agarose 1.5%, sau đó được tinh sạch để tiến hành giải trình tự. Giải trình tự gen theo quy trình sử dụng phương pháp BigDye terminator sequencing (Applied Biosystems, Foster city, USA). Sau đó được phân tích trên hệ thống ABI Prism 310 (Applied Biosystems).

2.4. Xử lý số liệu thống kê: Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học dựa vào phần mềm thống kê SPSS. Dùng test χ^2 đánh giá mối

liên quan giữa đa hình đơn nucleotid gen RTEL1 với nguy cơ mắc bệnh u nguyên bào thần kinh đệm. Tính giá trị RR, CI để xem xét nguy cơ tương đối của các đột biến với u nguyên bào thần kinh đệm.

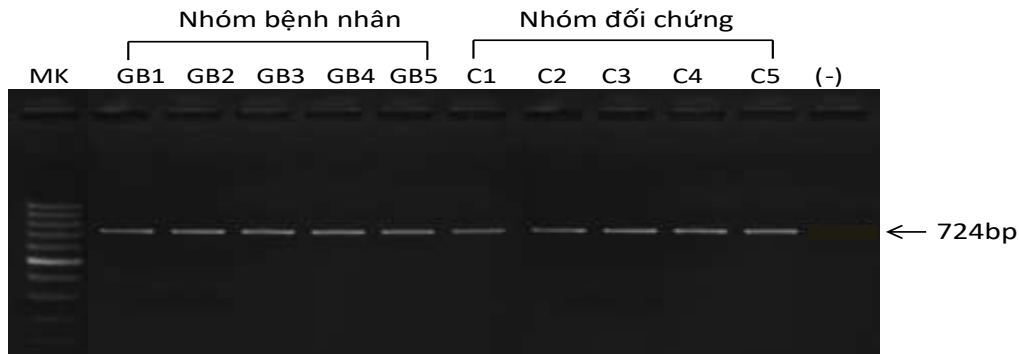
2.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài tuân thủ đạo đức trong nghiên cứu về Y học. Các đối tượng tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện và có quyền rút khỏi nghiên cứu khi không muốn tham gia nghiên cứu. Các thông tin liên quan đến đối tượng tham gia nghiên cứu được đảm bảo bí mật.

III. KẾT QUẢ

3.1. Xác định tính đa hình SNP rs2297440 của gen RTEL1 ở bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm và người bình thường

Vùng gen RTEL1 chứa SNP rs2297440 được khuếch đại bằng kỹ thuật PCR sử dụng cặp mồi đặc hiệu. Sản phẩm được điện di trên gel agarose 1,5%.

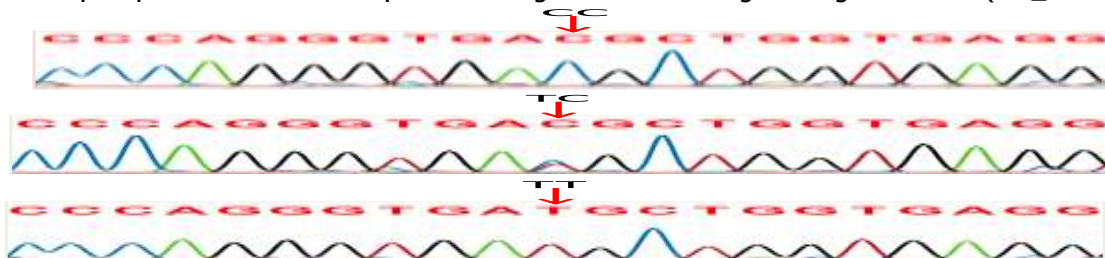
Hình 1 là hình ảnh điện di sản phẩm PCR khuếch đại vùng gen chứa SNP rs2297440 cho kết quả phù hợp với lý thuyết. Chất lượng sản phẩm tốt, gồm 1 băng duy nhất có kích thước 724 bp.



Hình 1: Hình ảnh điện di sản phẩm PCR gen RTEL1 SNP rs2297440.

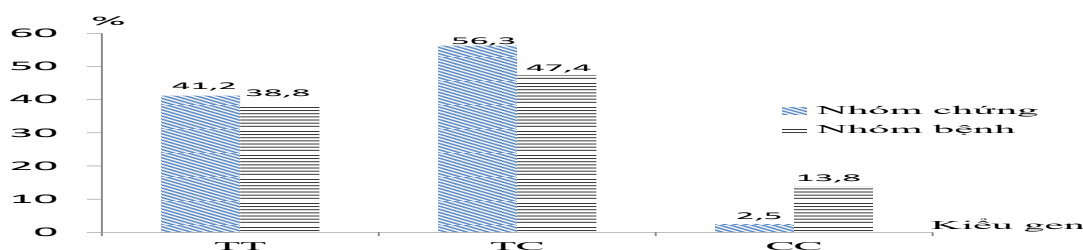
MK: Marker 100bp; GB1-GB5: nhóm bệnh nhân; C1-C5: nhóm chứng;(-): chứng âm.

Sản phẩm PCR khuếch đại vùng gen có chứa đa hình đơn rs2297440, gen RTEL1 được tinh sạch, giải trình tự bằng máy ABI-3100 và được phân tích bằng phần mềm CLC Main Workbench. Kết quả giải trình tự được so sánh với trình tự chuẩn của gen RTEL1 trên ngân hàng GeneBank (NG_033901).



Hình 2: Hình ảnh giải trình tự đại diện các kiểu gen của đa hình đơn nucleotid rs2297440.

Nhận xét: Kiểu gen đồng hợp CC có một đỉnh nucleotid C duy nhất; Kiểu gen dị hợp TC có hai đỉnh nucleotid T và nucleotid C; Kiểu gen đồng hợp TT có một đỉnh nucleotid T duy nhất.



Hình 3: Tỷ lệ các kiểu gen của đa hình đơn nucleotid rs2297440 giữa nhóm bệnh nhân và nhóm chứng.

Nhận xét: Kiểu gen TC chiếm tỷ lệ cao trong cả 2 nhóm: nhóm bệnh 47,4% (38 trường hợp) và nhóm chứng 56,3% (43 trường hợp).

- Kiểu gen đồng hợp TT trong nhóm bệnh và nhóm chứng tương đồng nhau: nhóm bệnh 38,8% (31 trường hợp) và nhóm chứng 41,2% (33 trường hợp).

- Kiểu gen đồng hợp CC chiếm tỷ lệ thấp nhất ở cả nhóm bệnh và nhóm chứng: nhóm bệnh 13,8% (11 trường hợp) và nhóm chứng 2,5% (2 trường hợp).

- Tỷ lệ CC ở nhóm bệnh và nhóm chứng khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

U nguyên bào thần kinh đệm là loại u rất ác tính, bệnh tiến triển âm thầm có thể hình thành khối u lớn trước khi xuất hiện triệu chứng. Việc can thiệp điều trị thường không đem lại hiệu quả, thời gian sống của bệnh nhân sau mổ trung bình ngắn, thường từ 10 – 12 tháng. Việc tìm ra căn nguyên, cơ chế bệnh sinh của u nguyên bào thần kinh đệm giúp cho điều trị và tiên lượng bệnh là cần thiết [1].

Từ những nghiên cứu đột phá trong Y học, cơ chế phân tử của ung thư dần được sáng tỏ. Theo đó, chính sự tích lũy đột biến gen theo thời gian dẫn tới sự phát sinh, phát triển mọi dạng tế bào ung thư trong cơ thể. Quá trình chuyển dạng tế bào sang ác tính thường được đánh dấu bằng sự kích hoạt các gen gây ung thư và đột biến gây bất hoạt các gen áp chế ung thư nằm tại một số vị trí chủ chốt trên các con đường tín hiệu tế bào. Cơ chế điều hòa gen vốn hoạt động nhịp nhàng và chặt chẽ cũng bị rối loạn khiến hệ thống các enzym sửa chữa thương tổn gen của tế bào không thể khắc phục dẫn tới việc tích lũy một số lượng lớn các đột biến, khởi phát quá trình ung thư. Nhưng cũng chính các đột biến lại làm tăng ái lực của thuốc điều trị đích với các phân tử này và ức chế sự dẫn truyền tín hiệu trong các tế bào ung thư. Nhờ đó chúng làm tăng hiệu quả của thuốc điều trị đích trong việc tiêu diệt các tế bào ung thư [3].

Nghiên cứu đầu tiên về tổn thương gen trong u nguyên bào thần kinh đệm được công bố khoảng 35 năm trước đây. Trong nhiều năm sau đó, những gen đóng vai trò quan trọng trong bệnh sinh ung thư như thụ thể yếu tố phát triển nguyên bào sợi (fibroblast growth factor receptor, FGFR), thụ thể yếu tố phát triển biểu mô (epidermal growth factor receptor, EGFR), gen áp chế ung thư TP53 đã được nghiên cứu [3, 4]. Bên cạnh đó một số gen đánh giá mức độ ác tính và biệt hoá, hay kiểm soát sự phân chia của tế bào ung thư như RTEL1 cũng được xem xét và đánh giá trong u nguyên bào thần kinh đệm. Dựa trên tình trạng đột biến gen, các nhà khoa học, các bác sỹ lâm sàng có một cái nhìn tổng thể về nguy cơ, mức độ tiến triển để có biện pháp can thiệp điều trị kịp thời, nâng cao hiệu quả điều trị cũng như theo dõi tiên lượng đối với bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm. Các đột biến hay gặp của gen trên u nguyên bào thần kinh đệm là các đột biến điểm. Ngoài ra, nghiên cứu gần đây cho thấy một số đa hình gen như SNPrs6010620, SNPrs2297440 trên intron 12 của gen RTEL1 có liên quan mật thiết tới nguy cơ mắc bệnh u nguyên bào thần kinh đệm [5-7].

Trong nghiên cứu này, Sử dụng phương pháp giải trình tự gen, chúng tôi phát hiện kiểu gen của SNPrs2297440 trong nhóm bệnh là TT, TC và CC với tỷ lệ tương ứng 38,8%: 47,5%: 13,8% và nhóm chứng 41,2%: 56,3%: 2,5%. Như vậy, kiểu gen dị hợp TC chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm, còn kiểu gen đồng hợp CC chiếm tỷ lệ thấp nhất. Tỷ lệ CC ở nhóm bệnh và nhóm chứng khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu đã công bố trên thế giới [6-7]. Kết quả trên cho thấy kiểu gen CC có liên quan đến sự tăng nguy cơ mắc bệnh u nguyên bào thần kinh đệm. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của nhóm các nhà khoa học tại đại học Shujun P (2015) làm trên 110 bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm và 134 người khỏe mạnh là kiểu gen GG của SNPrs2297440 là yếu tố làm tăng nguy cơ mắc u nguyên bào thần kinh đệm (OR, 2,706; KTC95%, $p = 0.04$), (OR, 2,889; KTC 95%, $p = 0.037$) [7].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu về tính đa hình rs6010620 của gen RTEL1 ở nhóm bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm so với nhóm chứng cho thấy: Sự khác biệt giữa nhóm chứng và nhóm bệnh của kiểu gen GG là có ý nghĩa thống kê, người mang kiểu gen GG của gen RTEL1 có khả năng mắc bệnh cao hơn.

Lời cảm ơn: Nghiên cứu được thực hiện với sự hỗ trợ kinh phí bởi Đề tài cấp Bộ Y tế: "Nghiên cứu xác định đột biến một số gen trong bệnh u nguyên bào thần kinh đệm (Glioblastoma)" và sự giúp đỡ của các cán bộ của Trung tâm nghiên cứu Gen-Protein, Trường Đại học Y Hà Nội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kenneth A, Gelareh Z, Sheila M, Guido R, Andreas v.D. (2012)**, Glioblastoma: pathology, molecular mechanisms and markers, *Acta Neuropathol*, **129**, 829 – 484.
2. **Soma G, Carl W, Anna M.D, Thomas B, Irina**

3. **Zhao W, Bian Y, Zhu W, Zou P, Tang G. (2014)**, Regulator of RTEL1 rs 6010620 polymorphism contribute to increased risk of glioma. *Tumour Biol*, **35 (6)**, 5259 – 5266.
4. **Xianfu C, Hongsheng C, Wu Z, Muhu C. (2012)**, Association between RTEL1 polymorphism and glioma susceptibility. *Int. J Clin Exp Pathol*, **9 (3)**, 3957 – 3961.
5. **Soma G, Carl W, Anna M.D, Thomas B, Irina G. (2016)**, Genetic risk variants in the CDKN2A/B, RTEL1 and EGFR genes are associated with somatic biomarkers in glioma. *J. Neurooncol*, **127**, 483 – 492.
6. **Gang L, Tianbo J, Hongjuan L, Chao C, Guodong G. (2013)**, RTEL1 tagging SNPs and haplotypes were associated with glioma development. *Diagnostic Pathology*, **8**, 83-90.
7. **Shujun P, Feng Z, Junle L, Qiang L, Peizhong S (2015)**. Association between RTEL1 polymorphism and susceptibility to glioma. *Int J Exp Med*, **8**, 690 – 697.

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN CỦA CHỈ SỐ DẪN TRUYỀN THẦN KINH CHI DƯỚI VỚI HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ Ở BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG

Phan Việt Nga* và cs

TÓM TẮT³⁹

Nghiên cứu trên 60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng cộng hưởng từ và lâm sàng, điều trị nội trú tại bệnh viện 103 từ tháng 12/2012 đến 6/2013. **Kết quả:** Mối liên quan giữa chỉ số dẫn truyền vận động, chỉ số sóng F của dây mào với mức độ hẹp ống sống và mức độ thoát vị là có ý nghĩa ($p < 0,05$). Ở bệnh nhân TVĐĐ L₄-L₅ các chỉ số dẫn truyền vận động, thời gian tiềm, tần số sóng F dây mào và tần số sóng F dây chày bên bệnh khác biệt so với bên lành ($p < 0,05$). Ở BN TVĐĐ L₅-S₁ thời gian tiềm sóng F, tần số sóng F dây chày, tần số sóng F của dây mào và thời gian tiềm phản xạ H, biên độ phản xạ H bên bệnh khác biệt so với bên lành ($p < 0,05$). **Kết luận:** Có mối liên quan giữa chỉ số dẫn truyền vận động, sóng F của dây thần kinh mào, dây thần kinh chày với vị trí, mức độ hẹp ống sống và mức độ thoát vị ($p < 0,05$). Thể hiện rõ ở vị trí thoát vị đĩa đệm L₄-L₅ và L₅-S₁.

Từ khóa: Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, dẫn truyền thần kinh, sóng F, phản xạ H.

*Bệnh viện Quaan y 103

Chịu trách nhiệm chính: Phan Việt Nga

Email: dr.vietnga@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

SUMMARY

STUDY ON RELATION OF SOME PARAMETERS OF NERVE CONDUCTION OF LOW EXTREMELITY WITH MRI IN PATIENT OF LUMBAR DISC HERNIATION

Prospective descriptive cross sectional study on 60 patients who were positive diagnosed as lumbar disc herniation at Neurological department of Military Hospital 103 Decembre/2012 from June/2013. These patients were systemically clinical examined, taken lumbar MRI, motor and sensory conduction, parameters of wave F and reflex H. **Result:** There were relation between parameters of motor conduction, F wave of fibula nerve and H reflex with disease stage ($p < 0.05$). There was relation between parameters of motor conduction, F wave of fibula nerve with level of herniation ($p < 0.05$). In patients of L₄-L₅ dish herniation: parameters of motor conduction, latency time, frequency of F wave on disease leg were different from these on normal leg ($p < 0.05$). In patients of L₅-S₁ disc herniation the latency time of F wave, frequency of F wave of tibial nerve, frequency of F wave of fibula nerve and latency time of H reflex, amplitude of H reflex these on disease leg were different from these normal leg ($p < 0.05$). **Conclusion:** There were relations between parameters of motor conduction, F wave of fibula nerve, tibial nerve with location of lumbar disc herniation, level of lumbar spinal canal stenosis and

level disc herniation ($p < 0,05$). Typical was on location of L4-L5 and L5-S2 disc herniation.

Keywords: lumbar disc herniation, neural conduction, F wave, reflex H

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) cột sống thắt lưng (CSTL) là bệnh có tính phổ biến trong lĩnh vực y học cũng như trong chuyên ngành thần kinh. Ở Mỹ, tỷ lệ mắc bệnh đau thắt lưng hàng năm là 5% năm và có đến 60 - 90% dân số bị bệnh trong suốt cuộc đời, nguyên nhân thường gặp nhất là do TVĐĐ CSTL.

Ở Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về chẩn đoán, điều trị TVĐĐ và một số nghiên cứu diên sinh lý ở bệnh nhân (BN) TVĐĐ CSTL nhưng vẫn cần tiếp tục có những nghiên cứu để hiểu đầy đủ hơn, đặc biệt là mối liên quan của các chỉ số điện sinh lý dẫn truyền thần kinh chi dưới với những biến đổi hình ảnh CHT ở BN TVĐĐ CSTL.

Vì những lý do trên chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mục đích: *Nhận xét mối liên quan của chỉ số dẫn truyền thần kinh chi dưới với hình ảnh cộng hưởng từ ở bệnh nhân TVĐĐ CSTL.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm có 60 BN TVĐĐ CSTL có hội chứng thắt lưng hông một bên điều trị nội trú tại khoa Nội thần kinh Bệnh viện 103 từ tháng 12/2012 đến 6/2013. Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

**Về lâm sàng:* Theo tiêu chuẩn của Saporta cải biên.

**Về cận lâm sàng:* Tất cả các BN đều được chẩn đoán xác định bằng chụp CHT cột sống thắt lưng.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các BN TVĐĐ, có hội chứng rễ 2 bên.
- Các BN có tiền sử hoặc đang mắc các bệnh thần kinh ảnh hưởng đến dẫn truyền thần kinh; BN đang dùng thuốc có nguy cơ gây biến chứng

3.2. Mối liên quan giữa các chỉ số dẫn truyền thần kinh với hình ảnh TVĐĐ trên CHT

3.2.1. Mối liên quan giữa kết quả dẫn truyền thần kinh với vị trí thoát vị đĩa đệm

Bảng 1. Liên quan giữa thay đổi thông số dẫn truyền vận động với vị trí TVĐĐ

Vị trí thoát vị	DML (ms)			MCV (m/s)			MA (mV)		
	Bên lành	Bên bệnh	p	Bên lành	Bên bệnh	p	Bên lành	Bên bệnh	p
Dây mác									
L4-L5	4,2±0,47	4,3±0,4 5	<0,05	46,2±3,6	45,6±3, 9	<0,0 1	3,8±0, 6	3,7± 0,5	<0, 05
L5-S1	4,17±0,3	4,16±0, 33	>0,05	46,9±2,7	46,7±2, 7	>0,0 5	4,1±0, 4	4±0, 36	>0, 05
L4-L5 và L5-S1	4,4±0,46	4,41±0, 5	>0,05	46,1±5	45,4±5, 2	>0,0 5	3,9±0, 4	3,8± 0,6	>0, 05

viêm dây thần kinh như: INH, Metronidazon, đại tháo đường.

2.2. phương pháp nghiên cứu: Khảo sát tiến cứu, thực hiện quan sát mô tả cắt ngang.

- **Hình ảnh cộng hưởng từ (CHT):** Đo kích thước ống sống thắt lưng ở vị trí thoát vị đĩa đệm theo phương pháp Moeller: Đánh giá hẹp ống sống qua kích thước đường kính trước-sau trên ảnh cắt dọc và ngang đối chiếu với kích thước ống sống, đường kính trước sau của ống sống >12mm là không hẹp, từ 6-12mm hẹp vừa, 0-6mm hẹp nặng.

- Các BN được đo dẫn truyền vận động dây chày, dây mác sâu, sóng F và phản xạ H hai bên. Lấy kết quả bên lành làm nhóm chứng đảm bảo sự đồng nhất các đặc điểm cơ thể (tuổi, giới, chiều cao...) cũng như yếu tố môi trường.

- Nghiên cứu về mối liên quan giữa chỉ số dẫn truyền chi dưới với hình ảnh CHT CSTL. Tìm hiểu mối liên quan chỉ số dẫn truyền vận động, sóng F và phản xạ H với vị trí, độ hẹp ống sống và mức độ TVĐĐ CSTL.

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê y học, bằng chương trình phần mềm SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: Tuổi trung bình của BN là 46,55 ± 9,64; Thời gian mắc bệnh lớn hơn 6 tháng chiếm tỷ lệ 68,3%. Phân loại mức độ TVĐĐ trên lâm sàng theo JOA: 25% BN mức độ nhẹ, 51,7% mức độ vừa, mức độ nặng chiếm 23,3%.

Về hình ảnh CHT: - Vị trí hay gặp nhất là TVĐĐ L4 -L5 chiếm tỷ lệ 43,3%, L5 - S1 và L4 - L5 chiếm 28,3%, L5- S1 chiếm 18,3%, L3-L4 và L4 -L5 chiếm 3,3%, L3-L4, L4 -L5 và L5- S1 chiếm tỷ lệ 6,7%.

- **Đánh giá mức độ hẹp ống sống:** BN không có hẹp ống sống chiếm tỷ lệ 48,3%, hẹp vừa chiếm tỷ lệ 46,7%, hẹp nặng chiếm tỷ lệ 5%, tỷ lệ này cũng gần tương đương với một số tác giả [1], [2].

L3-L4 và L4-L5	4,49±0,1	4,47±0,01	>0,05	46,3±0,6	47±0,6	>0,05	4,4±0,04	4,5±0,01	>0,05
L3-L4 và L4-L5 và L5-S1	4,4±0,15	4,47±0,2	>0,05	45,4±0,2	43,6±3,6	>0,05	4,1±0,7	3,3±1,4	>0,05
Dây chày									
L4-L5	4,4 ±0,4	4,4±0,4	>0,05	45±3,3	44,9±3,4	>0,05	11,5±2	11,4±2	>0,05
L5-S1	4,36±0,4	4,42±0,4	>0,05	45,7±3,5	44,8±3,6	>0,05	9,36±2	9,0±2	>0,05
L4-L5 và L5-S1	4,4±0,5	4,46±0,52	>0,05	44,5±4,3	43,3±5	>0,05	8,9±3,4	8,4±3,8	>0,05
L3-L4 và L4-L5	4,32±0,1	4,36±0,12	>0,05	45,2±1,4	44,8±1,3	>0,05	11,1±0,4	11,1±0,5	>0,05
L3-L4, L4-L5 và L5-S1	4,37±0,3	4,86±0,4	>0,05	44,4±1	43,4±1	>0,05	4,1±0,7	3,5±0,9	>0,05

Đối với BN TVĐĐ L4-L5 thời gian tiềm, biên độ vận động dây mác bên bệnh so với bên lành khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, tốc độ dẫn truyền vận động giữa bên bệnh với bên lành khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Với dây chày, thời gian tiềm, tốc độ dẫn truyền vận động, biên độ sóng, giữa bên lành và bên bệnh khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Bệnh nhân thoát vị đĩa đệm L5-S1, L3-L4 và L4-L5, L3-L4 và L4-L5 và L5-S1, L4-L5 và L5-S1 thời gian tiềm, tốc độ dẫn truyền vận động, biên độ sóng đáp ứng giữa bên bệnh với bên lành khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Liên quan giữa thay đổi thông số sóng F với vị trí TVĐĐ

Vị trí thoát vị	Fmin (ms)			Fmean (ms)			F-fre		
	Bên lành	Bên bệnh	P	Bên lành	Bên bệnh	p	Bên lành	Bên bệnh	p
Dây mác									
L4-L5	45±1,2	45,4±1,3	<0,05	47,4±1,4	48±1,3	<0,05	0,5±0,1	0,4±0,14	<0,01
L5-S1	43,8±1,1	43,9±1	>0,05	45,7±1,1	45,8±1	>0,05	0,57±0,07	0,52±0,08	<0,05
L4-L5 và L5-S1	44,2±1,6	44,4±1,4	<0,05	46±1,5	46,2±1,6	>0,05	0,61±0,1	0,54±0,13	<0,05
L3-L4 và L4-L5	44,6±1	44,8±0,78	>0,05	46,6±1,1	46,9±0,8	>0,05	0,52±0,03	0,53±0,04	>0,05
L3-L4 và L4-L5 và L5-S1	45,9±1,3	45,9±1,4	>0,05	47,6±1,6	48±1,9	>0,05	0,54±0,1	0,45±0,15	>0,05
Dây chày									
L4-L5	44,4±1,4	44,5±1,4	>0,05	46,9±1,5	47±1,3	>0,05	0,65±0,1	0,6±0,1	<0,05
L5-S1	46,8±3	47,6±3	<0,05	48,8±3,4	49,4±3,4	<0,05	0,61±0,1	0,53±0,15	<0,05
L4-L5 và L5-S1	45,8±2,3	46,8±3,1	<0,05	48,4±2,5	49±3	>0,05	0,63±0,06	0,5±0,2	<0,05
L3-L4 và L4-L5	44,9±2	45,1±2,3	>0,05	47,2±2,2	48,2±2	>0,05	0,68±0,08	0,5±0,08	>0,05
L3-L4 và L4-L5 và L5-S1	46,1±1	47,2±2,2	>0,05	48,4±0,6	49,4±1,6	>0,05	0,65±0,05	0,39±0,1	>0,05

Đối với BN TVĐĐ L4-L5, dây thần kinh mác có thời gian tiềm sóng F bên bệnh kéo dài hơn bên lành ($p < 0,05$), chỉ số sóng F bên bệnh nhỏ hơn bên lành khác biệt rất có ý nghĩa với $p < 0,01$. Đối với BN TVĐĐ L5-S1, tần số sóng F của dây chày bên bệnh nhỏ hơn bên lành khác biệt với $p < 0,05$.

Bảng 3. Liên quan giữa thay đổi thông số phản xạ H với vị trí TVĐĐ

Vị trí thoát vị	Thời gian tiềm (ms)			Biên độ (mV)		
	Bên Lành	Bên bệnh	p	Bên lành	Bên bệnh	P
L4-L5	29,47±1,1	29,47±1	>0,05	3,67±1,2	3,5±1,3	>0,05
L5-S1	31,5±2,5	31,9±2,6	<0,05	2,51±1,2	1,6±1,23	<0,01
L4-L5 và L5-S1	29,28±2,2	29,7±2,2	<0,05	3,78±2,43	2,7±2	<0,05

L ₃ -L ₄ và L ₄ -L ₅	26,36±0,34	27,48±0,45	>0,05	4,8±0,61	3,8±0,5	>0,05
L ₃ -L ₄ và L ₄ -L ₅ và L ₅ -S ₁	32,6±0,05	32,8±0,05	<0,05	1,97±0,33	1,14±0,09	<0,05

Bệnh nhân TVĐĐ L₅-S₁, thời gian tiềm phản xạ H bên bệnh lớn hơn so với bên lành (p<0,05), biên độ phản xạ H bên bệnh nhỏ hơn so với bên lành khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với p<0,01. BN TVĐĐ L₄-L₅ và L₅-S₁, L₃-L₄ và L₄-L₅ và L₅-S₁, thời gian tiềm phản xạ H và biên độ phản xạ H giữa bên bệnh với bên lành khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Như vậy ở nhóm TVĐĐ L₄ - L₅ các chỉ số của dây mác tổn thương cả phần trung tâm và ngoại vi, trong khi dây chày chỉ có biểu hiện giảm tần số sóng F. Thoát vị đĩa đệm L₄ - L₅ chủ yếu tổn thương rễ L₅, là rễ chủ đạo của dây thần kinh mác, vì vậy tổn thương dây mác trong TVĐĐ L₄-L₅ là hợp lý về giải phẫu và chức năng. Tuy nhiên, theo nhiều tác giả, TVĐĐ L₄ - L₅ cũng ảnh hưởng ít nhiều tới chức năng của dây chày

(thông qua sóng F và phản xạ H) phải chăng là do có một phần rễ L₅ tham gia cấu tạo nên dây

Như vậy theo quy luật xung đột đĩa rễ, thoát vị đĩa đệm L₅ - S₁ thì rễ S₁ sẽ bị tổn thương, thoát vị đĩa đệm L₄ - L₅ thì rễ L₅ sẽ bị tổn thương, do đó ta thấy rễ S₁, là rễ chủ đạo của dây thần kinh chày, cũng ảnh hưởng ít nhiều đến dây mác phản ánh qua tần số sóng F, điều này cũng phù hợp với giải phẫu và sinh lý, và cho thấy những bất thường của sóng F và phản xạ H thay đổi ngay ở giai đoạn sớm của bệnh khi mà các chỉ số dẫn truyền vận động chưa thay đổi nhiều, tần số sóng F có thể là 1 chỉ tiêu nhạy hơn so với thời gian tiềm sóng F, và sự bất thường phản xạ H có ý nghĩa định khu tổn thương rễ S₁ điều này phù hợp với 1 số nghiên cứu của các tác giả nước ngoài.

3.2.2. Môi liên quan giữa kết quả dẫn truyền thần kinh với mức độ hẹp ống sống

Bảng 4. Liên quan giữa thay đổi các thông số dẫn truyền vận động bên bệnh với mức độ hẹp ống sống

Chi số DT	Các nhóm			p ₁₋₂	p ₂₋₃	p ₁₋₃
	Không hẹp (n = 29) (1)	Hẹp vừa (n = 28) (2)	Hẹp nặng (n = 3) (3)			
Dây mác						
DML (ms)	4,21±0,41	4,44±0,4	4,68±0,1	<0,05	>0,05	>0,05
MCV (m/s)	46,6±3,76	46,6±3,97	39,3±1,15	<0,05	<0,05	<0,05
MA (mV)	4,02±0,47	3,69±0,53	2,35±0,75	<0,05	>0,05	>0,05
Dây chày						
DML (ms)	4,35±0,43	4,57±0,42	4,73±0,4	0,05	0,05	0,05
MCV (m/s)	45,19±4,17	43,6±3,17	40,7±6,3	0,05	0,05	0,05
MA (mV)	10,4±2,85	9,2±3,15	5,5±6,15	0,05	0,05	0,05

Đối với dây mác, thời gian tiềm, tốc độ dẫn truyền vận động và biên độ đáp ứng của bên bệnh giữa nhóm không hẹp với nhóm hẹp vừa khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Tốc độ dẫn truyền vận động bên bệnh của nhóm hẹp nặng so với nhóm hẹp vừa và không hẹp khác biệt có ý nghĩa (p<0,05). Đối với dây chày, thời gian tiềm bên bệnh ở nhóm hẹp vừa và nặng kéo dài hơn nhóm không hẹp (p>0,05) và tốc độ dẫn truyền vận động, biên độ sóng bên bệnh ở nhóm hẹp vừa và nặng nhỏ hơn nhóm bệnh nhân không hẹp (p>0,05).

Bảng 5. Liên quan giữa thay đổi các thông số sóng F bên bệnh với mức độ hẹp ống sống

Chi số Sóng F	Các nhóm			p ₁₋₂	p ₂₋₃	p ₁₋₃
	Không hẹp (n = 29) (1)	Hẹp vừa (n = 28) (2)	Hẹp nặng (n = 0) (3)			
Dây mác						
Fmin (ms)	45,42±1,04	45,24±1,63	-	<0,05	-	-
Fmean (ms)	46,61±1,33	47,5±1,84	-	<0,05	-	-
F-fre	0,534±0,11	0,415±0,14	-	<0,01	-	-
Dây chày						
Fmin (ms)	45,75±2,36	45,93±3	46,05±0,78	>0,05	>0,05	>0,05
Fmean (ms)	48,02±2,53	48,28±2,68	48,55±1,06	>0,05	>0,05	>0,05
F-fre	0,596±0,14	0,522±0,146	0,406±0,133	>0,05	>0,05	>0,05

Đối với dây mác, thời gian tiềm của sóng F bên bệnh giữa nhóm BN hẹp vừa với không hẹp khác biệt với p<0,05, tần số sóng F bên bệnh

giữa nhóm hẹp vừa với nhóm không hẹp khác biệt (p<0,01). Nhóm BN hẹp nặng ống sống không đo được sóng F bên bệnh.

Đối với dây chày, thời gian tiềm bên bệnh của nhóm hẹp vừa và nặng kéo dài hơn so với nhóm không hẹp ($p>0,05$). Tần số sóng F bên bệnh của nhóm vừa và nặng nhỏ hơn so với nhóm không hẹp ($p>0,05$).

Điều này cho thấy mối liên quan giữa dẫn truyền thần kinh mức độ hẹp ống sống trên hình ảnh cộng hưởng từ, sự thay đổi dẫn truyền chủ yếu ở dây thần kinh mác cả về dẫn truyền vận

động và các thông số sóng F, dây thần kinh chày và phản xạ H có sự thay đổi nhưng chưa có sự khác biệt, điều này có thể do tỷ lệ thoát vị đĩa đệm L₄-L₅ trên cộng hưởng từ chiếm tỷ lệ khá là cao 43,3%, mà theo quy luật xung đột đĩa rỗng nó sẽ gây tổn thương chủ yếu rễ L₅, là rễ chủ đạo của dây thần kinh mác. Nên kết quả trên tương đối phù hợp với đặc điểm về giải phẫu và sinh lý.

3.2.3. Đối chiếu một số chỉ số dẫn truyền với mức độ TVĐĐ (theo JOA)

Bảng 6. Liên quan giữa thay đổi các thông số dẫn truyền vận động bên bệnh với mức độ thoát vị đĩa đệm

Chi số DT	Các nhóm	Mức độ nhẹ	Mức độ vừa	Mức độ nặng	p ₁₋₂	p ₂₋₃	p ₁₋₃
	(n = 15) (1)	(n = 31) (2)	(n = 14) (3)				
Dây mác							
DML (ms)		4,24 ± 0,44	4,26 ± 0,36	4,65 ± 0,46	>0,05	<0,05	<0,05
MCV (m/s)		46,62 ± 4,83	46,07 ± 3,01	42,3 ± 4,06	>0,05	<0,05	<0,05
MA (mV)		3,95 ± 0,45	3,88 ± 0,54	3,38 ± 0,8	>0,05	<0,05	<0,05
Dây chày							
DML (ms)		4,32 ± 0,45	4,42 ± 0,37	4,73 ± 0,46	>0,05	>0,05	<0,05
MCV (m/s)		45,44 ± 4,3	44,6 ± 3,32	42,13 ± 4,3	>0,05	>0,05	<0,05
MA (mV)		10,42 ± 2,4	9,87 ± 3,03	8,09 ± 4,3	>0,05	>0,05	>0,05

Đối với dây mác, thời gian tiềm, tốc độ dẫn truyền vận động, biên độ đáp ứng bên bệnh giữa mức độ nặng với mức độ vừa, mức độ nặng với mức độ nhẹ khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

Đối với dây chày, thời gian tiềm, tốc độ dẫn truyền vận động bên bệnh giữa mức độ nặng với mức độ nhẹ khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

Bảng 7. Liên quan giữa thay đổi thông số sóng F bên bệnh với mức độ TVĐĐ

Chi số DT	Các nhóm	Mức độ nhẹ	Mức độ vừa	Mức độ nặng	p ₁₋₂	p ₂₋₃	p ₁₋₃
	(n = 14) (1)	(n = 31) (2)	(n = 12) (3)				
Dây mác							
Fmin (ms)		44,6 ± 1,28	44,7 ± 1,37	45,62 ± 1,48	>0,05	<0,05	>0,05
Fmean (ms)		46,79 ± 1,55	46,8 ± 1,63	47,9 ± 1,59	>0,05	<0,05	>0,05
F-fre		0,57 ± 0,095	0,45 ± 0,128	0,41 ± 0,15	<0,05	>0,05	<0,01
Dây chày							
Fmin (ms)		25,12 ± 1,94	46,07 ± 2,8	46,17 ± 2,89	>0,05	>0,05	>0,05
Fmean (ms)		47,3 ± 2,12	48,44 ± 2,66	48,54 ± 2,64	>0,05	>0,05	>0,05
F-fre		0,64 ± 0,15	0,54 ± 0,12	0,48 ± 0,16	<0,05	>0,05	<0,05

Tần số sóng F giữa nhóm mức độ vừa với nhóm mức độ nhẹ khác biệt ($p<0,05$), giữa nhóm mức độ nặng với nhóm mức độ nhẹ khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,01$. Đối với dây chày chỉ có tần số sóng F giảm giữa mức độ vừa với nhẹ và nặng với nhẹ khác biệt có ý nghĩa thống kê $p<0,05$. Như vậy kết quả đo dẫn truyền thần kinh phù hợp với phân mức độ TVĐĐ theo JOA. Tóm lại, mối liên quan giữa lâm sàng và dẫn truyền thần kinh là tương đối phù hợp cả về phương diện chẩn đoán giai đoạn lẫn chẩn đoán mức độ. Kết quả cho thấy sự phù hợp giữa đo dẫn truyền thần kinh và giai đoạn TVĐĐ theo Arseni, phù hợp giữa chẩn đoán lâm sàng mức độ TVĐĐ theo JOA với kết quả đo dẫn truyền thần kinh. Điều này có ý nghĩa trong việc chẩn đoán giai đoạn TVĐĐ và mức độ dựa theo kết

quả đo dẫn truyền thần kinh. Tuy nhiên trong một số trường hợp, tổn thương được thấy trước trên đo dẫn truyền và đôi khi sự thay đổi điện sinh lý không hoàn toàn phù hợp với chẩn đoán mức độ và giai đoạn bệnh. Chính vì vậy BN cần được khám lâm sàng kỹ lưỡng, kết hợp với các phương pháp chẩn đoán cận lâm sàng để có chẩn đoán và tiên lượng đúng.

IV. KẾT LUẬN

- Có mối liên quan giữa chỉ số dẫn truyền thần kinh với vị trí thoát vị đĩa đệm, mức độ hẹp ống sống và mức độ thoát vị ($p<0,05$).

- Ở bệnh nhân TVĐĐ L₄-L₅ các chỉ số dẫn truyền vận động dây mác, thời gian tiềm, tần số sóng F dây mác và tần số sóng F dây chày bên bệnh khác biệt so với bên lành ($p<0,05$), Ở bệnh

nhân TVĐĐ L₅-S₁ thời gian tiềm sóng F, tần số sóng F dây chày, tần số sóng F của dây mào và thời gian tiềm phản xạ H, biên độ phản xạ H bên bệnh khác biệt so với bên lành (p<0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Chương (2010), *Thực hành lâm sàng thần kinh học; Tập IV, Chẩn đoán cận lâm sàng*; Nhà xuất bản y học
2. Nguyễn Hữu Công (2013), *Chẩn đoán điện và bệnh lý thần kinh cơ*, Nhà xuất Đại học quốc gia TP HCM.
3. Võ Đôn, Hứa Tú Sơn, Nguyễn Mai Hòa, Nguyễn Văn Trí, Nguyễn Thị Lan Hương, Trần Thị Anh (2006), "Khảo sát hằng số dẫn truyền dây

thần kinh ở 116 người trưởng thành", Y học TP Hồ Chí Minh.

4. Lê Văn Sơn, Trần Đăng Dong, Trần Công Đoàn (2001), "Nghiên cứu tốc độ dẫn truyền vận động của dây thần kinh chày và mào sâu ở người bình thường và bệnh nhân TVĐĐ L₄- L₅, L₅- S₁", *Tạp chí Sinh lý học*, tr. 12-17.
5. Karen Barr, MD (2013), "Electrodiagnosis of Lumbar Radiculopathy", *Phys Med Rehabil Clin N Am* 24 (2013) 79-91.
6. Kimura J. (2001), "Electrodiagnosis in diseases of nerve and muscle", principles and practice 3rd Ed. 63 - 177.
7. Leena Puksa, Erik Stalberg (2003), "Reference values of F - wave parameters in healthy subjects", *Clinical Neurophysiology* 114(2003), p1079-1090.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH VỀ NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP TRÊN CẤP TÍNH Ở TRẺ EM TỪ 1 ĐẾN 5 TUỔI CỦA CHA/MẸ CÓ CON HỌC TẠI CÁC TRƯỜNG MẪU GIÁO HUYỆN CHƯƠNG MỸ, HÀ NỘI NĂM 2015

Trần Thị Nhị Hà¹, Lê Văn Bào², Đào Minh Tuấn³,
Hoàng Đức Hạnh¹, Quách Thị Cần⁴

TÓM TẮT⁴⁰

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện năm 2015 tại các trường mẫu giáo trên địa bàn huyện Chương Mỹ, Hà Nội với mục tiêu đánh giá thực trạng kiến thức, thực hành về nhiễm khuẩn hô hấp trên cấp tính (NKHHTCT) của 2150 cha/mẹ có con đi học mẫu giáo từ 1 đến 5 tuổi. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cha/mẹ có kiến thức đúng về dấu hiệu NKHHTCT: chảy mũi (92,6%); đau họng (72,33%); sưng amidan (37,86%). Có 28,6% biết về biện pháp dùng dụng cụ hút mũi để làm sạch mũi. Kiến thức về phòng bệnh: Giữ ấm (89,49%); không tiếp xúc với người bị NKHHTCT (74,88%); và tránh khói thuốc lá (74,47%). Về thực hành, có 73,02% cha/mẹ đưa con đến khám tại cơ sở y tế công lập; 40,05% đưa trẻ đến bác sỹ tư nhân. Có 91,35% cha/mẹ cho trẻ sử dụng thuốc kháng sinh (trong đó có 50,2% cha/mẹ cho trẻ dùng kháng sinh trong thời gian từ 1-4 ngày). Công tác tuyên truyền về bệnh NKHHTCT ở trẻ dưới 5 tuổi vẫn cần được tăng cường.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn hô hấp trên cấp tính, mẫu giáo, trẻ từ 1 đến 5 tuổi, kiến thức và thực hành của cha/mẹ.

SUMMARY

THE KNOWLEDGE AND PRACTICE OF MOTHERS HAVING 1 TO 5 YEARS-OLD CHILDREN WITH

¹Sở Y tế TP. Hà nội

²Học viện quân y

³Bệnh viện Nhi Trung ương

⁴Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Nhị Hà

Email: tranthinhiha@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

ACUTE UPPER RESPIRATORY INFECTIONS IN KINDERGARTENS OF CHUONG MY, HANOI IN 2015

A cross study was conducted in 2015 at kindergartens in Chuong My district, Hanoi with the aim at describing the status of knowledge and practice on acute upper respiratory infections of the parents having 1 to 5 years-old children. 2150 mothers were interviewed by a prepared questionnaire on symptoms, preventions and treatments for children with the acute upper respiratory infections.

The study results showed that runny nose was a sign with the highest awareness of parents (92,6%); followed by sore throat (72.33%); and the lowest was swollen tonsils (37.86%). About measures for cleaning nose of children with acute upper respiratory infections, 84,84% of parents knew about using towel and 28,6% knew about using suction devices. Three ways to preventing acute upper respiratory infection that many parents knew best, were keeping warm, non-contact with people having acute respiratory infection and avoiding secondhand smoke with the rates of 89.49%; 74.88% and 74.47%, respectively. For practicing, 73.02% of them took their children examined at governmental health facilities; 40.05% went to the private doctors. In 91.35% of parents using antibiotics for their children, there was approximately 50% of parents gave antibiotics to their children for the period of 1-4 days. Education and communication about symptoms, prevention and treatment of acute upper respiratory for parents having children less than 5 years old should be enhanced.

Keywords: Acute upper respiratory infection, kindergartens, 1 to 5 year-old children, knowledge and practice of parents.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính là tình trạng viêm nhiễm đường hô hấp cấp do virus hoặc vi khuẩn gây ra, có tỷ lệ mắc cao, có thể tái diễn nhiều lần trong năm. Cùng với suy dinh dưỡng và ỉa chảy, nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính được xếp vào nhóm những bệnh có ảnh hưởng nhiều nhất đến sức khỏe trẻ em, nhất là ở trẻ em dưới 5 tuổi [1], [2], [3].

Theo Tổ chức Y tế thế giới (TCYTGG), hàng năm trên thế giới có khoảng 14 triệu trẻ em dưới 5 tuổi tử vong do nhiều nguyên nhân, trong đó khoảng 4 triệu trẻ em tử vong do nhiễm khuẩn hô hấp cấp, chủ yếu là ở các nước đang phát triển. Tại Việt Nam, nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (đặc biệt là viêm phổi cấp) là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong ở trẻ em, đặc biệt là trẻ dưới 5 tuổi [4],[7]. Phân loại theo hệ thống hô hấp, nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính gồm 02 loại chính: nhiễm khuẩn đường hô hấp trên cấp tính (NKHHTCT) và nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới cấp tính. Trong đó, với NKHHTCT nếu phát hiện sớm và chăm sóc tốt thì đa số trẻ sẽ tự khỏi. Nhưng ngược lại, nếu trẻ không được chăm sóc tốt, NKHHTCT rất dễ tiến triển nhanh thành nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới cấp tính (trong đó có viêm phổi cấp tính) với nguy cơ tử vong cao [5].

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính có thể dự phòng được, đặc biệt vai trò của các bà mẹ trong việc dự phòng nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính cho trẻ dưới 5 tuổi là hết sức quan trọng. Vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành nhằm mô tả thực trạng kiến thức, thực hành của bà mẹ có con từ 1-5 tuổi đang đi học tại các trường mẫu giáo của huyện Chương Mỹ, năm 2015 và từ đó đưa ra khuyến nghị phù hợp góp phần làm giảm tỷ lệ NKHHTCT ở trẻ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

- *Đối tượng nghiên cứu:* Cha/mẹ có con từ 1 đến 5 tuổi đang học tại các trường mẫu giáo của 6 xã trên địa bàn huyện Chương Mỹ, TP Hà Nội.

- *Địa điểm nghiên cứu:* 06 xã (Thượng Vực,

Hòa Chính, Văn Võ, Thanh Bình, Hữu Văn, Tân Tiến) huyện Chương Mỹ, Hà Nội.

- Thời gian nghiên cứu: từ 25/12/2014 đến ngày 10/01/2015

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- *Cỡ mẫu:* 2150 bà mẹ tham gia nghiên cứu.

- *Phương pháp chọn mẫu và thu thập số liệu:*

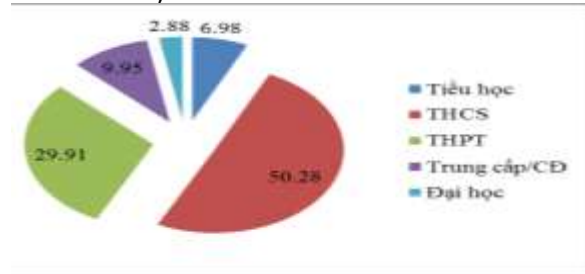
Tất cả trẻ em từ 1-5 tuổi đang học tại các trường mẫu giáo tại 6 xã của huyện Chương Mỹ, Hà Nội được khám sàng lọc và khám chuyên khoa hô hấp trẻ em để phân loại tình trạng mắc bệnh về NKHHTCT. Tất cả cha/mẹ của số trẻ này đều được mời vào phòng vấn với bộ câu hỏi được thiết kế sẵn. Kết quả có 2150 cha/mẹ tham gia nghiên cứu.

- *Xử lý số liệu:* Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.0 và phân tích bằng phần mềm SPSS 19.0.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng khoa học Học viện quân y và lãnh đạo huyện Chương Mỹ. Đối tượng nghiên cứu tự nguyện tham gia. Kết quả nghiên cứu chỉ nhằm phục vụ mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 2150 cha/mẹ của trẻ từ 1 đến 5 tuổi tham gia nghiên cứu, tỷ lệ nam là 27,77%, nữ chiếm 74,23%.



Hình 1. Trình độ học vấn của cha/mẹ

Có 50,28% người tham gia trả lời có trình độ trung học cơ sở, khoảng 30% có trình độ trung học phổ thông, số có trình đại học chiếm tỷ lệ thấp (2,88%).

Bảng 1. Kiến thức của cha/mẹ về dấu hiệu NKHHTCT ở trẻ

Dấu hiệu		Tiểu học (n=150)	THCS (n=1081)	PHTH (n=643)	TC, CD (n=214)	Đại học (n=62)	Chung (n=2150)	P
		Chảy mũi	n: 134 %: 89.33	n: 1000 %: 92.51	n: 596 %: 92.69	n: 200 %: 93.46	n: 61 %: 98.39	
Đau họng	n: 113 %: 75.33	n: 776 %: 71.79	n: 447 %: 69.52	n: 172 %: 80.37	n: 47 %: 75.81	n: 1555 %: 72.33	0.03	
Họng đỏ	n: 67 %: 44.67	n: 542 %: 50.14	n: 337 %: 52.41	n: 141 %: 65.89	n: 34 %: 54.84	n: 1121 %: 52.14	<0.001	
Amidan	n: 50	n: 368	n: 263	n: 104	n: 29	n: 814	<0.001	

sung	%	33.33	34.04	40.90	48.60	46.77	37.86	
------	---	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--

Dấu hiệu NKHHTCT ở trẻ được đa số cha/mẹ biết đến là chảy mũi (92.6%), tỷ lệ biết về dấu hiệu amidan sưng chiếm 37,86%. Kiến thức về dấu hiệu của NKHHTCT ở trẻ của các bậc cha/mẹ có khác nhau theo trình độ học vấn. Ở nhóm cha/mẹ trình độ trung cấp/CD hoặc đại học luôn có tỷ lệ nhận thức cao về các dấu hiệu như đau họng, họng đỏ, amidan sưng so với các nhóm còn lại (với $p < 0,05$).

Bảng 2. Kiến thức của cha/mẹ về biện pháp làm sạch mũi cho trẻ khi bị NKHHTCT

Biện pháp làm sạch mũi		Tiểu học (n=150)	THCS (n=1081)	PHTH (n=643)	TC/CD (n=214)	Đại học (n=62)	Chung (n=2150)	P
Hút mũi	n	52	392	185	67	14	710	0.005
	%	4.67	36.26	28.77	1.31	2.58	33.02	
Se mũi	n	29	322	232	75	22	680	0.001
	%	19.33	29.79	36.08	35.05	35.48	31.63	
Lau khăn	n	120	932	544	179	49	1824	0.075
	%	80.00	86.22	84.60	83.64	79.03	84.84	
Dụng cụ hút mũi	n	47	285	185	73	25	615	0.04
	%	31.33	26.36	28.77	34.11	40.32	28.60	

Kiến thức về biện pháp làm sạch mũi cho trẻ: 84,84% cho rằng làm sạch mũi bằng lau khăn. Có 33,02% cha/mẹ chọn hút mũi là biện pháp làm sạch mũi cho trẻ. Dụng cụ hút mũi được 28,6% biết đến. Nhóm cha/mẹ có trình độ trung học cơ sở có tỷ lệ chọn hút mũi bằng miệng là biện pháp làm sạch mũi cho trẻ nhiều nhất (36,26%). Nhóm có trình độ đại học chọn biện pháp dùng dụng cụ hút mũi với tỷ lệ cao nhất (40,32%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3. Kiến thức của cha/mẹ về biện pháp dự phòng NKHHTCT

Biện pháp dự phòng		Tiểu học (n=150)	THCS (n=1081)	PHTH (n=643)	TC/CD (n=214)	Đại học (n=62)	Chung (n=2150)	P
Tránh khói bếp	n	83	526	350	129	36	1124	0.008
	%	55.33	48.66	54.43	60.28	58.06	52.28	
Tránh khói thuốc	n	104	777	503	167	50	1601	0.01
	%	69.33	71.88	78.23	78.04	80.65	74.47	
Không tiếp xúc người có bệnh	n	115	794	483	172	46	1610	0.298
	%	76.67	73.45	75.12	80.37	74.19	74.88	
Giữ ấm	n	119	953	589	205	58	1924	0.0001
	%	79.33	88.16	91.60	95.79	93.55	89.49	
Tiêm phòng	n	120	718	440	156	35	1469	0.009
	%	80.00	66.42	68.43	72.90	56.45	68.33	
Vaccin hô hấp	n	88	579	385	136	35	1223	0.023
	%	58.67	53.56	59.88	63.55	56.45	56.88	
Tăng dinh dưỡng	n	97	709	442	166	45	1459	0.01
	%	64.67	65.59	68.74	77.57	72.58	67.86	
Bú mẹ	n	66	355	210	76	19	726	0.081
	%	44.00	32.84	32.66	35.51	30.65	33.77	

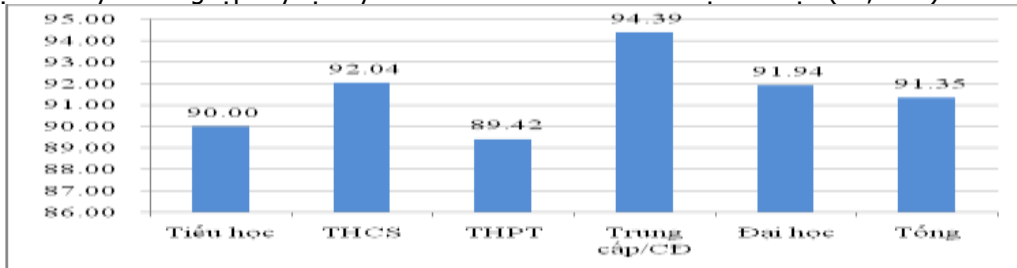
Ba biện pháp dự phòng NKHHTCT được nhiều cha/mẹ biết đến nhất là giữ ấm (89,49%), không tiếp xúc với người bị NKHHTCT (74,88%) và tránh khói thuốc (74,47%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa các nhóm cha/mẹ có trình độ học vấn khác nhau.

Bảng 4. Thực hành của NCSC khi trẻ bị NKHHTCT

Xử trí khi trẻ bị NKHHTCT		Tiểu học (n=150)	THCS (n=1081)	PHTH (n=643)	TC/CD (n=214)	Đại học (n=62)	Chung (n=2150)	P
Khám tại cơ sở y tế công	n	121	761	481	160	47	1570	0.047
	%	80.67	70.40	74.81	74.77	75.81	73.02	
Đến bác sỹ tư nhân	n	72	443	241	85	20	861	0.104
	%	48.00	40.98	37.48	39.72	32.26	40.05	
Tự mua thuốc	n	50	284	165	65	22	586	0.12
	%	33.33	26.27	25.66	30.37	35.48	27.26	
Theo kinh nghiệm	n	9	42	22	13	3	89	0.295
	%	6.00	3.89	3.42	6.07	4.84	4.14	

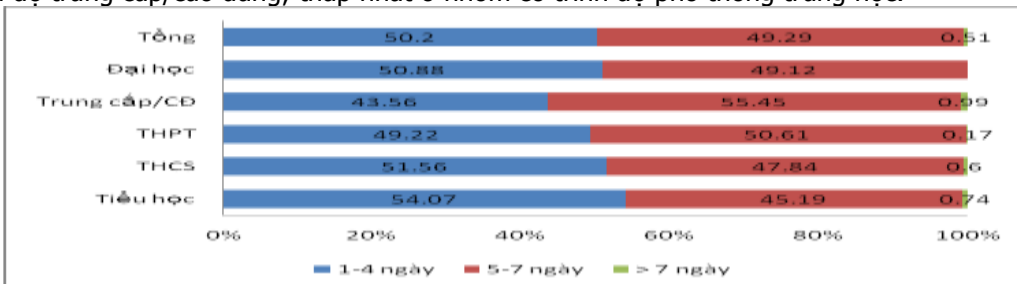
người khác								
Theo kinh nghiệm cá nhân	n	12	66	37	21	4	140	0.257
	%	8.00	6.11	5.75	9.81	6.45	6.51	
Để theo dõi	n	4	19	8	1	0	32	0.388
	%	2.67	1.76	1.24	0.47	-	1.49	

Xử trí của cha/mẹ khi con mắc NKHHTCT: 73,02% đưa con đến khám tại cơ sở y tế công lập; 40,05% đưa trẻ đến bác sỹ tư và 27,26% tự mua thuốc về điều trị cho trẻ. Giữa các nhóm cha/mẹ có trình độ học vấn khác nhau có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) về hành vi đưa trẻ đi khám tại cơ sở y tế công lập. Tỷ lệ này cao nhất ở nhóm có trình độ tiểu học (80,67%).



Hình 2. Tỷ lệ bà mẹ sử dụng thuốc kháng sinh để điều trị cho trẻ khi có NKHHTCT theo trình độ học vấn

Tỷ lệ sử dụng thuốc kháng sinh khi trẻ bị NKHHTCT là 91,35%. Tỷ lệ này cao nhất ở nhóm cha/mẹ có trình độ trung cấp/cao đẳng; thấp nhất ở nhóm có trình độ phổ thông trung học.



Hình 3. Thời gian sử dụng thuốc kháng sinh để điều trị cho trẻ khi có NKHHTCT

Có 50,2% cha/mẹ cho trẻ dùng kháng sinh trong thời gian từ 1-4 ngày, 49,29% % cho trẻ dùng kháng sinh trong thời gian từ 5-7 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả phỏng vấn 2150 cha/mẹ của trẻ từ 1 đến 5 tuổi học tại các trường mầm non huyện Chương Mỹ cho thấy, kiến thức về dấu hiệu bệnh NKHHTCT đạt tỷ lệ tương đối cao trong đó chảy nước mũi là dấu hiệu được nhiều cha/mẹ biết đến (92,6%). Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Lý Thị Chi Mai năm 2012 (33,2%) [6]. Kiến thức về các biện pháp làm sạch mũi cho trẻ, vẫn có 84,84% chọn làm sạch mũi bằng lau khăn, điều này phù hợp với thực tế chăm sóc trẻ tại vùng nông thôn, nơi không có sẵn dụng cụ hút mũi. Việc lau mũi bằng khăn chỉ làm sạch phần nước mũi chảy ra bên ngoài, cha/mẹ cần biết dùng giấy thấm hoặc vải thấm sâu kèn (se mũi) để làm sạch mũi cho trẻ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ làm sạch mũi bằng se mũi vẫn còn thấp (31,63%) và chỉ có 28,60% biết làm sạch mũi bằng dụng cụ hút

mũi. Kết quả này cho thấy cần tăng cường công tác truyền thông tại địa bàn nghiên cứu để nâng cao kiến thức, thực hành của cha/mẹ trong việc chăm sóc trẻ mắc NKHHTCT.

Trong nghiên cứu, tỷ lệ bà mẹ chọn đưa trẻ đến cơ sở y tế công hoặc bác sỹ tư nhân cao hơn ở nhóm có trình độ học vấn thấp hơn, tỷ lệ tự mua thuốc và cho trẻ sử dụng kháng sinh cao hơn ở nhóm có trình độ học vấn cao hơn. Kết quả này có thể giải thích bởi sự chủ quan của nhóm có trình độ học vấn cao hơn. Mỗi liên quan giữa các yếu tố đến kiến thức, thực hành của bà mẹ cũng như mối liên quan giữa kiến thức, thực hành của bà mẹ đến tình trạng NKHHTCT ở trẻ từ 1 đến 5 tuổi không được đưa ra trong bài báo này.

Kiến thức về phòng bệnh: Tỷ lệ biết biện pháp dự phòng NKHHTCT bằng cách tránh khói thuốc là 74,47% (bảng 3), tỷ lệ này trong nhóm có trình độ đại học cao nhất (80,65%). Điều này

cho thấy nhóm cha/mẹ có trình độ học vấn cao hơn có thể cập nhật được nhiều kiến thức mới hơn. Có 67,86% cha/mẹ chọn "tăng cường dinh dưỡng" là biện pháp dự phòng NKHHTCT, tỷ lệ này thấp hơn tỷ lệ 76,3% trong nghiên cứu của tác giả Lý Thị Chi Mai (2012) [6].

V. KẾT LUẬN

- Đa số các bà mẹ nêu được các dấu hiệu chảy nước mũi (92,6%) và đau họng (75,81%), trong khi đó chỉ có 37,86% bà mẹ nhận biết dấu hiệu amidan sưng.

- 33,02% bà mẹ chọn cách hút bằng miệng làm sạch mũi cho trẻ, trong khi đó 28,60% bà mẹ lựa chọn dụng cụ hút mũi.

- Đa số các bà mẹ biết những biện pháp như giữ ấm, không tiếp xúc người mắc bệnh và tránh khói thuốc (với tỷ lệ tương ứng 89,49%; 74,88% và 74,47%) và chỉ có 33,77% bà mẹ chọn biện pháp duy trì cho trẻ bú mẹ là biện pháp dự phòng NKHHTCT cho trẻ

- 73,02% bà mẹ đưa trẻ đến khám tại cơ sở y tế công và 91,40% bà mẹ sử dụng thuốc kháng sinh khi trẻ bị NKHHTCT và điều trị 1 đợt từ 1-4 ngày (50,20%); 5-7 ngày (49,29%).

Từ các kết quả nghiên cứu, các tác giả đề xuất cần tuyên truyền về các dấu hiệu nhận biết

NKHHTCT, các biện pháp dự phòng, chăm sóc và xử trí khi trẻ bị NKHHTCT cho các bà mẹ có con từ 1 đến 5 tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Chương trình viêm phổi trẻ em. Tài liệu huấn luyện dành cho cán bộ tuyến tỉnh, huyện. 1996, tr.7-19.
2. **Bộ Y tế.** Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính. Chăm sóc sức khỏe trẻ em. Tài liệu dùng cho cán bộ y tế cơ sở. 2001, tr.150- 158.
3. **Trần Quy.** Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính. Bài giảng nhi khoa, tập 1. NXB Y học. 2001, tr. 321 - 329.
4. **Phan Huy Hoạt, Vi Anh Tuấn.** Đánh giá hiệu quả chương trình nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính qua tình hình tử vong trẻ em dưới 5 tuổi của trẻ em Thái Nguyên. Nội san Lao và bệnh phổi. Hội chống lao và bệnh phổi Việt Nam. 2001. Tập 37, tr.33 - 37.
5. **Bộ Y tế.** Dự án nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính trẻ em. Hội thảo định hướng xây dựng kế hoạch hoạt động. 2006, tr.1-5.
6. **Lý Thị Chi Mai và Huỳnh Thanh Liêm.** Nghiên cứu tình hình mắc bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính và một số yếu tố liên quan ở trẻ em dưới 5 tuổi tại huyện Châu Thành, tỉnh Trà Vinh (2012). http://www.travinh.gov.vn/wps/wcm/connect/afe390804dc1ff8c9213fb143833f4a2/T%C3%93M+T%E1%BA%AET+LYCHIMAI_doc.pdf?MOD=AJPERES
7. **World Health Organization.** Pneumonia: The Forgotten Killer of Children. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9280640489/en

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ DỰ PHÒNG TỤT HUYẾT ÁP SAU GÂY TÊ TỦY SỐNG TRONG PHẪU THUẬT TIẾT NIỆU CỦA MỘT SỐ BIỆN PHÁP TRUYỀN DỊCH

Nguyễn Đức Lam*

TÓM TẮT⁴¹

Mục tiêu: So sánh hiệu quả duy trì huyết áp của ba biện pháp truyền dịch: NaCl 0,9% ngay trước gây tê tủy sống, Voluven 6% ngay trước gây tê tủy sống và NaCl 0,9% trong gây tê tủy sống để phẫu thuật tiết niệu. **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 tại Bệnh viện Việt Đức, 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 7 ml/kg dung dịch Voluven 6% trước khi gây tê tủy sống 20-25 phút. Nhóm III: Truyền tĩnh mạch 20 ml/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. Lượng ephedrin trung bình được dùng để nâng huyết áp cho bệnh nhân ở 3 nhóm là: 10,3±6,69 mg ở nhóm I; 0 mg ở nhóm II và 7,7 ± 7,3 mg ở nhóm III. **Kết luận:** Trong ba liệu pháp truyền dịch để dự phòng tụt huyết áp sau gây tê tủy sống trong phẫu thuật tiết niệu: thì truyền Voluven 6% trước gây tê là có hiệu quả ổn định huyết động nhất, sau đó là truyền NaCl 0,9% cùng lúc gây tê, cuối cùng là truyền NaCl 0,9% ngay trước gây tê.

Từ khóa: tụt huyết áp, sau gây tê tủy sống, truyền dịch keo, dịch tinh thể, phẫu thuật tiết niệu.

SUMMARY

EVALUATION THE EFFECT OF PREVENTION OF HYPOTENSION AFTER SPINAL ANESTHESIA OF SOME FLUID ADMINISTRATION METHODS FOR UROLOGICAL SURGERY

*Trường Đại học y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Lam

Email: lamgmhs75@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Objective: To compare the blood pressure maintenance efficacy of three infusions methods: NaCl 0.9% before spinal anesthesia, Voluven 6% before spinal anesthesia, and NaCl 0.9% in spinal anesthesia for urinary surgery. **Patients and Method:** Randomized controlled trial of 90 patients undergoing spinal anesthesia for urological surgery at Viet Duc Hospital, divided into 3 groups: Group I: Intravenous infusion of 20 ml/kg NaCl 9 ‰ at 20-25 minutes before spinal anesthesia. Group II: Intravenous infusion of 7 ml/kg of Voluven 6% at 20-25 minutes before spinal anesthesia. Group III: Intravenous infusion of 20 ml/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 average ephedrine used to raise blood pressure in patients in three groups was: 10.3 ± 6.69 mg in group I; 0 mg in the II group and 7.7 ± 7.3 mg in the III group. **Conclusion:** In three infusion therapies for preventing hypotension following spinal anesthesia in urological surgery: the infusion of Voluven 6% before spinal anesthesia was the most effective hemodynamically effective, followed by the infusion of NaCl 0,9% at the same time of spinal anesthesia, followed by infusion of NaCl 0.9% before spinal anesthesia.

Key words: hypotension after spinal anesthesia, colloid infusion, crystalloid fluid, urological surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây tê tủy sống là phương pháp vô cảm được áp dụng rộng rãi cho các phẫu thuật vùng dưới rốn nói chung và phẫu thuật tiết niệu nói riêng vì các ưu điểm: kỹ thuật đơn giản, chất lượng vô cảm và giãn cơ tốt, hậu phẫu nhẹ nhàng, giảm chi phí điều trị... Tuy nhiên, một trong những hạn chế của gây tê tủy sống là có tỷ lệ tụt huyết áp khá cao do phong bế thần kinh giao cảm gây giãn mạch. Phương pháp dự phòng và điều trị tụt huyết áp sau gây tê tủy sống là 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: So sánh hiệu quả duy trì huyết áp của ba biện pháp truyền dịch: NaCl 0,9% ngay trước gây tê tủy sống, Voluven 6% ngay trước gây tê tủy sống và NaCl 0,9% trong gây tê tủy sống để phẫu thuật tiết niệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nhóm Các chỉ số		Nhóm I	Nhóm II	Nhóm III	p
Tuổi	min÷max	19 - 64	19 - 65	26 - 60	p > 0,05

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 ≥ 40kg.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có bệnh tim mạch, dị ứng với marcaïn, fentanyl, cuộc mổ kéo dài > 2 giờ, chảy máu nhiều, tê tủy sống thất bại, huyết áp tâm thu ≥ 170mmHg hoặc <100mmHg.

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.

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.

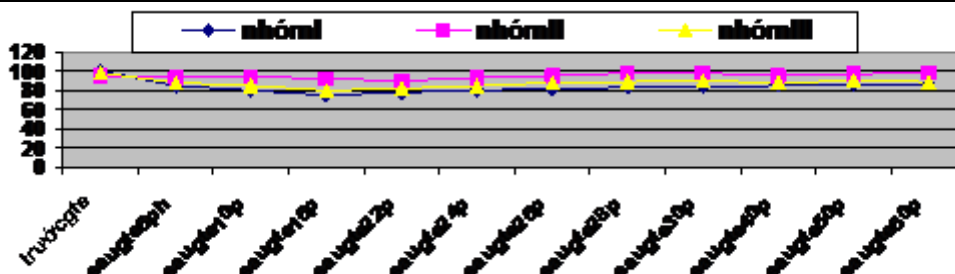
Gây tê tủy sống ở vị trí L2 – 3. Thuốc tê sử dụng là bupivacain phối hợp với Fentanyl 50mcg.

Sau gây tê tủy sống, truyền dịch duy trì như nhau ở cả ba nhóm bằng dung dịch NaCl 0,9% liều 100ml/giờ và đặt bệnh nhân nằm ngửa 5 phút, sau đó làm liệu pháp nâng chân 45^o (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 < 90mmHg hoặc < 80% mức nền. Điều trị bằng tiêm tĩnh mạch Ephedrin 10mg/lần, tiêm nhắc lại khi huyết áp chưa nâng lên kèm truyền dịch NaCl 0,9% 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.

	$\bar{X} \pm SD$	46,3 ± 11,582	45,6 ± 12,778	45,5 ± 9,619	
Cân nặng	min÷max	42 - 68	40 - 70	43 - 67	p > 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%)	p > 0,05
Nữ	n(%)	19 (63,3%)	11 (36,7%)	19 (63,3%)	p > 0,05



Biểu đồ 3.1. Thay đổi huyết áp động mạch trung bình

Bảng 3.2. Tỷ lệ sử dụng Ephedrin của ba nhóm nghiên cứu

Lượng ephedrin tiêu thụ (mg)	Nhóm I n (%)	Nhóm II n (%)	Nhóm III n (%)
0	6 (20%)	30 (100%)	12 (40%)
10 mg	16 (53,3%)	0	11 (36,7%)
20 mg	7 (23,3%)	0	6 (20%)
30 mg	1 (3,3%)	0	1 (3,3%)

Bảng 3.3. Số bệnh nhân bị tụt huyết áp ≥ 20%

Dấu hiệu	Nhóm I		Nhóm II		Nhóm III		p
	n	%	n	%	n	%	
Có tụt huyết áp	24	80	0	0	18	60	P < 0,05
Không tụt huyết áp	6	20	30	100	12	40	
Tổng số	30	100%	30	100%	30	100%	

Bảng 3.4. Tổng lượng dịch truyền trong mổ

Lượng dịch truyền (ml)	Nhóm II	Nhóm III
NaCl 0,9%	1 826,7 ± 62,7	983,3 ± 91,3
Voluven 6%	0	500
		0

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, giới, cân nặng của các bệnh nhân ở ba nhóm nghiên cứu (p > 0,05). Do đó, không ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

Kết quả trên biểu đồ 3.1 cho thấy: huyết áp động mạch trung bình của các bệnh nhân trước khi gây tê tủy sống ở ba nhóm là tương đương nhau, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ tụt huyết áp của ba nhóm là: 80% ở nhóm I; 0% ở nhóm II và 60% ở nhóm III. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Kết quả của chúng tôi tương đương kết quả của Viviane G.Nasr [7] (tỷ lệ tụt huyết áp là 75% sau gây tê tủy sống để mổ lấy thai) nhưng thấp hơn của Bùi Quốc Công, [1] (tỷ lệ tụt huyết áp là 93% sau gây tê tủy sống để mổ lấy thai) có thể do tác giả này dùng liều cao hơn (10 mg bupivacain) nên tỷ lệ tụt huyết áp cũng cao hơn. Trong nghiên cứu của Mashimo T, truyền dịch keo trước khi gây tê tủy sống để mổ lấy thai đã

giảm được tỷ lệ tụt huyết áp xuống còn 20% so với dịch tinh thể là 80% [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân ở nhóm được truyền dung dịch keo Voluven trước gây tê tủy sống không có trường hợp nào tụt huyết áp nhiều cần phải điều trị.

Hiệu quả dự phòng tụt huyết áp sau gây tê tủy sống của 3 biện pháp truyền dịch kể trên còn được đánh giá bằng lượng Ephedrin dùng cho bệnh nhân trong mổ để nâng điều trị tụt huyết áp. Theo kết quả bảng 3.2: Lượng ephedrin được dùng để nâng huyết áp cho bệnh nhân ở 3 nhóm rất khác nhau: nhóm I là 10,3 ± 6,69mg, nhóm II là 0 mg và nhóm III là 7,7 ± 7,3mg.

Các bệnh nhân ở nhóm I được truyền dung dịch tinh thể trước khi gây tê tủy sống lại phải dùng liều ephedrin cao nhất chứng tỏ nhóm này bị tụt huyết áp trong mổ nhiều nhất. Nhóm III, lượng ephedrin phải dùng có giảm hơn nhóm I chứng tỏ tần suất và mức độ tụt huyết áp của nhóm III còn thấp hơn nhóm I. Nhóm II không phải dùng đến ephedrin. Chứng tỏ truyền dung

dịch keo trước trước khi gây tê tủy sống giúp ổn định huyết động và dự phòng tụt huyết áp, nên không phải dùng đến thuốc nâng huyết áp trong suốt cuộc mổ.

Nhiên cứu của Morgan và Riley cho thấy: truyền dịch keo trước gây tê tủy sống làm giảm được tỷ lệ và mức độ tụt huyết áp so với truyền dịch tinh thể [6]. Nghiên cứu của Ko và cộng sự trên 200 sản phụ được gây tê tủy sống để mổ lấy thai cho thấy: tỷ lệ tụt huyết áp ở nhóm được truyền 500 ml dung dịch HES 130/0.4 thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm được truyền 1 000 ml Ringer lactat (18% so với 44%) [3]. Theo Madi - Jebara, lượng ephedrin tiêu thụ ở nhóm được truyền 500 ml dung dịch keo cũng thấp hơn so với nhóm truyền dịch tinh thể (5 mg ephedrin so với 15 mg) [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, lượng dịch keo Voluven 130/0.4 sử dụng là 7ml/kg truyền trước gây tê tủy sống, với lượng dịch keo này tất cả các bệnh nhân đều không bị tụt huyết áp và huyết áp ổn định trong suốt cuộc mổ như vậy phác đồ chúng tôi sử dụng là hợp lý và có hiệu quả trong dự phòng tụt huyết áp sau gây tê tủy sống.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm truyền dịch tinh thể cùng lúc với thời điểm gây tê tủy sống có tỷ lệ tụt huyết áp thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm truyền dịch tinh thể trước khi gây tê tủy sống 30 phút với $p < 0,05$ (80% so với 60% tại thời điểm sau gây tê tủy sống 8 phút). Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với của Dyer R.A trong gây tê tủy sống để mổ lấy thai [2].

V. KẾT LUẬN

KHẢO SÁT TỔN THƯƠNG THẬN DỰA VÀO MỨC LỌC CẦU THẬN Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP

Ngô Thị Cẩm Hoa¹, Phạm Quốc Toàn², Hoàng Trung Vinh²

TÓM TẮT⁴²

Mục tiêu: Khảo sát tổn thương thận dựa vào mức lọc cầu thận (MLCT) ở bệnh nhân hội chứng vành cấp (BN HCVC). **Đối tượng và phương pháp:** 205 BN HCVC điều trị tại Khoa Tim mạch can thiệp – Bệnh viện nhân dân 115 được xác định nhồi máu cơ tim cấp tính

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 0,9% ngay trước gây tê, truyền Voluven 6% ngay trước gây tê và truyền NaCl 0,9% cùng lúc gây tê thì biện pháp truyền Voluven 6% trước gây tê là có hiệu quả ổn định huyết động nhất (không có bệnh nhân nào bị tụt huyết áp và phải sử dụng ephedrin), sau đó là biện pháp truyền NaCl 0,9% cùng lúc gây tê, cuối cùng là biện pháp truyền NaCl 0,9% ngay trước gây tê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Quốc Công** (2003) “Đánh giá tác dụng gây tê tủy sống bằng hỗn hợp Marcain liều thấp và Fentanyl trong mổ lấy thai”. Luận văn chuyên khoa II. Trường Đại học y Hà nội.
2. **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.
3. **Ko J.S** (2007): *International journal of obstetric anesthesia*, 16, 8-12.
4. **Mashimo T, Tanigami H** “Effects of crystalloid and colloid preload on blood volume undergoing spinal anesthesia for elective cesarean delivery”.
5. **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.
6. **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.
7. **Viviam G. Nasr, Samarktaha** “A Randomized trial comparing colloid preload to coload during spinal anesthesia for elective cesarean delivery”.

(NMCT CT) hoặc cơn đau thắt ngực không ổn định (CĐTN KỔĐ). Loại trừ BN đã được chẩn đoán bệnh thận mạn (BTM). Mức lọc cầu thận được xác định dựa vào công thức MDRD. Phân chia giai đoạn BTM theo KDOQI – 2012. **Kết quả:** 59,04 % với MLCT < 60 ml/phút/1,73m². Mức lọc cầu thận ở BN tăng huyết áp (THA), đái tháo đường (ĐTĐ) giảm so với không có THA hoặc ĐTĐ. Mức lọc cầu thận giảm dần theo thời gian nhập viện kể từ khi xuất hiện cơn đau ngực đầu tiên của bệnh. **Kết luận:** BN HCVC có tổn thương thận biểu hiện bằng giảm MLCT. Mức lọc cầu thận liên quan có ý nghĩa với bệnh THA, ĐTĐ, thời gian nhập viện.

Từ khóa: Bệnh thận mạn, mức lọc cầu thận, hội chứng vành cấp, nhồi máu cơ tim cấp tính, cơn đau thắt ngực không ổn định.

¹Bệnh viện Nhân dân 115- TP. HCM

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Trung Vinh

Email: hoangvinh.hvqy@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

SUMMARY

INVESTIGATION OF KIDNEY DAMAGE BASED ON GLOMERULAR FILTRATION RATE IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Objectives: to investigate kidney damage based on glomerular filtration rate (GFR) in patients with acute coronary syndrome (ACS). Subjects and methods: 205 ACS patients treated in department of Interventional Cardiology - People's Hospital 115 determined acute myocardial infarction (AMI) or unstable angina (UA). Exclude patients who have been diagnosed chronic kidney disease (CKD). GFR was calculated by MDRD formula. Classify stage of CKD according to KDOQI - 2012. Results: 59.04% patients had GFR < 60 ml/min/1.73 m². GFR in patients with hypertension (HT), diabetes mellitus (DM) was lower than that in patients without HT or DM. GFR decreased according to time from onset of the first angina to hospital admission. Conclusions: Patients with ACS had kidney damage manifested by decreased GFR. GFR was significantly related to HT, DM, time from onset to hospital admission.

Key words: chronic kidney disease; glomerular filtration rate; acute coronary syndrome; acute myocardial infarction; unstable angina;

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân HCVC gồm nhồi máu cơ tim cấp tính hoặc cơn đau thắt ngực không ổn định thường có nguy cơ cao và hay gặp biểu hiện tổn thương thận được đánh giá chủ yếu dựa vào MLCT. Cơ chế bệnh sinh quan trọng dẫn đến giảm MLCT liên quan đến rối loạn huyết động làm giảm dòng máu đến thận. Giảm dòng máu đến thận dẫn đến thiếu máu thận và gây ra giảm

MLCT. Tổn thương thận ở BN HCVC là yếu tố tiên lượng độc lập làm tăng tỷ lệ tử vong. Chính vì vậy khảo sát biểu hiện tổn thương thận ở BN HCVC dựa vào MLCT làm cơ sở chẩn đoán, tiên lượng và điều trị bệnh. Mục tiêu đề tài nhằm khảo sát tổn thương thận dựa vào MLCT và mối liên quan với một số thông số ở BN HCVC.

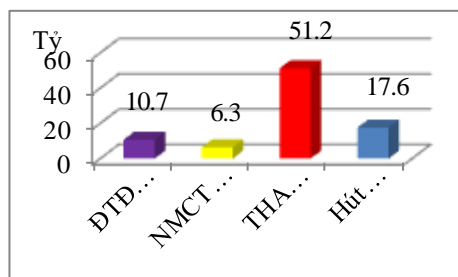
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 205 BN HCVC được chẩn đoán trên lâm sàng bao gồm NMCT CT hoặc CĐTĐ được điều trị tại Khoa Tim mạch can thiệp-Bệnh viện nhân dân 115. Loại trừ BN có tiền sử BTM.

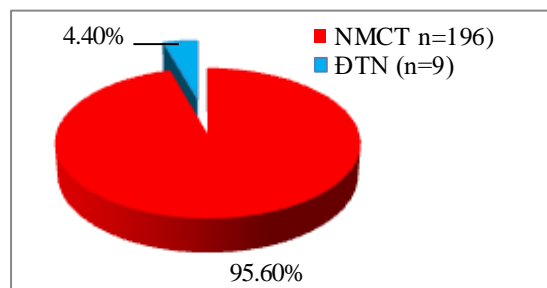
2.2. Phương pháp

- + Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, cắt ngang, quan sát, mô tả.
- + Nội dung nghiên cứu:
 - Khai thác bệnh sử, thời gian xuất hiện cơn đau, thời gian nhập viện, tiền sử bệnh mạn tính đã xác định.
 - Khám lâm sàng các cơ quan.
 - Xét nghiệm chẩn đoán bệnh gồm CK-MB, troponin I, điện tâm đồ, siêu âm tim, chụp động mạch vành cân quang.
 - Đo chiều cao, cân nặng để tính diện tích da cơ thể. Xét nghiệm creatinin huyết thanh để tính mức lọc cầu thận dựa vào công thức MDRD.
 - Phân chia giai đoạn BTM dựa vào tiêu chuẩn của KDOQI 2012.
- + **Xử lý số liệu** bằng phần mềm SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ bệnh nhân dựa vào một số bệnh, YTNĐ đã được xác định (n=205)



Biểu đồ 2.2. Tỷ lệ bệnh nhân dựa vào thể lâm sàng hội chứng vành cấp (n =205)

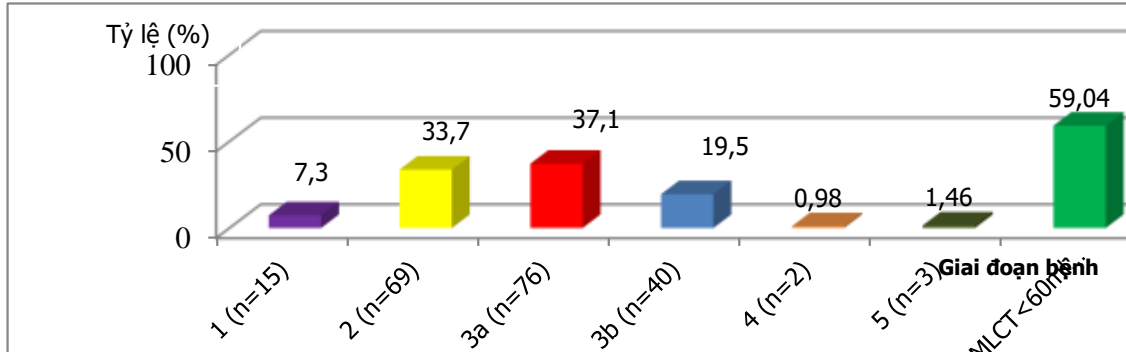
- Bệnh nhân chủ yếu bị nhồi máu cơ tim cấp tính.
- + Bệnh nhân có tiền sử THA chiếm tỷ lệ cao nhất.
- + Nhồi máu cơ tim cũ chiếm tỷ lệ thấp nhất.

Bảng 2.1. Tỷ lệ bệnh nhân dựa vào thời gian nhập viện kể từ khi xuất hiện cơn đau (n=205)

Thời gian(giờ)	Số lượng(n)	Tỷ lệ(%)
----------------	-------------	----------

< 6	130	63,4
6 – 12	41	20,0
13 – 24	30	14,6
> 24	4	2,0

- + Bệnh nhân nhập viện với các thời gian khác nhau kể từ khi bắt đầu xuất hiện cơ đau thắt ngực trên lâm sàng.
- + Nhập viện trước 6 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất.
- + Nhập viện sau 24 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất.



Biểu đồ 2.3. Tỷ lệ bệnh nhân dựa vào giai đoạn bệnh thận (n=205)

- + Bệnh nhân dựa vào mức lọc cầu thận phân bố ở các giai đoạn bệnh thận khác nhau.
- + Bệnh thận giai đoạn 3a chiếm tỷ cao nhất.
- + Bệnh thận giai đoạn 4 chiếm tỷ lệ thấp nhất.

Bảng 2.2. Mối liên quan giữa bệnh thận với tăng huyết áp (n=205)

Giai đoạn	Không THA (n=100) (%)	THA (n=105) (%)
1	5 (5,0)	10 (9,5)
2	37 (37,0)	32 (30,5)
3a	36 (36,0)	40 (38,1)
3b	19 (19,0)	21 (20,0)
4	0	2 (1,9)
5	3 (3,0)	0
MLCT (ml/phút/1,73m ²)	66,7 ± 19,8	59,6 ± 20,7

pANOVA < 0,05

- + Giai đoạn bệnh thận liên quan có ý nghĩa với THA.
- + Giá trị trung bình MLCT ở BN THA thấp hơn có ý nghĩa so với không THA.

Bảng 2.3. Mối liên quan giữa bệnh thận với đái tháo đường (n=205)

Giai đoạn	Không ĐTĐ (n=183) (%)	ĐTĐ (n=22) (%)
1	13 (7,1)	2 (9,1)
2	64 (35,0)	5 (22,7)
3a	69 (37,7)	7 (31,8)
3b	34 (18,6)	6 (27,3)
4	1 (0,55)	1 (4,5)
5	2 (1,1)	1 (4,5)
MLCT (ml/phút/1,73m ²)	64,4 ± 24,1	58,3 ± 24,6

pANOVA < 0,05

- + Giai đoạn bệnh thận liên quan có ý nghĩa với ĐTĐ.
- + Giá trị trung bình MLCT ở BN ĐTĐ thấp hơn có ý nghĩa so với không có ĐTĐ

Bảng 2.4. Mối liên quan giữa bệnh thận với thời gian nhập viện (n=205)

Giai đoạn	Thời gian(giờ)			
	< 6 (n=130) (%)	6 – 12 (n=41) (%)	13 – 24 (n=30) (%)	> 24 (n=4) (%)
1	11 (8,5)	4 (9,8)	0	0
2	42 (32,3)	12 (29,3)	13 (43,3)	2 (50,0)
3a	47 (36,2)	17 (41,5)	12 (40,0)	0
3b	28 (21,5)	7 (17,1)	4 (13,3)	1 (25,0)
4	1 (0,8)	0	1 (3,3)	0

5	1 (0,8)	1 (2,4)	0	1 (25,0)
MLCT (ml/phút/1,73m ²)	60,1 ± 21,9	59,1 ± 20,4	58,4 ± 21,9	50,5 ± 21,1
PANOVA < 0,05				

+ Giai đoạn bệnh thận liên quan có ý nghĩa với thời gian nhập viện sau khi xuất hiện cơn đau ngực đầu tiên.

+ Mức lọc cầu thận giảm dần theo thời gian nhập viện.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu:

Hội chứng vành cấp nói chung, nhồi máu cơ tim hoặc cơn đau thắt ngực nói riêng thường có một số yếu tố nguy cơ. Trong số BN nghiên cứu thì THA gặp với tỷ lệ cao nhất, sau đó là hút thuốc lá. Đái tháo đường gặp với tỷ lệ 10,7%. Cũng có thể nói tần suất các YTNC của HCVC của các đối tượng nghiên cứu gặp chưa nhiều. Cũng có thể là do bệnh cố tính, nguy hiểm nên chưa có điều kiện và thời gian để khai thác kỹ các YTNC truyền thống [1]. Trong số BN nghiên cứu thì đa số (95,6%) là NMCT CT chỉ có số lượng rất ít (9 trường hợp) là CĐTĐN KỖĐ. Do đó có thể nói thực chất đối tượng nghiên cứu là nhồi máu cơ tim cấp tính. Theo kết quả phân

tích nhận thấy tỷ lệ BN nhập viện trước 6 giờ - giờ vàng của nhồi máu cơ tim chiếm tỷ lệ cao nhất (63,4%). Sau 24 giờ chỉ có 2,0 trường hợp. Với đặc điểm nhập viện trên đây sẽ là điều kiện thuận lợi để hạn chế tổn thương các cơ quan đích trong đó có tổn thương thận [2].

4.2. Đặc điểm tổn thương thận ở bệnh nhân hội chứng vành cấp dựa vào mức lọc cầu thận:

Khi xác định tổn thương thận ở BN HCVC dựa vào MLCT nhận thấy 59,04% giảm tương ứng < 60 ml/phút/1,73m², phân bố ở các giai đoạn trong đó giai đoạn 3a tương ứng MLCT giảm nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả tổn thương thận trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với quan sát của một số tác giả khác.

Bảng 4.1. Tỷ lệ bệnh thận ở bệnh nhân hội chứng vành cấp của một số tác giả

Tên tác giả	Đối tượng	Tỷ lệ BTM hoặc MLCT
Kết quả NC (2017)	205 BN hội chứng vành cấp	59,04% MLCT < 60 ml/phút/1,73m ²
Al Suwaidi J (2002) [3]	18621 BN hội chứng vành cấp	42% giảm chức năng thận
Masoudi FA (2004) [4]	2706 BN NMCT cấp tính	43% giảm nhẹ MLCT; 32% giảm mức TB; 9% giảm nặng
Pitsavos C (2007) [5]	2172 BN NMCT cấp	5% giảm nặng 27% giảm mức trung bình

Khảo sát mức lọc cầu thận ở BN THA và ĐTĐ đều nhận thấy: tỷ lệ giảm MLCT cao hơn, giá trị trung bình thấp hơn có ý nghĩa so với những BN không có THA hoặc ĐTĐ. Kết quả trên đây có thể là do bản thân 2 bệnh đã có hoặc tiềm ẩn nguy cơ cao gây tổn thương thận. Chính vì vậy khi xuất hiện HCVC sẽ gia tăng mức độ tổn thương thận đã có từ trước [6], [7].

Thời gian nhập viện là YTNC cho tiến triển nặng của tổn thương thận. Nếu nhập viện muộn đồng nghĩa với mức độ rối loạn huyết động nặng hơn trong đó ảnh hưởng đến tuần hoàn thận. Do đó giá trị trung bình MLCT giảm dần có ý nghĩa theo thời gian nhập viện kể từ khi xuất hiện cơn đau ngực đầu tiên cũng là kết quả phù hợp, logic.

V. KẾT LUẬN

- 59,04% có mức lọc cầu thận < 60 ml/phút/1,73m², phân bố ở các giai đoạn 3a, 3b, 4 và 5 trong đó giai đoạn 3a chiếm tỷ lệ cao nhất.

- Mức lọc cầu thận ở bệnh nhân tăng huyết áp, đái tháo đường thấp hơn có ý nghĩa so với không có tăng huyết áp hoặc không có đái tháo đường.

- Mức lọc cầu thận giảm dần theo thời gian nhập viện kể từ khi xuất hiện cơn đau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. McCullough P.A., Soman S.S., Shah S.S., et al. (2000), "Risks associated with renal dysfunction in patients in the coronary care unit", J Am Coll Cardiol, 36(3): pp. 679-84.
2. Nguyễn Đức Công, Hồ Thượng Dũng, Châu Văn Vinh và CS (2014), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh nhân có hội chứng vành cấp tại Bệnh viện Thống Nhất Tp. Hồ Chí Minh từ 01.2013 đến 06.2013", Y học Tp. Hồ Chí Minh, tập 18, số 3, tr. 26-29.
3. Al Suwaidi J., Reddan D.N., Williams K., et al. (2006), "Prognostic implications of abnormalities in renal function in patients with acute coronary syndromes", Circulation, 106(8): pp. 974-80.
4. Masoudi F.A., Plomondon M.E., Magid D.J., et al. (2004). "Renal insufficiency and mortality from acute coronary syndromes", Am Heart J, 147(4): 623-9.

5. Pitsavos C., Kourlaba G., Panagiotakos D.B., et al. (2007), "Association of creatinine clearance and in-hospital mortality in patients with acute coronary syndromes: the GREECS study", *Circ J*, 71(1): pp. 9-14.
6. Inrig J.K., Patel U.D., Briley L.P., et al. (2008), "Mortality, kidney disease and cardiac procedures following acute coronary syndrome", *Nephrol Dial Transplant*, 23(3): pp. 934-40.
7. Matsushita K., Selvin E., Bash L.D., et al. (2009), "Change in estimated GFR associates with coronary heart disease and mortality", *J Am Soc Nephrol*, 20(12): pp. 2617-24.

THỰC TRẠNG STRESS VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI TRƯỜNG HỌC Ở SINH VIÊN TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ THÁI NGUYÊN NĂM 2016

Nguyễn Công Hoàng*, Lê Hải Yến*

Keywords: stress, medical student.

TÓM TẮT⁴³

Stress và các tác nhân gây ra nó luôn hiện hữu trong cuộc sống của con người. Môi trường làm việc, học tập là những yếu tố có thể gây stress. Bài báo này tiến hành nhằm mô tả thực trạng stress và xác định mối liên quan giữa các yếu tố trường học liên quan tới stress ở sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên. Với cỡ mẫu 678 sinh viên tham gia phỏng vấn từ tháng 4 đến tháng 6/2016. Kết quả cho thấy: tỷ lệ sinh viên bị stress là 48,5%. Về ngành học, sinh viên ngành điều dưỡng có tỷ lệ mắc stress là 50,8%), hộ sinh là 51,1% và dược 44,1%. Về năm học, sinh viên năm thứ hai có tỷ lệ mắc stress cao nhất (55,6%) sau đó là năm thứ ba (47,2%) và năm thứ nhất (42,3%). Các yếu tố liên quan tới trường học ảnh hưởng tới stress ở sinh viên là số buổi học lâm sàng, số buổi thực, phương pháp giảng dạy của giảng viên, sự quan tâm của thầy cô và bạn bè.

Từ khóa: stress, sinh viên.

SUMMARY

PREVALENCE OF STRESS AMONG STUDENTS IN THAI NGUYEN MEDICAL COLLEGE 2016

Stress and its cause are apparent to people's daily life. Working environment is one of the factor leading to stress. A cross-sectional research was conducted in 2016 among 678 student of Thai Nguyen Medical College (TNMC) with following objectives to determine the percentage of TNMC student being stress and to identify related factors of school to stress. The results: the percentage of students is 48.5% stressed include nursing and midwives students have the highest incidence of stress followed by pharmacists students. The second year student stress highest incidence (55.6%) followed by the third year and the first year. School Factors affecting student stress in number of clinical sessions, number of night sessions in hospital, the pressure of examinations, teaching methods of lecture and the relationship of lecture and classmate.

*Đại học y dược Thái nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn công Hoàng

Email: nguyenconghoang@tnmc.udu.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Stress và các tác nhân gây ra nó luôn hiện hữu trong cuộc sống của con người. Tình trạng stress ban đầu có thể giúp cá nhân chủ động ứng phó với các tác nhân từ môi trường nhưng nếu với cường độ cao hoặc kéo dài thì có thể mang lại rất nhiều những ảnh hưởng tiêu cực đến cuộc sống và sức khỏe. Báo cáo của WHO (2012) cho thấy có 25% dân số thế giới gặp các vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần (trong đó có stress) và dự đoán đến năm 2020, các vấn đề sức khỏe tâm thần sẽ là gánh nặng bệnh tật lớn thứ hai toàn cầu, chỉ đứng sau bệnh tim mạch. Tại Việt Nam, chưa có số liệu điều tra tổng thể trên cộng đồng về thực trạng stress. Trong nhóm đối tượng học sinh-sinh viên, sinh viên y dược là nhóm dễ mắc stress. Nguyên nhân là do họ không chỉ học lý thuyết trên lớp mà còn phải thực tập tại bệnh viện với thời gian dày đặc. Điều này khiến cho sinh viên không tránh khỏi căng thẳng, mệt mỏi và thiếu ngủ dẫn đến tình trạng sức khỏe kém đi. Vì vậy nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả mối liên quan giữa các yếu tố trong trường học tới stress của sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên năm 2016.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu: 678 sinh viên của trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên trong thời gian thu thập số liệu từ tháng 4 đến tháng 6 năm 2016.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp định tính và định lượng. Trong đó giai đoạn định lượng là chủ đạo và được thực hiện trước. Sau khi có kết quả sơ bộ từ số liệu định lượng, nghiên cứu định tính được tiến hành

để làm rõ hơn các kết quả thu được từ phần định lượng về các yếu tố liên quan đến stress.

2.2.2 Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu một tỷ lệ với $p=0,7$. Sử dụng phương pháp chọn mẫu cụm. Chọn được 678 sinh viên (106 nam, 572 nữ) tham gia vào nghiên cứu định lượng.

Chọn mẫu có chủ đích đối với nghiên cứu định tính. Chọn 03 giáo viên chủ nhiệm của 3 ngành đào tạo để tham gia phỏng vấn sâu và 18 sinh viên (6 sinh viên/ngành học) tham gia thảo luận nhóm

2.2.3 Công cụ nghiên cứu: Bộ câu hỏi gồm 2 phần: Phần một sử dụng thang đo DASS 21 để xác định tỉ lệ stress của sinh viên. Có 7 câu hỏi và điểm cho mỗi tiểu mục là từ 0 đến 3 điểm. Điểm của stress được tính bằng cách cộng điểm các tiểu mục thành phần, rồi nhân hệ số 2. Tổng số điểm sẽ được ghi nhận (từ 0 đến 42 điểm). Đối tượng nào có số điểm >14 được chẩn đoán là stress. Phần hai sử dụng bộ câu hỏi phát vấn bao gồm các câu hỏi về thông tin chung, yếu tố cá nhân, yếu tố gia đình, yếu tố nhà trường và các yếu tố liên quan tới sức khỏe hành vi để tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng stress ở sinh viên

2.3 Phương pháp thu thập số liệu: Bộ câu hỏi tự điền.

2.4 Phương pháp xử lý số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm EpiData 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu:

Đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu là sinh viên nữ (572/678) cao gấp 5 lần so với sinh viên nam. Độ tuổi trung bình của sinh viên là 20,3 (tuổi nhỏ nhất là 19, cao nhất là 24 tuổi). Sinh viên phân bố đồng đều cho cả 3 năm và 3 ngành học như sau: sinh viên năm thứ nhất chiếm 31,7%, năm thứ hai là 34,2% và năm thứ ba là 34,1%; số sinh viên cao đẳng điều dưỡng chiếm 44,7%, sinh viên cao đẳng dược chiếm 34,1% và sinh viên cao đẳng hộ sinh chiếm 20,5%. Có 38,1% sinh viên đạt học lực khá trở lên trong đó chỉ có 2,5% sinh viên đạt học lực giỏi, còn lại là số sinh viên đạt học lực trung bình và yếu.

3.2 Tình trạng stress ở sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên:

Điểm trung bình thang đo DASS 21 của mẫu nghiên cứu là $15,32 \pm 9,39$, thấp nhất là 0 điểm và cao nhất là 42 điểm. Sử dụng điểm cắt là 14 điểm theo khuyến cáo của Viện Sức khỏe Tâm thần quốc gia để phân loại tình trạng stress ở sinh viên thành 2 nhóm có stress và không có stress [4]. Tỷ lệ sinh viên trong nghiên cứu có stress là 48,5% trong đó sinh viên nữ có tỷ lệ stress là 48,4% và tỷ lệ stress ở sinh viên nam là 49,1%.

Bảng 1: Thực trạng stress ở sinh viên theo ngành học và năm học (N=678)

Đặc điểm		Stress		Tổng n = 678
		Có n=329 (n, %)	Không n=349 (n, %)	
Ngành học	Điều dưỡng	154 (50,8)	149 (49,2)	303
	Hộ sinh	71 (51,1)	68 (48,9)	139
	Dược	104 (44,1)	132 (55,9)	236
Năm học	Năm thứ nhất	91 (42,3)	124 (57,7)	215
	Năm thứ hai	129 (55,6)	103 (44,4)	232
	Năm thứ ba	109 (47,2)	122 (52,8)	231

Kết quả bảng 1 cho thấy, về ngành học: Tỷ lệ stress ở sinh viên ngành điều dưỡng là 50,8%; Tỷ lệ stress ở sinh viên ngành hộ sinh là 51,1% và tỷ lệ stress ở sinh viên ngành dược là 44,1%.

Tất cả các giáo viên chủ nhiệm và sinh viên của trường được phỏng vấn trong nghiên cứu định tính đều nhận định rằng sinh viên cả 3 ngành đào tạo đều có nguy cơ mắc stress cao nhưng sinh viên ngành điều dưỡng và hộ sinh là đối tượng mắc stress cao nhất.

"Ngành điều dưỡng và hộ sinh so với dược thì học vất vả hơn vì các em phải đi học bên bệnh

viện và đi trực đêm. Số lượng học phần mà các em học cũng nhiều hơn" (PVS 1, GVCN).

Về năm học: Tỷ lệ stress ở sinh viên năm thứ nhất là 42,3%; Tỷ lệ stress ở sinh viên năm thứ hai là 55,6%; Tỷ lệ stress ở sinh viên năm thứ ba là 47,2%.

"Sinh viên năm nhất chủ yếu là stress do thay đổi môi trường sống, thay đổi cách học tập còn đến năm thứ hai là do bắt đầu phải đi viện, trực đêm thường xuyên và ở năm cuối thường do áp lực về ra trường và xin việc ở đâu" (PVS 1, GVCN).

3.3 Các yếu tố liên quan tới trường học ảnh hưởng tới stress ở sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

Bảng 2: Mối liên quan giữa stress với thời gian học của sinh viên

Yếu tố		Stress		OR (95%CI)	p
		Có (n, %)	Không (n, %)		
Số buổi học tại trường trong tuần	≥ 5 buổi	305 (48,5)	324 (51,5)	0,98 (0,55 – 1,75)	0,974
	< 5 buổi	24 (49,0)	25 (51,0)		
Số buổi học lâm sàng trong tuần	≥ 5 buổi	90 (62,5)	54 (37,5)	2,06 (1,41 – 3,00)	<0,001
	< 5 buổi	239 (44,8)	295 (55,2)		
Số buổi trực tại bệnh viện trong tuần (n=442)	≥ 1 buổi	122 (61,0)	78 (39,0)	2,11 (1,44 – 3,09)	<0,001
	Không đi trực	103 (42,6)	139 (57,4)		
Thời gian tự học trong ngày	Từ 1 tiếng trở lên	212 (46,3)	246 (53,7)	0,76 (0,55 – 1,05)	0,093
	Dưới 1 tiếng	117 (53,2)	103 (46,8)		

Kết quả bảng 2 cho thấy, Các yếu tố về thời gian học có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với stress ở sinh viên như lịch học lâm sàng và lịch trực trong 1 tuần ($p < 0,05$).

Qua nghiên cứu định tính cũng cho thấy, tất cả giáo viên và các em sinh viên đều nhận định rằng lịch học là nguyên nhân làm cho các em bị stress và chủ yếu liên quan tới năm thứ hai và các lịch học lâm sàng, trực tại bệnh viện.

"Lịch học của chúng em thì gần như kín cả tuần. Lịch học nhiều khi làm chúng em thấy quá tải, mệt mỏi. Nhưng đây là năm thứ hai thôi chứ năm nhất cũng bình thường" (TLN 1, nữ, 22 tuổi, sinh viên điều dưỡng năm thứ ba).

"Sinh viên trường mình thường phải học kín cả tuần đặc biệt là các em năm thứ hai, năm thứ ba ngoài học trên trường còn phải sang bệnh viện học nên nhiều em hay bị mệt mỏi và kiệt sức" (PVS 3, GVCN)

Bảng 3: Mối liên quan giữa stress và các mối quan hệ với thầy cô, bạn bè

Yếu tố		Stress		OR (95%CI)	p
		Có (n, %)	Không (n, %)		
Sự quan tâm, chia sẻ của thầy cô giáo	Không bao giờ/hiếm khi	130 (55,8)	13 (44,2)	1,56 (1,13–2,15)	0,006
	Thỉnh thoảng/Thường xuyên	199 (44,7)	246 (55,3)		
Sự quan tâm, chia sẻ của bạn bè	Không bao giờ/hiếm khi	73 (58,4)	52 (41,6)	1,63 (1,10–2,41)	0,014
	Thỉnh thoảng/Thường xuyên	256 (46,3)	297 (53,7)		
Phương pháp dạy của giảng viên	Khó hiểu và rất khó tiếp thu	135 (54,4)	113 (45,6)	1,45 (1,06–1,99)	0,019
	Đễ hiểu và rất dễ tiếp thu	194 (45,1)	236 (54,9)		

Kết quả bảng 3 cho thấy, Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các mối quan hệ thầy cô, bạn bè với stress ở sinh viên ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu định lượng đã chỉ ra 48,5% sinh viên bị stress ở các mức độ khác nhau. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu các nghiên cứu trên sinh viên y khoa ở một số nước như: Malaysia (46,2%), Ai Cập (43,9%) và Ả Rập (28,9%) [6,7]. Tuy nhiên kết quả lại thấp hơn so với các nghiên cứu khác cũng trên cùng đối tượng: ở Singapore (57%), Ấn Độ (73%) và Iran (83%). Tại Việt Nam, kết quả của nghiên cứu cũng có những sự chênh lệch với 2 nghiên cứu về stress ở sinh viên y khoa tại TP.Hồ Chí Minh: thấp hơn so với nghiên cứu của Huỳnh Hồ Ngọc Quỳnh trên sinh viên Y tế công cộng (24,2%)

nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Trần Kim Trang trên sinh viên răng hàm mặt (71,4%) [2,3]. Điều này được lý giải rằng, nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên đối tượng là sinh viên cao đẳng y có thời gian đào tạo (3 năm) ít hơn so với các sinh viên ở nghiên cứu khác là sinh viên đại học (trên 4 năm), sinh viên chủ yếu đến từ các địa phương miền núi, các vùng khó khăn và các nghiên cứu cũng sử dụng những thang đo khác nhau để đo lường mức độ stress ở sinh viên.

Có thể so với sinh viên ngành khác thì sinh viên y khoa phải tiếp xúc với bệnh viện cả ban ngày và ban đêm và môi trường bệnh viện là một trong những môi trường làm việc căng thẳng nhất, ở đó luôn phải chứng kiến sự sống và cái chết của con người và còn là môi trường lây nhiễm của các bệnh truyền nhiễm có nguy cơ cao và bên cạnh đó, thiếu ngủ do phải thức đêm

khí đi trực cũng là nguyên nhân dẫn đến các vấn đề sức khỏe tâm thần [1]. Nguy cơ bị stress ở sinh viên phải đi trực và học lâm sàng tại bệnh viện lần lượt cao gấp 2,11 và 2,06 lần so với những sinh viên không phải đi trực. Kết quả tương đồng với nghiên cứu ở sinh viên y khoa trường đại học Tehran ở Iran cũng chỉ ra rằng sinh viên học lâm sàng bị stress chiếm 46% và cao gấp 2,25 lần so với sinh viên học chương trình cơ bản.

Phương pháp giảng dạy của giảng viên: để sinh viên có thể học tập đạt kết quả tốt thì phương pháp giảng dạy của giảng viên là một phần rất quan trọng. Mô hình đơn biến đã chỉ ra phương pháp giảng dạy khó hiểu, cứng nhắc có mối liên quan với stress ở sinh viên. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Abdel RahmAn ở Ả Rập, Zaid ZA ở Malaysia và trong nghiên cứu của Somaieh ở Iran còn chỉ ra các nguyên nhân thường xuyên gây ra căng thẳng ở sinh viên chủ yếu do không hài lòng với bài giảng của giảng viên (44%), không nhận được sự hướng dẫn của giảng viên trong học tập (53%) và không được cung cấp tài liệu học tập đầy đủ (55%) [5].

Sự quan tâm của bạn bè: môi trường trường học ngoài các mối quan hệ với thầy cô thì sinh viên còn có mối quan hệ với bạn bè. Kết quả phân tích đơn biến cho thấy, mối quan hệ này không tốt thì nguy cơ stress của sinh viên tăng cao có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Sherina ở sinh viên y khoa Malaysia cũng đưa ra được mối liên quan này có ý nghĩa thống kê. Những tác động từ phía bạn bè có ảnh hưởng rất lớn đến tâm lý của sinh viên đặc biệt là những sinh viên sống ở ký túc xá và nhà trọ vì

thời gian chủ yếu họ học tập và sinh sống cùng với bạn bè.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ stress ở sinh viên của trường là 48,5%. Có mối liên quan giữa tình trạng sức khỏe, tình trạng hôn nhân của cha mẹ, tần suất cha mẹ xảy ra cãi vã, số anh/chị/em trong gia đình, số buổi học lâm sàng, số buổi trực tại bệnh viện, áp lực thi cử, phương pháp dạy của giảng viên

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thị Diệu Ngọc (2013)**, *Thực trạng rối loạn trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở sinh viên Trường Đại học Y khoa Vinh năm 2013*, Luận văn thạc sĩ trường Đại học Y tế công cộng.
2. **Huyhng Hồ Ngọc Quỳnh và cộng sự (2010)**, Tình trạng stress của sinh viên Y tế công cộng Đại học Y – Dược thành phố Hồ Chí Minh và các yếu tố liên quan năm 2010, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 1(15), tr 87-97.
3. **Trần Kim Trang (2012)**, "Stress, lo âu, trầm cảm ở sinh viên y khoa", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 1(16), tr 356-362.
4. **Viện sức khỏe tâm thần quốc gia Thang đo đánh giá lo âu – trầm cảm – stress (DASS21)**, truy cập ngày 6/1/2016, tại trang web <http://www.nimh.gov.vn/trac-nghiem-tam-ly/28-cac-trc-nghim/151-thang-anh-gia-lo-au-trm-cm-stress-dass-21.html>
5. **Abdel RAHmAn1 (2013)**, Stress among medical Saudi students at College of Medicine, King Faisal University, *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 54, pg. 195-199
6. **Abdel-Hady El-Gilany et al (2008)**, "Perceived stress among male medical students in Egypt and Saudi Arabia: effect of sociodemographic factors", *Ann Saudi Med* 28(6), pg. 442-448
7. **Abdulghani et al (2011)**, Stress and Its Effects on Medical Students: A Cross-sectional Study at a College of Medicine in Saudi Arabia, *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 29(5), pg. 516-522.

ĐỐI CHIẾU CÁC TỔN THƯƠNG TRÊN LÂM SÀNG VỚI HÌNH ẢNH CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ HẠ HỌNG

Nguyễn Như Ước¹, Ngô Thanh Bình², Nguyễn Đình Phúc³

TÓM TẮT⁴⁴

Nghiên cứu mô tả cắt ngang 26 bệnh nhân có chẩn đoán mô bệnh học là ung thư hạ họng được điều

trị tại Khoa B1- Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương. Kết quả đối chiếu tổn thương lâm sàng với hình ảnh chụp cắt lớp vi tính có 1 trường hợp trên lâm sàng nghi ngờ bất thường xoang lê chụp cắt lớp vi tính thấy hình ảnh u xoang lê chiếm 3,85%. Có 3 trường hợp chụp cắt lớp vi tính phát hiện được tổn thương phổi hợp mặc dù trên lâm sàng không thấy tổn thương chiếm 11,53%, trong đó 2 trường hợp tổn thương xoang lê là tổn thương xoang lê thanh quản, 1 trường hợp tổn thương xoang lê/ sau nhân phễu là tổn thương xoang lê/ sau nhân phễu/ thanh quản. Phát hiện thêm 1 trường hợp di căn hạch cổ chiếm 3,85%. Có 2 trường hợp di căn dây lưỡi chiếm 7,69%.

Từ khoá: ung thư hạ họng.

¹Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thanh Bình

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

SUMMARY**COMPARE THE PHYSICAL CHARACTERISTICS WITH CT. SCAN IMAGES OF EPITHELIAL PHARYNGO CARCINOMA**

Cross-sectional descriptive study was undertaken in 26 patients who had been histopathological diagnosed Pharyngo carcinoma at B1 Dept. of National Otorhinolaryngology Hospital. CT. scans result showed that: 1 case (3.85%) had a tumor in pyriform sinus, but insecured by endoscopy. There were 3 cases having multi lesions, accounting for 11.53 % rate, of which two cases of sinus lesions were laryngeal sinus lesions, 1 Pancreas/post-cavity lesions are sinus lesions/post cavity/laryngeal rings. Furthermore, there was 1 case (3.85%) suffering from cervical lymph node metastasis. There were 2 cases having metastatic tongue base, accounting for 7,69% rate.

Key words: Pharyngo carcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hạ họng (UTHH) là u ác tính vùng đầu cổ khá phổ biến xuất phát từ vùng hạ họng khi lan vào thanh quản thì còn được gọi là ung thư hạ họng – thanh quản (UTHH-TQ). Các UTHH hầu hết chỉ phát hiện khi bệnh đã ở giai đoạn muộn. Nguyên nhân của tình trạng này là do ung thư không có triệu chứng ở giai đoạn sớm và nếu có cũng không đặc hiệu nên thường bị bệnh nhân, thậm chí thầy thuốc bỏ qua. Để phát hiện các tổn thương ung thư (UT) nói chung, UTHH nói riêng ngoài căn cứ vào các triệu chứng lâm sàng, người ta còn dựa vào tổn thương trên chẩn đoán hình ảnh (chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ...), mô bệnh học.. Ở Việt Nam còn ít các công trình nghiên cứu về UTHH, đặc biệt là các nghiên cứu về hình ảnh chụp cắt lớp vi tính. Với mong muốn có thể đóng góp một phần nhỏ trong nỗ lực phát hiện bệnh sớm, nâng cao chất lượng điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Đối chiếu các tổn thương trên lâm sàng với hình ảnh chụp cắt lớp vi tính của ung thư biểu mô hạ họng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu****2.1.1. Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu**

- Tất cả các bệnh nhân ung thư biểu mô hạ họng khám, điều trị và theo dõi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương, không phân biệt tuổi, giới, nghề nghiệp.

- Có đầy đủ thông tin chẩn đoán lâm sàng/mô bệnh học.

- Có đủ phim chụp cắt lớp vi tính vùng hạ họng thanh quản.

- Bệnh nhân đồng ý hợp tác nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại khỏi nghiên cứu

- Các bệnh nhân không đầy đủ thông tin lâm sàng, phim cắt lớp vi tính.

- Không có chẩn đoán mô bệnh học xác định (những trường hợp được chẩn đoán là nghi ngờ, thiên về UTHH, một u ác tính), không phải UT biểu mô.

- Các ung thư thứ phát, di căn tới hạ họng, các trường hợp UTHH tái phát, đã điều trị bằng hóa chất hay xạ trị trước đó.

- Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu.

2.1.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 năm 2011 đến tháng 12 năm 2012.

- Địa điểm: Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương và Bộ môn Giải phẫu bệnh – Đại học Y Hà Nội.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu: Chọn mẫu không xác suất, loại mẫu mục đích. Có 26 bệnh nhân được khám, có chẩn đoán mô bệnh học là ung thư hạ họng. Được điều trị tại Khoa B1- Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương.

2.2.3. Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng của ung thư biểu mô hạ họng:

+ Các triệu chứng cơ năng: Khàn tiếng, khó thở, nuốt nghẹn, nuốt vướng, nuốt đau, sặc.

+ Các triệu chứng thực thể: Vị trí u, hình thái, kích thước, mức độ xâm lấn, hạch cổ to, dấu hiệu di căn xa

2.2.4. Quy trình nghiên cứu

+ Dụng cụ, trang thiết bị:

* Bộ khám TMH thông thường, kim sinh thiết

* Bộ nội soi phóng đại ống mềm, ống cứng và thiết bị kèm theo đầy đủ.

+ Phát hiện các triệu chứng cơ năng: Khàn tiếng, khó thở, nuốt nghẹn, nuốt vướng, nuốt đau, sặc.

+ Phát hiện các triệu chứng thực thể: Vị trí u, hình thái, kích thước, mức độ xâm lấn, hạch cổ to, dấu hiệu di căn xa

+ Máy chụp cắt lớp vi tính xoắn ốc SIEMENS SOMATOM.

+ Bệnh nhân được chụp ở máy CT 64 dãy, với các lớp cắt ngang 0.3mm, sau đó sẽ được tái tạo các lớp đứng ngang và đứng dọc.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu thu được trong quá trình nghiên cứu được xử lý bằng chương trình SPSS 15.0, kiểm định McNemar's χ^2 , giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm lâm sàng**

3.1.1. Triệu chứng cơ năng của ung thư hạ họng**Bảng 3.1. Triệu chứng cơ năng của ung thư hạ họng**

	Ung thư hạ họng	Ung thư hạ họng- thanh quản	Tổng	Tỷ lệ %
Nuốt vướng	5	1	6	23,07%
Nuốt vướng / Nuốt đau	9	3	12	46,15%
Nuốt vướng / Khàn tiếng	0	4	4	15,38%
Nuốt vướng / Khó thở	0	1	1	3,85%
Nuốt vướng / Nuốt nghẹn	0	1	1	3,85%
Nuốt vướng / Sặc	0	2	2	7,69%
Tổng	14 (53,85)	12 (46,15)	26	100%

Có 12 trường hợp nuốt vướng/nuốt đau (46,15%). Nuốt vướng gặp 6 trường hợp (23,07%). Nuốt vướng/khàn tiếng 4 trường hợp (15,38%). Nuốt vướng/sặc 2 trường hợp (7,69%). Nuốt vướng/nuốt nghẹn và nuốt vướng /khó thở cùng 1 trường hợp (3,85%).

3.1.2. Vị trí khối u của ung thư hạ họng**Bảng 3.2. Vị trí khối u của ung thư hạ họng**

Vị trí	UT hạ họng (n/%)	UT hạ họng - thanh quản (n/%)	Tổng (n/%)
Xoang lê	12 (46,15)	0 (0,0)	12 (46,15)
Xoang lê / Sau nhân phễu	3 (11,54)	0 (0,0)	3 (11,54)
Xoang lê / Thanh quản	0 (0,0)	6 (23,07)	6 (23,07)
Xoang lê/ Thanh quản/ Sau nhân phễu	0 (0,0)	3 (11,54)	3 (11,54)
Sau nhân phễu/ Miệng thực quản	1 (3,85)	0 (0,0)	1 (3,85)
Thành sau họng	1 (3,85)	0 (0,0)	1 (3,85)
Tổng	17 (65,39)	9 (34,61)	26 (100,0)

Vị trí khối U của ung thư hạ họng biểu hiện ở xoang lê 92,30%. Khối u ở vị trí xuất phát 13 (50,00%) còn lại 13 (50,00%) đã bị lan rộng. Có 6 trường hợp tổn thương xoang lê/ thanh quản (23,07%), tổn thương xoang lê/sau nhân phễu và xoang lê/ thanh quản/sau nhân phễu cùng 3 trường hợp (11,54%). Tổn thương thành sau họng và sau nhân phễu/miệng thực quản cùng 1 trường hợp (3,85%). Không gặp tổn thương sau nhân phễu đơn độc.

3.1.3. Hình thái tổn thương trên nội soi của ung thư hạ họng**Bảng 3.3. Hình thái tổn thương trên nội soi của ung thư hạ họng**

	UT hạ họng (n/%)	UT hạ họng- thanh quản (n/%)	Tổng (n/%)
Sùi	7 (26,92)	8 (30,77)	15 (57,69)
Sùi /Loét	5 (19,23)	3 (11,53)	8 (30,76)
Sùi /Thâm nhiễm	1 (3,85)	-	1 (3,85)
Phổi hợp (Sùi Loét Thâm nhiễm)	-	1 (3,85)	1 (3,85)
Không rõ hình ảnh tổn thương	1 (3,85)	-	1 (3,85)
Tổng	14 (53,85)	12 (46,15)	26 (100,0)

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp xoang lê có hình ảnh đầy nhẹ nghi ngờ có tổn thương (3,85%). Tổn thương dạng sùi là chủ yếu 15 trường hợp (57,69%). Tổn thương dạng sùi/loét gặp 8 trường hợp (30,76%). Có 1 trường hợp có hình ảnh tổn thương sùi/thâm nhiễm (3,85%). Cùng chiếm 3,85% là tổn thương dạng phổi hợp sùi/loét/thâm nhiễm gặp 1 trường hợp.

3.1.4. Mức độ lan rộng và xâm lấn của ung thư hạ họng**Bảng 3.4. Tình trạng di căn hạch và di căn**

	Di căn hạch (n)			Di căn (n)
	Cùng bên	Khác bên	Hai bên	Đáy lưỡi
Ung thư hạ họng	8	-	-	-
Ung thư hạ họng- thanh quản	3	1	1	2

- Trong 26 bệnh nhân ung thư hạ họng phát hiện trên lâm sàng có 13 trường hợp di căn hạch cổ (50,00%) trong đó 11 trường hợp di căn hạch cổ cùng bên gồm 8 của ung thư hạ họng (30,77%) và 3 của ung thư hạ họng – thanh quản (11,53%). Có 1 trường hợp di căn hạch cổ khác bên và 1 trường hợp di căn hạch cổ hai bên đều là của ung thư hạ họng – thanh quản đồng thời chiếm 3,85%

- Nghiên cứu phát hiện thấy có 02 trường hợp di căn đáy lưỡi là của ung thư hạ họng – thanh quản (7,69%). Các di căn khác như di căn sụn giáp, tuyến giáp và thực quản chúng tôi không gặp.

3.2. Đối chiếu hình ảnh tổn thương trên lâm sàng với chụp cắt lớp vi tính

Bảng 3.5. Tổn thương thực thể trên chụp cắt lớp vi tính

Vị trí	UT hạ họng (n/%)	UT hạ họng - thanh quản (n/%)	Tổng (n/%)
Xoang lê	10 (38,46)	0 (0,0)	10 (38,46)
Xoang lê / Sau nhân phễu	2 (7,69)	0 (0,0)	2 (7,69)
Xoang lê / Thanh quản	0 (0,0)	8 (30,77)	8 (30,77)
Xoang lê/ Thanh quản/ Sau nhân phễu	0 (0,0)	4 (15,38)	4 (15,38)
Sau nhân phễu/ Miệng thực quản	1 (3,85)	0 (0,0)	1 (3,85)
Thành sau họng	1 (3,85)	0 (0,0)	1 (3,85)
Tổng	14 (53,85)	12 (46,15)	26 (100,0)

Tỷ lệ phát hiện các tổn thương phối hợp trên lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm lâm sàng

- Trong các triệu chứng cơ năng của ung thư hạ họng có 12 trường hợp nuốt vướng/nuốt đau (46,15%). Nuốt vướng gặp 6 trường hợp (23,07%). Nuốt vướng/khàn tiếng 4 trường hợp (15,38%). Nuốt vướng/sặc 2 trường hợp (7,69%). Ít gặp nuốt vướng/nuốt nghẹn và nuốt vướng/khó thở cùng 1 trường hợp (3,85%).

- Về vị trí khối U của ung thư hạ họng biểu hiện ở xoang lê 92,30%. Tác giả Nguyễn Đình Phúc gặp từ 2002 - 2004 là 100%[1]. Khối u ở vị trí xuất phát 13 (50,00%) còn lại 13 (50,00%) đã bị lan rộng đây là tỷ lệ tương đối tốt so với 13,10% và 86,90% của tác giả Nguyễn Đình Phúc giai đoạn 2000-2004 [2]. Có 6 trường hợp tổn thương xoang lê/ thanh quản (23,07%), tổn thương xoang lê/sau nhân phễu và xoang lê/ thanh quản/sau nhân phễu cùng 3 trường hợp (11,54%). Tổn thương thành sau họng và sau nhân phễu/miệng thực quản cùng 1 trường hợp (3,85%). Không gặp tổn thương sau nhân phễu đơn độc.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp xoang lê có hình ảnh đáy nhẹ nghi ngờ có tổn thương không có hình ảnh sùi, loét hay thâm nhiễm (3,85%). Tổn thương dạng sùi là chủ yếu 15 trường hợp (57,69%). Tổn thương dạng sùi/loét gặp 8 trường hợp (30,76%). Có 1 trường hợp có hình ảnh tổn thương sùi/ thâm nhiễm (3,85%). Cùng chiếm 3,85% là tổn thương dạng phối hợp sùi/loét/thâm nhiễm gặp 1 trường hợp.

- Về mức độ lan rộng và xâm lấn trong nghiên cứu phát hiện thấy có 02 trường hợp di căn đáy lưỡi là của ung thư hạ họng – thanh quản (7,69%). Các di căn khác như di căn sụn giáp, tuyến giáp và thực quản chúng tôi không gặp.

- Trong 26 bệnh nhân ung thư hạ họng trên lâm sàng phát hiện có 13 trường hợp di căn hạch

cổ (50,00%) trong đó 11 trường hợp di căn hạch cổ cùng bên gồm 8 của ung thư hạ họng (30,77%) và 3 của ung thư hạ họng–thanh quản (11,53%). Có 1 trường hợp di căn hạch cổ khác bên và 1 trường hợp di căn hạch cổ hai bên đều là của ung thư hạ họng – thanh quản đồng thời chiếm 3,85%.

- Trong nghiên cứu chúng tôi không gặp trường hợp nào di căn xa.

4.2. Về đối chiếu tổn thương lâm sàng với hình ảnh chụp cắt lớp vi tính.

- Trong 26 trường hợp ung thư hạ họng kết quả đối chiếu tổn thương lâm sàng với hình ảnh chụp cắt lớp vi tính có 1 trường hợp trên lâm sàng nghi ngờ bất thường xoang lê chụp cắt lớp vi tính thấy hình ảnh u xoang lê chiếm 3,85%. Có 3 trường hợp chụp cắt lớp vi tính phát hiện được tổn thương phối hợp mặc dù trên lâm sàng không thấy tổn thương chiếm 11,53%, trong đó 2 trường hợp tổn thương xoang lê là tổn thương xoang lê thanh quản, 1 trường hợp tổn thương xoang lê/ sau nhân phễu là tổn thương xoang lê/ sau nhân phễu / thanh quản.

-Trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính cho thấy có 12 trường hợp di căn hạch cổ cùng bên do đó nâng số trường hợp di căn hạch cổ di căn hạch cổ thành 14 trường hợp (53,85%) tăng cao hơn 3,85% so với lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng ung thư hạ họng.

- Nuốt vướng gặp ở tất cả các trường hợp.

- Các ung thư hạ họng xuất hiện ở xoang lê 92,30%.

- Tổn thương dạng sùi là chủ yếu 57,69%.

2. Về đối chiếu tổn thương lâm sàng với hình ảnh chụp cắt lớp vi tính.

- Ung thư hạ họng- thanh quản chiếm 46,15% trên chụp cắt lớp vi tính cao hơn 11,53%. so với lâm sàng.

- Di căn hạch cổ chiếm 53,85% trên chụp cắt lớp vi tính cao hơn 3,85%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đình Phúc (2009)** "Vị trí xuất phát và lan tràn của ung thư hạ họng ". Y học thực hành 665 số 6/2009, tr 57-60.
2. **Nguyễn Đình Phúc (2005)** "Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật UTTQ và HH tại khoa u bướu Bv TMH TW từ 2000-2004". Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học hội nghị TMH toàn quốc, tr 106-113.
3. **Trần Hữu Tuấn (1990)**, "Nhận xét 321 trường hợp UT HH-TQ từ 1960-1988" Nội san TMH số 1/1990, tr 65 -73.
4. **Trần Hữu Tước (1984)**, "Nhận xét 173 trường hợp ung thư thanh quản và hạ họng thanh quản từ 1955-1975" Nhà xuất bản Y học 1984, tr 90-98.
5. **Archer CR, Yeager VL, Herbold DR (1983)**, Computed tomography vs. histology of laryngeal cancer: Their value in predicting laryngeal cartilage invasion. *Laryngoscope*; 93:140-147.
6. **Van den Brekel MW, Castelijns JA, Stel HV, Golding RP, Meyer CJ, Snow GB (1993)**, Modern imaging techniques and ultrasound-guided aspiration cytology for the assessment of neck node metastases: a prospective comparative study. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 250:11-17
7. **WHO (2005)**, Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. IARC Press Lyon, 2005.

THAY ĐỔI MẬT ĐỘ XƯƠNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP ĐƯỢC THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN

Đào Xuân Thành¹, Nguyễn Quốc Dũng²

TÓM TẮT⁴⁵

Đặt vấn đề: viêm cột sống dính khớp (VCSDK) là một bệnh lý viêm với không rõ nguyên nhân, trong đó chủ yếu ảnh hưởng đến cột sống và khớp xương dài. Loãng xương thường gặp trong bệnh lý VCSDK. Nếu tính đến tỷ lệ và tầm quan trọng của loãng xương ở những bệnh nhân VCSDK, chi phí cao của việc điều trị và tác dụng phụ nghiêm trọng của nó như gãy xương thì thực sự là cần thiết để xác định những thay đổi về mật độ khoáng xương (BMD) ở những bệnh nhân VCSDK được thay khớp háng toàn phần. **Phương pháp:** nghiên cứu bao gồm 50 bệnh nhân tuổi từ 17-63 năm với tổng số 80 khớp háng toàn phần đã được thay. Thời gian mắc bệnh trung bình là 22,77 ± 8,47 năm (từ 12-49). Mật độ xương tại cột sống thắt lưng và cổ xương đùi được đo bằng hấp thụ tia X năng lượng kép ngay sau phẫu thuật và 3, 6, 12, 24 tháng sau đó. **Kết quả:** sau mổ sáu tháng và muộn hơn sau đó đã có một sự gia tăng đáng kể mật độ xương ở cột sống thắt lưng ($p < 0,05$). Hơn thế nữa, việc tăng mật độ xương cũng được quan sát thấy ở cổ xương đùi. Có sự gia tăng mật độ xương ở cổ xương đùi sau 12, 24 tháng sau phẫu thuật ($p < 0,05$). **Kết luận:** đo hấp thụ tia x năng lượng kép cho thấy mật độ xương của bệnh nhân VCSDK đã hồi phục sau phẫu thuật thay khớp háng toàn phần so với trước mổ.

Từ khóa: viêm cột sống dính khớp, thay khớp háng toàn phần, mật độ xương.

SUMMARY

CHANGES IN BONE MINERAL DENSITY OF PATIENTS WITH SPONDYLOARTHROPATHY TREATED TOTAL HIP ARTHROPLASTY

Objective: Ankylosing spondylitis (AS) is an inflammatory disease with an unknown cause, which primarily affects the axial skeleton. Osteoporosis is known as a common finding in AS. Considering the prevalence and importance of osteoporosis in patients with AS and the high costs of treatment and its dangerous and serious side effects such as fractures in patients with AS, it is necessary to determine the changes in bone mineral density (BMD) in patients with spondyloarthropathy (SpA) treated with total hip arthroplasty. **Patients and methods:** 50 patients aged 17–63 years with 80 total hip arthroplasty were studied. Median duration of disease was 22,77±8,47

years (range 12–49). Lumbar and femoral BMD was measured by dual energy xray absorptiometry at baseline and 3, 6, 12, 24 months later. **Results:** In six months and later there was a significant increase in BMD at the spine ($p < 0.05$). A trend for increase BMD was observed at the femoral neck. There was an increase in BMD of femoral hip between baseline and 12, 24 months follow-up operation ($p < 0,05$). **Conclusion:** The densitometry showed that the T-score of patients were recovered after total hip arthroplasty compared to before operation.

Keywords: ankylosing spondylitis, total hip arthroplasty, bone mineral density.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm cột sống dính khớp (VCSDK) là một bệnh khớp viêm mạn tính, không rõ nguyên nhân, bệnh gặp chủ yếu nam giới trẻ tuổi. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh: giảm mật độ xương và loãng xương là thường gặp ở bệnh nhân VCSDK và là đặc điểm của bệnh VCSDK. Sự mất xương xảy ra ngay cả giai đoạn sớm của bệnh. Tỷ lệ loãng xương thay đổi từ 0% đến 31% tại CXĐ và 5% đến 27% tại CSTL [1]. Trước đây sự mất xương và loãng xương trên bệnh nhân VCSDK chưa được quan tâm đúng mức và không được coi là đặc điểm quan trọng của bệnh. Tại Việt Nam, bệnh viêm cột sống dính khớp đã được nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán và điều trị bệnh, các nghiên cứu này cho thấy di chứng nặng nề ở giai đoạn cuối của bệnh lên cột sống, một số khớp ngoại vi mà chủ yếu là dính và mất khả năng vận động hai khớp háng [2]. Những năm gần đây, sự phát triển các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh, kỹ thuật đo mật độ xương (MDX) bằng phương pháp hấp thụ tia X năng lượng kép (DXA) đã được ứng dụng nhiều trong lĩnh vực chẩn đoán loãng xương. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng mật độ xương bị ảnh hưởng bởi sự vận động. Tuy nhiên, một vấn đề đặt ra là sự vận động có ảnh hưởng đến MDX trong khi đó thay khớp háng chỉ cải thiện vận động của chi dưới mà không cải thiện vận động của cột sống, vậy những bệnh nhân VCSDK được thay khớp háng toàn phần có sự thay đổi nào về MDX hay không và liệu các yếu tố viêm của bệnh lý VCSDK có ảnh hưởng đến mật độ xương quanh khớp hay không. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu khảo sát MDX của bệnh nhân VCSDK được thay khớp háng toàn phần.

¹Bộ môn Ngoại Đại học Y Hà Nội

² Khoa phẫu thuật Khớp Bv TW Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Đào Xuân Thành

Email: daoxuanthanh@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 50 bệnh nhân VCSDK với 80 khớp háng được thay khớp háng toàn phần (TKHTP) không xi măng tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3/2007 đến tháng 11/2014.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang không đối chứng, hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán VCSDK theo tiêu chuẩn chẩn đoán New York sửa đổi 1984, có tổn thương khớp háng và được TKHTP không xi măng tại Bệnh viện Bạch Mai. Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, đo mật độ xương, chụp X – quang trước và sau phẫu thuật TKHTP. Bệnh nhân đến khám kiểm tra định kỳ theo hẹn.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không có đầy đủ các tiêu chuẩn trên. Tổn thương khớp háng do các bệnh lý khác: chấn thương, thoái hóa khớp háng, hoại tử chỏm xương đùi. Bệnh nhân không tuân thủ chế độ khám định kỳ, không tái khám hoặc không liên lạc được. Hồ sơ bệnh án không đầy đủ, thất lạc phim X – quang, kết quả đo BMD

Các biến số nghiên cứu: Tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, thời gian được chẩn đoán VCSDK.

Các triệu chứng lâm sàng: đau, cứng, hạn chế vận động khớp háng; các dấu hiệu lâm sàng

khác của VCSDK.

Đánh giá BMD CSTL và CXĐ của bệnh nhân: mật độ xương đo bằng g/cm², T-score, Z-score, mật độ xương tại cột sống thắt lưng, cổ xương đùi, quanh chuôi khớp và quanh ổ cối vào các thời điểm: sau thay khớp 7 ngày (T0), 3 tháng (T3), 6 tháng (T6), 12 tháng (T12), 24 tháng (T24).

Quy trình nghiên cứu

- Lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu.
- Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng và Xquang
 - Phẫu thuật TKHTP không xi măng: tiến hành theo đúng quy trình chuẩn.
 - Sau phẫu thuật: theo dõi dọc kết quả đo BMD tiến hành vào các thời điểm sau mổ 7 ngày, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 24 tháng.
 - Chọn lọc, xác định và đánh giá kết quả lâm sàng, cận lâm sàng quan tâm theo bệnh án mẫu.
 - Phân tích và xử lý số liệu thu thập theo phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 32,56 ± 13,68; thấp nhất là 17 tuổi, cao nhất là 63 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 5,25/ 1.

Độ tuổi trung bình bệnh nhân được chẩn đoán VCSDK là 22,77 ± 8,47 tuổi (12 – 49 tuổi).

Bảng 1. Tỷ lệ loãng xương theo T-score

Vị trí		N(%)	T0	T3	T6	T12	T24 (n=42)	p
CSTL	T-score ≤ -2,5	33 (41,8)	32 (40,5)	25 (31,6)	18 (22,8)	11 (26,8)		p > 0,05 (T3-T0)
	T-score > -2,5	47 (58,2)	48 (59,5)	55 (68,4)	62 (77,2)	31 (73,2)		p < 0,05 (T6-12-24)
CXĐ	T-score ≤ -2,5	17 (21,5)	15 (19,0)	5 (6,3)	3 (3,8)	2 (4,9)		
	T-score > -2,5	63 (78,5)	65 (81,0)	75 (93,7)	77 (96,2)	40 (95,1)		
					p > 0,05		p < 0,05	

Nhận xét: Tại CSTL tỷ lệ loãng xương giảm dần theo thời gian, ở T0: 41,8% đến T24 là 26,8%. Không có sự khác biệt khi so sánh tỷ lệ loãng xương ở thời điểm sau mổ 7 ngày và 3 tháng với p>0,05, nhưng sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05 khi so sánh ở thời điểm sau mổ 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng. Tại CXĐ tỷ lệ loãng xương giảm dần theo thời gian. Sự khác biệt giữa T6, T3 và T0 không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở thời điểm T12, T24 với p<0,05.

Bảng 2. Thay đổi BMD

BMD (g/cm ²) Thời gian	BMD CSTL (n = 80)	p	BMD CXĐ (n = 59)	p
T0	0,823±0,202	p ₀₋₃ , p ₀₋₆ , > 0,05	0,733±0,219	p ₀₋₃ , p ₀₋₆ , > 0,05
T3	0,824±0,185		0,700±0,214	
T6	0,853±0,171	p ₃₋₆ , p ₃₋₁₂ , p ₃₋₂₄ < 0,05	0,748±0,146	p ₃₋₆ , p ₃₋₁₂ > 0,05
T12	0,877±0,176		0,753±0,160	
T24	0,881±0,174	p ₁₂₋₂₄ < 0,05	0,729±0,146	p ₆₋₂₄ , p ₁₂₋₂₄ > 0,05

Nhận xét: BMD trung bình ở CSTL BN nghiên cứu tăng dần theo thời gian. Có sự khác biệt về BMD trung bình ở các thời điểm sau 6 tháng, sau 12 tháng và sau 24 tháng mật độ xương tăng so với thời điểm sau mổ 3 tháng. Có sự khác biệt về mật độ xương ở thời điểm sau mổ 12 tháng và 24 tháng so với thời điểm sau mổ 6 tháng ($p < 0,05$). BMD trung bình tại CXĐ có tăng khi so sánh ở thời điểm T3, T6, T12. Tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3. Thay đổi T-score

T- score Thời gian	T-score CSTL	p	T-score CXĐ	p
T0	-2,13±1,91	p ₀₋₃ , p ₀₋₆ , > 0,05 p ₀₋₁₂ , p ₀₋₂₄ > 0,05 p ₃₋₆ , p ₃₋₁₂ < 0,05 p ₃₋₂₄ , p ₆₋₁₂ , p ₆₋₂₄ < 0,05 p ₁₂₋₂₄ > 0,05	-1,88±1,71	p ₀₋₃ , p ₀₋₆ , > 0,05 p ₀₋₁₂ , p ₀₋₂₄ > 0,05 p ₃₋₆ , p ₃₋₁₂ > 0,05 p ₃₋₂₄ , p ₆₋₁₂ > 0,05 p ₆₋₂₄ , p ₁₂₋₂₄ > 0,05
T3	-2,06±1,75		-2,14±1,59	
T6	-1,83±1,61		-1,66±1,20	
T12	-1,44±1,78		-1,36±1,17	
T24	-1,32±1,63		-1,82±0,85	

Nhận xét: Có sự khác biệt về chỉ số T-score trung bình tại CSTL khi so sánh ở các thời điểm T3, T6, T12, T24 với $p < 0,05$. Có sự thay đổi khi so sánh T-score ở thời điểm T3 và T0, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Có sự thay đổi về chỉ số T-score trung bình tại CXĐ ở thời điểm so sánh T3 và T6, T12 và T24 tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 4. Thay đổi Z-score

Z- score Thời gian	Z-score CSTL	P	Z-score CXĐ	p
T0	-1,90±2,06	p ₀₋₃ , p ₀₋₆ > 0,05 p ₀₋₁₂ , p ₀₋₂₄ < 0,05 p ₃₋₆ > 0,05 p ₃₋₁₂ , p ₃₋₂₄ , p ₆₋₁₂ < 0,05 p ₆₋₂₄ , p ₁₂₋₂₄ > 0,05	-1,59±1,15	p ₀₋₃ , p ₀₋₆ , > 0,05 p ₀₋₁₂ , p ₀₋₂₄ > 0,05 p ₃₋₆ , p ₃₋₁₂ > 0,05 p ₃₋₂₄ , p ₆₋₁₂ > 0,05 p ₆₋₂₄ > 0,05 p ₁₂₋₂₄ < 0,05
T3	-1,86±1,81		-1,72±1,53	
T6	-1,85±1,88		-1,59±1,52	
T12	-1,38±1,86		-1,24±1,07	
T24	-0,91±2,00		-1,72±1,38	

Nhận xét: Có sự khác biệt về chỉ số Z-score trung bình tại CSTL khi so sánh ở các thời điểm T12, T24 so với T0 với $p < 0,05$. Có sự khác biệt chỉ số Z-score trung bình tại CSTL ở các thời điểm T12 và T24 tăng so với thời điểm T3 với $p < 0,05$. Có sự khác biệt về Z-score trung bình tại CSTL ở thời điểm T12 và T24 so với thời điểm T6 với $p < 0,05$. Sự thay đổi về Z-score trung bình tại CXĐ theo thời gian không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Khi so sánh Z-score trung bình tại CXĐ ở thời điểm T12 với T24 khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nhiều nghiên cứu khẳng định rằng giảm mật độ xương và loãng xương xảy ra ngay từ khi bệnh ở giai đoạn sớm và loãng xương được cho là biến chứng của bệnh của bệnh VCSDK ở giai đoạn bệnh muộn. Các nghiên cứu đánh giá MĐX tại cột sống thắt lưng và cổ xương đùi trong bệnh viêm cột sống dính khớp chủ yếu được thực hiện bằng phương pháp DXA. Các kết quả nghiên cứu cho thấy mật độ xương thấp cả hai vị trí (cột sống thắt lưng và cổ xương đùi).

Theo kết quả bảng 1 và 2, với nhóm bệnh nhân của chúng tôi nhận thấy tỷ lệ loãng xương ở cột sống thắt lưng cao hơn ở cổ xương đùi tại các thời điểm so sánh. Tỷ lệ loãng xương tại cột sống thắt lưng giảm dần theo thời gian, ở thời điểm 7 ngày; 3 tháng; 6 tháng; 12 tháng; 24 tháng sau thay khớp tương ứng là 41,8%; 40,5%; 31,6%; 22,8%; 26,8%, không có sự khác biệt khi so sánh tỷ lệ loãng xương ở thời điểm sau mổ 7 ngày và 3 tháng với $p > 0,05$, nhưng sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với

$p < 0,05$ khi so sánh ở thời điểm sau mổ 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng so với thời điểm 7 ngày sau thay khớp. Tại vị trí cổ xương đùi tỷ lệ loãng xương cũng giảm dần theo thời gian T0, T3, T6, T12, T24 tương ứng là 21,5%; 19%; 6,3%; 3,8%; 4,9% tuy nhiên ở thời điểm sau 12, 24 tháng sự khác biệt này mới có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, kết quả này cũng phù hợp với sinh lý sự thay đổi mật độ xương thường được ghi nhận sau ít nhất 6 tháng. Ở cả hai vị trí tỷ lệ loãng xương tại thời điểm 24 tháng có tăng hơn so với thời điểm 12 tháng nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Chúng tôi cũng tiến hành nghiên cứu một khía cạnh khác là tính T-sore và Z-score trung bình ở 2 vị trí CSTL và CXĐ theo thời gian như trên, kết quả theo bảng 3 cho thấy T-score trung bình ở CSTL tăng dần theo thời gian sau thay khớp háng, sự tăng lên có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,05$) khi so sánh ở các thời điểm sau thay khớp 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng so với thời điểm gần ngay sau mổ. Điều này nói lên sự giảm mật độ xương và loãng xương giảm đi theo thời

gian sau thay khớp háng hay nói cách khác là mật độ xương của bệnh nhân có xu hướng tăng lên, phù hợp với diễn biến tỷ lệ loãng xương giảm đi theo thời gian. T-score trung bình tại cổ xương đùi ở bệnh nhân nghiên cứu thay đổi không đều theo thời gian, giảm ở thời điểm sau mổ 3 tháng, sau đó lại tăng ở thời điểm 6 tháng, 12 tháng và lại giảm ở thời điểm 24 tháng. Tuy nhiên sự khác biệt về T-score ở các thời điểm là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Với kết quả theo bảng 4, chúng tôi cũng nhận thấy tương tự. Chỉ số Z-score trung bình ở CSTL tăng dần theo thời gian sau thay khớp, sự khác biệt này ở thời điểm sau 6 tháng, 12 tháng và sau 24 tháng so với thời điểm 7 ngày, 3 tháng sau thay khớp có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,05$). Tại cổ xương đùi Z-score trung bình thay đổi không đều theo thời gian, giảm nhẹ ở thời điểm sau mổ 3 tháng, sau đó lại tăng ở thời điểm 6 tháng, 12 tháng và lại giảm ở thời điểm 24 tháng. Tuy nhiên sự khác biệt về Z-score ở các thời điểm là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Khi so sánh với kết quả của một số tác giả khác, chúng tôi thấy tỷ lệ loãng xương của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Đặng Hồng Hoa (2008) trong cộng đồng ở những đối tượng khỏe mạnh đã khảo sát tình trạng loãng xương dựa trên kết quả đo MĐX ở CXĐ bằng phương pháp DXA. Kết quả cho thấy tỷ lệ loãng xương CXĐ của nhóm nam là 14%, của nhóm nữ là 24,6%. Như vậy các bệnh nhân VCSDK do hạn chế vận động nên có mật độ xương giảm hơn nhóm người bình thường.

Nghiên cứu của tác giả Mai Thị Minh Tâm (2008) trên 116 bệnh nhân nam VCSDK và nhóm chứng để khảo sát tình trạng mật độ xương và các yếu tố liên quan. Kết quả cho thấy: tỷ lệ (%) giảm MĐX tại CSTL và CXĐ của BN nam VCSDK là 20,7% (CSTL) và 30,2% (CXĐ); tỷ lệ (%) loãng xương tại CSTL và CXĐ là 2,6% (CSTL) và 7,8% (CXĐ) [3]. Tỷ lệ giảm mật độ xương và loãng xương của tác giả này ở CXĐ cao hơn hẳn ở CSTL, ở nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ loãng xương ở CSTL cao hơn hẳn ở CXĐ. Theo chúng tôi do đa số bệnh nhân mất vận động tại cột sống, nhưng sau khi thay khớp háng bệnh nhân được cải thiện vận động tốt hơn nên mật độ xương đã thay đổi theo chiều hướng tăng dần sau phẫu thuật.

Karberg Kristen và cs (2005) cũng tìm hiểu mật độ xương ở 103 bệnh nhân VCSDK có cầu xương và không có cầu xương bằng 2 phương pháp DXA và chụp cắt lớp năng lượng kép, bệnh nhân được chia thành 3 nhóm theo thời gian

mắc bệnh. Kết quả mật độ xương ở những bệnh nhân thời gian mắc bệnh dưới 5 năm thấy có tỷ lệ loãng xương là: 15% (CSTL) và 11% (CXĐ), ở bệnh nhân mắc bệnh dài hơn (trên 10 năm) cho thấy tỷ lệ loãng xương ở CXĐ là 29% trong khi CSTL chỉ có 4% [5]. So với tác giả này thì tỷ lệ loãng xương của chúng tôi cao hơn. Phương pháp đo mật độ xương rất quan trọng và còn khác nhau tùy thuộc vào thời gian mắc bệnh, nhiều bệnh nhân có cầu xương lại giảm mật độ xương hơn những người không có cho thấy sự hình thành cầu xương và mất xương xảy ra song song và vai trò của viêm trong quá trình này.

Từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi cùng các nghiên cứu khác tại Việt Nam và trên thế giới cho thấy rằng bệnh nhân VCSDK có tỷ lệ loãng xương so với đối tượng khỏe mạnh, và loãng xương ở CSTL chiếm một tỷ lệ cao hơn CXĐ ở đa số các nghiên cứu, đã được chứng minh sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên tỷ lệ loãng xương bệnh nhân VCSDK dao động giữa các nghiên cứu ở một khoảng khá rộng. Sự khác nhau này có thể giải thích do các tác giả sử dụng các tiêu chí khác nhau về đặc điểm đối tượng nghiên cứu, hoặc sự không đồng nhất trong phép đo MĐX. Sự chênh lệch về tỷ lệ loãng xương giữa CSTL và CXĐ được giải thích do sự khác nhau trong cấu trúc xương ở hai vị trí. Đốt sống bao gồm 50% xương xốp và CXĐ chỉ có 30% xương xốp, tốc độ đổi mới trong xương xốp diễn ra nhanh hơn xương đặc đến 8 lần, nhiều nghiên cứu cho thấy một tỷ lệ cao của xương xốp như đốt sống và xương hông sẽ bị ảnh hưởng sớm nhất [7], hơn nữa xương xốp thường có phản ứng rất nhạy với môi trường, thuốc men và do đó bị ảnh hưởng sớm hơn và loãng xương sớm hơn. Do vậy, những thay đổi về mật độ xương sẽ diễn ra sớm hơn, rõ ràng và dữ dội hơn ở CSTL so với CXĐ, sự khác biệt được tìm thấy ở nhiều nghiên cứu [3].

V. KẾT LUẬN

Thay khớp háng toàn phần không xi măng đã cải thiện chức năng vận động của bệnh nhân và qua đó cải thiện mật độ xương cũng như mức độ loãng xương ở các bệnh nhân VCSDK. Cần có các nghiên cứu sâu hơn nữa để tìm hiểu các yếu tố liên quan đến mật độ xương ở bệnh nhân VCSDK.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mailliefert JF, Aho LS, EL MagravuiA, Gougados M, Roux C. (2001), "Changes in bone density in patients with ankylosing spondylitis: a two-year follow up study". *Osteoporosis Int* 12, pp. 605-9.

2. Nguyễn Thị Ngọc Lan, (2013), *Bệnh học Cơ Xương Khớp nội khoa*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.
3. Mai Thị Minh Tâm, (2008), "Nghiên cứu mật độ xương và các yếu tố liên quan trong bệnh viêm cột sống dính khớp", *Luận án tiến sỹ y học*, Trường đại học Y Hà Nội.
4. Borman, Pnar; Bodur, Hatice, Bingol, Necati, Bingol, Sezin, Bostan, E. Elif. (2001), "Bone mineral density and bone turnover markers in a group of male ankylosing spondylitis patients: Relationship to disease activity", *Journal of Clinical - Rheumatology*, 7(5), pp. 315-321.
5. Karberg K, Zochling J, Sieper J, Felsenberg D, Braun J. (2005), "Bone loss is detected more frequently in ankylosing spondylitis patients with syndesmophytes", *J Rheumatol* 32, pp. 1290-8.
6. Eva Klingberg et al. Osteoporosis in ankylosing spondylitis - prevalence, risk factors and methods of assessment. *Arthritis Research & Therapy* 2012,14:R108
7. Rajesh Malhotra, Gaurav Sharma (2014), Hip Replacement in Patients with Ankylosing Spondylitis, *Orthop Muscul Syst* 3, 149.

THỰC TRẠNG TIỂU KHÔNG TỰ CHỦ Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 CAO TUỔI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG

Đỗ Thanh Vân¹, Nguyễn Xuân Thanh²,
Đặng Thị Việt Hà³, Vũ Thị Thanh Huyền^{2,3}

TÓM TẮT⁴⁶

Mục tiêu: xác định tỉ lệ tiểu không tự chủ (TKTC) ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) typ 2 cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 204 bệnh nhân ≥ 60 tuổi chẩn đoán ĐTĐ theo tiêu chuẩn WHO-1999 và điều trị nội trú tại Bệnh viện Lão khoa trung ương. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân có TKTC chiếm tỉ lệ khá cao (56,9%), nữ chiếm 55,8%, và nam chiếm 44,2%. TKTC gắng sức chiếm tỷ lệ cao nhất 35,5%, TKTC cấp bách chiếm 33,6%, sau đó là TKTC tràn đẫy 25,9% và hỗn hợp chiếm tỉ lệ thấp nhất 5,2%. Có sự khác biệt về mức độ thường xuyên của TKTC ($p < 0,05$). Tần suất tiểu không tự chủ "vài lần/tháng" chiếm tỷ lệ cao nhất (33,5%). **Kết luận:** Tỷ lệ tiểu không tự chủ trên bệnh nhân cao tuổi điều trị nội trú khá cao, do vậy sàng lọc và chẩn đoán sớm tình trạng tiểu không tự chủ trên bệnh nhân đái tháo đường cao tuổi là cần thiết.

Từ khóa: tiểu không tự chủ, người cao tuổi, đái tháo đường typ 2

SUMMARY

URINARY INCONTINENCE STATUS IN ELDERLY TYPE 2 DIABETIC IN-PATIENTS AT NATIONAL GERIATRIC HOSPITAL

Objective: To determine the prevalence of urinary incontinence in patients with type 2 diabetes mellitus. **Subjects and methods:** A descriptive cross-sectional study included of 204 in-patients aged 60 years or older, who was diagnosed of diabetes according to the

WHO-1999 criteria and was treated at National Geriatric Hospital. **Results:** The prevalence of patients with urinary incontinence was high (56.9%), women accounted for 55.8% and men accounted for 44.2%. Stress urinary incontinence accounted for the highest proportion (35.5%), urgent urinary incontinence, overflow and mixed incontinence accounted for 33.6%, 25.9% and 5.2%, respectively. There was a difference in the frequency of urinary incontinence ($p < 0,05$). Frequency of urinary incontinence "several times a month" accounted for the highest rate (33.5%). **Conclusions:** Urinary incontinence rate among elderly inpatients is quite high, hence, screening and early diagnosis of urinary incontinence in elderly diabetic patients is necessary.

Key words: urinary incontinence, elderly, diabetes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) đang là vấn đề về y tế trên toàn thế giới với sự gia tăng tỷ lệ một cách nhanh chóng trong thời gian gần đây. Theo dữ liệu của tổ chức y tế thế giới (WHO) cho thấy tỉ lệ thương tật và tử vong từ các bệnh lây nhiễm đang giảm theo từng năm, trong khi đó tỉ lệ thương tật và tử vong của nhóm bệnh không lây nhiễm bao gồm ĐTĐ, đang gia tăng [1]. Tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ đang gia tăng đáng kể ở Việt Nam, khoảng 4% theo báo cáo của liên đoàn ĐTĐ thế giới năm 2012.

ĐTĐ là một bệnh mạn tính, gây ra nhiều biến chứng: biến chứng về thần kinh, mạch máu, võng mạc, bệnh thận ĐTĐ, đặc biệt tiểu không tự chủ (TKTC) là một biến chứng tương tự như tổn thương vi mạch máu trong ĐTĐ [3]. TKTC là tình trạng nước tiểu thoát ra ngoài theo đường tự nhiên ngoài ý muốn của đương sự [3]. Nhiều bệnh nhân mắc phải tình trạng này có thể thoáng qua hay thường xuyên, tuy nhiên tình

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hưng Yên,

²Bệnh viện Lão khoa trung ương,

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thanh Vân

Email: dothanhvanhy@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

trạng này chưa được thầy thuốc quan tâm, mặt khác bệnh nhân cũng ngại ngần ít tham gia ý kiến của các chuyên gia y tế. TKTC là một biểu hiện gây ra nhiều khó chịu cho bệnh nhân, bên cạnh đó tình trạng TKTC kéo dài và các biến chứng của TKTC như viêm da, nhiễm khuẩn tiết niệu,... [3],[4] còn làm giảm chất lượng cuộc sống do những rắc rối trong sinh hoạt, mất tự tin, kỳ thị, cô lập, trầm cảm, thay đổi sinh hoạt... Chi phí chăm sóc y tế dành cho TKTC khá lớn [4],[6]. Với sự phát triển của y học hiện đại, sự chăm sóc y tế phổ cập hầu hết bệnh nhân ĐTD được chẩn đoán và được điều trị kiểm soát đường huyết. Tuy nhiên biến chứng của bệnh ĐTD đặc biệt là các biến chứng mạn tính trong đó có TKTC diễn ra âm thầm thường ít được quan tâm. Trên thế giới có nhiều nghiên cứu về vấn đề này, ở Việt nam hiện nay chưa có nghiên cứu nào về TKTC ở bệnh nhân ĐTD cao tuổi được báo cáo. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm khảo sát thực trạng TKTC ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 cao tuổi

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên 204 bệnh nhân cao tuổi có bệnh ĐTD điều trị nội trú tại bệnh viện Lão khoa trung ương từ tháng 2 đến tháng 6 năm 2017.

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên được chẩn đoán có bệnh ĐTD nằm điều trị nội trú ở 05 khoa lâm sàng: khoa Tâm thần kinh, Nội tiết chuyển hóa, Tim mạch, Điều trị theo yêu cầu, Nội tổng hợp tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương.

Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên được chẩn đoán ĐTD dựa theo tiêu chuẩn của chẩn đoán (WHO-1999), đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân tuổi < 60 tuổi, Bệnh nhân mắc các bệnh gây ra tình trạng TKTC: Di chứng đột quỵ não, tổn thương tủy sống gây rối loạn cơ tròn, rối loạn tâm thần, hôn mê, bệnh nhân sa sút trí tuệ nặng và bệnh nhân 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 thông tin về đối tượng và các xét nghiệm được thu thập thông qua phỏng vấn, khám lâm sàng và tham khảo trong hồ bệnh án tại Bệnh viện Lão khoa TW.

Các chỉ số nghiên cứu: tuổi (năm), giới tính, thời gian mắc bệnh ĐTD (chia làm 3 nhóm: dưới

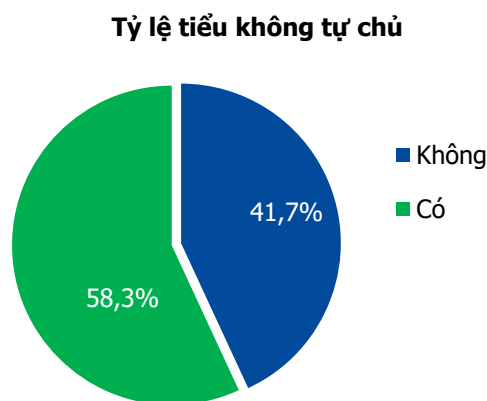
5 năm, từ 5-10 năm và trên 10 năm), bệnh lý kèm theo, phân loại TKTC thành 4 nhóm: (TKTC do gắng sức, TKTC cấp bách, TKTC do tràn đầy và TKTC hỗn hợp), mức độ TKTC (thường xuyên và không thường xuyên), tần suất TKTC (< 1 lần /tháng, vài lần/tháng, vài lần/ tuần, mỗi ngày, liên tục)

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0. Sử dụng các thuật toán: tính tỷ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình. Sử dụng test χ^2 để phân tích mối liên quan giữa các biến. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung: Tổng số có 204 bệnh nhân ĐTD tham gia nghiên cứu trong đó nữ có 119 bệnh nhân chiếm 58,3% cao hơn nam có 85 bệnh nhân chiếm 41,7%. Tỷ lệ nữ/nam là 1,4. Nhóm tuổi từ 70-79 chiếm tỷ lệ cao nhất 44,6%, nhóm tuổi thấp nhất 60-69 chiếm 21,1%, nhóm tuổi từ 80 trở lên chiếm tỷ lệ 34,3%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $76,57 \pm 8,09$ bệnh nhân cao tuổi nhất là 95 tuổi và thấp nhất là 60 tuổi. Trong đó số bệnh nhân có tiền sử mắc bệnh ĐTD < 5 năm là cao nhất chiếm tỷ lệ 51,5%, thấp nhất là số bệnh nhân mắc ĐTD > 10 năm và số bệnh nhân mắc ĐTD từ 5-10 năm chiếm 33,3.

3.2. Thực trạng tiểu không tự chủ trong nhóm nghiên cứu



Biểu đồ 1: Tỷ lệ tiểu không tự chủ trong nhóm nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi số bệnh nhân ĐTD typ 2 cao tuổi có TKTC khá cao chiếm tỷ lệ 56,9%, còn lại là bệnh nhân tiểu tự chủ chiếm 43,1%.

Bảng 1: Phân bố tiểu không tự chủ theo giới trên bệnh nhân ĐTD typ 2 cao tuổi

	Không TKTC	Có TKTC	p
Nam	33 (37,5%)	52 (44,8%)	0,182
Nữ	55 (62,5%)	64 (55,2%)	
Tổng số	88 (100%)	116 (100%)	

Kết quả nghiên cứu cho thấy: trong tổng số 204 bệnh nhân có 116 bệnh nhân có TKTC, số bệnh nhân nữ chiếm 55,2% cao hơn nam chiếm 44,8%, tuy nhiên không có sự khác biệt về tỷ lệ TKTC giữa hai giới ($p > 0,05$).

Bảng 2: Phân loại tiểu không tự chủ trên bệnh nhân ĐTD typ 2 cao tuổi

	Số BN	Tỉ lệ %	p
Gắng sức	41	35,5%	<0,001
Cấp bách	39	33,6%	
Tràn đầy	30	25,9%	
Hỗn hợp	6	5,2%	
Tổng số	116	100,0%	

Trong các bệnh nhân có TKTC thì TKTC gắng sức chiếm 35,5%, sau đó là TKTC cấp bách chiếm 33,6%, TKTC tràn đầy chiếm 25,9% và thấp nhất là TKTC hỗn hợp chiếm 5,2%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các loại TKTC ($p < 0,001$)

Bảng 3: Mức độ tiểu không tự chủ trên bệnh nhân ĐTD typ 2 cao tuổi

	Số BN	Tỉ lệ %	p
Không thường xuyên	62	53,4%	< 0,001
Thường xuyên	54	46,6%	
Tổng số	116	100%	

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong 116 bệnh nhân có TKTC: 62 bệnh nhân TKTC không thường xuyên chiếm 53,4%, còn lại là 54 bệnh nhân TKTC thường xuyên chiếm 46,6%, có sự khác biệt giữa 2 nhóm TKTC thường xuyên và không thường xuyên ($p < 0,001$)

Bảng 4: Tần suất tiểu không tự chủ trên bệnh nhân ĐTD typ 2 cao tuổi

	Số BN	Tỉ lệ %
< 1 lần /tháng	11	9,5%
Vài lần/tháng	41	33,5%
Vài lần/tuần	33	28,4%
Mỗi ngày	13	11,2%
Liên tục	18	15,5%
Tổng	116	100,0%

Số bệnh nhân mắc TKTC với tần suất vài lần/tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 33,5% sau đó là vài lần/tuần chiếm 28,4%, TKTC liên tục chiếm 15,5%, TKTC hàng ngày chiếm 11,2% và thấp nhất là TKTC < 1 lần/tháng chiếm 9,5%

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở 204 bệnh nhân ĐTD typ 2 nằm điều trị nội trú tại Bệnh viện Lão khoa trung ương, trong nghiên cứu của chúng tôi có 119 bệnh nhân nữ chiếm 58,3% cao hơn nam có 85 bệnh nhân chiếm 41,7%. Tỷ lệ nữ/nam là 1,4. Kết quả này gần tương tự với nghiên cứu của Aniliene và cộng sự, trong đó 53,8 là nữ và 46,2% là nam [6]. Có sự tương đồng trên vì tuổi thọ của bệnh nhân nữ thường cao hơn bệnh nhân nam. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $76,57 \pm 8,09$ bệnh nhân cao tuổi nhất là 95 và thấp nhất là 60.

Tỷ lệ TKTC trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 56,9% cao hơn Yabnell là 45% [4], có sự khác biệt trên là do nhóm nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân được lựa chọn là các bệnh nhân

ĐTD typ 2 nằm viện điều trị nội trú, với nhiều bệnh lý khác nhau và biến chứng kèm theo. Mặt khác, trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình cao hơn nghiên cứu của J. W. G. Yabnell ($50,75 \pm 9,18$) [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân mắc TKTC hỗn hợp thấp nhất (5,2%), số bệnh nhân mắc TKTC loại cấp bách là 33,6% và loại gắng sức là 35,5% còn lại là TKTC tràn đầy, trong nghiên cứu của YenaliZci [2] tỷ lệ TKTC hỗn hợp chiếm tỷ lệ cao nhất 53,2%; TKTC gắng sức là 21,3% và TKTC cấp bách là 25,5%. Có sự khác biệt trong kết quả trên là do trong nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở bệnh nhân nằm nội viện với nhiều yếu tố bệnh lý kết hợp nên tỷ lệ bệnh nhân mắc TKTC tràn đầy khá cao (25,9%). Trong nghiên cứu của YenaliZci [2], tỉ

lệ TKTC hỗn hợp chiếm tỉ lệ cao nhất 53,2%, vì nghiên cứu này thực hiện ở những bệnh nhân Thổ Nhĩ Kỳ nhóm đối tượng nghiên cứu có thể trạng béo BMI trung bình là $27,60 \pm 4,45$) làm tăng tỉ lệ đối tượng TKTC gắng sức và cấp bách (TKTC hỗn hợp)

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 53,4% TKTC không thường xuyên thấp hơn J. W. G. Yabnell và cộng sự 64% [4], cũng trong nghiên cứu này tỉ lệ TKTC hàng ngày là 2,6 % thấp hơn của chúng tôi là 11,2%. Có sự khác biệt trong kết quả nghiên cứu như trên là do nghiên cứu của J. W. G. Yabnell thực hiện ở cộng đồng với nhiều đối tượng khỏe mạnh, còn nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở bệnh viện, nhóm đối tượng nghiên cứu ngoài ĐTĐ còn có nhiều bệnh lý phối hợp và mức độ bệnh trầm trọng hơn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tiểu không tự chủ trên bệnh nhân cao tuổi điều trị nội trú cao, do vậy cần sang lọc và

chẩn đoán sớm tình trạng tiểu không tự chủ trên bệnh nhân đái tháo đường cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tổ chức y tế thế giới Tây Thái Bình Dương, 2013, *Bệnh không lây nhiễm***
2. **YenalIzci, Pinar Topsever et al (2009)**, "The association between diabetes mellitus and urinary incontinence in adult women",
3. **Marzieh Kargar Jahromi et al (2014)**, "Management of Stress Urinary Incontinence in Females with Diabetic Mellitus (Type 2)", *Diabetes & Metabolism*.
4. **J. W. G. Yabnell, A. S. St Leger (1979)**, "The Prevalence, Severity And Factors Associated With Urinary Incontinence In A Random Sample Of The Elderly", *Epidemiological Research Unit, 4 Richmond Road, Cardiff CF2 3A*,
5. **M.G. Lucas (Chair), D. Bedretdinova (Guidelines Associate)**, *Guidelines on Urinary Incontinence*.
6. **Aniuliene, R. Aniulis, P. Steibliene.** "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.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH KÈM TĂNG HUYẾT ÁP

Trương Trọng Lễ*, Trần Việt An*

TÓM TẮT⁴⁷

Đặt vấn đề: Hiện nay, số người mắc bệnh động mạch vành có tăng huyết áp ngày càng phổ biến và triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng ở những bệnh nhân này cũng rất đa dạng. Việc điều trị hai bệnh này một cách hiệu quả còn gặp nhiều khó khăn. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân bệnh động mạch vành kèm tăng huyết áp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 94 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh động mạch vành có tăng huyết áp được điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Kết quả:** Đau thắt ngực điển hình chiếm 45,7%. Tỷ lệ bệnh nhân mắc tăng huyết áp độ 2, và độ 3 lần lượt là 44,7% và 40,4%. Trên chụp mạch vành: hẹp nhiều động mạch vành chiếm 42,8%, và 61,1% trường hợp hẹp ở động mạch liên thất trước. Sau điều trị, có 96,8% trường hợp thuyên giảm, được ra viện và theo dõi, 91,7% trường hợp cải thiện tình trạng đau ngực. Tỷ lệ huyết áp đạt mục tiêu là 77,4%. **Kết luận:** Đau thắt ngực điển hình là triệu chứng

thường gặp. Bệnh nhân bị tổn thương nhiều nhánh động mạch vành chiếm tỷ lệ cao. Sau quá trình điều trị, phần lớn bệnh nhân cải thiện tình trạng đau ngực, đạt huyết áp mục tiêu.

Từ khóa: Bệnh động mạch vành, tăng huyết áp.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND EVALUATING RESULTS OF TREATMENT FOR PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AND HYPERTENSION

Background: Nowadays, the number of patients with coronary artery disease and hypertension is increasing significantly and clinical, paraclinical symptoms are also diverse. There are many difficulties in finding the effective treatments for these diseases. **Objective:** Describe the clinical and subclinical characteristics and evaluate the outcomes of treatment for coronary artery disease with hypertension patients. **Method and Subject:** Cross-sectional descriptive study was done on 94 in patients diagnosed with coronary artery disease and hypertension at Cantho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Results:** Typical angina accounted for 45.7%. The ratio of patients who have grade 2 and grade 3 hypertension are 44.7% and 40.4%. By coronary angiography, many narrowing coronary arteries accounted for 42.8% and 61.1% cases have left anterior descending stenosis. After

*Trường Đại học Y dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Việt An

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

treatment, there were 96,8% patients were recovered and discharged from hospital; 91,7% cases relieved angina symptoms. The percentage of patients who achieved the target blood pressure was 77,4%. **Conclusions:** Typical angina is a common symptom. Patients have many coronary artery stenosis had high proportion. After treatment, most of patients are improved angina symptom, got target blood pressure.

Keywords: coronary artery disease, hypertension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, trên thế giới người ta ước tính có khoảng 7,6 triệu người (43,4%) tử vong do bệnh động mạch vành vào năm 2005. Theo thống kê của Hội Tim mạch Việt Nam (6/2010) thì cứ 3 người Việt Nam trưởng thành, có 1 người nguy cơ mắc bệnh tim mạch, chủ yếu là bệnh động mạch vành. Riêng nhồi máu cơ tim cấp, tần suất bệnh ngày càng cao và có tỷ lệ tử vong vào khoảng 30%, trong đó khoảng một nửa số bệnh nhân chết trước khi kịp đến bệnh viện. Bên cạnh đó, tăng huyết áp là một yếu tố nguy cơ độc lập đối với bệnh động mạch vành và số bệnh nhân mắc bệnh động mạch vành có tăng huyết áp chiếm tỷ lệ khá cao. Đồng thời có sự khác biệt về mặt triệu chứng lâm sàng cũng như cận lâm sàng trên những bệnh nhân này. Mục tiêu điều trị bệnh mạch vành là kéo dài thời gian sống và cải thiện triệu chứng lâm sàng. Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị bao gồm điều chỉnh những yếu tố nguy cơ, kiểm soát huyết áp, điều trị nội khoa bảo tồn và tái lưu thông động mạch vành bằng can thiệp mạch vành qua da. Tuy nhiên, việc điều trị vẫn còn gặp nhiều khó khăn, đặc biệt tỷ lệ tử vong sau can thiệp mạch vành qua da tăng ở những bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ có tăng huyết áp. Việc điều trị bệnh động mạch vành trên bệnh nhân tăng huyết áp là vấn đề cần thiết do yêu cầu thực tiễn đặt ra. Xuất phát từ vấn đề trên, chúng tôi tiến hành "*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân bệnh động mạch vành kèm tăng huyết áp tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2016-2017*", nhằm hai mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân bệnh động mạch vành kèm tăng huyết áp tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2016-2017.*

2. *Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân bệnh động mạch vành kèm tăng huyết áp tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2016-2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán bệnh động mạch vành có tăng huyết áp nhập viện điều trị tại Khoa Nội Tổng hợp, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 08/2016 đến tháng 04/2017.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: bệnh nhân được chẩn đoán bệnh động mạch vành (gồm thiếu máu cơ tim im lặng, đau thắt ngực ổn định, NMCT cũ, đau thắt ngực không ổn định, NMCT không ST chênh lên và NMCT có ST chênh lên) và tăng huyết áp.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có các rối loạn về tâm thần, bệnh nhân không giao tiếp được, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu:

$$\text{Công thức tính: } n = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 \times p \times q}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu; α : mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha=0,05$ vậy $(Z_{1-\alpha/2})^2 = (1,96)^2$; p: tỷ lệ cải thiện đau thắt ngực sau điều trị bệnh nhân bệnh động mạch vành theo Zheng Tan $p=0,941$; $q=1-p=0$; d: khoảng sai lệch giữa tỷ lệ tử mẫu và tỷ lệ trong quần thể, chọn $d=0,05$. Sai số cho phép là 5%. Thế vào công thức trên ta được $n \approx 85$. Thực tế thu thập được 94 mẫu.

Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm lâm sàng: Thể lâm sàng, đặc điểm đau ngực, phân độ tăng huyết áp.

- Đặc điểm cận lâm sàng:

+ Men tim

+ Siêu âm tim: rối loạn vận động vùng.

+ Điện tâm đồ: dấu hiệu thiếu máu cơ tim, dấu hiệu nhồi máu cơ tim.

+ Chụp động mạch vành: vị trí hẹp, số lượng nhánh mạch vành bị tổn thương.

- Kết quả điều trị: kết quả điều trị chung, tình trạng đau ngực trước và sau điều trị, sự kiểm soát huyết áp.

Phân tích và trình bày số liệu: Số liệu thu thập được làm sạch, phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0. Thống kê mô tả: tính các tỉ lệ, số trung bình \pm độ lệch chuẩn. So sánh nồng độ NT-proBNP bằng phép kiểm t, so sánh tỷ lệ % bằng phép kiểm χ^2

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 94 bệnh nhân bệnh động mạch vành có tăng huyết áp: Nhóm tuổi từ 65 tuổi trở lên chiếm tỉ lệ 74,5%. Nữ giới chiếm tỉ lệ 67% cao hơn nam giới. Thời gian điều trị trung bình là 7,4 ngày.

3.1. Lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm thể lâm sàng

Thể lâm sàng	n	Tỷ lệ %
Nhồi máu cơ tim cấp	27	28,7
Đau thắt ngực không ổn định	15	16,0
Đau thắt ngực ổn định	18	19,1
Thiếu máu cơ tim yếu lắng	22	23,4
Nhồi máu cơ tim cũ	12	12,8

Bảng 2. Đặc điểm đau ngực

Đặc điểm đau ngực	n	Tỷ lệ %
Điển hình	43	45,7
Không điển hình	17	18,1
Không đau ngực hoặc đau ngực không do tim	34	36,2

Bảng 3. Phân độ tăng huyết áp

Phân độ tăng huyết áp	n	Tỷ lệ %
Tăng huyết áp độ 1	14	14,9
Tăng huyết áp độ 2	42	44,7
Tăng huyết áp độ 3	38	40,4

Bảng 4. Đặc điểm nhồi máu cơ tim trên điện tâm đồ

Nhồi máu cơ tim	n	Tỷ lệ %
ST chênh lên	13	48,1
ST không chênh lên	14	51,9

Bảng 5. Hình thái rối loạn vận động vùng trên siêu âm tim

Kết quả siêu âm	n	Tỷ lệ %
Giảm vận động	29	30,84
Loạn vận động	0	0,00
Vô động	1	1,06
Không rối loạn vận động	64	68,10

Bảng 6. Giá trị trung bình Troponin T-hs ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp

HCMVC	Trung bình (ng/ml)	Trung vị (ng/ml)	Giá trị lớn nhất – nhỏ nhất (ng/ml)
NMCT có ST chênh lên	2,10	1,31	0,19-6,98
NMCT không ST chênh lên	0,79	0,43	0,09-3,32
Chung cả hai nhóm	1,42	0,77	0,09-6,98

Bảng 7. Đặc điểm vị trí mạch vành bị tổn thương

Vị trí	n	Tỷ lệ %
Thân chung ĐMV trái	6	16,7
Động mạch liên thất trước	22	61,1
Động mạch mũ	17	47,2
Động mạch vành phải	19	52,8

Bảng 8. Đặc điểm số nhánh mạch vành bị tổn thương

Số nhánh	n	Tỷ lệ %
Bệnh một nhánh ĐMV	8	28,6
Bệnh hai nhánh ĐMV	8	28,6
Bệnh ba nhánh ĐMV	12	42,8

3.2. Kết quả điều trị: Trên 94 bệnh nhân nhập viện, có 71 trường hợp điều trị nội khoa bảo tồn (75,5%), và 23 trường hợp điều trị nội khoa có can thiệp mạch vành qua da (24,5%).

Bảng 9. Kết quả điều trị chung

Kết quả	n	Tỷ lệ %
Thuyên giảm, ra viện và theo dõi	91	96,8
Nặng chuyển tuyến trên điều trị	2	2,1
Bệnh nặng xin về hoặc tử vong	1	1,1

Bảng 10. Tỷ lệ bệnh nhân cải thiện triệu chứng đau ngực sau khi điều trị

Kết quả	n	Tỷ lệ %
Giảm đau ngực	21	35
Hết đau ngực	34	56,7
Không giảm đau ngực	5	8,3

Bảng 11. Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu

	n	Tỷ lệ %
Huyết áp đạt mục tiêu	72	77,4
Huyết áp không đạt mục tiêu	21	22,6

IV. BÀN LUẬN

Thể lâm sàng: Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm mắc bệnh ĐMV mạn chiếm tỷ lệ 55,3% cao hơn so với nhóm mắc HCVC. Tỷ lệ bệnh nhân NMCT cấp trong nhóm HCVC nhiều hơn gần 2 lần so với tỷ lệ bệnh nhân đau thắt ngực không ổn định (28,7% và 16%). Qua đó, chúng tôi thấy rằng bệnh nhân mắc bệnh ĐMV mạn chiếm tỷ lệ cao hơn bệnh nhân mắc HCVC, trong đó thiếu máu cơ tim im lặng là thể lâm sàng chiếm một tỷ lệ đáng kể, mà chúng ta dễ bỏ sót. Do đó cần chú ý phát hiện sớm, giảm những yếu tố nguy cơ tim mạch để hạn chế sự tiến triển đến hội chứng vành cấp đe dọa tính mạng.

Đặc điểm đau ngực: tỷ lệ bệnh nhân có cơn đau thắt ngực điển hình cao hơn 2,5 lần so với đau thắt ngực không điển hình (45,7% so với 18,1%). Kết quả này tương tự trong một số nghiên cứu của Nguyễn Văn Tân có 48,4% ĐTN điển hình, 29,6% ĐTN không điển hình; của Hồ Duy Bình ĐTN điển hình chiếm 46,9% nhiều hơn 3,5 lần so với ĐTN không điển hình (13,3%). Từ đó, chúng tôi nhận thấy đau thắt ngực điển hình thường gặp hơn đau thắt ngực không điển hình, tuy nhiên ở một số nơi khác đặc điểm đau ngực có sự khác biệt nên các bác sĩ cần lưu ý khi chẩn đoán để tránh bỏ sót bệnh.

Phân độ tăng huyết áp: Trong nghiên cứu, phần lớn bệnh nhân có tăng huyết áp độ 2 và độ 3 với tỷ lệ là 44,7% và 40,4%. So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mụi, tăng huyết áp độ 3 chiếm tỷ lệ 34,7% nhưng tăng huyết áp độ 1 chiếm tỷ lệ cao nhất 37,7%. Do đó tỷ lệ bệnh nhân trên 65 tuổi trong chúng tôi (74,5%) cao hơn tác giả Nguyễn Thị Mụi (65%) nên tăng huyết áp độ 2, độ 3 chiếm hầu hết các trường hợp.

Điện tâm đồ: chúng tôi ghi nhận được, trong 27 trường hợp NMCT cấp, có 51,9% không ST chênh lên, nhiều hơn 48,1% có ST chênh lên. Kết quả chúng tôi không giống với nghiên cứu của Dương Quốc Dũng, với NMCT cấp có ST chênh lên chiếm hơn 1/2 (53,2%), nghiên cứu của Nguyễn Đăng Khoa tỷ lệ NMCT có ST chênh lên cao hơn gần 2 lần NMCT cấp không ST chênh (65,38% so với 34,62%). Sự khác biệt này có thể do số mẫu chúng tôi ít hơn, NMCT không ST chênh lên chỉ nhiều hơn NMCT có ST chênh lên một trường hợp, đồng thời có thể do trên bệnh nhân mắc bệnh tăng huyết áp có sự biến đổi ST-

T thứ phát, dấu hiệu tăng gánh áp lực, và có hiện tượng phi đại thất trái nên dễ bị tổn thương ở nội tâm mạc, điều đó dẫn đến tỷ lệ NMCT không ST chênh cao hơn.

Siêu âm tim: trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận hình thái giảm vận động vùng chiếm 30,84%, vô động chiếm 1,06% và không có trường hợp nào bị loạn động. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thượng Nghĩa, có 49,6% giảm động, 7,6% vận động nghịch thường, và 1,3% vô động. Qua nghiên cứu trên chúng tôi nhận thấy giảm động là hình thái rối loạn vận động thường gặp trên siêu âm ở những bệnh nhân bệnh động mạch vành kèm tăng huyết áp.

Men tim: Trên 27 trường hợp NMCT cấp chúng tôi ghi nhận giá trị trung vị của troponin T-hs ở nhóm NMCT có ST chênh lên là 1,31ng/mL cao hơn nhóm NMCT không ST chênh lên là 0,43ng/mL. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Cao Đoàn Thị Bích Huyền, giá trị trung vị của troponin T-hs ở hai nhóm trên lần lượt là 3,74 ng/mL và 1,52ng/mL. Từ đó, chúng tôi nhận thấy rằng nồng độ troponin T-hs ở nhóm NMCT có ST chênh lên cao hơn nhóm NMCT không có ST chênh lên.

Chụp động mạch vành: Về vị trí hẹp ở những bệnh nhân được chụp mạch vành, có 61,1% trường hợp bị hẹp động mạch liên thất trước, kể đến là 52,8% hẹp động mạch vành phải. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Minh Toàn, hẹp động mạch liên thất trước chiếm tỷ lệ cao nhất là 77,77% và thấp nhất là hẹp thân chung với 5,55%. Trong nghiên cứu của Mai Phạm Trung Hiếu, hẹp động mạch liên thất trước chiếm đa số với 51,5%, kể đến là hẹp động mạch vành phải 33,8%. Từ đó, có thể nhận thấy rằng động mạch liên thất là vị trí bị tổn thương nhiều nhất trong phần lớn các trường hợp. Nghiên cứu chúng tôi còn ghi nhận: đa số bệnh nhân bị tổn thương từ hai nhánh động mạch vành trở lên (71,4%). Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Ioannis Kallikazaros với bệnh nhân nhiều nhánh động mạch vành chiếm 63%. Qua các nghiên cứu chúng tôi nhận thấy ở bệnh nhân bệnh ĐMV có tăng huyết áp thường thì hẹp nhiều ĐMV chiếm tỷ lệ cao hơn là hẹp một ĐMV đơn thuần.

Kết quả điều trị: Sau quá trình điều trị có đến 96,8% bệnh nhân thuyên giảm xuất viện, có

2 trường hợp do mạch vành hẹp nặng, khi can thiệp mạch vành qua da không giải quyết được chỗ hẹp nên chuyển lên tuyến trên điều trị tiếp (chiếm tỷ lệ 2,1%), và một trường hợp tử vong sau can thiệp trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim Killip IV, hẹp nặng và hẹp nhiều nhánh (1,1%).

Đặc điểm triệu chứng lâm sàng sau quá trình điều trị: hơn 90% trường hợp cải thiện tình trạng đau ngực từ giảm đau (35%) đến không còn đau nữa (56,7%) sau khi điều trị. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Zheng Tan có 94,1% bệnh nhân cải thiện tình trạng đau ngực từ giảm đau (43,1%) đến hết đau hoàn toàn (50,9%). Qua các nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy những bệnh nhân bệnh động mạch vành có tăng huyết áp sau quá trình điều trị, phần lớn bệnh nhân cải thiện tình trạng đau ngực của mình với tỷ lệ khoảng 90%-95%.

Về việc kiểm soát huyết áp, tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu huyết áp cao hơn gấp 3,5 lần so với nhóm không đạt mục tiêu (77,4% và 22,6%).

V. KẾT LUẬN

Phần lớn bệnh nhân bệnh động mạch vành kèm tăng huyết áp có triệu chứng đau thắt ngực điển hình. Hình thái rối loạn vận động vùng thường gặp nhất trên siêu âm tim là giảm vận động. Qua chụp mạch vành trên những bệnh nhân này thường gặp hẹp nhiều động mạch vành hơn so với chỉ hẹp một động mạch đơn thuần, và động mạch liên thất trước là vị trí tổn thương phổ biến nhất.

Sau điều trị, có 96,8% trường hợp thuyên giảm, được ra viện và theo dõi, 91,7% trường hợp cải thiện tình trạng đau ngực. Tỷ lệ bệnh nhân sau

điều trị, huyết áp đạt mục tiêu cao hơn gấp 3,5 lần so với nhóm huyết áp không đạt mục tiêu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Duy Bình (2016)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan bệnh động mạch vành đến khám và điều trị tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Đại học Y Dược Cần Thơ.
2. **Dương Quốc Dũng (2015)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, các yếu tố liên quan và đánh giá kết quả điều trị hội chứng mạch vành cấp ở bệnh nhân từ 40-64 tuổi, tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
3. **Mai Phạm Trung Hiếu (2015)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh tổn thương động mạch vành và kết quả can thiệp động mạch vành qua da ở bệnh nhân bệnh động mạch vành tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
4. **Cao Đoàn Thị Bích Huyền (2014)**, Nghiên cứu vai trò của nồng độ Troponin T độ nhạy cao và NT-proBNP huyết tương trong tiên lượng ngắn hạn bệnh nhân hội chứng vành cấp, Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
5. **Nguyễn Đăng Khoa (2015)**, Nghiên cứu giá trị lâm sàng, cận lâm sàng trong dự báo và đánh giá kết quả của các phương pháp điều trị ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp có chụp mạch vành tại Bệnh viện Tim mạch An Giang, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
6. **Nguyễn Thị Mụi (2016)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thuốc chống tăng huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại khoa nội tim mạch Bệnh viện Đa khoa Trường Ương Cần Thơ, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Đại học Y Dược Cần Thơ.
7. **Nguyễn Thượng Nghĩa (2010)**, Mối liên quan giữa các phương pháp chẩn đoán kinh điển bệnh mạch vành mạn tính với chụp động mạch vành cản quang, Luận án thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

SO SÁNH KẾT QUẢ THẨM MỸ CỦA SEO BẰNG KEO DÁN DA VÀ CHỈ NYLON 6.0 SAU PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MÔI MỘT BÊN

Phạm Hoàng Tuấn*

TÓM TẮT⁴⁸

Mục tiêu: Đánh giá kết quả thẩm mỹ của keo dán da Dermabond trong phẫu thuật khe hở môi một bên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành trên 61 bệnh nhi có khe hở môi 1 bên. Các bệnh nhân trên được phẫu thuật tạo hình bằng phương pháp Millard. Nhóm 1 gồm 30 bệnh nhi được

khâu đóng da bằng keo dán da Dermabond, nhóm 2 gồm 31 bệnh nhi còn lại được khâu đóng da bằng chỉ Nylon 6.0. Các nhóm bệnh nhân này được đánh giá độ thẩm mỹ của sẹo sau 6 tháng. **Kết quả:** Nhóm keo dán da không có di tích chân chỉ, nhóm khâu da bằng chỉ Nylon 6.0 có 13 bệnh nhân chiếm 41,9% ($p < 0,05$). Tính thẩm mỹ chung, độ rộng sẹo, màu sẹo so với màu của tổ chức da xung quanh, chiều cao sẹo so với da xung quanh thì tương tự nhau giữa 2 nhóm. Độ thẩm mỹ của sẹo theo tháng điểm SBSSES thấy tương tự giữa 2 nhóm. **Kết luận:** Keo dán da Dermabond mang lại sẹo có tính thẩm mỹ cao trong phẫu thuật khe hở môi một bên

Từ khóa: Keo dán da Dermabond, khe hở môi một bên

*BV RHM TƯ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính:

Email: drtuan1966@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

SUMMARY**AESTHETIC COMPARISON BETWEEN SKIN ADHESIVE AND NYLON 6.0 SUTURE IN UNILATERAL CLEFT LIP SURGERY**

Aim: Aesthetic evaluation of Dermabond skin adhesive in unilateral cleft lip surgery. **Materials and methods:** 61 pediatric patients with unilateral cleft lip participated in this trial. All the surgeries were performed following Millard technique. The group 1 (test) included 30 patients, using Derma bond for skin closure. 31 patients, whose surgeries used nylon 6.0 as skin suture, were considered as control group. The scars were evaluated after 6 months. **Result:** None of Dermabond case has stitch marks, while with Nylon 6.0 suture, there are 13 subjects (41.9%) have stick marks ($p < 0.05$). There is no difference between overall scar's aesthetics, scar's width, color of scar and scar height compare to skin around it in 2 groups. Evaluate scar's aesthetics using SBSES also shown no difference between two groups. **Conclusion :** Using Dermabond skin adhesive results in good aesthetics in unilateral cleft lip surgery.

Keyword: Dermabond skin adhesive, unilateral cleft lip

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, các phẫu thuật viên đã áp dụng nhiều phương pháp khâu da như là việc khâu da bằng chỉ không tiêu, khâu lớp trong da sau đó bằng vết mổ, và dùng keo dán da để tránh việc cắt chỉ cho bệnh nhân. Đã có nhiều công trình nghiên cứu so sánh giữa việc dùng chỉ khâu với việc dùng keo dán da trong phẫu thuật tạo hình môi. Đặc biệt, Spauwen và cộng sự [1] nghiên cứu so sánh giữa khâu da bằng chỉ và keo dán da trong phẫu thuật tạo hình môi một bên thấy 60% bệnh nhân đạt kết quả tốt khi dùng keo dán da (Dermabond), 33% bệnh nhân ở nhóm được dùng chỉ khâu. Hàng năm, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội có nhiều đợt mổ nhân đạo tại viện và ở các tỉnh cho bệnh nhân bị khe hở môi vòm miệng. Chúng tôi áp dụng keo dán da trong phẫu thuật tạo hình môi tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình chăm sóc sau mổ phù hợp với số lượng bệnh nhân đông và thời gian của mỗi đợt ngắn, và bệnh nhi không phải cắt chỉ. Tuy nhiên, cho đến nay ít có nghiên cứu nào toàn diện chính thống về hiệu quả của keo dán da so với các phương pháp khâu khác. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "*So sánh kết quả thẩm mỹ của sẹo bằng keo dán da và chỉ Nylon 6.0 sau phẫu thuật tạo hình môi một bên*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân bị khe hở môi một bên có hay không có khe hở vòm theo tiêu chuẩn.

***Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** Tất cả bệnh nhân bị dị tật bẩm sinh khe hở môi một bên có hay không có khe hở vòm miệng được lựa chọn theo tiêu chuẩn quy luật 10 của Wilhelmsen và Musgrave năm 1969:

- Sau 10 tuần tuổi
- Cân nặng tối thiểu là 10 pounds (tương đương 4,5 kg)

- Hemoglobin máu > 10g/dL

- Bạch cầu < 10.000/mm³

***Tiêu chuẩn loại trừ**

- Không đủ điều kiện gây mê

- Mặc các bệnh nội khoa khác kèm theo

- Khe hở môi hai bên

- Bệnh nhân đang có tình trạng nhiễm trùng da vùng môi phẫu thuật

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh Viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội từ 5/2015-5/2016.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Cỡ mẫu: Nghiên cứu được tiến hành trên 61 bệnh nhân chia thành 2 nhóm, trong đó: Nhóm 1: Có 30 bệnh nhân; Nhóm 2: Có 31 bệnh nhân

2.3.2. Chọn mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, có nghĩa là lấy tất cả bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn vào nhóm nghiên cứu cho đến khi đủ cỡ mẫu.

2.3.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng.

2.3.4. Phương pháp tiến hành nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân cùng được phẫu thuật khe hở môi cùng một phương pháp Millard. Tuy nhiên, quá trình đóng vết mổ bệnh nhân được chia thành 2

Nhóm 1: Bệnh nhân được khâu lớp niêm mạc nền mũi và niêm mạc ngách tiền đình bằng chỉ Vicryl rapid 4.0, lớp cơ bằng chỉ Vicryl 5.0, môi đỏ bằng chỉ Chromic Catgut 6.0, khâu định hướng một số mũi trong da bằng chỉ Chromic Catgut 6.0 để xấp sếp các đầu vật da vào đúng vị trí giải phẫu, bôi keo dán da ở trên bề mặt lớp biểu bì.

Nhóm 2: Bệnh nhân được khâu lớp niêm mạc nền mũi và niêm mạc ngách tiền đình bằng chỉ Vicryl rapid 4.0, lớp cơ bằng chỉ Vicryl 5.0, môi đỏ bằng chỉ Chromic Catgut 6.0, khâu một số mũi định hướng trong da bằng chỉ Chromic Catgut 6.0 lớp da bên ngoài được khâu bằng chỉ Nylon 6.0.

***Tiêu chí đánh giá:** Đánh giá mức độ của khe hở môi theo phân loại của tổ chức phẫu thuật nụ cười của tác giả Luis Bermudez

Bảng phân loại mức độ khe hở môi một bên

	Nhẹ = 1	Vừa = 2	Nặng = 3
Tiêu chuẩn	Khe hở môi không toàn bộ	Khe hở môi toàn bộ nhưng không rộng Hai bên mép của khe hở có một vài điểm tiếp xúc	Khe hở môi toàn bộ và khe hở rộng Hai bên mép khe hở không có điểm tiếp xúc

- *Đánh giá kết quả thẩm mỹ của sẹo sau 6 tháng:* Đánh giá tình trạng sẹo và thẩm mỹ sẹo sau 6 tháng phẫu thuật, đánh giá dựa theo bảng đánh giá SBSES (Stony Brook Scar Evaluation Scale) của tác giả Singer và cộng sự [2] đề xuất năm 2007, được phát triển và đưa vào các nghiên cứu đánh giá kết quả thẩm mỹ sớm. Bảng đánh giá bao gồm 5 tiêu chí đánh giá, giúp đánh giá được kết quả thẩm mỹ sớm và muộn của vết thương.

Bảng tiêu chuẩn đánh giá sẹo SBSES

	Tiêu chí đánh giá	Điểm
Độ rộng sẹo	> 2 mm	0
	≤ 2 mm	1
Chiều cao sẹo	Cao hơn/lõm hơn so với tổ chức da xung quanh	0
	Ngang bằng với tổ chức da xung quanh	1
Màu sắc	Tối hơn da xung quanh	0
	Bằng hoặc sáng hơn da xung quanh	1
Vết chân chỉ	Còn dấu chân chỉ	0
	Không còn	1
Thẩm mỹ chung của sẹo	Xấu	0
	Tốt	1
Tổng		5

Cho điểm từ 0-5, điểm càng cao có nghĩa là sẹo càng thẩm mỹ.

2.4. Phương pháp hạn chế sai số

Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được tiến hành bởi một phẫu thuật viên.

Kỹ thuật mổ môi: Các bệnh nhân được phẫu thuật theo phương pháp Millard.

Sau khi thu thập số liệu, số liệu được làm sạch trước khi tiến hành phân tích.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Sau khi thu thập thông tin bệnh án nghiên cứu và phân tích ảnh của bệnh nhân, chúng tôi tiến hành xử lý số liệu bao gồm làm sạch số liệu, sửa chữa số liệu, mã hóa số liệu và tóm tắt số liệu.

Chúng tôi phân tích số liệu theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 16.0 có sử dụng các Test thống kê: Test khi bình phương, t test, test ranksum, Fisher's Exact Test.

2.6. Đạo đức nghiên cứu:

- Được sự đồng ý của hội đồng khoa học của Bệnh Viện RHM TƯ Hà Nội.

- Gia đình bệnh nhân tự nguyện tham gia.

- Trước khi đưa vào nghiên cứu này, gia đình bệnh nhân được chúng tôi giải thích đầy đủ về mục đích, yêu cầu và nội dung của nghiên cứu, ưu nhược điểm của từng phương pháp điều trị, sau đó những gia đình bệnh nhân nào tự nguyện hợp tác tham gia và có cam kết chúng tôi sẽ đưa vào nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Độ tuổi bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi	Nhóm 1(Keo dán da)		Nhóm 2(Chỉ Nylon 6.0)		Tổng
	n	%	n	%	
< 6 tháng	13	43,3	15	48,4	28
6 - 12 tháng	13	43,3	12	38,7	5
>12 tháng	4	13,3	4	12,9	8
Tổng	30	100	31	100	61

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng bệnh nhân của hai nhóm được phẫu thuật chủ yếu ở tuổi từ ≤ 12 tháng. Tuổi trung bình của nhóm được sử dụng keo dán da là 9,217 ± 7,266 tháng, còn nhóm được sử dụng chỉ Nylon 6.0 là 8,048 ± 3.377 tháng. Theo báo cáo về thực trạng quản lý bệnh nhân bị khe hở môi, khe hở vòm tại Ấn Độ đăng trên tạp chí phẫu thuật tạo hình Ấn Độ chỉ ra rằng số bệnh nhân bị khe hở môi được

phẫu thuật thì đều có tuổi trung bình là trước 6 tháng. Chúng tôi thấy rằng hầu hết các tác giả trên thế giới tiến hành phẫu thuật thì đầu cho bệnh nhân bị khe hở môi sớm. Đặc biệt với Magee là người có nhiều kinh nghiệm trong phẫu thuật cho các trẻ bị khe hở môi cộng thêm là điều kiện gây mê hồi sức tốt cho các bệnh nhi ông đã tiến hành cho bệnh nhi có độ tuổi trung bình là 46,5 ngày.

3.2. So sánh kết quả thẩm mỹ của sẹo bằng keo dán da và bằng chỉ Nylon 6.0 sau phẫu thuật tạo hình môi một bên

3.2.1. So sánh đặc điểm độ rộng sẹo

	Nhóm 1 (N = 30) (Keo dán da)		Nhóm 2 (N = 31) (Chỉ Nylon 6.0)		Chung (N = 61)		p
	n	%	n	%	n	%	
> 2mm	0	0	1	3,2	1	1,6	0,516
≤ 2mm	30	100	30	96,8	60	98,4	

Theo nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng, cả hai nhóm bệnh nhân nghiên cứu có một bệnh nhân có kích thước sẹo giãn với độ rộng của sẹo lớn hơn 2mm, bệnh nhân này nằm ở nhóm bệnh nhân được sử dụng chỉ Nylon, còn lại không có bệnh nhân nào có biểu hiện sẹo giãn. Khi tiến hành tính trung bình độ rộng của sẹo thấy nhóm được sử dụng keo dán da có kích thước trung bình là 1,00 ± 0,00 mm, và nhóm được dùng chỉ Nylon có kích thước là 1,03 ± 0,18 mm. Sự khác biệt về động rộng trung bình của hai nhóm nghiên cứu là không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

3.2.2. So sánh đặc điểm màu sắc của sẹo so với da xung quanh

	Nhóm 1 (N = 30) (Keo dán da)		Nhóm 2 (N = 31) (Chỉ Nylon 6.0)		Chung (N = 61)		p
	n	%	n	%	n	%	
Ngang bằng	20	66,7	22	71	42	68,9	0,717
Sáng hơn	10	33,3	9	29	19	31,1	

Chúng tôi thấy rằng, màu sắc của sẹo trong nghiên cứu có số lượng lớn ở nhóm có màu tương tự như màu của tổ chức da xung quanh với, trong đó số bệnh nhân được sử dụng chỉ khâu Nylon 6.0 lớn hơn ở nhóm dùng keo dán da (tương ứng là 71% so với 66,7%). Màu sắc sáng hơn so với tổ chức da xung quanh cũng có 10 bệnh nhân ở nhóm dùng keo dán da và 9 bệnh nhân ở nhóm được dùng chỉ Nylon. Và không có bệnh nhân nào sẹo có màu tối hơn so với màu da xung quanh. Tuy nhiên khi sử dụng test thống kê khi bình phương để so sánh sự khác biệt của hai nhóm chúng tôi không thấy có sự khác biệt về màu sắc của hai nhóm với p > 0,05. Theo nguyên tắc lành thương, giai đoạn tạo sẹo bình thường có giai đoạn tạo và sửa chữa sẹo. Quá trình này diễn ra trong vòng từ 12 đến 18 tháng với việc giảm tân mạch đến sẹo cho đến khi vô mạch và làm cho sẹo giảm dần màu đỏ và

nhạt màu dần cùng với việc sửa chữa lại cấu trúc của sợi Chollagen để tạo lên sẹo trưởng thành với tính chất là phẳng, trắng, mềm mại, đàn hồi, không đau và ngứa. Với thời gian nghiên cứu ngắn, do vậy nhóm nghiên cứu của chúng tôi không gặp bệnh nhân nào có màu sắc tối màu hơn so với màu da xung quanh là cũng phù hợp với quá trình tạo sẹo bình thường của vết thương. Trong nghiên cứu so sánh giữa dùng keo dán da với việc dùng chỉ Monocryl 6.0 trong phẫu thuật tạo hình khe hở môi của tác giả Paul.HM. Spauwen [1] chỉ ra rằng số lượng bệnh nhân có sẹo đỏ 3 bệnh nhân trong tổng số 15 bệnh nhân được dùng keo dán da khi đánh giá sẹo ở thời điểm 8 tuần sau phẫu thuật. Tuy nhiên, tại thời điểm đánh giá là 1,8 năm thì thấy rằng số bệnh nhân có sẹo đỏ tăng lên ở nhóm dùng keo dán da. Nhóm dùng keo dán da là 6 còn nhóm dùng chỉ Monocryl 6.0 là 3.

3.2.3. So sánh đặc điểm chiều cao sẹo so với tổ chức da xung quanh

	Nhóm 1 (N = 30) (Keo dán da)		Nhóm 2 (N = 31) (Chỉ Nylon 6.0)		Chung (N = 61)		p
	n	%	n	%	n	%	
Cao hơn	10	33,3	7	22,6	17	27,9	0,423
Ngang bằng	20	66,7	23	74,2	43	70,5	
Thấp hơn	0	0	1	3,2	1	1,6	

Theo nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng, số bệnh nhân có chiều cao ngang bằng với da xung quanh ở hai nhóm chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân được đảm bảo vô khuẩn tốt trong quá trình chuẩn bị và trong quá trình phẫu thuật, khi tiến hành phẫu thuật cho bệnh nhân chúng tôi tuân thủ đúng nguyên tắc, rạch mép vết mổ sắc gọn

không làm rách nát mép và đầu vạt, trong khi khâu vết mổ chúng tôi luôn tuân thủ đúng nguyên tắc khâu từng lớp từ trong ra ngoài, từ lớp niêm mạc, lớp cơ, lớp trong da và lớp dưới da. Chúng tôi đảm bảo nguyên tắc là hai mép vết mổ được kéo áp sát vào nhau không có hiện tượng chồng mép vết thương. Do vậy, bôi keo dán da ở bên trên không có hiện tượng dịch keo

dán chày vào giữa hai mép vết mổ, nên quá trình liền thương của vết mổ được diễn ra tốt và quá trình tạo sẹo được diễn ra bình thường. Số bệnh nhân có sẹo trường thành bình thường chiếm tỷ lệ cao. Ngoài ra còn có một số bệnh nhân có chiều cao sẹo cao hơn tổ chức da xung quanh ở nhóm có dùng keo dán da là 10 còn nhóm có sử dụng chỉ Nylon là 7 bệnh nhân. Tác giả Wilson [4] nghiên cứu so sánh tỷ lệ tạo sẹo lồi trong phẫu thuật tạo hình khe hở môi giữa nhóm được dùng keo dán da với dùng băng dính sau khi khâu trong da của thấy rằng, hiện tượng sẹo lồi ở nhóm dùng keo dán da lớn hơn nhóm

dùng băng dính (18% so với 12%) sự khác biệt trên là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Trong nghiên cứu sử dụng keo dán da trong phẫu thuật khe hở môi thì đầu và thì hai của J.M.Cooper [5] thấy rằng, một bệnh nhân có biểu hiện sẹo lồi trong tổng số 18 bệnh nhân nghiên cứu. Bệnh nhân này là bệnh nhân bị hoại tử một phần đầu của vật đẩy của kỹ thuật Millard. Như vậy thấy rằng kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của các tác giả nghiên cứu ứng dụng keo dán da trong phẫu thuật trước đó.

3.2.4. So sánh đặc điểm di tích chân chì

	Nhóm 1 (N = 30) (Keo dán da)		Nhóm 2 (N = 31) (Chỉ Nylon 6.0)		Chung (N = 61)		p
	n	%	n	%	n	%	
Có	0	0	13	41,9	13	21,3	0,0001
Không	30	100	18	58,1	48	78,7	

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng nhóm bệnh nhân được dùng chỉ khâu truyền thống có số lượng bệnh nhân còn có biểu hiện có dấu vết chân chì sau phẫu thuật là 13 bệnh nhân chiếm 41,9%. Điều này chứng tỏ rằng, mặc dù chúng tôi có sử dụng chỉ khâu da nhỏ (Chỉ Nylon 6.0), thì vẫn có hiện tượng để lại dấu vết chân chì trong quá trình lành sẹo, điều đó gây ảnh hưởng đến tính thẩm mỹ chung của

sẹo sau này, tuy nhiên tỷ lệ này là không nhiều so với nhóm bệnh nhân không có dấu vết chân chì. Điều này, chúng tôi không gặp ở nhóm bệnh nhân được dùng keo dán da. Đặc điểm này là ưu điểm của việc dùng keo dán da so với việc khâu da. Tạo được môi cân đối gần giống với tự nhiên. Để bệnh nhân có đủ tự tin hòa hợp được với cộng đồng xã hội. Giúp cho bệnh nhân có thể phát triển bình thường sau này lớn lên.

3.2.5. So sánh đặc điểm thẩm mỹ sẹo theo thang điểm SBSSES

Bảng 3.18. Bảng so sánh điểm thẩm mỹ sẹo theo thang điểm SBSSES

	Nhóm 1 (N = 30) (Keo dán da)		Nhóm 2 (N = 31) (Chỉ Nylon 6.0)		Chung (N = 61)		p
	n	%	n	%	n	%	
TB ± ĐLC	4,53 ± 0,73		4,13 ± 1,02		4,33 ± 0,97		0,08
Phân nhóm							
< 4	4	13,3	5	16,1	9	14,8	0,522
4 - 5	26	86,7	26	83,9	52	85,2	

Kết quả thẩm mỹ của sẹo theo thang điểm SBSSES được đánh giá dựa vào năm tiêu chuẩn đánh giá là độ rộng của sẹo, màu sắc sẹo so với da xung quanh, chiều cao sẹo so với da xung quanh, di tích vết chân chì và thẩm mỹ chung của sẹo. Theo đó, nếu bệnh nhân có điểm càng cao thì sẹo có tính thẩm mỹ càng tốt.

Theo nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng, điểm trung bình trung của nhóm sử dụng keo dán da là $4,53 \pm 0,73$ lớn hơn nhóm dùng chỉ Nylon là $4,13 \pm 1,02$. Qua đó thấy rằng, sau 6 tháng phẫu thuật, nhóm bệnh nhân được sử dụng keo dán da có kết quả thẩm mỹ lớn hơn nhóm bệnh nhân được sử dụng chỉ Nylon 6.0 trong phẫu thuật khe hở môi, sự khác biệt trên là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả trên của chúng tôi tương tự với nhiều nghiên

cứ khác nhau của các tác giả trên thế giới khi nghiên cứu ứng dụng keo dán da trong phẫu thuật. Trong nghiên cứu sử dụng keo dán da trong phẫu thuật khe hở môi của Magee, chúng minh rằng khi sử dụng keo dán da ít biến chứng và mang lại kết quả thẩm mỹ tốt.

Để đánh giá kết quả của keo dán da so với phương pháp khâu da bằng chỉ Monocryl 6.0 trong phẫu thuật khe hở môi, tác giả Spauwen và cộng sự [1]. Kết quả nghiên cứu đã cho thấy, không có sự khác biệt về kết quả thẩm mỹ của sẹo giữa hai nhóm bệnh nhân nghiên cứu trong đánh giá của bố mẹ bệnh nhân cũng như đánh giá của các chuyên gia phẫu thuật.

IV. KẾT LUẬN

- Nhóm keo dán da không có di tích chân chì,

nhóm khâu da bằng chỉ Nylon 6.0 có 13 bệnh nhân chiếm 41,9%. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Tính thẩm mỹ chung, độ rộng sẹo trung bình sau mổ 6 tháng, màu sẹo so với màu của tổ chức da xung quanh, chiều cao sẹo so với da xung quanh thì tương tự nhau giữa 2 nhóm keo dán da và khâu da bằng chỉ Nylon 6.0, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Đánh giá tính thẩm mỹ của sẹo theo tháng điểm SBSSES thấy tương tự giữa 2 nhóm, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Spauwen P. H.M., Wendy A.A. L, Hartmann Ed H.M., (September 2006) Dermabond versus monocryl suture in clip closure, *Cleft palate – Craniofacial Journal*, vol.43, No 5, 625 – 627.
2. Singer et al (Dec 2007), Development and validation of a novel scar evaluation scale. *Plast reconstr surg*, 120(7), 1892- 1897.
3. Trịnh Văn Minh (1990), Giải phẫu Đầu mặt Cổ. *Nhà xuất bản Y học*, 451 – 516.
4. Andrew D.H Wilson, et al (November 2008), Dermabond tissue adhesive versus Steri – Strips in unilateral cleft lip repair: An audit of Infection and hypertrophic scar rates. *Cleft palate – Craniofacial journal*, Vol 45, No 6, 614 – 619.
5. Joshua M. C, Keith T. P(march 2006), Cleft lip repairs using Dermabond. *Journal of Craniofacial surgery*, 17, 2, 340 – 343.
6. K.J. Farion et al (February 2003), Tissue adhesives for traumatic lacerations: A systematic review of randomized controlled trials, *Acad Emerg Med*, vol 10, no 2, 110 – 118.
7. P.Daniel. Knott, (February 2007), A comparison of dermabond tissue adhesive and suture in the primary repair of the congenital cleft lip, *Annals of plastic surgery*, vol 58, number 2, 121 – 125.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ SỐ BƯỚC CHÂN HÀNG NGÀY CỦA SINH VIÊN CỬ NHÂN DINH DƯỠNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Quang Dũng*, Đặng Thị Thu Hằng*, Bùi Thị Phương Linh*

TÓM TẮT⁴⁹

Tình trạng dinh dưỡng (TTDD) và hoạt động thể lực (HĐTL) có vai trò quan trọng đối với sức khỏe của sinh viên. Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành trên 96 sinh viên cử nhân dinh dưỡng (CNDD) trường Đại học Y Hà Nội nhằm mô tả TTDD và HĐTL thông qua số bước chân trong ngày. Đối tượng được cân, đo chiều cao và đeo máy đếm bước chân (Sato-Nhật Bản) trong 2 ngày trong tuần và 1 ngày cuối tuần. Thời gian đeo máy từ khi ngủ dậy tới khi đi ngủ buổi đêm, ngoại trừ lúc tắm, bơi, ngủ. TTDD được đánh giá bằng chỉ số BMI. Chiều cao trung bình của nam sinh viên đạt 166,7cm và nữ sinh viên đạt 155,8cm. Tỷ lệ thừa cân ở nam sinh viên là 14,3%, tỷ lệ thiếu năng lượng trường điển ở nữ sinh viên là 26,9%. Số bước chân trung bình của nam sinh viên là 6.305 bước/ngày và nữ sinh viên là 6.359 bước/ngày. Tỷ lệ sinh viên đạt trên 10.000 bước/ngày là 5,2%. Nhiều nữ sinh viên cử nhân dinh dưỡng bị thiếu năng lượng trường điển, số sinh viên CNDD tích cực HĐTL dựa trên số bước chân trong ngày đạt tỷ lệ thấp.

Từ khóa: tình trạng dinh dưỡng, sinh viên, số bước chân, thiếu năng lượng trường điển, thừa cân

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS, NUMBER OF STEPS PER DAY AMONG STUDENTS IN BACHELOR

*Viện Đào tạo YHDP và YTCC, trường Đại học Y HN
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Dũng
Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

OF NUTRITION AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY

Nutritional status and physical activity play important roles for student's health. The descriptive cross-sectional study was conducted on 96 students in bachelor of nutrition, Hanoi Medical University aiming at describing the nutritional status and physical activity by using steps per day. Weight, height were measured and subjects were asked to wear a pedometer (Sato-Japan) in 2 weekdays and 1 weekend day. The pedometer was worn from the morning until evening before bed, except when bathing, swimming and sleeping. Nutritional status was assessed by BMI. Mean height of males was 166.7cm and of females was 155.8cm. The prevalence of overweight among males was 14.3%, the prevalence of CED among females was 26.9%. The mean daily step count of males was 6305 steps and of females was 6359 steps. The prevalence of subjects who had more than 10,000 steps per day was 5.2%. Many female students were identified as chronic energy deficiency, the prevalence of physically active students based on daily steps was low.

Keywords: nutritional status, students, steps, chronic energy deficiency, overweight

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh viên là nguồn nhân lực có chất lượng cao, là những công dân tương lai có vai trò quan trọng trong sự phát triển của đất nước. Chế độ dinh dưỡng, hoạt động thể lực (HĐTL) là những yếu tố ảnh hưởng trực tiếp tới tình trạng dinh dưỡng (TTDD), thể lực, sức khỏe của sinh viên. Quan tâm chăm sóc sức khỏe, đảm bảo chế độ

ăn, luyện tập, nghỉ ngơi cho sinh viên góp phần nâng cao sức khỏe, giúp họ có được thành tích tốt trong học tập, sau này trở thành người lao động có ích cho xã hội.

Trước đây đã có một số nghiên cứu về TTDD trên người trưởng thành và sinh viên [2,3]. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào được tiến hành để mô tả TTDD của sinh viên cử nhân dinh dưỡng (CNDD) Đại học Y Hà Nội. Các nghiên cứu mô tả HĐTL thông qua số đếm bước chân trong một ngày cũng chưa được tiến hành nhiều tại Việt Nam. Trên thế giới, người ta đã đề xuất ngưỡng về số bước chân cần đạt trong một ngày: một người đi dưới 5.000 bước/ngày được coi là có lối sống tĩnh tại, còn trên 10.000 bước/ngày được coi là tích cực HĐTL [4].

Máy đếm bước chân có tên gọi tiếng Anh là "Walking Step Counter" hoặc "Pedometer". Máy có kích thước nhỏ, gọn nhẹ, ít gây phiền toái cho người đeo, phù hợp với mọi đối tượng, giá thành rẻ, dễ thu thập số liệu. Cơ chế hoạt động của máy là cơ học và điện tử, có độ nhạy với chuyển động cơ thể, khi gắn vào cơ thể, máy ghi lại số bước chân theo thời gian. Với ngưỡng 10.000 bước/ngày, nhiều người đã đeo máy đếm bước chân để có lối sống tích cực HĐTL, giúp phòng ngừa bệnh mạn tính [5]. *Nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu mô tả TTDD và HĐTL thông qua số bước chân hàng ngày của sinh viên cử nhân dinh dưỡng, trường đại học Y Hà Nội.*

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 sinh viên cử nhân dinh dưỡng từ năm thứ nhất tới năm thứ 4, trường Đại học Y Hà Nội. Tiêu chuẩn chọn đối tượng: khỏe mạnh, tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu. Thời gian thu thập số liệu: Tháng 9/2016-3/2017.

2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức

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

Cỡ mẫu của nghiên cứu này được lấy từ cỡ mẫu xác định tỷ lệ (p) sinh viên đạt được mức khuyến nghị về HĐTL trên 600 MET-phút/tuần của WHO. Ước tính p = 50%, ở độ tin cậy 95%

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Tuổi, cân nặng, chiều cao và BMI trung bình của đối tượng nghiên cứu

	Nam (n = 14)		Nữ (n = 82)	
	TB ± SD	(Cực tiểu-cực đại)	TB ± SD	(Cực tiểu-cực đại)
Tuổi (năm)	21,1 ± 2,0	18,0-26,0	20,1 ± 1,3	18,0-25,0

và sai số tuyệt đối d = 10%, cỡ mẫu n = 96. Chọn mẫu nghiên cứu theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn.

2.3. Thu thập số liệu

Cân nặng: Cân nặng đối tượng nghiên cứu được đo bằng cân điện tử Seca, độ chính xác 0,1 kg. Khi cân, đối tượng được yêu cầu bỏ giày dép, mũ, nón, các đồ vật trong người, chỉ mặc quần áo nhẹ. Kết quả được đo bằng kg, với 1 số lẻ.

Chiều cao: 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, chẩm đầu chạm vào thước đo. Kết quả được đo bằng cm với 1 số lẻ.

Số bước chân: Máy đếm bước chân có độ nhạy cao, đo được chuyển động của cơ thể. Đối tượng đeo máy đếm bước chân trong 3 ngày, trong đó 2 ngày trong tuần và 1 ngày cuối tuần. Thời gian đeo từ sáng sớm sau khi ngủ dậy đến tối trước khi đi ngủ, đeo cả khi tập luyện thể dục thể thao, trừ lúc bơi, tắm, khi ngủ. Đơn vị đo số đếm bước chân là bước.

2.4. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng:

TTDD của đối tượng nghiên cứu được đánh giá dựa vào chỉ số BMI. BMI được tính bằng cách lấy cân nặng (kg) chia cho bình phương của chiều cao (m²). Thiếu năng lượng trường diễn độ 3 khi BMI < 16, CED độ 2 khi BMI từ 16-16,99, CED độ 1 khi BMI từ 17-18,49. TTDD bình thường khi BMI từ 18,5-24,99, thừa cân khi BMI ≥ 25, trong đó tiền béo phì khi BMI từ 25 tới 29,99, béo phì khi BMI ≥ 30, và chia thành 3 mức độ là béo phì độ 1 khi BMI từ 30-34,99, độ 2 khi BMI từ 35-39,99, và độ 3 khi BMI ≥ 40.

2.5. Đánh giá mức độ HĐTL dựa vào số bước chân trung bình trong ngày [4]

Tĩnh tại : < 5.000 bước/ngày

Ít hoạt động : 5.000 - 7.499 bước/ngày

Hoạt động nhẹ: 7.500 - 9.999 bước/ngày

Hoạt động tích cực: ≥ 10.000 bước/ngày

Hoạt động rất tích cực: >12.500 bước/ngày

2.6. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epida 3.1, sau đó được tính toán với các số trung bình, tỷ lệ phần trăm bằng phần mềm SPSS for Windows 22.0.

Cân nặng (kg)	61,6 ± 10,3	50,0-83,1	47,4 ± 4,8	38,2-66,6
Chiều cao (cm)	166,7 ± 7,0	159,3-185,4	155,8 ± 4,9	145,7-170,2
BMI (kg/m ²)	22,0 ± 2,3	18,6-27,6	19,5 ± 1,5	16,4-23,2

Bảng 1. Cân nặng trung bình của sinh viên nam là 61,6 ± 10,3 kg và nữ sinh viên là 47,4 ± 4,8 kg. Chiều cao trung bình của sinh viên nam là 166,7 ± 7,0 cm và nữ sinh viên là 155,8 ± 4,9 cm. BMI trung bình của nam là 22,0 ± 2,3 và nữ là 19,5 ± 1,5.

Bảng 2. Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số BMI

Phân loại TTDD	Nam (n = 14)		Nữ (n = 82)		Chung (n = 96)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Gày độ 3	0	0	0	0	0	0
Gày độ 2	0	0	3	3,6	3	3,1
Gày độ 1	0	0	19	23,2	19	19,8
Bình thường	12	85,7	60	73,2	72	75,0
Thừa cân	2	14,3	0	0	2	2,1
Béo phì	0	0	0	0	0	0
Tổng	14	100	82	100	96	100

Phân loại TTDD theo chỉ số BMI được trình bày trong Bảng 2. Ở sinh viên nam, có 2 người bị thừa cân, chiếm 14,3%; không có người nào bị CED và béo phì. Ở sinh viên nữ, tỷ lệ CED là 26,9%, trong đó 3,6% bị CED độ 2 và 23,2% bị CED độ 1, không có người nào bị thừa cân, béo phì.

Bảng 3. Số bước chân trung bình trong một ngày của đối tượng nghiên cứu^a

	(TB ± SD)	Min-Max	Median	SE
Nam giới				
Ngày trong tuần (bước)	6.508 ± 3.261	2.408-14.797	5.163	872
Ngày cuối tuần (bước)	5.898 ± 2.428	1.602-10.701	5.694	649
Ngày gộp (bước)	6.305 ± 2.924	2.392-13.432	5.069	782
Nữ giới				
Ngày trong tuần (bước)	6.701 ± 2.216	2.523-13.541	6.554	245
Ngày cuối tuần (bước)	5.675 ± 1.983	1.769-11.474	5.852	219
Ngày gộp (bước)	6.359 ± 2.044	2.271-12.645	6.448	226
Chung 2 giới				
Ngày trong tuần (bước)	6.673 ± 2.377	2.408-14.797	6.464	243
Ngày cuối tuần (bước)	5.701 ± 2.041	1.602-11.474	5.852	208
Ngày gộp (bước)	6.351 ± 2.176	2.271-13.432	6.267	222

^aNgày gộp = ngày trong tuần và ngày cuối tuần.

Số bước chân trung bình trong 1 ngày của đối tượng nghiên cứu được trình bày trong Bảng 3. Trong ngày trong tuần, số bước chân trung bình của sinh viên nam là 6.508 bước/ngày và của sinh viên nữ là 6.701 bước/ngày. Trong ngày cuối tuần, số bước chân trung bình của sinh viên nam là 5.898 bước/ngày và của sinh viên nữ là 5.675 bước/ngày. Tính gộp cả ngày trong tuần và ngày cuối tuần, số bước chân trung bình của sinh viên nam là 6.305 bước/ngày và sinh viên nữ là 6.359 bước/ngày.

Bảng 4. Phân loại mức HDTL theo số bước chân trong một ngày

Số bước chân/ngày	Nam (n = 14)		Nữ (n = 82)		Chung (n = 96)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 5.000	7	50	23	28,1	30	31,3
5.000-7.499	2	14,3	38	46,3	40	41,7
7.500-9.999	4	28,6	17	20,7	21	21,9
10.000-11.499	0	0	3	3,7	3	3,1
> 12.500	1	7,1	1	1,2	2	2,1
Tổng	14	100	82	100	96	100

Phân loại mức HDTL theo số bước chân trong một ngày được trình bày trong Bảng 4. Ở nam giới, 50% đối tượng đi dưới 5.000 bước/ngày và 7,1% đối tượng đi trên 12.500 bước/ngày. Ở nữ giới, 28,1% đối tượng đi dưới 5.000 bước/ngày và 1,2% đối tượng đi trên 12.500 bước/ngày. Tính chung cho 2 giới, 31,3% đối tượng đi dưới 5.000 bước/ngày; có 3,1% đối tượng đi 10.000-11.499

bước/ngày và 2,1% đối tượng đi trên 12.500 bước/ngày, chung là 5,2% đi từ 10.000 bước/ngày trở lên.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này mô tả TTDD và HĐTL thông qua số bước chân của sinh viên CNDD hiện đang học trong 4 khóa từ khóa 1 tới khóa 4, trường Đại học Y Hà Nội. Chiều cao trung bình của nam sinh viên đạt 166,7 cm và nữ sinh viên đạt 155,8 cm. Ở sinh viên nam, tỷ lệ thừa cân là 14,3%, và không có người nào bị CED. Ở sinh viên nữ, không có người nào thừa cân, nhưng có tới 26,9% bị CED. Số bước chân trung bình của nam là 6.305 bước/ngày và nữ là 6.359 bước/ngày. Số đối tượng gồm cả nam và nữ đi trên 10.000 bước/ngày trở lên chiếm tỷ lệ 5,2%.

Kết quả điều tra dinh dưỡng toàn quốc tại Việt Nam năm 2009-2010 [2] cho thấy, chiều cao trung bình của nam giới là 164,4cm và của nữ giới là 153,4cm, thấp hơn so với chiều cao của nam và nữ sinh viên CNDD (Bảng 1). Báo cáo tóm tắt tổng điều tra dinh dưỡng 2009-2010 đã tổng hợp mức tăng trưởng chiều cao của người trưởng thành Việt Nam. Trong vòng 34 năm, kể từ năm 1975 tới năm 2009, chiều cao của nam giới trưởng thành Việt Nam tăng được 4,4cm và nữ giới tăng được 3,4cm. Cụ thể ở nam giới: 160cm (năm 1975), 159,8cm (năm 1985), 162,3cm (năm 2000) và 164,4cm (năm 2009). Ở nữ giới: 150 cm (năm 1975), 150cm (năm 1985), 152,3cm (năm 2000) và 153,4cm (năm 2009) [2].

Mặc dù chiều cao của sinh viên CNDD cao hơn chiều cao trung bình người trưởng thành Việt Nam năm 2009-2010, nhưng vẫn thấp hơn đáng kể so với người trưởng thành Hàn Quốc, Nhật Bản, Singapore, và Trung Quốc. Nam trưởng thành người Hàn Quốc cao trung bình 175,3cm, nữ 162,6cm; nam trưởng thành người Nhật Bản cao 171,2 cm và nữ 158,8cm; nam trưởng thành người Singapore cao 170,6 cm và nữ 160,0cm; nam trưởng thành người Trung Quốc cao 169,4cm và nữ cao 158,6cm. So với Nhật Bản, Hàn Quốc, chiều cao trung bình thanh niên Việt Nam thấp hơn 8cm. So với Trung Quốc, chiều cao trung bình thanh niên Việt Nam kém 7cm. Người Việt Nam còn thấp hơn người Thái Lan và Singapore 5-6cm [1].

Cân nặng trung bình của nam giới trưởng thành Việt Nam tăng không nhiều theo thời gian, năm 1975 là 47 kg và năm 2009 là 54 kg. Cân nặng trung bình của nữ thay đổi không nhiều, năm 1975 là 45 kg và năm 2009 là 46 kg [2]. Cân nặng của nam sinh viên CNDD cao hơn đáng kể so với nam người trưởng thành Việt Nam qua

các thời kỳ, nhưng cân nặng của nữ sinh viên chỉ cao hơn một chút so với nữ trưởng thành. Cân nặng của nam và nữ sinh viên CNDD cao hơn so với cân nặng trung bình của nam, nữ sinh viên tại Đại học Y Hà Nội năm 2010 [3].

Điểm đáng chú ý trong nghiên cứu là mặc dù là sinh viên chuyên ngành CNDD, nhưng số nữ sinh viên bị CED lại khá cao: 26,9% bị CED và số nam sinh viên thừa cân cũng lên tới 14,3%. Điều này gợi ý bản thân các sinh viên nam CNDD thừa cân cần chú ý điều tiết khẩu phần ăn và tăng HĐTL để đưa cân nặng về mức hợp lý. Trong khi đó, nữ giới cần tăng khẩu phần năng lượng để cải thiện cân nặng, giảm tỷ lệ CED.

Trong các loại hình HĐTL, đi bộ là dạng HĐTL đơn giản, thuận tiện, dễ thực hiện. Số bước chân đi bộ có thể được đo bằng các công cụ khách quan như máy đếm bước chân, gia tốc kế. Số bước chân trung bình của nam là 6.305 bước/ngày và nữ là 6.359 bước/ngày. Số bước chân trung bình của cán bộ công tác tại Viện Dinh dưỡng và sức khỏe quốc gia Nhật Bản là 13.725 bước/ngày [5]. Phương tiện đi lại tại Nhật Bản chủ yếu là tàu điện ngầm, nên người dân đi bộ nhiều hơn so với sinh viên CNDD trong nghiên cứu của chúng tôi.

Dựa theo ngưỡng phân loại mức HĐTL dựa vào số bước chân của Tudor-Locke [4], 31,3% sinh viên CNDD được coi là có lối sống tĩnh tại, 41,7% ít hoạt động, 21,9% hoạt động nhẹ (Bảng 4). Cuộc khảo sát sức khỏe tại Úc năm 2012-2013 cho thấy tỷ lệ người trưởng thành đi bộ đạt 10.000 bước chân/ngày là 19 %. Có 25% người từ 35-44 tuổi đi bộ đạt 10.000 bước chân/ngày, chiếm tỷ lệ cao nhất [7]. Kết quả này cao hơn so với tỷ lệ 5,2% sinh viên CNDD đi hơn 10.000 bước chân/ngày trong nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể do sinh viên CNDD phải dành nhiều thời gian học trên lớp, tự học ở nhà; phương tiện đi lại tại Việt Nam khác với Úc, trong đó người trưởng thành tại Úc sử dụng phương tiện công cộng như tàu điện ngầm, xe bus nhiều hơn so với Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

- Chiều cao trung bình của nam sinh viên là 166,7cm và nữ sinh viên là 155,8cm
- Tỷ lệ thừa cân ở nam sinh viên là 14,3%
- Tỷ lệ CED ở nữ sinh viên là 26,9%

-Số bước chân trung bình của nam sinh viên là 6.305 bước/ngày và nữ sinh viên là 6.359 bước/ngày.

-Tỷ lệ sinh viên đạt trên 10.000 bước/ngày là 5,2%.

KHUYẾN NGHỊ

Một số nam sinh viên CNDD bị thừa cân và nhiều nữ sinh viên bị thiếu năng lượng trường điển. Những sinh viên này cần có chế độ ăn, HĐTL phù hợp nhằm điều chỉnh cân nặng về mức hợp lý, đảm bảo có TTDD tốt, có sức khỏe để đạt thành tích trong học tập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Nội Vụ, Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc tại Việt Nam (2015)**. Thực trạng sức khỏe và chăm sóc

sức khỏe của thanh niên Việt Nam. Trong: Báo cáo quốc gia về thanh niên Việt Nam: 46-47.

2. **Viện Dinh dưỡng, Unicef (2012)**. Báo cáo tóm tắt tổng điều tra dinh dưỡng năm 2009-2010 HN.

3. **Lương Thanh Tú (2010)**. Tình trạng dinh dưỡng và một vài yếu tố ảnh hưởng ở sinh viên mới nhập trường Đại học Y Hà Nội 2010. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.

4. **Tudor-Locke C, Bassett DR Jr (2004)**. How many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. *Sports Med* 2004;34(1):1-8.

5. **Nguyễn Quang Dũng, Nguyễn Công Khẩn, Izumi Tabata (2009)**. Đánh giá hoạt động thể lực ở người trưởng thành bằng thiết bị Accelerometer. *Tạp chí Y Tế Công Cộng*;11(11): 45-9.

6. **Bassett DR Jr, Wyatt HR, Thompson H, et al (2010)**. Pedometer-measured physical activity and health behaviors in U.S. adults. *Med Sci Sports Exerc*; 42(10): 1819-25.

7. **Australian Bureau of Statistics (2013)**. Australian Health Survey: Physical Activity, 2011-2012.

XÁC ĐỊNH SỰ TĂNG CƯỜNG BIỂU HIỆN GEN BCR-ABL Ở BỆNH NHÂN LƠ-XÊ-MI KINH DÒNG BẠCH CẦU HẠT KHÁNG THUỐC ĐIỀU TRỊ ĐÍCH

Trần Huy Thịnh*

TÓM TẮT⁵⁰

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục đích xác định sự tăng cường biểu hiện gen BCR-ABL trên bệnh nhân CML kháng thuốc điều trị đích. 100 bệnh nhân CML chẩn đoán và điều trị tại Viện Huyết học và Truyền máu Trung ương được chia làm 3 nhóm: trước điều trị, điều trị lui bệnh và kháng thuốc. Kỹ thuật Realtime PCR và kỹ thuật FISH được sử dụng để xác định sự tăng cường biểu hiện gen BCR-ABL. Kết quả: 11/50 bệnh nhân CML, chiếm 22% có sự tăng tăng cường biểu hiện gen BCR-ABL được xác định bằng cả hai kỹ thuật Realtime PCR và FISH. Nhóm kháng thuốc có mức độ tăng cường biểu hiện gen BCR-ABL trung bình gấp 57,8 lần so với nhóm lui bệnh. Kết luận: đã xác định được tỷ lệ và mức độ tăng cường biểu hiện gen BCR-ABL ở bệnh nhân CML kháng thuốc điều trị đích.

Từ khóa: Lơ-xê-mi kinh dòng bạch cầu hạt, BCR-ABL, kháng thuốc điều trị đích

SUMMARY

DETERMINATION OF BCR-ABL GENE EXPRESSION IN TARGETED THERAPY RESISTANT CHRONIC MYELOID LEUKEMIA PATIENTS

This study was performed to examine increase expression of BCR-ABL gene in targeted therapy resistant CML patients. Methods: 100 CML patients

diagnosed and treated at National Institute of Hematology and Blood Transfusion were divided into three groups: before treatment, response and resistance. Realtime PCR and FISH techniques were performed to examine increase expression of BCR-ABL gene. Results: 11/50, contribute for 22% of CML patients showed increase expression of BCR-ABL gene by both Realtime PCR and FISH techniques. Resistant group had BCR-ABL gene expression increased 57.8 times compare to response group. Conclusion: examined the level and percentage of BCR-ABL gene increase expression in targeted therapy resistant CML patients.

Key words: Chronic Myeloid Leukemia-CML, BCR-ABL, targeted therapy resistance

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lơ-xê-mi kinh dòng bạch cầu hạt (Chronic Myeloid Leukemia - CML) là một bệnh lý tạo máu ác tính, xuất hiện tăng sinh và tích lũy tế bào bạch cầu hạt biệt hóa ở các lứa tuổi trong tủy xương và máu ngoại vi. Cơ chế bệnh sinh đã được xác định là do đột biến nhiễm sắc thể Philadelphia (Ph1) và gen tổ hợp bệnh lý BCR-ABL [1]. Đây là cơ sở quan trọng để ứng dụng điều trị đích bằng các thuốc ức chế hoạt tính của tyrosin kinase (Tyrosine kinase Inhibitor - TKI) như Imatinib [2]. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng thuốc điều trị đích Imatinib có hiệu quả vượt trội, ít gây tác dụng phụ hơn so với thể hệ thuốc điều trị truyền thống. Kể từ khi được FDA chấp thuận năm 2001, Imatinib là lựa chọn đầu tiên trong điều trị bệnh nhân CML [2].

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Huy Thịnh

Email: tranhuythinh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Tuy nhiên các nhà khoa học trên thế giới đã quan sát thấy hiện tượng kháng thuốc điều trị đích ở hầu hết các bệnh nhân CML sau một thời gian điều trị [3]. Kháng imatinib thứ phát được hiểu là tình trạng bệnh nhân sau khi đáp ứng tốt với điều trị ở mức độ huyết học hoặc tế bào di truyền, dần dần không đáp ứng nữa và có thể tiến triển thành lơ-xê-mi cấp. Theo thử nghiệm IRIS, có khoảng 18% bệnh nhân CML có biểu hiện kháng imatinib thứ phát sau 5 năm điều trị. Tình trạng kháng imatinib thứ phát và chuyển cấp gặp chủ yếu trong 3 năm đầu tiên [4].

Hiện nay, có hai cơ chế đã được chứng minh là nguyên nhân gây kháng thuốc điều trị đích chủ yếu ở bệnh nhân CML: i) tăng cường biểu hiện gen BCR-ABL; ii) sự xuất hiện thêm đột biến điểm trên gen BCR-ABL [6]. Để duy trì hiệu quả điều trị lâu dài cho các bệnh nhân CML, việc làm sáng tỏ những nguyên nhân và cơ chế kháng thuốc khác nhau để có phác đồ điều trị hiệu quả cho từng bệnh nhân là hết sức cần thiết. Nghiên cứu này được triển khai nhằm mục đích xác định mức độ tăng cường biểu hiện gen BCR-ABL trên bệnh nhân lơ-xê-mi kinh dòng bạch cầu hạt kháng thuốc điều trị đích.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định CML, xét nghiệm có đột biến dung hợp gen BCR-ABL và điều trị đích bằng Imatinib tại Viện Huyết học Truyền máu Trung ương được chia làm 3 nhóm:

+Nhóm trước điều trị: 25 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là CML chưa dùng thuốc điều trị đích.

+Nhóm lui bệnh: 25 bệnh nhân có đáp ứng với thuốc điều trị đích.

+Nhóm kháng thuốc: 50 bệnh nhân đang sử dụng thuốc điều trị đích được theo dõi trong quá trình điều trị, từ khi bắt đầu sử dụng thuốc điều

trị đích cho đến khi có các dấu hiệu của hiện tượng kháng thuốc.

Tình trạng đáp ứng điều trị và kháng thuốc điều trị đích ở bệnh nhân CML được xác định theo các tiêu chuẩn của NCCN (Mạng lưới ung thư quốc gia Hoa Kỳ).

2. Phương pháp nghiên cứu: Cách thức thu thập mẫu: Thu thập 2-6 mL dịch tủy sinh thiết

2.1. Xác định mức độ tăng cường biểu hiện gen BCR-ABL bằng kỹ thuật Real-time PCR và kỹ thuật FISH:

Kỹ thuật Realtime PCR: RNA tổng số được tách chiết từ mẫu dịch tủy sinh thiết theo quy trình chuẩn của hãng *Invitrogen*. cDNA sau đó được tổng hợp từ RNA tổng số theo phương pháp phương pháp MMLV-Reverse Transcript. Các cặp mồi đặc hiệu với gen BCR-ABL được sử dụng trong phản ứng Realtime PCR để khuếch đại gen. Mức độ biểu hiện của các gen này được so sánh tại các thời điểm: trước, sau khi sử dụng thuốc điều trị đích và có đáp ứng ổn định từ 3-5 năm và thời điểm kháng thuốc điều trị đích.

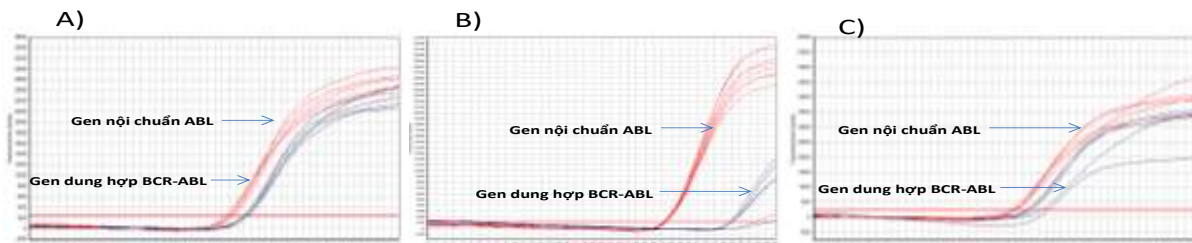
Kỹ thuật FISH: Quy trình được thực hiện theo khuyến cáo của nhà sản xuất. Dựa vào màu sắc chỉ điểm của cặp mồi để đọc kết quả tương ứng.

Kết quả đánh giá và phân tích mức độ biểu hiện gen BCR-ABL bằng kỹ thuật realtime PCR và FISH được đối chiếu với tình trạng kháng thuốc điều trị đích trên từng bệnh nhân theo 03 nhóm như mô tả ở trên.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo Đức của Trường Đại học Y Hà Nội, quyết định số 161/HĐĐĐĐHYHN. Bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

RNA tổng số được tách chiết từ mẫu dịch tủy sinh thiết và được tổng hợp cDNA. Để xác định mức độ tăng cường biểu hiện gen BCR-ABL, kỹ thuật Realtime PCR và FISH được sử dụng.



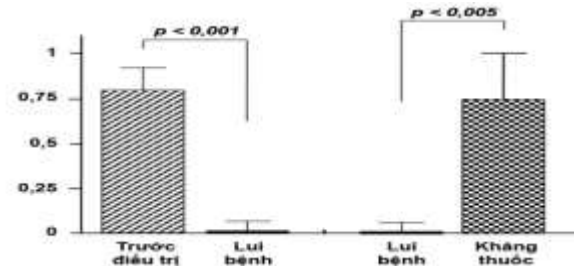
Hình 1. Kết quả xác định sự tăng cường biểu hiện gen BCR-ABL bằng kỹ thuật realtime PCR. A) nhóm bệnh nhân trước điều trị; B) nhóm bệnh nhân đang điều trị đáp ứng thuốc; C) nhóm bệnh nhân sau khi điều trị xuất hiện dấu hiệu kháng thuốc.

Nhận xét: Hình 1 cho thấy ở cả 3 nhóm bệnh nhân gen nội chuẩn ABL đều ở chu kỳ ngưỡng trong khoảng 26-27, điều đó cho thấy lượng cDNA đưa vào giữa các mẫu là giống nhau. Ở nhóm

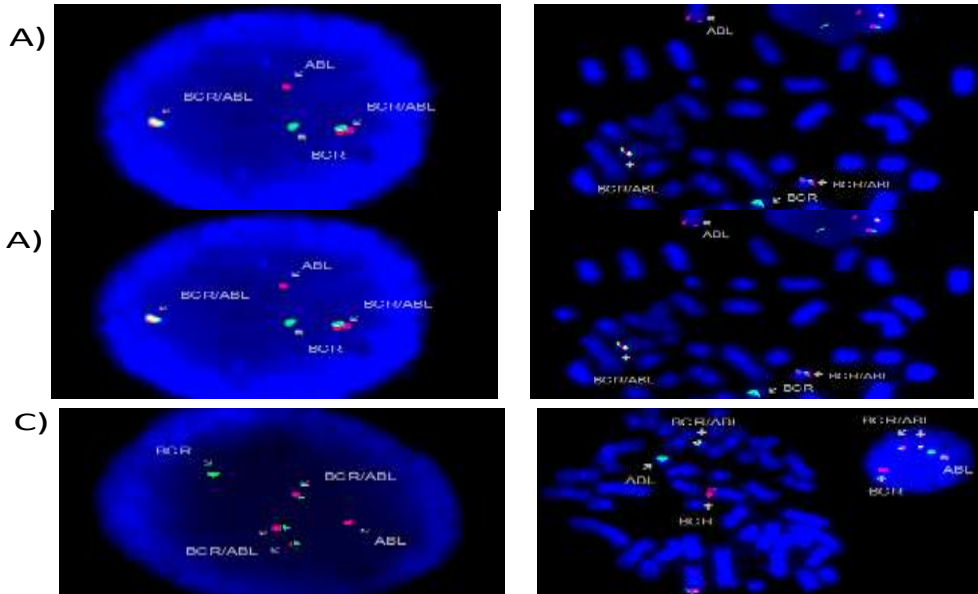
bệnh nhân trước khi điều trị đích, gen dung hợp BCR-ABL ở chu kỳ ngưỡng trong khoảng 29-30 chúng tỏ có hiện tượng tăng cường biểu hiện dung hợp gen BCR-ABL. Ở nhóm bệnh nhân lui bệnh, gen dung hợp BCR-ABL ở chu kỳ ngưỡng trong khoảng 35-39 chúng tỏ bệnh nhân có đáp ứng với thuốc điều trị trúng đích.

Ở nhóm bệnh nhân sau điều trị đích 2-5 năm, có 11/50 bệnh nhân CML có gen dung hợp BCR-ABL ở chu kỳ ngưỡng trong khoảng 28-31 chúng tỏ hiện tượng dung hợp gen BCR-ABL lại tăng cường biểu hiện trở lại gây kháng với thuốc điều trị trúng đích ở các bệnh nhân này. Sử dụng phương pháp 2^{-ΔΔCt} của Livak để xác định mức độ sao chép của gen BCR-ABL so sánh với gen nội chuẩn ABL, đồng thời so sánh giữa nhóm trước điều trị với nhóm lui bệnh và nhóm lui bệnh với nhóm kháng thuốc điều trị đích, kết quả cho thấy mức độ biểu hiện gen BCR-ABL ở nhóm trước điều trị và nhóm kháng thuốc cao lần lượt gấp 61,3 và 57,8 lần so với nhóm lui bệnh (hình 2).

Hình 2. So sánh mức độ biểu hiện gen BCR-ABL nhóm trước điều trị với nhóm lui bệnh và nhóm lui bệnh với nhóm kháng thuốc điều trị đích



Nhận xét: So với nhóm bệnh nhân lui bệnh, nhóm bệnh nhân trước điều trị và nhóm bệnh nhân kháng thuốc điều trị đích đều có sự tăng cường sao chép gen BCR-ABL với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Bên cạnh đó mức độ sao chép gen BCR-ABL còn được xác định ở mức độ tế bào bằng kỹ thuật FISH. Kết quả cho thấy có 11/50 bệnh nhân CML có tăng cường biểu hiện gen BCR-ABL và được thể hiện trong hình 3.



Hình 3. Kết quả xác định mức độ tăng cường biểu hiện gen BCR-ABL bằng kỹ thuật FISH. A. Bệnh nhân có hiện tượng dung hợp gen BCR-ABL (nhóm trước điều trị); B. Bệnh nhân không có hiện tượng dung hợp gen BCR-ABL (nhóm lui bệnh); C. Bệnh nhân có hiện tượng tăng cường dung hợp gen BCR-ABL (nhóm kháng thuốc).

Nhận xét: Hình 3 cho thấy bệnh nhân CML trước điều trị có sự dung hợp gen *BCR-ABL*, khi được điều trị đích bằng Imatinib đạt được tình trạng lui bệnh thì sự dung hợp gen không còn. Tuy nhiên sau khoảng thời gian lui bệnh, bệnh nhân xuất hiện hiện tượng kháng thuốc điều trị đích và có sự tăng cường biểu hiện *gen dung hợp BCR-ABL*. Như vậy, trong nghiên cứu này

bằng việc kết hợp cả 2 kỹ thuật FISH và realtime PCR, chúng tôi đã phát hiện 11/50 chiếm tỷ lệ 22% bệnh nhân CML có tăng cường biểu hiện gen BCR-ABL.

IV. BÀN LUẬN

Trong những năm qua, với sự tiến bộ trong lĩnh vực chẩn đoán phân tử và phát triển các

thuốc điều trị đích, số bệnh nhân CML được điều trị bằng Imatinib tăng cao và thời gian dùng thuốc đủ dài, đã có sự xuất hiện tình trạng kháng thuốc [3], [4]. Kháng imatinib thứ phát là tình trạng bệnh nhân CML sau khi đáp ứng tốt với điều trị ở mức độ huyết học hoặc tế bào di truyền, dần dần không đáp ứng nữa và có thể tiến triển thành LXM cấp. Nguyên nhân gây kháng thuốc điều trị đích chủ yếu ở bệnh nhân CML là sự tăng cường biểu hiện gen BCR-ABL và xuất hiện đột biến điểm trên gen này [1]. Nghiên cứu của chúng tôi đã phát hiện 11/50 bệnh nhân CML kháng thuốc điều trị đích, chiếm tỷ lệ 22%, có sự tăng cường biểu hiện gen BCR-ABL. Gorre và cs. đã chứng minh ở giai đoạn bệnh tái phát, hoạt tính tyrosin kinase của protein BCR-ABL trong các tế bào Lơ-xê-mi của bệnh nhân CML được khôi phục sau khoảng thời gian bị bất hoạt khi mới điều trị. Phát hiện này chỉ ra rằng gen dung hợp BCR-ABL đóng vai trò trọng tâm trong quá trình tiến triển bệnh, đáp ứng và kháng lại thuốc điều trị đích ở bệnh nhân CML [2, 5].

Theo nghiên cứu của tác giả Mahon và cộng sự, tăng cường biểu hiện BCR-ABL do sự khuếch đại bản sao gen BCR-ABL được phát hiện ở các dòng tế bào Lơ-xê-mi kháng Imatinib Ba/F3BCR-ABL-r, LAMA84-r và AR230. Nhóm tác giả nhận thấy nồng độ thuốc cần thiết để ức chế dòng tế bào kháng thuốc (2-3 $\mu\text{mol/L}$) cao hơn gấp 10 lần so với dòng tế bào chưa xuất hiện tính kháng (0.2-0.25 $\mu\text{mol/L}$) [7]. Chính sự khuếch đại các bản sao gen BCR-ABL dẫn tới sự tăng đột biến lượng protein BCR-ABL làm nồng độ thuốc Imatinib xuống dưới ngưỡng ức chế hoạt tính TK, tế bào ung thư thoát khỏi tác động của thuốc và tiếp tục quá trình tăng sinh. Tiến hành đánh giá mức độ sao chép gen BCR-ABL trên các mẫu bệnh nhân, tác giả Gorre đã phát hiện thấy sự khuếch đại gen BCR-ABL ở 3/11 (27%) bệnh nhân CML giai đoạn chuyển cấp bị kháng với Imatinib [6]. Nghiên cứu của chúng tôi phát hiện 11/50 (22%) bệnh nhân có tăng cường sự khuếch đại gen BCR-ABL, kết quả này cũng khá tương đồng với nghiên cứu của Gorre và cộng sự.

Theo một số nghiên cứu trước đây, sự tăng cường biểu hiện gen BCR-ABL có thể có mối liên quan chặt chẽ đến sự xuất hiện đột biến điểm trên gen BCR-ABL gây kháng thuốc. Ở những dòng tế bào CD34+ có mức độ biểu hiện cao gen BCR-ABL, các thể hệ tế bào kế tiếp có thêm đột biến điểm thuộc gen BCR-ABL gây kháng thuốc thường xuất hiện sớm hơn nhiều so với ở dòng tế

bào biểu hiện thấp BCR-ABL. Như vậy, sự tăng cường biểu hiện gen BCR-ABL vừa là cơ chế gây kháng thuốc vừa là động lực làm xuất hiện cơ chế kháng thuốc thứ hai ở tế bào lơ-xê-mi kinh [6-7].

Nhằm khắc phục tình trạng kháng thuốc điều trị đích imatinib, các thuốc TKI thế hệ mới được nghiên cứu phát triển. TKI thế hệ 2 đang được cấp phép sử dụng trên lâm sàng đó là dasatinib (biệt dược Sprycel) và nilotinib (biệt dược Tasigna) cho phép bệnh nhân CML đạt tỉ lệ đáp ứng cao hơn đáng kể so với imatinib. Bên cạnh đó, các TKI thế hệ 3 như ponatinib, với khả năng chống lại sự tăng cường biểu hiện gen và đột biến gen BCR-ABL gây kháng thuốc điều trị đích đang được nghiên cứu phát triển đã tạo ra hy vọng về khả năng điều trị thành công CML, giúp bệnh nhân đạt tình trạng đáp ứng hoàn toàn ở mức độ phân tử (CMR), ổn định lâu dài, tiến tới khả năng chữa khỏi bệnh trong tương lai [4-7].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã xác định được tỷ lệ và mức độ tăng cường biểu hiện gen BCR-ABL ở bệnh nhân CML kháng thuốc điều trị đích. 11/50 bệnh nhân CML, chiếm 22% có sự tăng tăng cường biểu hiện gen BCR-ABL được xác định bằng cả hai kỹ thuật Realtime PCR và FISH. Nhóm kháng thuốc có mức độ tăng cường biểu hiện gen BCR-ABL trung bình gấp 57,8 lần so với nhóm lui bệnh. Sự tăng cường biểu hiện gen BCR-ABL đã được chứng minh là nguyên nhân quan trọng gây kháng thuốc điều trị đích ở bệnh nhân CML.

Lời cảm ơn: Tác giả trân trọng cảm ơn Khoa Di truyền, SHPT-Viện Huyết học Truyền máu TƯ, TT Nghiên cứu Gen-Protein, Đại học Y Hà Nội đã giúp đỡ trong quá trình thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **J. M. Diamond và J. V. Melo (2011).** Mechanisms of resistance to BCR-ABL kinase inhibitors. *Leuk Lymphoma*, 52 Suppl 1, 12-22.
2. **H. Kantarjian et al (2002).** Hematologic and cytogenetic responses to imatinib mesylate in chronic myelogenous leukemia. *N Engl J Med*, 346 (9), 645-652.
3. **B. Stein và B. D. Smith (2010).** Treatment Options for Patients With Chronic Myeloid Leukemia Who Are Resistant to or Unable to Tolerate Imatinib. *Clinical therapeutics*, 32 (5), 804-820.
4. **A. Hochhaus et al (2009).** Six-year follow-up of patients receiving imatinib for the first-line treatment of CML. *Leukemia*, 23 (6), 1054-1061.
5. **S. Branford, Z. Rudzki (2003).** Detection of BCR-ABL mutations in patients with CML treated with imatinib is virtually always accompanied by clinical resistance, and mutations in the ATP phosphate-binding loop (P-loop) are associated with a poor prognosis. *Blood*, 102(1), 276-283.

6. **M. E. Gorre, M. Mohammed, K. Ellwood (2001)**. Clinical resistance to STI-571 cancer therapy caused by BCR-ABL gene mutation or amplification. *Science*, 293 (5531), 876-880.
7. **F. X. Mahon, M. W. Deininger, B. Schultheis (2000)**. Selection and characterization of BCR-ABL positive cell lines with differential sensitivity to the tyrosine kinase inhibitor STI571: diverse mechanisms of resistance. *Blood*, 96 (3), 1070-1079.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ PARKINSON TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thanh Bình*, Nguyễn Thị Hương Giang**

TÓM TẮT⁵¹

Mục tiêu: Tìm hiểu tình hình sử dụng thuốc điều trị Parkinson tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành trên 180 bệnh nhân chẩn đoán là Parkinson theo tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh Parkinson của Ngân hàng Não của Hội Parkinson Vương quốc Anh (UDPDSBB). Các bệnh nhân được khám lâm sàng và thu thập đầy đủ các thông tin về thuốc đang điều trị. **Kết quả:** Ba nhóm thuốc được sử dụng để điều trị Parkinson tại Bệnh viện là Levodopa, chủ vận dopamin (pramipexol, piribedil) và nhóm kháng cholinergic (trihexyphenidyl). Levodopa được sử dụng nhiều nhất (92.7%) chủ yếu là levodopa/benserazid (84.4%), pramipexol còn sử dụng hạn chế (10.6%). Phối hợp 2 thuốc (levodopa với kháng cholin hoặc đồng vận dopamin) được lựa chọn nhiều nhất (70.0%), chủ yếu trên bệnh nhân từ giai đoạn I đến IV. **Kết luận:** Phác đồ điều trị hợp lý cho bệnh nhân cần dựa vào 3 yếu tố chính là tuổi, giai đoạn và thể bệnh.

Từ khóa: bệnh Parkinson, thuốc điều trị, levodopa, thuốc đồng vận.

SUMMARY

A SURVEY ON THE MEDICINES USE FOR PARKINSON'S DISEASE AT NATIONAL GERIATRIC HOSPITAL

Purpose: To find out the use of Parkinson's drugs at the National Geriatrics Hospital. **Subjects and methods of study:** A cross-sectional descriptive study of 180 patients diagnosed Parkinson's disease based on the diagnosis criteria of the UKPDSBB (United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain Bank). Patients were examined clinically and collected sufficient informations about the medication being treated. **Results:** Three groups of drugs used to treat Parkinson's at the hospital were levodopa, dopamine agonists (pramipexol, piribedil) and the anticholinergic (trihexyphenidyl) group. Levodopa was most frequently used (92.7%), mainly levodopa/benserazide (84.4%), and pramipexole was used limitatively (10.6%). Combination of two drugs (levodopa with anticholinergic or dopamine agonist) was the most commonly selected (70.0%), mainly in patients from stages I to IV. **Conclusion:** The appropriate treatment regimen for patients should be based on three main factors: age, stages and forms of disease.

Key words: Parkinson's disease, drug therapy, levodopa, agonist.

*Bộ môn Thần kinh - Trường Đại học Y Hà Nội

**Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Bình

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với sự phát triển mạnh mẽ của trình độ kinh tế khoa học kỹ thuật nói chung và ngành y học nói riêng, tuổi thọ của con người ngày càng cao, đồng nghĩa với việc số lượng người cao tuổi không ngừng gia tăng. Sự gia tăng đó đặt ra thách thức về vấn đề gia tăng các căn bệnh liên quan tới lão hóa và thoái hóa thần kinh. Bệnh Parkinson là bệnh thoái hóa hệ thần kinh trung ương phổ biến đứng hàng thứ 2 trên thế giới sau bệnh Alzheimer. Các triệu chứng lâm sàng cũng như diễn biến của bệnh đã ảnh hưởng lớn đến sức khỏe và sinh hoạt của bệnh nhân [1], [2]. Cho đến nay, việc điều trị hiện chủ yếu chỉ là điều trị triệu chứng và trước hết là nhằm khôi phục chức năng hệ dopaminergic [3],[4]. Khoa Tâm Thần kinh và khoa Khám bệnh của Bệnh viện Lão khoa Trung ương đã triển khai chương trình quản lý theo dõi và điều trị bệnh nhân Parkinson. Chương trình đã góp phần kiểm soát tốt triệu chứng lâm sàng, biến chứng của bệnh, tăng cường chất lượng điều trị cho bệnh nhân Parkinson. Với mục tiêu tìm hiểu tình hình sử dụng thuốc điều trị bệnh nhân Parkinson trong chương trình, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị Parkinson tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 180 bệnh nhân Parkinson đã điều trị tại chương trình quản lý, theo dõi và điều trị bệnh Parkinson tại Bệnh viện Lão khoa Trung Ương trong thời gian từ tháng 6/2013 đến hết tháng 6/2014.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh Parkinson theo tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh Parkinson của Ngân hàng Não của Hội Parkinson Vương quốc Anh (UDPDSBB).

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Các bệnh nhân được hỏi, khám bệnh và thu thập thông tin và thuốc đang điều trị bệnh Parkinson.

Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS15.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành trên 180 bệnh nhân gồm 97 bệnh nhân nam, 83 bệnh nhân nữ. Tỷ lệ bệnh nhân trên 60 tuổi là 74,7%.

3.2. Tình hình sử dụng thuốc điều trị Parkinson

Bảng 3.1. Các thuốc điều trị bệnh Parkinson tại Bệnh viện Lão Khoa Trung Ương

	Thuốc	Biệt dược	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %	Tổng	Tổng tỉ lệ %
Levodopa	Levodopa/benserazid	Madopar	152	84.4	167	92.7
	Levodopa/carbidopa	Syndopar	15	8.3		
Kháng cholin	Trihexyphenidyl	Artan	44	24.4	112	62.2
		Apotrihex	53	29.4		
		Trihex	15	8.3		
Đồng vận dopamin	Piribedil	Trivastal	60	33.3	79	43.9
	Pramipexol	Sifrol	19	10.6		

Nhận xét: Levodopa là nhóm thuốc được sử dụng phổ biến nhất (92,7%), chủ yếu là Levodopa/benserazid. Thuốc Pramipexol còn sử dụng hạn chế (10,6%).

Bảng 3.2. Cách phối hợp thuốc điều trị trên bệnh nhân Parkinson

Phác đồ	Cách kết hợp	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Một thuốc	Levodopa	24	13.3
	Trihexyphenidyl	2	1.1
	Đồng vận dopamin	2	1.1
Hai thuốc	Levodopa+Trihexylphenidyl	75	41.7
	Levodopa+ đồng vận	42	23.3
	Trihexyphenidyl+đồng vận	9	5.0
Ba thuốc	Levodopa+tri+đồng vận	26	14.4
Tổng		180	100

Nhận xét: Phác đồ hai thuốc được sử dụng nhiều nhất trong đó phổ biến nhất là Levodopa kết hợp Trihexyphenidyl (41.7%), tiếp đến là phác đồ Levodopa kết hợp đồng vận (23.3%).

- Phác đồ ba thuốc và phác đồ đơn trị bằng levodopa cũng được sử dụng khá nhiều với tỉ lệ lần lượt là 14.4% và 13.3%

- Rất ít bệnh nhân đơn trị bằng kháng cholin hoặc đồng vận dopamin.

Bảng 3.3. Phác đồ sử dụng thuốc và giai đoạn bệnh

Phác đồ		Giai đoạn bệnh				
		I	II	III	IV	V
Một thuốc	Số lượng	8	10	7	2	0
	Tỉ lệ %	23.5	13.3	11.7	28.6	0
Hai thuốc	Số bệnh nhân	24	57	41	2	1
	Tỉ lệ %	70.6	76.0	68.3	28.6	25
Ba thuốc	Số bệnh nhân	2	8	12	3	3
	Tỉ lệ %	5.9	10.7	20	42.6	75
Tổng		34	75	60	7	4

Nhận xét: Phác đồ hai thuốc là phác đồ sử dụng chủ yếu trên 4 giai đoạn từ I đến IV.

- Riêng giai đoạn V, bệnh nhân chủ yếu điều trị bằng phác đồ 3 thuốc (75% bệnh nhân giai đoạn V).

- Trong số bệnh nhân dùng phác đồ đơn trị, chủ yếu thuộc giai đoạn đầu (I,II, III), không có bệnh nhân giai đoạn V nào dùng phác đồ đơn trị.

- Tỉ lệ bệnh nhân sử dụng phác đồ 3 thuốc tăng dần theo giai đoạn bệnh, tuy nhiên không có bệnh nhân giai đoạn IV nào sử dụng phác đồ này.

Bảng 3.4. Phác đồ sử dụng thuốc và thể bệnh

Phác đồ điều trị		Thể bệnh		
		Thể điển hình	Thể run	Thể tăng trương lực
Một thuốc	Số bệnh nhân	24	2	1
	Tỉ lệ %	15.8	11.1	10
Hai thuốc	Số bệnh nhân	108	14	3
	Tỉ lệ %	71.1	77.8	30
Ba thuốc	Số bệnh nhân	20	2	6
	Tỉ lệ %	13.1	11.1	60
Tổng		152	18	10

Nhận xét: Bệnh nhân thể điển hình và thể run chủ yếu được điều trị bằng phác đồ hai thuốc. Thể điển hình có tỉ lệ đơn trị cao hơn hai thể còn lại.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các nhóm thuốc chính: Các phương pháp điều trị bệnh Parkinson đều nhằm giảm bớt tối đa triệu chứng bệnh, trước hết là các biểu hiện lâm sàng, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân, gia tăng tuổi thọ cho bệnh nhân và bảo vệ chức năng hệ thần kinh. Với bệnh nhân có triệu chứng nhẹ thì thường không cần điều trị. Với các trường hợp khác, bệnh nhân phải điều trị suốt đời để kiểm soát triệu chứng. Phác đồ điều trị cho từng bệnh nhân cụ thể tùy thuộc vào loại và mức độ nặng của triệu chứng, mức độ suy giảm hoạt động, chức năng, suy giảm nhận thức, những rối loạn kèm theo và phải cân nhắc giữa lợi ích và tác hại của việc điều trị [1],[3],[5]. Hiện nay, điều trị bệnh Parkinson tại bệnh viện Lão Khoa Trung Ương gồm có 3 nhóm thuốc chính là levodopa, kháng cholin (trihexyphenidyl) và đồng vận dopamin (piribedil, pramipexol). Levodopa là thuốc được lựa chọn hàng đầu (92.7%) với dạng là levodopa/benserazid (84.4%) và levodopa/carbidopa (8.3%). Levodopa hiện nay vẫn là tác nhân điều trị hiệu quả nhất với bệnh Parkinson. Những người dưới 50 tuổi nên trì hoãn dùng levodopa, những người trên 70 tuổi có thể dùng ngay levodopa [1,2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân đều từ 50 tuổi trở lên, điều đó giải thích cho việc một tỉ lệ lớn Levodopa được sử dụng. Chúng tôi thấy có 43.9% bệnh nhân nghiên cứu được điều trị bằng chủ vận dopamin. Chủ vận dopamin có vai trò bảo vệ tế bào thần kinh, làm giảm khả năng bị biến chứng vận động và giúp trì hoãn việc sử dụng levodopa [1],[2],[3]. Vì thế, chất chủ vận ngày càng được lựa chọn để sử dụng nhiều hơn. Chiến lược điều trị hiện nay trong bệnh Parkinson là nhằm trì hoãn việc phải sử dụng levodopa càng lâu càng tốt bằng cách sử dụng sớm kháng cholin, selegilin, đồng vận dopamin và sử dụng liều thấp nhất levodopa có thể nhưng tạo ra hiệu quả lâm sàng lớn nhất mà tránh được các biến chứng vận động. Đơn giản hóa liều dùng và tăng tuân thủ điều trị sẽ góp phần làm giảm các biến chứng vận động có liên quan đến nhịp kích thích thụ thể dopamin.

4.2. Phác đồ điều trị: Phác đồ hai thuốc được sử dụng nhiều nhất (70.0%), bao gồm sự phối hợp levodopa với trihexyphenidyl hoặc levodopa với đồng vận dopamin. Levodopa là thuốc được sử dụng nhiều nhất nên dễ hiểu tại sao các phác đồ được sử dụng nhiều nhất đều có mặt levodopa. Chủ vận dopamin có thể dùng đơn độc với bệnh nhân Parkinson khởi phát sớm

[7]. Tuy nhiên, chỉ có 2.3% bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi khởi phát sớm (trước tuổi 45), điều này giải thích cho việc chủ vận dopamin đơn độc ít được dùng (1.1%). Chúng tôi thấy 96% bệnh nhân trên 70 tuổi và 100% bệnh nhân suy giảm nhận thức được điều trị bằng levodopa đơn thuần hoặc kết hợp. Điều này hoàn toàn hợp lý bởi bệnh nhân trên 70 tuổi có thể dùng ngay levodopa [1]. Trong nghiên cứu này, phác đồ một thuốc và hai thuốc được sử dụng nhiều hơn phác đồ ba thuốc (85.6%) và chủ yếu trên bệnh nhân ở giai đoạn đầu. Không có bệnh nhân giai đoạn V nào được sử dụng phác đồ đơn độc, trên những bệnh nhân này, phác đồ 3 thuốc được lựa chọn là chủ yếu (75%). Bệnh nhân mắc bệnh ở giai đoạn nặng, các triệu chứng vận động ngày càng nặng nề đồng thời gia tăng cả triệu chứng rối loạn không vận động [5]. Tính phức tạp của bệnh lý nên sự phối hợp thuốc là cần thiết để đạt hiệu quả điều trị. Chúng tôi có cùng nhận định với Lê Quang Cường (2002) đánh giá trên 30 bệnh nhân Parkinson chỉ ra liều 50-100mg/ngày của Trivastal khi kết hợp levodopa là liều dễ dung nạp thuốc [4].

Trong số 27 bệnh nhân đơn trị có tới 24 bệnh nhân thể điển hình, chiếm 88.9% và chủ yếu là đơn trị bằng levodopa (20/27 bệnh nhân); thể run và tăng trương lực ít dùng phác đồ đơn trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân thể run, không có rối loạn nhận thức và dưới 70 tuổi (9 bệnh nhân) được điều trị bằng kháng cholin, còn những người trên 70 tuổi (10 bệnh nhân) được sử dụng Levodopa hoặc đồng vận. Việc sử dụng như vậy là theo đúng hướng dẫn hiện nay [1], [6]. Thể tăng trương lực hiếm gặp và có tiên lượng xấu, chủ yếu điều trị bằng phác đồ phối hợp thuốc. 100% bệnh nhân thể tăng trương lực được điều trị bằng levodopa. Levodopa luôn là thuốc được lựa chọn đầu tiên có tác dụng chủ yếu trên hội chứng giảm động tác, tăng trương lực.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm L-dopa vẫn là nhóm thuốc được sử dụng nhiều nhất trong điều trị bệnh nhân Parkinson. Tuy nhiên, để mang lại hiệu quả điều trị tốt nhất, cần phải dựa vào nhiều yếu tố đặc biệt là tuổi, giai đoạn bệnh và thể bệnh để lựa chọn phác đồ hợp lý cho từng bệnh nhân Parkinson.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Barbara S. Connolly, MD;** Anthony E. Lang, MD, *Pharmacological Treatment of Parkinson Disease*, JAMA. 2014;311(16):1670-1683. doi:10.1001/jama.2014.3654

2. James E. Frampton, *Pramipexole Extended-Release: A Review of Its Use in Patients with Parkinson's Disease*, *Drugs* (2014) 74:2175–2190 DOI 10.1007/s40265-014-0322-5
3. Mine Silindir A. Yekta Ozer, *The benefits of pramipexole selection in the treatment of Parkinson's disease*, *Neurol Sci* (2014) 35:1505–1511 DOI 10.1007/s10072-014-1891-5.
4. Lê Quang Cường (2002), *Đánh giá hiệu quả và độ dung nạp thuốc của Trivastal Retard 50 trong điều trị phối hợp với Levodopa ở 30 bệnh nhân Parkinson*. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 268(2) tr.18-26.
5. Alves, G. (2006), *Clinical disease progression in Parkinson's disease*, University of Bergen, Norway.
6. Goldenberg M.M. (2008), *Medical management of Parkinson's disease*. *P T*, 33(10): p. 590-606.
7. H. Reichmann, *Changing dopamine agonist treatment in Parkinson's disease: experiences with switching to pramipexole*, *J Neural Transm* (2006) [Suppl] 71: 17–25.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG BẰNG PHÁC ĐỒ NGẮN TẠI TRUNG TÂM HỖ TRỢ SINH SẢN QUỐC GIA

Nguyễn Xuân Hợi¹, Vũ Thị Lan Anh²

TÓM TẮT⁵²

Mục tiêu: Đánh giá kết quả kích thích buồng trứng bằng phác đồ ngắn tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản Quốc Gia giai đoạn 2016-2017. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu 150 hồ sơ bệnh nhân điều trị vô sinh bằng phương pháp thụ tinh ống nghiệm sử dụng phác đồ ngắn tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản Quốc Gia trong giai đoạn 10/2016-3/2017. **Kết quả:** tuổi trung bình của bệnh nhân là 34,85 ± 4,8 năm, nguyên nhân vô sinh chủ yếu là do vòi tử cung và không rõ nguyên nhân. Số noãn chọc hút trung bình là 7,68±5,3 noãn, số noãn M2 trung bình là 6,22±4,4 noãn, tỷ lệ noãn trưởng thành trung bình là 83,08±19,1%, số phôi thu được trung bình là 5,05±3,5 phôi, tỷ lệ thụ tinh trung bình là 85,02±18,8%. **Kết luận:** Trong chu kỳ kích thích buồng trứng bằng phác đồ ngắn số noãn chọc hút trung bình là 7,68±5,3 noãn, tỷ lệ noãn trưởng thành trung bình thu được là 83,08±19,1%. Số phôi tạo thành trung bình là 5,05±3,5 phôi, tỷ lệ thụ tinh trung bình là 85,02±18,8%.

Từ khóa: kích thích buồng trứng, phác đồ ngắn, tỷ lệ noãn trưởng thành.

SUMMARY

STUDY RESULTS OF OVARIAN STIMULATION BY SHORT PROTOCOL AT NATIONAL CENTRAL OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY

Objective: Study results of ovarian stimulation by short protocol from 2016-2017 at National Central of Assisted Reproductive Technology. **Subjects and methods:** progressive study of 150 patient records of ovarian stimulation by short protocol from October 2016 to March 2017 at National Central of Assisted Reproductive Technology. **Results:** mean age of patients was 34.85 ± 4.8 years. Causes of infertility was mainly due to ovarian tubes and unknown cause.

¹Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương

²Bệnh Viện Phụ Sản Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hợi

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

The mean number of collected oocytes was 7.68±5.3, mean M2 oocytes rate was 83.08±19.1%. Mean embryo was 5.05 ± 3.5 and fertilization rate was 85.02±18.8%. **Conclusion:** during ovarian stimulation cycle, the mean number of collected oocytes was 7.68±5.3, mean M2 oocytes rate was 83.08±19.1%. Mean embryo was 5.05±3.5 and fertilization rate was 85.02±18.8 %.

Key words: ovarian stimulation, short protocol, M2 oocytes rate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các phác đồ kích thích buồng trứng phổ biến hay dùng là: phác đồ ngắn, phác đồ dài và GnRH antagonist. Việc lựa chọn được phác đồ nào có hiệu quả để kích thích buồng trứng vẫn là một vấn đề khó và nhiều tranh luận trong thực hành thụ tinh trong ống nghiệm.

Phác đồ dài là phác đồ chuẩn áp dụng cho các bệnh nhân lần đầu tiên và những bệnh nhân tiên lượng đáp ứng bình thường với kích thích buồng trứng. Đây là phác đồ sử dụng nhiều nhất tại các trung tâm hỗ trợ sinh sản. Nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2003, tỷ lệ dùng phác đồ dài chiếm 85,7% các chu kỳ thụ tinh ống nghiệm và tỷ lệ có thai lâm sàng trong phác đồ dài là 34,8% [1]. Phác đồ ngắn thường áp dụng cho bệnh nhân có nguy cơ buồng trứng đáp ứng kém. Phác đồ GnRH antagonist bắt đầu được sử dụng trong lâm sàng khoảng 15 năm nay, đã đem đến một lựa chọn mới cho bệnh nhân kích thích buồng trứng. Những lợi thế quan trọng của phác đồ này là cải thiện được sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân với thời gian kích thích buồng trứng ngắn hơn, giảm tổng liều gonadotropin sử dụng, giảm đáng kể nguy cơ quá kích buồng trứng, cắt giảm chi phí điều trị.

Mặc dù xuất hiện nhiều phác đồ với các nghiên cứu chứng minh hiệu quả khác nhau so với phác đồ ngắn. Tuy nhiên, phác đồ ngắn có ưu điểm là thời gian cho thuốc ngắn hơn, số lượng thuốc dung ít hơn và khả năng thành công

cao hơn ở phụ nữ lớn tuổi [2]. Các nhà khoa học đã nghiên cứu sự phối hợp các loại hormone để hạn chế sự xuất hiện đỉnh LH sớm của phác đồ này. Do vậy, phác đồ này vẫn được sử dụng trong thụ tinh ống nghiệm trên thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng. Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương vẫn dùng phác đồ này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả thụ tinh trong ống nghiệm bằng phác đồ ngắn tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản Quốc gia" với mục tiêu: Đánh giá kết quả kích thích buồng trứng bằng phác đồ ngắn tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản Quốc gia.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

2.1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn: Bao gồm 150 bệnh nhân được làm thụ tinh trong ống nghiệm kích thích buồng trứng bằng phác đồ ngắn tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản từ năm 10/2016-3/2017.

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh nhân kích thích buồng trứng bằng các phác đồ khác như phác đồ dài, phác đồ antagonist.
- Các trường hợp cho nhận noãn.
- Các trường hợp tinh trùng được lấy từ phương pháp chọc hút mào tinh.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu theo phương pháp mô tả tiến cứu.

2.3 Cơ mẫu nghiên cứu: Lấy mẫu thuận tiện, trong thời gian từ tháng 10/2016 đến 3/2017, tổng số đối tượng nghiên cứu là 150 trường hợp điều trị vô sinh bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm sử dụng phác đồ kích thích buồng trứng là phác đồ ngắn.

2.4 Các biến số nghiên cứu: Thời gian vô sinh, nguyên nhân vô sinh, phân loại vô sinh: nguyên phát, thứ phát, số lần IVF, liều FSH khởi đầu, tổng liều FSH, số ngày sử dụng FSH, độ dày

của niêm mạc tử cung, số nang noãn >14 mm vào ngày tiêm hCG, số noãn chọc hút, số noãn thụ tinh, tỷ lệ thụ tinh, số phôi thu được.

2.5 Các bước thực hiện nghiên cứu: Sau khi hoàn thành hồ sơ điều trị vô sinh, các đối tượng nghiên cứu đủ điều kiện về tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sẽ được thực hiện theo các bước sau đây:

1. Đối tượng nghiên cứu thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm bằng phác đồ ngắn. Diphereline 0,1mg/ngày được dùng đồng thời với FSH (Puregon, Gona F) từ ngày 2 của chu kỳ kinh. Liều gonadotropin được điều chỉnh phụ thuộc vào tuổi và đáp ứng của từng bệnh nhân.

2. Theo dõi sự phát triển của nang noãn bằng siêu âm và các xét nghiệm nồng độ E2.

3. Gây trưởng thành noãn bằng hCG hoặc Ovitrelle khi có ít nhất 1 nang ≥ 18 hoặc ít nhất 2 nang đạt kích thước ≥ 17 mm, sau kích thích buồng trứng 10-12 ngày.

4. Chọc hút noãn sau khi tiêm gây trưởng thành noãn 36h, dụng cụ sử dụng là bộ kit chọc hút noãn qua đường âm đạo dưới hướng dẫn siêu âm.

5. Thực hiện kỹ thuật thụ tinh bằng phương pháp tiêm tinh trùng bào tương của noãn (ICSI) sau chọc hút noãn 4-5h. Kiểm tra sự thụ tinh sau 18h. Noãn được thụ tinh bình thường khi có 2 tiền nhân quan sát được dưới kính hiển vi đảo ngược. Sau 3 ngày đánh giá chất lượng phôi.

6. Đánh giá kết quả kích thích buồng trứng của phác đồ ngắn vào phiếu thu thập số liệu. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0, các biến thể hiện trị số trung bình, biến thể hiện bằng số và %.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu

Chỉ số		Giá trị	Ghi chú
Tuổi		34,85 ± 4,8	25 - 44
Thời gian vô sinh		6,28 ± 4,6	1 - 21
Nguyên nhân vô sinh	Rối loạn phóng noãn	1,4 %	2/150
	Tinh dịch đồ bất thường	8,6%	13/150
	Do vòi tử cung	42,0 %	63/150
	Do hai vợ chồng	3,3 %	5/150
	Không rõ nguyên nhân	44,7 %	67/150
Loại vô sinh	Vô sinh nguyên phát	39,1 %	59/150
	Vô sinh thứ phát	60,9%	91/150

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 34,85 ± 4,8 năm. Thời gian vô sinh trung bình là 6,28 ± 4,6 năm. Nguyên nhân chủ yếu do tắc vòi tử cung chiếm 42,0% và không rõ nguyên nhân chiếm 44,7%. Vô sinh thứ phát chiếm tỷ lệ cao với 60,9%, vô sinh thứ phát là 39,1%.

3.2 Đặc điểm dự trữ buồng trứng buồng trứng

Bảng 2. Đặc điểm dự trữ buồng trứng buồng trứng

		Giá trị	Min-Max
Nội tiết tố cơ bản ngày 2 chu kỳ	FSH (UI/L)	7,82±3,1	2,3-22,0
	LH (UI/L)	4,02±3,3	1,2-30,9
	E2 (pg/ml)	35,79±34,7	10-327
AMH (ng/ml)		2,44 ± 2,6	0,3-21,0
AFC		7,2±4,0	2-27

Nồng độ nội tiết tố cơ bản của nhóm nghiên cứu có FSH trung bình là 7,82±3,1UI/L, LH trung bình là 4,02±3,3 UI/L và E2 trung bình là 35,79±34,7pg/ml. AMH trung bình là 2,44 ± 2,6ng/ml, thấp nhất là 0,3ng/ml và cao nhất là 21,0ng/ml. AFC trung bình là 7,2±4,0 nang, thấp nhất là 2 nang và cao nhất là 27 nang.

Bảng 3. Đặc điểm dùng FSH trong kích thích buồng trứng

Đặc điểm	X ± SD	Min- Max
Liều FSH khởi đầu	300,66± 79,4 UI	150-500
Tổng liều FSH	2953,05±834,5 UI	1200-4500
Số ngày dùng FSH	9,41±1,02	8-12

Liều FSH khởi đầu trung bình là 300,66± 79,4UI với liều thấp nhất là 150 UI/ngày và cao nhất là 500 UI/ngày. Tổng liều trung bình là 2953,05±834,5UI với tổng liều thấp nhất là 1200UI và cao nhất là 4500UI trong đợt điều trị. Số ngày kích thích buồng trứng trung bình là 9,41±1,02 ngày với số ngày ít nhất là 8 ngày, nhiều nhất là 12 ngày.

Bảng 4. Kết quả kích thích buồng trứng

Kết quả kích thích buồng trứng	X ± SD	Min - Max
Số noãn chọc hút trung bình	7,68±5,3	1-34
Số noãn MII trung bình	6,22±4,4	1-24
Tỷ lệ noãn trưởng thành trung bình (%)	83,08±19,1	25-100
Số phôi trung bình	5,05±3,5	1-21
Tỷ lệ thụ tinh trung bình	85,02±18,8	50-100

Số noãn chọc hút trung bình là 7,68±5,3 noãn, trong đó số noãn M2 trung bình là 6,22±4,4 noãn M2. Tỷ lệ noãn trưởng thành đạt 83,08±19,1%. Số phôi thu được trung bình là 5,05±3,5 phôi. Tỷ lệ thụ tinh trung bình là 85,02±18,8%.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là tương đối cao 34,85 ± 4,8 năm, phù hợp với chỉ định của phác đồ ngăn ngừa dùng cho bệnh nhân lớn tuổi với đáp ứng buồng trứng kém. Không có bệnh nhân nào dưới 25 tuổi, tuổi cao nhất là 44 tuổi và thấp nhất là 25 tuổi. So sánh độ tuổi với nghiên cứu về đánh giá hiệu quả phác đồ ngăn ngừa khác như của Radsapho.B. Saykham (2013) thì độ tuổi trung bình là 36,85 ± 4,95 năm, tuổi thấp nhất là 20 tuổi và cao nhất là 48 tuổi [3]. Thời gian vô sinh trung bình là 6,28 ± 4,6 năm, tương tự với các nghiên cứu của Đào Lan Hương (2012) thời gian vô sinh trung bình là 6,40 ± 4,43 năm [4]. Theo Phạm Như Thảo (2010) thời gian vô sinh trung bình là 6,44±3,48 năm [5].

Nguyên nhân vô sinh do vòi tử cung chiếm tỷ lệ 42,0 %, do tinh dịch đồ bất thường chiếm 8,6%, không rõ nguyên nhân chiếm 44,7 %, do rối loạn phóng noãn là 1,4%, 3,3% do cả hai vợ chồng. Kết quả này cũng tương tự một số nghiên cứu khác khi tỷ lệ vô sinh vòi tử cung và không rõ

nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao. Theo Đào Lan Hương (2012) tỷ lệ vô sinh vòi tử cung chiếm 20,9%, không rõ nguyên nhân chiếm 39,09% [4].

4.2 Đặc điểm dự trữ buồng trứng: Nồng độ FSH cơ bản ngày 2 chu kỳ là 7,82±3,1 UI/L ở mức cao tương ứng với độ tuổi trung bình cao của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu. Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Phạm Như Thảo (2010) là 6,87± 1,9UI/L, tương đương nghiên cứu của Radsapho.B. Saykham (2013) là 7,83 ± 2,86 UI/L [3][5].

Số nang thứ cấp (AFC) trong nghiên cứu là 7,2±4,0 nang. Kết quả của chúng tôi cao hơn của Đào Lan Hương (2012) là 5,21±3,58 nang, của Radsapho.B. Saykham (2013) là 5,81± 3,08 nang, có thể do độ tuổi trung bình của chúng tôi nhỏ hơn [4].

4.3 Đặc điểm kích thích buồng trứng: Số ngày kích thích buồng trứng trung bình trong nghiên cứu là 9,41±1,02 ngày, với tổng liều FSH sử dụng trung bình là 2953,05±834,5 UI. Về số ngày dùng FSH là tương đương với nghiên cứu của Đào Lan Hương (2012) là 9,11 ± 0,69 ngày, tuy nhiên về tổng liều thì trong nghiên cứu của

chúng tôi có tổng liều FSH ít hơn so với tác giả này là $3063,75 \pm 387,04$ UI, có thể là do dự trữ buồng trứng trên nhóm bệnh nhân của chúng tôi tốt hơn và độ tuổi trung bình nhỏ hơn [4].

4.4 Kết quả kích thích buồng trứng: Số noãn chọc hút trung bình trong nghiên cứu là $7,68 \pm 5,3$ noãn và số noãn M2 trung bình là $6,22 \pm 4,4$ noãn. Tỷ lệ noãn trưởng thành trung bình là $83,08 \pm 19,1$ %. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Phạm Như Thảo (2010) với số noãn chọc hút trung bình là $7,94 \pm 4,64$ noãn, theo tác giả Kdous Moez và cộng sự (2014) là $7,64 \pm 3,70$ noãn, theo tác giả Chatillon-Boissier và cộng sự (2012) là $6,74 \pm 2,73$ noãn [5][6][7].

Số phôi thu được trung bình là $5,05 \pm 3,5$ phôi với tỷ lệ thụ tinh trung bình là $85,02 \pm 18,8$ %. Theo tác giả Đào Lan Hương (2012) với số phôi thu được trung bình là $5,44 \pm 2,59$ phôi, tỷ lệ thụ tinh trung bình $81,04 \pm 20,20$ %. Theo tác giả Phạm Như Thảo (2010) thì tỷ lệ thụ tinh trung bình là $86,2 \pm 17,2$ %. Kết quả của chúng tôi là tương đương các tác giả trên.

Theo tác giả Kdous Moez và cộng sự (2014) số phôi thu được trung bình là $4,31 \pm 2,9$ phôi. Theo tác giả Chatillon-Boissier và cộng sự (2012) số phôi thu được trung bình là $3,16 \pm 2,03$ phôi. Kết quả của chúng tôi cao hơn có thể là do một số đặc điểm như độ tuổi trung bình thấp hơn, dự trữ buồng trứng tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Trong chu kỳ kích thích buồng trứng bằng phác đồ ngắn số noãn chọc hút trung bình là

$7,68 \pm 5,3$ noãn, tỷ lệ noãn trưởng thành trung bình thu được là $83,08 \pm 19,1$ %. Số phôi tạo thành trung bình là $5,05 \pm 3,5$ phôi, tỷ lệ thụ tinh trung bình là $85,02 \pm 18,8$ %.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Việt Tiến (2003).** *Kích thích buồng trứng, Tình hình ứng dụng một số phương pháp hỗ trợ sinh sản tại Viện BVBMVTSS, Chẩn đoán và điều trị vô sinh Viện BVBMVTSS, Nhà xuất bản Y học.*
- Wương Thị Ngọc Lan (1999).** *Sự phát triển nang noãn, Sự trưởng thành của noãn và sự rụng trứng, Nguyên lý sự kích thích buồng trứng, Theo dõi sự phát triển nang noãn, Vô sinh và kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, Nhà xuất bản Thành Phố HCM.*
- Radsapho.B. Saykham (2013).** Đánh giá hiệu quả hai phác đồ kích thích buồng trứng ở những bệnh nhân đáp ứng kém tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. *Luận văn tiến sĩ Y học.*
- Nguyễn Việt Tiến, Đào Lan Hương (2012),** Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả TTTON của bệnh nhân đáp ứng kém với KTBT tại BVPSTƯ năm 2011, *Tạp chí Thông tin y dược số tháng 11, năm 2012, tr 25-27*
- Phạm Như Thảo, Phan Trường Duyệt, Nguyễn Việt Tiến (2010),** Đánh giá kết quả kích thích buồng trứng bằng phác đồ ngắn và phác đồ dài ở bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm bằng phương pháp bơm tinh trùng vào bào tương noãn. *Tạp chí y học thực hành (716) số 5/2010, tr 47-50*
- Kdous Moez, Elabed Meriem, Zhioua Fethi, et al (2014),** Short vs long agonist protocols in poor responders undergoing IVF, *Tunis Med. 2014 Oct;92(10): page 604-609.*
- Chatillon-Boissier K, Genod A, Denis-Belicard E et al (2012),** Prospective randomised study of long versus short agonist protocol with poor responder patients during in vitro fertilization, *Gynecol Obstet Fertil. Nov;40(11):page 652-657.*

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ PHÂN TỬ CÓ GIÁ TRỊ TIÊN LƯỢNG CỦA UNG THƯ HẠ HỌNG TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Như Ước¹, Ngô Thanh Bình², Nguyễn Đình Phúc³, Lê Trung Thọ³

TÓM TẮT⁵³

Nghiên cứu mô tả cắt ngang 45 bệnh nhân có chẩn đoán mô bệnh học là ung thư hạ họng được điều

trị tại Khoa B1- Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương từ 1/2012 đến 12/2013, nhuộm hóa mô miễn dịch các dấu ấn p53, Ki67 và EGFR theo phương pháp ABC với các kit của Dako. Kết quả: Biểu hiện triệu chứng nuốt vướng/ nuốt đau có 16 trường hợp (35,6%). Gặp 12 trường hợp nuốt vướng/khàn tiếng (26,7%). Nuốt vướng/khó thở có 4 trường hợp (8,9%). U khu trú ở xoang lê và ở xoang lê/ thanh quản là nhiều nhất (28,9% và 31,1% tương ứng). Tổn thương dạng sùi là chủ yếu (51,2%). Typ ung thư biểu mô vảy chiếm nhiều nhất (93,4%). Tỷ lệ p53 dương tính chiếm 75,6%, trong đó dương tính mạnh chiếm 42,3%, tỷ lệ Ki67 dương tính 100%, trong đó dương tính mạnh

¹Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thanh Bình

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

chiếm 71,1% và tỷ lệ EGFR dương tính chiếm 71,1%, trong đó dương tính mạnh chiếm 53,3%.

Từ khoá: Ung thư hạ họng.

SUMMARY

STUDY ON THE CLINICAL CHARACTERISTICS AND MOLECULAR FACTORS WITH PROGNOSIS VALUES OF PHARYNGO CARCINOMA AT NATIONAL OTORHINOLARYNGOLOGY HOSPITAL

Descriptive cross-sectional study of 45 patients with a histologic diagnosis of Pharyngo carcinoma at the Department of Otolaryngology of National ENT hospital from 1/2012 to 12/2013, immunohistochemical staining markers p53, Ki67 and EGFR by ABC method with the Dako kit. Results: Difficulty swallowing symptoms/odynophagia with 16 cases (35.6%); 12 cases of swallowing difficulties/hoarseness (26.70%), difficulty swallowing 4 cases (8.9%). Tumor confined to the piriform sinus and piriform sinus/ supraglottis is the most popular (28.9% and 31.1% respectively). Tumor has the characteristic finger-like pattern of growth (51,2%). Squamous cell carcinoma type accounts for the most (93.4%). The rate of p53, Ki67 and EGFR expression in SCC was 75,6%,100% and 71,1%.

Key words: Pharyngo carcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hạ họng (UTHH) là nhóm u ác tính vùng đầu cổ khá phổ biến xuất phát từ vùng hạ họng khi lan vào thanh quản thì còn được gọi là ung thư hạ họng – thanh quản (UTHH-TQ). Các UTHH-TQ hầu hết chỉ phát hiện khi bệnh đã ở giai đoạn muộn. Nguyên nhân của tình trạng này là do ung thư không có triệu chứng ở giai đoạn sớm và nếu có cũng không đặc hiệu nên thường bị bệnh nhân, thậm chí thầy thuốc bỏ qua. Để phát hiện các tổn thương ung thư (UT) nói chung, UTHH nói riêng ngoài căn cứ vào các triệu chứng lâm sàng, người ta còn dựa vào tổn thương trên chẩn đoán hình ảnh (chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ...), các biểu hiện qua nội soi, chẩn đoán mô bệnh học (MBH). Ở Việt Nam hiện nay còn ít các công trình nghiên cứu về UTHH đặc biệt là các nghiên cứu chuyên sâu về xác định các dưới typ và dưới typ mô học cũng như xác định sự bộc lộ một số gen liên quan đến yếu tố tiên lượng. Với mong muốn có thể đóng góp một phần nhỏ trong nỗ lực phát hiện bệnh sớm, nâng cao chất lượng điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố phân tử có giá trị tiên lượng của ung thư hạ họng tại bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Bao gồm 45

trường hợp ung thư hạ họng được khám, chẩn đoán xác định và điều trị tại bệnh viện Tai mũi họng Trung ương từ 1/2012 đến 12/2013.

*Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu

- Tất cả các bệnh nhân UTTH khám, điều trị và theo dõi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương, không phân biệt tuổi, giới, nghề nghiệp.

- Có đầy đủ thông tin chẩn đoán lâm sàng, giai đoạn bệnh.

- Có chẩn đoán MBH xác định là UTTH, còn đủ bệnh phẩm để làm xét nghiệm hóa mô miễn dịch hoặc cấy nhuộm lại.

- Bệnh nhân đồng ý hợp tác nghiên cứu.

*Tiêu chuẩn loại khỏi nghiên cứu

- Tất cả các trường hợp không thỏa mãn một trong bất kỳ điều kiện chọn mẫu nào đã nêu ở trên.

- Các trường hợp có 2 ung thư, những trường hợp không thể xác định vị trí nguyên phát của mô u.

- Các ung thư thứ phát, di căn tới hạ họng, các trường hợp UTTH tái phát, đã điều trị bằng hóa chất hay xạ trị trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

*Cỡ mẫu: Chọn mẫu không xác suất, loại mẫu chủ đích.

*Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng của ung thư hạ họng:

+ Các triệu chứng cơ năng: Khàn tiếng, khó thở, nuốt nghẹn, nuốt vướng, nuốt đau, sặc.

+ Các triệu chứng thực thể: Vị trí u, hình thái, kích thước, mức độ xâm lấn, hạch cổ to, dấu hiệu di căn xa.

- Một số yếu tố phân tử có giá trị tiên lượng UTTH

+ Tỷ lệ bộc lộ P53

+ Tỷ lệ bộc lộ Ki67

+ Tỷ lệ bộc lộ EGFR

Đánh giá kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch của p53 và Ki67: Bắt màu ở nhân tế bào

+ Âm tính: Nhân tế bào u không bắt màu nâu.

+ Dương tính (+): Khi có nhiều hơn 10% - 30% tế bào u có nhân bắt màu nâu.

+ Dương tính (++): Khi có >30% tế bào u có nhân bắt màu nâu.

+ Dương tính (+++): Khi có nhiều hơn 30% tế bào u bắt màu nâu đậm.

Đánh giá kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch của EGFR: Bắt màu ở bào tương tế bào

+ Âm tính: <10% màng bào tương tế bào u bắt màu nâu.

+ Dương tính (+): Khi có nhiều hơn 10% - 30% tế bào u có màng bào tương bắt màu nâu.

+ Dương tính (++): Khi có > 30% tế bào u có màng bào tương bắt màu nâu.

+ Dương tính (+++): Khi >30% màng bào tương và bào tương tế bào u bắt màu nâu đậm.

Tất cả các trường hợp nhuộm hóa mô miễn dịch đều có chứng dương và âm.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu thu được trong quá trình nghiên cứu được xử lý bằng chương

trình SPSS 15.0, kiểm định McNemar's χ^2 , giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

*Triệu chứng cơ năng của ung thư hạ họng

Bảng 3.1. Triệu chứng cơ năng của ung thư hạ họng

	Ung thư HH	Ung thư HH-TQ	Tổng	Tỷ lệ %
Nuốt vướng	10	2	12	26,6
Nuốt vướng / Nuốt đau	11	4	15	33,3
Nuốt vướng / Khàn tiếng	0	11	11	22,4
Nuốt vướng / Khó thở	0	4	4	8,9
Nuốt vướng / Nuốt nghẹn	0	2	2	4,4
Nuốt vướng / Sặc	0	2	2	4,4
Tổng	21	24	45	100,0

- Trong nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng nuốt vướng/ nuốt đau có 15 trường hợp (33,3%). Gặp 11 trường hợp nuốt vướng/khàn tiếng (22,4%). Nuốt vướng 12 trường hợp (26,6%). Nuốt vướng/khó thở có 4 trường hợp (8,9%). Nuốt vướng/sặc nuốt vướng/nuốt nghẹn chúng tôi gặp 2 trường hợp chiếm (4,4%).

*Vị trí khối u của ung thư hạ họng

Bảng 3.2. Vị trí khối u của ung thư hạ họng

Vị trí	Ung thư HH (n/%)	Ung thư HH-TQ (n/%)	Tổng (n/%)
Xoang lê	13 (28,9)	-	13 (28,9)
Xoang lê/ Thanh quản	-	14 (31,1)	14 (31,1)
Xoang lê/Thanh quản/ Sau nhân phếu	-	3 (6,7)	3 (6,7)
Xoang lê/Sau nhân phếu	5 (11,1)	-	5 (11,1)
Sau nhân phếu / Thanh quản	-	7 (15,6)	7 (15,6)
Sau nhân phếu / Miệng thực quản	2 (4,4)	-	2 (4,4)
Thành sau họng	1 (2,2)	-	1 (2,2)
Tổng	21 (46,7)	24 (53,3)	45 (100,0)

- Nghiên cứu 45 trường hợp ung thư hạ họng chúng tôi thấy có 21 trường hợp khối u khu trú tại hạ họng. Khối u đã lan sang thanh quản là 24 trường hợp. Khối u khu trú ở xoang lê có 13 trường hợp (28,9%). Có 14 trường hợp ở xoang lê/thanh quản (31,1%). Tổn thương Xoang lê/Thanh quản/Sau nhân phếu 3 trường hợp (6,7%). Có 7 trường hợp tổn thương sau nhân phếu/thanh quản (15,6%). Tổn thương xoang lê/sau nhân phếu 5 trường hợp (11,1%). Tổn thương sau nhân phếu/miệng thực quản (4,4%). Tổn thương thành sau họng cùng 1 trường hợp (2,2%).

*Hình thái tổn thương trên nội soi của ung thư hạ họng

Bảng 3.3. Hình thái tổn thương trên nội soi của ung thư hạ họng

	Ung thư HH (n/%)	Ung thư HH-TQ (n/%)	Tổng (n/%)
Sùi	7 (15,6)	16 (35,6)	23 (51,2)
Sùi /Loét	5 (11,1)	6 (13,3)	11 (24,4)
Sùi /Thâm nhiễm	1 (2,2)	1 (2,2)	2 (4,4)
Phối hợp (Sùi/ Loét/Thâm nhiễm)	-	1 (2,2)	1 (2,2)
Không rõ tổn thương	8 (17,8)	-	8 (17,8)
Tổng	21 (46,7)	24 (53,3)	45 (100,0)

- Trong nghiên cứu của chúng tôi có 8 trường hợp xoang lê có hình ảnh đầy không rõ hình thái tổn thương (17,8%). Tổn thương dạng sùi là chủ yếu 23 trường hợp (51,2%). Tổn thương dạng sùi/loét gặp 11 trường hợp (24,4%). Tổn thương sùi/ thâm nhiễm gặp 2 trường hợp (4,4%). Tổn thương dạng phối hợp sùi/loét/thâm nhiễm gặp 1 trường hợp (2,2%).

* Mức độ lan rộng và xâm lấn của ung thư hạ họng

Bảng 3.4. Tình trạng di căn hạch và di căn

	Di căn hạch (n)			Di căn (n)	
	Cùng bên	Khác bên	Hai bên	Thực quản	Đáy lưỡi
Ung thư HH	8	-	-	-	-
Ung thư HH-TQ	11	1	5	2	3

- Nghiên cứu phát hiện thấy có 02 trường hợp di căn thực quản (4,4%) và có 03 trường hợp di căn đáy lưỡi (6,7%) là của ung thư hạ họng – thanh quản. Các di căn khác như di căn sụn giáp, tuyến giáp chúng tôi không gặp.

- Trong 45 bệnh nhân ung thư hạ họng phát hiện trên lâm sàng có 25 trường hợp di căn hạch cổ (55,6%) trong đó 19 trường hợp di căn hạch cổ cùng bên gồm 8 của ung thư hạ họng (17,8%) và 11 của ung thư hạ họng – thanh quản (24,4%). Có 1 trường hợp di căn hạch cổ khác bên (2,2%) và 5 trường hợp di căn hạch cổ hai bên (11,1%) đều là của ung thư hạ họng – thanh quản.

Bảng 3.5. Tỷ lệ các typ mô bệnh học

Typ mô bệnh học	Biến thể	N	%	McNemar's χ^2 (n = 45)
Ung thư biểu mô vảy	UTBMV	42	93,4	
	UTBMV dạng mụn cơm	1	2,2	
	UTBMV dạng tế bào đáy	1	2,2	
	UTBMV dạng nhú	1	2,2	

Typ mô bệnh học của cả 45 trường hợp đều là ung thư biểu mô vảy, trong đó có 3 biến thể.

Bảng 3.6. Tỷ lệ và mức độ bộc lộ các dấu ấn miễn dịch

Dấu ấn	Mức độ bộc lộ							
	Am tính		Dương tính +		Dương tính ++		Dương tính +++	
	n	%	n	%	n	%	n	%
P53	11	24,4	6	13,3	9	20,0	19	42,3
Ki67	0	0,0	5	11,1	8	17,8	32	71,1
EGFR	13	28,9	4	8,9	4	8,9	24	53,3

Nhận xét: Tỷ lệ p53 dương tính chiếm 75,6%, trong đó dương tính mạnh chiếm 42,3%. Tỷ lệ Ki67 dương tính 100%, trong đó dương tính mạnh chiếm 71,1%. Tỷ lệ EGFR dương tính chiếm 71,1%, trong đó dương tính mạnh chiếm 53,3%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm lâm sàng

- Trong các triệu chứng cơ năng của ung thư hạ họng: Nuốt vướng gặp ở tất cả các bệnh nhân trong đó nuốt vướng/nuốt đau có 16 trường hợp (35,6%). Gặp 12 trường hợp nuốt vướng/khàn tiếng (26,7%). Nuốt vướng 10 trường hợp (22,2%). Nuốt vướng/khó thở có 4 trường hợp (8,9%) và nuốt vướng/khàn tiếng/sặc gặp 2 trường hợp (4,4%). Chúng tôi gặp 1 trường hợp nuốt vướng/nuốt nghẹn chiếm (2,2%).

- Về vị trí khối U của ung thư hạ họng các ung thư hạ họng xuất phát từ xoang lê 77,8%, khối u xuất phát từ sau nhân phễu là 20,0%, và 2,2% là tỷ lệ khối u xuất phát từ thành sau họng. Theo tác giả Nguyễn Đình Phúc gặp từ 2000 - 2004 [1] tỷ lệ là 75,4%, 19,7% và 4,9%. Khối u ở vị trí xuất phát 14 (31,1%) còn lại 31 (68,9%) đã bị lan rộng đây là tỷ lệ tương đối tốt so với 13,1% và 86,9% của tác giả Nguyễn Đình Phúc giai đoạn 2000-2004 [2]. Có 3 bệnh nhân đã lan rộng ra 3 vị trí chiếm 6,67% và không gặp bệnh nhân ở 4 vị trí tổn thương. Không gặp tổn thương sau nhân phễu đơn độc.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi có 8 trường hợp xoang lê có hình ảnh đây không rõ hình thái tổn thương (17,8%) đây là những bệnh nhân chỉ có biểu hiện nuốt vướng được phát hiện sớm ở giai đoạn T¹NoMo. Tổn thương dạng sùi là chủ yếu 23 trường hợp (51,2%). Tổn thương dạng

sùi/loét gặp 11 trường hợp (24,4%). Tổn thương sùi/ thâm nhiễm gặp 2 trường hợp (4,4%). Tổn thương dạng phổi hợp sùi/loét/thâm nhiễm gặp 1 trường hợp (2,2%).

- Về mức độ lan rộng và xâm lấn trong nghiên cứu phát hiện thấy 11,1% thấp hơn nhiều so với 36,1% của tác giả Nguyễn Đình Phúc giai đoạn 2000-2004 [2]. Điều này cho thấy UTHH ngày càng được phát hiện sớm khi tỷ lệ lan rộng và xâm lấn còn ít. Trong đó có 02 trường hợp di căn thực quản (4,4%), có 03 trường hợp di căn đáy lưỡi (6,7%). Các di căn khác như di căn sụn giáp, tuyến giáp chúng tôi không gặp.

- Trong 45 bệnh nhân ung thư hạ họng phát hiện trên lâm sàng có 25 trường hợp di căn hạch cổ (55,6%) trong đó 19 trường hợp di căn hạch cổ cùng bên gồm 8 của ung thư hạ họng (17,8%) và 11 của ung thư hạ họng – thanh quản (24,4%). Có 1 trường hợp di căn hạch cổ khác bên (2,2%) và 5 trường hợp di căn hạch cổ hai bên (11,1%) đều là của ung thư hạ họng – thanh quản. Trong nghiên cứu chúng tôi không gặp trường hợp nào di căn xa.

- Về đặc điểm mô bệnh học trong nghiên cứu này, với 45 trường hợp, chúng tôi chỉ gặp ung thư biểu mô vảy, không gặp các typ khác như trong phân loại của Tổ chức y tế thế giới. Trong số 45 trường hợp ung thư biểu mô vảy, có 1 trường hợp là ung thư biểu mô vảy biến thể

dạng mụn cơm, 1 trường hợp ung thư biểu mô vảy biến thể tế bào dạng đáy, 1 trường hợp ung thư biểu mô vảy biến thể nhú. Kết quả này cũng tương tự như kết quả phân loại mô bệnh học của một số tác giả khác. Kết quả nguyên cứu của Tổng Xuân Thăng (2013) về 34 trường hợp UTTQ cũng cho thấy typ ung thư biểu mô vảy chiếm 100% [4]. Kết quả định typ mô bệnh học các trường hợp UTTQ của Tanadech Dechaphunkul cũng cho thấy typ ung thư biểu mô vảy chiếm từ > 96% đến gần 99% [5]. Kết quả nghiên cứu của Victor Wünsch Filho (2004) trong tổng số 129 bệnh nhân UTTQ được định typ mô bệnh học có 121 trường hợp ung thư biểu mô vảy (93,7%), 0,8% là typ ung thư dạng mụn cơm, 0,8% ung thư biểu mô tuyến và cũng có 0,8% ung thư biểu mô thần kinh nội tiết, có 4 trường hợp được xác định là ung thư thanh quản – hạ họng [6].

4.2. Về sự bộc lộ các dấu ấn p53, Ki67 và EGFR: Sự thay đổi các biểu hiện protein p53 và đột biến của gen p53 đã được đề xuất như dự đoán độc lập tái phát trong ung thư biểu mô vảy hạ họng thanh quản [7]. Các nghiên cứu cũng cho thấy có sự tương đồng rất cao của sự bộc lộ protein p53 quá mức với đột biến gen p53 [7]. Tuy nhiên, đột biến gen p53 đã được đề xuất đáng tin cậy hơn so với sự bộc lộ quá mức protein p53 [7]. Sự bộc lộ EGFR có giá trị tiên đoán độc lập cho kết quả điều trị (phẫu thuật, hóa trị và xạ trị) và đánh giá thời gian sống thêm cũng như tình trạng tái phát và di căn [7]. Hiện nay, sự bộc lộ EGFR là dấu ấn sinh học đáng tin cậy nhất cho đặc tính ác tính và xâm lấn của ung thư biểu mô vảy thanh quản [7]. Ki67 là một kháng nguyên nằm trong nhân tế bào, hiện diện ở kỳ hoạt động của các tế bào (G1, S, G2 phân bào). Ki67 liên quan mật thiết với hình thái tăng trưởng tế bào, đặc biệt là chỉ số nhân chia. Sự bộc lộ mạnh của Ki67 cho thấy một tiên lượng tồi, điều trị ít hiệu quả, nhất là khả năng đáp ứng xạ trị. Nhiều công trình cũng đã nghiên cứu sự bộc lộ của Ki-67 trong các UT BM đầu cổ và đều nhất trí cho rằng, tiên lượng xấu luôn đi cùng với sự bộc lộ cao của dấu ấn này. Sử dụng phương pháp phát hiện gián tiếp qua sự bộc lộ của protein p53 bất thường bằng kỹ thuật hóa mô miễn dịch, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 75,6% các trường hợp UTBMV hạ họng có bộc lộ p53, trong đó bộc lộ ở mức độ (+++) là cao nhất với 42,3%, tiếp đến là bộc lộ mức độ (++) với 20,0% và thấp nhất là mức độ (+) với 13,3%. Tỷ lệ bộc lộ Ki67 mạnh (+++) chiếm nhiều nhất với 71,1%. Tỷ lệ bộc lộ dấu ấn

EGFR dương tính là 71,1%, trong đó dương tính (++++) chiếm nhiều nhất với 53,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự một số nghiên cứu khác. Nghiên cứu của nhóm tác giả Wen và CS nghiên cứu sự bộc lộ của EGFR trên 68 mẫu bệnh phẩm sinh thiết UTTQ đã chuyển đúc trong paraffin, nhuộm hóa mô miễn dịch cho thấy EGFR bộc lộ ở 42,6%, tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng ung thư hạ họng

- Nuốt vướng gặp ở tất cả các trường hợp.
- Ung thư hạ họng xuất phát từ xoang lê 77,8%, sau nhân phễu 20,0%, thành sau họng 2,2%. Tổn thương dạng sùi là chủ yếu 51,2%. Không rõ hình thái tổn thương 17,8%. U xâm lấn ra ngoài hạ họng khoảng 11,1% và di căn hạch cổ chiếm 55,6%

2. Về tỷ lệ bộc lộ một số dấu ấn phân tử có giá trị tiên lượng

- Typ ung thư biểu mô vảy chiếm tỷ lệ rất cao (93,4%).
- P53 bộc lộ trong 75,6% các trường hợp, trong đó mức độ (+++) là cao nhất với 42,3%.
- Ki67 bộc lộ ở 100% các trường hợp, trong đó bộc lộ (+++) với 71,1%.
- Tỷ lệ bộc lộ dấu ấn EGFR dương tính là 71,1%, trong đó dương tính (++++) chiếm nhiều nhất với 53,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Phúc (2009) "Vị trí xuất phát và lan tràn của ung thư hạ họng". Y học thực hành 665 số 6/2009, tr 57-60.
2. Nguyễn Đình Phúc (2005) "Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật UTTQ và HH tại khoa u bướu BV TMH TW từ 2000-2004". Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học hội nghị TMH toàn quốc, tr 106-113.
3. Trần Hữu Tuấn (1990), "Nhận xét 321 trường hợp UT HH-TQ từ 1960-1988" Nội san TMH số 1/1990, tr 65-73.
4. Trần Hữu Tước (1984), "Nhận xét 173 trường hợp ung thư thanh quản và hạ họng thanh quản từ 1955-1975" Nhà xuất bản Y học 1984, tr 90-98.
5. Beckhardt RN, Kiyokawa N, Xi L, et al (1995), HER-2/neu oncogene characterization in head and neck squamous cell carcinoma. Arch Otolaryngol Head Neck Surg; 121:1265-1270.
6. Bonner JA, Harari PM, Giralt J, et al (2006), Radiotherapy plus cetuximab for squamous-cell carcinoma of the head and neck. N Engl J Med; 354:567-578.
7. Capaccio P, Pruneri G, Carboni N, et al (2000), Cyclin D1 expression is predictive of occult metastases in head and neck cancer patients with clinically negative cervical lymph nodes. Neck; 22:234-240.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CHẨN ĐOÁN MUỘN DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Trương Thị Mai Hồng*

TÓM TẮT⁵⁴

Mục tiêu: Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến chẩn đoán muộn dị vật đường thở ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung ương từ năm 2011 đến 2015. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang 131 bệnh nhân dị vật đường thở từ 1/2011- 12/2015 tại bệnh viện Nhi trung ương. **Kết quả:** Một số yếu tố liên quan đến chẩn đoán muộn dị vật đường thở là: Bản chất của dị vật là nhựa hoặc động vật (53,8 %; 57,2%). Dị vật phế quản thường chẩn đoán muộn (44,6%). Hoàn cảnh xảy ra dị vật không rõ ràng hoặc không có người chứng kiến (30%). Hội chứng xâm nhập không rõ hoặc bị bỏ qua (30,2%). Triệu chứng ho, khò khè kéo dài (dễ nhầm với các bệnh lý khác tại phổi) chiếm 62,3 %. X quang phổi không có dấu hiệu gợi ý hoặc bị bỏ qua.

Từ khóa: chẩn đoán muộn dị vật đường thở.

SUMMARY

SOME FACTORS ASSOCIATED TO LATE DIAGNOSIS OF FOREIGN BODIES IN CHILDREN FROM 2011 TO 2015

Objectives: to investigate some associated factors to late diagnosis of foreign bodies in children from 2011 to 2015. **Subjects and methods:** a cross-sectional study conducted in the Vietnam children hospital to investigate 131 children with foreign bodies from January of 2011 to December of 2015. **Results:** some associated factors to late diagnosis of foreign bodies were: most of the foreign bodies were plastic and animal pieces (53.8% and 57.2%). 44.6% of bronchia I foreign bodies were late confirm. 30% of cases were not identified or no one observed when choking happened. 30.2% of the cases did not have choking or it was missing. 62.5% of cases had coughing and prolong wheezing which were similar to pulmonary tracts infections. Chest xray were not specific or missed interpretation.

Keywords: late diagnosis, foreign bodies.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật đường thở là hiện tượng các vật mắc lại trên đường thở từ thanh quản đến phế quản phân thùy [1]. Biểu hiện lâm sàng đặc trưng gặp ở phần lớn trường hợp là hội chứng xâm nhập: khó thở xảy ra đột ngột, trẻ ho sặc sụa, tím tái, vã mồ hôi. Nếu dị vật lớn bít kín hoàn toàn

đường thở có thể dẫn đến ngừng thở, ngừng tim và tử vong ngay sau đó, thậm chí những dị vật nhỏ cũng có thể gây tử vong do phản xạ co thắt thanh quản và tình trạng thiếu oxy sau đó [2].

Ngay khi trẻ được đưa đến cơ sở y tế sớm thì vẫn có những tỷ lệ nhất định không được chẩn đoán và điều trị kịp thời ngay từ đầu. Nhiều nguyên nhân dẫn đến tình trạng chẩn đoán muộn như cha mẹ hoặc người trông trẻ không phát hiện hoặc được chứng kiến hội chứng xâm nhập hay triệu chứng lâm sàng ở trẻ kín đáo khó nhận ra, hình ảnh X quang tim phổi không thấy dị vật....Trong khi đó, tỷ lệ biến chứng sẽ tăng lên theo thời gian dị vật nằm trong đường thở. Theo nghiên cứu của Liancai Mu cộng sự, tỷ lệ biến chứng chiếm 64% ở trẻ được chẩn đoán trong vòng 4 -7 ngày; tỷ lệ đó là 70% ở trẻ được chẩn đoán sau 15 ngày và chiếm 95% ở trẻ được chẩn đoán sau 30 ngày [3]. Để hạn chế những biến chứng, việc chẩn đoán và loại bỏ dị vật sớm đóng vai trò quan trọng. Xuất phát từ thực tế này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Một số yếu tố liên quan đến chẩn đoán muộn dị vật đường thở ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung ương từ năm 2011 đến 2015".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các đối tượng được chẩn đoán xác định dị vật đường thở điều trị tại khoa Cấp cứu - Chống độc, khoa Hô hấp và Miễn dịch dị ứng - Bệnh viện Nhi Trung ương từ 1/2011 đến 9/2015. *Trong đó:*

- Hồi cứu bệnh án bệnh nhân đã được chẩn đoán dị vật đường thở tại viện từ 1/1/2011 đến 30/10/2014

- Tiến cứu trên những bệnh nhân dị vật đường thở được điều trị tại viện từ 1/11/2014 đến 30/09/2015

2.1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn BN

- Có bệnh án được ghi chép đầy đủ về hành chính, lý do vào viện, tiền sử, bệnh sử, khám bệnh, các xét nghiệm, có lưu phim chụp phổi.

- Được nội soi đường thở và gặp được hoặc nhìn thấy dị vật

- Có biên bản nội soi gặp dị vật ghi rõ thời gian, phương pháp, vị trí dị vật, loại dị vật và tình trạng tổn thương của đường thở, ghi chép theo dõi diễn biến của bệnh nhân sau khi lấy dị vật.

*Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Mai Hồng

Email: maihonghoa98@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

- Tất cả các bệnh nhân được xác định chẩn đoán là dị vật đường thở - Trong đó nội soi lấy được dị vật là tiêu chuẩn tiên quyết.

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân không có phim X-quang hoặc kết quả nội soi.

2 Phương pháp nghiên cứu

2.1 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang có phân tích

2.2 Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Bao gồm: *Nghiên cứu hồi cứu*

Thu thập số liệu dựa vào mẫu bệnh án lưu tại phòng lưu trữ hồ sơ Bệnh viện Nhi Trung ương

từ 1/11/2005 đến 30/10/2014 và thu thập số liệu trực tiếp từ bệnh nhân ở khoa Cấp cứu – Chống độc và khoa Hô hấp từ 1/11/2014 đến 30/10/2015 thông qua mẫu bệnh án được thiết kế sẵn

Nghiên cứu tiến cứu: Trực tiếp làm bệnh án, theo dõi, khám bệnh nhân, quan sát nội soi gặp dị vật và xử trí các biến chứng do dị vật gây nên từ tháng 1/11/2014 đến 30/10/2015

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 131 trường hợp đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu, trong đó tỉ lệ nam/ nữ là 1,73.

Bảng 1. Mối liên quan giữa nhóm tuổi và thời gian chẩn đoán

Nhóm tuổi	Chẩn đoán sớm (n=78)		Chẩn đoán muộn (n=53)		Giá trị p
	N	%	N	%	
Dưới 1 tuổi	11	14.1	6	11.3	>0.05
Từ 1 đến 3 tuổi	52	66.7	36	67.9	>0.05
Từ 3 đến 7 tuổi	10	12.8	9	17.0	>0.05
Trên 7 tuổi	5	6.4	2	3.8	>0.05

Nhận xét: Ở tất cả các nhóm tuổi thì tỷ lệ chẩn đoán muộn đều ít hơn chẩn đoán sớm, tuy nhiên không có sự khác biệt về thời gian chẩn đoán giữa các nhóm tuổi.

Bảng 2. Mối liên quan giữa bản chất dị vật và thời gian chẩn đoán

Bản chất dị vật	Chẩn đoán sớm		Chẩn đoán muộn		Giá trị p
	n	%	n	%	
Kim loại (n=10)	7/10	70	3	30	>0.05
Thực vật (n=96)	60/96	62,5	36	37,5	<0.05*
Nhựa (n=13)	6/13	46,2	7	53,8	>0.05
Động vật (n=7)	3/7	42,8	4	57,2	>0.05
Khác (n=5)	2/5	40	3	60	>0.05

Nhận xét: Dị vật có bản chất kim loại và thực vật có tỷ lệ chẩn đoán muộn ít hơn so các loại dị vật khác - đặc biệt, sự khác biệt trong dị vật có bản chất thực vật có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3. Mối liên quan giữa vị trí dị vật và thời gian chẩn đoán

Vị trí dị vật	Chẩn đoán sớm		Chẩn đoán muộn		Giá trị p
	n	%	n	%	
Thanh quản(n=11)	8/11	72,7	3	27,3	<0.05
Khí quản(n=28)	19/28	67,8	9	32,2	>0.05
Phế quản(n=92)	51/92	55,4	41	44,6	>0.05

Nhận xét: vị trí dị vật ở thanh quản được chẩn đoán sớm hơn các vị trí khác

Bảng 4. Hoàn cảnh xảy ra và thời gian chẩn đoán

Hoàn cảnh	Chẩn đoán sớm (n=78)		Chẩn đoán muộn (n=53)		Giá trị p
	n	%	n	%	
Đang ăn	43	55.1	20	37.7	<0.05*
Cười đùa	10	12.8	4	7.5	>0.05
Khóc	2	2.6	5	9.4	>0.05
Ho	1	1.3	1	1.9	>0.05
Ngã ngựa	4	5.1	1	1.9	>0.05
Giật mình	3	3.8	1	1.9	>0.05
Khác	11	14.1	4	7.5	>0.05
Không rõ	4	5.1	17	32.0	<0.01*

Nhận xét: Tỷ lệ chẩn đoán muộn ở nhóm không rõ hoàn cảnh xảy ra tai nạn cao hơn hẳn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ chẩn đoán sớm cao hơn ở nhóm xảy ra tai nạn khi đang ăn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Hội chứng xâm nhập và thời gian chẩn đoán

Hội chứng xâm nhập	Chẩn đoán sớm (n=78)		Chẩn đoán muộn (n=53)		Giá trị p
	n	%	n	%	
Rõ	66	84.6	26	49.1	<0.01*
Thoảng qua	5	6.4	9	17.0	>0.05
BN nhỏ tuổi người nhà không chứng kiến	5	6.4	16	30.2	<0.05*
BN không nhớ hoặc dấu	2	2.6	2	3.8	>0.05

Nhận xét: Tỷ lệ chẩn đoán muộn cao hơn ở nhóm có hội chứng xâm nhập thoảng qua và không có ai chứng kiến với khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Bệnh nhân có hội chứng xâm nhập rõ có tỷ lệ chẩn đoán sớm cao hơn so với chẩn đoán muộn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$)

Bảng 6. Mối liên quan giữa triệu chứng và thời gian chẩn đoán

Triệu chứng cơ năng	Chẩn đoán sớm (n=78)		Chẩn đoán muộn (n=53)		Giá trị p
	n	%	n	%	
Ho	61	78.2	46	86.8	>0.05
Khó thở	40	51.3	27	50.9	>0.05
Khò khè	26	33.3	33	62.3	<0.05*
Đau ngực	5	6.4	1	1.9	>0.05
Khàn tiếng	9	11.5	8	15.1	>0.05
Lật phật cờ bay	1	1,3	0	0	
Ran	43	51,1	41	77,4	>0.05
Giảm thông khí	36	46,2	22	41,5	>0.05

Nhận xét: Ho và khò khè là 2 triệu chứng có tỷ lệ cao hơn ở nhóm chẩn đoán muộn. Đặc biệt là triệu chứng khò khè có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đau ngực và khó thở là 2 triệu chứng có tỷ lệ cao hơn ở nhóm chẩn đoán sớm. Tuy nhiên sự khác biệt giữa 2 nhóm chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 7. Mối liên quan giữa hình ảnh trên X quang và thời gian chẩn đoán

Hình ảnh X quang	Chẩn đoán sớm (n=78)		Chẩn đoán muộn (n=53)		Giá trị p
	n	%	n	%	
DV cản quang	9	11.5	5	9.4	>0.05
VPQ	16	20.5	12	22.6	>0.05
VPQP	3	3.8	10	18.9	>0.05
Xẹp phổi	10	12.8	2	3.8	<0.05*
Ư khí	12	15.4	11	20.8	>0.05
TK trung thất	1	1.3	3	5.7	>0.05

Nhận xét: Hình ảnh xẹp phổi và dị vật cản quang trên phim chụp X quang phổi có tỷ lệ thấp hơn ở nhóm chẩn đoán muộn - đặc biệt sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với hình ảnh xẹp phổi ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc chẩn đoán muộn dị vật đường thở không liên quan tới tuổi của bệnh nhân - tương tự như nghiên cứu của Liancai Mu, MD và cộng sự với 210 trường hợp DVDT tại khoa tai mũi họng bệnh viện Đại học Y Trung Quốc ở Thẩm Dương [3].

Dị vật ở phế quản thường được chẩn đoán muộn, do thời gian mắc dị vật kéo dài, các triệu chứng của hội chứng xâm nhập không điển hình, dễ nhầm với các bệnh lý khác tại phổi như: viêm phổi, hen phế quản... Dị vật ở thanh quản được chẩn đoán sớm hơn các vị trí khác. Theo cấu tạo giải phẫu, dị vật nằm ở thanh quản thường gây các triệu chứng rầm rộ như: khó thở thanh quản, rít thanh quản cần can thiệp sớm, do vậy ít bị bỏ sót hơn.

Nhóm không rõ hoàn cảnh xảy ra tai nạn có tỷ lệ chẩn đoán muộn cao hơn nhóm xảy ra tai nạn khi đang ăn. Do đó, bác sỹ lâm sàng cần khai thác kỹ tiền sử bệnh, tránh bỏ sót hoàn cảnh xảy ra cơn ho sặc sụa, đồng thời cần khuyến cáo cha mẹ hạn chế cho trẻ ăn khi đang nô đùa. Kết quả nghiên cứu này cũng giống nghiên cứu của Liancai Mu, khi nghiên cứu các biến chứng của dị vật đường thở tác giả cũng thấy tỷ lệ chẩn đoán muộn cao ở những trẻ không có người chứng kiến hội chứng xâm nhập. Khi thiếu các triệu chứng điển hình và dấu hiệu (26/210, 12%) [3].

Khi so sánh các dấu hiệu lâm sàng chúng tôi thấy ở nhóm chẩn đoán muộn, ho và khò khè hay gặp hơn. Theo Nader Sak [4] triệu chứng lâm sàng ở nhóm chẩn đoán muộn hay gặp là cơn xanh tím: (55/1015, 5,4%), khó thở

(10/1015, 1%). Theo Karakoç F. [5] thì ho, viêm phổi tái phát và sốt là các triệu chứng thường gặp nhất ở bệnh nhân bị chẩn đoán chậm.

Các triệu chứng X quang: Các dấu hiệu gợi ý dị vật đường thở trên phim X quang như xẹp phổi và dị vật cản quang thường không điển hình hoặc bị bỏ qua ở nhóm chẩn đoán muộn. Đặc biệt xẹp phổi ít được phát hiện ở nhóm chẩn đoán muộn, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Theo tác giả Chik [6], kết quả X quang phổi bình thường chiếm 34% nhóm trẻ dị vật đường thở. Sự kết hợp dị vật với viêm phổi chiếm ưu thế trong nhóm chẩn đoán muộn ($P < 0,05$). Hình ảnh hen phế quản ($n = 9$), viêm phổi ($n = 8$), và cảm lạnh thông thường ($n = 5$) là những chẩn đoán sai lầm phổ biến nhất.

V. KẾT LUẬN

- Bản chất của dị vật là nhựa hoặc động vật.
- Vị trí mắc dị vật: dị vật phế quản thường chẩn đoán muộn (44,6%).
- Hoàn cảnh xảy ra dị vật không rõ ràng hoặc không có người chứng kiến.
- Hội chứng xâm nhập không rõ hoặc bị bỏ qua

- Triệu chứng ho, khò khè kéo dài (dễ nhầm với các bệnh lý khác tại phổi).

- X quang phổi không có dấu hiệu gợi ý hoặc bị bỏ qua.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fraga, A.d.M.A, et al.**, " Foreign body aspiration in children: clinical aspect, radiological aspect and bronchoscopic treatment". *J Bras Pneumol*, 2008.34(2): p74-82.
2. **Panda, S S et al**, "Foreign body in the bronchus in children: 22 years experience in a tertiary care paediatric centre", *Afr. J.Paediatric* 2014. 11(3): p.252-5
3. **Liancai Mu, MD; Ping He, MD; Deqiang Sun, MD**, "The Causes and Complications of Late Diagnosis of Foreign Body Aspiration in Children Report of 210 Cases", *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1991;117(8):876-879.
4. **Nader Saki, Soheila Nikakhlagh, Fakher Rahim, and Hassan Abshirini**, "Foreign body aspirations in Infancy: a 20-year experience" *Int J Med Sci*. 2009; 6(6): 322-328.
5. **Karakoc F¹, Cakir E, Ersu R, Uyan ZS, Colak B, Karadag B, Kiyani G, Dagli T, Dagli E.** "Late diagnosis of foreign body aspiration in children with chronic respiratory symptoms", *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2007 Feb;71(2):241-6
6. **KK Chik, T.M., CW Chan**, *Foreign body aspiration in Hong Kong Chinese children*. Hong Kong Med J, 2009. 15: p. 6-11

NGUYÊN NHÂN CỦA 451 BỆNH NHÂN DẬY THÌ SỚM TRUNG ƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Lê Ngọc Duy*, Lê Thanh Hải*,
Vũ Chí Dũng*, Bùi Phương Thảo*

TÓM TẮT⁵⁵

Mục tiêu: phân tích nguyên nhân và mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng theo nguyên nhân của bệnh nhân DTSTU. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 451 bệnh nhân DTSTU tại Bệnh viện Nhi trung ương trong thời gian nghiên cứu từ 2013 - 2017. **Kết quả:** Tỷ lệ trai/gái là 1/21,5 (20 trai và 431 gái). Tuổi chẩn đoán từ 1-9,5 tuổi. Trẻ gái có tuổi bắt đầu dậy thì là $6,9 \pm 0,1$ tuổi và tuổi chẩn đoán trung bình là $7,8 \pm 0,1$ tuổi. Trẻ trai bắt đầu dậy thì khi $5,86 \pm 2,91$ tuổi và chẩn đoán trung bình là $6,3 \pm 2,8$ tuổi. Tốc độ phát triển chiều cao tại thời điểm chẩn đoán là $+ 3,3 \pm 0,1$ SD trẻ gái và $+ 3,97 \pm 1,77$ SD ở trẻ trai. Ở trẻ trai: 60% có nguyên nhân gồm 45% là u não,

15% là TSTTBS. Trẻ gái: 95% là vô căn còn lại 4,4% nguyên nhân là tổn thương ở não. Một số dấu hiệu gợi ý chẩn đoán nhóm có nguyên nhân là: biểu hiện sớm trước 6 tuổi, tuổi xương và tốc độ tăng trưởng nhanh hơn. **Kết luận:** U não và TSTTBS là căn nguyên quan trọng gây DTSTU ở trẻ trai, còn trẻ gái chủ yếu là vô căn. Tuổi khởi phát dậy thì trước 6 tuổi có thể gợi ý dậy thì sớm có nguyên nhân.

Từ khóa: Dậy thì sớm trung ương. Mã ICD10 E 22.8

SUMMARY

ETIOLOGY OF 451 CASES OF CENTRAL PRECOCIOUS PUBERTY AT VIETNAM CHILDREN'S HOSPITAL

Aims: to analyze the causes and to describe clinical and subclinical characteristics by the etiology. **Methods:** A descriptive cross-sectional study conducted at Vietnam Children's Hospital to evaluate 451 patients with diagnoses of CPP from 2013 to 2017. **Results:** Male/female ratio was 1/21.5 (20 boys and 431 girls). Patients were diagnosed from the age of 1 to 9.5 years. In girls, symptoms of precocious

*Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Duy

Email: duy2411@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

puberty started at a mean age of 6.9 ± 0.1 years old and the mean age at diagnosis was 7.8 ± 0.1 years. In boys, symptoms started at a mean age of 5.86 ± 2.91 years old and the mean age at diagnosis was 6.3 ± 2.8 years old. The increased growth velocity upon admission was $+ 3.3 \pm 0.1$ SD for girls and $+ 3.97 \pm 1.77$ SD for boys. 45% of male children had brain tumors, 15% had congenital adrenal hyperplasia, and 40% of cases were idiopathic. In girls, 95% of cases were idiopathic, and 4.4% of cases were caused by brain damage. Onset of puberty before age of 6 years, accelerated bone age and faster growth were strong indicators of CPP in the group with confirmed causes.

Conclusion: Brain tumors and congenital adrenal hyperplasia were important causes of CPP in boys, but most cases in girls were idiopathic. The onset of puberty before age 6 was an indicator of non-idiopathic cause of precocious puberty.

Keywords: central precocious puberty, ICD10 code: E 22.8

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dậy thì sớm trung ương (DTSTƯ) là sự phát triển các đặc tính sinh dục phụ trước 9 tuổi ở trẻ trai và trước 8 tuổi hoặc kinh nguyệt xảy ra trước 9,5 tuổi ở trẻ gái do sự hoạt động sớm của trục dưới đồi - tuyến yên - tuyến sinh dục [1]. Hiện nay, dậy thì sớm là một vấn đề đang được xã hội cũng như nhân viên y tế hết sức quan tâm. Tỷ lệ dậy thì sớm ước tính chung cho cả trung ương và ngoại biên vào khoảng 1/10.000 - 1/5.000 trẻ, trong đó dậy thì sớm trung ương nhiều gấp 5 lần ngoại biên. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến dậy thì sớm ở trẻ như do yếu tố di truyền, nội tiết, môi trường sống, chế độ ăn uống, điều kiện sống trong gia đình... và bệnh lý của cơ thể [2]. Dậy thì sớm gây cốt hoá xương sớm làm giảm chiều cao trưởng thành. Trẻ có thể có nguy cơ bị xâm hại tình dục, mang thai ngoài ý muốn và phá thai khi còn quá nhỏ tuổi. Ngoài ra, những thay đổi cơ thể nhanh chóng sẽ khiến trẻ và cha mẹ lo lắng. Ở Việt Nam đã có một vài nghiên cứu về dậy thì sớm với cỡ mẫu nhỏ, kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh như chụp cộng hưởng từ chưa phát triển, chưa chỉ định rộng rãi như ngày nay nên việc tìm nguyên nhân do bất thường hệ thần kinh trung ương còn hạn chế, bên cạnh đó test kích thích GnRH chưa thực hiện nhiều nên việc chẩn đoán DTSTƯ đôi khi chưa chính xác. Do vậy, nghiên cứu này được tiến hành nhằm phân tích các nguyên nhân và mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng theo nguyên nhân của 451 bệnh nhân DTSTƯ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 451 bệnh nhân DTSTƯ tại Khoa Nội tiết-Chuyển hóa-Di truyền,

Bệnh viện Nhi trung ương trong thời gian nghiên cứu từ 2013 đến 2017.

*Tiêu chuẩn chẩn đoán dựa theo Carel và cộng sự [2] như sau:

- Có các dấu hiệu dậy thì trước 8 tuổi hoặc kinh nguyệt trước 9,5 tuổi ở trẻ gái, trước 9 tuổi ở trẻ trai.

- Kích thước tinh hoàn trên 4ml ở trẻ trai hoặc tăng kích thước tuyến vú từ phân độ Tanner giai đoạn 2 trở lên ở trẻ gái.

- Tăng chiều cao trên + 2SD so với tuổi.

- Tuổi xương lớn hơn tuổi thực > 1 năm.

- Testosteron > 1 nmol/L ở trai hoặc E2 > 60 pmol/L ở trẻ gái.

- FSH, LH cơ bản > 0.3 UI/l ở trẻ gái. - Test kích thích GnRH dương tính với LH > 5 UI/L.

*Tiêu chuẩn loại trừ: phát triển đặc tính sinh dục thứ phát đơn độc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả một loạt các trường hợp DTSTƯ. Bệnh nhân được đo chiều cao, cân nặng và so sánh với biểu đồ tăng trưởng, mô tả sự phát triển đặc tính sinh dục phụ theo Marshall và Tanner. Trẻ gái: đánh giá phát triển tuyến vú từ B1 đến B5; lông mu từ P1 đến P5; kinh nguyệt có hay không. Trẻ trai: đo chiều dài dương vật, thể tích tinh hoàn. Các xét nghiệm gồm: chụp X-quang xương cổ tay theo Greulich-Pyle, định lượng hormon FSH, LH, estradiol ở trẻ gái, testosterone ở trẻ trai, làm test kích thích GnRH khi nghi ngờ chẩn đoán, chụp cộng hưởng từ (MRI) sọ não để tìm căn nguyên, siêu âm đo kích thước tử cung và để loại trừ các nguyên nhân khác.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Kết quả được ghi lại theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Các biến số được trình bày với giá trị trung bình (biến số định lượng), tỉ lệ phần trăm (biến số định tính). Số liệu được nhập, làm sạch và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu của chúng tôi có 451 trẻ DTSTƯ trong thời gian 2013 - 2017 gồm 431 trẻ gái và 20 trẻ trai, tỉ lệ trai/gái là 1/21,5. Tuổi chẩn đoán từ 1- 9,5 tuổi. Trẻ gái có tuổi bắt đầu dậy thì là $6,9 \pm 0,1$ tuổi và tuổi chẩn đoán trung bình là $7,8 \pm 0,1$ tuổi. Trẻ trai bắt đầu dậy thì khi $5,86 \pm 2,91$ tuổi và chẩn đoán trung bình là $6,3 \pm 2,8$. Tốc độ phát triển chiều cao tại thời điểm chẩn đoán là $+ 3,3 \pm 0,1$ SD trẻ gái và $+ 3,97 \pm 1,77$ SD ở trẻ trai.

Bảng 1. Nguyên nhân gây dậy thì sớm trung ương

Nguyên nhân	Trẻ trai	Trẻ gái	Tổng
Vô căn	8 (40%)	412 (95,6%)	420 (93,1%)
U não	7 (35%) harmatoma 2 (10%) u tuyến yên	7 (1,6%) harmatoma; 3 (0,7%) u tuyến yên; 2(0,5%) u nang tuyến tùng; 4 (1%) nang màng nhện; 1 (0,2%) u sao bào; 1 (0,2%) teo bán cầu; 1 (0,2%) thiếu sản não	28 (6,2%)
TSTTBS	3 (15%)	0 (0%)	3 (0,7%)
Tổng	20	431	451

Nhận xét: trẻ trai có 60% trẻ DTSTU tìm thấy nguyên nhân trong đó 45% là u não, 15% là tăng sản thượng thận bẩm sinh. Trẻ gái: 95% là vô căn còn lại 4,4% nguyên nhân là tổn thương ở não.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm theo nguyên nhân ở trẻ trai

Đặc điểm	Không có nguyên nhân (n=8)	Có nguyên nhân (n=12)
Tuổi dậy thì (tuổi)	8,03 ± 2,00	5,15 ± 2,70
Trứng cá	37 %	58 %
Lông mu	37 % (P2-P3)	47 % (P2-P3-P4)
Dài dương vật (cm)	6,31 ± 1,83	7,25 ± 1,76
Thể tích tinh hoàn (ml)	10,1 ± 5,22	9,83 ± 6,06
Tuổi xương > tuổi thực (tuổi)	2,84 ± 1,62	3,15 ± 1,91
Testosteron (nmol/L)	8,47 ± 6,15	14,87 ± 9,95

Nhận xét: Tuổi dậy thì sớm ở nhóm trẻ trai có nguyên xuất hiện sớm hơn nhóm không có nguyên nhân, 5,15 ± 2,70 tuổi so với 8,03 ± 2,00 tuổi. Tuổi xương tăng mạnh hơn và chỉ số xét nghiệm testosterone tăng cao hơn ở nhóm trẻ có nguyên nhân. Còn lại các triệu chứng khác như lông mu, trứng cá, chiều dài dương vật và thể tích tinh hoàn không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm theo nguyên nhân ở trẻ gái

Đặc điểm	Không có nguyên nhân (n= 412)	Có nguyên nhân (n=19)
Tuổi dậy thì (tuổi)	7,91 ± 0,06	6,03 ± 0,52
Tăng chiều cao (SD)	3,32 ± 0,56	3,16 ± 0,26
Lông mu	P1= 77 % P3 =19,8% P2= 20 % P4=0,2 % P5= 0 %	P1= 89,5 P2= 10,5 % P3,4,5= 0 %
Vú	B1= 0,7% B3= 52,4% B2= 32,3% B4= 14,3% B5= 0,2%	B1 = 10,5% B3 = 47,4% B2 = 36,8% B4 = 0 % B5 = 5,3 %
Kinh nguyệt	39/412= 9,5%	3/19 = 15,8%
Tuổi xương tăng (tuổi)	2,25 ± 0,04	2,08 ± 0,15
Cao tử cung (mm)	38,78 ± 9,46	37,19 ± 9,80
Rộng (mm)	14,03 ± 5,84	15,58 ± 5,65
LH cơ bản	2,07 ± 2,06	3,93 ± 3,53
FSH cơ bản	4,56 ± 3,45	7,21 ± 6,59
Estradiol	99,81 ± 69,27	121,59 ± 77,15

Nhận xét: sự phát triển vú, lông mu, tốc độ phát triển chiều cao, mức độ tăng tuổi xương và các giá trị xét nghiệm ở cả hai nhóm trẻ gái đều ở mức dậy thì. Tuy nhiên không thấy sự khác nhau về triệu chứng lâm sàng cũng như chỉ số xét nghiệm giữa 2 nhóm trẻ dậy thì sớm có nguyên nhân và nhóm vô căn, ngoại trừ lứa tuổi xuất hiện triệu chứng của nhóm vô căn muộn hơn nhóm có nguyên nhân là 7,91 ± 0,06 tuổi so với 6,03 ± 0,52 tuổi.

Bảng 4. Giá trị đáp ứng của LH, FSH khi test kích thích GnRH

Chỉ số	Trước test n=108	60 phút n = 108	120 phút n= 108	180 phút n=108
LH (IU/L)	0,15 ± 0,01	14,54 ± 1,17	12,83 ± 0,76	13,23 ± 7,24
FSH (IU/L)	2,67 ± 0,28	15,04 ± 0,75	17,84 ± 0,80	21,02 ± 0,83
LH/FSH	0,11 ± 0,30	0,98 ± 0,57	0,85 ± 1,02	0,71 ± 0,46

Nhận xét: 108 bệnh nhân được chỉ định xét nghiệm kích thích bằng GnRH: FSH và LH trước test ở mức thấp trước dậy thì. Giá trị đỉnh sau kích thích giờ đầu lần lượt là 15,04 ± 0,75 và 14,54 ± 1,17

IU/L, giờ thứ hai là $17,84 \pm 0,80$ IU/L và $12,83 \pm 0,76$ IU/L, giờ thứ ba là: $21,02 \pm 0,83$ IU/L và $13,23 \pm 7,24$ IU/L và tỉ lệ LH/FSH lần lượt là: $0,98 \pm 0,57$, $0,85 \pm 1,02$, $0,71 \pm 0,46$.

IV. BÀN LUẬN

DTSTU được coi là do nguyên nhân thực thể ở não khi nó liên quan đến tổn thương hệ thần kinh trung ương, và được xem là vô căn khi chụp cắt lớp vi tính hoặc MRI sọ não không có tổn thương liên quan đến hệ thần kinh trung ương và không tìm thấy các nguyên nhân khác. DTSTU vô căn chủ yếu xuất hiện ở trẻ gái (90%), ngược lại đa số trẻ trai là tìm thấy nguyên nhân (60-80%). Đặc điểm lâm sàng cũng khác nhau tùy theo giới và nguyên nhân của bệnh. Tất cả trẻ trai và trẻ gái mắc DTSTU có căn nguyên thường ở dạng tiến triển nhanh, trong khi các trẻ gái vô căn có thể có tiến triển chậm. Nghiên cứu của chúng tôi có 451 trẻ DTSTU gồm 431 trẻ gái và 20 trẻ trai với tỉ lệ trai/ gái là 1/21,5. Tuổi chẩn đoán từ 1- 9,5 tuổi, trong đó: ở trẻ gái tuổi bắt đầu dậy thì $6,9 \pm 0,1$ tuổi, tuổi chẩn đoán trung bình là $7,8 \pm 0,1$ tuổi. Trẻ trai bắt đầu dậy thì khi $5,86 \pm 2,91$ tuổi và chẩn đoán trung bình là $6,3 \pm 2,8$ tuổi. Còn trong hội nghị thống nhất về sử dụng đồng vận GnRH, các tác giả cho rằng nếu điều trị từ lứa tuổi <6 tuổi sẽ cải thiện chiều cao trưởng thành là 9-10cm, còn nếu điều trị từ 6 đến 8 tuổi thì cải thiện chiều cao trưởng thành chỉ là 4,5 đến 7,2cm [4]. Do vậy nếu đặc mục tiêu cải thiện chiều cao khi trưởng thành tốt, cần phải chẩn đoán sớm và điều trị sớm hơn. Tỷ lệ trai/gái của DTSTU dao động từ 1/3 đến 1/23 theo từng nghiên cứu. Số bệnh nhân gái của chúng tôi chiếm 95,6%, trai chiếm 4,4%. Tỷ lệ trẻ gái cao hơn trẻ trai cũng gặp ở các nghiên cứu khác như: nghiên cứu 256 bệnh nhân DTSTU của Chemaitilly W và cộng sự tại Pháp, tỉ lệ trai/gái là 1/9, tuổi chẩn đoán của trẻ trai là $8,5 \pm 0,2$ tuổi và trẻ gái là $6,6 \pm 0,1$ tuổi, thời gian có triệu chứng tới khi khám ở trẻ trai trung bình là 1 năm, trẻ gái là 0,9 năm [4].

Nguyên nhân của DTSTU thay đổi theo giới. Chúng tôi có 40% số trẻ trai không tìm thấy nguyên nhân; 45% do u não (7 trường hợp hamartoma vùng dưới đồi, 2 u tuyến yên); 15% do tăng sản thượng thận bẩm sinh (TSTTBS). Tổn thương não ở trẻ trai mắc DTSTU có tỷ lệ nhiều hơn so với trẻ nữ đã được ghi nhận trong y văn. Các tổn thương thần kinh bao gồm hamartoma vùng dưới đồi, hamartoma củ xám, u xơ thần kinh typ 1, ependimoma, dị tật não [6]. Do đó, trong hội nghị đồng thuận về sử dụng đồng vận GnRH để điều trị DTS ở trẻ em, các tác

giả khuyến cáo cần chụp MRI sọ não cho tất cả trẻ trai bị DTSTU [4].

Các bệnh nhân TSTTBS thể nam hóa đơn thuần thường được chẩn đoán và điều trị TSTTBS muộn hơn so với bệnh nhân TSTTBS thể mất muối. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 3 bệnh nhân (15%) TSTTBS thể nam hóa được chẩn đoán và điều trị muộn nên bệnh nhân bị phơi nhiễm với nồng độ steroid sinh dục cao, kéo dài gây DTSTU. Nguyên nhân DTSTU của trẻ gái trong nghiên cứu của chúng tôi: 95,6% không tìm thấy nguyên nhân; 4,4 % do u não. Điều này minh chứng rằng, không phát hiện được nguyên nhân gây bệnh ở phần lớn trẻ gái DTSTU. Kết quả này phù hợp với kết quả của nhiều nghiên cứu khác. Theo Carel và CS (2009) DTSTU có thể coi là dấu hiệu tổn thương thần kinh trung ương. Tổn thương nội sọ được ghi nhận ở 8% trẻ nữ DTSTU mà không có dấu hiệu thần kinh khu trú. Các tác giả khuyến cáo đối với trẻ gái DTSTU < 6 tuổi và kèm dấu hiệu thần kinh khu trú hoặc mức độ dậy thì tiến triển nhanh nên chụp MRI sọ não. Còn lứa tuổi 6-8 tuổi ở nữ, chỉ định này còn tranh cãi [4].

DTSTU là mối quan tâm chính đối với bác sĩ lâm sàng, vì nó có thể có sự tổn thương hệ thần kinh trung ương tiềm ẩn. Mô tả các đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm theo nhóm nguyên nhân của bệnh nhân DTSTU trong nghiên cứu này nhằm trả lời câu hỏi: liệu các đặc điểm này cho phép phân biệt giữa các dạng DTSTU vô căn, có căn nguyên hay không, và cần làm gì để phân biệt chúng?

So sánh đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của trẻ trai ở nhóm có nguyên nhân và không có nguyên nhân (bảng 2) cho thấy không có dấu hiệu lâm sàng nào đặc trưng để phân biệt giữa 2 nhóm, tuy nhiên có một vài dấu hiệu có thể giúp ích cho các bác sĩ lâm sàng như: tuổi của trẻ DTS có tổn thương não thường biểu hiện sớm hơn (5 tuổi so với 8 tuổi), tuổi xương cũng lớn hơn tuổi thực nhiều hơn 3,2 tuổi so với 2,8 tuổi và đặc biệt là xét nghiệm nồng độ testosterone tăng rất cao, gấp đôi so với nhóm trẻ trai không tìm thấy nguyên nhân. Còn ở trẻ gái (bảng 3) cho thấy cũng không có dấu hiệu lâm sàng và giá trị xét nghiệm nồng độ hormon nào cho phép phân biệt được trẻ DTSTU vô căn và có căn nguyên, trừ những trẻ có dấu hiệu thần kinh khi thăm khám, tuy nhiên tuổi dậy thì của nhóm có căn nguyên thường sớm trước 6 tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 108 bệnh nhân được chỉ định xét nghiệm bằng test kích thích bằng GnRH (bảng 4): giá trị FSH và LH trước khi test kích thích là $2,6 \pm 0,3$ IU/L và $0,14 \pm 0,01$ IU/L, có nghĩa là ở mức trước dậy thì, giá trị đáp ứng đỉnh sau kích thích giờ đầu, giờ thứ 2 và 3 của FSH và LH > 5 IU/L. Tỷ lệ LH/FSH cũng là chỉ số có giá trị góp phần vào chẩn đoán dậy thì sớm đang tiến triển, nếu tỷ lệ đỉnh LH / FSH $> 0,66$ sau khi test kích thích GnRH có thể chẩn đoán DTSTU tiến triển với độ nhạy 96% và độ đặc hiệu 100%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ LH/FSH lần lượt là: $0,98 \pm 0,57$, $0,85 \pm 1,02$, $0,71 \pm 0,46$.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 451 trẻ DTSTU gồm 431 trẻ gái và 20 trẻ trai với tỉ lệ trai/gái là 1/21,5. Tuổi chẩn đoán từ 1- 9,5 tuổi, trong đó: trẻ gái tuổi bắt đầu dậy thì $6,9 \pm 0,1$ tuổi, tuổi chẩn đoán trung bình là $7,8 \pm 0,1$ tuổi. Trẻ trai bắt đầu dậy thì khi $5,86 \pm 2,91$ tuổi và chẩn đoán trung bình là $6,3 \pm 2,8$ tuổi.

Nguyên nhân của DTSTU thay đổi theo giới: 40% số trẻ trai không tìm thấy nguyên nhân; 45% do u não (7 ca hamartoma vùng dưới đồi, 2 u tuyến yên); 15% do tăng sản thượng thận bẩm sinh (TSTTBS). Ở trẻ gái 95,6% không tìm thấy nguyên nhân; 4,4 % do u não.

Một số dấu hiệu cần chú ý đến nhóm có nguyên nhân như: tuổi khởi phát sớm hơn, tuổi xương lớn hơn tuổi thực nhiều hơn. Vì vậy cần chụp MRI sọ não cho tất cả trẻ trai bị DTSTU và tất cả trẻ gái có DTSTU xuất hiện trước 6 tuổi, dậy thì tiến triển nhanh hoặc có dấu hiệu thần kinh bất thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mark AS (2008)**. Pediatric Endocrinology, chapter 14, p.530. Saunders, 3rd edition.
2. **Carel JC, Leger J (2008)**. Precocious Puberty. N Eng J Med. 358(22):2366-2377
3. **Soriano-Guillen L, Corripio R, Labarta JI, et al (2010)**. Central precocious puberty in children living in Spain: incidence, prevalence, and influence of adoption and immigration. J Clin Endocrinol Metab. 95(9):4305-13.
4. **Carel JC, Eugster EA, Rogol A, et al (2009)**. Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children. Pediatrics. 123(4):752-6
5. **Chemaitilly W, Trivin C, Adan L, et al (2001)**. Central precocious puberty: clinical and laboratory features. Clin Endocrinol. 54(3):289-94.
6. **De Sanctis V, Corrias A, Rizzo V, et al (2000)**. Etiology of central precocious puberty in males: the results of the Italian Study Group for Physiopathology of Puberty. J Pediatr Endocrinol Metab. 13(1):687-93.
7. **Neely EK, Hintz RL, Wilson DM et al (1995)**. Normal ranges for immuno-chemiluminometric gonadotropin assays 127: 40-46.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM NIỆU ĐỘNG HỌC RỐI LOẠN CHỨC NĂNG GIAI ĐOẠN BÀI XUẤT NƯỚC TIỂU Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY NÃO TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2016

Đỗ Đào Vũ¹, Nguyễn Anh Tuấn²

TÓM TẮT⁵⁶

Mục tiêu: phân tích đặc điểm niệu động học rối loạn chức năng bài xuất nước tiểu ở bệnh nhân đột quy não tại bệnh viện Bạch Mai năm 2016. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả tiến cứu 15 bệnh nhân bị đột quy não đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy bàng quang thần kinh tăng hoạt quá mức được tìm thấy ở 8 bệnh nhân (53,3%), bất đồng vận cơ thắt niệu đạo ở 6 bệnh nhân (40%) và cơ thắt niệu đạo không mở

trong 7 bệnh nhân đột quy (46,7%). Chỉ có 4 bệnh nhân (26,7%) có triệu chứng của bàng quang giảm hoạt. Tuy nhiên, giữa hai thể đột quy (thiếu máu não và xuất huyết não) không có sự khác biệt có ý nghĩa về các kết quả niệu động học trừ thông số về dung tích bàng quang tối đa và tiểu tồn dư: nhóm đột quy do thiếu máu cục bộ có dung tích bàng quang tối đa và lượng tiểu tồn dư thấp hơn. Xét về vị trí tổn thương não, các nhóm bệnh nhân cũng có kết quả niệu động học tương đồng. **Kết luận:** Hầu hết các rối loạn chức năng bài xuất nước tiểu ở bệnh nhân đột quy não sẽ tiến triển đến bàng quang thần kinh tăng hoạt quá mức và kèm theo có bất đồng vận cơ thắt niệu đạo từ 2 tháng trở lên và thường gặp hơn sau đột quy não thể thiếu máu não. Kết quả niệu động học ban đầu có ích cho việc quản lý các rối loạn chức năng bàng quang, cơ thắt trong đột quy não.

Từ khóa: đột quy, rối loạn chức năng bài xuất nước tiểu, niệu động học

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đào Vũ

Email: dodaovurehabi@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

SUMMARY**STUDY ON URODYNAMIC CHARACTERISTICS OF STROKE PATIENTS' VOIDING DYSFUNCTION AT BACH MAI HOSPITAL IN 2016**

Objectives: to describe and analyse the urodynamic characteristics of stroke patients' voiding dysfunction at Bach Mai hospital in 2016. **Subjects and methodology:** a descriptive prospective study on 15 stroke patients meeting inclusion criteria. **Result:** overactive bladder was found in 8 patients (53.3%), detrusor sphincter dyssynergia (DSD) in 6 patients (40%) and closed urethral sphincter in 7 patients (46.7%). Only 4 patients (26.7%) developed underactive bladder. However, there was no statistically significant difference in most of urodynamic parameters between 2 groups of ischemic stroke and hemorrhagic stroke: ischemic stroke patients tended to have lower maximal bladder capacity and residual volume. In terms of lesion locations, all groups were similar in urodynamic test results. **Conclusion:** Most of voiding dysfunctions in stroke patients would develop into overactive bladder accompanied by dyssynergia after 2 months, and this was often seen in ischemic stroke patients. Initial urodynamic test results prove useful in managing bladder and sphincter dysfunctions of stroke patients.

Key words: stroke, voiding dysfunctions, urodynamics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn chức năng bài xuất nước tiểu là một biến chứng thần kinh phổ biến sau khi đột quỵ não. Rối loạn chức năng tiểu tiện do nguyên nhân thần kinh ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống, tỷ lệ tử vong của bệnh nhân đột quỵ và cả người chăm sóc bệnh nhân đột quỵ [1]. Đột quỵ thể xuất huyết não chiếm khoảng 10-15% tất cả các ca xuất huyết nội sọ [2], và thiếu máu não cục bộ chiếm khoảng 80% số những ca đột quỵ não [3]. Thần kinh chi phối quá trình tiểu tiện gồm các trung tâm tiểu tiện ở tủy sống, cầu não được bảo toàn và dưới sự kiểm soát của vỏ não [4]. Do đó, đột quỵ não sẽ gây rối loạn chức năng bàng quang, hiện tượng tiểu không tự chủ xảy ra do sự mất kiểm soát của trung tâm tiểu tiện cao nhất ở não. Để quản lý tốt bàng quang sau đột quỵ não, việc xác định đặc điểm rối loạn chức năng bài xuất nước tiểu là quan trọng. Mặc dù vậy chưa có nhiều nghiên cứu về khía cạnh này, đặc biệt là nghiên cứu ứng dụng phương tiện có giá trị chẩn đoán cao như thăm dò niệu động học. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu phân tích đặc điểm niệu động học rối loạn chức năng bài xuất nước tiểu ở bệnh nhân đột quỵ não tại bệnh viện Bạch Mai năm 2016.

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

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán đột quỵ não từ 18 tuổi trở lên có rối loạn chức năng bài xuất nước tiểu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có bệnh lý thần kinh khác kèm theo: u não, chấn thương sọ não, xơ cứng rải rác, parkinson...

- Có kèm theo bệnh nội khoa: nhiễm khuẩn tiết niệu, đái tháo đường, phì đại lành tính tuyến tiền liệt, sỏi tiết niệu, dị dạng đường tiết niệu dưới.

- Người bệnh hoặc gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Đề tài được tiến hành tại Đơn vị niệu động học, bệnh viện Bạch Mai từ 7/2016 đến 12/2016

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Cỡ mẫu: có 15 bệnh nhân đột quỵ não thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

Chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ đích những bệnh nhân đột quỵ não thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn đến khám và điều trị tại Đơn vị niệu động học, bệnh viện Bạch Mai

2.2.3. Vật liệu và các công cụ phục vụ nghiên cứu: Mẫu bệnh án nghiên cứu, mẫu đồng ý tham gia nghiên cứu, Máy thăm dò niệu động học do Laborie sản xuất tại Canada.

2.2.4. Các chỉ số đánh giá: Tuổi, thời gian bị bệnh, vị trí tổn thương (phải, trái, cả hai bên, thùy nhộng), đặc điểm niệu động học (bàng quang tăng hoạt, dung tích bàng quang tối đa, tiểu tồn lưu, Pdet Qmax (áp lực cơ bàng quang tại thời điểm dòng tiểu đạt đỉnh), Qmax (dòng niệu đỉnh); tình trạng cơ thắt (bình thường, co thắt và bất đồng vận)

2.2.5. Các tiêu chí chẩn đoán:

Các chỉ số bình thường: dung tích bàng quang tối đa 350ml; Pdet. Qmax < 40cmH₂O ở nam giới và <30 cmH₂O ở phụ nữ và Pdet.Qmax ≥ 10 cm H₂O; Qmax ≥ 15 ml/s, thể tích tiểu tồn lưu dưới 10% dung tích bàng quang, đánh giá hoạt động của cơ thắt niệu đạo dựa trên hoạt động của EMG trong giai đoạn bài xuất: bình thường co thắt đóng cổ bàng quang khi đổ đầy, mở khi bài xuất; bất đồng vận khi Pdet.Qmax cao, hoạt động điện thế EMG bề mặt gián đoạn hoặc gia tăng; Cơ thắt không thư giãn xuất hiện khi hoạt động cơ thắt vân niệu đạo tăng trong giai đoạn đổ đầy, nhưng vẫn ở mức cao liên tục trong giai đoạn bài xuất [5].

Bàng quang tăng hoạt (hoạt động quá mức): được định nghĩa là sự co thắt tự phát của cơ

bàng quang xảy ra pha đổ đầy khi thăm dò niệu động học với áp lực ≥ 15 cmH₂O [5].

Bàng quang giảm hoạt: Pdet.Qmax <10 cmH₂O; khi đi tiểu phải đè ép vùng bụng dưới và hiệu quả bài xuất nước tiểu dưới 67%, hoặc không thể đi tiểu [5].

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu thu được xử lý bằng chương trình thống kê Stata 14.0. 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. Sử dụng Fisher exact test và Mann Whitney test kiểm định cho sự khác nhau giữa các biến định tính có tần số mong đợi dưới 5 và định lượng; giá trị $p < 0,05$ là có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài thông qua Hội đồng y đức bệnh viện Bạch Mai.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Thiếu máu cục bộ (n =8)	Xuất huyết não (n=7)	p
Giới tính: nam/nữ	6/2	4/3	
Tuổi (năm)	67,1 \pm 5,2	62,7 \pm 9,1	>0,05
Thời gian (tháng)	10,6 \pm 13,1	9,2 \pm 11,7	>0,05

Tuổi trung bình bệnh nhân bị đột quỵ não là 65 \pm 13,1 năm (54-89) và thời gian trung bình từ khi bị đột quỵ đến khi làm niệu động học là 10,2 \pm 14,9 tháng (1- 49 tháng). Không có sự khác biệt về tuổi và thời gian bị bệnh ở hai nhóm thiếu máu và xuất huyết (p>0,05 kiểm định Mann Whitney test).

Bảng 2: Kết quả niệu động học của bệnh nhân theo thể đột quỵ não

Đặc điểm niệu động học	Thiếu máu cục bộ (n =8)	Xuất huyết não (n =7)	Tổng (n=15)
	n. (%)	n. (%)	n. (%)
Bàng quang bình thường	1 (12,5)	2 (28,6)	3(20,0)
Bàng quang tăng hoạt	6 (75,0)	2 (28,6)	8(53,3)
Bàng quang giảm hoạt	1 (12,5)	3 (42,9)	4(26,7)
Cơ thắt điều hợp	1 (12,5)	1 (14,3)	2(13,3)
Cơ thắt không mở	2 (25,0)	5 (71,5)	7(46,7)
Cơ thắt bất đồng vận	5 (62,5)	1 (14,3)	6(40,0)

Không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về các thông số niệu động học với thể đột quỵ do thiếu máu não và xuất huyết não với (p >0,05, kiểm định Fisher exact test).

Bảng 3: Kết quả niệu động học của bệnh nhân theo thể vị trí tổn thương não

Đặc điểm niệu động học	Bên phải (n=6)	Bên trái (n=5)	Cả hai (n=1)	Thùy nhộng (n=3)	Tổng (n=15)
	n. (%)	n. (%)	n. (%)	n. (%)	n. (%)
Bàng quang bình thường	1 (16,7)	1 (20,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	3 (20,0)
Bàng quang tăng hoạt	3 (50,0)	3 (60,0)	1 (100,0)	1 (33,3)	8 (53,3)
Bàng quang giảm hoạt	2 (33,3)	1 (20,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	4 (26,7)
Cơ thắt điều hợp	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	2(13,3)
Cơ thắt không mở	3 (50,0)	3 (60,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	7 (46,7)
Cơ thắt bất đồng vận	2 (33,3)	2 (40,0)	1(100,0)	1 (33,3)	6 (40,0)

Không có sự khác biệt đáng kể về các thông số niệu động học giữa các bệnh nhân có vị trí tổn thương khác nhau với (p>0,05, kiểm định Fisher exact test).

Bảng 4. Thông số niệu động học ở bệnh nhân bị các dạng đột quỵ não

Thông số niệu động học	Thiếu máu cục bộ (n =8)	Xuất huyết não (n =7)	p
Dung tích bàng quang tối đa (ml) (TB \pm SD)	234 \pm 113	368 \pm 123	<0,05
Pdet.Qmax (cmH ₂ O) (TB \pm SD)	25,7 \pm 16,6	15,0 \pm 23,8	>0,05
Qmax (ml/s) (TB \pm SD)	6,0 \pm 4,8	5,4 \pm 7,1	>0,05
Tiểu tồn lưu (ml) (TB \pm SD)	166 \pm 141	296 \pm 166	<0,05

Nhóm xuất huyết não dung tích bàng quang tối đa, tiểu tồn dư cao hơn nhóm thiếu máu não. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với (p<0,05, kiểm định Mann Whitney test)

IV. BÀN LUẬN

Bàng quang thần kinh tăng hoạt được ghi nhận ở tám bệnh nhân (chiếm 53,3%) và bất

đồng vận bàng quang - cơ thắt niệu đạo đã được tìm thấy ở sáu bệnh nhân (chiếm 40%), hầu hết đều bị đột quỵ thiếu máu cục bộ. Những phát

hiện này khác với các quan sát của Pea và cộng sự, ở 30 bệnh nhân bị thiếu máu não, phát hiện 23 bệnh nhân (76,7%) tiểu không tự chủ do bàng quang thần kinh tăng hoạt mà không có trường hợp nào bị bất đồng vận cơ thắt niệu đạo [6]. Một nghiên cứu trước đây trên 84 bệnh nhân cũng cho thấy đột quy não bị bàng quang thần kinh tăng hoạt có xu hướng tăng lên đáng kể ở bệnh nhân thiếu máu não cục bộ so với xuất huyết não [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhận thấy 75% bệnh nhân bị đột quy do thiếu máu cục bộ có bàng quang tăng thần kinh hoạt và 62,5% bất đồng vận bàng quang - cơ thắt niệu đạo so với 28,6% và 14,3% bệnh nhân đột quy do xuất huyết não ($p < 0,05$, kiểm định Fisher exact test).

Niệu động học phát hiện ở bệnh nhân đột quy thể khác nhau tùy thuộc vào thời gian tiến hành nghiên cứu và biến chứng của bệnh. Trong giai đoạn cấp tính của đột quy do xuất huyết não, 47% bệnh nhân bí tiểu trong vòng 72 giờ, chủ yếu là do mất phản xạ cơ bóp cơ bàng quang, trong khi tất cả bệnh nhân thiếu máu não cục bộ đều có phản xạ [8]. Cú sốc não đã được giả định như lời giải thích về sinh lý thần kinh cho sự mất phản xạ ban đầu, sau khi hết sốc não một số chuyển sang giai đoạn tăng trương lực cơ bàng quang theo thời gian. Tuy nhiên, cơ thắt niệu đạo thường có sự phối hợp với hoạt động của bàng quang trong quá trình bài xuất ở bệnh nhân đột quy não nếu tổn thương xảy ra ở phía trên trung tâm điều hòa hoạt động ở cầu não. Kết quả này tương tự với các báo cáo trước đây cho rằng bàng quang tăng thần kinh tăng hoạt quá mức xuất hiện ở 71,6% bệnh nhân bị đột quy do thiếu máu cục bộ và 69,1% bệnh nhân xuất huyết não, trong khi cơ thắt niệu đạo còn phối hợp được với hoạt động của bàng quang ở 71,6% bệnh nhân bị đột quy thiếu máu cục bộ và 61,8% cho xuất huyết não.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 5 bệnh nhân đều có cơ thắt niệu đạo không mở giai đoạn bài xuất khiến bệnh nhân bí tiểu trong vòng 2 tháng sau khi bị đột quy và chỉ 2 bệnh nhân (20%) có chức năng cơ thắt niệu đạo hoạt động bình thường; còn có 6 bệnh nhân (60%) rối loạn bất đồng vận cơ thắt niệu đạo từ 2 tháng trở lên sau đột quy. Kết quả này được minh chứng rõ hơn trong bảng số liệu 4 về thông số niệu động học ở hai nhóm, trong đó nhóm xuất huyết não dung tích bàng quang tối đa, tiểu tồn dư cao hơn nhóm thiếu máu não. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,05$, kiểm

định Mann Whitney test). Điều này cho thấy chức năng đóng mở cơ thắt niệu đạo thay đổi theo thời gian bình phục của người bệnh đột quy. Dựa vào kết quả của nghiên cứu này và tài liệu sẵn có, triệu chứng đường tiết niệu dưới của bệnh nhân đột quy não cũng có thể thay đổi theo thời gian. Việc phát hiện các bất thường cơ thắt niệu đạo dựa trên sự kết hợp của ghi EMG bề mặt khi thăm dò niệu động học. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã chọn ghi điện cơ bề mặt (EMG) và đo áp lực bàng quang truyền thống trong suốt quá trình thăm dò để đánh giá hoạt động của cơ thắt niệu đạo.

Khi phân tích về đặc điểm niệu động học theo vị trí tổn thương khác nhau, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt đáng kể về các thông số niệu động học giữa các bệnh nhân có vị trí tổn thương khác nhau với ($p > 0,05$, kiểm định Fisher exact test). Tuy nhiên, với số lượng bệnh nhân mỗi nhóm là rất thấp, do đó chưa phản ánh đầy đủ và chính xác đặc điểm rối loạn chức năng bài xuất nước tiểu ở các vị trí tổn thương não sau đột quy.

Bên cạnh những nhận định có giá trị về sự khác nhau giữa hai nhóm xuất huyết não và thiếu máu não, tiến hành phân tích kết quả niệu động học giúp chẩn đoán, quản lý bàng quang thần kinh sau đột quy não nói chung. Để tài cũng còn một số hạn chế như số lượng đối tượng tương đối nhỏ để cung cấp dữ liệu đầy đủ cho phân tích thống kê chính xác. Tuy nhiên, những nhận định ban đầu này sẽ giúp định hướng cho những nghiên cứu lớn hơn tiếp theo.

V. KẾT LUẬN

Hầu hết các rối loạn chức năng bài xuất nước tiểu ở bệnh nhân đột quy não sẽ tiến triển đến bàng quang thần kinh tăng hoạt quá mức và kèm theo có đồng vận cơ thắt niệu đạo từ 2 tháng trở lên và thường gặp hơn sau đột quy não thể thiếu máu não. Kết quả niệu động học ban đầu có ích cho việc quản lý các rối loạn chức năng bàng quang, cơ thắt trong đột quy não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Linsenmeyer TA.** Post-CVAvoiding dysfunctions: clinical insights and literature review. *NeuroRehabilitation*. 2012;30:1-7.
2. **Amar AP.** Controversies in the neurosurgical management of cerebellar hemorrhage and infarction. *Neurosurg Focus*. 2012;32:E1
3. **Heros RC.** Cerebellar hemorrhage and infarction. *Stroke*. 1982;13:106-9.
4. **Sugiyama M, Sakakibara R, Tsunoyama K, Takahashi O, Kishi M, Ogawa E, et al.** Cerebellar ataxia and overactive bladder after encephalitis

- affecting the cerebellum. Case Rep Neurol. 2009;1:24–8.
5. **Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al.** The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. Neurourol Urodyn. 2002;21:167–78.
6. **Pea U, Zago T, Areta L, Marzorati G.** Vesico-sphincter dysfunctions in pure cerebellar syndrome

- (PCS): a possible basis for the study of anatomic-functional correlations. Urologia. 2008;75:38–41.
7. **Han KS, Heo SH, Lee SJ, Jeon SH, Yoo KH.** Comparison of urodynamics between ischemic and hemorrhagic stroke patients; can we suggest the category of urinary dysfunction in patients with cerebrovascular accident according to type of stroke? Neurourol Urodyn. 2010;29:387–90.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ GIẢM THIỂU CÁC TRƯỜNG HỢP ĐA THAI SAU ĐIỀU TRỊ VÔ SINH

Hồ Sỹ Hùng*

TÓM TẮT⁵⁷

Đa thai là kết quả không mong muốn khi điều trị vô sinh vì gây ra nhiều biến chứng trong quá trình mang thai. Giảm thiểu thai chọn lọc nhằm làm giảm các nguy cơ cho mẹ và thai. **Mục tiêu** của nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả giảm thiểu phôi các trường hợp đa thai đến thời điểm 12 tuần sau giảm thiểu. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu 51 trường hợp đa thai sau điều trị bơm tinh trùng vào buồng tử cung hoặc thụ tinh trong ống nghiệm được giảm thiểu tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản từ 12/2015 đến 02/2016. **Kết quả:** 64,7% các trường hợp sau thụ tinh trong ống nghiệm và 35,3% các trường hợp sau bơm tinh trùng vào buồng tử cung. 56,9% giảm thiểu tại thời điểm 49 – 56 ngày. 5,9% giảm sau 56 ngày. Tuổi phôi trung bình tại thời điểm giảm thiểu là $49,60 \pm 2,8$ ngày. 86,27% trường hợp có 2 thai trong tử cung, 4/51 (7,84%) trường hợp 1 thai sống trong tử cung và 3/51 (5,89%) trường hợp bị sảy thai hoàn toàn. **Kết luận:** tuổi phôi giảm thiểu trung bình là $49,60 \pm 2,8$ ngày. 90,2% trường hợp thai phát triển bình thường; 5,88% trường hợp thai ngừng phát triển và sảy thai.

Từ khóa: giảm thiểu phôi chọn lọc

SUMMARY

EVALUATION RESULTS OF SELECTIVE EMBRYO REDUCTION OF MULTIPLE PREGNANCY AFTER INFERTILITY TREATMENT

Multiple pregnancy is an undesirable result in infertility treatment because of complications during pregnancy. Selective embryo reduction in order to reduce risks for mothers and fetuses. **Objectives:** to evaluate effects of selective embryo reduction in multiple pregnancy at 12 weeks post-procedure. **Subjects and methods:** prospective studies of 51 cases of multiple pregnancies after IUI or IVF were reduced at ART center from 12/2015 to 02/2016.

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Sỹ Hùng

Email: hosyhung@outlook.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Results: 64.7% cases after IVF and 35.3% cases after IUI. 56.9% embryo reduction at 49 - 56 days. 5.9% cases after 56 days. The average age at time of reduction was 49.60 ± 2.8 days. 86.27% had 2 embryos in uterus, 4/51 (7.84%) had embryo in uterus and 3/51 (5.89%) case of complete miscarriage. **Conclusions:** mean embryonic age was 49.60 ± 2.8 . 90.2% of cases develop normally; 5.88% of cases miscarriage.

Key word: selective embryo reduction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đa thai là kết quả không mong muốn khi điều trị vô sinh vì gây nhiều biến cố bất lợi trong thời kỳ mang thai [1], giảm thiểu thai nhằm giảm nguy cơ cho mẹ và con trong thai kỳ. Dumez và Oury báo cáo nghiên cứu giảm thiểu thai thành công trên 15 phụ nữ mang từ 3 thai đến 6 thai [2]. Evans và cộng sự (1994) tiến hành giảm thiểu 1084 trường hợp đa thai cho thấy tỉ lệ sảy thai trước 24 tuần khi giảm thiểu qua đường bụng là 8,8% và qua đường âm đạo là 13,1% [3]. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: đánh giá kết quả giảm thiểu phôi các trường hợp đa thai đến thời điểm 12 tuần sau giảm thiểu

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả thai phụ đa thai được giảm thiểu thai tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản – Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 12/2015 đến tháng 02/2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp tiến cứu mô tả.

2.2.1. Cỡ mẫu: 51 bệnh nhân được giảm thiểu tại trung tâm trong thời gian từ tháng 12/2015 đến 02/2016.

2.2.2. Các bước tiến hành

Siêu âm trước giảm thiểu: số phôi, tuổi phôi tính theo ngày tại thời điểm giảm thiểu. Tiến

hành giảm thiểu phôi dưới siêu âm đường âm đạo. Bệnh nhân được gây mê toàn thân.

Theo dõi sau giảm thiểu 3 ngày: kết quả siêu âm, các triệu chứng bất thường sau giảm thiểu: đau bụng, ra máu, sảy thai, thai ngừng phát triển.

Đánh giá tại thời điểm 12 tuần: sảy thai, thai ngừng phát triển, số lượng thai sống.

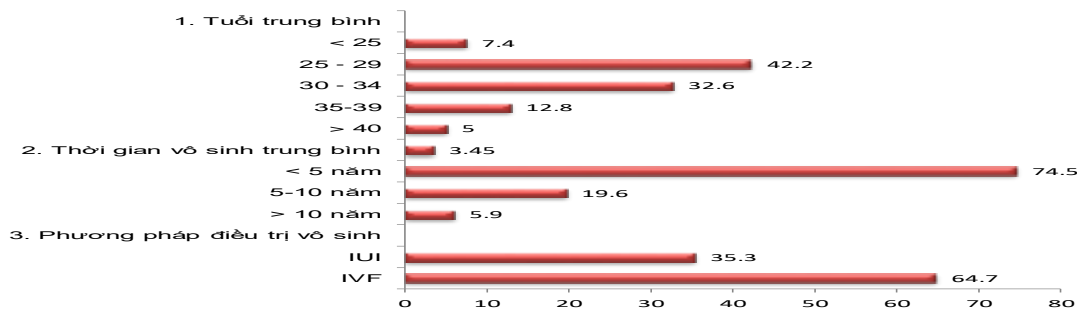
2.2.3. Biến số nghiên cứu: Tuổi thai phụ,

số năm vô sinh, tuổi thai tại thời điểm giảm thiểu thai, số phôi trước giảm thiểu, số phôi để lại sau giảm thiểu, số thai sống tại thời điểm 12 tuần.

2.3. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0. So sánh các biến định lượng bằng kiểm định t-test. So sánh các biến định tính bằng kiểm định khi bình phương. Kết quả có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

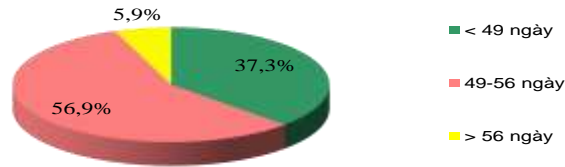


Biểu đồ 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

74,5% thai phụ có thời gian vô sinh < 5 năm, chiếm tỉ lệ cao nhất. Số năm vô sinh trung bình là: $3,45 \pm 2,4$. 64,7% các trường hợp sau IVF và 35,3% các trường hợp sau IUI.

3.2. Đặc điểm quá trình giảm thiểu phôi

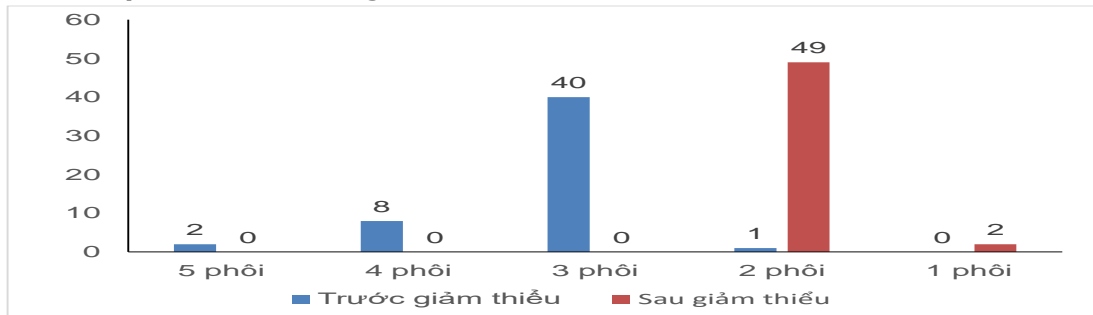
3.2.1. Thời điểm tiến hành giảm thiểu phôi



Biểu đồ 2. Thời điểm tiến hành giảm thiểu

56,9% thai phụ được giảm thiểu tại thời điểm từ 49 – 56 ngày. 5,9% trường hợp được giảm sau 56 ngày. Tuổi phôi trung bình tại thời điểm giảm thiểu là $49,60 \pm 2,8$ ngày.

3.2.2. Số phôi trước và sau giảm thiểu



Biểu đồ 3. Số phôi trước và sau giảm thiểu

Trước giảm thiểu: 40/51 trường hợp có 03 phôi trước giảm thiểu chiếm 78,4%. 2/51 (3,9%) trường hợp có 05 phôi, 1 trường hợp 02 phôi giảm thiểu 01 phôi và để lại 01 phôi. Sau giảm thiểu: 49/51 trường hợp giữ lại 02 phôi (96,1%).

3.3. Kết quả sau giảm thiểu

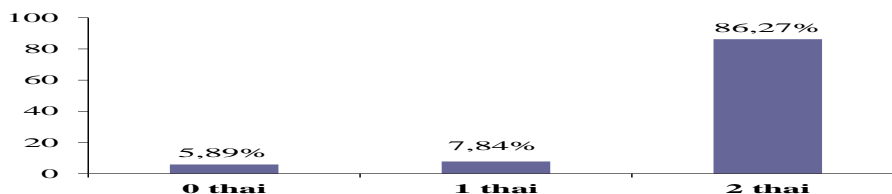
3.3.1. Triệu chứng xuất hiện sau giảm thiểu

Bảng 1. Triệu chứng xuất hiện sau giảm thiểu 3 ngày

Triệu chứng sau giảm thiểu 3 ngày	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không biểu hiện triệu chứng	39	76,4
Đau bụng	1	2
Ra máu	7	13,7
Đau bụng + ra máu	3	5,9
Sảy thai	1	2
Tổng	51	100

76,4% trường hợp không biểu hiện triệu chứng, 3/51(5,9%) trường hợp đau bụng kèm theo ra máu, có 7/51 trường hợp có triệu chứng ra máu, chiếm 13,7%, có 1/51 trường hợp bị sảy thai sau giảm thiểu 3 ngày.

3.3.2. Kết quả tại thời điểm 12 tuần



Biểu đồ 4. Số lượng thai sống trong tử cung tại thời điểm 12 tuần

86,27% trường hợp có 2 thai trong tử cung, 4/51 (7,84%) trường hợp 1 thai sống trong tử cung và 3/51 (5,89%) trường hợp bị sảy thai hoàn toàn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Thời gian vô sinh trung bình của nhóm nghiên cứu là $3,45 \pm 2,4$ năm (biểu đồ 1). Thời gian vô sinh dưới 5 năm chiếm 74,5%, thời gian vô sinh từ 5 – 10 năm và trên 10 năm lần lượt là 19,6% và 5,9%. Thời gian vô sinh càng lâu thì tỉ lệ có thai sau điều trị càng giảm [4]. Trong 51 trường hợp giảm thiểu có 64,7% trường hợp sau điều trị IVF và 35,3% trường hợp sau IUI.

4.2. Quá trình giảm thiểu phôi

4.2.1. Thời điểm giảm thiểu: Thời điểm giảm thiểu là một yếu tố ảnh hưởng đến kết quả kỹ thuật giảm thiểu. Nếu giảm thiểu quá sớm có thể bỏ sót, không hút hết được thai, nhưng giảm thiểu quá muộn có thể gây sảy thai vì thủ thuật lâu, gây bong rau. Giảm thiểu muộn cũng dễ bỏ sót các trường hợp thai bất thường còn giảm thiểu muộn vào thời điểm 12 tuần có thể phát hiện các bất thường như hội chứng Down. Kết quả nghiên cứu ở biểu đồ 2 cho thấy tuổi thai trung bình tại thời điểm giảm thiểu là $49,6 \pm 2,8$ ngày, 56,9% thai phụ được giảm thiểu vào thời điểm 49 – 56 ngày, 37,3% thai phụ giảm thiểu

trước 49 ngày tuổi và chỉ có 5,9% trường hợp giảm thiểu sau 56 ngày.

Theo các báo cáo thì thời điểm giảm thiểu tốt nhất là 7 tuần, nhưng trường hợp giảm thiểu vì lý do thai bất thường thì thời gian giảm thiểu muộn hơn, vào thời điểm phát hiện ra bất thường thai. Boulot và cộng sự (2000) giảm thiểu 65 trường hợp vào thời điểm $9,7 \pm 2,5$ tuần, sớm nhất là 8 tuần và muộn nhất là 13,5 tuần [5]. Còn theo nghiên cứu của Mohammed và cộng sự (2015) thì thời điểm giảm thiểu vào khoảng 12 đến 14 tuần, tuổi thai trung bình lúc giảm thiểu là $12,8 \pm 0,9$ tuần [6].

4.2.2. Số phôi trước khi giảm thiểu và số phôi để lại sau giảm thiểu: Biểu đồ 3 cho thấy đa số bệnh nhân có 40 bệnh nhân có 3 thai và 8 bệnh nhân có 4 thai chiếm tỷ lệ lần lượt 78,4% và 15,7%, 1 (2%) bệnh nhân có 2 phôi và 2 bệnh nhân (3,9%) có 5 phôi trước giảm thiểu. Có 49/51 trường hợp giảm thiểu để lại 2 phôi, chiếm 96,1%, 2/51 (3,9%) trường hợp để lại 1 phôi sau giảm thiểu. Trong trường hợp giảm thiểu đa số để lại 2 thai vì giảm thiểu trước 12 tuần nên vẫn có nguy cơ thai ngừng phát triển nên đa số trường hợp đều để lại 2 thai, chỉ một số ít

trường hợp đặc biệt mới để lại 1 thai. Trong nghiên cứu này chỉ có 2 trường hợp để lại 1 thai trong đó có 1 trường hợp giảm thiểu từ 2 thai để lại 1 thai vì tiền sử bệnh nhân bị đẻ non song thai.

4.3. Kết quả theo dõi sau giảm thiểu

4.3.1. Kết quả tại thời điểm ba ngày sau giảm thiểu: Trong tổng số 51 trường hợp có 39 trường hợp (chiếm 76,4%) không có triệu chứng bất thường sau giảm thiểu. Trong khi đó có 7 trường hợp (13,7%) có biểu hiện ra máu sau giảm thiểu. 5,9% trường hợp kèm theo cả đau bụng và ra máu âm đạo. có 1 trường hợp bị sảy thai chiếm 2%. Như vậy kết quả giảm thiểu thai khá khả quan, đa số bệnh nhân không biểu hiện triệu chứng bất thường, chỉ một số ít có biểu hiện bất thường là đau bụng và ra máu âm đạo. Đây là các triệu chứng thường gặp sau giảm thiểu.

4.3.2. Kết quả tại thời điểm 12 tuần: Biểu đồ 4 cho thấy tại thời điểm 12 tuần có 44/51 trường hợp 2 thai phát triển bình thường trong buồng tử cung (chiếm 86,27%). 4/51 trường hợp (7,84%) 1 thai phát triển bình thường, trong đó có 2 trường hợp giảm thiểu để lại 2 thai nhưng đến tuần 12 thì 1 thai ngừng phát triển, 2 trường hợp giảm thiểu để lại 1 thai. Có 3/51 trường hợp chiếm 5,89% sảy thai và thai ngừng phát triển, trong đó 1 trường hợp sảy thai sau giảm thiểu 3 ngày, 1 trường hợp sảy thai lúc 8 tuần và 1 trường hợp thai ngừng phát triển lúc 11 tuần. So với nghiên cứu của một số tác giả khác thì tỉ lệ sảy thai trước 24 tuần của Boulot và cộng sự (2000) là 5,4% [5], của Lipitz S và cộng sự là 8,7% [7] thì kết quả của chúng tôi cũng tương tự.

V. KẾT LUẬN

Tuổi phôi trung bình tại thời điểm giảm thiểu là $49,59 \pm 2,8$ ngày, trong đó chiếm 56,9% số phôi trong độ tuổi từ 49 đến 56 ngày.

Theo dõi đến 12 tuần có 46/51 (90,2%) trường hợp thai phát triển bình thường; 3/51 (5,88%) trường hợp thai ngừng phát triển và sảy thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Luke B and Brown M.B (2007).** Contemporary risks of maternal morbidity and adverse outcomes with increasing maternal age and plurality. *Fertil Steril.* 2007; 88, 283 – 293.
2. **Dumez Y and Oury J.F (1986).** Method for first trimester selective abortion in multiple pregnancy. *Contrib Gynecol Obstet.* 1986; 15, 50 - 53.
3. **Evans M.I, Dommergues M, Timor T et al (1994).** Transabdominal versus transcervical and transvaginal multifetal pregnancy reduction: international collaborative experience of more than one thousand cases. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 1994; 170(3), 902 - 909.
4. **Allan T, Joan K.M and William (1996).** Factors that affect outcome of in - vitro fertilisation treatment. *The Lancet.* 1996; 348(9039), 1402-1406.
5. **Boulot P, Vignal J, Vergnes C et al (2000).** Multifetal reduction of triplets to twins: a prospective comparison of pregnancy outcome. *Human Reproduction.* 2000; 15(7), 1619 - 1623.
6. **Mohammed, Ibrahim F, Badreldeen A et al (2015).** Obstetric and neonatal outcome of multifetal pregnancy reduction. *Middle East Fertility Society.* 2015; 20(3), 176 - 181.
7. **Lipitz S (2001).** Multifetal pregnancy reduction and selective termination. *Textbook of Assisted Reproductive Techniques.* Informa Healthcare. Italy. 2001; 681 - 690.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RỐI LOẠN TÂM THẦN Ở BỆNH NHÂN CHẢY MÁU NÃO VÀ NHỒI MÁU NÃO

Nguyễn Văn Dũng*

TÓM TẮT⁵⁸

Đặt vấn đề: Tai biến mạch máu não (Cerebrovasculas accident), hay đột quỵ não (Stroke, Apoplexy), đang là vấn đề được tổ chức y tế thế giới và mọi quốc gia quan tâm. **Mục tiêu:** Mô tả một số biểu hiện lâm sàng rối loạn tâm thần ở bệnh nhân chảy máu não và nhồi máu não. **Phương pháp:** Một tá cắt ngay theo dõi dọc 60 bệnh nhân (30 bệnh nhân

chảy máu não, 30 bệnh nhân nhồi máu não) được chẩn đoán và điều trị nội trú tại Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch mai. Thời gian từ 5/2014 đến 5/2015. Số liệu được xử lý bằng các thuật toán thống kê y học chương trình EPIINFO Version 6.0. **Kết quả:** Rối loạn tư duy chiếm tỷ lệ cao (70 - 77%) thường gặp rối loạn ngôn ngữ nhịp chậm, thiếu tử, khả năng nhận thức giảm, kỹ năng nghề nghiệp mai một dần. Rối loạn cảm xúc thường gặp trầm cảm và lo âu kết hợp chiếm 37%-40%, phản ứng cảm xúc không ổn định. Rối loạn chú ý thường gặp lơ đãng, kém tập trung, sức bền chú ý kém. Trí nhớ thường gặp nhiều là giảm trí nhớ gần chiếm 47 - 67%, trong khi trí nhớ xa còn duy trì được. Hành vi chậm chạp giảm hoạt động chiếm (80 - 89%) thường kết hợp với nền khí sắc giảm và trên bệnh nhân có thiếu hụt về vận động và cảm giác. **Kết luận:** Sau TBMMN thường gặp trên lâm sàng rối loạn

*Viện sức khỏe tâm thần- Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng

Email: drdungbm@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

tâm thần điển hình và nặng nề, nguy cơ cao dẫn đến sa sút trí tuệ, suy giảm trí nhớ.

Từ khóa: TBMMN = tai biến mạch máu não. NMN = nhồi máu não. CMN= chảy máu não

SUMMARY

SOME CHARACTERISTICS OF SPIRITUAL DISORDERS IN BLOOD PATIENTS AND BLOOD PATIENTS

Rationale. Cerebrovasculas accident, or stroke (Stroke, Apoplexy), is a matter of concern to the world health organization and every nation. **Objective:** Describe some clinical manifestations of mental disorders in patients with cerebral hemorrhage and cerebral infarction. **Methods:** The immediate cut-off profile tracked 60 patients (30 cerebral hemorrhage patients, 30 cerebral infarction patients) were diagnosed and treated indoors in the Department of Neurology, Bach Mai Hospital. Time is from 5/2014 to 5/2015. The data is processed using EPIINFO Version 6.0 medical statistics algorithms. **Results:** Thought disorders accounted for a high proportion (70 to 77%) with a slow language disorder, lack of vocabulary, cognitive decline and occupational skills. Emotional disorders common depression and anxiety combined accounted for 37% - 40%, emotional reaction is unstable. Common distractions are absenteeism, poor concentration, poor endurance. The most common memory is memory loss, which accounts for 47-67%, while memory can be maintained. Delayed behavior (80-89%) is often associated with decreased mood and in patients with motor and sensory deficits. **Conclusion:** After TBMMN are common in clinical disorders and severe mental disorders, high risk of dementia, memory decline.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não có tỷ lệ tử vong đứng hàng thứ 3 sau các bệnh tim mạch và ung thư các nước phát triển. Ở Hoa Kỳ, 5% số dân trên 65 tuổi bị đột quy, trong đó 85-90% do nhồi máu não và 10-15% do chảy máu não. Ngược lại ở các nước đang phát triển tai biến mạch máu não đang có chiều hướng gia tăng. Năm 1993 Bắc Kinh (T. Quốc) có 329 trường hợp mắc mới trên 100.000 dân. Năm 1998 ở Đài Loan có 330 trường hợp mắc mới trên 100.000 dân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Các dấu hiệu tiền triệu của TBMMN

Dấu hiệu tiền triệu	CMN (n = 30)		NMN (n = 30)		P
	n	%	n	%	
Đau đầu	21	70	10	33	P < 0,05
Chóng mặt	22	73	16	53	P > 0,05
Buồn nôn, nôn	12	40	1	3	P < 0,05
Mất ngủ	6	20	5	17	P > 0,05
Tê bì nửa người	13	43	13	77	P < 0,05
Cơ giật kiểu động kinh	4	13	0	0	

Ở Việt Nam, theo Lê Đức Hinh và cộng sự thống kê, trong 10 năm tại khoa thần kinh bệnh viện Bạch Mai có 1.036 bệnh nhân tai biến mạch máu não vào điều trị. Bệnh viện 103 trong 10 năm (1991-2000) thu dụng 1.376 bệnh nhân tai biến mạch máu não. Những rối loạn về nhận thức, ngôn ngữ và trí nhớ, cùng các rối loạn tâm lý khác sẽ che lấp đi phần nào các triệu chứng của bệnh chính. Vì vậy, chuẩn đoán, điều trị, tiên lượng thường gặp rất nhiều khó khăn và nó còn cản trở quá trình phục hồi chức năng sau đột quy. Hơn thế nữa một số bệnh nhân tai biến mạch máu não khởi đầu bằng rối loạn tâm thần rầm rộ và chủ yếu, các triệu chứng về thần kinh rất kín đáo hoặc không có. Do vậy, rất khó khăn cho chẩn đoán và điều trị đặc hiệu, đôi khi nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân nếu cứ điều trị theo hướng tâm thần

Vì những lý do trên và để góp phần cho việc chăm sóc toàn diện, cải thiện chất lượng cuộc sống của những bệnh nhân tai biến mạch máu não, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Một số đặc điểm lâm sàng rối loạn tâm thần ở bệnh nhân tai biến mạch máu não". Với mục tiêu sau: *Nghiên cứu một số biểu hiện lâm sàng rối loạn tâm thần ở bệnh nhân chảy máu não và nhồi máu não.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu 60 bệnh nhân (30 bệnh nhân chảy máu não, 30 bệnh nhân nhồi máu não) được chẩn đoán và điều trị nội trú tại khoa nội thần kinh bệnh viện Bạch Mai, nhóm chứng gồm 30 người mạnh khỏe không có tiền sử rối loạn tâm thần được chọn ngẫu nhiên trong số những người đang sinh sống tại cộng đồng. Độ tuổi, giới tính, nghề nghiệp, trình độ văn hóa tương đối đồng nhất với nhóm bệnh nhân, để khảo sát chức năng tâm lý, sử dụng một số các kỹ thuật xét nghiệm hỗ trợ và các trắc nghiệm để khảo sát. Thời gian từ 5/2012 đến 5/2013. Số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê EPIINFO Version 6.0.

Rối loạn tâm thần	3	10	4	13	P > 0,05
-------------------	---	----	---	----	----------

Nhận xét: Chóng mặt là dấu hiệu tiền triệu hay gặp nhất. Tuy nhiên chưa có sự khác biệt có ý nghĩa giữa CMN và NMN (P > 0,05). Buồn nôn, nôn gặp ở CMN nhiều hơn NMN (P < 0,05). Tê bì nửa người gặp ở NMN nhiều hơn CMN (P < 0,05). Đau đầu gặp ở CMN nhiều hơn NMN (P < 0,05).

Bảng 2: Các triệu chứng khởi phát

Triệu chứng		CMN (n=30)		NMN (n=30)		P
		n	%	n	%	
Kiểu khởi phát	Đột ngột	22	73	1	3	P < 0,05
	Cấp tính	7	23	13	43	P > 0,05
	Nặng dần	1	3	16	53	P < 0,05
Ý thức	Tỉnh	16	53	26	87	P < 0,05
	Bán hôn mê	9	30	4	12	P < 0,05
	Hôn mê	5	17	0	0	P < 0,05
Đau đầu		21	70	10	33	P < 0,05
Nôn		12	40	1	3	P < 0,05
Rối loạn ngôn ngữ		7	23	13	43	P > 0,05
Rối loạn cơ vòng		13	43	2	7	P < 0,05

Nhận xét: CMN hay khởi phát đột ngột (73%) trong khi NMN hay gặp kiểu khởi phát từ từ nặng dần (53%), khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Nhồi máu não hay gặp ý thức tỉnh táo hơn CMN. CMN hay gặp ý thức u ám, hôn mê, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Bảng 3: Các biểu hiện RLTT ở bệnh nhân TBMMN

Rối loạn tâm thần	CMN (n = 30)		NMN (n = 30)		P
	n	%	n	%	
Rối loạn tư duy	21	70	23	77	P > 0,05
Rối loạn cảm xúc	20	67	19	63	
Rối loạn chú ý	23	77	26	87	
Rối loạn trí nhớ	19	63	24	80	
Rối loạn hành vi	20	67	19	63	

Nhận xét: Rối loạn tư duy, rối loạn cảm xúc, rối loạn trí nhớ, rối loạn chú ý và rối loạn hành vi là những triệu chứng rối loạn tâm thần hay gặp trong tai biến mạch máu não.

Bảng 4. Đặc điểm lâm sàng rối loạn tư duy ở bệnh nhân TBMM

Rối loạn tư duy	CMN (n=21)		NMN (n=23)		p
	n	%	n	%	
Ngôn ngữ nhệch nhệch, thiếu từ kết cấu còn logic	12	57	15	65	p > 0,05
Ngôn ngữ nhệch nhệch, kết cấu thiếu logic	6	29	8	35	
Lượng ngôn ngữ dồi dào, ý tưởng linh tinh, nội dung nông cạn	2	10	0	0	
Nổi hồ lớn (nói nhiều vô nghĩa)	1	5	0	0	
Âm ảnh sợ	3	14	2	9	
Khả năng nhận thức và lý giải vấn đề kém	12	57	14	60	

Nhận xét: Rối loạn ngôn ngữ nhệch nhệch, thiếu từ, ngôn ngữ nhệch nhệch nhưng kết cấu còn logic chỉ nói được những từ mẩu chốt của câu (BROCA) gặp tỷ lệ cao, khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm CMN và NMN. (P>0,05). Khả năng nhận thức, suy luận và lý giải vấn đề kém, gặp 40% (CMN) và 47% (NMN), khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. (p > 0,05).

Bảng 5. Đặc điểm lâm sàng rối loạn cảm xúc ở bệnh nhân TBMMN

Rối loạn cảm xúc	CMN (n = 30)		NMN (n = 30)		P
	n	%	n	%	
Khí sắc giảm	11	37	12	40	P > 0,05
Khí sắc tăng	3	10	0	0	
Phản ứng cảm xúc không ổn định	7	23	5	17	
Thờ ơ, vô cảm	5	17	6	20	
Rối loạn lo âu	11	37	10	33	

Nhận xét: Rối loạn lo âu và giảm khí sắc là những triệu chứng thường gặp ở TBMMN. Tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm CMN và NMN. (P> 0,05).

Bảng 6: Đặc điểm lâm sàng rối loạn chú ý ở bệnh nhân TBMMN

Rối loạn chú ý	CMN (n = 30)		NMN (n = 30)		P
	n	%	n	%	
Độ tập trung chú ý kém	2	9	1	4	P > 0,05
Sức bền chú ý kém	3	13	8	31	
Có độ tập chung và sức bền đều kém	18	78	17	65	

Nhận xét: Độ tập trung chú ý và sức bền chú ý giảm gặp ở cả 2 nhóm, khác biệt không có ý nghĩa thống kê. (P > 0,05).

Bảng 7. Đặc điểm lâm sàng rối loạn trí nhớ ở bệnh nhân TBMMN

Rối loạn trí nhớ	CMN (n = 30)		NMN (n = 30)		P
	n	%	n	%	
Trí nhớ gần giảm	9	47	16	67	P > 0,05
Trí nhớ xa giảm	0	0	0	0	
Trí nhớ gần và trí nhớ xa đều giảm	10	53	8	33	

Nhận xét: Chủ yếu gặp giảm trí nhớ gần và giảm trí nhớ toàn bộ tuy nhiên không có sự khác biệt giữa 2 nhóm CMN và NMN. (p > 0,05).

Bảng 8. Đặc điểm lâm sàng rối loạn hành vi ở bệnh nhân TBMMN

Rối loạn hành vi	CMN (n = 30)		NMN (n = 30)		P
	n	%	n	%	
Giảm hoạt động, giảm động tác	16	80	17	89	P > 0,05
Tăng hoạt động, tăng động tác	3	15	0	0	
Hành vi lộn xộn lệch chuẩn, thiếu mục đích	1	5	2	11	

Nhận xét: Hay gặp giảm hoạt động, giảm động tác ở bệnh nhân TBMMN, khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê giữa CMN và NMN. (p > 0,05)

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân

ngiên cứu: Tai biến mạch máu não có thể xảy ra ở tất cả các lứa tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi hay gặp là 50 - 70 tuổi. Ở nhóm 50 - 59 tuổi, tỷ lệ CMN và NMN là 27%, nhóm 60 - 69 tuổi tỷ lệ chảy máu não là 43% và nhồi máu não là 37%. Tuổi trung bình của nhóm CMN là 57,2 ± 13,4, tuổi trung bình của nhóm NMN là 59,7 ± 11,5.

4.1. Dấu hiệu tiền triệu: Trong tai biến mạch máu não có nhiều dấu hiệu tiền triệu báo trước cho tai biến sắp xảy ra. Trong nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3.1.) các dấu hiệu đó là: Chóng mặt (Vertigo) không phụ thuộc vào tư thế là dấu hiệu tiền triệu gặp nhiều nhất ở cả 2 nhóm CMN và nhồi máu não. CMN (73%), NMN (53%). Tỷ lệ chóng mặt ở 2 nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê (P > 0,05), triệu chứng này báo hiệu hiện tượng thiếu máu não xuất hiện. Đây là triệu chứng vừa chủ quan, nhưng hoàn toàn khách quan. Chúng ta dễ dàng xác định qua các thao tác khám thần kinh thông thường. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với Lương Văn Chất, tỷ lệ chóng mặt ở bệnh nhân NMN là 72,72%. Đau đầu: là dấu hiệu tiền triệu gặp hàng thứ 2 sau chóng mặt, trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh nhân CMN 21 (70%) trong khi đó nhóm NMN chỉ có 10(33%). Khác biệt có ý nghĩa thống kê (P < 0,05). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu

của Lương Văn Chất: Đau đầu trong dự báo NMN chiếm 34,04% và chảy máu não là 68,85%.

- Đau đầu trong CMN thường xuất hiện đột ngột và đau dữ dội, những yếu tố gây nên thường do tăng huyết áp, kích thích những tận cùng thần kinh do tổn thương lớp áo ngoài động mạch, khi tạo thành ổ máu tụ thì đau đầu còn do tăng áp lực trong sọ.

- Đau đầu trong NMN thường nhẹ nhàng hơn, vị trí và cường độ đau đầu gợi ý khu vực tổn thương của NMN. Cơ chế của đau đầu trong nhồi máu não được giải thích do giãn mạch và thiếu oxy, kích thích những tận cùng thần kinh ở lớp áo ngoài động mạch. Trong điều kiện thiếu máu não cục bộ gây nhồi máu não, các mạch máu não theo cơ chế tự điều hòa giãn ra, thiếu oxy dẫn đến chuyển hoá theo con đường yếm khí, ứ đọng các sản phẩm chuyển hoá trong đó có nhiều axit lactic gây đau.

Tê bì nửa người: Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp tê bì nửa người ở nhóm NMN 23 (77%) hơn hẳn nhóm CMN 13 (43%). Khác biệt có ý nghĩa thống kê (P < 0,05) kết quả này cao hơn so với Lương Văn Chất (34,88%) và cùng thống nhất với kết luận của Lương Công Thức tiền triệu tê bì nửa người gặp ở nhồi máu não cao hơn chảy máu não. Theo quan điểm của chúng tôi, tê bì nửa người thực chất là biểu hiện của rối loạn cảm giác bắt đầu xuất hiện, chính những vùng bị tê bì này sẽ tiến tới liệt trong giai đoạn toàn phát

của bệnh. Sở dĩ có sự khác nhau giữa NMN và CMN là do diễn biến của NMN chậm hơn, tiến triển nặng dần nên triệu chứng cũng dễ phát hiện hơn. Ngược lại trong CMN diễn biến thường ô ạt đột ngột chưa kịp nhận ra các tiền triệu thì ý thức đã xấu đi và chuyển sang toàn phát.

Rối loạn tâm thần: Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp các biểu hiện rối loạn tâm thần trong dự báo TBMMN thường là rối loạn cảm xúc như (trầm cảm, lo âu, bồn chồn không yên, hoặc cơn bùng nổ cảm xúc, cáu giận vô cớ) và rối loạn hành vi (lộn xộn lệch chuẩn).

Ở nhóm chảy máu não 3 (10%) và nhóm bệnh nhân nhồi máu não 4 (13%) khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. ($P > 0,05$). Các nghiên cứu của Jonas. B. s., Hillis. A. E. và Karussis. D. đều đưa ra nhận xét rằng rối loạn trầm cảm, rối loạn lo âu, suy giảm khả năng nhận thức và chú ý như một dấu hiệu báo trước các cơn đột quy.

Bảng 2. Các triệu chứng khởi phát:

*Kiểu khởi phát: Trong nghiên cứu của chúng tôi chảy máu não hay khởi phát đột ngột 22 (73%) trong khi tỷ lệ này ở nhóm bệnh nhân nhồi máu não chỉ chiếm 1 (3%) ($P < 0,05$). Ngược lại kiểu khởi phát nặng dần gặp ở nhồi máu não 16 (53%) so với tỷ lệ này ở CMN 1 (3%), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P, 0,05$).

*Ý thức lúc khởi phát: Phần lớn các bệnh nhân NMN có ý thức tỉnh táo, trong nghiên cứu của chúng tôi NMN ý thức tỉnh táo chiếm 87% so với tỷ lệ này ở nhóm bệnh nhân CMN là 53%, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Các rối loạn ý thức (Bán hôn mê, hôn mê) thường gặp nhiều hơn ở nhóm CMN (47%) trong khi đó ở nhóm NMN chỉ chiếm 13%. Khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Đau đầu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, đau đầu ở nhóm bệnh nhân chảy máu não 21 (70%) trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm NMN 10 (33%). Khác nhau có ý nghĩa thống kê. ($P < 0,05$).

*Nôn: Tỷ lệ chảy máu não có triệu chứng nôn gặp 12 (40%) so với tỷ lệ này ở nhóm NMN là 3% khác biệt có ý nghĩa thống kê. (Bảng 3.4). Kết quả này phù hợp với tác giả Nguyễn Văn Đăng, đau đầu, nôn, rối loạn ý thức thường gặp ở bệnh nhân chảy máu não, bộ ba triệu chứng này cho phép gợi ý chẩn đoán chảy máu não trong giai đoạn khởi phát.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng RLTT ở bệnh nhân TBMMN: Trong nghiên cứu của chúng tôi những biểu hiện rối loạn tâm thần thường gặp là: Rối loạn tư duy nhóm CMN 21 (70%), nhóm NMN 23 (77%). Rối loạn cảm xúc nhóm CMN 20

(70%), nhóm NMN 19 (63%). Rối loạn chú ý nhóm CMN 23 (77%), nhóm NMN 26 (87%). Rối loạn trí nhớ nhóm CMN 19 (63%), nhóm NMN 24 (80%). Rối loạn hành vi nhóm CMN 20 (67%), nhóm NMN 19 (63%). Kết quả này phù hợp với những nhận xét của Giaquinto.s., Dennis.M., Rao.R. Những rối loạn tâm thần thường gặp ở nhóm bệnh nhân đột quy máu não trong giai đoạn sau cấp tính là: Suy giảm nhận thức, mất dùng động tác, khó tập trung chú ý, trầm cảm và lo âu.

Bảng 4. Đặc điểm lâm sàng rối loạn tư duy ở bệnh nhân TBMMN:

Rối loạn tư duy ở bệnh nhân TBMMN là hậu quả của tổn thương nhu mô não, tùy thuộc Vào vị trí và mức độ tổn thương não mà trên lâm sàng có những biểu hiện rối loạn tư duy khác nhau. Rối hình thức tư duy: Biểu hiện trên lâm sàng là nhịp điệu và kết cấu ngôn ngữ. Ở bệnh nhân TBMMN những rối loạn về ngôn ngữ thường gặp là: Ngôn ngữ nhịp chậm, liên tưởng chậm, phát âm khó khăn, ngọng, thiếu từ, chỉ nói được những từ mẫu chốt của câu, nhưng người nghe vẫn có thể đoán được nghĩa của câu. Do tổn thương Broca, chiếm tỷ lệ khá cao 57% ở nhóm CMN và 65% ở nhóm bệnh nhân NMN (Bảng 3.4). Ngôn ngữ chậm hoặc bình thường, phát âm rõ vẫn từ nhưng kết cấu không logic (mất ý nghĩa của câu) gặp trong nhóm CMN 6 (29%) và NMN 8 (35%). Trong nghiên cứu của chúng tôi còn gặp 2 (10%) rối loạn ngôn ngữ kiểu Hưng cảm ở nhóm bệnh nhân CMN và 1 (5%) bệnh nhân ngôn ngữ hồ lộn (nói nhiều vô nghĩa) gặp ở bệnh nhân có tổn thương cực trán trên hình ảnh cắt lớp vi tính. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi so với nghiên cứu của Đặng Hoàng Anh (1999) rối loạn hình thức tư duy ở nhóm bệnh nhân TBMMN là 86%. Kết quả thấp hơn ở nghiên cứu của chúng tôi có thể lý giải do thời điểm nghiên cứu sau đột quy không đồng nhất, nếu nghiên cứu vào thời điểm bệnh nhân còn có rối loạn ý thức thì kết quả sẽ không chính xác.

- Rối loạn nội dung tư duy: Trong giai đoạn sau cấp tính của TBMMN thường gặp giảm khả năng tiếp thu kiến thức mới, sự linh hoạt giảm, những kỹ năng nghề nghiệp giảm, ám ảnh nghi bệnh và ám ảnh sợ là thường gặp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi: Giảm khả năng nhận thức ở nhóm CMN 12 (57%) và NMN 14 (60%) ám ảnh sợ và ám ảnh nghi bệnh ở nhóm bệnh nhân CMN 3 (14%) và NMN là 2 (9%). (Bảng 3.4). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Đặng Hoàng Anh, suy giảm chức năng nhận thức ở bệnh nhân TBMMN là 53% và ám ảnh sợ

là 13%. Wyller.T.B (2002) đưa ra nhận định rằng suy giảm chức năng nhận thức ở bệnh nhân đột quỵ máu não giai đoạn cấp tính thường là những rối loạn nhận thức phi ngôn ngữ như: lơ đãng giảm chú ý, vấn đề thị giác không gian (khó khăn trong nhận biết khoảng cách các vật và thứ tự của chúng). Mất dùng động tác (khó khăn trong việc thực hiện các động tác chủ động theo ý muốn đo khiếm khuyết vận động).

Bảng 5. Đặc điểm lâm sàng rối loạn cảm xúc ở bệnh nhân TBMMN: Rối loạn cảm xúc trong TBMMN thường gặp là trầm cảm và lo âu, ở nhóm CMN giảm khí sắc 11 (37%) ở nhóm NMN 10 (33%). Trong nghiên cứu của chúng tôi trạng thái thờ ơ vô cảm (Apathy) ở nhóm bệnh nhân CMN là 7 (23%) và ở nhóm NMN là 5 (17%). Chỉ gặp duy nhất 3 bệnh nhân (10%) có khí sắc tăng ở nhóm CMN, NMN không gặp, khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ở 2 nhóm nghiên cứu. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Đặng Hoàng Anh, giảm khí sắc ở bệnh nhân TBMMN là 73%, phản ứng cảm xúc không ổn định 15 (50%), rối loạn lo âu 47%.

Điều này có thể lý giải bởi nhóm bệnh nhân nghiên cứu của tác giả là tăng huyết áp có TBMMN, 2 rối loạn có thể cùng tác động một lúc có thể làm cho trạng thái cảm xúc xấu hơn. Kauhanen. M. L và các cộng sự (1999) nghiên cứu trên 106 bệnh nhân đột quỵ não giai đoạn sau cấp tính thấy trầm cảm chiếm 53%.

Bảng 6. Đặc điểm lâm sàng rối loạn chú ý ở bệnh nhân TBMMN: Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp chủ yếu là giảm chú ý và sức bền chú ý. Tỷ lệ này ở nhóm bệnh nhân CMN là 18 (78%) và NMN là 17 (65%). Bằng chứng là khi thực hiện nghiệm pháp 100-7 hoặc 100 - 3 họ chỉ làm được 3 thao tác đôi khi còn không chính xác. Ở nghiên cứu của Đặng Hoàng Anh rối loạn chú ý ở nhóm bệnh nhân tăng huyết áp có TBMMN là 90%.

Các tác giả như Drevets.w.c, Hillis.A.E., Wyller.T.B. nhận thấy rằng, ngoài những rối loạn trầm cảm và lo âu còn gặp xao lãng giảm tập trung (neglect) ở những bệnh nhân đột quỵ máu não, chính rối loạn này cũng góp phần giảm khả năng nhận thức ở những bệnh nhân này.

Bảng 7. Đặc điểm lâm sàng rối loạn trí nhớ ở bệnh nhân TBMMN: Rối loạn trí nhớ trong nghiên cứu của chúng tôi là 19 (63%) ở nhóm bệnh nhân CMN và 24 (80%) ở nhóm bệnh nhân NMN. Khác biệt không có ý nghĩa thống kê. (P > 0,05). Chủ yếu gặp giảm trí nhớ gồm 9 (47%) ở nhóm CMN và 16 (67%) ở nhóm NMN. Giảm nhớ toàn bộ gặp ở nhóm bệnh nhân

CMN là 10 (53%) và nhóm NMN là 8 (33%) kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Đặng Hoàng Anh. Tác giả nhận thấy nhóm bệnh nhân tăng huyết áp có tai biến mạch máu não tỷ lệ rối loạn trí nhớ là 96%. Trong đó trí nhớ gần 9 (30%) và giảm nhớ toàn bộ 18 (60%). Điều này theo suy nghĩ của chúng tôi có thể do bệnh nhân tăng huyết áp nhiều năm đã ảnh hưởng đáng kể đến trí nhớ người bệnh. Pasquier.F. Khi nghiên cứu ở những bệnh nhân đột quỵ máu não trên 55 tuổi, đưa ra kết luận: Từ 20 - 25% bệnh nhân đột quỵ máu não sau 5 năm có biểu hiện sa sút trí tuệ.

Bảng 8. Đặc điểm lâm sàng rối loạn hành vi: Rối loạn hành vi cũng là những biểu hiện thường gặp ở bệnh nhân TBMMN. Trong nghiên cứu của chúng tôi rối loạn hành vi ở nhóm bệnh nhân CMN 20 (67%) và NMN là 19 (63%). Hay gặp nhất là giảm hoạt động, giảm động tác. Ở nhóm bệnh nhân chảy máu não 16 (80%) và nhóm NMN 17 (89%). Trong nghiên cứu của chúng tôi có gặp 3 bệnh nhân có hành vi lộn xộn lệch chuẩn, không có mục đích, ở nhóm CMN 1 (5%) và nhóm bệnh nhân NMN 2 (11%). Trên hình ảnh CLVT sọ não những bệnh nhân này có tổn thương xâm phạm đến vùng trán trước và phần sau hồi thái dương, kèm theo có biểu hiện của sa sút trí tuệ sau TBMMN. Chúng tôi chỉ gặp 3 bệnh nhân ở nhóm CMN có hành vi tăng hoạt động, bồn chồn.

V. KẾT LUẬN

- Rối loạn tư duy chiếm tỷ lệ cao (70 - 77%) thường gặp rối loạn ngôn ngữ nhịp chậm, thiếu từ, khả năng nhận thức giảm, kỹ năng nghề nghiệp mai một dần. Rối loạn cảm xúc thường gặp trầm cảm và lo âu kết hợp chiếm 37% - 40%, phản ứng cảm xúc không ổn định. Rối loạn chú ý thường gặp lơ đãng, kém tập trung, sức bền chú ý kém. Trí nhớ thường gặp nhiều là giảm trí nhớ gần chiếm 47 - 67%, trong khi trí nhớ xa còn duy trì được, còn kể được tiểu sử và quá trình bệnh.

- Hành vi chậm chạp giảm hoạt động chiếm (80 - 89%) thường kết hợp với nền khí sắc giảm và trên bệnh nhân có thiếu hụt về vận động và cảm giác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Xuân Thành (2001) "Đại cương Tai biến mạch máu não". *Bệnh học thần kinh* - HVQY - 2001. (tr 34 -49).
2. Chemerinski. E., Robinson. R. G.(2000) The neuropsychiatry of stroke.Psychosomatics . 2000 Jan - Feb; 41 (1): 5 - 14.

3. **Jehkonen . M., Ahoneu . J.P., Dastidar. P. et. al.(2000)** Unawareness of deficits after right hemisphere stroke : double - dissociations of anosognosias. *Acta - Neurol - Scand* . 2000 Dec ; 102 (6): 378 - 84.
4. **Kim. J .S ., Choi - kwon. S (2000)** Poststroke depression and emotional incontinence : correlation with lesion location. *Neurology* . 2000 May 9; 54(9): 1805 - 10.
5. **Knopman. D. S., Rocca. W. A., Cha. R. H; et. al.(2002)** Incidence of vascular dementia in Rochester. *Arch - Neurol* .2002 Oct; 59(10): 1605 - 10.
6. **Ramasubbu.R.(2000)** Relationship between depression and cerebrovascular disease: conceptual issues. *J- Affect - Disorders* . 2000 Jan - Mar; 57 (1-3): 1 -11.
7. **Varga- D.(2002)** Neuropsychiatric complications after stroke. *Ideggyogy - Sz.* 2002 Mar 20 ; 55 (3-4): 128 – 36

CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH BỆNH MÁU KHÓ ĐÔNG HEMOPHILIA A BẰNG KỸ THUẬT SINH HỌC PHÂN TỬ

Bùi Thị Thu Hương*, Trần Huy Thịnh*, Nguyễn Thị Hà*,
Hồ Thị Kim Thanh*, Trần Văn Khánh*

TÓM TẮT⁵⁹

Nghiên cứu được thực hiện nhằm phát hiện đột biến gen F8 trên các mẫu ối của các thai phụ mang gen bệnh Hemophilia A (đã phát hiện được dạng đột biến gen F8). 6/12 thai phụ là người lành mang gen bệnh được thực hiện chẩn đoán trước sinh bằng kỹ thuật I-PCR và giải trình tự. Kết quả: 4/6 mẫu ối (thai nhi) không bị đột biến gen F8 và 2/4 trường hợp chẩn đoán sau sinh cho kết quả không đột biến gen F8 phù hợp với chẩn đoán trước sinh; 2/6 mẫu ối (thai nhi) mang gen yếu tố VIII đột biến. Kết quả này là cơ sở khoa học để các bác sĩ lâm sàng tư vấn di truyền.

Từ khóa: Hemophilia A, người lành mang gen bệnh, chẩn đoán trước sinh

SUMMARY

PRENATAL DIAGNOSIS OF HEMOPHILIA A USING BIOLOGY MOLECULAR TECHNIQUES

Our aim is to detect F8 mutations in amniotic samples of pregnant womens who are mother of Hemophilia A patient. 6/12 pregnant women who are carriers of the disease are carried out the prenatal diagnosis using I-PCR and sequencing techniques. Result: 4/6 (unborn) amniotic and 2/4 of postnatal diagnostic specimens showed no F8 mutagenicity consistent with prenatal diagnosis; 2/6 of the amniotic sac (the fetus) carries the mutant VIII gene. This result is the scientific basis for clinicians genetic counseling.

Keywords: Hemophilia A, prenatal dianogsis, carrier, F8 gene mutation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh máu khó đông Hemophilia A là bệnh di truyền lặn liên quan đến giới tính, gen bệnh nằm trên nhiễm sắc thể X do vậy người mẹ mang gen bệnh có thể truyền bệnh cho 50% con trai và truyền gen bệnh cho 50% con gái của họ [6].

Việc phát hiện người lành mang gen bệnh là cơ sở quan trọng để tiến hành chẩn đoán trước sinh nhằm tầm soát các thai nhi mắc bệnh. Đối tượng cần chẩn đoán trước sinh trong nghiên cứu của chúng tôi là các thai phụ đã được xác định có mang gen bệnh ở trạng thái dị hợp tử bằng kết quả phân tích gen F8, mang thai tuần thứ 15-16. Sau quá trình phân tích sàng lọc,

những thai phụ có nguy cơ cao sinh con bị bệnh hemophilia A sẽ được tiến hành lấy mẫu tế bào thai nhi để phân tích và xác định đột biến.

Chẩn đoán trước sinh trên những thai phụ có nguy cơ cao để tư vấn hôn nhân và tư vấn di truyền là biện pháp cơ bản nhất hiện nay để ngăn ngừa và giảm tỉ lệ sinh con mắc bệnh, hạn chế tỷ lệ mắc bệnh chung cho cộng đồng [1].

Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *phát hiện đột biến gen F8 trên DNA mẫu ối của các thai phụ mang gen bệnh Hemophilia A đã phát hiện được dạng đột biến gen F8 gây bệnh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Mẫu nghiên cứu: Mẫu máu của 12 thai phụ có con bị bệnh Hemophilia A đã xác định được dạng đột biến tại Trung tâm Nghiên cứu Gen – Protein, Trường Đại học Y Hà Nội và mẫu ối của 6/12 được xác định là người mang gen F8 đột biến thể dị hợp tử.

- Mẫu đối chứng: 10 người bình thường, không mắc các bệnh về máu; mẫu DNA của mẫu DNA của 06 bệnh nhân Hemophilia A (con sinh lần trước của các thai phụ)

Các mẫu máu thu thập tại viện Huyết học-Truyền máu Trung ương và Trung tâm nghiên cứu Gen – Protein Trường đại học Y Hà Nội.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Nội dung nghiên cứu:

-Xây dựng phả hệ gia đình bệnh nhân Hemophilia A.

- Xác định tình trạng mang gen của mẹ bệnh nhân và trên DNA tách từ mẫu ối dựa vào dạng đột biến chỉ điểm đã phát hiện được trên bệnh nhân Hemophilia A.

2.2.3. Các kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu

*Tách chiết DNA

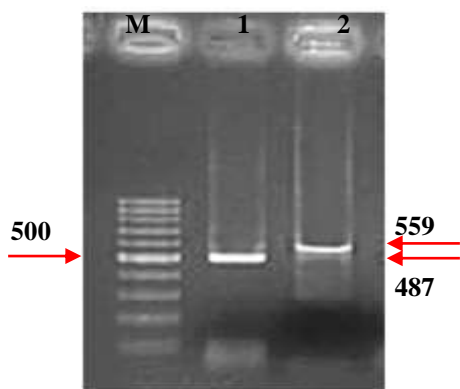
+DNA được tách chiết theo phương pháp phenol/chloroform từ bạch cầu máu ngoại vi của bệnh nhân, mẹ bệnh nhân và từ mẫu ối.

+ Kiểm tra độ tinh sạch của DNA được tách chiết: bằng phương pháp đo quang, dựa vào tỷ lệ $A_{260nm}/A_{280nm} = 1,8 \div 2,0$.

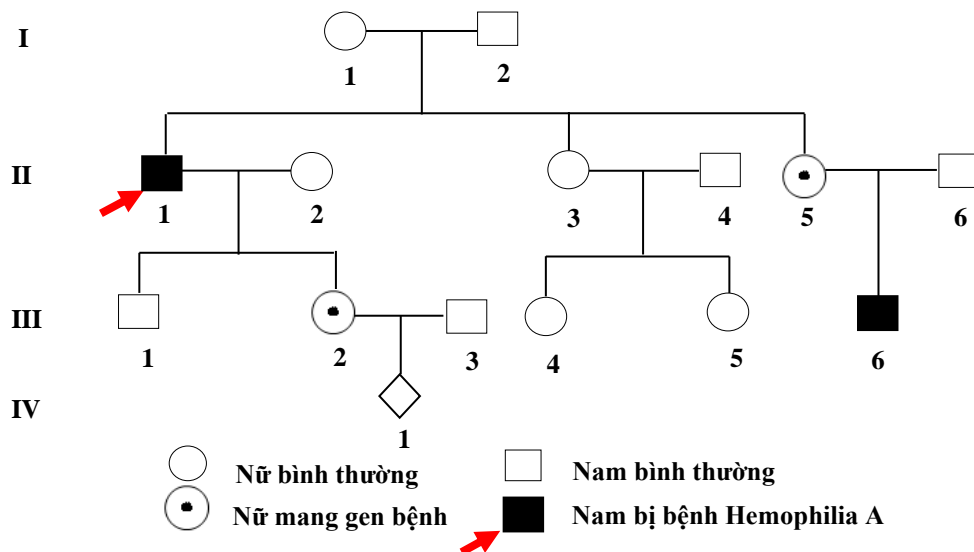
* Xác định đột biến gen F8

* Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Khánh
Email: tranvankhanh@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài:
Ngày phản biện khoa học:
Ngày duyệt bài:

Nhận xét: Kỹ thuật PCR được tiến hành với cặp mồi cho phép khuếch đại vùng gen xác định giới tính *SRY* (có kích thước 254 bp) đặc hiệu trên NST Y. Kết quả cho thấy, sản phẩm PCR của thai nhi có vạch kích thước bằng 254 bp. Kích thước này bằng với vạch của nhóm chứng và của bệnh nhân HA12 (anh trai của thai nhi). Ở mẫu chứng âm (nước) và chứng nữ không xuất hiện vạch. Như vậy, thai nhi (III₂) có giới tính nam.



M: Marker 100bp 1: Thai nhi 2: Bệnh nhân



Hình 4. Phả hệ gia đình bệnh nhân mã số HA98

Nhận xét: Gia đình bệnh nhân mã số HA98 có 2 bệnh nhân hemophilia A (bệnh nhân mã số HA98 – II₁) và III₆, con gái của bệnh nhân (III₂) là người lành mang gen bệnh bắt buộc (đã được kiểm chứng bằng kết quả phân tích gen F8) đang mang thai tuần thứ 12, việc chẩn đoán trước sinh cho thai phụ (III₂) này là cần thiết nếu thai nhi có giới tính là nam.

- **Kết quả xác định giới tính của thai nhi(IV₁):** Kỹ thuật PCR được tiến hành với cặp mồi cho phép khuếch đại vùng gen xác định giới tính *SRY* (có kích thước 254 bp) đặc hiệu trên NST Y. Kết quả cho thấy thai nhi có giới tính nam.

- **Kết quả phát hiện đột biến gen F8 trên mẫu DNA của thai nhi (IV₁)**

- **Kết quả xác định đột biến của thai nhi (III₂)**

Hình 3. Hình ảnh điện di sản phẩm multiplex PCR xác định đột biến đảo đoạn intron22 trên DNA mẫu ôi thai phụ (II₁)

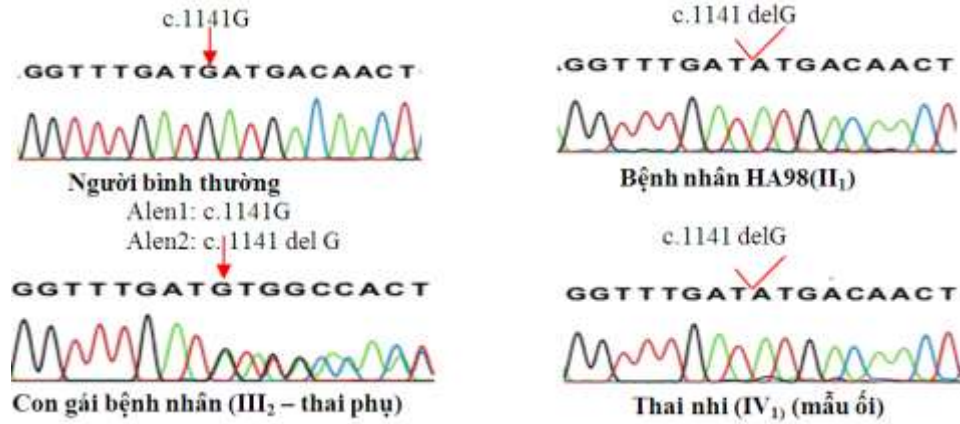
Nhận xét: Mẫu DNA của thai nhi ở vị trí giếng số 1 có 1 băng kích thước tương ứng 487 bp. Ở giếng số 2 là mẫu đột biến đảo đoạn intron 22 có 1 băng kích thước tương ứng 559 bp. Điều này chứng tỏ thai nhi (III₂) không bị đột biến đảo đoạn intron 22.

- **Kết quả chẩn đoán sau sinh của thai nhi (III₂) thực hiện tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương: đột biến đảo đoạn intron22 âm tính.**

*** Kết quả chẩn đoán trước sinh của gia đình bệnh nhân HA98**

Bệnh nhân HA98 có đột biến mất 1 nucleotid G trên exon 8 tại vị trí c. c.1141delG gây lệch khung dịch mã toàn bộ các acid amin còn lại của protein yếu tố VIII (p.381*fs).

Nhận xét: Hình ảnh giải trình tự exon 8 gen F8 của thai phụ (III₂) là người lành mang gen bệnh thể dị hợp tử. Hình ảnh giải trình tự exon 8 gen F8 mẫu ối (thai nhi IV₁) có đột biến giống như đột biến đã phát hiện được trên bệnh nhân HA98 (c.1141delG).



Hình 5. Hình ảnh giải trình tự exon 8 gen F8 của DNA thai nhi (IV₁)
Bảng 1. Kết quả phát hiện đột biến trên mẫu ối

Kết quả	n	Giới tính thai nhi
Thai nhi bị bệnh	2	Nam
Thai nhi không bị bệnh	3	Nam
Thai nhi không mang gen bệnh	1	Nữ
Tổng	6	5 nam; 1 nữ

Nhận xét: 2/6 thai nhi giới tính nam bị bệnh (có đột biến gen F8); 3/6 thai nhi giới tính nam không bị bệnh (không đột biến gen F8); 1/6 thai nhi giới tính nữ không mang gen bệnh. Kết quả chẩn đoán sau sinh 2 bé trai không bị bệnh, như vậy chẩn đoán sau sinh cho kết quả phù hợp với chẩn đoán trước sinh (không có đột biến gen F8); 2 thai nhi chưa thực hiện chẩn đoán sau sinh do chưa sinh.

IV. BÀN LUẬN

Có 12 thai phụ tham gia vào nghiên cứu, trong đó có 6 thai phụ được xác định là không có đột biến gen F8 do vậy được tư vấn là không cần làm chẩn đoán trước sinh. Tuy nhiên vấn đề cần qua tâm ở đây là thời điểm các thai phụ này đến với chúng tôi để thực hiện chẩn đoán trước sinh. Có 3/12 thai phụ đến vào thời điểm <12 tuần tuổi thai, 6/12 thai phụ đến vào thời điểm 12-16 tuần tuổi thai, có 3/12 thai phụ đến vào thời điểm >16 tuần tuổi thai. 11/12 thai phụ này có thuận lợi là đã biết trước đột biến chỉ điểm do vậy chúng tôi có cơ sở để nhanh chóng xác định tình trạng mang gen của người mẹ. Từ đó có chỉ định chọc ối vào tuần thứ 15 để nuôi cấy trong thời gian khoảng 1 tuần, sau đó làm xét nghiệm gen mất khoảng 1 tuần nữa. Như vậy để ra được quyết định có đình chỉ thai nghén hay không là lúc thai khoảng 17-18 tuần. Riêng với trạng thái đột biến đảo đoạn intron 22 do cần nồng độ DNA tách được từ mẫu ối khá lớn nên thời gian nuôi cấy có thể kéo dài đến 2 tuần.

Quyết định đình chỉ thai nghén là quyết định rất quan trọng và cũng có nhiều khả năng xảy ra tai biến cho thai phụ ở tuần thai 17-18 tuần, do

vậy công tác xét nghiệm phải được thực hiện một cách nhanh chóng, tỷ mỉ, chính xác và những người làm công việc này đòi hỏi phải có tinh thần trách nhiệm cao và cuối cùng là phải đưa ra kết quả chính xác, giúp bác sỹ lâm sàng tư vấn thai phụ hủy hay giữ thai [3], [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có một thai phụ đến vào tuần thứ 14, đây không phải là thời điểm quá muộn nhưng vì trường hợp này chưa biết đột biến chỉ điểm do vậy để xác định tình trạng mang gen của thai phụ cần phải xác định đột biến chỉ điểm trước. Chính vì vậy kết quả xác định gen của thai nhi sau đó 6 tuần mới được khẳng định, lúc đó thai đã 20 tuần. Rất may là trường hợp này thai nhi không mang gen đột biến nên thai phụ được tư vấn tiếp tục giữ thai. Chúng tôi cho rằng nguyên nhân của sự chậm trễ này là do hiểu biết của người dân về căn bệnh này còn nhiều hạn chế. Và qua đó cũng thấy rằng người mang gen bệnh được phát hiện càng sớm càng tốt để họ có kế hoạch sinh con hợp lý và an toàn.

Một gia đình có con trai bị bệnh hemophilia A khi có kế hoạch sinh con tiếp theo cần phải thực hiện theo các bước sau:

- Xác định đột biến gen trên bệnh nhân: Xét nghiệm xác định trạng thái đột biến và vị trí đột biến trên gen yếu tố VIII của DNA bệnh nhân, điều này hết sức quan trọng và cần thiết để làm cơ sở phát hiện tình trạng mang gen bệnh ở người mẹ và các thành viên nữ trong gia đình của bệnh nhân.

- Phát hiện người lành mang gen bệnh: Dựa vào vị trí đột biến của bệnh nhân, xác định tình trạng mang gen bệnh trên người mẹ và các thành viên nữ trong gia đình, nếu người mẹ hoặc các thành viên nữ trong gia đình của bệnh nhân mang gen bệnh thì khi họ mang thai cần chọc ối để làm chẩn đoán trước sinh (chiếm 2/3), nếu họ không mang gen bệnh không cần thiết làm chẩn đoán trước sinh (chiếm 1/3).

- Chẩn đoán trước sinh: Việc xác định đột biến của thai nhi (mẫu ối) dựa vào vị trí đột biến chỉ điểm trên DNA của bệnh nhân và thai phụ (người lành mang gen bệnh).

Xác định giới tính của thai nhi là bước đầu tiên cần thực hiện sau quá trình tách chiết DNA của mẫu tế bào ối thai nhi. Sử dụng cặp mồi cho phép khuếch đại đoạn gen xác định giới tính *SRY* nằm trên NST Y, trình tự nucleotid của cặp mồi được chọn tương tự như nghiên cứu của Hussey. Phản ứng PCR được tiến hành với mẫu DNA của thai nhi, kèm theo các chứng nam, chứng nữ và DNA của bệnh nhân hemophilia A (là anh trai của thai nhi). Sản phẩm PCR được điện di trên gel agarose nồng độ 1,5%. Xác định giới tính của thai nhi dựa vào sự xuất hiện vạch điện di đặc hiệu có kích thước 254 bp, hoặc so sánh với mẫu đối chứng nam. Mỗi mẫu DNA thai nhi, chúng tôi lặp lại phản ứng 3 lần để tránh sự nhầm lẫn.

Kết quả chẩn đoán trước sinh của gia đình bệnh nhân HA12: đã chứng tỏ thai nhi (III₂) không bị đột biến đảo đoạn intron 22. Kết quả chẩn đoán sau sinh của thai nhi (III₂) thực hiện tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương: đột biến đảo đoạn intron 22 âm tính.

Kết quả chẩn đoán trước sinh của gia đình bệnh nhân HA98: Gia đình bệnh nhân mã số HA98 có 1 bệnh nhân hemophilia A (bệnh nhân mã số HA98 – II₁), con gái của bệnh nhân (III₂) là người lành mang gen bệnh bắt buộc đang mang thai tuần thứ 12, việc chẩn đoán trước sinh cho thai phụ (III₂) này là cần thiết nếu thai nhi có giới tính là nam. Sau khi tách DNA từ tế bào ối, tiến hành xác định giới tính của thai nhi. Kết quả phản ứng PCR xác định giới tính thai nhi cho thấy thai nhi là nam. Khả năng thai nhi mắc bệnh là 50%. Để khẳng định chắc chắn thai nhi có bị bệnh hay không, chúng tôi tiến hành phân

tích gen F8 của thai nhi. Vì ông ngoại của thai nhi có đột biến mất 1 nucleotid G trên exon 8 tại vị trí c.1141delG gây lệch khung dịch mã (p.381Aspfs*13) nên chúng tôi tiến hành khuếch đại 8 exon gen F8 của thai nhi để kiểm chứng. Kết quả được biểu hiện ở hình 5, chứng tỏ thai nhi bị đột biến exon 8 gen F8 tại vị trí đã được khẳng định là đột biến gây bệnh hemophilia A ở người ông. Do đó chúng tôi đưa ra kết luận thai nhi bị bệnh hemophilia A và kết quả này là cơ sở để các bác sỹ lâm sàng tư vấn cho thai phụ.

Các bệnh lý di truyền chiếm tỷ lệ tử vong cao khoảng 20% các trường hợp tử vong ở giai đoạn sơ sinh cũng như chiếm một tỷ lệ cao những bệnh lý gặp phải trong thời kỳ nhũ nhi và trẻ nhỏ [6]. Bởi vậy việc phát hiện người lành mang gen để quản lý, điều trị cũng như áp dụng các phương pháp sàng lọc, chẩn đoán trước sinh là điều vô cùng cần thiết, nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống cho những người phụ nữ mang gen bệnh và quan trọng nhất là làm giảm số trẻ sinh ra bị bệnh hemophilia A do di truyền.

V. KẾT LUẬN

6/12 thai phụ là người lành mang gen bệnh được thực hiện chẩn đoán trước sinh: 4/6 mẫu ối (thai nhi) không bị đột biến gen F8 nên 4 thai phụ này được tư vấn di truyền giữ thai và 2/4 trường hợp chẩn đoán sau sinh cho kết quả không đột biến gen F8 phù hợp với chẩn đoán trước sinh; 2/6 mẫu ối (thai nhi) mang gen yếu tố VIII đột biến.

Lời cảm ơn: Nghiên cứu được thực hiện với sự hỗ trợ kinh phí bởi Đề tài cấp Bộ Y tế: "Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật sinh học phân tử phát hiện đột biến gen yếu tố VIII gây bệnh hemophilia A" và sự giúp đỡ của các cán bộ của Trung tâm nghiên cứu Gen- Protein, Bộ môn Hoá sinh, Trường Đại học Y Hà Nội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Phương Túy, Nguyễn Ngọc Minh, Nguyễn Văn Trán và cộng sự (2007).** Tìm hiểu tính chất gia đình của bệnh nhân Hemophilia điều trị tại Bệnh viện Trung ương Huế, *Tạp chí Nghiên cứu Y Học*, Phụ trương **51(4)**, 20-24.
2. **David D, Moreira I, Lalloz MR, Rosa HA, Schwaab R, Morais SD. (1994),** Analysis of the essential sequences of the factor VIII gene in twelve haemophilia A patients by single-stranded conformation polymorphism, *Blood Coagul Fibrinolysis*, 14, 257-264.
3. **Gill Swallow (2013),** Guideline for the Obstetric Management of Carriers of Haemophilia A and B, NHS Nottingham University Hospitals Cookie Disclaime.
4. **Kulkarni R, Soucie JM, Lusher J, et al. (2009),** Haemophilia Treatment Center Network Investigators; Sites of initial bleeding episodes,

mode of delivery and age of diagnosis in babies with haemophilia diagnosed before the age of 2 years: a report from The Centers for Disease.

5. **Liliana C. Rossetti (2005)**, Genotyping the Hemophilia Inversion Hotspot by use of Inverse PCR, *Hemostasis and Thrombosis*, 34, 1154-1158.
6. **Rochelle Winikoff, Maureen Brownlow, Patricia Stewart (2010)**, All about carriers, A guide for families, 14, 1-26.

HOẠT ĐỘNG CỦA ĐƠN VỊ ĐIỀU TRỊ TRONG NGÀY TẠI KHOA HUYẾT HỌC BỆNH VIỆN CHỢ RẪY GIAI ĐOẠN 2012-2016

Nguyễn Thị Phương Thảo*, Nguyễn Trường Sơn*, Đoàn Thị Thùy Dương*

TÓM TẮT⁶⁰

Đặt vấn đề và mục tiêu: Bệnh viện Chợ Rẫy là bệnh viện đầu tiên áp dụng mô hình điều trị trong ngày để giảm quá tải bệnh nhân nội trú từ năm 2012. Nghiên cứu này được thực hiện để mô tả "Hoạt động và một số thuận lợi khó khăn của Đơn vị điều trị trong ngày (ĐVĐTĐTN) thuộc khoa huyết học tại bệnh viện Chợ Rẫy giai đoạn 2012-2016". **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả, phân tích số liệu thứ cấp kết hợp với định tính. Số liệu thứ cấp được thu thập từ năm 2010 đến năm 2016. Tổng số có 14 cuộc phỏng vấn sâu, 4 cuộc thảo luận nhóm với lãnh đạo bệnh viện, cán bộ quản lý, nhân viên và bệnh nhân tại Đơn vị điều trị trong ngày đã được thực hiện. **Kết quả:** Số lượng lượt bệnh nhân Đơn vị điều trị trong ngày khoa huyết học bệnh viện Chợ Rẫy đã tăng từ 1.786 lượt năm 2012 lên đến 19.588 lượt bệnh vào năm 2016, góp phần giảm tải cho các khoa có tỉ lệ quá tải cao của bệnh viện như khoa Hóa xạ trị, ngoại tiêu hóa, huyết học. Sự quan tâm chỉ đạo, lập kế hoạch rõ ràng, đầu tư trang thiết bị cơ sở vật chất, thường xuyên theo dõi giám sát, điều chỉnh kịp thời là những thuận lợi để đơn vị điều trị trong ngày hoạt động tốt. Tuy nhiên thiếu quy định về chức năng nhiệm vụ cơ cấu tổ chức của mô hình điều trị trong ngày từ phía Bộ Y tế góp phần gây khó khăn trong quá trình hoạt động.

Từ khóa: Đơn vị điều trị trong ngày khoa Huyết học bệnh viện Chợ Rẫy.

SUMMARY

THE ACTIVITIES OF DAY TREATMENT UNIT AT HAEMATOLOGY DEPARTMENT IN CHO RAY HOSPITAL FROM 2012 TO 2016

Introduction and purpose: Cho Ray Hospital has been the first hospital to adopt the model of day treatment to reduce the overcrowding of in-patients since 2012 [6]. This study was conducted to describe "The activities, facilities and difficulties of the Day treatment Unit at hematology department in Cho Ray Hospital over the period 2012-2016." **Methods:** Descriptive study, secondary data analysis in combination with qualitative analysis. Secondary data was collected from 2010 to 2016, which included 14 in-depth interviews and 4 group discussions with hospital leaders, administrators, staffs, and patients at the day treatment unit. **Results:** The number of patients at day treatment unit in Cho Ray hospital's hematology increased from 1,786 in 2012 to 19,588 in 2016, which contributed to reducing the burden on

many departments with overload statuses such as the department of radiation therapy, surgical gastroenterology and hematology. The attentional direction, detailed plan, equipment investment, regular monitoring and timely adjustment are the factors to ensure that the day treatment unit has been working well. However, the lack of regulation of the organizational structure and function of day treatment model approved from the Ministry of Health contributes to the difficulties in operation at this unit.

Key words: The day treatment unit of hematology department in Cho Ray hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quá tải bệnh viện đã và đang là vấn đề bất cập của ngành Y tế tại nhiều quốc gia, đặc biệt là các nước đang phát triển. Sự quá tải của các bệnh viện là nguyên nhân dẫn tới các sai sót chuyên môn. Nhiều giải pháp đặt ra chú trọng phát triển cơ sở y tế, kê thêm giường tại các cơ sở khám chữa bệnh có mức độ quá tải cao, đầu tư mua sắm bổ sung trang thiết bị chất lượng, đơn giản các thủ tục hành chính, ứng dụng công nghệ thông tin, giảm thời gian nằm viện; đầu tư nâng cấp bệnh viện tuyến huyện, một số bệnh viện chuyên khoa, tuyến tỉnh; luân chuyển cán bộ y tế về tuyến dưới[4], xây dựng bệnh viện vệ tinh[5],...tuy nhiên hầu hết các giải pháp giảm quá tải đều gặp sự hạn chế của nguồn vốn đầu tư, nguồn nhân lực. Tại bệnh viện Chợ Rẫy, bên cạnh các biện pháp giảm tải nêu trên. Đảng Ủy và Ban Giám Đốc bệnh viện đã triển khai mô hình ĐVĐTĐTN tại khoa huyết học[1], mô hình này được xem là giải pháp khả thi nhằm giải quyết tình trạng quá tải tại bệnh viện, mô hình ĐVĐTĐTN thuộc khoa Huyết học là một trong các giải pháp giảm tình trạng quá tải các khoa nội trú, nâng cao chất lượng điều trị, khám chữa bệnh phục vụ bệnh nhân. Nghiên cứu này được thực hiện để mô tả "Hoạt động và một số thuận lợi khó khăn của ĐVĐTĐTN thuộc khoa Huyết học bệnh viện Chợ Rẫy giai đoạn 2012-2016".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Cán bộ quản lý của bệnh viện (Ban Giám đốc, Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp, Trưởng Phòng Tổ chức cán bộ, Trưởng Phòng Quản lý chất lượng, Trưởng khoa Huyết học). Các trưởng khoa có chuyển người bệnh đến Đơn vị điều trị trong ngày (Trưởng khoa Huyết học, Trưởng

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thảo

Email: phuongthaocr@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

khoa Hóa-Xạ trị, Trưởng khoa Ngoại Tiêu hóa). Nhân viên y tế của Đơn vị điều trị trong ngày (trưởng đơn vị, bác sĩ điều trị, điều dưỡng, thư ký y khoa). Người bệnh và thân nhân người bệnh điều trị tại ĐVĐTTN.

- Số liệu thứ cấp: quy định của Bộ Y tế và cơ quan ngang Bộ liên quan đến đề án thành lập ĐVĐTTN, các báo cáo hoạt động của ĐVĐTTN từ 12/2012 đến 12/2016, Đề án thành lập Đơn vị điều trị trong ngày, Quyết định thành lập ĐVĐTTN, Quy định nội bộ về ĐVĐTTN.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: kết hợp phân tích số liệu thứ cấp và nghiên cứu định tính.

Thu thập số liệu thứ cấp

- Số liệu từ sổ sách, báo cáo, quyết định v.v của bệnh viện và ĐVĐTTN được tập hợp biên số của nghiên cứu vào bảng kiểm thu thập số liệu sẵn có từ năm 2012-2016.

- Rà soát tất cả những quy định của Bộ Y tế và cơ quan ngang Bộ liên quan đến đề án thành

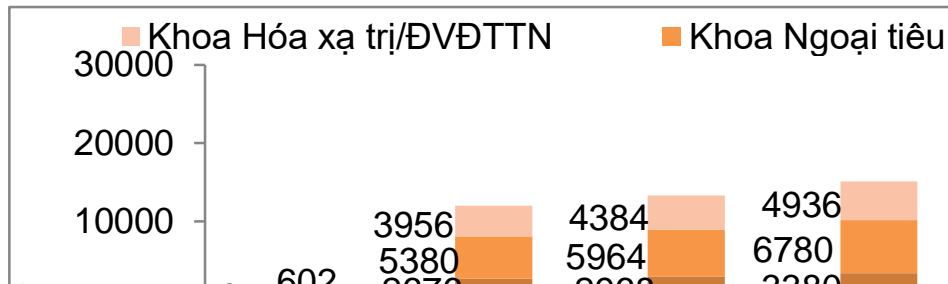
lập ĐVĐTTN.

Định tính: Phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm đều được thực hiện bởi 2 nghiên cứu viên: một nghiên cứu viên đảm nhận vai trò điều hành và phỏng vấn, một nghiên cứu viên đảm nhận vai trò ghi chép và ghi âm. Các nghiên cứu viên hiện một người là thư ký giám đốc (có kinh nghiệm 13 năm là điều dưỡng và 4 năm là thư ký giám đốc) và 1 người là thư ký y khoa. Với kinh nghiệm trong công tác hành chính tại bệnh viện cùng với các kỹ năng tổ chức, giao tiếp, ứng xử linh hoạt; thư ký y khoa sẽ điều hành tốt vai trò nghiên cứu viên trong nghiên cứu này. TLN, PVS nhằm thu thập thông tin đánh giá kết quả 5 năm thực hiện các nhiệm vụ chức năng của ĐVĐTTN. Nội dung TLN, PVS được ghi âm và ghi chép lại diễn biến của quá trình. Trước thảo luận đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ mục đích việc thảo luận và tự nguyện tham gia.

III. KẾT QUẢ

1.1. Hoạt động của ĐVĐTTN khoa Huyết học bệnh viện Chợ Rẫy từ 2012-2016.

Kết quả hoạt động giảm tải cho các khoa lâm sàng giai đoạn 2012-2016.



Biểu đồ 1: Kết quả hoạt động ĐVĐTTN giảm tải cho các khoa lâm sàng từ 2012-2016.

Năm 2012 ĐVĐTTN có 1.786 lượt bệnh nhân vì Đơn vị mới triển khai vào tháng 12/2012. Đến năm 2013 số lượt bệnh là 12.012 trong đó: nhận bệnh của khoa Huyết học là 2.676 lượt, khoa Hóa xạ trị 3.956 lượt và cao nhất là khoa Ngoại tiêu hóa 5.380 lượt chiếm 50% lượt bệnh của ĐVĐTTN. Mỗi năm tổng số lượt bệnh nhân của ĐVĐTTN tăng đáng kể từ 1 nghìn đến 9 nghìn lượt/ năm. Năm 2014 là 13 nghìn lượt khoa Huyết học chiếm 20%, khoa Hóa xạ trị 30%, khoa Ngoại tiêu hóa 50%. Cao nhất là năm 2016 19,588 lượt, khoa Huyết học chiếm 25%, Hóa xạ trị 35%, cao nhất vẫn là Ngoại tiêu hóa chiếm 40% lượt bệnh.

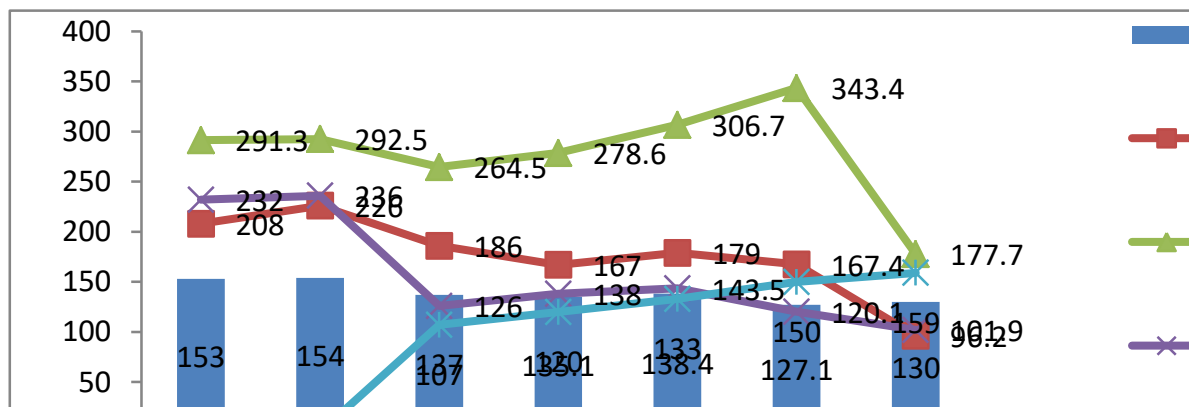
Kết quả công suất sử dụng giường bệnh của Đơn vị điều trị trong ngày

Bảng 1: Công suất sử dụng giường của ĐVĐTTN

Năm	2012	2013	2014	2015	2016
Tổng số giường bệnh/năm	98	98	98	98	98
Số bệnh nhân/năm	1.786	3.003	3.329	3.774	4.897
Lượt bệnh nhân/năm	1.786	12.012	13.316	15.096	19.588
Công suất sử dụng giường bệnh/năm	107%	120%	133%	150%	159%

Năm 2012 ĐVĐTTN thành lập có 40 ghế, có 1.786 lượt bệnh/22 ngày nên công suất sử dụng giường bệnh là 107%. Từ năm 2013-2016 ĐVĐTTN phát huy hết công suất giường bệnh, nhận thêm bệnh của khoa Ngoại tiêu hóa và Hóa xạ trị, mỗi năm công suất sử dụng giường bệnh tăng từ 20-30%. Năm 2016 công suất sử dụng giường bệnh của ĐVĐTTN là 159%. ĐVĐTTN có tổng cộng 98 ghế hóa trị "trung bình 70 bệnh/ngày có những ngày số lượt bệnh nhân lên đến 110 bệnh nhân/ngày".(PVS Cán bộ quản lý)

Kết quả ĐVĐTNN giảm tải công suất giường bệnh cho các khoa lâm sàng



Biểu đồ 2: Công suất sử dụng giường bệnh tại một số khoa lâm sàng

Trước khi ĐVĐTNN thành lập, năm 2010 tình hình bệnh nội trú của các khoa tăng lên theo từng năm, công suất sử dụng giường bệnh của toàn bệnh viện là 153%, Khoa Huyết học là 208%, khoa Ngoại tiêu hóa là 232% và khoa Hóa xạ trị là 246.5%. Năm 2011 Khoa Huyết học công suất sử dụng giường bệnh toàn bệnh viện 154% không thay đổi gì trong khi công suất sử dụng giường bệnh cho 3 khoa Huyết học tăng 20%.

Tháng 12/2012 ĐVĐTNN bày được thành lập để giảm nhu cầu nằm viện của bệnh nhân khoa Huyết học. Năm 2012 sau khi ĐVĐTNN được thành lập, công suất giường bệnh của khoa Huyết học giảm đáng kể từ 226% năm 2011 còn 186% năm 2012 giảm 40%.

Từ năm 2013-2016 công suất sử dụng giường bệnh của 3 khoa Huyết học, Ngoại tiêu hóa, khoa Hóa xạ trị giảm mạnh. Năm 2016 khoa Hóa xạ trị còn 177% giảm 115% so với năm 2011, Ngoại tiêu hóa 101.9% giảm nhiều nhất 134% so với năm 2011, khoa Huyết học còn 96.2% giảm gần 130% so với năm 2011.

1.2. Những thuận lợi và khó khăn của ĐVĐTNN khoa Huyết học từ 2012-2016

Thuận lợi: Ban Lãnh đạo Bệnh viện thường xuyên theo dõi quá trình hoạt động, đánh giá hiệu quả hoạt động của Đơn vị từ đó đưa ra những chỉ đạo phù hợp [4] [6]. Đơn vị đã nhận được sự ủng hộ và hỗ trợ rất lớn từ phía Ban Giám đốc bệnh viện, các Khoa phòng trong bệnh viện trong việc triển khai, kiện toàn, trang bị cơ sở vật chất, qui chế hoạt động được thuận lợi.

Về phía người bệnh, ĐVĐTNN luôn có kế hoạch chuẩn bị trước. Mỗi ngày nhân viên ĐVĐTNN đều lên danh sách bệnh nhân dự kiến. Vì vậy nhân viên ĐVĐTNN biết được số lượng bệnh nhân khám trong ngày và sắp xếp công

việc cho phù hợp. Trong một số trường hợp bệnh viện chưa kịp cung cấp thuốc cho bệnh nhân có lịch hẹn thì nhân viên ĐVĐTNN liên hệ cho người bệnh qua điện thoại để đổi lịch điều trị.

Theo kết quả báo cáo số liệu hoạt động chuyên môn 2012-2016 của phòng Kế hoạch tổng hợp cho thấy, sau 4 năm hoạt động ĐVĐTNN đã giải quyết 61.798 lượt bệnh. Năm 2016 công suất hoạt động của ĐVĐTNN tăng 63% so với năm 2012. Giải quyết được số liệu thống kê, mỗi người bệnh có một mã code riêng, khi tái khám nhân viên y tế chỉ cần nhập mã code người bệnh sẽ hiện đầy đủ thông tin giúp giảm tối đa thủ tục hành chính rườm rà mà các bệnh viên hay mắc phải. Cụ thể năm 2013 có 3003 bệnh nhân nhưng tổng số lượt bệnh nhân là 12.012 lượt, năm 2014 là 3.329 bệnh nhân có 13.316 lượt bệnh, năm 2015 là 3.774 có bệnh nhân có 15.096 lượt bệnh, năm 2016 là 4.897 bệnh nhân có 19.382 lượt bệnh.

Dịch vụ chăm sóc tốt, làm hài lòng người bệnh, mang lại nhiều lợi ích cho người bệnh. Tại bệnh viện Chợ Rẫy, bệnh nhân ở tỉnh chiếm tỉ lệ rất cao. Thay vì trước đây, bệnh nhân phải nhập viện điều trị nội trú và bệnh nhân gần như phải ở lại qua đêm trong bệnh viện thì nay bệnh nhân có thể được khám, điều trị và hoàn tất các thủ tục xuất nhập viện và về lại tỉnh trong ngày. Bệnh nhân tại ĐVĐTNN vì không lưu trú nên không phải thanh toán tiền giường nội trú vì vậy chi phí điều trị thấp.

Giảm được tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện. Tình trạng quá tải bệnh viện cùng với thời gian lưu trú tại bệnh viện quá lâu là một trong những nguyên nhân gây nhiễm trùng bệnh viện. Tại ĐVĐTNN, người bệnh được khám, chuẩn đoán, làm các xét nghiệm cận lâm sàng, thực

hiện các thủ thuật điều trị và thủ tục xuất viện trong ngày. Điều này cũng góp phần giảm nhiễm khuẩn chéo bệnh viện giữa bệnh nhân và bệnh nhân, giữa bệnh nhân và thân nhân bệnh nhân.

Khó khăn: Quy định của Bộ Y tế chưa có. ĐVĐTTN hoạt động đến nay đã hơn 4 năm nhưng vẫn chưa có quy định của Bộ Y tế về mô hình điều trị trong ngày. Hiện tại đơn vị hoạt động dựa vào thông tư 01/2017/TT-BYT quy định việc thực hiện hóa trị, xạ trị, hóa trị kết hợp xạ trị ban ngày tại cơ sở khám bệnh chữa bệnh và những nội quy, quy định nội bộ trong bệnh viện. Về BHYT người bệnh vẫn được hưởng đầy đủ chế độ nhưng không thu viện phí tiền giường mặc dù người bệnh có sử dụng giường bệnh.

Nhân viên chịu áp lực thời gian. ĐVĐTTN hoạt động từ 7h-16h, người bệnh xuất viện trong ngày. Phần lớn bệnh nhân tại ĐVĐTTN có kế hoạch tái khám từ trước thì Đơn vị có nhận bệnh của các khoa chuyển đến, loại bệnh cũng đa dạng nên công tác lập kế hoạch cũng gặp không ít khó khăn. Cụ thể không chủ động được việc hẹn khám chuyên khoa, dự trữ thuốc cho từng loại bệnh... Bên cạnh đó nhân viên tại ĐVĐTTN chỉ có Trưởng Đơn vị và điều dưỡng trưởng là cố định, các nhân viên khác luân chuyển từ khoa Huyết học, cùng với sự hợp tác với các bác sĩ từ các khoa có bệnh chuyển đến nên không chủ động được trong việc khám chữa bệnh. Công việc khám, chuẩn đoán và điều trị gói gọn trong ngày rất khó thực hiện. Nên nhân viên ở ĐVĐTTN thường xuyên phải làm việc đến 18h mặc dù thời gian quy định là 16h. Vì nhân viên luân chuyển nên rất khó trong công việc đào tạo, theo dõi, giám sát, hỗ trợ...

Chưa có chế độ động viên khuyến khích. ĐVĐTTN hoạt động từ 7h-16h nhưng thực chất hàng ngày nhân viên của đơn vị làm việc bắt đầu từ 6h30 cho đến 18h mới hoàn tất công việc. Nhưng do quy định của bệnh viện nên nhân viên của ĐVĐTTN chưa có chế độ trợ cấp, phụ cấp ngoài giờ để khuyến khích làm việc.

Huấn luyện và đào tạo, phần mềm FPT chưa hoàn thiện. ĐVĐTTN nhận bệnh từ nhiều chuyên khoa chuyển đến, loại bệnh đa dạng nên việc theo dõi chăm sóc bệnh cần phải có thời gian học tập nhiều và cần những điều dưỡng có kinh nghiệm đồng thời nhân viên ở đây không cố định nên công tác huấn luyện đào tạo gặp rất nhiều khó khăn. Phần mềm FPT chưa thực sự thuận tiện, phức tạp, thiếu kết nối giữa chương trình điều trị nội trú, ngoại trú, phòng khám. Chế

độ hồ sơ chưa được gọn nhẹ (hồ sơ ngoại trú còn sử dụng mẫu nội trú), thủ tục hành chính còn rườm rà.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu cho thấy năm 2012 sau khi ĐVĐTTN được thành lập, công suất giường bệnh của khoa Huyết học giảm đáng kể từ 226% năm 2011 còn 186% năm 2012 giảm 40%. Từ năm 2013 ĐVĐTTN nhận thêm bệnh nhân từ khoa Hóa xạ trị và khoa Ngoại tiêu hóa. Năm 2013 trong khi công suất giường bệnh khoa Hóa xạ trị chỉ giảm gần 20% so với năm 2011 thì khoa Ngoại tiêu hóa giảm mạnh từ 236% năm 2011 còn 138% năm 2013, giảm 98%.

Sau đó từ 2013-2016 công suất sử dụng giường bệnh của 3 khoa Huyết học, Ngoại tiêu hóa, khoa Hóa xạ trị giảm mạnh. Năm 2016 khoa Hóa xạ trị còn 177% giảm 115% so với năm 2011, Ngoại tiêu hóa 101.9% giảm nhiều nhất 134% so với năm 2011, khoa Huyết học còn 96.2% giảm gần 130% so với năm 2011

So với một số mô hình điều trị trong ngày tại các bệnh viện khác như Bệnh viện Châm cứu trung ương đã thành lập 03 đơn vị điều trị trong ngày nhằm đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của những người bệnh muốn điều trị bằng phương pháp Y học cổ truyền[6]. Đơn vị phẫu thuật trong ngày tại bệnh viện Đại học Y được TPHCM được đưa vào hoạt động ngày 8/6/2015 với quy trình khép từ khâu tiếp nhận, khám tiền mê, thực hiện phẫu thuật, theo dõi chăm sóc sau điều trị và thủ tục hành chính. Tháng 5-2017, bệnh viện Bạch Mai triển khai điều trị hóa trị, xạ trị ban ngày cho bệnh nhân ung thư tại Trung tâm Y học hạt nhân và ung bướu; Khoa Huyết học và Truyền máu của BV. Người bệnh được thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng hằng ngày hoặc theo lịch hẹn của bác sĩ. Tại bệnh viện Chợ Rẫy, ĐVĐTTN cũng hoạt động tương tự với mô hình của ba bệnh viện nêu trên. Loại bệnh tại ĐVĐTTN đa số là bệnh nội khoa như: Bạch cầu cấp dòng Lympho, Bạch cầu mạn dòng tủy, Lymphoma không Hodgkin, Beta Thalassemia, Đa u tủy, v.v. Điều trị tương ứng với từng loại bệnh. Các bệnh nhân bệnh lành tính có chỉ định điều trị trong ngày như truyền máu, truyền dịch hỗ trợ, chăm sóc vết thương, chăm sóc buồng tiêm dưới da cố định, trích máu.... bệnh nhân ung thư được hóa trị và điều trị nâng đỡ sau hóa trị...

Trong suốt quá trình triển khai hoạt động ĐVĐTTN luôn có kế hoạch thực hiện, được sự

quan tâm của Đảng ủy và sự chỉ đạo sâu sát của Ban Giám đốc mà đặc biệt Giám đốc bệnh viện đã trực tiếp chỉ đạo nên ĐVĐTTN có môi trường làm việc tốt, bệnh nhân được hưởng chế độ chăm sóc và điều trị trong một đơn vị có cơ sở vật chất tốt, thoáng mát, sạch sẽ.

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy ĐVĐTTN có môi trường làm việc tốt, chuyên nghiệp. Cơ sở vật chất được đầu tư đầy đủ. Nhân viên ĐVĐTTN làm việc theo nhóm, có kế hoạch cụ thể nên chủ động trong công việc.

Từ tháng 4/2017, ĐVĐTTN đã triển khai thêm 2 phòng mổ với đầy đủ trang thiết bị (máy gây mê, monitor theo dõi...), đáp ứng nhu cầu phẫu thuật trong ngày của các khoa ngoại. Như vậy, việc thực hiện phẫu thuật, thủ thuật được thực hiện trước đây tại phòng tiểu phẫu ở Khoa khám bệnh đã chuyển sang thực hiện tại ĐVĐTTN, đảm bảo an toàn hơn cho người bệnh, giảm thiểu những rủi ro vì bệnh nhân được phẫu thuật tại phòng mổ đạt chuẩn, được chăm sóc và theo dõi sau mổ bởi ê kíp phẫu thuật chuyên khoa. Giải quyết các loại phẫu thuật đơn giản như: xoay vạt da, phẫu thuật hội chứng ống cổ tay, bóc u, sinh thiết hạch,... Việc triển khai hoạt động này cũng góp phần giảm tải cho Khoa phẫu thuật gây mê hồi sức, tạo thuận lợi cho bệnh nhân không phải chờ đợi nhiều ngày.

So với bệnh viện Nhi Đồng 2, đơn vị phẫu thuật trong ngày mô hình này của bệnh viện Nhi đồng 2 chính thức đưa hoạt động vào 18/12/2008 với nhiệm vụ thực hiện các bệnh lý mổ nhằm giảm tải cho bệnh viện và tiết kiệm chi phí điều trị cho bệnh nhân. Đơn vị có 2 phòng mổ với đầy đủ trang thiết bị hiện đại và 1 khu hậu phẫu; mỗi ngày thực hiện khoảng 30 ca phẫu thuật. Các bệnh lý phẫu thuật trong ngày như: tinh hoàn ẩn, xoay dương vật, vùi dương vật, cong dương vật đơn thuần, kén tinh hoàn, u tân dịch, U máu, kén bã, kén giáp lưỡi, dò trước tai, dò cổ, dò ngực, hạch, u máu, kén bã, v.v.

Với kết quả khả quan như trên, Bệnh viện Chợ Rẫy sẽ có kế hoạch phát triển ĐVĐTTN mạnh hơn nữa thành Trung tâm điều trị ban ngày. Lấy mô hình Trung tâm khám bệnh và điều trị ban ngày[7] của bệnh viện Bạch Mai làm mục tiêu để phát triển. Nhưng ĐVĐTTN khoa Huyết học bệnh viện Chợ Rẫy gặp một số khó khăn như đến thời điểm hiện tại Bộ y tế vẫn chưa có quy định, quy chế cụ thể cho mô hình điều trị trong ngày. Các quy định của BHYT về mô hình điều trị trong ngày

chưa có nên ảnh hưởng đến việc thanh toán Bảo hiểm y tế của người bệnh. Cần phải xây dựng hành lang pháp lý phù hợp để có nhiều bệnh nhân được tiếp cận và sử dụng dịch vụ này. Hiện tại ĐVĐTTN khoa Huyết học bệnh viện Chợ Rẫy chỉ hoạt động dựa vào quy định nội bộ của bệnh viện. Hơn nữa, tại ĐVĐTTN, qua PVS và TLN nhân viên làm việc trực tiếp tại đơn vị cho thấy nhân viên ở đây chịu áp lực về thời gian vì bên cạnh những bệnh nhân có kế hoạch tái khám từ trước thì Đơn vị có nhận bệnh của các khoa chuyển đến, loại bệnh cũng đa dạng cộng với nhân viên tại Đơn vị không cố định nên công tác lập kế hoạch cũng gặp không ít khó khăn. So với khoa Hóa xạ trị thì bệnh nhân cũng được chẩn đoán, điều trị và xuất viện trong ngày, nhưng bệnh nhân khoa Hóa xạ trị chỉ khu trú là bệnh ung thư, nhân viên ở khoa Hóa xạ trị cố định không bị luân chuyển nên không bị áp lực về thời gian.

V. KẾT LUẬN

Sau 4 năm hoạt động ĐVĐTTN thuộc khoa huyết học bệnh viện Chợ Rẫy đã hoạt động rất hiệu quả, năm 2012 sau khi ĐVĐTTN được thành lập, công suất giường bệnh của khoa Huyết học giảm đáng kể từ 226% năm 2011 còn 186% năm 2012 giảm 40%. Từ năm 2013 Đơn vị điều trị trong ngày nhận thêm bệnh nhân từ khoa Hóa xạ trị và khoa Ngoại tiêu hóa. Sau đó từ 2013-2016 ĐVĐTTN làm công suất sử dụng giường bệnh của 3 khoa Huyết học, Ngoại tiêu hóa, khoa Hóa xạ trị giảm mạnh. Năm 2016 khoa Hóa xạ trị còn 177% giảm 115% so với năm 2011, Ngoại tiêu hóa 101.9% giảm nhiều nhất 134% so với năm 2011, khoa Huyết học còn 96.2% giảm gần 130% so với năm 2011.

Được sự quan tâm của Đảng ủy và sự chỉ đạo sâu sát của Ban Giám đốc mà đặc biệt Giám đốc bệnh viện đã trực tiếp chỉ đạo. Trong suốt quá trình triển khai hoạt động ĐVĐTTN luôn có kế hoạch thực hiện. ĐVĐTTN có môi trường làm việc tốt, chuyên nghiệp. Cơ sở vật chất được đầu tư đầy đủ. Nhân viên ĐVĐTTN làm việc theo nhóm, có kế hoạch cụ thể nên chủ động trong công việc.

Tuy nhiên ĐVĐTTN gặp khó khăn do Bộ Y tế chưa ban hành Thông tư quy định về chức năng nhiệm vụ cơ cấu tổ chức của mô hình điều trị trong ngày. Chưa có sự hợp tác nhiệt tình của các khoa có bệnh nhân giảm tải và chương trình FPT chưa hoàn thiện nên nhân viên ĐVĐTTN

chịu áp lực về thời gian. Chưa có chế độ phụ cấp ngoài giờ cho nhân viên ĐVĐTTN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Chợ Rẫy (2012)** *Kế hoạch thành lập Đơn vị điều trị trong ngày*, Thành phố Hồ Chí Minh
2. **Bệnh viện Chợ Rẫy (2013)** *Báo cáo hoạt động Đơn vị huyết học năm 2012-2013*, T Hồ Chí Minh
3. **Bệnh viện Chợ Rẫy (2016)** *Quyết định số 1183/QĐ-BVCR "Về việc kiện toàn Đơn vị điều trị trong ngày thuộc khoa Huyết học"*, Thành phố Hồ Chí Minh
4. **BỘ Y TẾ (2008)** Quyết định số 1816/QĐ-BYT "Cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh".
5. **BỘ Y TẾ (2013)** Quyết định số 774/QĐ-BYT phê duyệt đề án bệnh viện vệ tinh giai đoạn 2013-2020.
6. **Vanden Bussche P, Desmyter@, F, Duchesnes C, Massart V, Giet D, Petermans J, et al (2010)** "Geriatric day hospital: opportunity or threat? A qualitative exploratory study of the referral behaviour of Belgian general practitioners". *BMC Health Serv Res*, 10, 202.
7. **Wetsch WA, Pircher I, Lederer W, Kinzl JF, Traweger C, Heinz-Erian P, et al (2009)** "Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery". *British Journal Anaesth* 103, 199-205.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 457 - THÁNG 8 - SỐ 2 - 2017

VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^o2 - AUGUST - 2017

- 1 **Đ**ặc điểm lâm sàng, hình ảnh x.quang phổi, khí máu động mạch ở bệnh nhân viêm phổi có liên quan đến thở máy do đột quỵ não
Clinical features, chest raduography, arterial blod gao in patients with pneumonia associated with mechanical ventilation due to cerebral stroke
Nguyễn Thế Anh, Vũ Đức Định, Hoàng Bùi Hải
- 2 **Đ**ánh giá một số dạng phân nhánh thường gặp của cung động mạch chủ trên hình ảnh chụp CLVT 64 dãy
Evaluated ofvariants of aortic arch brachingpatterns on multi detector computer tomography 64 – slices
Đoàn Thị Nguyệt Linh, Ngô Xuân Khoa, Lê Đức Nam, Đặng Vĩnh Hiệp, Nguyễn Quốc Dũng, Nguyễn Thị Sinh, Nguyễn Thị Bình, Hoàng Thị Lệ Chi
- 3 **N**hận xét tỉ lệ cân đối thân răng nhóm răng trước hàm trên bằng thước chu trên nhóm sinh viên cười hở lợi
Comment on the proportion of crown of maxillary anterior teeth with chu’s proportion gauge among student group with gummy smile
Hoàng Bảo Duy, Hoàng Bảo Tín, Nguyễn Thúy Nga Trần Tuấn Anh, Nguyễn Hồng Chương, Nguyễn Thị Trường Xuân
- 4 **M**ột số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của bệnh nhân nội trú với khám chữa bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Hải Dương năm 2015
Some risk factors relating to inpatients’ satisfaction about examination and treatment services at Hai Duong general Hospital in 2015
Đặng Văn Chúc, Phạm Văn Trung
- 5 **V**ai trò CLVT trong bất thường giải phẫu động mạch dưới đòn phải quặt ngược sau thực quản
Valuation of multi detector computer tomography for aberrant retroesophageal right subclavian artery
Lê Đức Nam, Đoàn Thị Nguyệt Linh, Đặng Vĩnh Hiệp, Nguyễn Quốc Dũng
- 6 **Đ**ánh giá hiệu quả của phenylephrin điều trị tụt huyết áp trong gây tê tủy sống để mổ lấy thai
Evaluation the efficiency of phenylephrin for treatment of arterial hypotention in spinal anesthesia for cesarean section
Phạm Lê Hoàn, Nguyễn Đức Lam
- 7 **K**iến thức, thực hành của phụ huynh học sinh về phòng chống sâu răng và một số yếu tố liên quan đến bệnh sâu răng ở trường tiểu học Vũ Thắng, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình năm 2017
Parents' knowledge and practice on tooth decay prevention and some factors related to tooth decayin Vu Thang primary school, in Kien Xuong district, Thai Binh in 2017
Nguyễn Thị Sen, Hoàng Bảo Duy, Vũ Thị Tho, Trần Thị Ngọc, Nguyễn Thị Kim Anh, Phan Thị Phương Uyên
- 8 **N**ghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn trầm cảm lo âu ở bệnh nhân aids
Study clinical characteristics of depressive disorder anxiety in aids patients
Nguyễn Văn Dũng

- 9 **Đ**ặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm sau điều trị phẫu thuật của viêm ruột thừa cấp thai kỳ
Clinical and laboratory characteristic, short-term result after surgery for treatment appendicitis in pregnant patient
Phan Minh Trí
- 10 **N**ghiên cứu dung dịch bảo quản tế bào hồng cầu
Study for red blood cell preserving solution
Trần Hữu Tâm
- 11 **M**ối liên quan giữa tổn thương thận với một số thông số ở bệnh nhân suy tim mạn tính
Relation between kidney damage and some features in chronic heart failure patients
Huỳnh Thị Chiêu Oanh, Lê Đình Thanh, Hoàng Trung Vinh
- 12 **N**ghiên cứu tác dụng của băng gạc tẩm nano bạc trong điều trị các vết thương da nhiễm khuẩn lâu lành
Study the effects of nano silver gauze bandage on long-lasting infectious skin lesions
Đinh Vạn Trung
- 13 **Đ**ánh giá hiệu quả lọc rửa những mẫu tinh dịch bất thường bằng phương pháp thang nồng độ
Effectiveness of sperm preparation by discontinuous density gradient in abnormal semen samples
Nguyễn Mạnh Hà, Nguyễn Xuân Hợi
- 14 **Đ**ánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy lồi cầu xương hàm dưới tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ tháng 10/2015 đến tháng 10/2016
Assess the results of the treatment of the fracture of the mandibular condyle at the Ha Noi National Hospital of odonto stomatology from october 2015 to october 2016
Phạm Hoàng Tuấn
- 15 **C**ác yếu tố nguy cơ của hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ
The risk factors of obstructive sleep apnea syndrome
Nguyễn Thanh Bình, Lê Quang Cường
- 16 **Đ**ặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng những trường hợp sót rau sau phá thai bằng thuốc
Description of clinical and paraclinical characteristics of the retained placenta after undergoing medical abortion
Nguyễn Thị Hà, Nguyễn Quảng Bắc, Lê Thị Thanh Vân
- 17 **T**ình trạng dinh dưỡng, thiếu máu và kiến thức - thực hành phòng chống thiếu máu của nữ công nhân thuộc ba nhà máy tại tỉnh Bình Dương và Thành phố Hồ Chí Minh
The nutritional status, anemia and knowledge-practices on the prevention and control of anemia among female workers in three factories in Binh Duong province and Ho Chi Minh City
Lê Danh Tuyên, Trần Thúy Nga, Nguyễn Thị Kim Tiên
- 18 **Đ**ánh giá hiệu quả hỗ trợ điều trị của hệ thống thở oxy lưu lượng cao ở bệnh nhân có nguy cơ đặt lại nội khí quản sau rút ống và những yếu tố liên quan
Effectiveness of heated and humidified high-flow nasal cannula oxygen therapy on extubated patients with moderate risk of reintubation and its predictors
Đào Thị Hương, Đỗ Ngọc Sơn, Ngô Đức Ngọc
- 19 **Đ**ánh giá hiệu quả giảm đau trong chuyển dạ đẻ của gây tê ngoài màng cứng bằng ropivacain ở hai nồng độ 0,1% và 0,15% cùng phối hợp với fentanyl 2mcg/ml
Evaluation the analgesic effect during labor by epidural analgesia with ropivacaine

0,1% and ropivacaine 0,15% combination with fentanyl 2mcg/ml

Đoàn Trung Quyền, Nguyễn Đức Lam

- 20 **Tỷ lệ bệnh thận do thuốc cản quang và mối liên quan với một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân hội chứng vành cấp**

Rate of contrast-induced nephropathy and relation to some risk factors in patients with acute coronary syndrome

Ngô Thị Cẩm Hoa, Phạm Quốc Toàn, Hoàng Trung Vinh

- 21 **Kỹ thuật hai vạt da dùng nâng vành tai trong tạo hình tai nhỏ bằng sụn sườn tự thân**
Two - flaps technique for elevation of auricle in microtia reconstruction surgery from autologous rib cartilage

Lý Xuân Quang, Trần Thiết Sơn, Trần Thị Bích Liên

- 22 **Chế tạo tế bào bạch cầu từ vật liệu thay thế, đánh giá tính đáp ứng tiêu chuẩn đối với mẫu kiểm tra chất lượng xét nghiệm**

Creating white blood cell by material, evaluate its conformity to the criteria of quality control sample in clinical diagnosis

Trần Hữu Tâm

- 23 **Nghiên cứu tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện tại bệnh viện quân y 87, Bệnh viện Quân Y 103 và Bệnh viện TWQĐ 108 năm 2016**

Study on nosocomial infection situation at 87 military hospital, 103 Military Hospital and 108 Military Central Hospital

Đinh Vạn Trung, Kiều Chí Thành

- 24 **Đánh giá bước đầu mối liên quan của các thông số tinh dịch và tiền sử can thiệp tinh hoàn đến sự có mặt của kháng thể kháng tinh trùng**

Correlation of seminal parameters and surgical testicular history to anti-sperm antibodies

Nguyễn Mạnh Hà, Vy Thị Thuý Hằng

- 25 **Một số triệu chứng để phân biệt hưng cảm có loạn thần trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực với bệnh tâm thần phân liệt**

Some symptoms for discrimination of human rights in the disorders of extractional concentration with diabetic diseases

Nguyễn Văn Dũng

- 26 **Dịch tễ học lâm sàng gãy phối hợp xương hàm dưới và xương hàm trên tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ 1/2015 – 12/2016**

Clinical epidemiology of joint fracture of mandibular and maxillofacial the Ha Noi National Hospital of odonto stomatology from 1/2015 to 12/2016

Phạm Hoàng Tuấn

- 27 **Các bệnh lý kèm theo thường gặp trong hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ**

The common associated diseases of obstructive sleep apnea syndrome

Nguyễn Thanh Bình, Phạm Thắng

- 28 **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và niệu động học ở phụ nữ són tiểu gắng sức tại bệnh viện việt đức năm 2010-2014**

A study on clinical and urodynamics characteristics of female stress incontinence in viet duc hospital between 2010 and 2014

Đỗ Đào Vũ, Lê Nguyễn Vũ

- 29 **Nghiên cứu điều trị phòng lây truyền mẹ con ở sản phụ nhiễm HIV/AIDS tại bệnh viện phụ sản trung ương năm 2015**

Study on preventing mother-to-child transmission of hiv among HIV/AIDS - affected mother in national Hospital of obstetrics and gyneacology in 2015

Nguyễn Mạnh Tùng, Nguyễn Quảng Bắc,

Lê Thị Thanh Vân, Nguyễn Thị Minh Tâm

- 30 **Tuổi của người phụ nữ tác động đến chất lượng phôi và tỷ lệ có thai trong thụ tinh ống nghiệm**

Maternal age impacts on embryo quality and the pregnancy rate of in vitro fertilization

Nguyễn Xuân Hợi, Nguyễn Thị Liên Hương

- 31 **Tập quán nuôi con bằng sữa mẹ và cho con ăn bổ sung của các bà mẹ người dân tộc Ê-đê, M'ông tại Tây Nguyên từ năm 1986 đến 2015**

Breastfeeding and complementary feeding practices of Ede and M'ong ethnic mothers in Tay Nguyen region in the year 1985 and 2015

Trần Thúy Nga, Nguyễn Thị Kim Tiến, Hà Anh Đức

- 32 **Đánh giá kết quả tạo hình khung sụn vành tai từ sụn sườn tự thân bằng kĩ thuật nagata**

Evaluate the result of fabrication of auriculat frame from autogenous rib cartilage by the nagata method

Lý Xuân Quang, Trần Thiết Sơn, Trần Thị Bích Liên

- 33 **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân suy tĩnh mạch chi dưới**

Study clinical, paraclinical characteristics and assess treatment outcome of lower extremity venous insufficiency patients

Nguyễn Thái Dương, Trần Việt An

- 34 **Đặc điểm về dịch tễ học của ung thư vòm mũi họng tại Thái Nguyên**

Describe the epidemiological characteristics of the npc at Thai Nguyen

Nguyễn Công Hoàng

- 35 **Thay khớp háng toàn phần bằng đường mổ ít xâm lấn lõi sau bên**

Minimally invasive total hip arthroplasty with the posterolateral approach

Đào Xuân Thành, Nguyễn Quốc Dũng

- 36 **Thực trạng sử dụng nhiều thuốc ở bệnh nhân cao tuổi điều trị ngoại trú tại bệnh viện lão khoa trung ương năm 2017**

Polypharmacy situation in elderly outpatients at national geriatric hospital in 2017

Phạm Thị Thu Hằng, Nguyễn Xuân Thanh,

Vũ Thị Thanh Huyền, Phạm Thắng

- 37 **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và đánh giá kết quả điều trị u tiểu não ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương**

Study of clinical features, histopathology, assessment of treatment outcomes of peadiatric cerebellar tumors at the Vietnam National Children's Hospital

Trần Văn Học, Nguyễn Văn Thắng, Nguyễn Thanh Liêm

- 38 **Mối liên quan của đa hình rs2297440 gen RTEL1 đối với bệnh u nguyên bào thần kinh đệm**

The role of telomere elongation helicase 1 (RTEL1) rs6010620 polymorphism to glioblastoma patients.

Trần Huy Thịnh, Trần Văn Khánh

- 39 **Nghiên cứu mối liên quan của chỉ số dẫn truyền thần kinh chi dưới với hình ảnh cộng hưởng từ ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng**

Study on relation of some parameters of nerve conduction of low extremelity with mri in patient of lumbar disc herniation.

Phan Việt Nga và cs

- 40 **Thực trạng kiến thức và thực hành về nhiễm khuẩn hô hấp trên cấp tính ở trẻ em từ**

1 đến 5 tuổi của cha/mẹ có con học tại các trường mẫu giáo huyện Chương Mỹ, Hà Nội năm 2015

The knowledge and practice of mothers having 1 to 5 years-old children with acute upper respiratory infections in kindergartens of Chuong My, Hanoi in 2015

**Trần Thị Nhị Hà, Lê Văn Bào, Đào Minh Tuấn,
Hoàng Đức Hạnh, Quách Thị Cần**

41 **Đ**ánh giá hiệu quả dự phòng tụt huyết áp sau gây tê tủy sống trong phẫu thuật tiết niệu của một số biện pháp truyền dịch

Evaluation the effect of prevention of hypotention after spinal anesthesia of some fluid administration methods for urological surgery

Nguyễn Đức Lam

42 **K**hảo sát tổn thương thận dựa vào mức lọc cầu thận ở bệnh nhân hội chứng vành cấp

Investigation of kidney damage based on glomerular filtration rate in patients with acute coronary syndrome

Ngô Thị Cẩm Hoa, Phạm Quốc Toàn, Hoàng Trung Vinh

43 **T**hực trạng stress và các yếu tố liên quan tới trường học ở sinh viên trường Cao đẳng y tế Thái Nguyên năm 2016

Prevalence of stress among students in Thai Nguyen medical college 2016

Nguyễn Công Hoàng, Lê Hải Yến

44 **Đ**ối chiếu các tổn thương trên lâm sàng với hình ảnh chụp cắt lớp vi tính của ung thư biểu mô hạ họng

Compare the physical characteristics with ct.scan images of epithelial pharyngo carcinoma

Nguyễn Như Ước, Ngô Thanh Bình, Nguyễn Đình Phúc

45 **T**hay đổi mật độ xương ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp được thay khớp háng toàn phần

Changes in bone mineral density of patients with spondyloarthropathy treated total hip arthroplasty

Đào Xuân Thành, Nguyễn Quốc Dũng

46 **T**hực trạng tiểu không tự chủ ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 cao tuổi điều trị nội trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Urinary incontinence status in elderly type 2 diabetic in-patients at National Geriatric Hospital

**Đỗ Thanh Vân, Nguyễn Xuân Thanh,
Đặng Thị Việt Hà, Vũ Thị Thanh Huyền**

47 **N**ghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân bệnh động mạch vành kèm tăng huyết áp

Clinical, paraclinical characteristics and evaluating results of treatment for patients with coronary artery disease and hypertension

Trương Trọng Lễ, Trần Việt An

48 **S**o sánh kết quả thẩm mỹ của sẹo bằng keo dán da và chỉ Nylon 6.0 sau phẫu thuật tạo hình môi một bên

Aesthetic comparison between skin adhesive and Nylon 6.0 suture in unilateral cleft lip surgery

Phạm Hoàng Tuấn

49 **T**ình trạng dinh dưỡng và số bước chân hàng ngày của sinh viên cử nhân dinh dưỡng Đại học y Hà Nội

Nutritional status, number of steps per day among students in bachelor of nutrition at Hanoi Medical University

Nguyễn Quang Dũng, Đặng Thị Thu Hằng, Bùi Thị Phương Linh

- 50 **X**ác định sự tăng cường biểu hiện gen BCR-ABL ở bệnh nhân Lơ-xê-mi kinh dòng bạch cầu hạt kháng thuốc điều trị đích

Determination of BCR-ABL gene expression in targeted therapy resistant chronic myeloid leukemia patients

Trần Huy Thịnh

- 51 **K**hảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị parkinson tại Bệnh viện Lão khoa TW

A survey on the medicines use for parkinson's disease at National Geriatric Hospital

Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Thị Hương Giang

- 52 **Đ**ánh giá kết quả kích thích buồng trứng bằng phác đồ ngắn tại Trung tâm hỗ trợ Sinh sản Quốc gia

Study results of ovarian stimulation by short protocol at national Central of assisted Reproductive Technology

Nguyễn Xuân Hợi, Vũ Thị Lan Anh

- 53 **N**ghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố phân tử có giá trị tiên lượng của ung thư hạ họng tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Study on the clinical characteristics and molecular factors with prognosis values of pharyngo carcinoma at national otorhinolaryngology hospital

Nguyễn Như Ước, Ngô Thanh Bình, Nguyễn Đình Phúc, Lê Trung Thọ

- 54 **M**ột số yếu tố liên quan đến chẩn đoán muộn dị vật đường thở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương

Some factors associated to late diagnosis of foreign bodies in children from 2011 to 2015

Trương Thị Mai Hồng

- 55 **N**guyên nhân của 451 bệnh nhân dậy thì sớm trung ương tại Bệnh viện Nhi Trung ương

Etiology of 451 cases of central precocious puberty at vietnam children's hospital

Lê Ngọc Duy, Lê Thanh Hải, Vũ Chí Dũng, Bùi Phương Thảo

- 56 **N**hận xét kết quả giảm thiểu các trường hợp đa thai sau điều trị vô sinh

Evaluation results of selective embryo reduction of multiple pregnancy after infertility treatment

Hồ Sỹ Hùng

- 57 **N**ghiên cứu đặc điểm niệu động học rối loạn chức năng giai đoạn bài xuất nước tiểu ở bệnh nhân đột quỵ não tại bệnh viện bạch mai năm 2016

Study on urodynamic characteristics of stroke patients' voiding dysfunction at bach mai hospital in 2016

Đỗ Đào Vũ, Nguyễn Anh Tuấn

- 58 **M**ột số đặc điểm lâm sàng rối loạn tâm thần ở bệnh nhân chảy máu não và nhồi máu não

Some characteristics of spiritual disorders in blood patients and blood patients

Nguyễn Văn Dũng

- 59 **C**hẩn đoán trước sinh bệnh máu khó đông Hemophilia a bằng kỹ thuật sinh học phân tử

Prenatal diagnosis of hemophilia a using biology molecular techniques

Bùi Thị Thu Hương, Trần Huy Thịnh, Nguyễn Thị Hà,

Hồ Thị Kim Thanh, Trần Văn Khánh

- 60 **H**oạt động của đơn vị điều trị trong ngày tại khoa huyết học bệnh viện chợ rẫy giai đoạn 2012-2016

The activities of day treatment unit at haematology department in cho ray hospital

from 2012 to 2016

Nguyễn Thị Phương Thảo, Nguyễn Trường Sơn, Đoàn Thị Thùy Dương