



Y HỌC VIỆT NAM

Năm thứ sáu mươi ba

VIETNAM MEDICAL JOURNAL



LỄ KỶ NIỆM

60 NĂM THÀNH LẬP BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG
(24/6/1957 - 24/6/2017)

ĐÓN NHẬN HUÂN CHƯƠNG LAO ĐỘNG HẠNG NHẤT

Hà Nội, ngày 2 tháng 7 năm 2017



THÁNG 9 - SỐ 1
2017

TẬP 458

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

TẠP CHÍ
Y HỌC VIỆT NAM
VIETNAM MEDICAL JOURNAL

TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Xuyên

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Ngọc Dung

Đinh Ngọc Sỹ

Lê Gia Vinh

HỘI ĐỒNG CỐ VẤN

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

ỦY VIÊN BAN BIÊN TẬP

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

BAN THƯ KÝ

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

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

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

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

TÌM HIỂU MỐI LIÊN QUAN GIỮA SUY THẬN CẤP DO THUỐC CẢN QUANG VỚI MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN SAU CHỤP VÀ CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA

Hồ Viết Lệ Diễm¹, Tạ Anh Hoàng²,
Trương Thị Mai Hương³, Lê Việt Thắng⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa suy thận cấp do thuốc cản quang với một số yếu tố nguy cơ và đặc điểm bệnh nhân sau chụp và can thiệp động mạch vành. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang trên 445 bệnh nhân có chỉ định, được chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại khoa Tim Mạch can thiệp Bệnh viện Tâm Đức từ 01/01/2016 – 01/01/2017. Tìm hiểu mối liên quan giữa suy thận cấp sau thủ thuật và một số đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân STC sau chụp và can thiệp ĐMV qua da ở nhóm có MLCT < 60ml/phút cao hơn nhóm bệnh nhân MLCT bình thường có ý nghĩa, $p < 0,001$, OR=71,4. Tỷ lệ bệnh nhân STC ở nhóm tuổi ≥ 70 tuổi cao hơn nhóm bệnh nhân < 70 tuổi có ý nghĩa, OR=2,58, $p < 0,05$. Tỷ lệ bệnh nhân STC ở nhóm ĐTĐ cao hơn nhóm bệnh nhân không ĐTĐ có ý nghĩa, OR=3,07, $p < 0,01$. Tỷ lệ bệnh nhân STC ở nhóm có suy tim cao hơn nhóm bệnh nhân không suy tim có ý nghĩa, OR=2,196, $p < 0,05$. Đồng thời, tỷ lệ bệnh nhân STC ở nhóm tăng hs-TNT cao hơn nhóm bệnh nhân không tăng hs-TNT có ý nghĩa, OR=2,72, $p < 0,01$. Không có sự liên quan giữa STCCQ với giới, tình trạng thiếu máu, thể tích thuốc cản quang dùng trong can thiệp, số nhánh ĐMV tổn thương có ý nghĩa và số lượng stent được đặt, với $p > 0,05$. **Kết luận:** Có mối liên quan có ý nghĩa giữa suy thận cấp với MLCT < 60ml/phút/1,73m² trước can thiệp; tuổi ≥ 70 ; có ĐTĐ; có suy tim; tăng hs-TNT huyết thanh.

Từ khóa: Mức lọc cầu thận, bệnh thận do thuốc cản quang (BTTCQ), bệnh mạch vành (BMV).

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN ACUTE RENAL INSUFFICIENCY DUE TO CONTRAST MEDIUM AND RISK FACTORS AND POSTOPERATIVE CORONARY ANGIOGRAPHY

Objective: To understand the relationship between acute renal insufficiency due to contrast medium and some risk factors and postoperative coronary angiography. **Methods:** A prospective, cross-sectional study of over 445 patients undergoing

coronary angiography or PCI were enrolled at the Tam Duc Hospital Heart Intervention Clinic from January 1, 2016 to January 1, 2017. Survey on relation between CIN and some features of the patients. **Results:** The prevalence of CIN undergoing CAG and PCI in the EGFR < 60ml/min/1,73m² group was significantly higher than the control group with normal eeGFR, $p < 0.001$, OR = 71.4. The proportion of CIN with patients over 70 years old was significantly higher than the under 70 years old group, OR = 2.58, $p < 0.05$. The proportion of CIN patients in the diabetes group was significantly higher than in non-diabetic group, OR = 3.07, $p < 0.01$. The prevalence of CIN was higher in patients with heart failure than in those with no significant heart failure, OR = 2.196, $p < 0.05$. At the same time, the prevalence of CIN was higher in the increased hs-TNT group than in the non-increased hs-TNT group, OR = 2.72, $p < 0.01$. There was no association of CIN with gender, anemia, volume of contrast medium used in the intervention, number of lesions on the lesion, and number of stent, with $p > 0.05$. **Conclusion:** There are relation between acute renal failure with GFR < 60 ml/min/1,73m² prior to intervention; Age ≥ 70 ; Diabetes; Heart failure; and the increase of serum hs-TNT.

Keywords: Glomerular filtration rate, Contrast-induced nephropathy (CIN), coronary artery disease (CAD)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, bệnh mạch vành ngày càng phổ biến và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên thế giới. Trong đó, chụp và can thiệp động mạch vành được sử dụng rộng rãi trong chẩn đoán và điều trị bệnh mạch vành. Tuy nhiên, điều này cũng có những nguy cơ nhất định và suy thận cấp do thuốc cản quang (STCCQ) là một trong những biến chứng quan trọng [2]. Suy thận cấp do thuốc cản quang là tình trạng suy giảm chức năng thận đột ngột sau dùng thuốc cản quang trong lòng mạch, nhất là trong chụp và can thiệp động mạch vành (ĐMV) do phải sử dụng một lượng lớn thuốc cản quang [4]. Các báo cáo cho thấy suy thận cấp do thuốc cản quang là nguyên nhân đứng hàng thứ 3 trong số các nguyên nhân gây suy thận mắc phải tại bệnh viện, chiếm tỷ lệ 5% ở bệnh nhân suy thận, nhưng xuất hiện tới 50% ở bệnh nhân suy thận và tiểu đường. Tỷ lệ suy thận cấp cần phải lọc thận sau can thiệp động mạch vành là < 1% [5]. Và hậu quả là gây kéo dài thời gian nằm viện, thúc đẩy bệnh thận giai đoạn cuối, làm gia tăng

¹Phòng khám FMP HCNC

²Bệnh viện Quân y 175,

³Bệnh viện Nguyễn Trãi TP HCM

⁴Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Viết Lệ Diễm

Email: hodiem@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/7/2017

Ngày phản biện khoa học: 31/7/2017

Ngày duyệt bài: 15/8/2017

tỷ lệ tử vong và chi phí điều trị [4]. Tỷ lệ và đặc điểm STC liên quan đến một số yếu tố nguy cơ cũng như đặc điểm bệnh nhân can thiệp. Chính vì vậy, nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Tìm hiểu mối liên quan giữa suy thận cấp do thuốc cản quang với một số yếu tố nguy cơ và đặc điểm bệnh nhân sau chụp và can thiệp động mạch vành.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 445 bệnh nhân có chỉ định, được chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại khoa Tim Mạch can thiệp Bệnh viện Tâm Đức từ 01/01/2016 – 01/01/2017.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân có chỉ định chụp và/hoặc can thiệp mạch vành qua da.
- Tuổi bệnh nhân từ 16 trở lên.
- Có thể có suy thận hoặc không suy thận trước khi chụp và can thiệp
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không đủ hồ sơ và các xét nghiệm đủ cho nghiên cứu.
- Bệnh nhân sau can thiệp có biểu hiện nhiễm trùng hoặc nghi ngờ mắc bệnh ngoại khoa.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Xác định một số yếu tố nguy cơ STC bao gồm: MLCT, tuổi, tình trạng ĐTĐ...

*Xác định một số đặc điểm tổn thương ĐMV, tình trạng đặt stent ĐMV và nồng độ hs-TNT huyết thanh.

*Định nghĩa STCCQ là tình trạng tăng nồng độ creatinin huyết thanh >25% so với giá trị nền trong 48 giờ sau can thiệp ĐMV và đã loại trừ các nguyên nhân khác.

*Mức lọc cầu thận ước đoán nền (eGFR) được tính từ công thức Cockcroft Gault:

Độ thanh lọc Creatinin HT (ml/ph) = $(140 - \text{tuổi}) \times \text{Cân nặng (kg)} / 72 \times \text{Creatinin HT (mg\%)}$

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

Xử lý số liệu: Nghiên cứu được nhập số liệu bằng phần mềm Excel 2016 và được xử lý thống kê bằng phần mềm STATA 14.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Nhóm 445 bệnh nhân nghiên cứu có tuổi trung bình là $63,5 \pm 11,6$ tuổi, tỷ lệ nam chiếm 63,6%, nữ 36,4%. Có 85,8% bệnh nhân có ít nhất 1 yếu tố nguy cơ suy thận cấp do thuốc cản quang. Số bệnh nhân STC sau can thiệp là 28/445 chiếm 6,3%.

Bảng 1. Liên quan STCCQ với MLCT trước can thiệp

	MLCT < 60ml/phút (n= 18)		MLCT ≥ 60 ml/phút (n= 427)		p, OR
	n	%	n	%	
STCCQ (n=28)	13	6,8	15	5,4	p=0,001 OR=71,4
KSTCCQ (n=417)	5	93,2	412	94,6	
Tổng (n=445)	18	100	427	100	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân STC sau chụp và can thiệp ĐMV qua da ở nhóm có MLCT < 60ml/phút cao hơn nhóm bệnh nhân MLCT bình thường có ý nghĩa, $p < 0,001$, OR=71,4.

Bảng 2. Liên quan STCCQ với nhóm tuổi, giới

	STCCQ (n=28)		KSTCCQ (n= 417)		p, OR
	n	%	n	%	
Tuổi <70 (n =327)	15	4,6	312	95,4	p=0,014 OR=2,58
Tuổi ≥70 (n = 118)	13	11	105	89,0	
Nam (n=283)	19	6,7	264	93,3	p=0,63
Nữ (n= 162)	9	5,6	153	94,4	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân STC ở nhóm tuổi ≥ 70 tuổi cao hơn nhóm bệnh nhân < 70 tuổi có ý nghĩa, OR=2,58, $p < 0,05$. Không có sự liên quan giữa STCCQ với giới.

Bảng 3. Liên quan STCCQ với ĐTĐ, thiếu máu, suy tim và tăng hs-TNT trước can thiệp

	STCCQ (n=28)		KSTCCQ (n= 417)		p, OR
	n	%	n	%	
ĐTĐ (n =129)	15	11,6	114	88,4	p=0,009 OR=3,07
Không ĐTĐ (n = 316)	13	4,1	303	95,9	
Thiếu máu (n=113)	11	8,9	113	91,1	p=0,16
Không thiếu máu (n=304)	17	5,3	304	94,7	
Suy tim (n=131)	15	9,9	118	90,1	p=0,042

Không suy tim (n= 314)	13	10,9	299	89,1	OR=2,196
Tăng hs-TNT (n=311)	24	7,7	287	92,3	p=0,0034
Không tăng hs-TNT (n= 134)	4	3,0	130	97	OR=2,72

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân STC ở nhóm ĐTD cao hơn nhóm bệnh nhân không ĐTD có ý nghĩa, OR=3,07, p< 0,01. Tỷ lệ bệnh nhân STC ở nhóm có suy tim cao hơn nhóm bệnh nhân không suy tim có ý nghĩa, OR=2,196, p< 0,05. Đồng thời, tỷ lệ bệnh nhân STC ở nhóm tăng hs-TNT cao hơn nhóm bệnh nhân không tăng hs-TNT có ý nghĩa, OR=2,72, p< 0,01. Không có liên quan giữa thiếu máu và suy thận cấp.

Bảng 4. Liên quan STCCQ với thể tích thuốc dùng trong can thiệp

	Thể tích thuốc <150ml (n=367)		Thể tích thuốc ≥150 (n=78)		p
	n	%	n	%	
STCCQ (n=28)	23	6,3	5	6,41	0,96
KSTCCQ (n=417)	344	93,7	73	93,6	
Tổng	367	100	78	100	

Nhận xét: Không có liên quan giữa STC với thể tích thuốc cản quang dùng trong can thiệp.

Bảng 5. Liên quan giữa STC với đặc điểm tổn thương ĐMV, số lượng stent được đặt

		STCCQ (n = 28)	KSTCCQ (n = 417)	p
Số lượng ĐMV tổn thương	0	6 (21,4%)	122 (29,3%)	p=0,28
	1	7 (25,0%)	104 (24,9%)	
	2	8 (28,6%)	95 (22,8%)	
	≥ 3	7 (25,0%)	96 (23,0%)	
Số lượng stent	0	9 (32,1%)	186 (44,6%)	p=0,21
	1	7 (25,0%)	118 (28,3%)	
	2	7 (25,0%)	74 (17,7%)	
	≥ 3	5 (17,9%)	39 (9,4%)	

Nhận xét: Không có liên quan giữa STCCQ với số nhánh ĐMV tổn thương có ý nghĩa và số lượng stent được đặt.

IV. BÀN LUẬN

*Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu:

- Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với tuổi trung bình của đa số các nghiên cứu trên thế giới do tỷ lệ mắc bệnh ĐMV ở người lớn tuổi cao hơn người trẻ tuổi với nhiều YTNC phối hợp như xơ vữa động mạch, đái tháo đường, tăng huyết áp...

- Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là nam giới. Đây cũng là tỷ lệ phân bố giới tính của bệnh động mạch vành phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước.

*Mối liên quan giữa suy thận cấp với một số yếu tố nguy cơ và đặc điểm bệnh nhân:

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có nhiều yếu tố liên quan đến tỷ lệ và mức độ suy thận cấp:

- Tuổi cao: tỷ lệ STCCQ ở nhóm >70 tuổi cao hơn có ý nghĩa so với nhóm ≤ 70 tuổi với p = 0,014, chúng tôi có mối liên quan giữa tuổi cao và STCCQ. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Đình Quốc Anh và phần lớn các nghiên

cứu trên thế giới [1],[6]. Các tác giả này đều ghi nhận tuổi > 75 là YTNC độc lập của STCCQ.

- Rối loạn chức năng thận trước thủ thuật: đây cũng là một yếu tố thúc đẩy quá trình tổn thương thận tiến triển do sự giảm đào thải chất cản quang và ngược lại chất cản quang cũng làm trầm trọng thêm tổn thương thận. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu khác trên thế giới [7].

- Suy tim sung huyết hoặc phân suất tống máu < 50%: kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới. Các nghiên cứu cho thấy giảm phân suất tống máu thất trái (EF) < 50% hoặc suy tim sung huyết tiến triển (độ ≥ III theo NYHA) là YTNC độc lập của STCCQ [6].

- Đái tháo đường: Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh nhân ĐTD có tỷ lệ STCCQ sau can thiệp là 11,6% cao hơn nhóm bệnh nhân không ĐTD (tỷ lệ STCCQ là 4,1%), có ý nghĩa thống kê với p<0,01, OR=3,07. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu nước ngoài [6].

- Lượng thuốc cản quang cao: Khi khảo sát mối liên quan giữa lượng thuốc cản quang ≥150

mL và STCCQ, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ STCCQ trong nhóm có lượng thuốc cản quang ≥ 150 ml là 4,9% khác biệt không có ý nghĩa so với nhóm có lượng thuốc cản quang < 150 ml với $p = 0,96$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Trần Lê Minh Thái, Nguyễn Đình Quốc Anh; các tác giả này cũng không ghi nhận lượng thuốc cản quang cao là YTNC của STCCQ [1],[3]. Tuy nhiên, kết quả này lại không tương đồng với một số tác giả nước ngoài [6].

- Chúng tôi không thấy liên quan giữa STC với cả 2 đặc điểm tổn thương ĐMV và số stent được đặt. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy nhóm bệnh nhân có nồng độ hs-TNT cao có tỷ lệ STC sau can thiệp cao hơn nhóm bệnh nhân không tăng hs-TNT trong huyết thanh. Đặc điểm này có thể do những bệnh nhân không tăng TNT là những bệnh nhân không có tổn thương hoặc tổn thương không ý nghĩa ĐMV, do vậy các biến đổi về cấu trúc mạch máu cũng như huyết động không nhiều, những yếu tố cấu trúc, huyết động ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng thận sau can thiệp.

Như vậy, ở nghiên cứu của chúng tôi có những yếu tố liên quan đến STC được các tác giả khác cũng như y văn công nhận, tuy nhiên yếu tố thuốc cản quang lại chưa rõ, mặc dù yếu tố nguy cơ này chiếm tỷ lệ cao.

V. KẾT LUẬN

+ Tỷ lệ bệnh nhân suy thận cấp ở nhóm có MLCT < 60 ml/phút/1,73m² trước can thiệp; tuổi ≥ 70 ; có ĐTD; có suy tim; tăng hs-TNT cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân

không có các đặc điểm trên với tỷ suất chênh lần lượt là OR = 71,4; 2,58; 3,07; 2,196; 2,72 với $p < 0,05$ đến 0,001.

+ Không thấy mối liên quan giữa tỷ lệ suy thận cấp ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu với một số yếu tố nguy cơ khác như giới nữ, thiếu máu, mức độ dùng thuốc cản quang và đặc điểm tổn thương ĐMV cũng như số stent được đặt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Quốc Anh (2015), "Suy thận cấp do thuốc cản quang sau can thiệp động mạch vành", *Nội tổng quát, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*.
2. Nguyễn Đức Công, Dũng Hồ Thượng, Châu Văn Vĩnh (2012), "Khảo sát bệnh thận do thuốc cản quang ở bệnh nhân chụp và can thiệp động mạch vành tại bệnh viện thống nhất", *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 16(Phụ bản của số 1), tr.83-87.
3. Trần Lê Minh Thái (2014), "Bệnh thận do thuốc cản quang sau chụp hoặc can thiệp động mạch vành ở người cao tuổi", *Lão khoa, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*.
4. Aubry Pierre, et al. (2016), "Outcomes, risk factors and health burden of contrast-induced acute kidney injury: an observational study of one million hospitalizations with image-guided cardiovascular procedures", *BMC Nephrology*, 17, 167.
5. McCullough P. A., et al. (2016), "Contrast-Induced Acute Kidney Injury", *J Am Coll Cardiol*, 68(13), 1465-1473.
6. Mehran R., et al. (2004), "A simple risk score for prediction of contrast-induced nephropathy after percutaneous coronary intervention: development and initial validation", *J Am Coll Cardiol*, 44(7), 1393-9.
7. Rihal C. S., et al. (2002), "Incidence and prognostic importance of acute renal failure after percutaneous coronary intervention", *Circulation*, 105(19), 2259-64.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM PHÂN BỐ CỦA CÁC CHỦNG *ENTEROBACTERIACEAE* SINH β - LACTAMASE PHỔ RỘNG, CARBAPENEMASE PHÂN LẬP TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103 GIAI ĐOẠN 2014 -2016

Phạm Thị Vân*, Hà Thị Thu Vân**, Nguyễn Thái Sơn**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định đặc điểm phân bố của các chủng *Enterobacteriaceae* sinh ESBL, carbapenemase phân lập tại bệnh viện Quân y 103 giai đoạn 2014-

*Bệnh viện E

** Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Vân

Email: phamthivanpt@gmail.com

Ngày nhận bài: 3/7/2017

Ngày phản biện khoa học: 28/7/2017

Ngày duyệt bài: 15/8/2017

2016. Vật liệu và phương pháp: Các chủng *Enterobacteriaceae* được phân lập tại khoa Vi sinh, bệnh viện Quân y 103 trong thời gian từ tháng 01/2014 đến 12/2016. Lấy bệnh phẩm, nhuộm soi, nuôi cấy, phân lập, xác định loài vi khuẩn theo hướng dẫn của WHO. Xác định vi khuẩn sinh ESBL theo kỹ thuật đĩa đôi và khoảng giấy kết hợp. Xác định vi khuẩn sinh Carbapenemase theo kỹ thuật ức chế carbapenem cải tiến. **Kết quả và kết luận:** 37,8% các chủng *Enterobacteriaceae* có ESBL (+). Trong số các chủng sinh ESBL cao nhất là *E. coli* (67,9%) sau đó đến *K. pneumoniae* (18,8%), *Enterobacter spp* (6,7%). Bệnh phẩm có tỉ lệ phân lập

được vi khuẩn sinh ESBL cao nhất là nước tiểu (53,9%), máu (37,2%) sau đó đến dịch vết thương-vết mổ (31,5%). Tỷ lệ vi khuẩn sinh ESBL ở khoa hồi sức (46,7%), khoa truyền nhiễm (40,2%), khoa ngoại (38,8%), khoa nội (30,8%). Có 9 chủng *K. pneumoniae* sinh carbapenemase đã được phân lập trong tổng số 437 chủng. Chủng *Enterobacteriaceae* sinh carbapenemase bắt đầu phát hiện từ 2015 với 04 chủng, năm 2016 là 05 chủng. Khoa hồi sức phân lập được nhiều nhất (7/9 chủng).

Từ khóa: ESBL, carbapenemase, *Enterobacteriaceae*

SUMMARY

STUDY OF THE PROPORTION, DISTRIBUTION OF *ENTEROBACTERIACEAE* PRODUCING ESBL, CARBAPENEMASE ISOLATED AT 103 MILITARY HOSPITAL

Objectives: Monitoring the proportion, distribution of *Enterobacteriaceae* producing ESBL, carbapenemase isolated at 103 military Hospital from 2014 to 2016. Materials and methods: The strains of pathogenic *Enterobacteriaceae* were isolated at the Hospital 103 in the period from 01/2014 to 12/2016. Taking swabs, Gram stained, cultured isolates, species identification according to WHO guidelines and implement antibiotic diagram according to CLSI. Detected ESBL bacteria by double-disk test and combined disk test. Identify bacteria producing carbapenemase follow the modified carbapenem inactivation method. Results and conclusions: There were 37,8% strains of ESBL among *Enterobacteriaceae* isolated. Of the ESBL isolations, the highest is *E. coli* (67,9%) followed by *K. pneumoniae* (18,8%). The specimens with highest ESBL isolated rate was urine (53,9%), blood (37,2%), wound (31,5%). The rate of ESBL bacteria in the ICU is (46,7%), infectious diseases department (40,2%), surgery (38,8%), and in the Internal Medicine departments (30,8%). There were 9 strains of *K. pneumoniae* producing carbapenemase isolated in 437 strains. The strains of *Enterobacteriaceae* producing carbapenemases was first detected in 2015 with 4 strains and increased to 5 strains in 2016. ICU

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm phân bố của các chủng *Enterobacteriaceae* sinh ESBL phân lập được

Bảng 1.1. Tỷ lệ các chủng *Enterobacteriaceae* sinh ESBL phân lập được

Loài VK	Năm			2014			2015			2016			Tổng		
	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%
<i>E. coli</i>	54	22	40,7	70	30	42,9	95	60	63,2	219	112	51,1			
<i>K. pneumoniae</i>	19	6	31,6	33	12	36,4	36	13	36,1	88	31	35,2			
<i>Enterobacter spp</i>	13	2	15,4	23	6	26,1	17	3	17,6	53	11	20,8			
VK khác	20	4	20	27	5	18,5	30	2	6,7	77	11	14,3			
Tổng	106	34	32,1	153	53	34,6	178	78	43,8	437	165	37,8			

VK: vi khuẩn; n là số chủng *Enterobacteriaceae* phân lập được; N là số chủng sinh ESBL phân lập được; VK khác: *Citrobacter*, *Edwardsiella tarda*, *Hafnia alvei*, *Morganella morganii*, *Klebsiella terrigena*... Xét về khả năng sinh ESBL của từng loài vi khuẩn thì *E. coli* là loài có khả năng sinh ESBL cao nhất (51,1%) sau đó đến *K. pneumoniae* (35,2%) các loài khác có khả năng sinh ESBL thấp hơn. Tỷ lệ sinh ESBL của *E. coli* tăng dần qua các năm (năm 2014 là 40,7%; năm 2015 là 42,9%; năm 2016 là 63,2%). Đa số các tác giả đều thấy rằng vi khuẩn có tỷ lệ sinh ESBL cao là *K. pneumoniae*, *E. coli* [1]. Tuy nhiên tùy vào mô hình bệnh tật ở mỗi bệnh viện mà sẽ phân lập tỷ lệ sinh ESBL ở mỗi loài là khác nhau.

with highest *Enterobacteriaceae* producing carbapenemase was (7/9) strains.

Keywords: ESBL, carbapenemase, *Enterobacteriaceae*.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự xuất hiện ngày càng tăng của các chủng *Enterobacteriaceae* sinh ESBL và carbapenemase là cảnh báo đáng lo ngại với ngành Y tế toàn cầu. Nhiễm trùng do các vi khuẩn sinh ESBL, carbapenemase hầu như kháng với toàn bộ các kháng sinh hiện có làm cho quá trình điều trị trở nên khó khăn. Việc theo dõi sự phân bố của các chủng vi khuẩn sinh ESBL, carbapenemase là góp phần tích cực giám sát vi khuẩn đa kháng làm hạn chế sự lan truyền của chúng. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: **Xác định đặc điểm phân bố của các chủng *Enterobacteriaceae* sinh β -lactamase phổ rộng, carbapenemase phân lập tại Bệnh viện Quân y 103.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các chủng *Enterobacteriaceae* được phân lập trên bệnh nhân nằm điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 trong thời gian từ 01/2014 đến 12/2016.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả kết hợp phân tích labo trên các mẫu nghiên cứu
- Lấy bệnh phẩm, nhuộm soi, nuôi cấy, phân lập, xác định loài vi khuẩn theo hướng dẫn của WHO
- Xác định vi khuẩn sinh ESBL theo kỹ thuật hai khoảng giấy kháng sinh khuếch tán và kỹ thuật đĩa kết hợp trên thạch theo hướng dẫn của CLSI [4].
- Xác định vi khuẩn sinh Carbapenemase theo kỹ thuật ức chế carbapenem cải tiến [6].
- **Xử lý số liệu** bằng phần mềm Excel, Whonet 5.6.

Bảng 1.2. Phân bố các chủng Enterobacteriaceae sinh ESBL theo bệnh phẩm

Bệnh phẩm	n	ESBL	
		+	%
Máu	215	80	37,2
Dịch vết thương-vết mổ-mủ	89	28	31,5
Nước tiểu	76	41	53,9
Đờm-dịch rửa phế quản	38	9	23,7
Khác	19	7	36,8
Tổng	437	165	37,8

n: số vi khuẩn phân lập được; Khác: catheter, dịch màng tim, dịch cổ tử cung...

Vi khuẩn sinh ESBL tập trung chủ yếu ở các bệnh phẩm như nước tiểu, máu, dịch vết thương- vết mổ -mủ, phù hợp với nghiên cứu của đa số các tác giả[7].

Bảng 1.3. Tỷ lệ vi khuẩn sinh ESBL theo các khoa lâm sàng

Khoa	n	ESBL	
		(+)	%
Các khoa ngoại	147	57	38,8
Khoa truyền nhiễm	97	39	40,2
Hồi sức	60	28	46,7
Các khoa nội	133	41	30,8

Tỷ lệ vi khuẩn sinh ESBL cao ở khoa hồi sức (46,7%), khoa truyền nhiễm (40,2%), các khoa ngoại (38,8%), các khoa nội (30,8%).

Kết quả của nghiên cứu này cũng như trong các nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho thấy vi khuẩn sinh ESBL thường gặp ở các khoa có bệnh nhân nặng có can thiệp thủ thuật và có dụng cụ xâm lấn (đặt Catheter tĩnh mạch) thở máy phẫu thuật, bệnh nhân phải nằm viện lâu ngày, sử dụng kháng sinh kéo dài [3].

2. Phân bố của các chủng Enterobacteriaceae sinh carbapenemase phân lập được.

Bảng 2.1. Các vi khuẩn Enterobacteriaceae sinh carbapenemase phân lập được

Loài VK	Số VK phân lập được	VK sinh carbapenemase	
		N	%
<i>E. coli</i>	219	0	0,0
<i>K. pneumoniae</i>	88	9	10,2
<i>Enterobacter spp</i>	53	0	0,0
<i>Proteus spp</i>	22	0	0,0
<i>Serratia spp</i>	19	0	0,0
<i>Salmonella spp</i>	13	0	0,0
<i>Citrobacter freundii</i>	3	0	0,0
VK khác	20	0	0,0
Tổng	437	9	2,1%

VK: vi khuẩn; N là số chủng sinh carbapenemase

Có 9 chủng (2,1%) *Enterobacteriaceae* sinh carbapenemase, trong đó cả 9 chủng đều là *K. pneumoniae*. Như vậy *Enterobacteriaceae* sinh carbapenemase chủ yếu gặp ở *K. pneumoniae* là phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới đã công bố [2],[5]. Trong nước, *Enterobacteriaceae* sinh carbapenemase còn ít được nghiên cứu, các chủng này mới được chú ý vài năm gần đây. Trong nghiên cứu này, các chủng sinh carbapenemase hiếm gặp hơn các chủng sinh ESBL. Đây là những vi khuẩn nguy hiểm vì chúng kháng lại với hầu hết các kháng sinh, kể cả những kháng sinh được ưu tiên sử dụng để điều trị vi khuẩn sinh ESBL.

Bảng 2.2. Phân bố Enterobacteriaceae sinh carbapenemase theo năm

Loài vi khuẩn	Năm 2014	Năm 2015	Năm 2016
<i>E. coli</i>	0	0	0
<i>K. pneumoniae</i>	0	4	5
<i>Enterobacter spp</i>	0	0	0
<i>Proteus spp</i>	0	0	0
<i>Serratia spp</i>	0	0	0
<i>Salmonella spp</i>	0	0	0
<i>Citrobacter freundii</i>	0	0	0
VK khác	0	0	0
Tổng	0	4	5

VK khác: *Edwardsiella tarda*, *Hafnia alvei*, *Morganella morganii*, *Klebsiella terrigena*...

Số chủng *Enterobacteriaceae* sinh carbapenemase phân lập có xu hướng tăng dần (năm 2014 không phân lập được chủng nào, năm 2015 là 4 chủng, năm 2016 là 5 chủng), kết quả này cũng phù hợp với một số công bố quốc tế là số chủng *Enterobacteriaceae* sinh carbapenemase phân lập được cũng tăng theo năm [5].

Bảng 2.3. Phân bố Enterobacteriaceae sinh carbapenemase theo khoa lâm sàng

Khoa	n	Số VK sinh carbapenemase	
		(+)	%
Hồi sức	60	7	11,7%
Khoa truyền nhiễm	97	0	0%
Các khoa nội	133	1	0,75%
Các khoa ngoại	147	1	0,68%

Ghi chú: n là số chủng Enterobacteriaceae phân lập được

Bảng trên cho thấy các chủng vi khuẩn sinh carbapenemase chủ yếu gặp ở Khoa hồi sức, phân lập được 7 chủng *K. pneumoniae* sinh carbapenemase chiếm tỷ lệ 11,7%. Ngoài ra còn gặp ở khoa ngoại, phân lập được 1 chủng chiếm tỷ lệ 0,68%, khoa nội phân lập được 1 chủng *K. pneumoniae* chiếm tỷ lệ 0,75%.

IV. KẾT LUẬN

1. Phân bố của các chủng *Enterobacteriaceae* sinh ESBL phân lập được

- Tỷ lệ sinh ESBL của *Enterobacteriaceae* là 37,8%
- Vi khuẩn có tỷ lệ sinh ESBL cao nhất là *E. coli* (51,1%) và đang tăng dần lên theo năm, sau đó là *K. pneumoniae* (35,2%).
- Bệnh phẩm phân lập được nhiều vi khuẩn sinh ESBL nhất là nước tiểu (53,9%) sau đó đến máu (37,2%), dịch vết thương-vết mổ-mủ (31,5%).
- Tỷ lệ vi khuẩn sinh ESBL cao ở khoa hồi sức (46,7%), khoa truyền nhiễm (40,2%), các khoa ngoại (38,8%), các khoa nội (30,8%).

2. Phân bố của các chủng *Enterobacteriaceae* sinh carbapenemase phân lập được

- Số chủng *Enterobacteriaceae* sinh carbapenemase phân lập được là 9 chủng (toàn bộ là *K. pneumoniae*).
- Chủng *Enterobacteriaceae* sinh carbapenemase bắt đầu phát hiện từ 2015 với 04 chủng tăng lên 05 chủng năm 2016.
- Khoa hồi sức phân lập được nhiều nhất (7/9 chủng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Đỗ Hùng, Phạm Đức Thọ (2013), "Nghiên cứu một số trực khuẩn Gram âm sinh

men Beta-lactamase phổ mở rộng phân lập tại bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ", *Y học thực hành* (864) - số 3/2003.

2. Al T.O.M. et(2017), "ESBL- and Carbapenemase-Producing *Enterobacteriaceae* in Patients with Bacteremia, Yangon, Myanmar, 2014" - *Emerging Infectious Disease journal* - CDC.
3. Bin Li,YongYi (2012), "Analysis of Drug Resistance Determinants in *Klebsiella pneumoniae* Isolates from a Tertiary-Care Hospital in Beijing, China", *Plosone* 7(7).
4. Clinical and Laboratory Standards Institute(2014), "Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing; Informational Supplement; this document provides updated tables for the Clinical and Laboratory Standards Institute antimicrobial susceptibility testing standards M100 - S24", 34 (3), p 100 – 110
5. Dortet L, Cuzon G, Ponties V(2014), "Trends in carbapenemase-producing *Enterobacteriaceae*, France, 2012 to 2014", *Euro Surveill*, 22(6).
6. KagetoYamada Et al (2017), "Evaluation of the modified carbapenem inactivation method and sodium mercaptoacetate-combination method for the detection of metallo-β-lactamase production by carbapenemase-producing *Enterobacteriaceae*", *Journal of Microbiological Methods*,132: pp.112-115.
7. Nema Shashwati(2014), "Study of extended spectrum β-lactamase producing *Enterobacteriaceae* and antibiotic coresistance in a tertiary care teaching hospital", *Original article*, 5(1) p: 30-35.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG THẬN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CHỜ GHÉP TỤY THẬN ĐỒNG THỜI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Ngọc Châu*, Hoàng Mạnh An*

TÓM TẮT

Ghép đồng thời tụy, thận là một kỹ thuật chuyên sâu có thể giúp người bệnh giải quyết đồng thời cả hai vấn đề lớn là kiểm soát đường máu và điều trị suy thận mạn. Việc xem xét đánh giá các tiêu chí lâm sàng, cận lâm sàng cho việc lựa chọn bệnh nhân ghép có vai trò hết sức quan trọng, đóng góp vào sự thành công của ca ghép. Nghiên cứu được thực hiện trên 20 bệnh nhân đái tháo đường có suy thận mạn được điều trị tại Bệnh viện quân y 103 nhằm mô tả, thảo luận các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng để rút ra một số đặc điểm chung về tổn thương thận ở các bệnh nhân chờ ghép đồng thời tụy, thận này.

Từ khóa: Đái tháo đường, ghép đồng thời tụy, thận

*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Châu

Email: nguyennngocchau@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11/7/2017

Ngày phản biện khoa học: 6/8/2017

Ngày duyệt bài: 18/8/2017

SUMMARY

INVESTIGATION OF KIDNEY LESION IN SELECTED PATIENTS FOR SIMULTANEOUS PANCREAS AND KIDNEY TRANSPLANTATION IN MILITARY HOSPITAL 103

Simultaneous pancreas and kidney transplantation is a specialized technique that can solve simultaneously both complications: control serum glucose and treatment of chronic renal failure. The assessment of clinical and laboratorial indices of selected patients have a very important role, contributing to the success of the transplant. The study was performed on 20 patients with diabetes with chronic renal failure who were treated at 103 Military Hospital to describe and discuss the clinical and laboratorial indicators to provide some characteristics of kidney lesions in patients expecting simultaneous transplantation of pancreas and kidney.

Keywords: Diabetes, simultaneous pancreas and kidney transplantation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thận là một biến chứng thường gặp ở giai đoạn muộn ở bệnh nhân đái tháo đường gây khó khăn cho việc tiếp tục điều trị bảo tồn. Ghép đồng thời tụy, thận là một kỹ thuật chuyên sâu, tiên tiến giúp cứu sống người bệnh khi các biện pháp khác trở nên bất lực. Ghép tụy được thực hiện trên người lần đầu tiên vào năm 1966 tại Đại học Minnesota (Mỹ) để điều trị bệnh nhân đái tháo đường. Mặc dù là cơ quan thứ tư sau thận, gan, tim được ghép thành công trên người, nhưng trong một thời gian dài ghép tụy không phát triển mạnh vì kỹ thuật ngoại khoa phức tạp, có nhiều biến chứng và hiểu biết về miễn dịch, thải ghép còn hạn chế. Trong sự phát triển của ngành ghép tạng, hiện nay trên thế giới đã có hàng ngàn ca ghép tụy được thực hiện với ba loại hình chính là: ghép tụy đơn độc (pancreas transplant alone - PTA); ghép tụy sau khi đã ghép thận (pancreas after kidney transplant-PAK) và ghép đồng thời tụy, thận (simultaneous pancreas and kidney transplant - SPK). Trong số các ca ghép tụy, chủ yếu là ghép đồng thời tụy, thận được chỉ định cho các bệnh nhân đái tháo đường týp 1 có biến chứng suy thận. Đến nay kỹ thuật ghép tụy đã có nhiều tiến bộ, tỷ lệ thành công khá cao. Mỗi năm, khoảng 1300 người bị bệnh tiểu đường loại 1 được ghép tụy [1]. Tuy nhiên, đây vẫn là một phẫu thuật khó khăn. Điều trị các biến chứng sau ghép và điều trị chống thải ghép đối với tụy cũng phức tạp hơn so với các tạng khác. Trên thế giới, nước ghép tụy nhiều nhất là Mỹ. Tại châu Á, Đài loan là nước thực hiện được nhiều ca ghép tụy toàn bộ từ người cho chết, Nhật Bản là nước thực hiện nhiều ca ghép tụy một phần từ người cho sống [1,2,3].

Tại Việt Nam, Bệnh viện quân y 103 đã thực hiện thành công ca ghép đồng thời tụy, thận đầu tiên vào ngày 1 tháng 3 năm 2014. Một trong các yếu tố góp phần vào sự thành công của kỹ thuật là đưa ra chỉ định hợp lý, chuẩn bị, đánh giá các chỉ tiêu lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân trước mổ. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "Mô tả đặc điểm tổn thương thận ở nhóm bệnh nhân chờ ghép đồng thời tụy, thận tại Bệnh viện quân y 103".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 20 bệnh nhân bị đái tháo đường đã có biến chứng suy thận mạn đang được điều trị tại Bệnh viện Quân y 103.

***Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Đái tháo đường týp 1 hoặc týp 2.

- Không kiểm soát được Glucose máu (theo dõi Glucose máu liên tục/24h trong 6 ngày): xuất hiện các thời điểm Glucose máu nằm ngoài ngưỡng 3,8 – 11,0mmol/L, trong đó có ≥ 2 thời điểm dưới 3,8mmol/L (hạ đường huyết). Với điều kiện đã sử dụng đúng và đầy đủ insulin.

- Chưa có các biến chứng ở mạch máu lớn, mạch vành.

- Chức năng hô hấp, tuần hoàn trong giới hạn bình thường.

- Chức năng gan trong giới hạn bình thường.

- BMI không vượt quá 24.

- Bị suy thận mạn giai đoạn muộn (từ giai đoạn IIIa) có nguyện vọng được ghép thận.

- Tuổi nên dưới 60 tuổi.

- Có tình trạng toàn thân, tình trạng mạch máu vùng chậu tốt để có thể tiến hành phẫu thuật ghép thận.

***Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Những người bệnh bị ung thư,

- Nhiễm khuẩn cấp chưa khống chế,

- Rối loạn tâm thần chưa kiểm soát,

- Bệnh cường giáp chưa điều trị ổn định,

- Xơ gan hoặc viêm gan mạn hoạt động,

- Nhiễm HIV (+), lao, giang mai, lupus ban đỏ,

- Viêm cầu thận tăng sinh màng,

- Viêm cầu thận có kháng thể kháng màng nền thận,

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Các bệnh nhân được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cận lâm sàng. Các thông tin được ghi chép vào bệnh án nghiên cứu, nếu bệnh nhân có chỉ định ghép đồng thời tụy, thận, sẽ được tư vấn, giải thích về kỹ thuật cũng như lợi ích và các biến chứng có thể gặp phải.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Các chỉ số		n = 20	Tỷ lệ %
Giới	Nam	16	80%
	Nữ	4	20%
Týp đái tháo đường	1	6	30%
	2	14	70%

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ týp 2 cao hơn týp 1; nam giới có tỷ lệ bị đái tháo đường cao hơn nữ giới.

Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, bệnh ĐTĐ týp 2 chiếm khoảng 85 - 95%, ĐTĐ trẻ em chiếm khoảng 10% tổng số người mắc bệnh ĐTĐ, chủ yếu là ĐTĐ týp 1. Việt Nam chưa có số liệu chính thức điều tra quốc gia, nhưng theo thống kê từ các bệnh viện tỷ lệ ĐTĐ týp 1 vào khoảng 7% - 8% tổng số người mắc bệnh

ĐTĐ. Tỷ lệ mắc bệnh giữa 2 giới tương đương nhau trong suốt các độ tuổi nhưng ở độ tuổi trên 60 thì có khuynh hướng tăng hơn ở nam so với nữ [1]. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân được

chọn có chủ đích nên tỷ bệnh nhân ĐTĐ típ 1 và 2 có khác biệt so với các nghiên cứu trước nhưng tỷ lệ ĐTĐ típ là khá thấp. Tương tự như vậy, tỷ lệ bệnh nhân nam là khá cao so với nữ.

Bảng 3.2. Đặc điểm về tuổi và thời gian mắc bệnh

Týp ĐTĐ	Tuổi trung bình	Thời gian phát hiện bệnh
Chung	45,35 ± 15,68	8,24 ± 4,15
Đái tháo đường típ 1	30,17 ± 7,73 Tuổi thấp nhất 25 Tuổi cao nhất 41	9,67 ± 6,21 Ngắn nhất 4 năm Lâu nhất 21 năm
Đái tháo đường típ 2	50,57 ± 8,34 Tuổi thấp nhất 45 Tuổi cao nhất 75	5,86 ± 2,93 Ngắn nhất 3 năm Lâu nhất 12 năm

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm ĐTĐ típ 2 cao hơn so với típ 1. Thời gian phát hiện bệnh của típ 1 dài hơn của típ 2.

Các bệnh nhân được lựa chọn có mục đích để tiến tới ghép tụy, thận cho nên thời gian phát hiện bệnh khá cao so với các nghiên cứu trước đây ở trong và ngoài nước [3],[4]: thời gian phát hiện bệnh trung bình là 8,24 năm; típ 1 là 9,67 năm và típ 2 là 5,68 năm.

3.2. Đặc điểm tổn thương thận

Bảng 3.3. Đặc điểm tổn thương thận

Týp ĐTĐ	Microalbumin niệu (+)	Protein niệu (+)	Tổng
Týp 1 (n=6)	4	2	6
Týp 2 (n=14)	9	5	14
Tổng (n= 20)	13	7	20

Nhận xét: 100% bệnh nhân nghiên cứu đều có protein hoặc microalbumin niệu.

Bảng 3.4. Đặc điểm biến chứng suy thận

Chỉ tiêu	Số lượng (n =20)	Tỷ lệ (%)
Creatinin	Bình thường	0
	Tăng (> 110 µmol/l)	20
	Trung bình	194,4 ± 41,6
Mức lọc cầu thận	< 30 (ml/p)	0
	30 - < 45 (ml/p)	2
	45 ≤ - ≤ 60 (ml/p)	18
	> 60 ml/p	0
	Trung bình	43,29 ± 13,23

Nhận xét: 100% bệnh nhân nghiên cứu đều có suy thận ở các mức độ. Kết quả của nghiên cứu này chưa phản ánh đúng diễn biến tổn thương thận của bệnh nhân ĐTĐ nói chung [1],[3]. Nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi được lựa chọn có chủ đích chuẩn bị bệnh nhân ghép tụy thận nên 100% bệnh nhân có tổn thương thận (bảng 3.3 và 3.4) là điều dễ hiểu.

Biến chứng thận ở bệnh nhân ĐTĐ là biến chứng thường gặp, tỷ lệ biến chứng thận nặng ở bệnh nhân đái tháo đường típ 1 cao hơn bệnh nhân đái tháo đường típ 2, nhiều nghiên cứu cho thấy tiến triển tự nhiên của bệnh thận do đái tháo đường bắt đầu là Micro-albumin niệu → protein niệu → suy thận [2].

Bảng 3.5: Các chỉ số huyết học

Các chỉ số	n = 20	Tỷ lệ %
Số lượng hồng cầu (T/L)	Bình thường	4
	Thiếu máu nhẹ (3,5 – 3,8)	14
	Thiếu máu TB (3,0 – < 3,5)	2
	Trung bình	3,65±0,34
Lượng huyết sắc tố (g/L)	Bình thường	1
	Thiếu máu nhẹ (90 -120)	19
	Thiếu máu TB (60 - < 90)	0
	Trung bình	108,25 ± 14,64

Nhận xét: 80% bệnh nhân giảm số lượng hồng cầu với lượng hồng cầu trung bình nhóm là 3,65T/L và 95% bệnh nhân giảm lượng huyết sắc tố với lượng huyết sắc tố trung bình nhóm là 108,25g/L.

Ngoài chức năng lọc và cân bằng nội môi, thận còn đóng vai trò quan trọng trong quá trình tạo hồng cầu và do hormon erythropoietin đảm nhiệm. 90% lượng erythropoietin được cho rằng sản xuất bởi tế bào biểu mô ống thận. Chính vì vậy, số lượng hồng cầu và lượng huyết sắt tổ cũng phản ánh một phần chức năng của thận [1],[3],[6].

Bệnh thường xuất hiện bắt đầu từ năm thứ 10 của đái tháo đường typ 1, tỷ lệ cao nhất vào năm thứ 15-20 của bệnh. Thời gian mắc bệnh, kiểm soát glucose kém, tăng huyết áp là những yếu tố nguy cơ quan trọng gây bệnh thận do đái tháo đường. Di truyền cũng là một yếu tố nguy cơ gây bệnh. Nếu điều trị không tốt, khoảng 50% số bệnh nhân tử vong sau 7 năm xuất hiện protein niệu, ngược lại nếu đái tháo đường không có protein niệu tiên lượng tốt hơn rất nhiều [1],[3]. Biến chứng tổn thương thận sẽ làm nặng thêm bệnh lý ĐTĐ vì các rối loạn cân bằng nội môi cũng như thải độc của thận không được đáp ứng đầy đủ. Chính vì vậy, ở những bệnh nhân này khả năng kiểm soát glucose máu càng trở nên khó khăn hơn [2],[3],[5].

Hơn nữa khi xuất hiện thêm tổn thương thận, đặc biệt có suy thận thì các bệnh nhân này thường được hướng đến phương pháp điều trị mang tính tổng thể là ghép tụy và thận: có thể ghép tụy thận đồng thời hoặc ghép tụy sau khi ghép thận tùy thuộc tình trạng bệnh nhân cũng như khả năng của nguồn cho tạng. Chính việc ghép thận sẽ giải quyết được chức năng thải độc, cân bằng nội môi và chức năng nội tiết của thận. Ghép tụy đồng thời hoặc sau khi ghép thận sẽ giải quyết được khá tốt khả năng cung cấp và sử dụng insulin theo nhu cầu của cơ thể [7].

V. KẾT LUẬN

- Các bệnh nhân trong nhóm đều tồn có tổn thương thận và suy thận ở các mức độ khác nhau, với mức lọc trung bình $43,29 \pm 13,23$ ml/phút.

- Cùng với các xét nghiệm cận lâm sàng khác cho thấy các bệnh nhân trong nhóm được lựa chọn có thể đáp ứng được yêu cầu của phương pháp điều trị ghép tụy thận, để có thể cải thiện được tốt hơn tình hình bệnh cũng như chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình (2009)**, "Mục tiêu điều trị bệnh đái tháo đường", Khuyến cáo về bệnh Đái tháo đường, Vol pp. Hội Nội tiết và Đái tháo đường Việt Nam, NXBYH, tr. 93-94.
2. **Tạ Văn Bình (2007)**, "Những nguyên lý nền tảng cơ bản bệnh đái tháo đường - tăng glucose máu". Nhà xuất bản y học.
3. **Thái Hồng Quang (2012)**, "Thực hành lâm sàng bệnh đái tháo đường". Nhà xuất bản y học.
4. **Bartos V., Vanek I., Saudek F., Pavel P., Vondra K., and Kocandrl V. (1987)**, "Preparation and implementation of pancreas transplantation programme in diabetic patients", Czechoslovak medicine, Vol 10, pp.39-46.
5. **Dean P. G., Kudva Y. C., and Stegall M. D. (2008)**, "Long-term benefits of pancreas transplantation", Current opinion in organ transplantation, Vol 13, pp.85-90.
6. **Evaristo-Neto A. D., Foss-Freitas M. C., and Foss M. C. (2010)**, "Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in a rural community of Angola", Diabetology & metabolic syndrome, Vol 2, pp.63.
7. **Freise C. E., Narumi S., Stock P. G., and Melzer J. S. (1999)**, "Simultaneous pancreas-kidney transplantation: an overview of indications, complications, and outcomes", The Western journal of medicine, Vol 170, pp.11-18.

LÂM SÀNG VÀ X QUANG BỆNH NHÂN TÁI TẠO KHUYẾT ĐOẠN XƯƠNG HÀM DƯỚI BẰNG XƯƠNG MÁC CẰNG CHÂN VỚI KỸ THUẬT VI PHẪU

Trần Cao Bính*, Nguyễn Mạnh Hà*

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng và Xquang của các bệnh nhân khuyết đoạn xương hàm trong phục hồi khuyết đoạn xương hàm dưới (XHD) bằng

*Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Cao Bính

Email: dr.binhnhos@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/7/2017

Ngày phản biện khoa học: 31/7/2017

Ngày duyệt bài: 15/8/2017

vật xương mác cẳng chân có cuống mạch nuôi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu được tiến hành trên 30 bệnh nhân có khuyết đoạn xương hàm hoặc bệnh lý có chỉ định cắt đoạn XHD được thay thế bằng xương mác cẳng chân với kỹ thuật vi phẫu có nối cuống mạch nuôi tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ năm 2012-2014. **Kết quả:** Bệnh lý gây khuyết đoạn XHD cần tạo hình khá trẻ tuổi từ 25-55, u men chiếm 83,33%. Đa số ở cảnh ngang và cảnh lên của XHD. Động mạch mặt sử dụng là chính: 93,33%. Độ dài xương mác trung bình là 10,96cm, dài nhất là 21,5cm. Vạt da được lấy độ dài

tối thiểu 6cm và rộng 2cm. **Kết luận:** cho thấy tái tạo khuyết hổng XHD bằng vật xương mác có nối cuống mạch nuôi đem lại hiệu quả cao trong phục hồi thẩm mỹ và chức năng cho người bệnh.

Từ khóa: Tái tạo khuyết hổng xương hàm dưới; vật xương mác tự do; vi phẫu thuật

SUMMARY

CLINICAL AND RADIOGRAPHIC FEATURES OF MANDIBULAR RECONSTRUCTION WITH FIBULAR OSTEOCUTANEOUS FREE FLAP AND MICROSURGICAL TECHNIQUE

Objective: To describe clinical and radiographic features of mandibular reconstruction with fibular free flaps and microsurgical techniques. **Subjects and methods:** Prospective study, 30 patients who had mandibular defects. Those were indicated mandibular reconstructions with fibular free flap and microsurgical techniques at National Hospital of Odontostomatology, Hanoi from 2012 to 2014. **Results:** Mandibular defects were most frequently observed in persons aged between 25 and 55 years. The main cause was ameloblastoma (83,33%), the common positions were ramus and body of mandible. The facial artery was the most commonly used recipient vessels (93,33%). The mean fibula length: 10,96cm, the max fibular length: 21,5cm. The min cutaneous flap length: 6 cm, the min cutaneous width: 2cm. **Conclusions:** Mandibular reconstruction with a fibular free flap is the gold standard for functional and esthetic rehabilitation

Keywords: Mandibular reconstruction, free Fibular flaps, microsurgical technique

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuyết đoạn xương hàm là tình trạng hay gặp tại các cơ sở phẫu thuật hàm mặt. do nhiều nguyên nhân, nhưng hay gặp nhất là sau cắt bỏ xương hàm trong bệnh lý u men, sau điều trị ung thư xương hàm, chấn thương gãy vỡ nát xương hàm hay các loại vết thương hỏa khí.

Hậu quả cắt bỏ đoạn xương hàm là có biến dạng mặt, thiếu một phần khuôn mặt, gây trở ngại ăn uống, rối loạn phát âm... và còn gây sang chấn tâm lý, người bệnh e ngại khi giao tiếp và hòa nhập cộng đồng.

Điều trị khuyết đoạn xương hàm, từ nhiều thập kỷ nay người ta thường sử dụng một nẹp kim loại để cố định vào hai đầu XHD. Nhưng hạn chế là không làm được phục hình răng, không cải thiện được phát âm và một thời gian sau hai đầu của nẹp kim loại thường gây viêm nhiễm hoại tử mô và bộc lộ các đầu nẹp ngoài da. Trong một số trường hợp, các bác sỹ đã chủ động lấy xương sườn tự thân để ghép vào xương hàm đã mất. Cách này tốt hơn là dùng nẹp kim loại nhưng vẫn còn hạn chế là xương không đủ chắc để làm phục hình răng. Hơn nữa đoạn xương

ghép không được nuôi dưỡng đầy đủ nên thoái hóa theo thời gian và có thể tự gãy.

Từ thực tiễn nói trên, việc nghiên cứu một giải pháp điều trị phục hồi lại các khuyết đoạn xương hàm bằng các chất liệu khác khắc phục được các hạn chế nói trên là rất cần thiết và có ý nghĩa thực tiễn. Vì vậy chúng tôi đã tiến hành đề tài này với mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng các trường hợp khuyết đoạn XHD điều trị thay thế bằng xương mác cấy chân với kỹ thuật vi phẫu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Là các bệnh nhân có khuyết hổng xương hàm dưới do bất kỳ nguyên nhân nào khám và điều trị vi phẫu thuật bằng vật xương mác có cuống mạch nuôi tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương Hà Nội từ 2012- 2014.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu can thiệp lâm sàng tiến cứu
- Cỡ mẫu: thuận tiện, n=30
- Các bước tiến hành nghiên cứu:
 - + Khám lâm sàng,
 - + Khám cận lâm sàng: chụp Xquang bao gồm CT Scanner hoặc Cone Beam CT để đánh giá tổn thương và xác định khối lượng xương cần cắt bỏ cũng như kích thước phần xương ghép thay thế.
 - + Xác định phần xương mác có cuống mạch để thay thế cho đoạn xương hàm.

Xử lý số liệu: Các số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê y học với chương trình EPI- INFO 6.04 và SPSS. Tính tỉ lệ %, so sánh các tỉ lệ dùng test X²

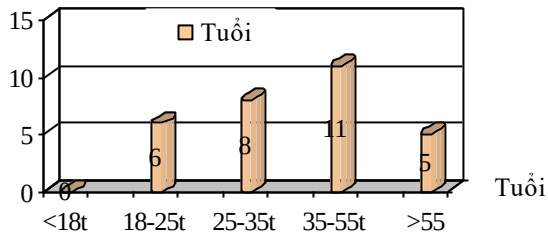
Đạo đức trong nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu được Hội đồng khoa học khoa Cơ sở và Hội đồng các nhà nước chấp thuận. Nghiên cứu được thực hiện trên những bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện và không phân biệt đối xử trên các bệnh nhân không tự nguyện nghiên cứu. Các kỹ thuật thu thập thông tin, theo dõi điều trị và phân tích số liệu khách quan để đảm bảo tính trung thực trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1. Về đặc điểm lâm sàng và Xquang

Bảng 1. Phân bố về giới

Giới	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nam	11	36,66
Nữ	19	63,33
Tổng cộng	n =30	100

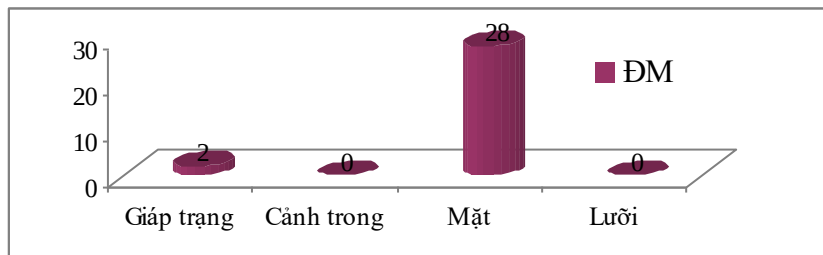


Biểu đồ 1. Đặc điểm về tuổi (n=30)

Tuy có cả các bệnh nhân mắc những bệnh lý gây khuyết đoạn XHD cần tạo hình khá trẻ, nhưng chủ yếu tập trung ở tuổi từ 25-55.

Bảng 2: Đặc điểm về loại bệnh lý, nguyên nhân khuyết đoạn

Nguyên nhân	U men	U xơ	Ung thư	Tổng số
Nam	9	1	2	12
Nữ	16		2	18



Biểu đồ 2. Động mạch nuôi được lựa chọn

Kết quả cho thấy 93,33% động mạch được sử dụng trong nghiên cứu này là động mạch mặt.

Bảng 4. Kích thước vật xương mác được sử dụng

Chất liệu	Kích thước (cm)	Trung bình
Độ dài xương mác (cm)	6-21.5	10,96
Độ dài da (cm)	6-18	10,26
Độ rộng da (cm)	2-12	5,48

Độ dài xương mác được sử dụng trong các phẫu thuật của nghiên cứu này trung bình là 10,96cm. Trong đó đoạn xương mác tự do dài nhất là 21,5cm. Tất cả các vật tự do này chúng tôi đều có lấy kèm vật da, mục đích để che phủ khuyết hổng da nếu cần, trong trường hợp này vật da thường lớn. Lớn nhất có độ dài lên tới 18cm. Khi không cần dùng để che phủ khuyết hổng, vật da được lấy với độ dài tối thiểu 6cm và rộng 2cm để sử dụng như một monitor, nhằm đánh giá mức độ cấp máu, cũng như sự sống của vật xương mác tự do.

Bảng 5: Đặc điểm lâm sàng khác trong phẫu thuật

Tổng số	25	1	4	30
Tỷ lệ (%)	83.33	3,33	13,33	100

Bệnh lý gây khuyết đoạn XHD nhiều nhất chính là u men chiếm 83,33% trong tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu này.

Bảng 3. Đặc điểm về vùng khuyết đoạn

Vùng khuyết đoạn	Số lượng	Tỷ lệ%
Cằm	0	0
Cằm-cành bên	2	6,66
Cành bên – cành cao	20	66,66
Cành bên – cành cao – lõm cầu & mồm vệt	8	26,68
N	30	100

Những khuyết hổng lớn bao gồm cành ngang và cành lên của XHD gặp tỷ lệ cao nhất. Do vùng này nhiều xương xốp, hơn nữa lại có ống thần kinh răng dưới. Nên khi tổn thương, mức độ tiêu xương và hủy xương diễn ra nhiều và nhanh hơn.

	Thời gian	Trung bình
Thời gian gây mê (giờ)	6 - 9	8.2
Thời gian ga-rô cẳng chân (phút)	60 - 115	98.42

IV. BÀN LUẬN

Bệnh lý vùng hàm mặt phải điều trị bằng phương pháp cắt đoạn XHD rất đa dạng, từ bệnh nang xương hàm, đến chấn thương vùng hàm mặt. Nặng hơn là u men. Phức tạp hơn là ung thư biểu mô XHD và hậu quả của nó là viêm xương do tia xạ... Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận bệnh lý dẫn đến khuyết đoạn XHD cần tạo hình phục hồi khuyết hổng bằng vật xương mác chủ yếu là u men, sau đó là ung thư biểu mô XHD. Trong khi đó Mario và cộng sự trong nghiên cứu của mình cho thấy bệnh lý mà nhóm nghiên cứu của ông phẫu thuật tạo hình XHD bằng vật xương mác nhiều nhất là ung thư biểu mô. Tuy nhiên cả hai loại bệnh lý u men và ung thư biểu mô XHD đều có chung một đặc điểm là khi phẫu thuật điều trị đều phải cắt đoạn rộng hơn phần thương tổn, dẫn đến khuyết hổng sau phẫu thuật thường là rất lớn.

Chẩn đoán	Viện RHM	Mario F [3]
U men	83,34%	11,65
K Biểu mô	13,33%	73,07%
Nang	3,33%	0%
Viêm xương	0	15,38

Trong các nghiên cứu trước của chúng tôi về bệnh lý vùng hàm mặt có chỉ định cắt XHD hầu như không có sự khác biệt về giới. Tuy nhiên trong nghiên cứu này tỷ lệ bệnh nhân nữ khuyết đoạn XHD, chấp thuận tham gia nghiên cứu tái tạo XHD bằng vật xương mác cao hơn so với nam giới. Chiếm tỷ lệ 63,33%. Có lẽ do nhu cầu thẩm mỹ của nữ dưới.

Nghiên cứu này chia nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu làm năm nhóm tuổi: vị thành niên dưới 18 tuổi, thành niên từ 18 đến 25 tuổi, trưởng thành từ 25 đến 35 tuổi, trung niên từ 35 đến 55 tuổi và tuổi già trên 55 tuổi. Kết quả cho thấy tuổi trung niên chiếm tỷ lệ cao nhất tới 36,66%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác, như F. Hölzle và cộng sự năm 2007 [1].

Nghiên cứu này ghi nhận có 26,68% bệnh nhân khuyết hổng XHD cả 3 vùng: Cằm – cạnh ngang – cạnh cao (bao gồm cả lỗi cầu và móm vệt). Và 66,66% trên tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu có khuyết hổng cạnh bên – cạnh cao. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Micha Peled và cộng sự [4], báo cáo của tác giả cho thấy 08 trường hợp trong tổng số 13 trường hợp có khuyết hổng từ hai vùng trở lên chiếm tỷ lệ 61,53%.

Với những khuyết đoạn XHD lớn từ hai vùng trở lên thường để lại di chứng nặng nề cho người bệnh. Đầu tiên là sự biến dạng giải phẫu khuôn mặt, điều này chỉ ảnh hưởng tới tâm lý của người bệnh. Hậu quả đáng lưu tâm nhất chính là chức năng vận động hàm dưới, nói và ăn-nhai. Những biến đổi này ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng sống của bệnh nhân. Đã có nhiều nghiên cứu với những giải pháp khác nhau để tái tạo khuyết hổng XHD như các xương tự do không mạch nuôi: xương sườn, xương mào chậu... nhưng chỉ có vật xương mác, với các đặc điểm có mạch nuôi tốt, cung cấp khối lượng xương lớn, đủ dài và vỏ xương cứng mới thỏa mãn các yêu cầu nhằm tái tạo giải phẫu và chức năng xương hàm dưới.

Hơn thế nữa phẫu thuật viên dễ tạo hình theo hình dáng cung hàm dưới. Xương mác có thể cung cấp cho vùng ghép đoạn xương có độ dài tối đa mà không ảnh hưởng tới chức năng cho cẳng chân. Trong nghiên cứu này chúng tôi đã

sử dụng đoạn xương mác có độ dài trung bình là 10,96, trong đó đoạn xương dài nhất 21,5cm. Không có trường hợp nào bị ảnh hưởng tới chức năng xương cẳng chân. So với Raúl González độ dài trung bình xương mác mà chúng tôi sử dụng dài hơn độ dài trung bình xương mác mà tác giả sử dụng (7,2cm)[4]. Hơn thế nữa xương mác ghép đôi để tái tạo XHD mà không phức tạp, không ảnh hưởng tới sức sống của vật lại tạo điều kiện cho phẫu thuật cấy ghép implant sau này. Chúng tôi ghép đôi xương mác 06 trường hợp, các trường hợp này không gây trở ngại gì trong quá trình phẫu thuật, cũng như không gây biến chứng gì cho vật. Cả 06 trường hợp đều được cấy ghép implant.

Trong quá trình bóc vật, chúng tôi nhận thấy vật da xương mác là một vật hằng định. Dễ nhận diện về mặt giải phẫu, do đó dễ dàng nhận diện và bóc tách bó mạch mác. Mà không gây thương tổn đến cấu trúc giải phẫu liên quan. Cũng nhờ sự hằng định về giải phẫu mà việc bóc tách giải phóng vật không quá khó khăn.

Trong thời gian bóc tách vật, việc ga-rô cẳng chân có thời gian lâu nhất là 115 phút không gây bất kỳ tai biến nào cho vùng cẳng chân bên cho. Với thời gian bóc tách vật trung bình 98,42 phút. Cùng với kiểm soát mạch máu tốt tất cả các trường hợp tham gia nghiên cứu này không phải truyền máu trong hay sau phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Tolga và cộng sự [6].

	Tolga	BV. RHM
Thời gian gây mê (Giờ)	9,84	8.2
Thời gian ga-rô cẳng chân (Phút)	127,5	98.42
Truyền máu (đơn vị)	3	0

Trong khi đó Raúl González [5] có thời gian gây mê là 9,57 giờ và thời gian ga-rô cẳng chân là 82,86 phút. Chúng tôi cho rằng việc khác nhau về thời gian là không đáng kể, nó có thể do là sự khác biệt về kỹ năng trong quá trình phẫu thuật.

Mạch nuôi được lựa chọn trong phẫu thuật tái tạo XHD bằng vật xương mác theo các nghiên cứu trước đó thường là động, tĩnh mạch mặt, bó mạch lưỡi, giáp trạng trên...[5]. Trong 30 trường hợp tham gia nghiên cứu này có tới 28 trường hợp chúng tôi lựa chọn động, tĩnh mạch (TM) mặt là bó mạch nuôi. Chỉ khi nào Động tĩnh mạch nằm trong vùng thương tổn buộc phải phẫu thuật cắt bỏ mới lựa chọn các động tĩnh mạch khác như động mạch (ĐM) giáp trạng trên, ĐM lưỡi hay nhánh ĐM cạnh trong hay TM tương ứng. Tuy nhiên có một số nghiên cứu khác việc lựa chọn động, tĩnh mạch mặt là lựa chọn số 2.

Các tác giả này lựa chọn giáp trạng trên là lựa chọn đầu tiên. Nghiên cứu của Thomas và cộng sự cho thấy 67,3% các trường hợp là ĐTM giáp trạng trên [7]. Những tác giả này chứng minh bó mạch giáp trạng trên ít nhánh nối nên cấp máu tốt. Nhưng chúng tôi thấy ĐTM mặt gần vị trí khuyết hồng nên dễ xác định, có chu vi lớn giúp cho việc nối mạch nuôi dễ dàng và an toàn hơn. Hơn thế nữa áp lực cấp máu của ĐM mặt đủ lớn để cấp máu cho vạt.

V. KẾT LUẬN

- Bệnh lý gây khuyết đoạn XHD cần tạo hình khá trẻ, chủ yếu tập trung ở tuổi từ 25-55, nhiều nhất là u men chiếm 83,33%.
- Những khuyết hồng lớn gồm cảnh ngang và cảnh lên của XHD gặp tỷ lệ cao nhất.
- Động mạch được sử dụng trong nghiên cứu này là động mạch mặt là 93,33%.
- Độ dài xương mác được sử dụng trong các phẫu thuật của nghiên cứu này trung bình là 10,96cm, dài nhất là 21,5cm.
- Vạt da được lấy với độ dài tối thiểu 6cm và rộng 2cm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bryan Bell et al (2011)** "Computer Planning and Intraoperative Navigation for Palatomaxillary and Mandibular Reconstruction With Fibular Free Flaps" *J Oral Maxillofac Surg* 69:724-732.
2. **Guttikonda Venkateswara Rao, S Anita Rao et al (2012)** *Cone Beam Computed Tomography – An Insight Beyond Eyesight In Clinical Dentistry*, Innovative Journal of Medical and Health Science 2: 5 Sep-Oct, pp: 74 – 80.
3. **Katinka. Kansy, M.D, et al (2014)** "Microsurgical reconstruction of the head and neck Current concepts of maxillofacial surgery in Europe" *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery* xxx 1- 4.
4. **Karagozoglu K.H., Winters H.A.H, et al (2013)** "Periosteal ossification of the vascular pedicle after reconstruction of continuity defects of the mandible and the maxilla with fibular free flaps: A retrospective study" *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 51 : 965–967.
5. **Klaus D. Wolff, et al (2011)** "Raising the Osteocutaneous Fibular Flap for Oral Reconstruction With Reduced Tissue Alteration" *J Oral Maxillofac Surg* 69:e260-e267.
6. **Madhav V.N.V. (2012)** *Cone Beam Computer Tomography in Implantology and Dentistry: A review on CBCT*, Lambert Academic Publishing
7. **Mohammed A. Alshehri, Dr Hadi Alamri, et al (2010)** *CBCT applications in dental practice: A literature review, CAD/CAM*.

THỰC TRẠNG BỆNH SÂU RĂNG Ở HỌC SINH TRƯỜNG TIỂU HỌC VŨ THẮNG, HUYỆN KIẾN XƯƠNG, TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2017

Nguyễn Thị Sen*, Hoàng Bảo Duy**, Nguyễn Văn Tiến**,
Nguyễn Thị Nhân*, Vũ Thị Thao*, Nguyễn Thị Sơn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả thực trạng bệnh sâu răng ở học sinh 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:** nghiên cứu cắt ngang sử dụng phương pháp định lượng, khám răng kết hợp phỏng vấn trực tiếp bằng phương pháp ngẫu nhiên đơn. **Kết quả và kết luận:** phần lớn học sinh bị sâu răng (82,0%) trong đó sâu 3 răng trở lên chiếm 70,7%, sâu 1 răng chiếm 15,2%, sâu 2 răng chiếm 14,0%. Học sinh 7 tuổi có tỷ lệ sâu răng cao nhất (90,5%), học sinh 9 tuổi và 10 tuổi đều có tỷ lệ sâu răng trên 80,0% trong số khám và tỷ lệ sâu răng thấp nhất ở học sinh 11 tuổi (71,4%); tỷ lệ học sinh nam sâu răng là 85,3% và tỷ lệ học sinh nữ sâu răng là 78,6%. Chỉ số sâu mất trám răng sữa trung

bình ở trẻ từ 7 - 11 tuổi là 1,02, cao nhất ở trẻ 7 tuổi (1,21), thấp nhất ở trẻ 11 tuổi (0,61) và chỉ số sâu mất trám răng vĩnh viễn ở trẻ 7 - 11 tuổi là 0,26, cao nhất ở trẻ 10 tuổi (0,46), thấp nhất ở trẻ 8 tuổi (0,08).

Từ khóa: Bệnh sâu răng, học sinh tiểu học, Thái Bình.

SUMMARY

REALITY DECAY DISEASE AMONG STUDENTS IN VU THANG PRIMARY SCHOOL IN KIEN XUONG DISTRICT, THAI BINH IN 2017

Objectives: The study was conducted to describe reality tooth decay among students in Vu Thang primary school in Kien Xuong district, Thai Binh province in 2017. **Subjects:** 200 students and 200 parents. **Methods:** In cross-sectional studies using quantitative methods, examine oral health and direct interviews by randomly sampling methods. **Results and conclusions:** most of students have tooth decay (82.0%) with 3 or more teeth occupying 70.7%, one tooth occupying 15.2%, and two teeth occupying 14.0%. The seven-year-olds had the highest percentage of decay (90.5%), 9-year-olds and 10-year-olds all had a decay rates above 80.0%, the lowest percentage of decay in 11-year-olds (71.4%). The rate of males is 85.3% and the rate of females is

*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: 15/7/2017

Ngày phản biện khoa học: 11/8/2017

Ngày duyệt bài: 18/8/2017

78.6%. The mean of decay missing filled tooth (dmft) in children aged 7-11 is 1.02, highest in 7-year-olds (1.21), lowest in children aged 11 years (0.61). Permanent teeth (DMFT) in children aged 7-11 is 0.26, highest in children 10 years old (0.46), lowest in children aged 8 years (0.08).

Key words: Tooth decay, primary school students, Thai Binh.

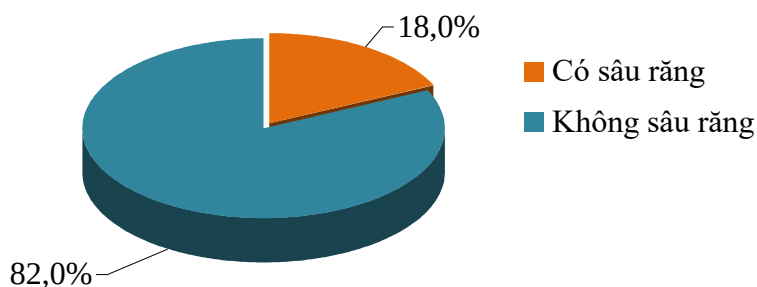
I. ĐẶT VẤN ĐỀ

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. Sâu răng mắc rất sớm, ngay từ khi trẻ 2 tuổi, nếu không được điều trị bệnh sẽ tiến triển gây biến chứng tại chỗ và toàn thân ảnh hưởng đến thể lực và thẩm mỹ của trẻ sau này. Chính vì vậy, sâu răng sớm ở trẻ là một thách thức trong vấn đề chăm sóc sức khỏe cộng đồng cả ở những nước phát triển và đang phát triển. Việc chăm sóc, dự phòng bệnh sâu răng luôn luôn cần được chính phủ các nước quan tâm.

Thống kê Cục Y tế dự phòng năm 2011 cũng cho thấy trên 80% học sinh tiểu học Việt Nam mắc các bệnh răng miệng như sâu răng, viêm quanh răng, ở lứa tuổi lớn hơn tỷ lệ này cũng lên đến 60-70%. Trong số đó, lứa tuổi học sinh tiểu học- lứa tuổi nhạy cảm hơn cả bởi cấu trúc bộ răng đặc biệt cũng như điều kiện chăm sóc răng miệng gặp nhiều khó khăn. Tình hình mắc bệnh sâu răng ở học sinh tiểu học đang có dấu hiệu tăng lên trong thời gian gần đây trong đó tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn và chỉ số SMTr tăng dần theo tuổi do vậy tiến hành đánh giá thực trạng bệnh sâu răng, nâng cao hiểu biết về bệnh sâu răng và biện pháp vệ sinh răng miệng là rất cần thiết.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tình trạng sâu răng chung của học sinh sau khám lâm sàng



Biểu đồ 3.1: Thực trạng sâu răng qua khám lâm sàng

Biểu đồ 3.1 cho thấy đa phần học sinh khám có sâu răng (82,0%), chỉ có 18,0% số học sinh khám không mắc sâu răng.

Để có thể tiến hành các can thiệp có hiệu quả nhằm phòng chống bệnh sâu răng cho học sinh trường tiểu học, góp phần thực hiện mục tiêu chương trình Nha học đường cũng như công tác chăm sóc sức khỏe răng miệng tại gia đình, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Thực trạng bệnh 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 thực trạng bệnh sâu răng ở học sinh trường Tiểu học trên địa bàn nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa bàn, thời gian, đối tượng nghiên cứu

- **Địa bàn nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại trường Tiểu học Vũ Thắng, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình

- **Thời gian nghiên cứu:** 12/2016 - 03/2017

- **Đối tượng nghiên cứu:** học sinh đang học tại trường Tiểu học Vũ Thắng, huyện Kiến Xương trong năm học 2016-2017

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp dịch tễ học mô tả cắt ngang

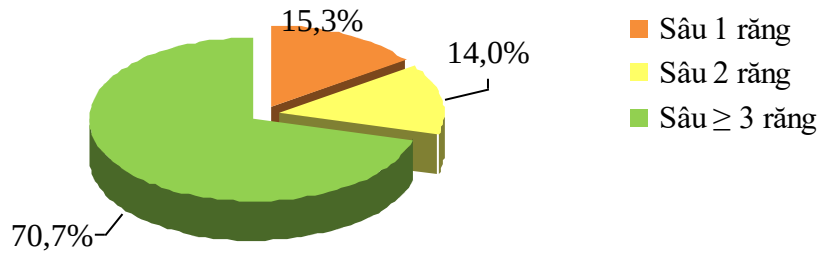
2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

***Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu được tính theo công thức sau:

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

Thực tế nghiên cứu thực hiện ở 200 học sinh.

***Phương pháp chọn mẫu:** Lập danh sách toàn bộ học sinh trường Tiểu học Vũ Thắng sau đó chọn ngẫu nhiên 200 học sinh trong tổng số 251 học sinh vào nghiên cứu. Số liệu về tình trạng sâu răng được thu thập thông qua việc khám lâm sàng đối tượng nghiên cứu.



Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ học sinh theo số răng sâu qua khám lâm sàng

Biểu đồ 3.2 cho thấy học sinh sâu từ 3 răng trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (70,7%), sâu 1 răng chiếm 15,2%, sâu 2 răng chiếm 14,0%.

Bảng 3.1: Tỷ lệ học sinh sâu răng theo tuổi qua khám lâm sàng

Tuổi	Số khám	Sâu răng		Không sâu răng	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
7	42	38	90,5	4	9,5
8	37	29	78,4	8	21,6
9	47	40	85,1	7	14,9
10	46	37	80,4	9	19,6
11	28	20	71,4	8	28,6
Tổng	200	164	82,0	36	18,0

Bảng 3.1 cho thấy học sinh 7 tuổi có tỷ lệ sâu răng cao nhất chiếm 90,5%, ngoài ra học sinh 9 tuổi và 10 tuổi đều có tỷ lệ sâu răng trên 80,0% trong số khám và tỷ lệ sâu răng thấp nhất ở học sinh 11 tuổi (71,4%).

Bảng 3.2: Tỷ lệ học sinh sâu răng theo giới qua khám lâm sàng

Tuổi	Số khám	Sâu răng		Không sâu răng	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nam	76	87	85,3	15	14,7
Nữ	124	77	78,6	21	21,4
Tổng	200	164	82,0	36	18,0

Bảng 3.2 cho thấy số tỷ lệ học sinh nam sâu răng là 85,3% và tỷ lệ học sinh nữ sâu răng là 78,6%.

3.2. Tình trạng sâu răng sữa

Bảng 3.3: Chỉ số smtr răng sữa theo tuổi

Tuổi	TS khám	Số răng sâu	Số răng mất do sâu	Số răng trám	Tổng số SMTr	Chỉ số SMTr
7	42	35	6	10	51	1,21
8	37	28	6	7	41	1,11
9	47	39	6	7	42	0,89
10	46	35	4	3	42	0,91
11	28	14	0	3	17	0,61
TS	200	151	22	30	203	1,02

Từ kết quả bảng trên cho thấy chỉ số sâu mất trám răng sữa trung bình ở trẻ từ 7 - 11 tuổi là 1,02, cao nhất ở trẻ 7 tuổi (1,21), thấp nhất ở trẻ 11 tuổi (0,61).

3.3. Tình trạng sâu răng vĩnh viễn

Bảng 3.4: Chỉ số SMT răng vĩnh viễn theo tuổi

Tuổi	TS khám	Số răng sâu	Số răng mất do sâu	Số răng trám	Tổng số răng SMT	Chỉ số SMT (DMFT)
7	42	4	0	0	4	0,1
8	37	3	0	0	3	0,08
9	47	16	0	0	16	0,34
10	46	19	0	2	21	0,46
11	28	8	0	0	8	0,29
TS	200	50	0	2	52	0,26

Bảng 3.4 cho thấy chỉ số SMT răng vĩnh viễn ở trẻ 7 - 11 tuổi là 0,26, cao nhất ở trẻ 10 tuổi (0,46), thấp nhất ở trẻ 8 tuổi (0,08).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng sâu răng chung: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sâu răng chung của học sinh là 82,0%, học sinh sâu từ 3 răng trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (70,7%), sâu 1 răng chiếm 15,2%, sâu 2 răng chiếm 14,0%. Kết quả phù hợp với nghiên cứu tình trạng sâu răng khu vực đô thị và thấp hơn khu vực miền núi theo khảo sát của Đại học Y Hà Nội trên hơn 2.000 học sinh 6-8 tuổi ở Hà Nội và Lạng Sơn, được công bố tại Hội nghị khoa học và đào tạo Răng Hàm Mặt lần thứ 4 tổ chức ở Hà Nội. Theo kết quả khảo sát, tỷ lệ sâu răng chung của học sinh là trên 91,0%, trong đó học sinh tại Lạng Sơn có tỷ lệ sâu răng sữa 93%, học sinh cùng độ tuổi tại Hà Nội có tỷ lệ sâu răng sữa trên 87%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Văn Ước (2010) tại thị trấn Thuận Nam, tỉnh Bình Thuận cho thấy tỷ lệ sâu răng ở học sinh tiểu học là 65,23%, trong đó vùng ven biển có tỷ lệ sâu răng là 80,48%. Điều này cho thấy học sinh thực hành phòng chống sâu răng (PCSR) chưa tốt có thể do mãi chơi, phụ huynh học sinh không kiểm tra nhắc nhở, đi học bán trú ở trường không đánh răng sau khi ăn hoặc cũng có thể công tác nha học đường (NHĐ) hoạt động chưa hiệu quả. Sự khác biệt so với các nghiên cứu trên trẻ cùng độ tuổi ở các khu vực đô thị có thể lý giải rằng trẻ chưa được tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe răng miệng và các biện pháp PCSR. Tỷ lệ trẻ bị sâu răng cao hơn các năm trước do trẻ ăn nhiều thức ăn nhanh trong khi việc chăm sóc răng miệng, công tác PCSR chưa đạt được những kết quả mong đợi.

Bảng 3.1 chỉ ra rằng học sinh 7 tuổi có tỷ lệ sâu răng cao nhất chiếm 90,5%, ngoài ra học sinh học sinh 9 và 10 tuổi đều có tỷ lệ sâu răng trên 80,0% và tỷ lệ sâu răng thấp nhất ở học sinh 11 tuổi (71,4%). Kết quả này có thể do các em lớn có ý thức và chủ động hơn trong chăm sóc vệ sinh răng miệng. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sâu răng ở học sinh nam cao hơn học sinh nữ (85,3% và 78,6%). Kết quả này có thể do học sinh nam ham chơi, ý thức vệ sinh răng miệng kém hơn học sinh nữ.

4.2. Tình trạng sâu răng sữa: Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng chỉ số sâu mất trám của răng sữa (smtr) là 1,02, cao nhất ở trẻ 7 tuổi (1,21), thấp nhất ở trẻ 11 tuổi (0,61). Kết quả này thấp hơn nhiều so với những báo cáo về tỷ lệ sâu răng trên thế giới từ WHO trước năm 1975 đến nay và so với kết quả điều tra răng miệng toàn quốc năm 2001. Có thể lý giải rằng, dưới sự phát triển của xương hàm, các răng của trẻ mọc

còn thừa tạo điều kiện thuận lợi cho thức ăn bị mắc lại; mặt khác, việc vệ sinh răng miệng của trẻ còn chưa đảm bảo và tâm lý phụ huynh cho rằng sâu răng sữa là tạm thời không cần chữa trị. Vì những lý do trên nên trẻ khi bị sâu răng chưa được điều trị kịp thời, thậm chí phát hiện và điều trị muộn dẫn đến những bệnh lý khác dai dẳng và khó điều trị hơn. Ngoài ra, do thiếu nguồn cán bộ NHĐ chuyên trách, thiếu trang thiết bị máy móc nên việc phát hiện, chăm sóc và điều trị triệt để cho trẻ sâu răng còn khó khăn nên chỉ số SMTr răng sữa đã giảm nhưng vẫn còn tương đối cao.

4.3. Tình trạng sâu răng vĩnh viễn: Theo như kết quả nghiên cứu chỉ số SMTr theo tuổi: SMTr ở trẻ 7 - 11 tuổi là 0,26; cao nhất ở trẻ 10 tuổi (0,46), thấp nhất ở trẻ 8 tuổi (0,08). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Văn Chiến (2008) về tình trạng sâu răng vĩnh viễn (24,5%) học sinh tiểu học Bình Minh, Hưng Yên và nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Nghĩa (2009) chỉ ra chỉ số SMTr trung bình trên học sinh với răng vĩnh viễn là 0,37, cũng như các nghiên cứu khác tại Việt Nam. Điều này có thể lý giải rằng khi mới mọc răng thì các hố rãnh trên mặt răng thường hẹp và sâu, dễ mắc thức ăn và khó làm sạch. Các yếu tố này là điều kiện thuận lợi để hình thành và phát triển mảng bám răng, các vi khuẩn trên mảng bám răng chuyển hoá các chất có nguồn gốc glucid để sinh ra acid phá huỷ tổ chức cứng của răng gây ra sâu răng. Nghiên cứu của các tác giả khác trong nước cũng chỉ ra rằng chỉ số sâu răng trong cộng đồng cao nhưng đáp ứng điều trị rất thấp. Nhìn chung hầu hết nghiên cứu ở các tỉnh và ở các lứa tuổi chỉ số sâu răng cao nhưng chỉ số trám thấp, vì thế nhu cầu điều trị sâu răng cao, nên điều trị sớm sâu răng cho học sinh để phòng tránh biến chứng là cần thiết.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ sâu răng chung ở học sinh là 82,0% trong đó học sinh sâu từ 3 răng trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (70,7%).
- Tỷ lệ sâu răng ở học sinh nam cao hơn học sinh nữ (85,3% và 78,6%).
- Chỉ số sâu mất trám răng sữa trung bình ở trẻ từ 7 - 11 tuổi là 1,02, cao nhất ở trẻ 7 tuổi (1,21), thấp nhất ở trẻ 11 tuổi (0,61).
- Chỉ số SMT răng vĩnh viễn ở trẻ 7 - 11 tuổi là 0,26, cao nhất ở trẻ 10 tuổi (0,46), thấp nhất ở trẻ 8 tuổi (0,08).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Văn Chiến (2008)**, *Thực trạng bệnh sâu răng và một số yếu tố liên quan ở học sinh trường tiểu*

- học xã Bình Minh-Khoái Châu, tỉnh Hưng Yên năm 2008, Luận văn chuyên khoa I Y tế Công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng.
2. **Trịnh Đình Hải (2005)**, "Đánh giá thực trạng sâu răng ở hai vùng đồng bằng của Việt Nam", *Tạp chí nghiên cứu y học*, 34(2), pp. 92-98.
 3. **Nguyễn Ngọc Nghĩa (2009)**, *Nghiên cứu thực trạng và kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh răng miệng của học sinh tiểu học tại huyện Văn Chấn, tỉnh Yên Bái năm 2009*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, 72-73.
 4. **Trần Văn Trường, Trịnh Đình Hải, (2001)**, "Kết quả điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc ở Việt Nam 1999 - 2000", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 6(10), pp. 8-21.
 5. **Đỗ Văn Ước (2010)**, *Nghiên cứu tình hình sức khỏe răng miệng của học sinh tiểu học tại thị trấn Thuận Nam-huyện Hàm Thuận Nam-Tỉnh Bình Thuận năm 2010*, Luận văn chuyên khoa cấp I, Đại học Y Dược Huế, 43-44.
 6. **Petersen PE (2008)**, "World Health Organization global policy for improvement of oral health - World Health Assembly 2007", *International Dental Journal*, 58(3), pp. 115-121.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN PHƠI NHIỄM VỚI MÁU, DỊCH TIẾT TỪ BỆNH NHÂN CỦA HỌC SINH, SINH VIÊN TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HẢI PHÒNG

Nguyễn Thị Ngọc*, Phạm Văn Trung**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả một số yếu tố liên quan đến tai nạn phơi nhiễm ở học sinh, sinh viên Trường Cao đẳng Y tế Hải Phòng năm học 2015 - 2016 khi đi thực tập tại các bệnh viện của Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng nghiên cứu gồm 369 học sinh sinh viên, phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Yếu tố liên quan là kiến thức về tai nạn phơi nhiễm của học sinh, sinh viên gồm học sinh, sinh viên không có kiến thức chung về tai nạn phơi nhiễm (OR=12,3), thiếu kinh nghiệm khi làm thủ thuật (OR=2,3), không biết các bệnh lây qua đường máu (OR=4,3), không biết hậu quả của tai nạn (OR=2,4), không biết xử lý sau khi bị phơi nhiễm (OR=3,57). Một số yếu tố liên quan là thực hành phòng chống tai nạn phơi nhiễm của học sinh, sinh viên: Chỉ có 37,1% thực hành đúng sau khi bị phơi nhiễm. Thực hành rửa tay không đúng (OR=24,8).

Từ khóa: Tai nạn, phơi nhiễm, kiến thức.

SUMMARY

SOME RISK FACTORS RELATED TO THE EXPOSURE TO PATIENTS' BLOOD, SECRETED FLUID OF STUDENTS AT HAI PHONG MEDICAL COLLEGE

Objective: The study was done to describe some risk factors related to exposed injuries in students of Haiphong Medical College in 2015-2016 when they practised in teaching hospitals. **Population and Method:** Population included 369 medical students and the method was cross-sectional study. **Results and Conclusions:** Students' unawareness of exposed

injury (OR=12.3), shortage of experience during medical procedures (OR=2.3), unawareness of blood transmitted diseases (OR=4.3), unawareness of accident consequences (OR=2.4), and unawareness of how to treat after exposure (OR=3.57). 37.1% students had correct practice after exposure, incorrect hand washing (OR=24.8).

Keywords: Injury, exposure, knowledge.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhân viên y tế bao gồm cả học sinh, sinh viên y là những người thường xuyên tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân trong quá trình chăm sóc. Trong môi trường làm việc họ có nguy cơ phơi nhiễm với máu, dịch tiết của bệnh nhân và họ có nguy cơ cao mắc các bệnh lây truyền theo đường máu [6]. Nghiên cứu cho thấy nguy cơ trung bình của nhân viên y tế sau mỗi lần phơi nhiễm với máu hoặc dịch của người bệnh qua da bị lây nhiễm HIV là 0,3%, đối với HBV từ 6% - 30%, đối với HCV là 1,8% - 10% [6].

Theo ước tính của tổ chức Y Tế Thế Giới (WHO) hàng năm trong số 35 triệu nhân viên y tế trên toàn thế giới, có khoảng 3 triệu người phơi nhiễm qua da, hơn 90% xảy ra ở các nước đang phát triển và kém phát triển, trong đó có 2,5% với HIV, 40% với HBV và HCV [4]. Hậu quả của phơi nhiễm đã gây ra hàng năm ước tính khoảng 66.000 ca nhiễm HBV nghề nghiệp, 16.000 ca nhiễm HCV nghề nghiệp và khoảng 1.000 ca nhiễm HIV nghề nghiệp ở cán bộ y tế trên toàn thế giới [1]. Đặc biệt, những nhiễm trùng đường máu thường để lại hậu quả nghiêm trọng như bệnh lâu dài, mất khả năng lao động hoặc tử vong.

Học sinh và sinh viên của trường Cao Đẳng Y tế Hải Phòng được đào tạo thực hành chăm sóc

*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: 12/7/2017

Ngày duyệt bài: 5/8/2017

bệnh nhân và học thực hành các thủ thuật chăm sóc người bệnh theo y lệnh của thầy thuốc. Từ năm thứ 2 học sinh học tập và trực tại bệnh viện. Các yếu tố liên quan gây tai nạn như thế nào còn chưa được nghiên cứu. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả yếu tố liên quan tới dự phòng phơi nhiễm máu, dịch tiết của bệnh nhân ở các đối tượng nghiên cứu trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu: Đối tượng gồm học sinh và sinh viên khối y năm II và III đang học tập tại Trường Cao Đẳng Y tế Hải Phòng và đồng ý tham gia nghiên cứu. Thời gian nghiên cứu: năm học 2015-2016.

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: Cỡ mẫu nghiên cứu bao gồm 360 học sinh, sinh viên của trường. Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu: Nghiên cứu yếu tố liên quan đến tai nạn phơi nhiễm với máu dịch tiết của học sinh, sinh viên khi đi thực tập tại các bệnh viện của Hải Phòng năm học 2015-2016.

2.2.3.1. Chỉ số và biến số nghiên cứu theo nội dung nghiên cứu

- Kiến thức về khái niệm phơi nhiễm với máu, dịch tiết

- Kiến thức về hoàn cảnh xảy ra tai nạn

- Kiến thức về đường lây

- Kiến thức về hậu quả

- Kiến thức về xử trí tai nạn

- Thực hành khi bị tai nạn

- Thực hành không đúng sau khi bị phơi nhiễm

2.2.3.2. Thu thập số liệu: Thu thập thông tin theo phương pháp phát vấn. Học sinh, sinh viên nhận phiếu phỏng vấn, nghiên cứu và tự điền thông tin. Sinh viên, học sinh không nhất thiết phải ghi rõ tên, địa chỉ.

2.2.4. Xử lý số liệu: Dùng phần mềm thống kê SPSS 16.0 để nhập và xử lý số liệu thu thập được. Tính OR để tìm liên quan giữa:

- Nếu OR = 1 không có mối liên quan

- Nếu OR > 1 và có liên quan thuận.

- Nếu OR < 1 có liên quan nghịch.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 369 học sinh sinh viên thì 33,3% học sinh năm thứ 2 và 66,7% học sinh năm thứ 3.

3.1. Một số yếu tố là kiến thức của đối tượng nghiên cứu về tai nạn phơi nhiễm trong bệnh viện

Bảng 3.1. Liên quan giữa kiến thức về khái niệm phơi nhiễm với tai nạn

Kiến thức \ Tai nạn	Bị tai nạn		Không		Tổng	OR, 95%CI p
	n	%	n	%		
Không biết	23	95,8	1	4,2	24	12,3
Đạt	225	65,2	120	34,8	345	1,6-91,9 (<0,01)
Tổng	248	67,2	121	32,8	369	

Nhận xét: Những đối tượng không biết về khái niệm phơi nhiễm nguy cơ bị tai nạn tăng gấp 12,3 lần so với nhóm đối tượng biết về khái niệm phơi nhiễm khi đi thực hành tại bệnh viện.

Bảng 3.2. Liên quan kiến thức về hoàn cảnh xảy ra tai nạn và tai nạn

Hoàn cảnh \ Tai nạn	Bị tai nạn		Không		Tổng	OR, 95%CI p
	n	%	n	%		
Quá tải	16	73,9	7	26,1	23	1,4 (0,5-3,6)
Căng thẳng, mệt mỏi	30	66,7	15	33,3	45	0,9 (0,5-1,9)
Không có hỗ trợ	6	54,5	5	45,5	11	0,5 (0,2-1,9)
Vội vàng	110	66,3	56	33,7	166	0,9 (0,6-1,4)
Thiếu kinh nghiệm	148	75,5	48	24,5	196	2,3 (1,4-3,5)

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu thiếu kinh nghiệm có liên quan đến tai nạn khi thực tập. Nếu đối tượng không có kinh nghiệm khi đi thực tập tại bệnh viện thì nguy cơ bị tai nạn nghề nghiệp tăng lên 2,3 lần với 95%CI từ 1,4 đến 3,5.

Bảng 3.3. Liên quan giữa kiến thức về bệnh lây theo đường máu với tai nạn

Bệnh lây đường máu \ Tai nạn	Bị tai nạn		Không		Tổng	OR, 95%CI p
	n	%	n	%		
Không biết	45	88,2	6	11,8	51	4,3
Biết	203	63,8	115	36,2	318	1,6-11,4 <0,01
Tổng	248	67,2	121	32,8	369	

Nhận xét: Khi đối tượng không biết các bệnh lây truyền qua đường máu thì nguy cơ bị tai nạn khi đi thực tập tại bệnh viện tăng lên 4,3 lần so với đối tượng biết các nguyên nhân gây bệnh theo đường máu này.

Bảng 3.4. Liên quan giữa kiến thức về hậu quả phơi nhiễm của học sinh sinh viên với tai nạn

Hậu quả của phơi nhiễm	Tai nạn		Bị tai nạn		Không		Tổng	OR, 95%CI p
			n	%	n	%		
Không biết			70	80,5	17	19,5	87	2,4
Biết			178	63,1	104	36,9	282	1,3-4,3 (<0,05)
Tổng			248	67,2	121	32,8	369	

Nhận xét: Những đối tượng nghiên cứu không biết được hậu quả của phơi nhiễm với bản thân mình khi đi thực tập tại môi trường bệnh viện thì nguy cơ bị tai nạn tăng lên 2,4 lần với 95%CI từ 1,3 đến 4,3 và $p < 0,05$.

Bảng 3.5. Liên quan giữa kiến thức về xử trí khi bị phơi nhiễm với tai nạn

Xử trí đúng	Tai nạn		Bị tai nạn		Không		Tổng	OR, 95%CI p
			n	%	n	%		
Không biết			79	84,9	14	15,1	93	3,57
Biết			169	61,2	107	38,8	276	1,8-6,4 (<0,05)
Tổng			248	67,2	121	32,8	369	

Nhận xét: Những đối tượng không biết cách xử trí đúng khi bị tai nạn khi đi thực tập tại môi trường bệnh viện thì nguy cơ mắc tai nạn phơi nhiễm tăng lên 3,57 lần so với những đối tượng biết cách xử trí đúng khi gặp phơi nhiễm với 95%CI từ 1,8 đến 6,4 và $p < 0,05$.

3.2. Liên quan giữa thực hành phòng chống tai nạn phơi nhiễm của học sinh sinh viên với tai nạn

Bảng 3.6. Kết quả thực hành của học sinh, sinh viên khi bị tai nạn phơi nhiễm (n=369)

Thực hành	n	Tỷ lệ (%)
Tiếp tục làm xong công việc	364	98,6
Lau sạch máu hoặc dịch đi	360	97,6
Rửa sạch bằng nước	360	97,6
Rửa sạch bằng nước và xà phòng*	137	37,1
Rửa sạch bằng nước và chất tẩy rửa, dung dịch sát khuẩn	265	71,8

Nhận xét: Có 137 trường hợp trả lời đúng chiếm 37,1%. Có tỷ lệ khá cao trả lời sai từ 71,8% đến 98,6% rửa bằng nước, chất tẩy rửa và dung dịch sát khuẩn tiếp tục làm việc, lau sạch máu và dịch đi, rửa nước.

Bảng 3.7. Liên quan giữa thực hành không đúng sau khi phơi nhiễm và tai nạn

TH không đúng	Tai nạn		Bị tai nạn		Không		Tổng	OR, 95%CI p
			n	%	n	%		
Có			210	90,5	22	9,5	232	24,8
Không			38	27,7	99	72,3	137	13,4-46,3 (<0,01)
Tổng			248	67,2	121	32,8	369	

Nhận xét: Những đối tượng thực hành xử trí sau khi bị tai nạn phơi nhiễm không đúng thì nguy cơ mắc tai nạn phơi nhiễm tăng lên 24,8 lần so với những đối tượng thực hành đúng với 95%CI từ 13,4 đến 46,3, $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Liên quan giữa kiến thức về phơi nhiễm với tai nạn xảy ra của học sinh, sinh viên

Bảng 3.1 cho thấy: khi mà sinh viên học sinh không có khái niệm về tai nạn phơi nhiễm thì nguy cơ mắc tai nạn phơi nhiễm tăng lên 12,3 lần so với học sinh, sinh viên biết khái niệm này (95%CI từ 1,6-91,9 và $p < 0,01$).

Bảng 3.2 cho thấy: Trong rất nhiều yếu tố như sự quá tải khi làm việc, căng thẳng mệt mỏi, không có hỗ trợ, vội vàng và thiếu kinh nghiệm thì chỉ có yếu tố thiếu kinh nghiệm có liên quan với tai nạn phơi nhiễm. Học sinh, sinh viên thiếu

kinh nghiệm khi chăm sóc bệnh nhân thì nguy cơ mắc tai nạn phơi nhiễm tăng lên 2,3 lần (95%CI từ 1,4 đến 3,5). Nhận xét của chúng tôi phù hợp với nhận xét của Padron Salas A và CS [7] cho rằng sinh viên những năm đầu, lần đầu tiên được làm thủ thuật thì hay bị tai nạn phơi nhiễm hơn những sinh viên năm cuối và đã thành thực công việc. Bảng 3.3 cho thấy khi sinh viên không biết về nguyên nhân gây tai nạn thì nguy cơ bị phơi nhiễm tăng lên gấp 4,3 lần so với những người biết đầy đủ về nguy cơ này với 95%CI từ 1,6-11,4. Nhận xét phù hợp Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu

của Jelle AE và CS [5] (OR=3,4). Bảng 3.4 là cho thấy nếu học sinh, sinh viên không biết về hậu quả của tai nạn phơi nhiễm với bản thân mình thì nguy cơ bị tai nạn phơi nhiễm tăng lên 2,4 lần so với những học sinh, sinh viên có kiến thức về hậu quả của phơi nhiễm với 95%CI từ 1,3-4,3. Bảng 3.5 cho thấy nếu học sinh sinh viên không có kiến thức về xử trí tai nạn phơi nhiễm thì nguy cơ tai nạn tăng lên 3,57 lần. Nhận xét phù hợp với Vaz K và CS.

4.2. Một số yếu tố liên quan là thực hành của học sinh, sinh viên với tai nạn

Bảng 3.6 là sự khảo sát mối liên quan giữa thực hành của học sinh, sinh viên khi bị phơi nhiễm. Kết quả cho thấy chỉ có 37,1% học sinh, sinh viên trả lời đúng thực hành sau khi bị phơi nhiễm. Có tỷ lệ rất cao chọn các đáp khác như tiếp tục làm việc (98,6%), lau sạch máu hoặc dịch đi (97,6%), rửa bằng nước sạch (97,5%) và rửa bằng nước, chất tẩy rửa, dung dịch sát khuẩn (71,8%). Theo khuyến cáo của Bộ Y tế thì biện pháp đúng và chuẩn khi bị phơi nhiễm VSN đâm, phơi nhiễm máu, dịch tiết là rửa trực tiếp dưới vòi nước với xà phòng.

Bảng 3.7 là liên quan giữa thực hành không đúng với tai nạn chúng tôi thu được OR rất cao 24,8 với 95%CI từ 13,4 đến 46,3. Điều này có nghĩa là học sinh, sinh viên thực hành xử lý sau tai nạn không đúng sẽ làm tăng nguy cơ bị tai nạn phơi nhiễm lên 24,8 lần so với những sinh viên thực hành đúng. Nhận xét phù hợp với nhận xét của Jelle AE và CS [5].

V. KẾT LUẬN

5.1. Yếu tố liên quan là kiến thức về tai nạn phơi nhiễm của học sinh, sinh viên

Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tai nạn phơi nhiễm đó là kiến thức chung về tai nạn phơi nhiễm (OR=12,3), thiếu kinh nghiệm khi làm thủ thuật (OR=2,3), không biết các bệnh lây qua đường máu (OR=4,3), không biết hậu quả của tai nạn (OR=2,4), không biết xử lý sau khi bị phơi nhiễm (OR=3,57).

5.2. Một số yếu tố liên quan là thực hành phòng chống tai nạn phơi nhiễm của học sinh, sinh viên

Chỉ có 37,1% thực hành đúng sau khi bị phơi nhiễm. Thực hành rửa tay không đúng (OR=24,8).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Askarian M. Knowledge, attitudes, and practices of contact precautions among Iranian nurses. *Am J Infect Control*. 2005 Oct;33(8):486-8.
2. Beghdadli B et al (2009), "Personnel at risk for occupational blood exposure in a university hospital in West Algeria", *Sante Publique*, 21(3): 253-61.
3. Durando P et al (2015), "Latent tuberculosis infection among a large cohort of medical students at a teaching hospital in Italy", *Biomed Res Int*, 10.1155/2015/746895.
4. Everline Muhonja Mbaisi et al. 2013. Prevalence and factors associated with percutaneous injuries and splash exposures among health-care workers in a provincial hospital, Kenya, 2010. *Pan Afr Med J* 2013
5. Jelle AE et al (2013), "Epidemiology of needlestick at Landspítali University Hospital during the years 1986-2011. A descriptive study", *Laeknabladid*, 99(12):559-64.
6. Nilsson J et al (2013), "Safe injections and waste management among healthcare workers at a regional hospital in northern Tanzania", *Tanzan J Health Res*, 15(1): 64-70.
7. Padron Salas A và CS (2014), "Prevalence of unsafe conditions associated to non-intentional needlestick injuries among trainee physicians", *Gac Med Mex*, 150 Suppl 3:347-57.

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG KIỂM SOÁT GLUCOSE MÁU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CHỜ GHEP TỤY THẬN ĐỒNG THỜI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

TÓM TẮT

Ghép đồng thời tụy, thận là một kỹ thuật chuyên sâu có thể giúp người bệnh giải quyết đồng thời cả hai

**Bệnh viện Quân y 103*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Châu

Email: nguyennogochau@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11/7/2017

Ngày phản biện khoa học: 7/8/2017

Ngày duyệt bài: 18/8/2017

Nguyễn Thị Phi Nga*, Nguyễn Ngọc Châu*

vấn đề lớn là kiểm soát đường máu và điều trị suy thận mạn. Việc xem xét đánh giá các tiêu chí lâm sàng, cận lâm sàng cho việc lựa chọn bệnh nhân ghép có vai trò hết sức quan trọng, đóng góp vào sự thành công của ca ghép. Nghiên cứu được thực hiện trên 20 bệnh nhân đái tháo đường có suy thận mạn được điều trị tại Bệnh viện quân y 103 nhằm mô tả, thảo luận các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá tình trạng kiểm soát glucose máu ở các bệnh nhân chờ ghép đồng thời tụy, thận này.

Từ khóa: Đái tháo đường, ghép đồng thời tụy, thận

SUMMARY**INVESTIGATION OF THE BLOOD GLUCOSE CONTROL IN SELECTED PATIENTS FOR SIMULTANEOUS PANCREAS AND KIDNEY TRANSPLANTATION IN MILITARY HOSPITAL 103**

Simultaneous pancreas and kidney transplantation is a specialized technique that can solve simultaneously both complications: control serum glucose and treatment of chronic renal failure. The assessment of clinical and laboratorial indices of selected patients have a very important role, contributing to the success of the transplant. The study was performed on 20 patients with diabetes with chronic renal failure who were treated at 103 Military Hospital to describe and discuss the clinical, laboratorial characteristics and control of blood glucose in patients expecting simultaneous transplantation of pancreas and kidney.

Keywords: Diabetes, simultaneous pancreas and kidney transplantation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường đang ngày càng gia tăng trên toàn thế giới. Tính đến năm 2011, thế giới có khoảng 366 triệu người mắc bệnh đái tháo đường và dự báo con số này sẽ tăng lên 552 triệu người vào năm 2030 (chiếm khoảng 6% dân số toàn cầu), con số đủ cho Tổ Chức Y Tế Thế Giới đặt tên cho bệnh đái tháo đường là "cơn đại dịch của thế kỷ". Cùng với sự gia tăng số lượng bệnh nhân đái tháo đường, các biến chứng mạn tính nguy hiểm của bệnh cũng tăng lên, không những ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống mà còn đe dọa tính mạng người bệnh. Đái tháo đường là một trong ba bệnh có tỷ lệ tử vong đứng hàng thứ ba sau ung thư và tim mạch. Nguyên nhân gây tàn phế ở bệnh nhân tiểu đường typ 2 do các biến chứng mạch máu.

Mục tiêu của điều trị bệnh đái tháo đường là kiểm soát tốt mức đường trong máu. Có 3 nhóm phương pháp điều trị đái tháo đường: điều trị bằng thuốc kết hợp chế độ dinh dưỡng, tập luyện; điều trị bằng ghép tế bào tụy; điều trị bằng ghép tụy tạng.

Đái tháo đường typ 1 được điều trị bằng insulin, tập luyện và chế độ ăn kiêng. Đái tháo đường typ 2, phương pháp điều trị đầu tiên là giảm cân, tiết chế và tập thể dục đều đặn. Với nhiều loại thuốc mới và các chế độ dinh dưỡng, tập luyện phù hợp, trên một nửa số bệnh nhân bị tiểu đường có thể duy trì cuộc sống bình thường trong một thời gian dài, có thể là suốt đời [1]. Tuy nhiên, dù được điều trị tích cực, một số bệnh nhân vẫn sẽ xuất hiện biến chứng dẫn

đến tàn tật hoặc tử vong. Đặc biệt, tiểu đường có thể gây tổn thương thận, dẫn đến suy thận. Nếu không được lọc máu nhân tạo hay được ghép thận sẽ dẫn đến tử vong.

Tại Việt Nam, Bệnh viện quân y 103 đã thực hiện thành công ca ghép đồng thời tụy, thận đầu tiên vào ngày 1 tháng 3 năm 2014. Một trong các yếu tố góp phần vào sự thành công của kỹ thuật là đưa ra chỉ định hợp lý, chuẩn bị, đánh giá các chỉ tiêu lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân trước mổ. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "*Khảo sát tình trạng kiểm soát glucose máu ở ở nhóm bệnh nhân chờ ghép đồng thời tụy, thận tại Bệnh viện quân y 103*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 20 bệnh nhân bị đái tháo đường đã có biến chứng suy thận mạn đang được điều trị tại Bệnh viện quân y 103.

***Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Đái tháo đường typ 1 hoặc typ 2.
- Đang kiểm soát glucose máu bằng insulin.
- Chưa có các biến chứng ở mạch máu lớn, mạch vành.
- Chức năng hô hấp, tuần hoàn trong giới hạn bình thường.
- Chức năng gan trong giới hạn bình thường.
- BMI không vượt quá 24.
- Bị suy thận mạn giai đoạn muộn (từ giai đoạn IIIa) có nguyện vọng được ghép thận.
- Tuổi dưới 60 tuổi.
- Có tình trạng toàn thân, tình trạng mạch máu vùng chậu tốt để có thể tiến hành phẫu thuật ghép thận.

***Tiêu chuẩn loại trừ**

- Những người bệnh bị ung thư,
- Nhiễm khuẩn cấp chưa khống chế,
- Rối loạn tâm thần chưa kiểm soát,
- Bệnh cường giáp chưa điều trị ổn định,
- Xơ gan hoặc viêm gan mạn hoạt động,
- Nhiễm HIV (+), lao, giang mai, lupus ban đỏ,
- Các bệnh thận tiên phát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Các bệnh nhân được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cận lâm sàng. Các thông tin được ghi chép vào bệnh án nghiên cứu, nếu bệnh nhân có chỉ định ghép đồng thời tụy, thận, sẽ được tư vấn, giải thích về kỹ thuật cũng như lợi ích và các biến chứng có thể gặp phải.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Các chỉ số		n = 20	Tỷ lệ %
Giới	Nam	16	80%
	Nữ	4	20%
Týp đái tháo đường	1	6	30%
	2	14	70%

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ týp 2 cao hơn týp 1; nam giới có tỷ lệ bị đái tháo đường cao hơn nữ giới.

Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, bệnh ĐTĐ týp 2 chiếm khoảng 85 - 95%, ĐTĐ trẻ em chiếm khoảng 10% tổng số người mắc bệnh ĐTĐ, chủ yếu là ĐTĐ týp 1. Việt Nam chưa có số liệu chính thức điều tra quốc gia, nhưng theo thống kê từ các bệnh viện tỷ lệ ĐTĐ týp 1 vào khoảng 7% - 8% tổng số người mắc bệnh ĐTĐ. Tỷ lệ mắc bệnh giữa 2 giới tương đương nhau trong suốt các độ tuổi nhưng ở độ tuổi trên 60 thì có khuynh hướng hơi tăng hơn ở nam so với nữ [1]. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân được chọn có chủ đích nên tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ týp 1 và 2 có khác biệt so với các nghiên cứu trước nhưng tỷ lệ ĐTĐ týp 1 là khá thấp. Tương tự như vậy, tỷ lệ bệnh nhân nam là khá cao so với nữ [1].

Bảng 3.2. Đặc điểm về tuổi và thời gian mắc bệnh

Týp ĐTĐ	Tuổi trung bình	Thời gian phát hiện bệnh
Chung	45,35 ± 15,68	8,24 ± 4,15
Đái tháo đường týp 1	30,17 ± 7,73	9,67 ± 6,21
	Tuổi thấp nhất 25	Ngắn nhất 4 năm
	Tuổi cao nhất 41	Lâu nhất 21 năm
Đái tháo đường týp 2	50,57 ± 8,34	5,86 ± 2,93
	Tuổi thấp nhất 45	Ngắn nhất 3 năm
	Tuổi cao nhất 75	Lâu nhất 12 năm

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm ĐTĐ týp 2 cao hơn so với týp 1. Thời gian phát hiện bệnh của týp 1 dài hơn của týp 2.

Các bệnh nhân được lựa chọn có mục đích để tiến tới ghép tụy, thận cho nên thời gian phát hiện bệnh khá cao so với các nghiên cứu trước đây ở trong và ngoài nước [2], [4]: thời gian phát hiện bệnh trung bình là 8,24 năm; týp 1 là 9,67 năm và týp 2 là 5,68 năm.

3.2. Đặc điểm về kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân nghiên cứu.

Bảng 3.3. Đặc điểm về triệu chứng hạ glucose máu

Týp ĐTĐ	Týp 1 (n = 6)	Týp 2 (n = 14)	Tổng	Tỷ lệ %
Triệu chứng LS				
Không có triệu chứng	3	6	9	45
Có triệu chứng	3	8	11	55

Nhận xét: có 55% bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng của hạ glucose máu. Mặc dù các bệnh nhân được theo dõi và điều trị tại bệnh viện, nhưng vẫn có đến 55% bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng của hạ glucose máu ở mức độ khác nhau. Điều này có thể thấy rằng với những bệnh nhân đái tháo đường nhiều năm, chức năng tuyến tụy suy giảm đồng thời với việc có tổn thương biến chứng nhiều cơ quan nên khả năng điều hòa glucose máu nói chung của hệ thống đã ảnh hưởng nghiêm trọng [1], [2].

Bảng 3.4. Hạ glucose máu được phát hiện bằng xét nghiệm

Týp ĐTĐ	Týp 1 (n = 6)	Týp 2 (n = 14)	Tổng	Tỷ lệ %
Glucose (mmol/L)				
Không hạ (> 3,8)	0	4	4	20
Có hạ (≤ 3,8)	6	10	16	80

Nhận xét: Có 80% số bệnh nhân có cơn hạ glucose máu được phát hiện bằng xét nghiệm; tất cả bệnh nhân đái tháo đường týp 1 đều có hạ glucose máu.

Khi đánh giá bằng xét nghiệm cho thấy việc hạ glucose máu ở bệnh nhân ĐTĐ trong nhóm nghiên cứu ở mức độ rõ rệt hơn với 80% ở bệnh nhân ĐTĐ trong đó bệnh nhân ĐTĐ týp 1 là 100% bệnh nhân đều có cơn hạ glucose máu. Kết quả này cũng phản ánh một thực tế là thực sự chức năng tụy nội tiết ở bệnh nhân ĐTĐ dù là týp 1 hay týp 2 cũng đã đều suy giảm khó có thể điều chỉnh được ở những bệnh nhân bị bệnh nhiều năm [2], [3].

Bảng 3.5. Số lần hạ glucose máu trong 1 tuần ở các bệnh nhân

Số lần	0	1	2 - 6	≥ 7
Týp				
Týp 1 (n = 6)	0	1	4	1

Týp 2 (n=14)	4	3	7	0
Tổng (n=20)	4	4	11	1
Tỷ lệ %	20	20	55	5

Nhận xét: Có 20% bệnh nhân có 1 lần hạ glucose máu trong tuần; 55% có 2 - 6 lần/tuần và có 1 bệnh nhân là nhiều hơn 7 lần/tuần.

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân bị ĐTĐ nhiều năm không chỉ đơn thuần có nguy cơ hạ glucose máu mà còn là một trong những biến chứng rất thường gặp (16/20 bệnh nhân) [2],[3]. Hơn nữa có đến 60% số bệnh nhân có số lần hạ glucose máu nhiều lần trong tuần; đặc biệt có 1 bệnh nhân trung bình 1 ngày có hơn 1 lần xuất hiện hạ glucose máu, trong đợt điều trị. Các bệnh nhân lựa chọn trong nghiên cứu đều dựa trên một số tiêu chuẩn chọn bệnh nhân chuẩn bị ghép tạng. Chính vì điều này, mà tần suất xuất hiện biến chứng hạ glucose máu cũng cao hơn nhiều so với các nghiên cứu khác.

Bảng 3.6. Đặc điểm sử dụng thuốc Insulin

Chỉ tiêu		Týp 1 (n=6)	Týp 2 (n=14)	Tỷ lệ (%)
Thời gian dùng (năm)	< 1	0	2	10
	1 - 5	1	3	20
	5 < - ≤ 10	3	8	55
	> 10	2	1	15
	Trung bình	6,24± 2,6		
Liều insulin trung bình (IU/ngày)		45,14 ± 23,70		
Liều cao nhất – thấp nhất (IU/ngày)		30 - 110		

Nhận xét: 100% bệnh nhân sử dụng insulin với liều trung bình 45,14 đơn vị/ngày. Tỷ lệ bệnh nhân dùng insulin > 5 năm là 70%.

Tất cả bệnh nhân đều cần phải sử dụng insulin hàng ngày để kiểm soát glucose máu, đây là biện pháp nội khoa cuối cùng có thể áp dụng để điều trị cho bệnh nhân ĐTĐ. Kết quả này cho thấy nhóm bệnh nhân nghiên cứu ở giai đoạn muộn của điều trị nội khoa và cũng phù hợp với lý thuyết bệnh sinh của ĐTĐ và các nghiên cứu trước đây [2], [5].

Bảng 3.7. Đặc điểm kiểm soát glucose máu và HbA1C

Chỉ tiêu	Số lượng (n =20)	Tỷ lệ (%)
Nồng độ Glucose máu lúc đói (mmol/L)	Tốt (4 - 6,1)	0
	Chấp nhận (6,1 - < 7)	3
	Kém (≥ 7)	17
	Nồng độ trung bình	10,51 ± 3,42
Nồng độ Glucose máu sau ăn 2 tiếng (mmol/L)	Tốt (< 8)	0
	Chấp nhận (8 – 10)	4
	Kém (> 10)	16
	Nồng độ trung bình	14,65 ± 4,35
HbA1C (%)	Tốt (< 6,5)	0
	Chấp nhận (6,5 ≤ - < 7,5)	0
	Kém (≥ 7,5)	20
	Trung bình	8,85 ± 2,03

Nhận xét: 85% bệnh nhân kiểm soát glucose máu ở mức kém (theo nồng độ glucose máu lúc đói) với nồng độ glucose máu trung bình là 10,51mmol/L. 100% bệnh nhân ĐTĐ có tình trạng kiểm soát glucose máu kém (theo chỉ số HbA1C) với mức HbA1C trung bình là 8,85%.

Hầu hết các bệnh nhân ĐTĐ sau thời gian dài bị bệnh thì khả năng kiểm soát glucose máu giảm dần, mặc dù họ vẫn khá tuân thủ chế độ ăn cũng như chế độ điều trị. Chính vì điều đó mà họ phải tăng liều thuốc, kết hợp thuốc và thay đổi biện pháp điều trị [1],[3]. Đa số bệnh nhân của nhóm nghiên cứu đều không kiểm soát tốt glucose máu theo tiêu chí nồng độ glucose máu

lúc đói (85%) với giá trị trung bình là: 10,51mmol/L; hoặc theo nồng độ glucose máu sau ăn (80%) với giá trị trung bình là: 14,65 mmol/L. Toàn bộ bệnh nhân không kiểm soát tốt khi xét theo tiêu chí HbA1C với giá trị trung bình là: 8,85%. Điều này cho thấy bệnh nhân của nhóm nghiên cứu đã ở giai đoạn muộn, khó kiểm soát được glucose máu. Khả năng kiểm soát còn khó khăn hơn khi các bệnh nhân đều phải sử dụng insulin ở liều khá cao 45,14±23,70 đơn vị/ngày, trong đó có bệnh nhân dùng đến 110 đơn vị/ngày và nhiều lần trong ngày (bảng 3.6).

Khả năng kiểm soát glucose máu kém ở trên các bệnh nhân bị bệnh lâu ngày còn biểu hiện

bởi glucose máu dao động nhiều với biên độ lớn. Bên cạnh các thời điểm glucose máu cao, thì cũng có các thời điểm glucose máu lại thấp thậm chí là hạ glucose máu và có thể ảnh hưởng đến tính mạng của bệnh nhân [1],[2]. Đặc điểm này cũng được phát hiện ở phần lớn các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu. Bảng 3.5 và 3.6 cho thấy có 55% số bệnh nhân của nhóm nghiên cứu xuất hiện các triệu chứng của hạ glucose máu trên lâm sàng và 80% bệnh nhân hạ glucose máu khi theo dõi glucose máu. Hơn nữa, kết quả nghiên cứu cho thấy có khá nhiều bệnh nhân (60%) có nhiều lần hạ glucose máu trong 1 tuần theo dõi (bảng 3.5). Trong đó có 1 bệnh ĐTĐ typ 1 có đến hơn 7 lần hạ glucose máu trong tuần. Chính vì sự khó kiểm soát glucose máu ở các bệnh nhân này mà hầu hết các nghiên cứu đều cho rằng khả năng kiểm soát glucose máu và sự xuất hiện các cơn hạ glucose máu là những yếu tố quan trọng trong chỉ định lựa chọn bệnh nhân ghép tụy [7]. Việc sử dụng insulin tiêm có thể cung được đầy đủ về mặt số lượng nhưng chưa thể đáp ứng được đầy đủ nhu cầu insulin của bệnh nhân theo từng thời điểm. Chính vì vậy, mà nhóm bệnh nhân này luôn có biên độ dao động của glucose máu là lớn; đặc biệt có các thời điểm hạ glucose máu nhưng nồng độ glucose máu trung bình vẫn cao [5],[6].

Các nghiên cứu trước đây trên thế giới đã số đều thống nhất rằng với nhóm bệnh nhân ĐTĐ đã sử dụng insulin nhưng vẫn không kiểm soát được glucose máu thì ghép tụy được cho là giải pháp tốt nhất [6],[7].

IV. KẾT LUẬN

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI THỰC TRẠNG BỆNH SÂU RĂNG, MẤT RĂNG Ở ĐỐI TƯỢNG NGƯỜI CAO TUỔI TẠI TỈNH ĐẮK LẮK

Lê Nguyễn Bá Thu¹, Trương Mạnh Dũng¹, Ngô Văn Toàn¹
Trần Văn Đáng², Nguyễn Vũ Giáp¹, Nguyễn Thị Kim Chung³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích một số yếu tố liên quan tới thực trạng bệnh sâu răng, mất răng ở đối tượng người

Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều khó kiểm soát glucose máu ở các mức độ khác nhau dù đã được sử dụng insulin đầy đủ dưới sự theo dõi của nhân viên y tế với:

- + Nồng độ glucose máu lúc đói: $10,51 \pm 3,42\text{mmol/L}$
- + Nồng độ glucose máu sau ăn: $14,65 \pm 4,35\text{mmol/L}$
- + HbA1C: $8,85 \pm 2,03\%$

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bình Tạ Văn (2009)**, "Mục tiêu điều trị bệnh đái tháo đường", Khuyến cáo về bệnh Đái tháo đường, Vol pp. Hội Nội tiết và Đái tháo đường Việt Nam, NXBYH, tr. 93-94.
2. **Quang Thái Hồng (2012)**, Thực hành lâm sàng bệnh đái tháo đường. Nhà xuất bản y học.
3. **Vân Nguyễn Khoa Diệu (2012)**, Nội tiết học trong thực hành lâm sàng. Nhà xuất bản y học.
4. **Bartos V., Vanek I., Saudek F., Pavel P., Vondra K., and Kocandrlle V. (1987)**, "Preparation and implementation of pancreas transplantation programme in diabetic patients", Czechoslovak medicine, Vol 10, pp.39-46.
5. **Dean P. G., Kudva Y. C., and Stegall M. D. (2008)**, "Long-term benefits of pancreas transplantation", Current opinion in organ transplantation, Vol 13, pp.85-90.
6. **Freise C. E., Narumi S., Stock P. G., and Melzer J. S. (1999)**, "Simultaneous pancreas-kidney transplantation: an overview of indications, complications, and outcomes", The Western journal of medicine, Vol 170, pp.11-18.
7. **Gruessner A. C., and Sutherland D. E. (2005)**, "Pancreas transplant outcomes for United States (US) and non-US cases as reported to the United Network for Organ Sharing (UNOS) and the International Pancreas Transplant Registry (IPTR) as of June 2004", Clinical transplantation, Vol 19, pp.433-455.

¹Trường Đại Học Y Hà Nội.

²Trường Cao Đẳng Y Tế Bình Dương.

³Đại học Thủ Dầu Một-Bình Dương.

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyễn Bá Thu

Email: lenguyenbathu@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/7/2017

Ngày phản biện khoa học: 10/8/2017

Ngày duyệt bài: 20/8/2017

cao tuổi. **Đối tượng nghiên cứu:** 1350 người. **Phương pháp:** thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Các đối tượng chải răng dưới hai lần/ngày có nguy cơ sâu răng cao gấp 1,10 lần (OR=1,10, 95%CI: 1,07-1,14) so với các đối tượng chải răng từ hai lần trở lên. Các đối tượng 65-74 tuổi và ≥75 tuổi có nguy cơ mất răng cao lần lượt gấp 2,01 và 3,77 lần so với các đối tượng 60-64 tuổi. Các đối tượng chải răng dưới hai lần/ngày có nguy cơ mất răng cao gấp 1,08 lần so với các đối tượng chải răng từ hai lần trở lên.

Từ khóa: Bệnh sâu răng, mất răng, yếu tố liên quan, người cao tuổi, Đắk Lắk.

SUMMARY**SOME FACTORS RELATED TO STATUS OF TOOTH DECAY, TOOTH LOSS IN ELDERLY PEOPLE IN DAK LAK PROVINCE**

Objective: Analyzing some factors related to the status of tooth decay, tooth loss in the elderly. Study subjects: 1350 people **Method:** cross section description. **Result:** Subjects who brushed their teeth less than twice a day had a 1.10-fold risk of tooth decay (OR = 1.10, 95% CI: 1.07-1.14) compared to subjects who brushed teeth two or more times a day. The subjects aged 65-74 and ≥75 (equal or greater than 75) years old were at higher risk of losing teeth at 2.01 and 3.77 times, respectively, than subjects aged 60-64 years. Subjects who brushed their teeth less than twice a day are 1.08 times more likely to suffer from tooth loss than those who brush twice or more times.

Keywords: tooth decay; tooth loss; related factors; elderly people, Daklax.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây do ảnh hưởng của già hoá dân số, số lượng người cao tuổi (NCT) tại khu vực Tây Nguyên tăng nhanh. Sự gia tăng số lượng NCT đặt ra thách thức lớn cho ngành y tế trong công tác chăm sóc sức khỏe NCT trong đó có chăm sóc sức khỏe răng miệng (SKRM) [1],[2],[3]. Chăm sóc SKRM cho NCT đang ngày càng được coi trọng.

Trong các bệnh răng miệng, sâu răng là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất gây mất răng ở đối tượng này. Sâu răng là một bệnh tiến triển phức tạp có nhiều yếu tố liên quan, đó là các yếu tố nguy cơ khiến bệnh nhân dễ mắc bệnh cũng như làm nặng bệnh khi có những yếu tố này, các yếu tố này cũng ảnh hưởng đến quá trình điều trị bệnh [4]. Để giải quyết triệt để bệnh sâu răng cũng như dự phòng thì tìm hiểu về các yếu tố ảnh hưởng đến bệnh là cần thiết để đưa ra được những khuyến cáo hữu ích nhằm phục vụ tốt hơn công tác chăm sóc sức khỏe răng miệng cho NCT tại khu vực. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Phân tích một số yếu tố liên quan tới thực trạng bệnh sâu răng, mất răng ở đối tượng NCT tại tỉnh Đắk Lắk.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Là NCT (theo luật NCT của Việt Nam năm 2009 quy định: NCT là công dân Việt Nam từ 60 tuổi trở lên, không phân biệt nam, nữ).

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Quốc tịch Việt Nam; Sống tại địa bàn tỉnh Đắk Lắk trong thời gian điều tra; Đồng ý, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Không thỏa mãn tiêu

chẩn lựa chọn

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Đây là một phần của đề tài cấp Bộ: "Nghiên cứu thực trạng bệnh răng miệng ở người cao tuổi Việt Nam". Thời gian nghiên cứu: từ tháng 07/2014 đến tháng 07/2017.

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho việc ước tính một tỷ lệ trong quần thể [5]:

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

Áp dụng công thức, tính được cỡ mẫu cần cho nghiên cứu là 1288 NCT, thực tế nghiên cứu tiến hành điều tra trên 1350 NCT.

2.4. Cách chọn mẫu: Tỉnh Đắk Lắk được chọn có chủ đích đại diện cho một vùng sinh thái.

Áp dụng kỹ thuật chọn 30 chùm theo từng bước [6]: Lập danh sách các xã, phường trong tỉnh Đắk Lắk. Tính khoảng cách mẫu (K): K = 6116

- Chọn chùm nghiên cứu: Cỡ mẫu cho mỗi chùm là: 1350/30 = 45 NCT.

- Chọn đối tượng nghiên cứu: chọn ngẫu nhiên đơn khoảng 45 NCT từ danh sách đó cho đến khi đủ số lượng đối tượng tham gia nghiên cứu.

*** Một số tiêu chuẩn đánh giá tình trạng răng:** theo chỉ số sâu mất trám răng (SMTR).

2.6. Công cụ thu thập số liệu: Bộ khay khám răng: khay quả đậu, gương, thám châm, gắp. Dụng cụ để khử khuẩn. Thiết bị nha khoa di động. Hóa chất, vật liệu trám (GIC Fuji IX của G.C). Máy lấy cao siêu âm của hãng ART. Các dụng cụ khác: đèn pin, giấy lau, bông, găng tay, phiếu điều tra răng miệng, mô hình răng, tranh ảnh...

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: phần mềm EPI DATA 3.1 và SPSS 20.0 được sử dụng để phân tích số liệu theo phương pháp thống kê y học [7].

2.8. Sai số và biện pháp không chế sai số

2.8.1. Sai số: Sai số đo lường có thể xuất hiện do bộ công cụ và phương pháp khám lâm sàng không thống nhất giữa các bác sỹ.

2.8.2. Biện pháp khắc phục: Bộ dụng cụ khám được kiểm tra kỹ lưỡng đạt tiêu chuẩn. Thống nhất phương pháp khám lâm sàng, ghi bệnh án, ký hiệu sử dụng được thống nhất cho tất cả bác sỹ.

2.9. Đạo đức nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu đã được phê duyệt bởi hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội số 159/HDDDDHYHN. Mọi thông tin thu thập được đảm bảo bí mật cho đối tượng lựa chọn, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu, và sự phê duyệt của địa phương và các cấp lãnh đạo có liên quan.

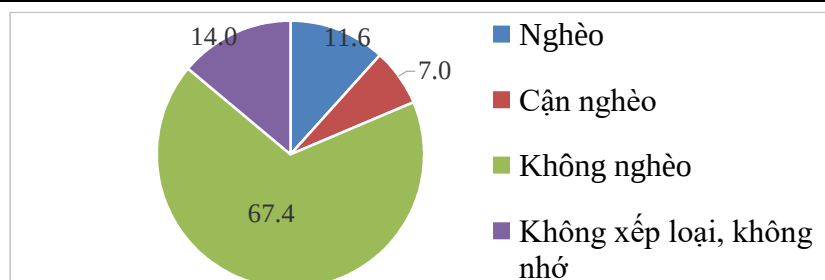
III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Phân bố giới, nhóm tuổi, địa dư ở người cao tuổi

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	531
	Nữ	819
Nhóm tuổi	60-64 tuổi	321
	65-74 tuổi	526
	≥75 tuổi	503
Địa dư	Nội thành	567
	Ngoại thành	783
Tổng	1350	100,0

Bảng 3.2. Phân bố trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân ở người cao tuổi

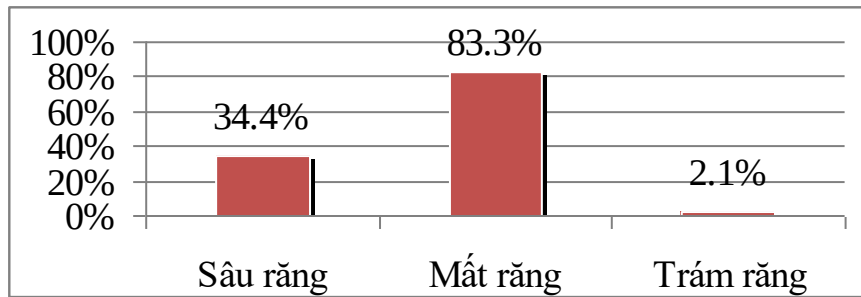
Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ %
Trình độ học vấn	Không biết chữ	376
	Học hết tiểu học	594
	Học hết bậc THPT	288
	Trình độ từ trung cấp trở lên	92
Nghề nghiệp	Nông dân	879
	Công nhân	122
	Công chức/viên chức	175
	Nghề khác	174
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	39
	Có vợ chồng	967
	Ly dị	8
	Góa bụa	331
	Ly thân	5
Tổng	1350	100,0

**Biểu đồ 3.1. Phân bố điều kiện kinh tế gia đình ở người cao tuổi****Bảng 3.3. Chỉ số sâu, mất, trám theo giới tính ở người cao tuổi**

Giới		Chỉ số			
		Sâu răng	Mất răng	Trám răng	SMT
Nam (n=531)	Số răng	517	3879	20	4416
	X	0,97	7,31	0,04	8,31
Nữ (n=819)	Số răng	733	6994	44	7771
	X	0,89	8,54	0,05	9,48
Tổng (n=1350)	Số răng	1250	10873	64	12187
	X	0,93	8,05	0,05	9,02

Bảng 3.4. Chỉ số sâu, mất, trám theo nhóm tuổi ở người cao tuổi (n=1350)

Nhóm tuổi		Chỉ số			
		Sâu răng	Mất răng	Trám răng	SMT
(1) 60-64 (n=321)	Số răng	319	1563	23	1905
	X	0,99	4,87	0,07	5,93
(2) 65-74 (n=526)	Số răng	463	3437	21	3921
	X	0,88	6,53	0,04	7,45
(3) ≥75 (n=503)	Số răng	468	5873	20	6361
	X	0,93	11,68	0,04	12,63

**Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ sâu, mất, trám răng ở người cao tuổi****Bảng 3.5. Chỉ số sâu, mất, trám theo địa dư ở người cao tuổi (n=1350)**

Địa dư		Chỉ số			
		Sâu răng	Mất răng	Trám răng	SMT
Nội thành (n=567)	Số răng	515	4086	47	4648
	X	0,91	7,21	0,08	8,2
Ngoại thành (n=783)	Số răng	735	6787	17	7539
	X	0,94	8,67	0,02	9,62

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa một số yếu tố và tình trạng sâu răng ở người cao tuổi

Đặc điểm	Sâu răng (%)	Hồi quy đơn biến		Hồi quy đa biến	
		OR	95%CI	OR	95%CI
Giới tính: Nam	36,9	1,20	0,95-1,50	1,11	0,87-1,43
Nữ*	32,8	1	-	1	-
Nhóm tuổi: 60-64*	36,1	1	-	1	-
65-74	33,5	0,89	0,66-1,19	0,91	0,68-1,23
≥75	34,4	0,93	0,69-1,24	0,86	0,62-1,18
Địa dư: Nội thành	34,6	1,01	0,80-1,27	1,13	0,89-1,44
Ngoại thành*	34,4	1	-	1	-
Trình độ học vấn: Dưới THPT*	34,1	1	-	1	-
THPT trở lên	35,3	1,03	0,91-1,16	1,02	0,87-1,20
Nghề nghiệp chính trước đây					
Nông dân và nghề khác*	34,0	1	-	1	-
Công chức/Viên chức	37,1	1,07	0,91-1,26	1,06	0,87-1,29
Tình trạng hôn nhân: Có vợ chồng	35,7	1,22	0,94-1,57	1,16	0,88-1,54
Độc thân, ly dị, góa bụa, ly thân*	31,3	1	-	1	-
Điều kiện kinh tế: Nghèo, cận nghèo, khác*	31,6	1	-	1	-
Không nghèo	35,8	1,10	0,97-1,24	1,09	0,96-1,24
Số lần chải răng/ngày: Từ hai lần trở lên*	26,5	1	-	1	-
Dưới hai lần	42,4	2,04	1,62-2,58	1,10	1,07-1,14

*Nhóm so sánh

Bảng 3.7. Mối liên quan giữa một số yếu tố và tình trạng mất răng ở người cao tuổi

Đặc điểm	Mất răng (%)	Hồi quy đơn biến		Hồi quy đa biến	
		OR	95%CI	OR	95%CI
Giới tính: Nam	80,2	0,70	0,52-0,93	0,79	0,57-1,08
Nữ*	85,4	1	-	1	-
Nhóm tuổi: 60-64*	70,4	1	-	1	-
65-74	82,9	2,04	1,46-2,83	2,01	1,43-2,82
≥75	92,1	4,87	3,25-7,27	3,77	2,46-5,79
Địa dư: Nội thành	81,1	0,76	0,57-1,02	0,79	0,58-1,09
Ngoại thành*	84,9	1	-	1	-
Trình độ học vấn: Dưới THPT*	86,0	1	-	1	-
THPT trở lên	76,6	0,73	0,63-0,85	0,98	0,81-1,19
Nghề nghiệp chính trước đây					
Nông dân và nghề khác*	84,5	1	-	1	-
Công chức/Viên chức	75,4	0,75	0,62-0,91	0,95	0,75-1,19
Tình trạng hôn nhân: Có vợ chồng	80,7	0,46	0,32-0,67	0,7	0,46-1,05

Độc thân, ly dị, góa bụa, ly thân*	90,1	1	-	1	-
Điều kiện kinh tế: Nghèo, cận nghèo, khác*	87,5	1	-	1	-
Không nghèo	81,3	0,79	0,67-0,93	0,87	0,73-1,03
Số lần chải răng/ngày: Từ hai lần trở lên*	78,0	1	-	1	-
Dưới hai lần	88,6	2,20	1,62-2,97	1,08	1,03-1,12

*Nhóm so sánh

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số yếu tố liên quan tới bệnh sâu răng

Kết quả hồi quy logistic đơn biến cho thấy số lần chải răng/ngày là có liên quan đến tình trạng sâu răng ở NCT (OR=2,04; 95%CI: 1,62-2,58), các yếu tố còn lại đều không có mối liên quan với bệnh sâu răng. Các đối tượng chải răng dưới hai lần có nguy cơ mắc bệnh sâu răng cao hơn 2,04 lần so với chải răng từ hai lần trở lên. Kết quả hồi quy logistic đa biến cho thấy các đối tượng chải dưới hai lần có nguy cơ mắc bệnh sâu răng cao gấp 1,10 lần so với chải từ hai lần trở lên, (OR=1,10; 95%CI: 1,07-1,14).

Ngày nay các kiến thức về chăm sóc răng miệng thường được phổ biến qua các phương tiện truyền thông đại chúng, mọi người đều có khả năng được tiếp cận với thông tin như nhau, nên ít có sự chênh lệch trong nhận thức về chăm sóc răng miệng giữa các đối tượng có trình độ học vấn hay điều kiện kinh tế khác nhau, do đó tỷ lệ sâu răng giữa các nhóm đối tượng trên không khác nhau nhiều. Chải răng là một biện pháp đơn giản loại bỏ mảng bám, giúp phòng ngừa bệnh sâu răng. Tuy nhiên, số lần chải răng/ngày không quan trọng bằng thời điểm chải răng. Các bác sỹ Răng Hàm Mặt thường khuyên bệnh nhân nên chải răng sau các bữa ăn 30 phút.

4.2. Một số yếu tố liên quan tới bệnh mất răng

Kết quả hồi quy logistic đơn biến cho thấy giới tính, nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, điều kiện kinh tế và số lần chải răng/ngày đều có mối liên quan với bệnh mất răng. Nam giới ít có nguy cơ mất răng hơn nữ giới; nhóm tuổi 65-74 có nguy cơ mất răng cao gấp 2,04 lần so với nhóm tuổi 60-44. Tương tự nhóm tuổi ≥ 75 có nguy cơ mất răng cao gấp 4,87 lần so với nhóm tuổi 60-44. NCT làm công chức/viên chức ít có nguy cơ mất răng hơn so với NCT là nông dân và nghề khác. Nhóm có vợ chồng ít có nguy cơ mất răng hơn nhóm độc thân, ly dị, góa bụa, ly thân. Nhóm hộ gia đình không nghèo ít có nguy cơ mất răng hơn nhóm hộ gia đình nghèo, cận nghèo, khác. Nhóm chải răng dưới hai lần có nguy cơ mất răng gấp 2,20 lần so với nhóm chải răng từ hai lần trở lên.

Nghề nghiệp và học vấn thường có sự tương tác qua lại với nhau, những người có nghề

ng nghiệp ổn định, thu nhập khá thường có trình độ học vấn cao hơn và ngược lại những người học vấn thấp thường làm những nghề vất vả và lao động tay chân như nông dân, buôn bán. Nghề nghiệp và trình độ văn hóa liên quan rất nhiều đến vấn đề nhận thức của con người. Khi nhận thức được đúng vấn đề, NCT sẽ nắm bắt được những việc nên làm, cần làm và từ đó thực hành một cách đúng đắn. Điều này giảm đi đáng kể những rủi ro có thể xảy ra. Mặc dù sự khác biệt về nghề nghiệp và trình độ văn hóa không ảnh hưởng đến tỷ lệ mất răng cao hay thấp, nhưng nó góp phần đáng kể vào việc giúp con người nắm bắt được thông tin, đây là bước đầu để họ có thái độ đúng đắn từ đó thay đổi hành vi. Trình độ học vấn hoặc trình độ chuyên môn của NCT có liên quan đến việc lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Hầu hết người được đào tạo trung học chuyên nghiệp, cao đẳng hoặc cao hơn sử dụng dịch vụ trong bệnh viện.

Mô hình hồi quy đa biến đã được hiệu chỉnh với các biến: nhóm tuổi, giới tính, địa dư, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, điều kiện kinh tế và số lần chải răng/ngày lại cho thấy chỉ có nhóm tuổi và số lần chải răng/ngày là những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến bệnh mất răng. Nhóm tuổi 65-74 có nguy cơ mất răng cao gấp 2,01 lần so với nhóm tuổi 60-44 (OR=2,01, 95%CI: 1,43-2,82). Tương tự nhóm tuổi ≥ 75 có nguy cơ mất răng cao gấp 3,77 lần so với nhóm tuổi 60-44 (OR=3,77, 95%CI: 2,46-5,79). Nhóm chải răng dưới hai lần có nguy cơ mất răng gấp 1,08 lần so với nhóm chải răng từ hai lần trở lên (OR= 1,08, 95%CI: 1,03-1,12).

Tuổi càng cao, khả năng tự vệ sinh răng miệng bị giảm sút, NCT ít quan tâm đến tình trạng SKRM của bản thân, tâm lý tuổi cao mắc bệnh là chuyện bình thường, ít đi khám bác sỹ Răng Hàm Mặt để làm phục hình răng, hàm giả, nhu cầu điều trị bệnh răng miệng của từng cá thể cũng thấp. Bên cạnh đó, quá trình lão hóa sinh lý răng miệng ở NCT vẫn tiến triển nên nguy cơ mất răng sẽ tăng cao ở NCT.

V. KẾT LUẬN

- Các đối tượng chải răng dưới hai lần/ngày có nguy cơ sâu răng cao gấp 1,10 lần (OR=1,10,

95%CI: 1,07-1,14) so với các đối tượng chải răng từ hai lần trở lên.

- Các đối tượng 65-74 tuổi và ≥ 75 tuổi có nguy cơ mất răng cao lần lượt gấp 2,01 lần (OR=2,01, 95%CI: 1,43-2,82) và 3,77 lần (OR=3,77, 95%CI: 2,46-5,79) so với các đối tượng 60-64 tuổi.

- Các đối tượng chải răng dưới hai lần/ngày có nguy cơ mất răng cao gấp 1,08 lần (OR=1,08, 95%CI: 1,03-1,12) so với các đối tượng chải răng từ hai lần trở lên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (2015).** Già hoá và sức khỏe ở Việt Nam và khu vực Tây Thái Bình Dương hệ quả chính sách và ưu tiên hành động. *Hội thảo chính sách Y tế cho người cao tuổi*, Vĩnh Phúc, 02/12/2015.
2. **Uy ban Quốc gia về người cao tuổi Việt Nam (2016).** *Tình hình và kết quả thực hiện công tác*

người cao tuổi năm 2016. Tình hình và kết quả thực hiện công tác người cao tuổi năm 2016 và phương hướng, nhiệm vụ năm 2017.

3. **Bệnh viện Lão khoa Trung ương (2015).** Già hóa dân số - Những thách thức đối với công tác chăm sóc sức khỏe người cao tuổi. *Hội thảo chính sách Y tế cho người cao tuổi*, Vĩnh Phúc, 02/12/2015.
4. **Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ẩn và Trịnh Đình Hải (2002).** *Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 12-18.
5. **Lưu Ngọc Hoạt (2014).** *Cỡ mẫu và cách chọn mẫu*. Nghiên cứu khoa học trong y học, Nhà xuất bản Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 108-124, 124-125, 161-172.
6. **Trương Mạnh Dũng và Ngô Văn Toàn (2013).** *Nha khoa cộng đồng*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, tr. 33-40, 107-113.
7. **Hoàng Văn Minh (2014).** *Thống kê ứng dụng và phân tích số liệu*, Phương pháp nghiên cứu khoa học y học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 24-80.

PHÁT HIỆN CÁC CHỦNG *ENTEROBACTERIAE* SINH CARBAPENEMASE VÀ KIỂU GEN LIÊN QUAN KHÁNG KHÁNG SINH CỦA CHỦNG PHÂN LẬP TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103 NĂM 2015

Bùi Thanh Thuyết*, Hà Thị Thu Vân**,
Nguyễn Văn An**, Lê Thu Hồng**, Nguyễn Thái Sơn**

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1). Phát hiện các chủng *Enterobacteriaceae* sinh carbapenemase gây bệnh phân lập được tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2015 đến tháng 12/2015; (2). Xác định kiểu gen sinh carbapenemase ở một số chủng *Enterobacteriaceae* phân lập được. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả các chủng *Enterobacteriaceae* kháng với kháng sinh thuộc nhóm carbapenem được phân lập từ mẫu bệnh phẩm tại Bệnh viện Quân Y 103 từ 01/2015 đến 12/2015. Nghiên cứu mô tả về tính kháng kháng sinh kết hợp với phân tích Labo (giải trình tự toàn bộ hệ gen của chủng sinh carbapenemase). **Kết quả và kết luận:** Đã phân lập được 04 chủng *Enterobacteriaceae* sinh carbapenemase (CPE: Carbapenemase Producing *Enterobacteriaceae*) chiếm 18,18% số chủng *Enterobacteriaceae* kháng với kháng sinh carbapenem và chiếm 2,61% tổng số chủng *Enterobacteriaceae* phân lập được. Cả 4 chủng CPE phân lập được đều là *K.pneumoniae* (100%). Kết quả giải trình tự toàn bộ hệ gen cho thấy 100% số chủng sinh carbapenemase đều

mang gen NDM-1, SHV-11; 2 chủng mang gen OXA-1, blaCTX-M-15 (50%) đều là chủng *K. pneumoniae*; 2 chủng mang gen blaCTX-M-27 (50%).

Từ khóa: Enterobacteriaceae, carbapenemase, blaCTX-M-15, blaCTX-M-27, OXA-1, NDM-1.

SUMMARY

DETECTION *ENTEROBACTERIACEAE* PRODUCES CARBAPENEMASE AND THEIR GENOTYPE IN THE MILITARY HOSPITAL 103 IN 2015

Objective: (1) To isolate Carbapenemase Producing *Enterobacteriaceae* (CPE) strains at the Military Hospital 103 in 2015; (2) To identify the genotype of the isolated Carbapenemase Producing *Enterobacteriaceae* strains. **Subjects and Methods:** All of isolated *Enterobacteriaceae* strains which resisted Carbapenem antibiotics at the 103 hospital in 2015. Antibiotic resistance *Enterobacteriaceae* strains were described by using the descriptive study combining with Laboratory testing (whole genome sequencing method). **Results and conclusion:** Total of 4 carbapenemase producing *Enterobacteriaceae* strains were identified, accounted for 18.18% (4/22) of Carbapenem resistance *Enterobacteriaceae* and approximately 2.61% (4/153) of total isolated *Enterobacteriaceae*. All of the 4 CPE were *K.pneumoniae* (100%). The genome sequencing results indicated that 100% CPE carrying the NDM-1, SHV-11 gene, two (50%) strains carrying the OXA-1,

*Bệnh viện TƯQĐ 108

**Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thanh Thuyết

Email: buithanhthuyet78@gmail.com

Ngày nhận bài: 3/7/2017

Ngày phản biện khoa học: 31/7/2017

Ngày duyệt bài: 15/8/2017

blaCTX-M-15 (*K. pneumoniae*), and two (50%) strains carrying the gene blaCTX-M-27.

Keywords: Enterobacteriaceae, carbapenemase, blaCTX-M-15, blaCTX-M-27, OXA-1.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự gia tăng tỷ lệ kháng thuốc kháng sinh của các vi khuẩn hiện nay đã trở thành một vấn đề toàn cầu, kháng kháng sinh không chỉ với các bệnh nhân điều trị nội trú mà cả với bệnh nhân điều trị ngoại trú. Trong đó *Enterobacteriaceae* kháng kháng sinh carbapenem đang là thách thức lớn nhất cho vấn đề điều trị hiện nay. Carbapenem từ khi ra đời đến nay vẫn được coi là các kháng sinh để dành cho điều trị các nhiễm trùng do các chủng sinh ESBL hoặc các chủng kháng với cephalosporin. Các chủng *Enterobacteriaceae* sinh carbapenemase (Carbapenemase Producing *Enterobacteriaceae* - CPE) kháng carbapenem ngày càng được phát hiện ở nhiều cơ sở chăm sóc sức khỏe ở hầu hết các quốc gia trên thế giới. Năm 2013, tại một số nước châu Âu có khoảng 1% chủng *E. coli* kháng carbapenem và khoảng 2-7 % chủng *K. pneumoniae* kháng carbapenem [1]. Ở Mỹ năm 2012, tỷ lệ *E. coli* kháng carbapenem vào khoảng 2%, và có khoảng 1-21 % chủng *K. pneumoniae* kháng carbapenem [2]. Ở Ấn Độ, có sự gia tăng đáng kể tỷ lệ *E. coli* kháng carbapenem, từ 10% năm 2008 lên 13% năm 2013 [3].

Chính vì vậy, việc nghiên cứu tính kháng sinh và kiểu gen sinh carbapenemase của một số chủng *Enterobacteriaceae* hết sức có ý nghĩa và cần thiết, giúp nâng cao hiểu biết và chẩn đoán sớm các chủng kháng, để từ đó có các biện pháp kiểm soát nhiễm trùng do *Enterobacteriaceae* hiệu quả hơn. Với lý do đó, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này nhằm mục tiêu: (1) Phát hiện các chủng *Enterobacteriaceae* sinh carbapenemase phân lập được tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2015 đến tháng 12/2015; (2) Xác định kiểu gen sinh

carbapenemase ở một số chủng *Enterobacteriaceae* phân lập được.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Tất cả các chủng *Enterobacteriaceae* kháng với kháng sinh thuộc nhóm carbapenem được phân lập từ bệnh nhân tại Bệnh viện Quân Y 103 từ 01/2015 đến 12/2015

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả về tính kháng kháng sinh kết hợp với phân tích Labo (giải trình tự toàn bộ hệ gen của chủng sinh carbapenemase).

2.3. Quy trình nghiên cứu:

- Dựa trên kết quả kháng sinh đồ của các chủng vi khuẩn phân lập được thực hiện trên máy tự động Vitek 2 - Compact theo khuyến cáo của CLSI (Clinical and Laboratory Standards Institute) [4];

- Kỹ thuật sàng lọc chủng *Enterobacteriaceae* sinh enzym Carbapenemase: các chủng *Enterobacteriaceae* không nhạy cảm với kháng sinh nhóm carbapenem được tiến hành phát hiện khả năng sinh enzym carbapenemase theo kỹ thuật ức chế carbapenem cải tiến [5]

- Kỹ thuật giải trình tự toàn bộ hệ gen các chủng *Enterobacteriaceae*: các chủng *Enterobacteriaceae* sinh carbapenemase được tiến hành giải trình tự toàn bộ hệ gen theo thường quy của bộ kit Nextera XT DNA Library Preparation Kit trên máy giải trình tự MiSeq.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và quản lý bằng phần mềm Excel, các thuật toán được thực hiện trên phần mềm SPSS stastic 22.0, mega 7.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Kết quả ở bảng 1 cho thấy số chủng *Enterobacteriaceae* sinh carbapenemase xác định được là 4, chiếm 18,18% (4/22) số chủng *Enterobacteriaceae* kháng với kháng sinh carbapenem và chiếm 2,61% (4/153) tổng số chủng *Enterobacteriaceae* phân lập được.

Bảng 1. Các vi khuẩn Enterobacteriaceae sinh carbapenemase phân lập được

Loài vi khuẩn	VK phân lập được (N)	VK kháng carbapenem(n)	Vi khuẩn sinh Carbapenemase	
			(-)	(+)
<i>E. coli</i>	70	4	4	0
<i>K. pneumoniae</i>	40	7	3	4
<i>E. aerogenes</i>	18	8	8	0
<i>Proteus sp</i>	6	2	2	0
<i>E. cloacae</i>	4	0	0	0
<i>Enterobacteriaceae</i> khác (*)	15	1	1	0
Tổng	153	22 (14,37 %)	18	4 (2,61 %)

(*): *Erwadiella tarda*, *Morganella morganii*, *Salmonella spp*, *Serratia fonticola*, *Providencia rettgeri*.

Tỉ lệ chủng *Enterobacteriaceae* kháng Carbapenem và tỉ lệ chủng CPE phân lập được trong nghiên cứu cao hơn so với nghiên cứu của Seok Hoon Jeong và cộng sự (tương ứng 3,0% và 0,6%) [6], cũng cao hơn so với nghiên cứu của Trần Huy Hoàng và cộng sự tiến hành từ năm 2010 đến 2012 tại Hà Nội (1,68%) [7].

Cả 4 chủng CPE phân lập được đều là *K.pneumoniae* (chiếm tỷ lệ 100%). Tỷ lệ chủng CPE cao hơn so với nghiên cứu của Trần Huy Hoàng và cộng sự tiến hành từ năm 2010 đến 2012 tại Hà Nội (tương ứng 19,15% và 2,13%) [7]

Bảng 2. Kiểu gen sinh carbapenemase của chủng *Enterobacteriaceae* phân lập được

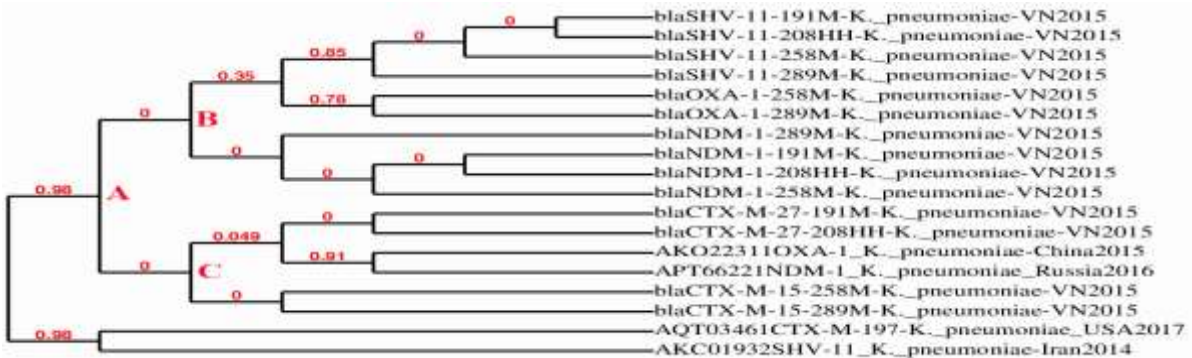
Vi khuẩn	Kiểu gen sinh carbapenemase					
	blaCTX-M-15	blaCTX-M-27	blaSHV-11	OXA-1	NDM-1	DHA -1
<i>K. pneumoniae</i>	2	2	4	2	4	2

Kết quả giải trình tự toàn bộ hệ gen cho thấy 100% số chủng sinh carbapenemase đều mang gen NDM- 1, SHV- 11. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Trần Huy Hoàng và cộng sự tiến hành từ năm 2010 đến 2012 tại Hà Nội (tỉ lệ tương ứng là 55,5% và 25%) [7]; 2 chủng mang gen OXA-1, blaCTX- M- 15 (chiếm tỷ lệ 50%) 2 chủng mang gen blaCTX-M- 27 (chiếm tỷ lệ 50%).

Bảng 3. So sánh độ tương đồng kiểu gen sinh carbapenemase với ngân hàng gen

Kiểu gen sinh Carbapenemase	Vị trí đột biến nucleotide	Tương đồng với genBank (%)
blaCTX-M-15	3541- 4416; 108- 983	99,66 (AQT03461)
blaCTX-M-27	62- 937	99,66 (AQT03461)
blaSHV-11	60478- 61338; 128822- 129682; 28187- 29038; 115841- 116701;	99,65 (AKC01932)
OXA-1	638- 1468	100 (AKO22311)
NDM-1	7705- 8517; 16608- 17320	99,63 (APT66221)

Kết quả ở bảng 3 cho thấy, các chủng CPE mang kiểu gen blaCTX-M-15 ở vị trí đoạn nucleotit 3541- 4416; 108- 983, các chủng CPE mang kiểu gen blaCTX-M-27 ở vị trí đoạn nucleotit 62- 937; các chủng CPE mang kiểu gen blaSHV-11 ở vị trí đoạn nucleotit 60478- 61338; 128822- 129682; 28187- 29038; 115841- 116701; các chủng CPE mang kiểu gen OXA- 1 ở vị trí nucleotit 638- 1468; các chủng CPE mang kiểu gen NDM- 1 ở vị trí đoạn nucleotit 7705- 8517; 16608- 17320. Tất cả các chủng CPE mang các kiểu gen trên với độ tương đồng 100% so với ngân hàng gen.



Hình 1. Cây gia hệ của chủng CPE mega 7.0

Hình 1 cho thấy, cây gia hệ phân đoạn gen sinh carbapenemase được xây dựng trên 4 chủng *K. pneumoniae* được phân lập tại bệnh viện Quân Y 103 năm 2015. Kết quả cho thấy các chủng *K. pneumoniae* được phân lập trong nghiên cứu này có cùng nguồn gốc với các chủng từ Trung Quốc, Nga và có sự phân ly phản ánh mức độ tiến hóa theo thời gian. Các chủng phân lập tại Việt Nam có xu hướng biến đổi nhiều hơn so với các chủng có cùng nguồn gốc ở các nước khác.

IV. KẾT LUẬN

4 chủng *Enterobacteriaceae* sinh carbapenemase (CPE) phân lập được trong nghiên cứu đều là *K.pneumoniae* chiếm 18,18%

số chủng *Enterobacteriaceae* kháng với kháng sinh carbapenem và chiếm 2,61% tổng số chủng *Enterobacteriaceae* phân lập được.

Kết quả giải trình tự toàn bộ hệ gen cho thấy

4 chủng sinh carbapenemase đều mang gen NDM-1, SHV-11.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **CDC (2014)**, *Antimicrobial resistance interactive database*. EARS-net
2. **CDC (2013)**, *Antibiotic resistance threats in the United States*.
3. **CDDEP (2015)**, *The state of the world's antibiotics*
4. **CLSI**, *Performance standards for antimicrobial susceptibility testing; Twenty - third informational supplement*. Vol. M100-S23. 2013.
5. **Yamada, K., et al. (2017)**, "Evaluation of the modified carbapenem inactivation method and sodium mercaptoacetate-combination method for the detection of metallo- β -lactamase production by carbapenemase-producing Enterobacteriaceae", *Journal of microbiological methods*, 132, p. 112-115.
6. **Jeong, S.H. and e. al (2016)**, *Prevalence and Molecular Characteristics of Carbapenemase-Producing Enterobacteriaceae From Five Hospitals in Korea Ann Lab Med*, 36(6): p.529- 35.
7. **Tran, H., et al.(2015)**, "Common isolation of New Delhi metallo-beta-lactamase 1-producing Enterobacteriaceae in a large surgical hospital in Vietnam", *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, 34(6), p. 1247-1254.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM CÁC HÀNH VI GÂY NGUY HIỂM Ở BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT THỂ PARANOID

Nguyễn Văn Dũng*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn hành vi xuất hiện ở các bệnh nhân loạn thần thường là hậu quả do các triệu chứng rối loạn tâm thần khác nhau gây ra. **Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm các hành vi nguy hiểm ở bệnh nhân tâm thần phân liệt thể Paranoid. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu có hồi cứu 70 bệnh nhân được chẩn đoán là Tâm thần phân liệt thể Paranoid theo tiêu chuẩn của ICD – 10 (F20.0) với 35 Bệnh nhân điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Bệnh viện Bạch Mai và 35 bệnh nhân điều trị nội trú tại Viện Giám định Pháp y Trung ương từ 5/2015-12/2015. Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê toán học qua chương trình EPIINFO. **Kết quả:** hành vi hung bạo (82,58%), như dùng dao đâm chém chiếm tỷ lệ cao nhất 44,93%. Bệnh nhân thường nhắm vào những người thân thích gây tử vong: 54,45%, gây thương tích: 76,93%, tiếp đến là những người xung quanh sống chung cộng đồng gây tử vong: 45,45%, gây thương tích: 23,07%. Hành vi tự sát không thành chiếm 12,84%. Hành vi tự huỷ hoại thân thể một cách ghê sợ. Thời điểm có hành vi nguy hiểm ở giai đoạn bệnh đang tiến triển: 81,42%. **Kết luận:** Người bệnh TTPL thường có những hành vi nguy hại đối với bản thân và những người xung quanh như: Gây rối, phạm pháp, đi lang thang, tự sát... Hậu quả bệnh TTPL làm giảm sút nghiêm trọng chất lượng cuộc sống của người bệnh và bản thân họ trở thành mối gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Từ khóa: TTPL= Tâm thần phân liệt. BN= bệnh nhân.

SUMMARY

STUDY THE CHARACTERISTICS OF ENDANGERED BEHAVIORS IN PATIENTS PARANOID PARANOID MENTALITY

Background: Behavioral disorders occurring in psychotic patients are often the result of various psychotic disorders. **Objective:** To study the characteristics of dangerous behavior in paranoid schizophrenic patients. **Methods:** A prospective, retrospective study of 70 patients diagnosed with ICD-10 (F20.0) paranoid paranoid onset with 35 inpatient treatment at the Institute of Mental Illness Bach Mai Hospital and 35 inpatient treatment at the National Institute of Forensic Medicine from 5/2015-12/2015. The data is processed according to the mathematical statistical method through the EPIINFO program. **Outcome:** Violent behavior (82.58%), such as the use of stabbing knife occupies the highest rate of 44.93%. Patients often target dead relatives: 54.45%, injuries: 76.93%, followed by people living in the community causing death: 45.45%, causing injury: 23.07 %. Suicide offenses accounted for 12.84%. Self-destructive behavior is 2.75%. The dangerous behavior of Paranoid schizophrenia patients is often: sudden, irrational, irrelevant, fragmentary, incomprehensible and incomprehensible. Patients are often abruptly attacked by relatives, neighbors, suicides, or self-destructive bodies. The time of dangerous behavior at the onset of the disease is 81.42%. **Conclusion:** People with schizophrenia often have harmful behaviors for themselves and others such as: disturbance, delinquency, wandering, suicide... The consequences of schizophrenia seriously diminish the substance The lives of the sick and themselves become a burden to the family and society.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thực hành lâm sàng tâm thần, việc quản lý, chăm sóc và điều trị cho các bệnh nhân rối loạn tâm thần người ta rất coi trọng các biểu

*Viện sức khỏe tâm thần- Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng
Email: drdungbm@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 1.6.2017
Ngày phản biện khoa học: 31.7.2017
Ngày duyệt bài: 7.8.2017

hiện rối loạn hành vi. Các rối loạn hành vi thường gây ra nhiều hậu quả cho bản thân bệnh nhân, gia đình và xã hội, nhất là rối loạn hành vi ở bệnh nhân loạn thần thì hậu quả khôn lường. Rối loạn hành vi ở đây có thể gây ra những hậu quả đặc biệt nghiêm trọng như tự sát, phá phách, đốt nhà, giết người, gây thiệt hại về vật chất, căng thẳng về tinh thần và ảnh hưởng đến sức khỏe của mọi thành viên trong gia đình người bệnh, gây mất trật tự và an toàn xã hội, gây nguy hiểm đến tính mạng và thiệt hại đến tài sản của những người xung quanh.

Bệnh tâm thần phân liệt chiếm từ 0,5 - 1% dân số. Bệnh nhân tâm thần phân liệt thể Paranoid chiếm từ 40 - 60% trên tổng số bệnh nhân tâm thần phân liệt. Tuy số bệnh nhân loạn thần nói chung và tâm thần phân liệt thể Paranoid nói riêng đã được quản lý và điều trị tích cực. nhưng các rối loạn hành vi đặc biệt là các hành vi nguy hiểm cho xã hội vẫn chiếm tỷ lệ cao. Theo Denhixenko S.G (1962), tỷ lệ bệnh nhân tâm thần có hành vi nguy hiểm cho xã hội chiếm 12% tổng số bệnh nhân nhập viện.

III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo tuổi.

Độ tuổi	Nhóm		Nhóm điều trị nội trú		Tổng số	%
	n	%	n	%		
< 14	0	0	0	0	0	0
15 - 24	4	11,43	11	31,43	15	31,43
25 - 34	17	48,57	14	40,00	31	44,28
35 - 44	8	22,86	6	17,14	14	20,00
> 45	6	17,14	4	11,43	10	14,28
Cộng	35	100	35	100	70	100

Nhận xét: Ở thời điểm nghiên cứu độ tuổi từ 25-34 chiếm tỷ lệ cao nhất (44,28%) và không gặp trường hợp nào dưới 14 tuổi.

Bảng 3.2: Phân nhóm bệnh nhân nghiên cứu theo giai đoạn bệnh.

Tình trạng bệnh	Nhóm		Nhóm điều trị nội trú		Tổng số	%
	n	%	n	%		
Bệnh đang tiến triển	27	77,14	30	85,71	57	81,42
Bệnh đang trong giai đoạn ổn định	8	22,86	5	14,29	13	18,58
Cộng	35	100	35	100	70	100

Nhận xét: Người bệnh TTPL thể paranoid có hành vi nguy hiểm trong giai đoạn bệnh đang tiến triển có tỷ lệ cao hơn giai đoạn bệnh ổn định 57/70 trường hợp (81,42%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,01$)

Bảng 3.3: tỷ lệ yếu tố bệnh lý, ngoại lai thúc đẩy hành vi nguy hiểm của người bệnh TTPL thể paranoid.

Các yếu tố	Nhóm		Nhóm điều trị nội trú		Tổng số	%
	n	%	n	%		
Do bệnh lý chi phối	29	82,85	30	85,71	59	84,29
Do yếu tố ngoại lai thúc đẩy	6	17,15	5	14,29	11	15,71
Cộng	35	100	35	100	70	100

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh TTPL thể Paranoid có hành vi nguy hiểm do yếu tố bệnh lý chi phối cao hơn yếu tố ngoại lai hoặc tâm lý 59/70 trường hợp (84,29%), (sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P < 0,01$).

Thời gian gần đây đã có thêm nhiều nghiên cứu về hậu quả của bệnh TTPL, song cho đến nay vấn đề này vẫn còn mang tính thời sự, đặc biệt đối với bệnh nhân TTPL thể Paranoid là một thể chiếm tỷ lệ cao của bệnh TTPL. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài: nghiên cứu đặc điểm các hành vi nguy hiểm ở bệnh nhân TTPL thể Paranoid với mục tiêu sau: *Nghiên cứu đặc điểm các hành vi nguy hiểm ở bệnh nhân tâm thần phân liệt thể Paranoid.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiền cứu có hồi cứu 70 bệnh nhân được chẩn đoán là Tâm thần phân liệt thể Paranoid theo tiêu chuẩn của ICD – 10 (F20.0) với 35 Bệnh nhân điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Bệnh viện Bạch mai và 35 bệnh nhân điều trị nội trú tại Viện Giám định Pháp y Trung ương từ 5/2015-12/2015. có dùng một số trắc nghiệm tâm để sàng lọc. Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê toán học qua chương trình EPIINFO.

Bảng 3.4 : Số trường hợp có hành vi nguy hiểm do bệnh lý chi phối trong cả 2 nhóm nghiên cứu.

Bệnh lý chi phối	Nhóm	Nhóm giám định		Nhóm điều trị nội trú		Tổng số	%
		n	%	n	%		
Do hoang tưởng bị hại + chi phối		15	42,86	14	40	29	41,43
Do hoang tưởng các loại		5	14,29	6	17,14	11	15,71
Do hoang tưởng bị hại + ảo giác		3	8,57	5	14,29	8	11,43
Do hoang tưởng các loại + ảo giác		2	5,72	2	5,72	4	5,71
Do ảo giác		1	2,86	3	8,57	4	5,71
Do kích động TLVĐ		1	2,86	0	0	1	1,43
Cộng		24	77,16	30	85,72	57	81,42

Nhận xét: Các triệu chứng bệnh lý chi phối hành vi nguy hiểm trong bệnh TTPL thể Paranoid chủ yếu là những triệu chứng rối loạn hoạt động tư duy. Trong đó chủ yếu là hoang tưởng bị hại, bị chi phối chiếm 57 14% trên tổng số 57 trường hợp có triệu chứng bệnh lý chi phối.

Bảng 3.5: Các yếu tố ngoại lai thúc đẩy hành vi nguy hiểm trong giai đoạn bệnh tiến triển.

Các yếu tố ngoại lai	Nhóm	Nhóm giám định		Nhóm điều trị nội trú		Tổng số
		n	%	n	%	
Gia đình		1		1		2
Xã hội		2		1		3
Tâm lý		0		1		1
Cộng		3		3		6

Nhận xét: Trong sáu trường hợp trên có: 3 trường hợp do yếu tố xã hội. 2 trường hợp do yếu tố gia đình. 1 trường hợp do yếu tố tâm lý.

Bảng 3.6: Các phương tiện và hình thức bệnh nhân thường sử dụng khi có hành vi nguy hiểm.

Các phương tiện và hình thức	Nhóm	Nhóm giám định		Nhóm điều trị nội trú		Tổng số	%
		n	%	n	%		
Dùng dao đâm chém		24	50,00	25	40,98	49	44,93
Dùng gậy, cành cây		5	10,42	6	9,83	11	10,01
Dùng búa đập		4	8,33	4	6,56	8	7,34
Nhảy xuống ao tự sát		0	0	2	3,28	2	1,83
Dùng dây thắt cổ		0	0	8	13,11	8	7,34
Uống thuốc ngủ tự sát		1	2,08	3	4,92	4	3,67
Đắm đá		2	4,17	4	6,56	6	5,50
Dùng lửa đốt		1	2,08	1	1,64	2	1,83
Dùng súng, chất nổ		1	2,08	0	0	1	0,92
Dùng tay bóp cổ		1	2,08	1	1,64	2	1,83
Dùng răng bừa đập		1	2,08	0	0	1	0,92
Dùng bộ cào bộ		1	2,08	0	0	1	0,92
Dìm xuống nước		1	2,08	1	1,64	2	1,83
Trộm cắp tài sản		1	2,08	1	1,64	2	1,83
Hiếp dâm trẻ em		1	2,08	0	0	1	0,92
Dùng đục		1	2,08	1	1,64	2	1,83
Dùng võ đập		1	2,08	1	1,64	2	1,83
Dùng đá đập		1	2,08	1	1,64	2	1,83
Hình thức khác		0	2,08	3	4,92	3	2,75
Cộng		48	100	61	100	109	100

Nhận xét: Từ bảng trên cho ta thấy các phương tiện và hình thức nguy hiểm nhân TTPL thể Paranoid rất đa dạng nhưng dùng dao đâm chém là chủ yếu (44,93%) cao hơn hẳn rất nhiều so với tỷ lệ các hình thức nguy hiểm khác $P < 0,01$.

Bảng 3.7: Hậu quả, tác hại do hành vi nguy hiểm của bệnh nhân gây ra.

Hậu quả	Nhóm	Nhóm giám định		Nhóm điều trị nội trú		Tổng số	%
		n	%	n	%		
Gây chết người		30	51,72	3	4,42	33	26,19
Gây thương tích		22	37,93	30	44,12	52	41,27

Gây thiệt hại tài sản	2	3,44	14	20,58	16	12,70
Gây rối loạn trật tự trị an	3	5,27	8	11,76	11	8,73
Tự sát không thành	1	1,72	13	19,12	14	11,11
Cộng	58	100	68	100	126	100

Nhận xét: Bảng trên cho ta thấy hậu quả do hành vi nguy hiểm của bệnh nhân TTPL thể Paranoid gây ra cho người thân trong gia đình, hàng xóm và cộng đồng là chết người và gây thương tích cao hơn hẳn tỷ lệ các hậu quả khác với $P < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh tâm thần phân liệt thể Paranoid là thể chiếm tỷ lệ cao nhất của bệnh TTPL, chiếm từ 42,31 - 60% tổng số bệnh nhân TTPL, nó mang đặc điểm chung của bệnh TTPL là một bệnh loạn thần nặng nhất, tiến triển mãn tính, hay tái phát và làm mất sức lao động nặng nề, chi phí cho việc chăm sóc điều trị rất tốn. Trong 70 bệnh nhân TTPL thể Paranoid có hành vi nguy hiểm có 82,85% là nam, 17,25% là nữ, ở nhóm giám định không có trường hợp nữ nào, ở nhóm điều trị nội trú nữ chiếm 34,29%.

Bảng 1. Trong nghiên cứu này số bệnh nhân TTPL thể Paranoid có hành vi nguy hiểm sau khi đã mắc bệnh từ 1-5 năm là 58,57% thấp hơn so với số liệu của Trần Văn Cường (74%), nhưng so với số liệu của nhiều tác giả nước ngoài là rất cao. Điều này có thể vì ở nước ta dân trí chung so với các nước phát triển còn thấp, sự hiểu biết về bệnh TTPL nói chung và bệnh TTPL thể Paranoid nói riêng còn hạn chế. Mặt khác do điều kiện kinh tế còn hạn hẹp nên các dịch vụ chăm sóc và điều trị bệnh tâm thần chưa phát triển, bệnh nhân không được phát hiện sớm và điều trị chuyên khoa kịp thời nên không hạn chế được những hành vi nguy hiểm của bệnh nhân TTPL thể Paranoid.

Bảng 2. Về giai đoạn tiến triển và giai đoạn ổn định của bệnh TTPL thể Paranoid. Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy bệnh nhân TTPL thể Paranoid gây án trong giai đoạn bệnh tiến triển chiếm tỷ lệ cao 81,42% ($P < 0,01$), số trường hợp gây án ở giai đoạn bệnh ổn định là 18,58%. Vì trong giai đoạn bệnh nhân TTPL thể Paranoid tiến triển cấp tính các biểu hiện loạn thần (Hoang tưởng, ảo giác) rầm rộ thường chi phối hành vi của bệnh nhân nên bệnh nhân dễ có hành vi nguy hiểm. Số liệu trong nghiên cứu này tương đối phù hợp với nghiên cứu của Trần Văn Cường (giai đoạn bệnh tiến triển là 76% và giai đoạn ổn định là 24%).

Bảng 3. Các yếu tố dẫn đến các hành vi nguy hiểm. Trong phần đặc điểm lâm sàng của bệnh TTPL thể Paranoid đã đề cập đến một vài khía cạnh của yếu tố liên quan đến hành vi nguy hiểm của bệnh TTPL thể Paranoid như: Bệnh TTPL thể Paranoid có hành vi nguy hiểm có tỷ lệ

cao trong các thể bệnh TTPL nói chung. Về giới tính: Đa số bệnh nhân TTPL thể Paranoid có hành vi nguy hiểm là nam giới. Về thời gian: Số bệnh nhân có hành vi nguy hiểm từ 1 - 5 năm kể từ khi khởi phát bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất. Về dân tộc: Dân tộc kinh chiếm đa số. Về nghề nghiệp: Đa phần bệnh nhân TTPL thể Paranoid có hành vi nguy hiểm là nông dân và không nghề nghiệp.

Bảng 4. Về các yếu tố bệnh lý thúc đẩy hành vi nguy hiểm. Thể Paranoid là thể chủ yếu của bệnh TTPL nó chiếm từ 42,31 - 60%, vì vậy những hành vi nguy hiểm do thể này gây ra cũng chiếm tỷ lệ cao nhất. Trong 70 trường hợp TTPL thể Paranoid có hành vi nguy hiểm 59 trường hợp (84,29%) do yếu tố bệnh lý chi phối và 11 trường hợp (15,71%) do yếu tố ngoại lai hoặc tâm lý thúc đẩy.

Các triệu chứng bệnh lý chi phối hành vi nguy hiểm gồm: Hoang tưởng bị hại, Hoang tưởng bị chi phối 29 trường hợp chiếm 41,43%. Hoang tưởng các loại 11 trường hợp chiếm 15,71%. Hoang tưởng bị hại + ảo giác 8 trường hợp chiếm 11,43%. Hoang tưởng các loại + ảo giác 4 trường hợp chiếm 5,71%. Các triệu chứng rối loạn tri giác chủ yếu là ảo thanh ra lệnh, các hoang tưởng ở bệnh nhân TTPL thể Paranoid thường tương đối nổi trội, ổn định và tập chung nhiều vào hoang tưởng bị truy hại, bị chi phối (41,43%), các hoang tưởng khác cũng có thường tỷ lệ ít hơn và có ảo giác kèm theo. Về mặt thời gian các hoang tưởng này tồn tại trong suốt thời gian bệnh tiến triển từ trên 1 tháng hay lâu hơn và trong cả các đợt bệnh tái phát. Hành vi nguy hiểm của bệnh nhân TTPL thể Paranoid thường mang tính chất chung của bệnh nhân TTPL là tính đột ngột, phi lý, tính chất không liên quan rời rạc, tính thiếu hòa hợp rõ nét. Bệnh nhân TTPL thể Paranoid thường đột ngột tấn công vào những người xung quanh, tự sát hoặc tự huỷ hoại thân thể một cách ghê sợ.

Bảng 5. Về yếu tố ngoại lai và tâm lý thúc đẩy hành vi nguy hiểm. Trong giai đoạn bệnh đang tiến triển, yếu tố xã hội chiếm 50% các yếu tố tâm lý hoặc ngoại lai, thúc đẩy hành vi nguy hiểm của bệnh nhân TTPL thể Paranoid. Các yếu

tổ này bao gồm: Phản ứng tâm lý cho rằng bệnh của mình quá nặng không chữa khỏi dẫn đến hành vi tự sát, đánh lại bệnh nhân khác trong khoa khi có xô xát cướp thức ăn hoặc tấn công lại những người xung quanh khi xin thức ăn họ không cho hoặc bị xúc phạm, coi thường, ở nhóm giám định thường thêm phản ứng tâm lý xung đột dẫn đến chống đối người thi hành công vụ, xô xát đánh nhau với bạn bè hoặc người xung quanh, thù hằn ghen tuông vô lý. Yếu tố gia đình chiếm 33,33% tổng số trường hợp, bao gồm những xung đột trong các mối quan hệ với người thân như quan hệ Bố Mẹ, vợ chồng, anh em ruột. Trong giai đoạn bệnh tiến triển bệnh nhân còn nhiều triệu chứng loạn thần như tư duy, cảm xúc, hành vi còn rối loạn. Vì vậy những mâu thuẫn dù là nhỏ cũng là yếu tố không thuận lợi dẫn đến hành vi nguy hiểm mà ở người bình thường có thể kìm chế được. Trong giai đoạn bệnh đang tiến triển hành vi nguy hiểm thường là kết hợp giữa hai yếu tố: Bệnh lý chi phối và ngoại lai thúc đẩy.

Bảng 6. Đặc điểm và tính chất hành vi nguy hiểm ở bệnh nhân TTPL thể Paranoid. TTPL nói chung thường mang tính xung động xảy ra đột ngột và mãnh liệt nên bệnh nhân thường sử dụng những vật dễ kiếm, gần tầm tay (dao, gậy, cành cây, búa, v.v...). Hành vi nguy hiểm ở đây thường có tính chất bất ngờ và hung bạo trong nhiều trường hợp không thể lường trước được. Sự hung bạo là hành vi nguy hiểm chiếm tỷ lệ cao nhất: 82,58%, bệnh nhân thường nhắm vào những người thân thích trong gia đình gây tử vong: 54,45%, gây thương tích: 76,93%, tiếp đến là những người xung quanh hoặc sống chung cộng đồng gây tử vong: 45,45%, gây thương tích: 23,07%. Tự sát không thành bằng các hình thức khác nhau là hành vi nguy hiểm đứng hàng thứ hai chiếm 12,84%. Tự huỷ hoại thân thể là hành vi nguy hiểm có tỷ lệ thấp nhất: 2,75%. Bệnh nhân TTPL thể Paranoid thường có hành vi nguy hiểm ở giai đoạn bệnh đang tiến triển chiếm tỷ lệ 81,42%. Các phương tiện thường dùng nhất là dùng dao đâm chém (44,93%), tiếp theo là dùng gậy đập phá (10,01%), dùng búa cũng gặp tỷ lệ 7,34%. Ngoài ra các hình thức khác để tự sát nhưng không thành như nhảy xuống ao, dùng dây thắt cổ, uống thuốc ngủ cũng chiếm tỷ lệ là 12,84% chủ yếu ở nhóm điều trị nội trú. Điều này phù hợp với các nghiên cứu. Hành vi nguy hiểm của bệnh nhân TTPL thể Paranoid do bệnh lý chi phối hoặc do yếu tố ngoại lai, tâm lý thúc đẩy nên khi

hành động bệnh nhân thường dùng những vật dụng sẵn có, gần nhất ít khi có sự chuẩn bị nên phương tiện họ dùng thường là những vật dụng hàng ngày như dao, gậy, búa, v.v...

Bảng 7. Về hậu quả các hành vi nguy hiểm ở bệnh nhân TTPL thể Paranoid gây ra. Bệnh nhân TTPL thể Paranoid là một thể chủ yếu của bệnh TTPL vì vậy hậu quả của những bệnh nhân này gây ra cũng là nhiều hơn cả. 70 trường hợp trong nghiên cứu này đã gây tử vong cho 33 người, gây thương tích cho 52 người phần đa là những người thân thích trong gia đình như Bố, Mẹ, Vợ, Con, Anh chị em ruột. Số nạn nhân bị tử vong là 33 thì người thân gia đình là 18 và 15 là những đối tượng khác. Số nạn nhân bị thương tích là 52, trong đó số người thân trong gia đình là 40, đối tượng khác là 12. Số liệu này hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của các tác giả

V. KẾT LUẬN

Đứng hàng đầu là các hành vi hung bạo (82,58%), những phương tiện bệnh nhân thường sử dụng khi có hành vi nguy hiểm là những vật dụng sẵn có và dễ sử dụng trong sinh hoạt hàng ngày, dùng dao đâm chém chiếm tỷ lệ cao nhất 44,93%. Bệnh nhân thường nhắm vào những người thân thích gây tử vong: 54,45%, gây thương tích: 76,93%, tiếp đến là những người xung quanh sống chung cộng đồng gây tử vong: 45,45%, gây thương tích: 23,07%.

Đứng hàng thứ hai là các hành vi tự sát không thành bằng các hình thức khác nhau như: uống thuốc ngủ tự sát, dùng dây thắt cổ, nhảy xuống ao tự sát chiếm 12,84%.

Đứng hàng sau cùng là các hành vi tự huỷ hoại thân thể như: dùng dao cứa cổ, cứa tay, cứa bộ phận sinh dục có tỷ lệ 2,75%.

Hành vi nguy hiểm của bệnh nhân TTPL thể Paranoid thường mang những tính chất sau: đột ngột, phi lý, không liên quan rời rạc, thiếu hoà hợp và khó hiểu. Bệnh nhân thường đột ngột tấn công vào những người thân, người xung quanh, tự sát hoặc tự huỷ hoại thân thể một cách ghê sợ. Thời điểm có hành vi nguy hiểm ở bệnh nhân TTPL thể Paranoid thường gặp ở giai đoạn bệnh đang tiến triển: 81,42%. Số lần có hành vi nguy hiểm gặp nhiều nhất từ 1-2 lần: 77,98%. Nguyên nhân do bệnh lý chi phối có tỷ lệ cao 59/70 trường hợp (84,29%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Tổ chức y tế thế giới.** Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD - 10) về các rối loạn tâm thần và hành vi. Tổ chức y tế thế giới - Geneva - 1992: 51 - 63.

2. P. Bernard, p. de Grave. Les schizophrénies résistantes. Revue mensuelle des psychiatres des hôpitaux - 1993: 1- 13.
3. P. Beaudry et C. Lagrange. Urgences - tentatives de suicide psychothérapie. Actualités psychiatriques - 1994: 1 - 19.
4. American Psychiatric association. DSM - IV - 1994: 273 - 292
5. Harol D.I. Kaplan, Benjamin J. Sadock. Schizophrenia. POCKET HENDBOOK of clinical psychopharmacology - 1990: 57 - 71.172-178
6. Richard I. Shader, David J. Greenblatt, The role of serotonin in schizophrenia and place of Serotonin I Dopamin Antagonist Antipsychotics. Journal of clinical psychopharmacology - 1995: 1 - 50.
7. Trần Văn Cường. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và yếu tố thúc đẩy hành vi phạm tội ở bệnh nhân TTPL gặp trong giám định PYTT. Luận án phó tiến sĩ khoa học y dược - 1996: 25 - 72.

CHẤP NHẬN VÀ TUÂN THỦ PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ THỞ ÁP LỰC DƯƠNG LIÊN TỤC TRONG HỘI CHỨNG NGỪNG THỞ DO TẮC NGHẼN KHI NGỦ

Nguyễn Thanh Bình* và cs

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá sự chấp nhận, sự tuân thủ điều trị và mô tả các tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị bằng thở áp lực dương liên tục trong hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu theo dõi trên 42 bệnh nhân gồm 34 nam, 8 nữ mắc hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn mức độ trung bình và nặng, chỉ số giảm thở ngừng thở từ 15 cơn/ giờ trở lên, có chỉ định điều trị thở áp lực dương liên tục. Mỗi bệnh nhân theo dõi 3 tháng kể từ lúc bắt đầu điều trị. Thông tin thu thập qua hỏi bệnh nhân và từ thẻ nhớ trong máy. Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân không chấp nhận điều trị là 23,81%. Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị trong ba tháng là 68, 75%. Tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là khô miệng 21,87%, dò khí do mặt nạ 18,75%, cảm giác ngạt thở 18,75%. **Kết luận:** Giáo dục về bệnh và phương pháp điều trị rất cần thiết, từ đó giúp bệnh nhân chấp nhận và tuân thủ phương pháp điều trị thở áp lực dương liên tục, nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân mắc hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ.

Từ khóa: hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ, điều trị bằng thở áp lực dương liên tục, chấp nhận, tuân thủ điều trị.

SUMMARY

THE ACCEPTANCE AND COMPLIANCE WITH CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE (CPAP) TREATMENT FOR OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME

Purpose: to assess the acceptance and compliance of treatment and describe the side effect of CPAP in obstructive sleep apnea syndrome.

*Bộ môn Thần kinh, Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Bình
Email: nguyenminhben@gmail.com
Ngày nhận bài: 1.6.2017
Ngày phản biện khoa học: 21.8.2017
Ngày duyệt bài: 25.8.2017

Method: the follow up study was carried out in 42 patients, including 34 males, 8 females who diagnosed obstructive sleep apnea syndrome at moderate and severe grade, apnea-hypopnea index (AHI) not less than 15 events per hour, were indicated treatment by CPAP. Each patient was followed up 3 months since CPAP treated. The information was collected by asking patients and taking data from memory card. **Results:** the rate of patients who did not accept CPAP treatment was 23,81%. The rate of good compliance patients in 3 months was 68,75%. The common side effect of CPAP was dry mouth 21,87%, gas leakage 18,75%, feeling choking 18,75%. **Conclusion:** The education about the obstructive sleep apnea syndrome and CPAP treatment was necessary in order to help patients easily in acceptance and compliance the CPAP treatment for improving the quality of treatment in obstructive sleep apnea.

Key word: obstructive sleep apnea syndrome, treatment by CPAP, acceptance, compliance treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ là một bệnh lý được biết đến từ cuối năm 1950 với biểu hiện lâm sàng là ngáy to, gián đoạn bởi những đợt ngừng thở, giảm biên độ hô hấp do xẹp hoàn toàn hoặc một phần hạ hầu. Nguyên lý chính của điều trị hội chứng này là duy trì đường hô hấp trên mở rộng khi ngủ. Sullivan và cộng sự là những người đầu tiên công bố phương pháp điều trị thở áp lực dương liên tục và cho đến nay phương pháp này vẫn là phương pháp điều trị chuẩn cho hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ mức độ trung bình và nặng. Mặc dù có hiệu quả cao, nhưng điều trị thở áp lực dương liên tục vẫn còn gặp rất nhiều khó khăn do sự dung nạp máy và các tác dụng không mong muốn [1], [2], [3]. Ở Việt nam, hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn bắt đầu được quan tâm nhiều hơn, các bệnh nhân đã được chẩn đoán và áp dụng điều trị thở áp lực dương

liên tục. Tuy nhiên việc theo dõi điều trị vẫn chưa được chú ý và nghiên cứu nhiều. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá sự chấp nhận, tuân thủ điều trị và mô tả các tác dụng không mong muốn của phương pháp thở áp lực dương liên tục trong điều trị hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ để từ đó có các khuyến cáo hợp lý cho công tác điều trị bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 42 bệnh nhân. Các bệnh nhân đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn sau:

- Trên 18 tuổi được chẩn đoán là ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ theo tiêu chuẩn của Hiệp hội giấc ngủ Mỹ mức độ trung bình và nặng.
- Có chỉ định điều trị thở áp lực dương liên tục.

Nghiên cứu tiến hành tại Phòng điện não đồ Video và Giấc ngủ của Bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 1 năm 2014 đến tháng 12 năm 2016.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

- Là nghiên cứu tiến cứu, mỗi bệnh nhân theo dõi trong vòng 3 tháng kể từ khi bắt đầu điều trị.

Bảng 3.1. Tỷ lệ chấp nhận điều trị

Chấp nhận điều trị	Số lượng bệnh nhân (n=42)	Tỷ lệ %
Không chấp nhận điều trị	10	23,81
Chấp nhận điều trị thử 1 tuần	32	76,19
Chấp nhận điều trị trong 1 tháng	26	61,9
Chấp nhận điều trị trong 3 tháng	24	57,14
Cảm nhận tốt về hiệu quả tức thì của bệnh nhân (n=32)	25	78,13

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân chấp nhận điều trị là 76,19%. Tỷ lệ bệnh nhân chấp nhận điều trị lâu dài trên 1 tháng đạt trên một nửa số bệnh nhân.

Bảng 3.2 Tỷ lệ tuân thủ điều trị

	Số lượng bệnh nhân tuân thủ thở máy áp lực dương liên tục (n=32)	Tỷ lệ %
Trong tuần đầu	27	84,37
Trong 1 tháng	24	75,00
Từ 1 đến 3 tháng	22	68,75

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị giảm dần theo thời gian.

Bảng 3.3 Tác dụng không mong muốn của thở áp lực dương liên tục

Tác dụng không mong muốn	Số bệnh nhân	Tỷ lệ % (n=32)
Khô miệng	7	21,87
Dò khí do mặt nạ	6	18,75
Cảm giác ngạt thở do áp lực	6	18,75
Xung huyết, chảy nước mũi, đau mũi	5	15,62
Tiếng ồn	4	12,5
Đau mắt, chảy nước mắt	4	12,5
Hội chứng sợ chụp kín	3	9,37
Xáo trộn giấc ngủ	4	12,5
Tổn thương da	2	6,25
Chứng nuốt hơi.	3	9,37

Nhận xét: Khô miệng, cảm giác ngạt thở do áp lực và dò khí là các tác dụng không mong muốn thường gặp nhất khi điều trị bằng thở áp lực dương liên tục.

- Bệnh nhân được hỏi bệnh và khám lâm sàng theo mẫu bệnh án nghiên cứu

- Bệnh nhân được đánh giá các yếu tố sau qua hỏi và lấy thông tin từ thẻ nhớ trong máy có lưu các thông số về điều trị:

- Chấp nhận điều trị

- Tuân thủ điều trị: dùng máy ít nhất 4 giờ/đêm trong 70% số đêm.

- Các tác dụng không mong muốn của bệnh nhân

- Cảm nhận về hiệu quả tức thì của bệnh nhân

Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 15.

2.3 Đạo đức trong nghiên cứu

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

- Các thông tin được bảo mật và chỉ dùng cho nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nhóm nghiên cứu gồm 42 bệnh nhân trong đó có 34 nam (80,96%), 8 nữ (19,04%). Số lượng bệnh nhân ngưng thở trung bình là: 16 (38,09%). Số lượng bệnh nhân ngưng thở nặng là: 26 (61,91%).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân có chỉ định điều trị thở áp lực dương liên tục là 42 nhưng chỉ 32 bệnh nhân chấp nhận điều trị bằng phương pháp thở áp lực dương liên tục, chiếm tỉ lệ 76,17%. Có 10 bệnh nhân không chấp nhận điều trị vì hai lý do chính, lý do đầu tiên là do không có đủ điều kiện về kinh tế để mua máy điều trị. Hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ chưa được biết đến nhiều ở Việt nam. Điều trị hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ bằng thở áp lực dương liên tục là một vấn đề tương đối mới và chưa có trong danh mục bảo hiểm y tế. Ở nước ngoài, các bệnh nhân điều trị thở áp lực dương liên tục được bảo hiểm y tế chi trả kinh phí để mua máy. Ở Việt nam, các bệnh nhân phải tự mua để điều trị. Do giá thành đắt so với thu nhập cá nhân nên số bệnh nhân có khả năng mua máy còn ít. Tác giả Nguyễn Xuân Bích Huyền cũng có cùng nhận xét với chúng tôi, trong số 18 bệnh nhân có chỉ định điều trị thở áp lực dương liên tục, chỉ có 33,33% bệnh nhân (6/18) có khả năng mua được máy để điều trị [4]. Tương tự, Kobayashi M và cộng sự nghiên cứu trên 35 bệnh nhân ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ ở Nhật bản, có 22 trường hợp có chỉ định điều trị thở áp lực dương liên tục, tuy nhiên chỉ có 7 bệnh nhân đồng ý điều trị và làm lại đa ký giấc ngủ ở đêm đầu tiên đeo máy [5]. Lý do thứ hai khiến bệnh nhân không chấp nhận điều trị vì đây là phương pháp điều trị bằng máy, các bệnh nhân này mong muốn có thuốc điều trị. Việc điều trị bằng máy liên tục hàng đêm khiến bệnh nhân cảm thấy phiền toái, e ngại sử dụng máy đặc biệt là khi thấy thời gian đeo máy cần kéo dài. Quan niệm điều trị bệnh bằng một loại máy mà không phải điều trị bằng thuốc khiến các bệnh nhân chưa yên tâm với phương pháp điều trị mới mẻ này.

Trong nghiên cứu này, 32 bệnh nhân sau khi được giải thích kỹ về hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ, mức độ bệnh của bản thân bệnh nhân và hiệu quả của điều trị thở áp lực dương liên tục đã đồng ý điều trị thử trong vòng một tuần. Có 78,13% bệnh nhân hài lòng về điều trị, cảm thấy hiệu quả tức thì. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu cho thấy thở áp lực dương liên tục có hiệu quả ngay ở đêm đầu tiên [1], [4]. Tuy nhiên 4 bệnh nhân không chấp nhận điều trị tiếp do có biểu hiện sợ bị chộp kín và cảm giác ngạt thở do áp lực. Sau một tháng điều trị, có 24 bệnh nhân tiếp tục điều trị, 2 bệnh nhân không thích nghi tốt với việc đeo máy đã

ngừng điều trị. Theo y văn tỉ lệ chấp nhận sử dụng máy khoảng 80% [2], nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ thấp hơn có lẽ do chúng tôi chưa có nhiều kinh nghiệm trong việc giải thích phương pháp điều trị này. Chúng tôi đã gặp rất nhiều khó khăn trong quá trình thuyết phục bệnh nhân chấp nhận sử dụng máy. Hầu hết các bệnh nhân đều có tâm lí e ngại khi sử dụng máy. Nhận xét này của chúng tôi cũng phù hợp với đa số các nghiên cứu [2], [3], [6].

Tuân thủ điều trị được xem xét dựa trên thời gian sử dụng máy ít nhất 4 giờ / đêm trong 70% số đêm. Nghiên cứu của các tác giả trên thế giới cho thấy sự tuân thủ điều trị thở máy khoảng 70% trong 3 năm. Chất lượng điều trị trong 3 tháng đầu cho phép dự đoán sự tuân thủ điều trị lâu dài. Donohue D.A nghiên cứu trên 19 bệnh nhân chỉ có 50% đảm bảo sử dụng máy 4 giờ trong một đêm. Sử dụng máy thở áp lực dương liên tục hàng đêm và đủ số giờ vẫn là một thách thức lớn với các bệnh nhân ngừng thở do tắc nghẽn [6]. Theo Dreher M.H [7], mặc dù có hiệu quả rất cao trong điều trị, nhưng sự chấp nhận và dung nạp trong quá trình sử dụng máy vẫn là một vấn đề lớn. Các nghiên cứu cho rằng dưới 50% bệnh nhân sử dụng máy thở áp lực dương 4 giờ/đêm và 5 ngày/tuần.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự tuân thủ giảm nhiều theo thời gian, sau 3 tháng đạt 68,75%. Một số bệnh nhân cho biết thường đeo máy đều khi đi ngủ, tuy nhiên khoảng giữa đêm bệnh nhân thấy khó chịu, cảm giác vướng nên thường tháo máy, không đảm bảo giờ đeo máy. Một số bệnh nhân vẫn còn mặc cảm khi đeo máy hàng đêm, mặc dù thấy rõ hiệu quả điều trị. Sự cảm thông của vợ hoặc chồng cũng ảnh hưởng nhiều đến hiệu quả điều trị, hai bệnh nhân nam trong nghiên cứu cho biết vợ của họ không thoải mái khi thấy chồng đeo máy thở áp lực dương liên tục. Đây cũng là một trở ngại trong quá trình điều trị.

Lý do chính khiến bệnh nhân ít dùng máy vì cảm thấy không thoải mái khi đeo mặt nạ và thiết bị khi ngủ, loét mũi, khô mũi, tắc mũi và có sự phản nản của người ngủ cùng. Một nghiên cứu gần đây cho thấy những bệnh nhân được hướng dẫn đầy đủ qua khóa học nhận thức hành vi có sự cải thiện đáng kể về thời gian đeo máy áp lực dương liên tục trong đêm, tăng 3 giờ/đêm so với nhóm không tham dự khóa học [3].

Trong quá trình sử dụng, chúng tôi gặp tất cả các tác dụng không mong muốn của thở áp lực dương liên tục (bảng 3.3). Các tác dụng thường

gặp nhất là khô miệng, cảm giác ngạt thở, sợ áp lực, và dò khí qua mặt nạ. Với các trường hợp dò khí do mặt nạ, chúng tôi đã hướng dẫn lại bệnh nhân cách đeo mặt nạ và có 3 trường hợp chuyển loại mặt nạ từ loại mũi miệng sang loại mặt nạ mũi và đã hết dò khí. Cảm giác ngạt thở, sợ áp lực được điều chỉnh lại áp lực, dùng áp lực thấp rồi tăng lên từ từ và bệnh nhân đã dung nạp được. Các bệnh nhân khó chịu do khô miệng, chảy nước mũi, đau mũi được điều chỉnh lại mặt nạ, hệ cấp ẩm và hướng dẫn nhỏ mũi bằng nước muối sinh lý trước khi đi ngủ. Trong nghiên cứu có 12,5% bệnh nhân bị xáo trộn giấc ngủ và khó chịu vì tiếng ồn của máy. Các bệnh nhân này được hướng dẫn để máy cách xa giường ngủ để giảm thiểu tiếng ồn và giải thích kĩ hơn về phương pháp điều trị, giảm bớt lo lắng, giúp họ trở về nhịp thức ngủ như bình thường.

Như vậy để đảm bảo tốt cho việc điều trị cần có sự trao đổi thường xuyên giữa bệnh nhân và bác sĩ điều trị. Theo dõi trong quá trình điều trị đảm bảo việc bảo hành máy, phòng ngừa sự mệt mỏi và nhụt chí điều trị. Điều trị bằng phương pháp thở áp lực dương liên tục là điều trị triệu chứng do đó bệnh nhân dễ từ bỏ điều trị, khi các triệu chứng hết đi, bệnh nhân nghĩ là khỏi bệnh sẽ không muốn điều trị nữa. Thường xuyên theo dõi sẽ giúp bệnh nhân duy trì điều trị tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ chấp nhận sử dụng máy và tuân thủ điều trị bằng phương pháp thở

áp lực dương liên tục không cao. Để đảm bảo hiệu quả điều trị tốt cho bệnh nhân cần có sự cung cấp thông tin đầy đủ và giáo dục điều trị cho bệnh nhân mắc hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ. Sự trao đổi thông tin và hợp tác chặt chẽ giữa bác sĩ, kĩ thuật viên và bệnh nhân là hết sức cần thiết để mang lại hiệu quả cao nhất trong quá trình điều trị bằng thở áp lực dương liên tục cho bệnh nhân mắc hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dany Baud (2016).** Principes, indications et mise en place d'une traitement par PPC: choix des appareils, interfaces. Pathologies du sommeil. Monographie de AFVP. 2^e édition, 70-84.
2. **Francis Martin.** Suivi des patients SAOS traités par PPC. Pathologies du sommeil. Monographie de AFVP. 2^e édition, 70-84.
3. **Dany Baud. (2016)** SAOS et éducation thérapeutique. Pathologies du sommeil. Monographie de AFVP. 2^e édition, 134-145.
4. **Nguyễn Xuân Bích Huyền và cs (2009),** "Nhận xét ban đầu về hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn tại Bệnh viện Chợ Rẫy". *Thời sự Y học*, số 41, tr 3-5.
5. **Kobayashi M et al (2008),** "Circulating Carbon Monoxide Level Is Elevated After Sleep in Patients With Obstructive Sleep Apnea", *Chest*, 134:904-910.
6. **Donohue D. A (2010),** "Treating Obstructive Sleep Apnea with CPAP", *Nursing Management*, Donohue D.A, Williams and Wilkins, pp 49-50.
7. **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.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ VÔ CẢM VÀ KHẢ NĂNG KIỂM SOÁT ĐƯỜNG THỞ KHI GÂY Mê BẰNG SEVOFLURAN TRONG NỘI SOI CAN THIỆP ĐƯỜNG HÔ HẤP Ở TRẺ EM

Phạm Thị Hiền Hòa*, Nguyễn Hữu Tú**, Nguyễn Đức Lam**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả vô cảm và khả năng kiểm soát đường thở trong nội soi hô hấp ở trẻ em bằng thuốc mê sevofluran. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 64 bệnh nhân từ 0 – 90 tháng tuổi được nội soi hô hấp

tại Bệnh viện Nhi Trung ương, được vô cảm bằng sevofluran và gây tê tại chỗ bằng xit lidocain, khi độ an thần vẫn chưa đủ thì được bổ sung bằng propofol 0,5 mg/kg/lần. **Kết quả:** Hiệu quả an thần tốt: điểm Ramsay đạt 5 – 8 trong 85% các trường hợp. Đối với nội soi hô hấp bằng ống soi cứng hoặc đối với trẻ lớn, cần bổ sung thêm thuốc mê tĩnh mạch propofol là $52,58 \pm 49,44$ mg. Phương pháp vô cảm này cho phép kiểm soát được hô hấp trong quá trình làm thủ thuật nội soi hô hấp (85,5% trẻ tự thở hoặc tự thở kèm theo thở hỗ trợ áp lực, bão hòa oxy của các bệnh nhân ổn định trong suốt quá trình làm thủ thuật). **Kết luận:** Sevofluran có hiệu quả vô cảm tốt và vẫn đảm bảo khả năng kiểm soát đường thở trong gây mê cho nội soi hô hấp bằng ống soi mềm ở trẻ em nhỏ. Đối với trẻ lớn và nội soi hô hấp bằng ống soi cứng cần bổ

*Bệnh viện Nhi Trung ương

**Trường Đại học y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Hiền Hòa

Email: ngoctraden@hotmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.7.2017

Ngày duyệt bài: 20.7.2017

xung thêm propofol để đảm bảo mức độ an thần trong thủ thuật.

Từ khóa: nội soi hô hấp, gây mê trẻ em, sevofluran.

SUMMARY

EVALUATION OF ANESTHESIA EFFICIENT AND THE POSSIBILITY OF AIRWAY CONTROL IN ANESTHESIA WITH SEVOFLURANE FOR RESPIRATORY ENDOSCOPY IN CHILDREN

Objective: To evaluate the anesthetic efficacy and ability to control airways in children's respiratory endoscopy using sevoflurane. **Patients and methods:** A retrospective descriptive study of 64 patients from 0 to 90 months of age who received respiratory endoscopy at the National Hospital of Paediatrics, sedated with sevoflurane and local anesthetic by lidocaine spray, when sedation is not sufficient, it is supplemented with propofol 0.5 mg/kg/time. **Results:** Good sedation: Ramsay scores 5-8 in 85% of cases. For endoscopic resuscitation using a rigid tube or for an older child, an additional intravenous dose of propofol is 52.58 ± 49.44 mg. This anesthetic method allows for respiratory control during the respiratory endoscopic procedure (85.5% of children have spontaneous or pressure-assisted breathing, oxygen saturation of stable patients during the procedure). **Conclusion:** Sevoflurane has good anesthesia effectiveness and still ensures the ability of airway control in anesthesia for respiratory fibroscopy in small infants. For older children and rigid tube endoscopy, propofol should be added to ensure sedation levels in the procedure.

Keywords: respiratory endoscopy, pediatric anesthesia, sevoflurane

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nội soi hô hấp là một kỹ thuật cho phép thăm sát và can thiệp trực tiếp vào sâu trong hệ thống hô hấp nên rất có giá trị trong chẩn đoán và điều trị. Đối với trẻ em, để nội soi hô hấp, bắt buộc phải gây mê toàn thân. Gây mê cho nội soi hô hấp ở trẻ là vấn đề khó khăn vì phải chia sẻ đường thở với các dụng cụ nội soi và phải chủ động kiểm soát đường thở. Thuốc mê thường được sử dụng cho thủ thuật này là sevofluran, tuy nhiên, trong quá trình nội soi hô hấp, một lượng thuốc mê này bị thoát ra ngoài nên có thể ảnh hưởng đến mức độ vô cảm. Vậy việc sử dụng gây mê bằng sevofluran trong nội soi hô hấp với các phương tiện hỗ trợ hô hấp mới hiện nay có đảm bảo được nhu cầu vô cảm và đảm bảo kiểm soát đường thở trong suốt quá trình làm thủ thuật hay không? Để trả lời câu hỏi trên, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: Đánh giá hiệu quả vô cảm và khả năng kiểm

soát đường thở trong nội soi hô hấp ở trẻ em bằng thuốc mê sevofluran.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chỉ định nội soi hô hấp tại phòng Nội soi hô hấp can thiệp của Bệnh viện Nhi trung ương từ tháng 6/2016 đến tháng 12/2016.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tuổi từ 0 – 90 tháng, bố mẹ bệnh nhân đồng ý cho con tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các trường hợp chống chỉ định gây mê toàn thân: dạ dày đầy, dị tật hoặc tổn thương nặng vùng hàm mặt mà không có giải pháp thông khí.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, tiến cứu.

- **Cỡ mẫu:** 64 bệnh nhân theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện.

2.3 Cách thức tiến hành

- **Chuẩn bị bệnh nhân:** Khám lâm sàng bệnh nhân và xem các kết quả xét nghiệm, kiểm tra lại chỉ định nội soi hô hấp, đánh giá tình trạng hô hấp trước khi soi, giải thích cho bố mẹ bệnh nhân về kỹ thuật vô cảm và về nghiên cứu.

- **Phác đồ vô cảm:** Theo dõi liên tục các thông số: Mạch, huyết áp, SpO₂, EtCO₂. Thở oxy 3 lít/phút. Gây tê lỗ mũi bên định đặt ống nội soi bằng nhỏ mũi 1–1,5ml thuốc tê lidocain 2%. Khởi mê bằng cách úp mask với sevofluran 6% trong oxy lưu lượng 5lít/phút. Duy trì mê bằng sevofluran 1% trong oxy lưu lượng 2 - 3 lít/phút. Khi ống soi mềm vào qua thanh môn và chạc ba khí quản, xịt 1,5ml lidocain 2% để gây tê tại chỗ. Khi trẻ dấy dựa hoặc co thắt: tiêm thêm propofol 0,5mg/kg/lần và thông khí áp lực dương. Đặt nội khí quản và thở máy khi trẻ có biểu hiện suy hô hấp.

Khi nội soi ống mềm thành công, nếu có chỉ định nội soi phế quản ống cứng thì tăng liều sevofluran lên 5% trong oxy 5 lít/phút, sau đó duy trì mê bằng sevofluran nồng độ 1 – 2%, gây tê niêm mạc bằng xịt lidocain. Nếu độ mê chưa đủ thì tiêm thêm propofol 0,5mg/kg/lần đến khi đủ độ mê. Sau thủ thuật, trẻ được theo dõi tại phòng Hồi tỉnh cho đến đi tỉnh hoàn toàn. Các chỉ tiêu nghiên cứu: Hiệu quả vô cảm (độ mê, độ an thần đạt được, thời gian tự thở, thời gian thoát mê, lượng thuốc mê sử dụng...); về khả năng kiểm soát hô hấp (khả năng tự thở của bệnh nhân, tỷ lệ phải thông khí hỗ trợ, thông khí kiểm soát trong khi tiến hành thủ thuật...).

III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Thông số	Số lượng BN (n = 64)	Tỷ lệ %
<i>Nhóm tuổi:</i> Sơ sinh	9	14%
1,5 tháng – 1 tuổi	25	39,1%
1 – 3 tuổi	25	39,1%
> 3 tuổi	5	7,8%
<i>Giới tính:</i> Nam	42	65,6%
Nữ	22	34,4%
<i>Phân loại sức khỏe theo ASA:</i> Độ I	21	32,8%
Độ II	26	40,6%
Độ III	16	25%
Độ IV	1	1,6%
<i>Phương pháp nội soi hô hấp:</i> Ống mềm	64	100%
Ống mềm + ống cứng	16	25%
<i>Chỉ định nội soi:</i> Hẹp đường thở	15	23,44%
Dị vật đường thở	11	17,19%
Viêm nhiễm đường hô hấp	17	26,56%
Dị tật thanh quản	6	9,36%
Dị tật hô hấp khác	15	23,44%
<i>Triệu chứng lâm sàng trước soi:</i> Thở rít, co kéo	26	40,63%
Ran ẩm	13	20,31%
Chảy máu phổi	2	3,13%
Xẹp 1 thùy phổi	5	7,81%
Thở cò cử dạng hen	4	6,25%
Không có triệu chứng	6	9,38%

Bảng 3.2. Đặc điểm vô cảm và thủ thuật nội soi hô hấp

	Giá trị trung bình	Min - max
Thời gian nội soi (phút)	11,75 ± 10,15	3 - 60
Thời gian nội soi ống mềm (phút)	7,55 ± 7,08	2 - 45
Thời gian nội soi ống cứng (phút)	11,0 ± 5,83	9 - 20
Thời gian khởi mê (phút)	2,21 ± 1,36	1 - 8
Thời gian thở lại (phút)	3,59 ± 3,68	0 - 20
Thời gian tỉnh hoàn toàn (phút)	8,22 ± 4,37	2 - 20
Nồng độ sevofluran sử dụng (%): Khi khởi mê	6,17 ± 1,87	2 - 8
Duy trì mê	2,18 ± 0,79	1 - 5
Lượng propofol sử dụng (mg)	52,58 ± 49,44	20 - 260
Lượng thuốc tê lidocain sử dụng (mg/kg)	10,38 ± 5,48	1,9 - 26,7
Tần số tim của bệnh nhân (lần/phút): Trước gây mê	126,12 ± 23,27	96 - 185
Sau khởi mê	127,93 ± 18,44	100 - 180
Kết thúc mê	128,39 ± 16,54	105 - 165
SpO ₂ của bệnh nhân (%): Trước soi	94,9 ± 2,1	88 - 100
Sau khởi mê	94,1 ± 2,3	89 - 100
Sau soi	96,3 ± 3,5	92 - 100

Bảng 3.3. Hiệu quả vô cảm

Thông số	Số lượng BN (n = 64)	Tỷ lệ %
<i>Mức an thần theo Ramsay tại MAC 1:</i> Độ 3	4	6,25%
Độ 4	4	6,26%
Độ 5	23	35,94%
Độ 6	4	6,25%
Độ 7	12	18,75%
Độ 8	17	26,56%
<i>Tình trạng tỉnh thần của trẻ sau khi tỉnh:</i> Tỉnh êm dịu	23	35,94%
Sevofluran đơn thuần	20	31,25%

Sevofluran + propofol	5	7,81%
Quấy khóc: Sevofluran đơn thuần	3	4,69%
Sevofluran + propofol	9	14,06%
Duy trì an thần: Sevofluran đơn thuần	3	4,69%
Sevofluran + propofol		
Mức độ thuận lợi cho thủ thuật: Thuận lợi	57	89,06%
Khó khăn	7	10,94%

Bảng 3.4. Khả năng kiểm soát hô hấp

	Số lượng BN (n = 64)	Tỷ lệ %
Tự thở hoàn toàn	15	23,44%
Tự thở + hỗ trợ áp lực	41	64,06%
Thông khí kiểm soát áp lực hoàn toàn	8	12,5%

IV. BÀN LUẬN

Tất cả 64 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều ở lứa tuổi từ 0 đến 8 tuổi, trong đó tỷ lệ dưới 1 tuổi là 54,69%, do nghiên cứu được thực hiện ở Bệnh viện Nhi trung ương nên chúng tôi gặp rất nhiều trẻ được chuyển từ tuyến dưới lên do mắc các bệnh lý bẩm sinh gây bất thường ở đường hô hấp nên cần phải nội soi để chẩn đoán và can thiệp sớm, có trường hợp phải nội soi cho trẻ ngay sau khi sinh. Gây mê cho đối tượng trẻ nhỏ tuổi này thường khó khăn hơn do trẻ rất nhạy cảm với tình trạng thiếu oxy. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân trong tình trạng nặng, phân loại sức khỏe ASA độ 3, độ 4 chiếm tỷ lệ 27%, đây cũng là một thách thức với bác sỹ gây mê hồi sức vì gây mê để nội soi hô hấp cho các bệnh nhân này sẽ có rất nhiều nguy cơ. Các triệu chứng lâm sàng của các bệnh nhân trước khi nội soi phế quản là: khó thở, ran ẩm, ran rít, thở co kéo... Đặc biệt, có 13 trẻ đã được đặt nội khí quản (20,31%), 3 trẻ đã được đặt canyl khí quản (4,68%), do khi nội soi hô hấp nhiều khi phải rút ống nội khí quản để tiến hành nội soi hoặc bỏ canyl để nong chỗ khí quản hẹp nên thực sự rất khó khăn ở những trẻ đang có ống nội khí quản hoặc canyl khí quản.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ bệnh nhân bị viêm nhiễm đường đường hô hấp chiếm 26,5% (chủ yếu là bệnh lý viêm phổi kéo dài, xẹp phổi sau thở máy, dị vật đường thở gây viêm phổi...), bệnh lý hẹp thanh khí phế quản chiếm 23,4%, một số bệnh lý hẹp thanh khí phế quản có thể được điều trị tốt bằng nội soi hô hấp can thiệp.

Kết quả ở bảng 3.3 cho thấy: độ an thần ở nồng độ MAC 1 của sevofluran, có sự khác biệt giữa các bệnh nhân, tuy nhiên, đa số các bệnh nhân có mức an thần 5-8 điểm theo thang điểm Ramsay. Đây là mức an thần đủ để tiến hành can thiệp nội soi phế quản. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối với nội soi hô hấp bằng ống nội soi mềm đơn thuần thì 91,2% các trường

hợp chỉ cần vô cảm bằng sevofluran là đủ, tuy nhiên, đối với các trường hợp phải phối hợp thêm nội soi hô hấp bằng ống cứng thì chỉ có 8% trường hợp bệnh nhân dung nạp với gây mê hô hấp đơn thuần bằng sevofluran, đa số các trường hợp khác đều phải bổ xung thêm thuốc mê tĩnh mạch propofol liều 0,5 mg/kg/lần và điều chỉnh theo độ mê. Như vậy, nội soi ống cứng cần phải có độ an thần sâu hơn vì thủ thuật này gây kích thích đường hô hấp nhiều hơn so với nội soi ống mềm. Tỷ lệ cần bổ xung thuốc mê tĩnh mạch propofol trong quá trình nội soi hô hấp ở trẻ lớn cũng cao hơn so với trẻ nhỏ. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với K-Z Chen, Steve Robert, các tác giả này thấy rằng: duy trì sevofluran trong nội soi hô hấp là giải pháp an toàn, tuy nhiên, với trẻ em lớn và kỹ thuật nội soi khó thì nên phối hợp thêm propofol hoặc thuốc họ morphin tác dụng ngắn như remifentanyl [3], [4].

Khi sử dụng thuốc mê sevofluran nồng độ 1 MAC, các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian khởi mê khá nhanh ($2,21 \pm 1,36$ phút), thời gian thở lại sớm ($3,59 \pm 3,68$ phút), thời gian tỉnh hoàn toàn ngắn ($8,22 \pm 4,37$ phút). Như vậy, phác đồ gây mê cho nội soi hô hấp trong nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp, bệnh nhân mê nhanh, tỉnh nhanh, thời gian thở lại ngắn. Tình trạng bệnh nhân sau khi hồi tỉnh cũng khá tốt: đa số bệnh nhân hồi tỉnh êm dịu (67,19%), chỉ có 12,5% bệnh nhân quấy khóc và 18,75% bệnh nhân còn duy trì an thần sau gây mê. Phương pháp vô cảm này cũng ít ảnh hưởng đến tuần hoàn: tần số tim của các bệnh nhân không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các thời điểm: trước khi gây mê, khởi mê và duy trì mê. Hiệu quả vô cảm được người làm thủ thuật nội soi hô hấp đánh giá: 89,06% các trường hợp nội soi thuận lợi từ khi đặt ống nội soi đến cả quá trình làm thủ thuật. Như vậy, phương pháp vô cảm của chúng tôi đạt hiệu quả tốt, tạo thuận lợi cho quá trình thực hiện thủ thuật.

Trong gây mê cho nội soi hô hấp ở trẻ phải chia sẻ đường thở với các dụng cụ nội soi, và cần quan sát di động sinh lý của đường hô hấp do đó, điều quan tâm nhất là khả năng kiểm soát hô hấp trong quá trình làm thủ thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 23,44% bệnh nhân tự thở hoàn toàn trong suốt quá trình làm thủ thuật; có 64,06% bệnh nhân tự thở kèm theo có hô hấp hỗ trợ (hỗ trợ áp lực đồng thì), chỉ có 12,5% bệnh nhân cần phải thở máy hoàn toàn theo phương thức kiểm soát áp lực hoàn toàn. Trong suốt quá trình nội soi, chúng tôi đều có khả năng kiểm soát được hô hấp của bệnh nhân. Giá trị bão hòa oxy của các bệnh nhân ít thay đổi trong suốt quá trình làm thủ thuật cũng cho thấy khả năng đảm bảo hô hấp của bệnh nhân trong nội soi hô hấp.

V. KẾT LUẬN

Sử dụng sevofluran với nồng độ khi khởi mê là 6% lưu lượng oxy là 5 lít/phút và duy trì mê nồng độ 1% với lưu lượng oxy 2 – 3 lít/phút, kết hợp với gây tê tại chỗ bằng xịt dung dịch lidocain là phương pháp vô cảm tốt cho thủ thuật nội soi hô hấp bằng ống soi mềm ở trẻ em (hiệu quả an

thần tốt: điểm Ramsay đạt 5 – 8 trong 85% các trường hợp). Đối với nội soi hô hấp bằng ống soi cứng hoặc đối với trẻ lớn, cần bổ sung thêm thuốc mê tĩnh mạch (propofol liều 0,5mg/kg/lần). Phương pháp vô cảm này cho phép kiểm soát được hô hấp trong quá trình làm thủ thuật nội soi hô hấp (85,5% trẻ tự thở hoặc tự thở kèm theo thở hỗ trợ áp lực, bão hòa oxy của các bệnh nhân ổn định trong suốt quá trình làm thủ thuật).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ahmet Türkeli**, Özge Yılmaz, Topçu và Hasan Yüksel (2016), "The Effect of Flexible Bronchoscopy on Anxiety in Children", *Turk Thorac J*, 17(1), tr. 100-104.
2. **J.de Blic**, V.Marchac và P.Scheinmann (2002), "Complications of flexible bronchoscopy in children: prospective study of 1,328, procedures", *Eur Respir J*, 20, tr. 1271-1276.
3. **K.Z. Chen, M. Ye, C.-B. Hu và X. Shen (2014)**, "Dexmedetomidine vs remifentanyl intravenous anaesthesia and spontaneous ventilation for airway foreign body removal in children", *British Journal of Anaesthesia* 112(5), tr. 892-7.
4. **Steve Roberts và Roger E Thornington** (2011 december), "Paediatric bronchoscopy", *oxford journals*, 5(tr. 41-44.

THỰC TRẠNG THIẾU SẮT Ở BÀ MẸ CHO CON BÚ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI HUYỆN TRUNG DU MIỀN NÚI PHÍA BẮC

Nguyễn Song Tú¹, Trần Thuý Nga¹, Lê Danh Tuyên¹

TÓM TẮT

Thiếu sắt là một trong thiếu vi chất dinh dưỡng phổ biến nhất trên toàn thế giới. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 334 bà mẹ sau sinh 6 tháng nhằm xác định thực trạng thiếu sắt trong mô và các yếu tố liên quan. Kết quả cho thấy tỷ lệ thiếu sắt là 3,2%. Giá trị transferrin receptor trung vị là 4,21 µg/l. Dự trữ sắt thấp và cạn kiệt và thiếu máu ở bà mẹ cho con bú có liên quan đến tình trạng thiếu sắt trong mô ($p < 0,05$). Hồi qui đa biến tuyến tính cho thấy hàm lượng transferrin receptor có liên quan đến tiền sử dùng viên sắt khi mang thai ($p < 0,05$). Hồi qui logistic đa biến cho thấy nghề nghiệp là yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu sắt ở mô. Những bà mẹ làm ruộng có nguy cơ thiếu sắt gấp 6 lần những bà mẹ có nghề nghiệp khác ($p < 0,05$). Kinh tế hộ gia đình (nghèo và cận nghèo) làm tăng nguy cơ thiếu sắt gấp 5 lần ($p < 0,05$). Do đó, giải pháp cải thiện tình trạng

thiếu sắt là tiếp tục truyền thông sử dụng viên sắt cho phụ nữ tuổi sinh đẻ và cải thiện điều kiện kinh tế hộ gia đình.

Từ khóa: thiếu sắt, phụ nữ cho con bú, yếu tố liên quan, thiếu máu do thiếu sắt

SUMMARY

TISSUE IRON DEFICIENCY IN BREASTFEEDING MOTHERS AND RELATED FACTORS IN A NORTHERN MIDLAND MOUNTAINOUS DISTRICT

Iron deficiency is one of the most common micronutrient deficiencies in the world. The cross-study was carried in 334 breastfeeding mothers after 6 months with the goal of identifying tissue iron deficiency status and related factors. The results showed that the tissue iron deficiency was 3.2%. The median of transferrin receptor was 4.21 µg /l. Low and depleted iron stores as well as anemia of breastfeeding mothers were associated with tissue iron deficiency ($p < 0.05$). Linear multivariable regression showed transferrin receptor concentration were associated with a history of iron use during pregnancy ($p < 0.05$). Multivariate logistic regression showed that occupation was a factor related to tissue iron deficiency. Farm women increased the risk 6

*Viện Dinh dưỡng Quốc gia

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Song Tú

Email: nguyensongtu@dinhduong.org.vn

Ngày nhận bài: 13.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.7.2017

Ngày duyệt bài: 8.8.2017

times more tissue iron deficient than others ($p < 0.05$). Household economics (poor and near poor) increases the risk 5 times of tissue iron deficiency. Hence, solutions to improve iron deficiency need to continue, such as iron supplementation for women and improved household economic conditions.

Keywords: iron deficiency, breastfeeding mothers, related factors, iron deficiency anemia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu do thiếu sắt là loại thiếu máu phổ biến nhất, thường xảy ra khi cơ thể không có đủ chất sắt. Thiếu máu do thiếu sắt là giai đoạn cuối cùng của tình trạng thiếu sắt. Ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, thiếu máu do thiếu sắt là do mất sắt trong máu trong kỳ kinh nguyệt, chế độ ăn không cung cấp đủ sắt, hoặc mang thai. Ngoài ra, chế độ ăn uống kém hoặc một số bệnh đường ruột có thể ảnh hưởng đến hấp thụ sắt, gây thiếu máu do thiếu sắt. Thiếu sắt ở phụ nữ cho con bú là yếu tố nguy cơ thiếu máu ở bà mẹ và trẻ nhỏ. Tại châu Á, tỷ lệ thiếu máu cao nhất là vùng Nam Á, ở Ấn Độ 88% phụ nữ có thai và 74% phụ nữ không có thai bị thiếu máu. Ở Việt Nam, thiếu máu vẫn ở mức cao về ý nghĩa sức khỏe cộng đồng, đặc biệt ở nhóm có nguy cơ như phụ nữ có thai là 32,8% (trong đó thiếu máu do thiếu sắt chiếm 54,3%). Tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ có thai cao nhất là quý 3 thai kỳ (37,0%) và phụ nữ tuổi sinh đẻ là 25,5% trong đó (thiếu máu do thiếu sắt chiếm 37,7% [1]. Tuy nhiên, còn ít nghiên cứu về tỷ lệ thiếu sắt trên phụ nữ ở Việt Nam [2], [3].

Sự hiểu biết về nhu cầu sắt, cũng như giá trị sinh học sắt trong thực phẩm là cơ sở để giải thích về những đối tượng có nguy cơ cao trong thiếu máu dinh dưỡng. Thiếu máu dinh dưỡng phổ biến nhất là thiếu máu thiếu sắt hay gặp nhất ở phụ nữ có thai, trẻ nhỏ và phụ nữ tuổi sinh đẻ. Tình trạng thiếu máu phụ thuộc theo lứa tuổi, giới, tình trạng sinh lý, điều kiện kinh tế, nhiễm ký sinh trùng giun móc, chế độ ăn, kiến thức dinh dưỡng [4]. Phòng chống thiếu máu, đặc biệt là thiếu máu thiếu sắt là một trong những mục tiêu quan trọng của Chiến lược Quốc gia dinh dưỡng giai đoạn 2011 – 2020. Để có cơ sở định hướng giải pháp can thiệp cải thiện tình trạng thiếu sắt ở bà mẹ đang cho con bú tại các tỉnh trung du miền núi phía Bắc, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả thực trạng thiếu sắt ở bà mẹ cho con bú và xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu sắt tại huyện Phú Bình, tỉnh Thái Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian

nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Là phụ nữ sinh sống tại địa bàn nghiên cứu, sau sinh 6 tháng (± 2 tuần), đang cho con bú và đã tham gia sàng lọc ở giai đoạn 26 - 30 tuần thai.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: tại 8 xã (Tân Khánh, Tân Kim, Dương Thành, Hương Sơn, Nga Mi, Kha Sơn, Tân Hòa, Xuân Phương) thuộc huyện Phú Bình, tỉnh Thái Nguyên trong thời gian năm 2011 – 2012.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có kết hợp phân tích

2.3. Cỡ mẫu: Để xác định tỷ lệ thiếu sắt ở bà mẹ đang cho con bú

Áp dụng công thức:

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

Trong đó: n là số đối tượng cần điều tra; tỷ lệ phụ nữ cho con bú thiếu sắt trong mô là 5,3% [5] chọn $d = 0,05$; z có giá trị là 1,96.

Cỡ mẫu, cần điều tra về tỷ lệ thiếu máu là $n = 78$. Thực tế triển khai toàn bộ 334 bà mẹ sau sinh 6 tháng tại 8 xã.

2.4. Phương pháp chọn mẫu: chọn chủ đích huyện Phú Bình là huyện trung du của tỉnh Thái Nguyên, sau đó chọn ngẫu nhiên đơn 8 xã/thị trấn dựa trên danh sách xã, thị trấn của huyện.

Chọn đối tượng nghiên cứu: Toàn bộ bà mẹ cho con bú của 8 xã, đã tham gia sàng lọc giai đoạn mang thai từ 26 - 30 tuần, tình nguyện tham gia.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm Epi Data để nhập liệu và phần mềm SPSS 18.0 để phân tích. Test kiểm định thống kê là χ^2 test, Mann-Whitney U test so sánh giá trị trung vị giữa 2 nhóm, Kruskal-Wallis test so sánh giá trị trung vị của 3 nhóm. Nồng độ transferrin receptor không phân bố chuẩn; Nồng độ hemoglobin, và vitamin A huyết thanh phân bố chuẩn; Phân tích tương quan tuyến tính đa biến, hồi qui logistic đa biến. Giá trị $p < 0,05$ được xem có ý nghĩa thống kê.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức của Viện Dinh dưỡng trước khi triển khai, theo quyết định số 813/QĐ-VDD ngày 16/11/2010.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu đã tiến hành trên 339 bà mẹ cho con bú với tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $26,1 \pm 5,2$ tuổi; Trong đó, nhóm tuổi từ dưới 25 có tỷ lệ là 42,5%, tiếp theo là nhóm tuổi

trên 25 (57,5%). Nông nghiệp là nghề nghiệp thu nhập chính cho gia đình 87,2%, phụ nữ làm công nhân, cán bộ CNVC chiếm 8,0%, còn lại 4,8% làm nghề nội trợ, buôn bán.

3.1. Tình trạng thiếu sắt ở bà mẹ cho

con bú: Trong số 339 bà mẹ cho con bú tại 8 xã của huyện Phú Bình, tỷ lệ thiếu sắt trong mô (TfR = transferrin receptor > 8,3µg/l) là 3,2%, giá trị transferrin receptor trung vị là 4,21µg/l (trung vị 25th-75th là 3,50 – 5,02µg/l).

Bảng 1. Tình trạng thiếu sắt ở bà mẹ cho con bú theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	n	Thiếu sắt (n)	Tỷ lệ thiếu sắt (%) [*]	Giá trị trung vị TfR (µg/l) ^{**}
< 24 tuổi	118	5	4,2	4,35
Từ 24 – 28 tuổi	128	2	1,6	4,09
≥ 29 tuổi	93	4	4,3	4,23
Tổng cộng	339	11	3,2	4,21

^{*}) χ^2 test cho các giá trị tỷ lệ, với $p > 0,05$; ^{**}) Kruskal-Wallis test với $p > 0,05$;

Tỷ lệ thiếu sắt ở bà mẹ cho con bú là 4,2% ở nhóm tuổi dưới 24; 1,6% ở nhóm tuổi từ 24 - 28 tuổi và 4,3% ở nhóm tuổi từ 29 tuổi trở lên. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ thiếu sắt giữa ba nhóm tuổi (χ^2 test, $p = 0,396$). Giá trị trung vị hàm lượng transferrin receptor ở ba nhóm tuổi cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa (Kruskal-Wallis test, $p = 0,113$).

3.2 Một số yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu sắt ở bà mẹ cho con bú

Bảng 2. Tình trạng thiếu sắt trong mô ở bà mẹ cho con bú đối với tình trạng thiếu máu

Tình trạng thiếu máu	n	Số đối tượng	OR 95%CI	Tỷ lệ thiếu sắt (%) [*]	Giá trị trung vị TfR (µg/l) ^{**}
Thiếu máu	75	6	4,2	8,0	4,35
Không thiếu máu	250	5	(1,3-14,4)	2,0	4,16

^{*}) χ^2 test với $p = 0,031$; ^{**}) Mann-Whitney U test với $p = 0,072$;

Trong tổng số 339 đối tượng tham gia, chỉ có 325 bà mẹ có kết quả Hb. Tỷ lệ thiếu sắt ở nhóm đối tượng thiếu máu là 8%, ở nhóm không thiếu máu là 2,0%. Có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ thiếu sắt giữa 2 nhóm (χ^2 test, $p < 0,05$; 95%CI 1,3 – 14,4). Nhóm thiếu máu có nguy cơ thiếu sắt cao gấp 4 lần nhóm không thiếu máu. Giá trị trung vị hàm lượng transferrin receptor ở hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa (t -test, $p > 0,05$).

Bảng 3. Mối liên quan giữa tình trạng thiếu sắt ở bà mẹ cho con bú với tình trạng dự trữ sắt

Các yếu tố	Transferrin receptor		Tổng số (n,%)	OR (95%CI)	p
	Thiếu sắt (n,%)	Không thiếu sắt (n,%)			
Dự trữ sắt thấp	(n = 11)	(n = 323)	(n = 334)		
SF < 30 µg/l	8 (72,7%)	109 (33,7%)	117 (35,0%)	5,24	0,019**
SF ≥ 30 µg/l	3 (27,3%)	214 (66,3%)	217 (65,0%)	(1,4 – 20,1)	
Dự trữ sắt cạn	(n = 11)	(n = 323)	(n = 334)		
SF < 15 µg/l	4 (36,4%)	28 (8,7%)	32 (9,6%)	6,0	0,014**
SF ≥ 15 µg/l	7 (63,6%)	295 (91,3%)	302 (90,4%)	(1,7 – 21,8)	

^{**}) Fisher's Exact Test so sánh tỷ lệ giữa 2 nhóm

Có 72,7% trường hợp thiếu sắt có dự trữ sắt thấp và cạn kiệt (SF < 30 µg/l), trong đó dự trữ sắt cạn kiệt là 36,4%. Những bà mẹ cho con bú có dự trữ sắt thấp và cạn kiệt thì có nguy cơ thiếu sắt gấp 5 lần những bà mẹ có dự trữ sắt không thấp 95% CI (1,4 – 20,1) với $p < 0,05$).

Bảng 4. Mô hình hồi qui tuyến tính đa biến dự đoán các yếu tố liên quan với hàm lượng transferrin receptor ở bà mẹ cho con bú

Các yếu tố (Biến độc lập)	Beta (Hệ số tiêu chuẩn)	p
Tuổi (Dưới < 25 tuổi/ ≥ 25 tuổi*)	-0.073	0.210
Nghề nghiệp (Làm ruộng/khác)	0.073	0.237
Trình độ học vấn (cấp 2 trở xuống/trên cấp 2)	-0.083	0.195
Uống viên sắt khi có thai (Không/Có)	-0.114	0.045
Tình trạng thiếu máu (thiếu máu/bình thường)	-0.056	0.326
Vitamin A sữa mẹ (thấp/bình thường)	-0.070	0.216

Cỡ mẫu phân tích (n): 314; $R^2 = 0,036$; Constant = 6,607

Mô hình hồi qui tuyến tính đa biến cho thấy có yếu tố liên quan giữa việc sử dụng viên sắt trong thời gian mang thai với hàm lượng transferrin receptor ($p < 0,05$) ở bà mẹ cho con bú sau khi kiểm soát các yếu tố tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng thiếu máu và tình trạng vitamin A sữa mẹ (linear regression, $R^2 = 0,036$, $p < 0,05$).

Chưa tìm thấy yếu tố liên quan giữa yếu tố dân tộc, số con, hiểu biết về nguyên nhân thiếu máu, tình trạng thiếu vitamin A tiền lâm sàng và tình trạng vitamin A sữa mẹ thấp.

Bảng 5. Mô hình hồi qui logistic đa biến dự đoán các yếu tố liên quan với thiếu sắt ở bà mẹ cho con bú

Các yếu tố (Biến độc lập)	OR (Hiệu chỉnh)	(95%CI)	p
Nghề nghiệp: Làm ruộng/ Khác *	6.3	1,28 - 31,33	0.024
Dân tộc: Kinh/Khác*	1.8	0,21 - 14,95	0.593
Tình trạng kinh tế hộ gia đình: Nghèo, cận nghèo/ Bình thường	5.1	1,29 - 20,24	0.020
Uống viên sắt khi có thai: Không dùng/Có dùng*	2.8	0,66 - 12,01	0.163
Hiểu biết nguyên nhân: Không biết/Biết 1 nguyên nhân*	2.8	0,70 - 11,47	0.146
Tình trạng vitamin A: Thiếu VAD-TLS/ Không thiếu*	3.2	0,35 - 29,12	0.306

Cỡ mẫu phân tích (n): 318; *: Nhóm so sánh;

Phân tích hồi qui đa biến dự đoán các yếu tố liên quan, cho thấy có mối liên quan giữa yếu tố nghề nghiệp ($p < 0,05$), tình trạng kinh tế hộ gia đình ($p < 0,05$) với tình trạng thiếu sắt sau khi kiểm soát với các yếu tố dân tộc, tiền sử dùng viên sắt khi có thai, hiểu biết về nguyên nhân thiếu máu, tình trạng vitamin A huyết thanh.

Phân tích hồi qui đa biến cho thấy chưa tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố trình độ học vấn, số con của bà mẹ, tình trạng vitamin A sữa mẹ, tình trạng nhiễm khuẩn, tình trạng thiếu máu đối với tình trạng thiếu sắt ở bà mẹ cho con bú ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tình trạng thiếu sắt của bà mẹ cho con bú: Thiếu sắt được giả thiết là một nguyên nhân hàng đầu gây ra thiếu máu. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cho thấy thiếu sắt trong mô (transferrin receptor $> 8.3\mu\text{g/l}$) là 3,2% không phải là tỷ lệ mang tính phổ biến do đó không đóng góp quan trọng cho tỷ lệ thiếu máu tổng thể, phù hợp với quan điểm của Wieringa F [7]. Tỷ lệ thiếu sắt ở bà mẹ cho con bú tại 8 xã của huyện Phú Bình là tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Phương và CS điều tra trên 518 phụ nữ sau đẻ tại 2 huyện của Thái Nguyên (3,12%) [3] nhưng thấp hơn rất nhiều so với tỷ lệ 9,3% trong số 2.112 phụ nữ tuổi sinh đẻ Campuchia năm 2012; Giá trị transferrin receptor trung vị $4,21\mu\text{g/l}$, thấp hơn với điều tra của Nguyễn PH tại 2 huyện của Thái Nguyên ($4,67 \pm 1,52\mu\text{g/l}$) [3] và thấp hơn ở đối tượng phụ nữ Campuchia của Wieringa FT năm 2016 ($5,5\mu\text{g/l}$).

4.2. Một số yếu tố liên quan đối với tình trạng thiếu sắt ở bà mẹ cho con bú: Chưa tìm thấy yếu tố liên quan giữa yếu tố dân tộc, số con, hiểu biết về nguyên nhân thiếu máu, tình

trạng thiếu vitamin A tiền lâm sàng và tình trạng vitamin A sữa mẹ thấp. Những đối tượng thiếu máu khả năng thiếu sắt gấp 4 lần những đối tượng không thiếu máu ($p < 0,05$). Kết luận này tương đồng với nghiên cứu của C'Connor DL, năm 2005 cho thấy sự khác biệt hàm lượng transferrin đối với những bà mẹ cho con bú thiếu máu và không thiếu máu tại Mexico [5]. Dự trữ sắt thấp và cạn kiệt ở bà mẹ cho con bú có liên quan đến tình trạng thiếu sắt ở mô ($p < 0,05$). Cho thấy tình trạng sắt trong mô có thể được sử dụng như là một chỉ số đáng tin cậy để đánh giá hiệu quả của bổ sung sắt.

Mô hình hồi qui tuyến tính đa biến cho thấy có yếu tố liên quan giữa dự trữ sắt thấp và cạn kiệt với hàm lượng transferrin receptor ($p < 0,001$) ở bà mẹ cho con bú sau khi kiểm soát các yếu tố tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tiền sử uống viên sắt khi có thai, tình trạng nhiễm trùng mạn tính, tình trạng thiếu máu ($R^2 = 0,114$, $p < 0,001$). Phân tích hồi qui đa biến dự đoán các yếu tố liên quan, cho thấy có mối liên quan giữa yếu tố nhóm tuổi ($p < 0,05$), tình trạng dự trữ sắt thấp và cạn kiệt ($p < 0,05$) với tình trạng thiếu sắt sau khi kiểm soát với các yếu tố tiền sử dùng viên sắt khi có thai, hiểu biết về nguyên nhân thiếu máu, tình trạng vitamin A huyết thanh, tình trạng kinh tế hộ gia đình và yếu tố dân tộc. Điều này phù hợp với một số nghiên cứu cho thấy can thiệp bổ sung sắt có thể cải thiện tình trạng thiếu máu.

Phân tích hồi qui đa biến thì chưa tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố trình độ học vấn, số con của bà mẹ, tình trạng vitamin A sữa mẹ, nhiễm khuẩn mạn tính, thiếu máu đối với tình trạng thiếu sắt ở bà mẹ cho con bú ($p > 0,05$). Do đó, giải pháp cải thiện tình trạng thiếu sắt

cần tiếp tục truyền thông sử dụng viên sắt cho phụ nữ tuổi sinh đẻ, nhất là phụ nữ có thai và cho con bú, đồng thời cải thiện điều kiện kinh tế hộ gia đình.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thiếu sắt trong mô ở bà mẹ cho con bú là 3,2%. Giá trị transferrin receptor trung vị là 4,21µg/l. Các yếu tố liên quan: Hàm lượng transferrin receptor ở bà mẹ cho con bú có liên quan đến tiền sử dùng viên sắt khi mang thai ($p < 0,05$). Dự trữ sắt thấp và cạn kiệt ở bà mẹ cho con bú làm tăng nguy cơ thiếu sắt gấp 5 lần ($p < 0,05$); dự trữ sắt cạn kiệt tăng nguy cơ thiếu sắt gấp 6 lần ($p < 0,05$) và thiếu máu làm tăng nguy cơ thiếu sắt trong mô gấp 4 lần ($p < 0,05$); Những bà mẹ làm ruộng có nguy cơ thiếu sắt gấp 6 lần những bà mẹ có nghề nghiệp khác ($p < 0,05$); Kinh tế hộ gia đình (nghèo và cận nghèo) làm tăng nguy cơ thiếu sắt gấp 5 lần ($p < 0,05$);.

Lời cảm ơn: Nghiên cứu này sử dụng kinh phí của đề tài nghiên cứu khoa học cấp Viện của Viện Dinh dưỡng năm 2010- 2012.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Viện Dinh Dưỡng**, *Đánh giá tình trạng thiếu máu, thiếu một số vi chất dinh dưỡng của phụ nữ và trẻ em 6 - 59 tháng tại vùng thành thị, nông thôn và miền núi năm 2014 - 2015*. Báo cáo đề tài nghiên cứu cấp Viện 2015.
2. **Sant-Rayn Pasricha**, Tran Quang Phuc et al, *Anemia, Iron deficiency, Meat consumption, and Hookworm infection in Women of reproductive age in Northwest Vietnam*. American Journal Tropical Medicine and Hygiene, 2008. 78 (3): p. 375 - 381.
3. **Nguyen PH, Gonzalez-Casanova I**, Pham HQ and et, *Impact of Preconception Micronutrient Supplementation on Anemia and Iron Status during Pregnancy and Postpartum: A Randomized Controlled Trial in Rural Vietnam*. PLoS One: e0167416. doi: 10.1371/journal.pone.0167416, 2016. 5(11).
4. **Nguyễn Xuân Ninh, Nguyễn Thị Lâm, Hà Huy Khôi**, *Thiếu vi chất dinh dưỡng và chương trình phòng chống. Cải thiện tình trạng dinh dưỡng của người Việt Nam*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 2001: p. 188 - 193.
5. **O'Connor DL, Latulippe ME, Campos C, Merlos C**, Villalpando S, Picciano MF., *Folate deficiency does not alter the usefulness of the serum transferrin receptor concentration as an index for the detection of iron deficiency in Mexican women during early lactation*. Journal Nutrition, 2005. 135(1): p. 144-149.
6. **Ken L, Arthur JK**, *Iron deficiency anaemia: a review of diagnosis, investigation and management*. Eur J Gastroenterol Hepatol 2012. 24(2): p. 109-16.
7. **Wieringa FT, Dahl M**, Chamnan C, Poirat E et al, *The High Prevalence of Anemia in Cambodian Children and Women Cannot Be Satisfactorily Explained by Nutritional Deficiencies or Hemoglobin Disorders*. Nutrients. E348. doi: 10.3390/nu8060348, 2016. 8(348): p. 1-12.

TƯƠNG QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ ACID URIC MÁU VÀ HỘI CHỨNG CHUYỂN HOÁ Ở NAM VÀ NỮ

Huỳnh Kim Phụng*

TÓM TẮT

Mở đầu: Hội chứng chuyển hoá (HCCH) và tăng acid uric máu (AUM) là những yếu tố nguy cơ của bệnh động mạch vành. Tuy nhiên, những phát hiện liên quan đến mối tương quan giữa AUM và các thành tố của HCCH vẫn còn đang bàn cãi. Nghiên cứu (NC) này thực hiện nhằm khảo sát giá trị của nồng độ AUM có tương quan với các yếu tố chuyển hoá khác bao gồm các thành tố của HCCH ở nam và nữ kiểm tra sức khoẻ tổng quát tại bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** NC tiến cứu mô tả cắt ngang có phân tích, thời gian từ 6/2017 đến 8/2017. Tiến hành trên 500 trường hợp (TH) kiểm tra sức khoẻ tổng quát tại Khoa Chăm sóc Sức khoẻ theo yêu cầu – Bệnh viện Chợ Rẫy. Đối tượng NC có tuổi ≥ 16 , thực

hiện bộ kiểm tra sức khoẻ tổng quát bao gồm nồng độ acid uric máu sau khi nhịn ăn 10 giờ. Tăng AUM khi $>7\text{mg/dL}$ đối với nam và $>6\text{mg/dL}$ đối với nữ. Chẩn đoán HCCH dựa trên định nghĩa của Hiệp hội Đái tháo đường thế giới (International Diabetes Federation – IDF) 2006. Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 22.0 để phân tích so sánh bằng phép kiểm T-student test và tương quan bằng phép kiểm Pearson ($p < 0,05$). **Kết quả:** HCCH chiếm 28,8% (144/500 TH), trong đó tỷ lệ nam có HCCH chiếm đa số hơn nữ (29,5% so với 28,1%). Tỷ lệ tăng AUM 33,6%, trong đó tỷ lệ tăng AUM ở nam cao hơn ở nữ (50% so với 16,1%). Nồng độ AUM có tương quan có ý nghĩa với BMI ($r=0,198$), vòng bụng ($r=0,215$), HATT ($r=0,152$), HATT_r ($r=0,134$), HDL-cholesterol ($r=-0,185$), triglyceride ($r=0,250$) đối với nữ; và tương quan với BMI ($r=0,274$), vòng bụng ($r=0,262$), HATT ($r=0,175$), HATT_r ($r=0,261$), triglyceride ($r=0,192$), Apo lipoprotein B ($r=0,193$) đối với nam ($p < 0,05$). **Kết luận:** NC này chứng minh mối tương quan có ý nghĩa giữa nồng độ AUM với các thành tố của HCCH bao gồm BMI, vòng bụng, HATT, HATT_r, triglyceride và mức độ tương quan khác nhau giữa nam và nữ. Riêng ở nữ AUM tương quan nghịch

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Phụng

Email: drphuongkimhuynh@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.7.2017

Ngày duyệt bài: 1.8.2017

có ý nghĩa với HDL-cholesterol, ở nam AUM tương quan có ý nghĩa với Apo Lipoprotein B.

Từ khóa: acid uric máu, tăng acid uric máu, hội chứng chuyển hoá.

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN SERUM URIC ACID LEVEL AND METABOLIC SYNDROME IN MEN AND WOMEN

Introduction: Metabolic syndrome (MetS) and hyperuricemia are the risk factors for cardiovascular diseases. However, the findings regarding to the correlation between serum uric acid (SUA) and components of MetS is still consistent. This study was performed to aim to explore the association of SUA level with metabolic factors including the components of MetS for male and female health check-up examinees at Cho Ray hospital. **Methods:** The cross-sectional prospective analyzed study from June to August 2017. A total of 500 subjects who were non-symptom and underwent general health check-up examination at Health Care Department of Cho Ray hospital – Viet Nam. Age of subject ≥ 16 years old. 10 hour-fasting blood tests were conducted. Hyperuricemia was defined as SUA $>7\text{mg/dL}$ for male and $>6\text{mg/dL}$ for female. The definition of MetS is based on definition of International Diabetes Federation – IDF 2006. Software SPSS 22.0 was used for comparative analysis by T-student test and correlative analysis by Pearson test (p value <0.05). **Results:** The incidence of MetS was 28.8% (144/500), including incidence of MetS in men was higher than in women (29.5% vs 28.1%). The incidence of hyperuricemia was 33.6%, including the incidence of hyperuricemia in men was also higher than in women (50% vs 16.1%). SUA level was significantly correlative with BMI ($r=0.198$), waist circumference ($r=0.215$), systolic blood pressure ($r=0.152$), diastolic blood pressure ($r=0.134$), HDL-cholesterol ($r=-0.185$), triglyceride ($r=0.250$) in women ($p<0.05$); and correlative with BMI ($r=0.274$), waist circumference ($r=0.262$), systolic blood pressure ($r=0.175$), diastolic blood pressure ($r=0.261$), triglyceride ($r=0.192$), Apo lipoprotein B ($r=0.193$) in men ($p<0.05$). **Conclusion:** This study reveals statistically significant correlation of SUA with components of MetS including BMI, waist circumference, systolic blood pressure, diastolic blood pressure, triglyceride in both gender; the correlation level is different between men and women. Furthermore, SUA is negatively associated with HDL-cholesterol in women, SUA is positively associated with Apo Lipoprotein B in men.

Key words: serum uric acid, hyperuricemia, metabolic syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HCCH là tập hợp những yếu tố nguy cơ tương tác với nhau bao gồm béo phì (đặc biệt là béo bụng), tăng đường máu, tăng huyết áp, tăng triglyceride và giảm HDL-cholesterol⁽¹⁾. Các định nghĩa của HCCH có khác nhau như WHO 1999, NCEP ATP III, AACE, IDF 2006; trong đó định nghĩa HCCH của Hiệp hội Đái tháo đường thế

giới (International Diabetes Federation-IDF) năm 2006 là được ưu chuộng hơn. Những bằng chứng hiện nay đã chứng minh HCCH có liên quan đến bệnh đái tháo đường, bệnh tim mạch, bệnh thận và cũng là yếu tố nguy cơ của tử vong do bệnh tim mạch cũng như tử vong do mọi nguyên nhân⁽⁶⁾. Tương tự, những NC trên dân số chung cho thấy HCCH rất phổ biến và 13,7% dân số tuổi trung niên, 50% ở người già⁽⁶⁾. Tần suất của HCCH ngày càng gia tăng cùng sự thay đổi kinh tế xã hội và lối sống ít vận động...AUM là sản phẩm cuối cùng của chuyển hóa purine ở người và sự tích tụ quá mức của AUM có thể đưa đến các bệnh lý khác nhau.

Mặc dù vai trò của tăng AUM đối với bệnh tim mạch và bệnh thận vẫn còn nhiều tranh cãi, nhưng những phát hiện từ những NC gần đây tại nhiều nơi trên thế giới đã cho thấy liên quan giữa tăng AUM và sự hiện diện của HCCH^(1,2,6). Đã có nhiều NC chứng minh mối liên quan giữa nồng độ AUM và các yếu tố nguy cơ tim mạch, các thành tố của HCCH, tuy nhiên vấn đề này vẫn còn nhiều bàn cãi cũng như không có nhiều NC mối liên quan này có khác nhau ở nam và nữ. NC này nhằm khảo sát mối tương quan giữa nồng độ AUM với các yếu tố nguy cơ tim mạch bao gồm các thành tố của HCCH ở cả hai giới nam và nữ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

NC tiến cứu, mô tả, cắt ngang có phân tích. Thời gian từ 06/02/17 đến 08/2017.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: tất cả người đến kiểm tra sức khỏe tổng quát tại Khoa CSSK Theo yêu cầu – BV Chợ Rẫy.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đang sử dụng thuốc điều trị hạ acid uric máu (allopurinol, febuxostat...). Đang sử dụng các thuốc lợi tiểu, thuốc điều trị bệnh ung thư.

Cỡ mẫu thuận tiện

Tiến hành: Tất cả người trong nhóm NC được ghi nhận tiền căn bệnh sử, thuốc đang sử dụng, lượng bia rượu tiêu thụ, vận động thể dục thể thao, thói quen hút thuốc lá....

- Lấy sinh hiệu: huyết áp tâm thu/tâm trương bằng máy đo huyết áp tự động hiệu OMRON-Nhật Bản ở tư thế ngồi sau khi ngồi nghỉ 15 phút trước khi lấy máu.

- Chỉ số khối cơ thể BMI (body mass index) được tính bằng cân nặng (kg) chia cho bình phương chiều cao (m^2).

- Đo vòng bụng ngang với rốn hoặc ngang giữa bờ dưới xương sườn và bờ trên xương chậu, ở tư thế đứng sau khi thở ra bình thường.

- Thực hiện các xét nghiệm máu trong bộ kiểm tra sức khỏe tổng quát sau khi nhịn đói 10-12 tiếng, bao gồm: đường máu đói, bộ lipid máu (triglyceride, HDL-cho, LDL-cho), HbA1c, acid uric, Bun, creatinin, công thức máu, AST (aspartate amino transferase), ALT (alanine aminotransferase), GGT (gamma-glutamyl transpeptidase).

- Xét nghiệm máu và tất cả các biến số đều ghi nhận trong cùng ngày.

- Các thành tố của HCCH dựa trên các yếu tố: HATT, HATT_r, vòng bụng, BMI, triglyceride máu, HDL-cholesterol, đường máu đói.

Thu thập và phân tích số liệu

- Chẩn đoán tăng huyết áp (THA) theo định nghĩa của JNC VII hoặc đã được chẩn đoán THA.

- Đái tháo đường (ĐTĐ) theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ADA 2013 hoặc đã được chẩn đoán ĐTĐ.

- Acid Uric máu tăng khi >7mg/dL (nam giới) và >6mg/dL (nữ giới)

- AST/ALT tăng khi ≥40mg/dL, GGT tăng khi ≥50mg/dL

Chẩn đoán HCCH theo tiêu chuẩn của IDF 2006 khi: béo bụng hoặc béo phì kèm theo từ 2 trở lên các thành tố còn lại của HCCH

1. Béo bụng: vòng bụng ≥ 90cm (nam) và ≥ 80cm (nữ)

2. Béo phì: BMI ≥25

3. TG ≥150mg% (1,7mmol/L)

4. HDL-Cho <40mg/dl (nam) và <50mg/dl (nữ)

5. Huyết áp cao khi HATT ≥130mg% hoặc HATT_r ≥85mg%.

6. Tăng đường máu đói khi đường máu đói sau 10 tiếng ≥100mg/dl (5,6mmol/l)

Xử lý và phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 22.0, phép kiểm T- student để so sánh các giá trị, phép kiểm Pearson để khảo sát tương quan giữa các biến số. Số liệu có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0.05$.

Vấn đề y đức: NC được chấp nhận bởi Hội đồng Đạo đức của bệnh viện Chợ Rẫy. Thông tin của người tham gia NC hoàn toàn được bảo mật.

III. KẾT QUẢ

Khảo sát trên 500 đối tượng không có triệu chứng bệnh đi kiểm tra sức khỏe tổng quát ghi nhận như sau: tuổi trung bình $43 \pm 12,974$, nam chiếm đa số hơn nữ (51,6% so với 48,4%).

Bảng 1. Hội chứng chuyển hóa và giới tính

			Giới tính		Tổng cộng
			Nữ	Nam	
HCCH	Không	Số TH	174	182	356
		Tỷ lệ %	71,9%	70,5%	71,2%
	Có	Số TH	68	76	144
		Tỷ lệ %	28,1%	29,5%	28,8%
Tổng cộng		Số TH	242	258	500
		Tỷ lệ %	100.0%	100.0%	100.0%

Nhận xét: HCCH chiếm 28,8% (144/500 TH), trong đó tỷ lệ nam chiếm đa số hơn nữ (29,5% so với 28,1%)

Bảng 2. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

	Giới tính									Giá trị p*
	Nữ			Nam			Toàn mẫu			
	Trung bình	Trung vị	Độ lệch chuẩn	Trung bình	Trung vị	Độ lệch chuẩn	Trung bình	Trung vị	Độ lệch chuẩn	
CC (m)	1,56	1,56	0,05	1,67	1,67	0,06	1,62	1,61	0,08	<0,001
CN (kg)	53,95	53,00	7,14	68,26	68,00	10,68	61,33	60,00	11,60	<0,001
HATT (mmHg)	117,69	114,50	19,49	126,03	125,00	16,76	122,00	120,00	18,59	<0,001
HATT _r (mmHg)	74,07	72,00	11,70	80,72	79,50	12,08	77,50	76,00	12,35	<0,001
BMI	22,08	21,78	2,80	24,41	24,22	3,22	23,29	23,00	3,24	<0,001
Mach (lần/phút)	80,48	80,00	10,77	76,77	76,00	12,93	78,57	78,00	12,07	=0,001
VB (cm)	79,09	79,00	8,33	86,02	86,00	9,02	82,67	82,00	9,35	<0,001
Đường máu đói (mg/dl)	90,86	85,00	48,97	91,55	87,00	26,65	91,21	86,00	39,06	0,842
Cholesterol toàn	196,62	192,50	43,01	206,18	206,00	47,45	201,55	199,00	45,57	0,019

phần (mg/dl)										
HDL-cholesterol (mg/dl)	49,87	48,00	12,17	44,36	44,00	9,61	47,03	46,00	11,26	<0,001
LDL-cholesterol (mg/dl)	123,19	119,00	40,67	125,16	125,00	38,62	124,21	122,00	39,60	0,581
Triglyceride (mg/dl)	134,95	108,00	91,30	228,86	171,00	294,58	183,41	139,00	225,67	<0,001
AUM (mg/dl)	4,98	4,90	1,08	7,15	7,05	1,48	6,10	6,00	1,70	<0,001
Apo lipoprotein A1 (mg/dl)	154	153	27	148	148	19	151	151	24	0,046
Apo lipoprotein B (mg/dl)	105	100	30	112	112	27	108	107	29	0,034

*Phép kiểm T-student, $p < 0,05$ CC: chiều cao, CN: cân nặng, HATT: huyết áp tâm thu, HATT_r: huyết áp tâm trương, VB: vòng bụng

Nhận xét: Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của nồng độ AUM giữa nam và nữ đối với: cân nặng, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, BMI, mạch, vòng bụng, cholesterol toàn phần, HDL-cholesterol, triglyceride, Apo lipoprotein A1, Apo lipoprotein B ($p < 0,05$)

Bảng 3. Tăng AUM (>7mg/dL ở nam và >6mg/dL ở nữ) và giới tính

			Giới tính		Tổng cộng
			Nữ	Nam	
AUM	Bình thường	Số TH	203	129	332
		Tỷ lệ %	83,9%	50,0%	66,4%
	Tăng	Số TH	39	129	168
		Tỷ lệ %	16,1%	50,0%	33,6%
Tổng cộng		Số TH	242	258	500
		Tỷ lệ %	100,0%	100,0%	100,0%

Nhận xét: Tỷ lệ tăng AUM 33,6%, trong đó tỷ lệ tăng AUM ở nam cao hơn ở nữ (50% so với 16,1%)**Bảng 4. Tương quan giữa AUM và các yếu tố khác theo giới tính**

	Nồng độ acid uric máu (mg%)					
	Nữ		Nam		Toàn mẫu	
	Pearson Correlation	p	Pearson Correlation	p	Pearson Correlation	p
Tuổi	0,107	0,098	0,025	0,693	-0,032	0,482
Chiều cao (m)	-0,066	0,305	0,158	0,011	0,484	<0,001
Cân nặng (kg)	0,160	0,013	0,306	<0,001	0,552	<0,001
HATT (mmHg)	0,152	0,018	0,175	0,005	0,264	<0,001
HATT _r (mmHg)	0,134	0,037	0,261	<0,001	0,327	<0,001
BMI	0,198	0,002	0,274	<0,001	0,406	<0,001
Mạch (lần/phút)	-0,108	0,092	0,031	0,624	-0,114	0,011
VB (cm)	0,215	0,001	0,262	<0,001	0,410	<0,001
Đường máu đói (mg/dl)	0,007	0,912	0,072	0,249	0,031	0,495
Cholesterol toàn phần (mg/dl)	0,076	0,236	0,194	0,002	0,180	<0,001
HDL-cholesterol (mg/dl)	-0,185	0,004	-0,014	0,825	-0,224	<0,001
LDL-cholesterol (mg/dl)	0,005	0,936	-0,024	0,703	0,007	0,876
Triglyceride (mg/dl)	0,250	<0,001	0,192	0,002	0,277	<0,001
Apo-lipoprotein A1 (mg/dl)	-0,109	0,169	0,099	0,258	-0,082	0,161
Apo-lipoprotein B (mg/dl)	0,080	0,313	0,193	0,028	0,183	0,002

Phép kiểm Pearson, $p < 0,05$

Nhận xét: Nồng độ AUM có tương quan có ý nghĩa thống kê với cân nặng ($r=0,160$), HATT ($r=0,152$), HATT_r ($r=0,134$), BMI ($r=0,198$), vòng bụng ($r=0,215$), HDL-cholesterol ($r=-0,185$), triglyceride ($r=0,250$) đối với nữ; và với chiều cao ($r=0,158$), cân nặng ($r=0,306$), HATT ($r=0,175$), HATT_r ($r=0,261$), BMI ($r=0,274$), vòng bụng ($r=0,262$), cholesterol toàn phần ($r=0,194$), triglyceride ($r=0,192$), Apo lipoprotein B ($r=0,193$) đối với nam ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Khảo sát trên 500 người không triệu chứng kiểm tra sức khỏe tổng quát, kết quả ghi nhận tuổi trung bình $43 \pm 12,974$, nam chiếm đa số hơn nữ (51,6% so với 48,4%), HCCH chiếm 28,8% (144/500 TH), trong đó tỷ lệ nam chiếm đa số hơn nữ (29,5% so với 28,1%) (bảng 1)

Kết quả bảng 2 ghi nhận chiều cao trung bình giữa nam và nữ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) (1,67m ở nam so với 1,56m ở nữ). Kết quả này phù hợp với kết quả khảo sát nhân trắc học thì chiều cao ở nam hơn nữ. Tương tự, cân nặng trung bình của nam 68,26kg hơn so với nữ 53,59kg và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, kết quả này một phần do yếu tố khác biệt nhân trắc học giữa nam và nữ, phần khác do thường phụ nữ nước ta có chế độ ăn kiêng và thể dục tốt hơn nam giới. Tương tự, do sự khác biệt chiều cao, cân nặng có ý nghĩa giữa nam và nữ.

Huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương trung bình cũng khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ ($p < 0,001$), huyết áp tâm thu trung bình của nam cao hơn nữ (126,03mmHg so với 117,69mmHg) và huyết áp tâm trương của nam cũng cao hơn của nữ (80,72mmHg so với 74,07mmHg). Sự khác biệt này được giải thích có thể do những yếu tố liên quan đến nam giới như: hút thuốc lá, uống bia rượu.

Sự khác biệt chỉ số vòng bụng của nam cao hơn nữ có ý nghĩa thống kê 86,02cm so với 79,09cm ($p < 0,001$). Sự khác biệt này có thể giải thích có thể do cân nặng của nam lớn hơn so với cân nặng của nữ, và thói quen uống bia rượu của nam giới có liên quan đến vòng bụng.

Ngoài ra, trong NC này ghi nhận các chỉ số của lipid máu: cholesterol toàn phần, HDL-cholesterol, Triglyceride, Apo lipoprotein A1, Apo lipoprotein B có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nam và nữ; tất cả các chỉ số trung bình này ở nam đều cao hơn nữ ($p = < 0,05$). Sự khác biệt này có thể được giải thích do chế độ ăn ở nữ thường kiêng khem chất béo hơn so với nam giới. Đặc biệt, trung bình AUM ở nam cao hơn đáng kể so với nữ giới (7,15mg% so với 4,98mg/dl) ($p < 0,001$), sự khác biệt này liên quan nhiều đến thói quen bia rượu cũng như chế độ ăn khi nhậu ở nam giới. Hơn thế nữa, HDL-cholesterol trung bình ở nữ cao hơn ở nam có ý nghĩa thống kê (49,85 mg/dl so với 45,36mg/dl) cho thấy yếu tố nguy cơ này ở nữ thấp hơn nam giới.

Theo Wen-ko Chiou và Cs⁽²⁾ cũng ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa của béo bụng, tăng huyết áp, tăng đường máu đói, tăng triglyceride, giảm HDL-cholesterol giữa nam và nữ. Các NC khác

cũng ghi nhận tương quan giữa tăng nồng độ AUM với tăng triglyceride, tăng huyết áp, béo bụng và số lượng thành tố của HCCH, vì thế việc điều trị tăng AUM sẽ phòng ngừa được HCCH^(3,4). Phù hợp với nhiều NC nước ngoài, kết quả NC của chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt LDL-cholesterol giữa nam và nữ.

Bảng 3 ghi nhận tỷ lệ tăng AUM 33,6%, trong đó tỷ lệ tăng AUM ở nam cao hơn ở nữ (50% so với 16,1%)

Bảng 4 ghi nhận ở cả hai giới nam và nữ đều ghi nhận mỗi tương quan có ý nghĩa thống kê giữa AUM và cân nặng, tuy nhiên hệ số tương quan r ở nam cao hơn so với nữ ($r = 0,306$ so với $r = 0,160$). Tương tự, đối với thành tố béo phì của HCCH dựa trên BMI, kết quả NC chúng tôi ghi nhận mỗi tương quan có ý nghĩa thống kê giữa AUM và BMI, tuy nhiên mỗi tương quan giữa AUM và BMI ở nam giới thì chặt hơn so với nữ giới ($r = 0,274$ so với $r = 0,198$). Ghi nhận mỗi tương quan rất yếu giữa nồng độ AUM và HATT ở cả hai giới nam và nữ. Ghi nhận mỗi tương quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ AUM và HATT, HATT ở nam cao hơn ở nữ. Tương tự, tương quan giữa nồng độ AUM với BMI, vòng bụng ở nam cũng cao hơn ở nữ. Ngược lại, tương quan giữa nồng độ AUM với triglyceride ở nữ cao hơn ở nam ($r = 0,250$ so với $r = 0,192$). Tuy nhiên, ghi nhận tương quan nghịch giữa nồng độ AUM với HDL-cholesterol ($r = -0,185$) chỉ ở nữ giới, ghi nhận tương quan giữa nồng độ AUM với Apo lipoprotein B chỉ ở nam giới.

Qua kết quả trên ghi nhận, nồng độ AUM tương quan có ý nghĩa với các thành tố của HCCH bao gồm BMI, vòng bụng, HATT, HATT, HDL-cholesterol, triglyceride; và sự tương quan này khác nhau giữa nam và nữ. Không ghi nhận tương quan giữa nồng độ AUM với đường máu đói.

HCCH và bệnh tim mạch gia tăng nhanh chóng đe dọa sức khỏe cộng đồng trên toàn thế giới, đặc biệt ở những nước đang phát triển như Việt Nam, vì vậy việc cần thiết phải phát hiện những cá nhân không triệu chứng có nguy cơ cao đối với HCCH là hết sức quan trọng nhằm phòng ngừa và điều trị những biến cố tim mạch cũng như giảm gánh nặng kinh tế xã hội. Đặc biệt đối với nam giới có HCCH rất cần thiết cần phải điều trị phòng ngừa liên quan cải thiện lối sống, hạn chế bia rượu, tăng tập thể dục, chế độ ăn lành mạnh...

V. KẾT LUẬN

NC này ghi nhận mỗi tương quan có ý nghĩa giữa nồng độ AUM với các thành tố của HCCH bao gồm BMI, vòng bụng, HATT, HATT,

triglyceride và mức độ tương quan khác nhau giữa nam và nữ. Riêng ở nữ AUM tương quan nghịch có ý nghĩa với HDL-cholesterol, ở nam AUM tương quan có ý nghĩa với Apo Lipoprotein B.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alberti K.G.M.M., Zimmet P., Shaw J. (2006)**, "Metabolic syndrome – a new world-wide definition. A consensus statement from the international diabetes federation". *Diabetic Medicine*, 23, p.469-480.
2. **Chiou WK, Wang MH, Huang DH, Chiu HT, Lee YJ, Lin JD. (2010)**, "The relationship between serum uric acid level and metabolic syndrome: differences by sex and age in Taiwanese". *J Epidemiol*. 20, p.219–24.
3. **Ebrahimpour P, Fakhrazadeh H, Heshmat R, Bandarian F, Larijani B. (2008)**, "Serum uric acid level and risk of metabolic syndrome in a population of health subjects". *Endocr. Pract.*, 14(3), p. 298-304.
4. **Lin Shi-Dou, Dong-Hwa Tsai, Shang-Ren Hsu, (2006)**, "Association between serum uric acid level and components of the metabolic syndrome". *Journal Chin Med Assoc.*, 69(11), p. 512-516.
5. **Miao Liu, Yao He, Bin Jiang et al. (2014)**, "Association between serum uric acid level and metabolic syndrome and its sex difference in a Chinese community elderly population". *International Journal of Endocrinology*, <http://dx.doi.org/10.1155/2014/754678>.
6. **Nestel P, Lyu R, Low LP, Sheu WH, Nitiyanant W, Saito I, et al. (2007)**, "Metabolic syndrome: recent prevalence in East and Southeast Asian populations". *Asia Pac J Clin Nutr.*, 16, p. 362–7.
7. **Xuemei Sui, Timothy S. Church, Rebecca A. Meriwether et al. (2008)**, "Uric acid and the development of metabolic syndrome in women and men". *Metabolism*, 57(6), p.845-852.

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ VITAMIN D HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN PARKINSON

Nguyễn Thị Bích Lệ*, Nguyễn Văn Liệu*, Võ Hồng Khôi**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh Parkinson là một bệnh thoái hóa thần kinh có thể liên quan đến thiếu hụt nồng độ vitamin D trong máu. **Mục tiêu nghiên cứu:** (1) Đánh giá nồng độ Vitamin D huyết thanh ở bệnh nhân Parkinson. (2) Khảo sát mối liên quan giữa nồng độ Vitamin D huyết thanh với tình trạng bệnh Parkinson. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 61 bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh Parkinson ở Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9 năm 2016 đến tháng 5 năm 2017. **Kết quả nghiên cứu:** (1) *Đánh giá nồng độ Vitamin D:* Nồng độ Vitamin D trung bình là $22,63 \pm 6,38$ ng/ml, trong đó chủ yếu ở nhóm thiếu nhẹ (62,3%) và thiếu vừa (27,9%). Không thấy sự khác biệt về nồng độ vitamin D giữa nam và nữ ($p > 0,05$). Không ghi nhận được tình trạng giảm vitamin D theo tuổi ($p > 0,05$). (2) *Mối liên quan giữa nồng độ Vitamin D huyết thanh với tình trạng bệnh:* các yếu tố có liên quan đến nồng độ vitamin D thấp theo phân tích đơn biến: thời gian mắc bệnh, giai đoạn bệnh, mức độ rối loạn vận động ($p < 0,05$). Yếu tố liên quan đến nồng độ vitamin D thấp theo phân tích đa biến: thời gian mắc bệnh ($p < 0,05$). **Kết luận:** Thiếu hụt vitamin D là rất phổ biến ở bệnh nhân Parkinson. Các yếu tố liên quan đến nồng độ vitamin D thấp là thời gian mắc bệnh, giai đoạn bệnh, mức độ rối loạn vận động

Từ khóa: nồng độ vitamin D, bệnh Parkinson.

SUMMARY

STUDY SERUM VITAMIN D IN PARKINSON PATIENTS

Introduction: Parkinson's disease is a neurodegenerative disorder that may be related to the deficiency of serum vitamin D level. **Objective: (1)** To evaluate serum vitamin D level in patients with Parkinson's disease. **(2)** To study the correlation between serum vitamin D level and the severity of the disease. **Subject and method:** We carried out the cross – sectional descriptive study in 61 patients suffering from Parkinson's disease at Bach Mai hospital from September 2016 to May 2017. **Results: (1) To determine serum vitamin D level:** The mean serum vitamin D level was 22.63 ± 6.38 ng/ml. The majority of patients were in the mild and medium vitamin D deficiency group. There was no significant difference about serum vitamin D level among men and women ($p > 0.05$). The serum vitamin D deficiency dependent on age has not been recorded. **(2) The correlation between the serum vitamin D level and the severity of the disease:** The factors associated with deficiency of serum vitamin D level included: duration of the disease, the period of disease, the degree of motor disease ($p < 0.05$) in univariate analysis. The factors associated with the deficiency of serum vitamin D level included multivariate analysis. **Conclusion:** The deficiency of serum vitamin D level is very common in Parkinson's patients. The factors associated with the deficiency of serum vitamin D level include: the duration of disease, the period of disease, the level of motor disease.

Key words: serum vitamin D level, Parkinson's disease.

*Đại học y Hà Nội

**Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bích Lệ

Email: nguyenbichle.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 31.7.2017

Ngày duyệt bài: 10.8.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Parkinson là một rối loạn thần kinh thoái hóa tiến triển thường gặp ở người cao tuổi, có đặc điểm là rối loạn vận động bao gồm giảm vận động, run, tăng trương lực và mất ổn định tư thế. Do đó, người mắc bệnh Parkinson thường ít vận động và ít tham gia các hoạt động ngoài trời, làm cơ thể thiếu vitamin D, dẫn đến loãng xương. Loãng xương ở bệnh Parkinson có thể liên quan với mức độ nghiêm trọng và thời gian của bệnh. Bên cạnh đó, hiện tại đang có hướng nghiên cứu về một lĩnh vực mới, là tính chất bảo vệ thần kinh của vitamin D. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với hai mục tiêu: (1) Đánh giá nồng độ Vitamin D huyết thanh ở bệnh nhân Parkinson. (2) Khảo sát mối liên quan giữa nồng độ Vitamin D huyết thanh với tình trạng bệnh Parkinson.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 61 bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh Parkinson theo tiêu chuẩn của Ngân hàng Não Hội Parkinson Vương Quốc Anh (UKPDSBB/United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain Bank)[1], từ tháng 9 năm 2016 đến tháng 5 năm 2017.

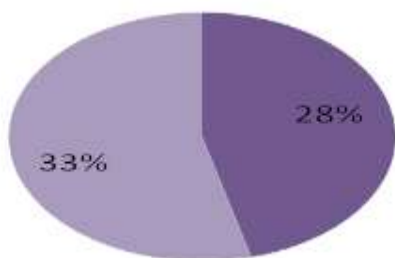
2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang. Tất cả bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu được thăm khám lâm sàng, chẩn đoán giai đoạn bệnh theo phân loại Hoehn và Yahr, đánh giá mức độ rối loạn vận động theo Thang điểm thống nhất đánh giá bệnh Parkinson (UPDRS), trong đó chủ yếu đánh giá các rối loạn vận động, định lượng nồng độ vitamin D trong huyết thanh bằng phương pháp miễn dịch điện hóa phát quang bằng máy Cobas e 6000. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.1.1 Đặc điểm về tuổi, giới

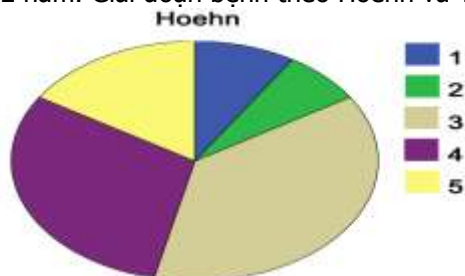
Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là: $63 \pm 10,6$. Trong đó, độ tuổi thấp nhất là 34 tuổi, cao nhất là 86 tuổi. Độ tuổi khởi phát bệnh trung bình là $61,5 \pm 10,2$ tuổi.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ giới tính

3.1.2 Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu

- Thời gian mắc bệnh trung bình là $29,36 \pm 33,05$ tháng. Số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 2 năm là 32 bệnh nhân, chiếm 57,1%. Còn lại là các bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 2 năm. Giai đoạn bệnh theo Hoehn và Yahr

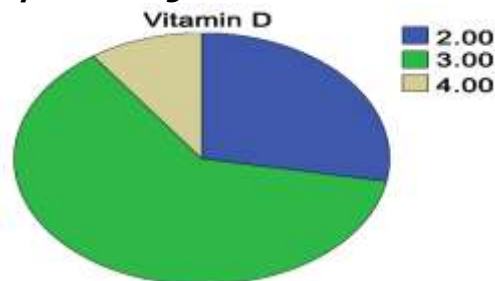


Biểu đồ 2: đánh giá giai đoạn bệnh theo Hoehn và Yahr

Nhận xét: trong nhóm nghiên cứu đa số là các bệnh nhân ở giai đoạn 3 (36,1%), và giai đoạn 4 (29,5%). Giai đoạn 5 chiếm 14,8%. Giai đoạn 1 và giai đoạn 2 lần lượt là 8,2% và 11,5%.

-Mức độ rối loạn vận động theo UPDRS chủ yếu ở mức độ trung bình có 31 bệnh nhân (50,8%), mức độ rối loạn vận động nặng có 19 bệnh nhân (31,1%), còn lại là các bệnh nhân có rối loạn vận động nhẹ.

3.1.3. Nồng độ Vitamin D ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu:



Biểu đồ 3: Nồng độ vitamin D ở bệnh nhân Parkinson

Nồng độ Vitamin D ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $22,63 \pm 6,38$ ng/ml, trong đó chủ yếu ở nhóm thiếu nhẹ (62,3%) và thiếu vừa (27,9%), còn lại là các bệnh nhân có nồng độ vitamin D huyết thanh bình thường (9,8%) theo phân loại Holick. Không có bệnh nhân nào ở nhóm thiếu nặng.

Nồng độ vitamin D theo tuổi, giới

Bảng 3.2: Nồng độ vitamin D theo tuổi, giới

Vitamin D		X $\pm$ SD	p
Yếu tố			
Tuổi	<65 (n=35)	23,02 $\pm$ 7,02	0,567
	≥ 65 (n=26)	22,1 $\pm$ 5,5	
Giới	Nam (n=28)	22,91 $\pm$ 6,47	0,751
	Nữ (n=33)	22,38 $\pm$ 6,39	

Nhận xét: nhóm bệnh nhân nghiên cứu không có sự khác biệt về số bệnh nhân nhỏ hơn 65 tuổi và từ 65 tuổi trở lên, không có sự khác biệt về tỉ lệ nam nữ.

3.1. Đánh giá mối tương quan giữa nồng độ Vitamin D huyết thanh với tình trạng bệnh Parkinson

3.2.1. Mối tương quan giữa nồng độ vitamin D huyết thanh với tình trạng bệnh Parkinson theo mô hình hồi quy đơn biến

Yếu tố	Vitamin D	X ± SD	p
Thời gian mắc bệnh	<2 năm (N=42)	24,27±5,91	0,003
	≥2 năm (N=19)	18,99±5,98	
Giai đoạn bệnh	≤3 (N=34)	24,64±6,3	0,04
	>3 (N=27)	20,09±5,62	
Mức độ rối loạn vận động	≤2 (N=41)	23,87±6,37	0,024
	3 (N=20)	20,07±5,74	

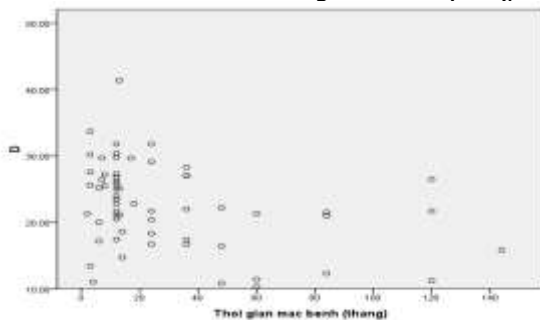
Nhận xét: nồng độ vitamin D ở các nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dài, giai đoạn bệnh nặng, mức độ rối loạn vận động nặng thấp hơn so với nhóm nhóm còn lại (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê).

3.2.2 Mối tương quan giữa nồng độ vitamin D với tình trạng bệnh theo mô hình hồi quy đa biến

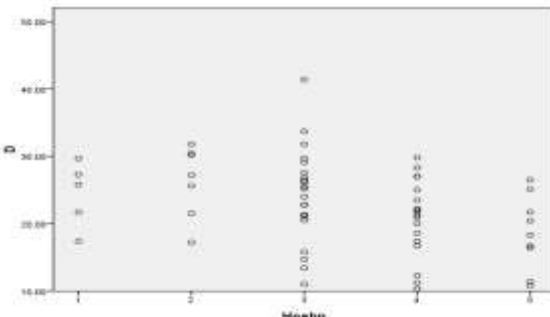
Các yếu tố ảnh hưởng	B	β	SE	p
Thời gian mắc bệnh	-0,051	-0,265	0,025	0,049
Giai đoạn bệnh	-1,064	-0,186	1,376	0,443
Mức độ rối loạn vận động	-0,590	-0,063	2,256	0,975
Tuổi	-0,068	-0,112	0,075	0,372
Giới	0,110	0,009	1,603	0,945

Các hệ số hồi quy: B (độ dốc), β (hệ số hồi quy đã chuẩn hóa), SE (sai số chuẩn)

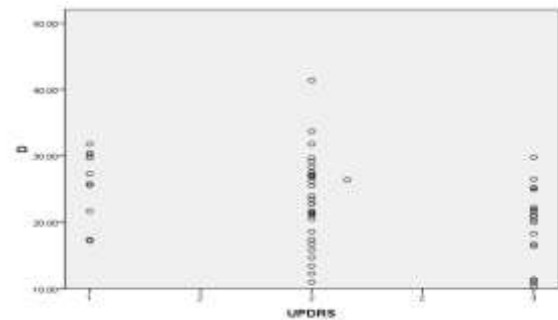
Nhận xét: khi phân tích theo mô hình hồi quy đa biến: các yếu tố ảnh hưởng đến nồng độ vitamin D nhiều nhất là thời gian mắc bệnh ($p < 0,05$).



Nồng độ vitamin D trong máu có mối tương quan nghịch biến với thời gian mắc bệnh ($R=0,363$)



Nồng độ vitamin D có mối tương quan nghịch biến với giai đoạn bệnh theo phân loại Hoehn và Yahr ($R=0,345$)



Nồng độ vitamin D có mối tương quan nghịch biến với mức độ rối loạn vận động theo UPDRS ($R=0,329$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 61 bệnh nhân với tuổi trung bình là $63 \pm 10,6$ tuổi. Độ tuổi khởi phát bệnh trung bình là $61,5 \pm 10,2$ tuổi. Điều này phù hợp với đặc điểm của bệnh Parkinson là thường gặp ở người cao tuổi. Do bản chất bệnh là một bệnh thoái hóa tiến triển nên thời gian mắc bệnh tương đối dài, trung bình là $29,36 \pm 33,05$ tháng. Đa số bệnh nhân ở giai đoạn 3 và 4 (65,6%) theo phân loại Hoehn và Yahr, với mức độ rối loạn vận động trung bình và nặng (81,9%).

Nồng độ Vitamin D ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $22,63 \pm 6,38\text{ng/ml}$, trong đó chủ yếu ở nhóm thiếu nhẹ (62,3%) và thiếu vừa (27,9%), còn lại là các bệnh nhân có nồng độ vitamin D huyết thanh bình thường (9,8%) theo phân loại Holick. Không có bệnh nhân nào ở nhóm thiếu nặng. Điều này cho thấy việc thiếu hụt vitamin D ở bệnh nhân Parkinson là khá phổ biến. Tuy nhiên, chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt giữa nam ($22,91 \pm 6,47\text{ng/ml}$) và nữ ($22,38 \pm 6,39\text{ng/ml}$) $p = 0,751$. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Marian L. Evatt và cộng sự cho thấy nồng độ vitamin D trên bệnh nhân Parkinson cũng cao hơn ở nam $26,8 \pm 8,5\text{ng/ml}$ so với ở nữ là $25,4 \pm 8,6\text{ng/ml}$ [2].

Trong nghiên cứu này, nồng độ vitamin D càng giảm khi thời gian mắc bệnh càng dài ($p=0,003$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hùng[3]. Chúng tôi cũng tìm thấy mối tương quan nghịch biến của các yếu tố giai đoạn bệnh cũng như mức độ rối loạn vận động và nồng độ vitamin D trong máu ($p=0,04$ và $p=0,024$). Điều này cho thấy, thời gian điều

trị càng dài, giai đoạn bệnh càng nặng, mức độ rối loạn vận động càng trầm trọng dẫn đến bệnh nhân càng hạn chế vận động, đặc biệt là các hoạt động ngoài trời, dẫn đến thiếu hụt vitamin D. Khi phân tích theo mô hình hồi quy đa biến, chúng tôi nhận thấy, thời gian điều trị dài là yếu tố có ảnh hưởng rõ rệt nhất đến sự giảm vitamin D trong máu.

V. KẾT LUẬN

Thiếu hụt vitamin D khá phổ biến ở bệnh nhân Parkinson. Các yếu tố liên quan đến nồng độ vitamin D thấp là thời gian mắc bệnh, giai đoạn bệnh, mức độ rối loạn vận động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Đức Hình**, 2008 Bệnh Parkinson Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
2. **Evatt, M.L, et al.**, High prevalence of hypovitaminosis D status in patients with early Parkinson disease. Arch Neurol, 2011. 68(3): p. 314-9.
3. **Nguyễn Thị Hùng**, 2011 Nghiên cứu nồng độ vitamin D huyết thanh ở bệnh nhân Parkinson. tạp chí Hội thần kinh học Việt Nam.

ĐÁNH GIÁ HÌNH THÁI TIÊU XƯƠNG Ổ RĂNG VÙNG RĂNG SAU HÀM TRÊN Ở NHỮNG BỆNH NHÂN CÓ CHỈ ĐỊNH CẤY GHÉP IMPLANT

Phạm Hoàng Tuấn*

TÓM TẮT¹⁶

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm hình thái tiêu xương ổ răng vùng răng sau hàm trên ở những bệnh nhân có chỉ định cấy ghép Implant. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành trên phim CT Cone beam của 34 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu. Đặc điểm hình thái xương ổ răng của nhóm răng sau hàm trên được phân tích và đánh giá. **Kết quả:** Số lượng xương ổ răng có chiều cao từ 4-9 mm chiếm tỷ lệ 58,8%. Số lượng xương ổ răng có chiều cao là ≥ 6 mm chiếm tỷ lệ 55,9%. Số lượng xương ổ răng thuộc nhóm II chiếm tỷ lệ 55,9%.

Từ khóa: Hình thái xương ổ răng, Implant, CT Cone beam.

SUMMARY

EVALUATION OF MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS ALVEOLAR BONE RESORPTION AFTER THE MAXILLARY TEETH IN PATIENTS WHO HAVE DENTAL IMPLANT INDICATION

*BV Răng Hàm Mặt TƯ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoàng Tuấn

Email: drtuan1966@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 1.8.2017

Ngày duyệt bài: 15.8.2017

Objective: Evaluation of morphological characteristics alveolar bone resorption after the maxillary teeth in patients who have dental implant indication. **Subjects and Methods:** The study was conducted on a Cone Beam CT of 34 patients who meet study criteria. Morphological characteristics of the alveolar bone of maxillary posterior teeth were analyzed and evaluated. **Results:** The percentage of alveolar bone height of 4-9 mm is 58.8%. Number of alveolar bone ≥ 6 mm in height is 55.9% occupancy rate. Alveolar bone in Group II accounted for 55.9% rate.

Keywords: Alveolar bone morphology, Implant, Cone Beam CT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với sự phát triển của chẩn đoán hình ảnh, các kỹ thuật chụp chiếu mới được cập nhật liên tục đưa ứng dụng vào nhiều lĩnh vực, trong đó có kỹ thuật chụp cắt lớp với chùm tia hình nón (CT cone beam). Đây là một kỹ thuật đạt bước tiến lớn trong chẩn đoán hình ảnh, mang lại hình ảnh 3 chiều chi tiết về đối tượng nghiên cứu, một điều mà các kỹ thuật trước đây không làm được. Các ứng dụng của CT Cone beam được áp dụng rộng rãi trong cấy ghép implant mang lại hiệu quả cao. Việc sử dụng CT Cone beam trong nghiên cứu hình thái tiêu xương ổ răng trước cấy

ghép implant ngày càng trở nên quan trọng, giúp cho nha sĩ một cái nhìn tổng thể về bệnh nhân trước khi điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 34 bệnh nhân được chụp phim CT Cone beam có chỉ định cấy ghép implant vùng răng sau hàm trên.

***Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Được chẩn đoán là mất răng hàm trên một bên, bên đối diện bình thường không mất răng
- Bệnh nhân có bệnh lý xương hàm.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 5 năm 2016 đến tháng 10 năm 2016 tại khoa Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2 Các bước tiến hành nghiên cứu

***Máy chụp CT cone beam:** Máy chụp CT cone beam được thực hiện trên máy Sironia GALILEOS (Sirona Dental Systems, Đức).

Hình ảnh cắt trục, cắt ngang và cắt đứng được chụp ở chế độ 85kV, 7mA trong 14 giây.

Các hình ảnh được lấy từ dữ liệu khối dạng nón với chiều cao 40mm và đường kính 41mm. Hình ảnh cắt trục, cắt ngang, cắt đứng được xử lý bằng phần mềm chuyên dụng GALILEOS Viewer. Độ dày của lát cắt được tái thiết là 0.1mm.

***Tư thế bệnh nhân:** Bệnh nhân ở tư thế đứng thẳng, mặt phẳng Frankfort song song với sàn nhà. Miệng bệnh nhân cắn vào miếng cắn, trán tựa vào tấm định vị, tay bệnh nhân giữ lấy 2 tay cầm

2.4. Xử lý số liệu

- Số liệu được thu thập, làm sạch và được phân tích trên phần mềm SPSS 16.0

- Test kiểm định giả thuyết cho các giá trị trung bình

- Test kiểm định giả thuyết được sử dụng nhằm xem xét sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa bên lành và bên mất răng.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

- Bệnh nhân được giải thích về mục đích của nghiên cứu, quyền lợi khi tham gia nghiên cứu và đồng tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

- Bệnh nhân hoàn toàn có quyền từ chối tham gia nghiên cứu và không bị phân biệt đối xử trong chẩn đoán và điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi, giới

Nhóm tuổi	Giới			
	Nam		Nữ	
	n	%	n	%
Trưởng thành (18-44 tuổi)	9	64.3	5	35.7
Trung niên và người già (>45 tuổi)	10	50.0	10	50.0
Tổng cộng	19	55.9	15	44.1

Trong nghiên cứu của tôi, bệnh nhân có tuổi thấp nhất là 22, có tuổi cao nhất là 64. Bệnh nhân ở nhóm tuổi trung niên và người già 45 – 60 (>45 tuổi) chiếm tỷ lệ 58.8%, bệnh nhân ở nhóm tuổi trưởng thành (18-44 tuổi) chiếm tỷ lệ 41.2%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 45,5. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả nước ngoài về độ tuổi trung bình là 46. Đây là độ tuổi có sức khỏe toàn thân vẫn tốt để phẫu thuật nâng xoang hở ghép xương, có điều kiện tài chính để lựa chọn kỹ thuật implant.

3.2. Kết quả đánh giá hình thái tiêu xương ổ răng ở những bệnh nhân trên

3.2.1. Chiều cao của xương ổ răng vùng răng mất

Chiều cao vùng răng mất	n	%
<4 mm	5	14.7
4-9 mm	20	58.8
≥ 10 mm	9	26.5
Tổng cộng	34	100

Nhận xét: Số lượng xương ổ răng có chiều cao từ 4-9mm chiếm tỷ lệ 58.8% (20/34) cao hơn so với số lượng xương ổ răng có chiều cao thấp hơn 4mm chiếm tỷ lệ 14.7% (5/34) và số lượng xương ổ răng có chiều cao cao hơn 10mm chiếm tỷ lệ 26.5% (9/34). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0.05$)

3.2.2. Chiều rộng của xương ổ răng vùng răng mất

Chiều rộng vùng răng mất	n	%
<4 mm	8	23.5
4-5 mm	7	20.6

≥ 6 mm	19	55.9
Tổng cộng	34	100

Nhận xét: Số lượng xương ổ răng có chiều cao ≥ 6 mm chiếm tỷ lệ 55.9% (19/34) cao hơn so với số lượng xương ổ răng có chiều cao rộng < 4 mm chiếm tỷ lệ 23.5% (8/34) và số lượng xương ổ răng có chiều cao rộng từ 4-5mm chiếm tỷ lệ 20.6% (7/34). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0.05$)

3.2.3. Phân loại sống hàm mất răng theo Aune và Gintaras

	Nhóm I		Nhóm II		Nhóm III	
	n	%	n	%	n	%
Cung 1	3	18.7	9	56.3	4	25.0
Cung 2	4	22.2	10	55.6	4	22.2
Tổng cộng	7	20.6	19	55.9	8	23.5

Nhận xét: Số lượng xương ổ răng thuộc nhóm II chiếm tỷ lệ 55.9% (19/34) cao hơn so với số lượng xương ổ răng thuộc nhóm I chiếm tỷ lệ 20.6% (7/34) và số lượng xương ổ răng thuộc nhóm III chiếm tỷ lệ 23.5% (8/34). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0.05$)

• Ở cung 1 số lượng xương ổ răng thuộc nhóm II chiếm tỷ lệ 56.3% (9/16) cao hơn so với số lượng xương ổ răng thuộc nhóm I chiếm tỷ lệ 18.7% (3/16) và số lượng xương ổ răng thuộc nhóm III chiếm tỷ lệ 25.0% (4/16). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0.05$)

3.2.4. Phân loại sống hàm mất răng theo tuổi

	Nhóm I		Nhóm II		Nhóm III	
	N	%	n	%	n	%
Trưởng thành (18-44 tuổi)	3	21.4	8	57.2	3	21.4
Trung niên và người già (>45 tuổi)	4	20.0	11	55.0	5	25.5
Tổng cộng	7	20.6	19	55.9	8	23.5

Nhận xét: Ở nhóm bệnh nhân trưởng thành (18-44 tuổi) số lượng xương ổ răng thuộc nhóm II chiếm tỷ lệ 57.2% (8/14) cao hơn so với số lượng xương ổ răng thuộc nhóm I chiếm tỷ lệ 21.4% (3/14) và số lượng xương ổ răng thuộc nhóm III chiếm tỷ lệ 21.4% (3/13). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0.05$)

• Ở nhóm bệnh nhân trung niên và người già (>45 tuổi) số lượng xương ổ răng thuộc nhóm II chiếm tỷ lệ 55.0% (11/20) cao hơn so với số lượng xương ổ răng thuộc nhóm I chiếm tỷ lệ 20.0% (4/20) và số lượng xương ổ răng thuộc nhóm III chiếm tỷ lệ 20.0% (5/20). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0.05$)

3.2.5 Phân loại sống hàm mất răng theo giới

	Nhóm I		Nhóm II		Nhóm III	
	n	%	n	%	n	%
Nam	5	26.3	9	47.4	5	26.3
Nữ	2	13.3	10	66.7	3	20.0
Tổng cộng	7	20.6	19	55.9	8	23.5

Nhận xét: Ở nam số lượng xương ổ răng thuộc nhóm II chiếm tỷ lệ 47.4% (9/19) cao hơn so với số lượng xương ổ răng thuộc nhóm I chiếm tỷ lệ 26.3% (5/19) và số lượng xương ổ răng thuộc nhóm III chiếm tỷ lệ 26.3% (5/19). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0.05$)

• Ở nữ số lượng xương ổ răng thuộc nhóm II chiếm tỷ lệ 66.7% (10/15) cao hơn so với số lượng xương ổ răng thuộc nhóm I chiếm tỷ lệ 13.3% (2/15) và số lượng xương ổ răng thuộc nhóm III chiếm tỷ lệ 20.0% (3/15). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0.05$)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Tuổi của bệnh nhân: Đối tượng nghiên cứu là 34 bệnh nhân có chỉ định cấy ghép

implant vùng răng sau hàm trên được chụp phim CT cone beam. Trong nghiên cứu của tôi, bệnh nhân có tuổi thấp nhất là 22, có tuổi cao nhất là 64. Trong nghiên cứu, tôi chia các bệnh nhân thành hai nhóm tuổi: trưởng thành (18-44 tuổi), và trung niên và người già (>45 tuổi). Bệnh nhân ở nhóm tuổi trung niên và người già 45 – 60 (>45 tuổi) chiếm tỷ lệ 58.8%, bệnh nhân ở nhóm tuổi trưởng thành (18-44 tuổi) chiếm tỷ lệ 41.2%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 45,5 (SD 12,8). Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả nước ngoài về độ tuổi trung bình là 46. Đây là độ tuổi có sức khỏe toàn thân vẫn tốt để phẫu thuật nâng xoang hở ghép xương, có điều kiện tài chính để lựa chọn kỹ thuật implant.

4.1.2. Giới tính của bệnh nhân: Trong nghiên cứu này tỷ lệ bệnh nhân nam là 55.9% cao hơn so với tỷ lệ bệnh nhân nữ 44.1%. Tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn hẳn có thể là do nhiều nguyên nhân, nam giới thường nhai khỏe hơn nên dẫn đến việc mất các răng hàm sớm, ý thức giữ gìn vệ sinh răng miệng không tốt bằng nữ giới. Tỷ lệ giới tính nam: nữ trong nghiên cứu của tôi là 1.3:1, khác so với các tác giả khác trên thế giới

4.2. Đặc điểm các cấu trúc giải phẫu xương ổ răng trên ở những bệnh nhân có chỉ định cấy ghép implant

4.2.1. Chiều cao của xương hàm vùng mất răng.

Chiều cao để cấy ghép implant ở hàm trên được tính từ đỉnh xương ổ răng đến sàn xoang hàm hoặc sàn hốc mũi. Trong nghiên cứu của tôi, chiều cao phổ biến nhất nằm trong khoảng 4-9 mm, chiếm 58.8%. Nhóm có chiều cao ≥ 10 mm chiếm tỷ lệ 26.5 %.

4.2.2. Chiều rộng xương hàm vùng mất răng

Chiều rộng của sống hàm mất răng được đo tại các mức theo chiều đứng ở các vị trí 3,4,5 và 6 mm từ đỉnh của xương ổ răng. Kích thước bé nhất được coi là chiều rộng của sống hàm mất răng. Trong nghiên cứu của chúng tôi khoảng chiều rộng hay gặp nhất là ≥ 6 mm, chiếm tỷ lệ 55.9%, tiếp theo là khoảng < 4 mm chiếm 23.5%, chiều rộng 4-5mm chiếm tỷ lệ ít nhất 20.6%. Số liệu này cho thấy khi xương hàm trên tiêu nhiều theo chiều cao thì chiều rộng sẽ tăng lên.

4.2.3. Phân loại sống hàm mất răng theo Aune và Gintaras (2004)

Chúng tôi phân loại sống hàm mất răng theo Aune và Gintaras (2004). Nhóm I: Chiều của sống hàm mất răng ≥ 10 mm và chiều rộng ≥ 6 mm. Thiếu hụt chiều dọc ở vùng trước phải ≤ 3 mm từ đỉnh xương ổ răng tới cổ của răng bên cạnh. Ở nhóm I, có ít hoặc không có tiêu xương hàm, cho nên, các nguyên tắc của phẫu thuật implant có thể được thực hiện. Nhóm II, A, B, C, D: Ở nhóm IIA, chiều cao của sống hàm mất răng ≥ 10 mm và chiều rộng từ 4-5 mm (sống hàm mất răng hẹp). Ở nhóm IIB, chiều cao của sống hàm mất răng là từ 4-9mm, và chiều rộng ≥ 6 mm (sống hàm mất răng nông). Ở nhóm IIC, chiều cao của sống hàm mất răng từ 4-9mm và chiều rộng từ 4-5mm (sống hàm mất răng nông và hẹp). Ở nhóm IID, chiều cao của sống hàm mất răng ≥ 10 mm, chiều rộng ≥ 6 mm, thiếu hụt chiều cao vùng trước lớn hơn 3mm từ đỉnh xương ổ răng đến cổ răng bên cạnh. Nhóm III: Chiều cao của sống hàm mất răng < 4 mm và chiều rộng < 4 mm (Sống hàm mất răng hẹp và nông cho đặt implant).

Trong nghiên cứu của tôi, số lượng xương ổ răng thuộc nhóm II chiếm tỷ lệ 55.9%, số lượng xương ổ răng thuộc nhóm I chiếm tỷ lệ 20.6%, và số lượng xương ổ răng thuộc nhóm III chiếm tỷ lệ 23.5%. Kết quả nghiên cứu của tôi khác với kết quả nghiên cứu của Aune và Gintaras (2004), khi các tác giả đưa ra số lượng xương ổ răng thuộc nhóm I chiếm tỷ lệ 60.1%, số lượng xương ổ răng thuộc nhóm II chiếm tỷ lệ 28.0%, và số lượng xương ổ răng thuộc nhóm III chiếm tỷ lệ 11.9%.

Trong trường hợp xương ổ răng thuộc nhóm I, đây là dạng sống hàm thích hợp cho việc đặt implant. Chiều cao và chiều rộng xương đầy đủ cho việc đặt và ổn định của implant tiếp sau. Implant 8mm hoặc dài hơn thường được lựa chọn cho xương loại này. Có một số hệ thống implant có đường kính nhỏ (3mm đường kính) hoặc lớn (5mm đường kính). Chỉ định cho sử dụng implant có đường kính nhỏ hạn chế trong trường hợp này bởi sự đáp ứng cơ sinh học kém, đặc biệt khi các vị trí răng hàm thường xuyên chịu lực ăn nhai lớn. Các implant có đường kính lớn cũng ít được sử dụng thì sống hàm thường không có phép. Khoảng cách tối thiểu giữa các implant hoặc giữa implant với răng bên cạnh nên ít nhất 3mm. Kết quả tốt nhất để đặt implant nên theo nguyên tắc: chiều rộng sống hàm mất răng = kích thước implant + 3mm.

Trong trường hợp xương ổ răng thuộc nhóm II, đây là dạng sống hàm thiếu chiều cao hoặc chiều rộng cho việc đặt implant. Khi có sự thiếu hụt đó, các phương pháp làm tăng chiều cao hoặc chiều rộng được sử dụng bao gồm các biện pháp nong xương hàm, ghép xương, tái sinh xương có hướng dẫn (guided bone regeneration), nâng xoang hàm kín hoặc hở. Phẫu thuật nâng xoang hàm thường được sử dụng trong trường hợp chiều cao xương ổ răng không thích hợp cho cấy ghép ở vùng răng sau. Phẫu thuật nâng xoang nên được thực hiện khi sống hàm mất răng có 4-5mm chiều cao. Chiều cao tối thiểu cho sự ổn định kết quả sau cấy ghép implant là 4mm.

Trong trường hợp xương ổ răng thuộc nhóm III, sống hàm mất răng thiếu xương trầm trọng, sự ổn định cho đặt implant không thể thực hiện. Tái sinh xương có hướng dẫn, ghép xương, nong xương và các phương pháp khác cần được thực hiện trước khi đặt implant cho tất cả các bệnh nhân thuộc nhóm III.

V. KẾT LUẬN

- Số lượng xương ổ răng có chiều cao từ 4-9 mm chiếm tỷ lệ 58.8%
- Số lượng xương ổ răng có chiều cao là ≥ 6

mm chiếm tỷ lệ 55.9%

• Số lượng xương ổ răng thuộc nhóm II chiếm tỷ lệ 55.9%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aune M, Raustia, Gintaras Juodzbals (2004). Accuracy of clinical and radiological classification of the jawbone anatomy for implantation-a survey of 374 patients. J Oral Implantol;30(1):30-9.
2. Pietrokovski J, Massler M (1967). Alveolar ridge resorption following tooth extraction. J Prosthet Dent;17:21-7.
3. Pietrokovski J and Massler M (1967). "Ridge remodeling after tooth extraction in rats" Journal of

Dental Research, vol. 46, no. 1, pp. 222-231,

4. Schropp L, Wenzel A, Kostopoulos L, et al (2003). Bone healing and soft tissue contour changes following single-tooth extraction: a clinical and radiographic 12-month prospective study. Int J Periodontics Restorative Dent;23:313-23.
5. Schropp L (2002). Radiographic and clinical procedures in single tooth implant treatment.
6. Sukovic P (2003). Cone beam computed tomography in craniofacial imaging. Orthod Craniofac Res; 6(Suppl 1):31-6.
7. Watzek, G. (1996). Endosseous Implants: Scientific and Clinical Aspects. Chicago: Quintessence Publishing Co, 29-59, 241- 259.

Kiến thức, Thái độ, Thực hành Dinh dưỡng Trên Học Sinh Trường Trung Cấp Y Tế Bắc Giang

Nguyễn Thị Thu*, Nguyễn Quang Dũng**, Phạm Văn Phú**

TÓM TẮT

Kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) dinh dưỡng của học sinh trường trung cấp y tế đóng vai trò quan trọng trong thực hành nghề nghiệp trong tương lai. Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm mô tả KAP về dinh dưỡng trên học sinh hệ trung cấp y tế. Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành trên 400 học sinh ngành điều dưỡng và y sỹ, trường trung cấp y tế Bắc Giang. Đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi dựa trên bản hướng dẫn đánh giá KAP của FAO năm 2014. Tỷ lệ học sinh có kiến thức dinh dưỡng mức tốt là 52,3%. Tỷ lệ học sinh có thái độ dinh dưỡng ở mức tích cực là 58,5%. Thái độ dinh dưỡng có mối liên quan với kiến thức dinh dưỡng và ngành học. Tỷ lệ học sinh có thực hành dinh dưỡng ở mức tốt là 46,8%. Yếu tố liên quan tới thực hành dinh dưỡng bao gồm nơi ở hiện tại, kiến thức, thái độ dinh dưỡng. Để cải thiện thực hành dinh dưỡng của học sinh, cần tăng cường các hoạt động giáo dục về kiến thức và thái độ dinh dưỡng cho nhóm đối tượng này.

Từ khóa: kiến thức, thái độ, thực hành, dinh dưỡng, điều dưỡng.

SUMMARY

THE KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICES ON NUTRITION AMONG STUDENTS IN BAC GIANG SECONDARY MEDICAL SCHOOL

Knowledge, attitude, practices (KAP) on nutrition of students in secondary medical schools play important roles for their future career practices. This study aims to describe the KAP on nutrition among

students of secondary medical level. The descriptive, cross-sectional study was conducted on 400 students of nursing and medicine at Bac Giang secondary medical school. The study subjects were interviewed by using the questionnaire based on the guidelines for assessing nutrition-related knowledge, attitude and practices, FAO in 2014. The prevalence of students with good nutritional knowledge was 52.3%. The prevalence of students with positive nutritional attitude was 58.5%. Nutritional practices were associated with nutritional knowledge and the academic major. The prevalence of students with good nutritional practices was 46.8%. The factors associated to nutritional practices included current living places, nutritional knowledge and practices. In order to improve nutritional practices of the students, it is necessary to strengthen nutrition education through improved nutritional knowledge and attitude.

Keywords: knowledge, attitude, practice, nutrition, nursing.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh viên là lứa tuổi ở giai đoạn đầu tiên của thời kỳ trưởng thành, độ tuổi mà cơ thể có thể vẫn tiếp tục hoàn thiện và phát triển, đây cũng là độ tuổi sinh sản ở phụ nữ. Mọi lệch lạc trong dinh dưỡng đều có thể dẫn tới hậu quả lâu dài cho sức khỏe, thể lực, khả năng học tập và lao động, thậm chí ảnh hưởng tới thai sản. Do đó, hơn ai hết, đối tượng sinh viên rất cần được trang bị một nền tảng về kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) dinh dưỡng tốt. Thời gian học tập tại trường cũng là giai đoạn "thời gian vàng" để sinh viên có thể học và cải thiện KAP dinh dưỡng [1]. Điều này càng quan trọng hơn đối với nhóm sinh viên/học sinh ngành y bởi kiến thức, thái độ, thực hành ở đối tượng này không chỉ tác động đến sức khỏe mà còn tác động tới thực hành

*Trường trung cấp y tế Bắc Giang

**Viện Đào tạo YHDP & YTCC, Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu

Email: nguyenthubg98@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.7.2017

Ngày duyệt bài: 16.8.2017

ngành nghiệp, do đó có ảnh hưởng tới cả gia đình, cộng đồng và xã hội.

Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu KAP về dinh dưỡng, nhưng các kết quả thường khó so sánh vì sự không tương đồng trong thiết kế nghiên cứu và cách xác định, đo lường KAP. Nhằm chuẩn hóa các nghiên cứu về lĩnh vực này, tổ chức FAO năm 2014 đã đưa ra tài liệu hướng dẫn đánh giá KAP về dinh dưỡng [2]. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu KAP dinh dưỡng nào thực hiện theo bộ công cụ này trên đối tượng sinh viên nói chung và học sinh trường trung cấp y tế Bắc Giang nói riêng. Do đó, việc áp dụng hướng dẫn đánh giá KAP dinh dưỡng của FAO-2014 và xác định các yếu tố liên quan trên trên học sinh trung cấp y là cần thiết. *Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm mô tả kiến thức, thái độ, thực hành trên học sinh 2 ngành y sỹ và điều dưỡng, trường trung cấp y tế Bắc Giang.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu, đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành trên học sinh ngành điều dưỡng, y sỹ hệ chính quy, khóa 44 và 45 tại trường trung cấp y tế Bắc Giang, tỉnh Bắc Giang. Tiêu chuẩn chọn đối tượng: các học sinh đang học tập tại trường, có khả năng nghe, hiểu câu hỏi và trả lời phỏng vấn, đồng ý tham gia nghiên cứu. Thời gian thu thập số liệu: tháng 10-11 năm 2016.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

		Số lượng (n = 400)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	126	31,5
	Nữ	274	68,5
Tuổi (năm)	18-19	88	22,0
	> 19	312	78,0
Khóa học	Năm thứ nhất	162	40,5
	Năm thứ hai	238	59,5
Ngành học	Điều dưỡng	110	27,5
	Y sỹ	290	72,5
Khu vực	Thành thị	72	18,0
	Nông thôn	328	82,0
Nơi ở hiện tại	Thuê trọ/ký túc xá	188	47,0
	Ở cùng gia đình/người thân	212	53,0

Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1. Tỷ lệ nam là 31,5% và nữ là 68,5%. Có 27,5% đối tượng học ngành điều dưỡng và 72,5% ngành y sỹ. Tỷ lệ học sinh đến từ khu vực thành thị là 18% và nông thôn là 82%.

Bảng 2. Kiến thức về dinh dưỡng của học sinh

		Tốt (n = 209)		Chưa tốt (n = 191)	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	67	53,2	59	46,8
	Nữ	142	51,8	132	48,2

2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Ước tính $p=0,888$ (tỷ lệ sinh viên năm thứ hai trường đại học y Hà Nội có kiến thức đúng về hậu quả của dinh dưỡng không hợp lý [3]). Với sai số tương đối mong muốn 5% ($\varepsilon=0,05$) và ở độ tin cậy 95% ($Z_{(1-\alpha/2)}=1,96$), số học sinh tối thiểu cần nghiên cứu cho mỗi khóa là 194. Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu chung cho cả 2 khóa là 388 học sinh. Cỡ mẫu thực tế nghiên cứu được làm tròn là 400 học sinh.

2.3. Thu thập số liệu: Thông tin chung và KAP dinh dưỡng của học sinh được thu thập bằng cách phỏng vấn trực tiếp đối tượng. Bộ câu hỏi nghiên cứu được thiết kế dựa trên bộ câu hỏi mẫu dựa trên bản hướng dẫn đánh giá KAP dinh dưỡng của FAO-2014, có test thử trước khi thu thập số liệu [2]. Bộ câu hỏi gồm 24 câu hỏi kiến thức, 29 câu hỏi thái độ, 18 câu hỏi thực hành liên quan đến 6 chủ đề: các bữa ăn, thiếu năng lượng trường diễn, thiếu máu thiếu sắt, thiếu vitamin A, các hướng dẫn chế độ ăn hợp lý dựa vào thực phẩm và thừa cân/béo phì.

2.5. Xử lý số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. Phân tích bằng phần mềm STATA 13.0. Kiểm định sự khác biệt giữa các tỷ lệ bằng các test thống kê χ^2 -test hoặc Fisher's exact test, nếu $p<0,05$ được coi là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (YNTK).

Nhóm tuổi	18-19	42	47,7	46	52,3
	>19	167	53,5	145	46,5
Khóa học	Năm thứ nhất (khóa 45)	90	55,6	72	44,4
	Năm thứ hai (khóa 44)	119	50,0	119	50,0
Nhóm năm thứ nhất	Điều dưỡng	21	43,8*	27	56,2
	Y sĩ	69	60,5	45	39,5
Nhóm năm thứ hai	Điều dưỡng	26	41,9	36	58,1
	Y sĩ	93	52,8	83	47,2
Khu vực sinh sống	Thành thị	34	47,2	38	52,8
	Nông thôn	175	53,4	153	46,7
Nơi ở hiện tại	Sống cùng gia đình	113	53,3	99	46,7
	Thuê trọ/ký túc xá	96	51,1	92	48,9

*Khác biệt có YNTK với P < 0,05.

Kiến thức dinh dưỡng của học sinh được trình bày trong Bảng 2. Kết quả cho thấy có 209 học sinh (52,3%) có kiến thức về dinh dưỡng ở mức tốt và 191 học sinh (47,7%) ở mức chưa tốt. Không có sự khác biệt YNTK về kiến thức dinh dưỡng theo giới, nhóm tuổi, khóa học, khu vực sinh sống và nơi ở hiện tại (P > 0,05). Không có sự khác biệt YNTK về kiến thức giữa nhóm ngành điều dưỡng và y sĩ trong nhóm năm thứ 2 (P > 0,05). Tuy nhiên, ở nhóm năm thứ nhất, tỷ lệ học sinh ngành y sĩ có kiến thức tốt cao hơn so với ngành điều dưỡng (P < 0,05).

Bảng 3. Thái độ về dinh dưỡng của học sinh

		Tích cực (n = 234)		Chưa tích cực (n = 166)	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	76	60,3	50	39,7
	Nữ	158	57,7	116	42,3
Nhóm tuổi	18-19	55	62,5	33	37,5
	>19	179	57,4	133	42,6
Khóa học	Năm thứ nhất (khóa 45)	93	57,4	69	42,6
	Năm thứ hai (khóa 44)	141	59,2	97	40,8
Nhóm năm thứ nhất	Điều dưỡng	24	50,0	24	50,0
	Y sĩ	69	60,5	45	39,5
Nhóm năm thứ hai	Điều dưỡng	30	48,4*	32	51,6
	Y sĩ	111	63,1	65	36,9
Khu vực sinh sống	Thành thị	43	59,7	29	40,3
	Nông thôn	191	58,2	137	41,8
Nơi ở hiện tại	Ở gia đình	129	60,9	83	39,1
	Thuê trọ/ký túc xá	105	55,9	83	44,1
Kiến thức về dinh dưỡng	Tốt	138	66,0**	71	34,0
	Chưa tốt	96	50,3	95	49,7

*Khác biệt có YNTK với P < 0,05; **Khác biệt có YNTK với P < 0,01.

Thái độ về dinh dưỡng của học sinh được trình bày trong Bảng 3. Kết quả cho thấy có 234 học sinh (58,5%) có thái độ dinh dưỡng tích cực và 166 học sinh (41,5%) có thái độ chưa tích cực. Không tìm thấy sự khác biệt YNTK về thái độ dinh dưỡng theo giới, nhóm tuổi, khóa học, khu vực sinh sống và nơi ở (P > 0,05). Tuy nhiên, có sự khác biệt YNTK theo ngành học trong nhóm năm thứ 2, tỷ lệ có thái độ tích cực ở học sinh y sĩ cao hơn YNTK so với học sinh ngành điều dưỡng: 63,1% so với 48,4% (P < 0,05). Không có sự khác biệt về thái độ về dinh dưỡng giữa 2 ngành học điều dưỡng và y sĩ trong nhóm năm thứ nhất. Tỷ lệ học sinh có thái độ tích cực về dinh dưỡng cao hơn ở nhóm có kiến thức tốt về dinh dưỡng so với nhóm có kiến thức chưa tốt về dinh dưỡng: 66% so với 50,3% (P < 0,01).

Bảng 4. Thực hành dinh dưỡng của học sinh

		Tốt (n = 187)		Chưa tốt (n = 213)	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	52	41,3	74	58,7
	Nữ	135	49,3	139	50,7
Nhóm tuổi	18-19	35	39,8	53	60,2
	>19	152	48,7	160	51,3
Khóa học	Năm thứ nhất (khóa 45)	69	42,6	93	57,4
	Năm thứ hai (khóa 44)	118	49,6	120	50,4

Nhóm năm thứ nhất	Điều dưỡng	25	52,1	23	47,9
	Y sĩ	44	38,6	70	61,4
Nhóm năm thứ hai	Điều dưỡng	33	53,2	29	46,8
	Y sĩ	85	48,3	91	51,7
Khu vực sinh sống	Thành thị	37	51,4	35	48,6
	Nông thôn	150	45,7	178	54,3
Nơi ở hiện tại	Ở với gia đình	113	53,3**	99	46,7
	Thuê trọ/ký túc xá	74	39,4	114	60,6
Kiến thức dinh dưỡng	Tốt	112	53,6**	97	46,4
	Chưa tốt	75	39,3	116	60,7
Thái độ về dinh dưỡng	Tích cực	124	53,0**	110	47,0
	Chưa tích cực	63	38,0	103	62,0

**Khác biệt có YNTK với $P < 0,01$.

Thực hành dinh dưỡng của học sinh được trình bày trong Bảng 4. Kết quả cho thấy có 187 học sinh thực hành dinh dưỡng tốt chiếm 46,8%; 213 học sinh thực hành dinh dưỡng chưa tốt chiếm 53,2%. Không có sự khác biệt YNTK về thực hành dinh dưỡng theo giới, nhóm tuổi, khóa học, ngành học, khu vực sinh sống. Tỷ lệ thực hành dinh dưỡng tốt cao hơn ở những học sinh cùng gia đình/người thân so với thuê trọ/ở ký túc xá: 53,3% so với 39,4% ($P < 0,01$). Tỷ lệ thực hành dinh dưỡng tốt cao hơn ở những học sinh có kiến thức dinh dưỡng tốt so với học sinh có kiến thức dinh dưỡng chưa tốt: 53,6% so với 39,3% ($P < 0,01$). Tỷ lệ thực hành dinh dưỡng tốt cao hơn ở những học sinh có thái độ về dinh dưỡng tích cực so với học sinh có thái độ về dinh dưỡng chưa tích cực: 53,0% so với 38,0% ($P < 0,01$).

IV. BÀN LUẬN

Trên thế giới cũng như tại Việt Nam, các nghiên cứu KAP dinh dưỡng chủ yếu tập trung tìm hiểu, phân tích kiến thức, thái độ, thực hành theo các nội dung riêng lẻ liên quan đến dinh dưỡng như: các bữa ăn, thừa cân/béo phì, thiếu máu thiếu sắt... mà ít có nghiên cứu phân tích tổng hợp KAP chung về dinh dưỡng do đó khó có cái nhìn tổng quan [1],[4]. Nghiên cứu này tiến hành phân tích kiến thức, thái độ, thực hành về dinh dưỡng của học sinh từ sự tổng hợp kiến thức, thái độ, thực hành về 6 nội dung dinh dưỡng cơ bản liên quan đến đối tượng, bao gồm kiến thức, thái độ, thực hành về: các bữa ăn, CED, thiếu vitamin A, thiếu máu thiếu sắt, lời khuyên dinh dưỡng hợp lý, thừa cân/béo phì. Do đó có thể nói kết quả đánh giá KAP về dinh dưỡng là khá toàn diện và đầy đủ. Hơn nữa, nghiên cứu này áp dụng phương pháp đánh giá và bộ công cụ chuẩn theo tài liệu hướng dẫn đánh giá KAP dinh dưỡng của FAO-2014, trong khi các nghiên cứu trước đây sử dụng bộ câu hỏi cũng như các cách tiếp cận đánh giá KAP rất khác nhau.

Trong nghiên cứu này, 52,3% học sinh (tính chung cho cả 2 giới) và 51,8% tính cho nữ giới có kiến thức dinh dưỡng ở mức tốt (biết $\geq 70\%$ số câu hỏi kiến thức). So sánh với kết quả của nghiên cứu trên đối tượng nữ sinh năm thứ nhất - Trường cao đẳng Y tế Hà Nội năm 2015: nữ sinh có kiến thức về dinh dưỡng ở mức độ tốt là 52,7% (đạt $\geq 75\%$ điểm kiến thức). Sự so sánh này chỉ mang tính tương đối bởi sự khác nhau về đối tượng, bộ câu hỏi nghiên cứu và ngưỡng phân loại đánh giá kiến thức [5].

Nghiên cứu này chưa phát hiện thấy mối liên quan giữa kiến thức chung về dinh dưỡng của học sinh với các yếu tố giới, nhóm tuổi, khóa học, khu vực sinh sống và nơi ở hiện tại. Khi xem xét tới yếu tố ngành học, theo đặc điểm tuyển sinh của nhà trường, học sinh ngành y sĩ thường có điểm đầu vào cao hơn ngành điều dưỡng. Hơn nữa tại thời điểm thu thập số liệu, chỉ có nhóm học sinh năm thứ 2 được học môn dinh dưỡng. Do đó, trong nhóm học sinh năm thứ nhất, tỷ lệ có kiến thức dinh dưỡng tốt cao hơn ở học sinh ngành y sĩ so với ngành điều dưỡng (Bảng 1). Tuy nhiên, trong nhóm học sinh năm thứ 2, mặc dù tỷ lệ học sinh ngành y sĩ có kiến thức tốt vẫn cao hơn học sinh điều dưỡng, nhưng sự khác biệt này lại chưa có YNTK.

Liên quan đến thái độ chung về dinh dưỡng, chỉ 58,5% học sinh có thái độ dinh dưỡng tích cực. Không tìm thấy sự khác biệt có YNTK về thái độ dinh dưỡng theo giới, nhóm tuổi, khóa học, khu vực sinh sống và nơi ở. Tuy nhiên, có sự khác biệt có YNTK theo ngành học trong nhóm học sinh năm thứ 2, tỷ lệ có thái độ tích cực về dinh dưỡng ở học sinh ngành y sĩ cao hơn so với học sinh ngành điều dưỡng ($P < 0,05$). Trong khi sự khác biệt này không có YNTK ở nhóm học sinh năm thứ nhất (nhóm học sinh chưa được học môn dinh dưỡng).

Thái độ chung về dinh dưỡng của học sinh còn liên quan tới kiến thức dinh dưỡng. Nhóm học sinh có kiến thức chung về dinh dưỡng tốt

có thái độ tích cực về dinh dưỡng hơn nhóm học sinh kiến thức chưa tốt, sự khác biệt này là có YNTK ($P < 0,01$). Mỗi liên quan này cũng được tìm thấy trong nghiên cứu KAP dinh dưỡng (2011) ở sinh viên các ngành quản lý kinh doanh, kế toán, luật, hóa học, giáo dục thể chất, điều dưỡng tại đại học Azad (Iran): có mối liên quan có YNTK giữa mức độ kiến thức và thái độ ở cả 2 giới [7].

Về thực hành dinh dưỡng, tỷ lệ học sinh thực hành dinh dưỡng tốt (thực hành đúng đạt $\geq 80\%$) chiếm 46,8% tính chung cho 2 giới. Tỷ lệ này tính riêng cho nữ giới là 49,3% cao hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hiếu và cộng sự trên đối tượng nữ sinh trường cao đẳng y tế Hà Nội (2015): tỷ lệ nữ sinh có thực hành về dinh dưỡng ở mức độ tốt là 30,0% (đạt $\geq 75\%$ điểm thực hành) [5].

Thực hành dinh dưỡng và nơi ở hiện tại có mối liên quan với nhau. Những học sinh sống cùng với gia đình hoặc người thân có thực hành dinh dưỡng tốt hơn học sinh thuê trọ hoặc ở ký túc xá. Khi sống cùng gia đình/người thân, các em có điều kiện được quan tâm hơn về chế độ dinh dưỡng, khác với khi ở trọ hoặc sống trong ký túc xá, việc ăn uống hoàn toàn phụ thuộc vào bản thân học sinh, không có sự giám sát, hỗ trợ của gia đình.

Thực hành dinh dưỡng có mối liên quan với kiến thức, thái độ chung về dinh dưỡng. Học sinh có kiến thức dinh dưỡng tốt thì có thực hành dinh dưỡng tốt hơn. Học sinh có thái độ tích cực thì có thực hành dinh dưỡng tốt hơn. Mỗi liên quan này cũng được tìm thấy trong kết quả của nghiên cứu KAP dinh dưỡng (2011) ở sinh viên các ngành quản lý kinh doanh, kế toán, luật, hóa học, giáo dục thể chất, điều dưỡng tại đại học Azad (Iran) [7]. Điều này gợi ý rằng, để cải thiện thực hành dinh dưỡng của học sinh thì

việc nâng cao kiến thức và thái độ dinh dưỡng là điều cần thiết.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ học sinh có kiến thức dinh dưỡng ở mức tốt là 52,3%.

- Tỷ lệ học sinh có thái độ dinh dưỡng ở mức tích cực là 58,5%. Thái độ dinh dưỡng có liên quan với kiến thức dinh dưỡng và ngành học.

- Tỷ lệ học sinh có thực hành dinh dưỡng ở mức tốt chiếm 46,8%. Thực hành dinh dưỡng của học sinh có liên quan với nơi ở hiện tại, kiến thức, thái độ dinh dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bano R, AlShammari E, Fatima SB (2013). A comparative study of Knowledge, Attitude, Practice of nutrition and non-nutrition student towards a balanced diet in Hail University. IOSR Journal of Nursing and Health Science; 2(3): 29-36.
2. Food and Agriculture Organization of the United Nations (2014). Guidelines for assessing nutrition-related Knowledge, Attitudes and Practices. Rome, 2014.
3. Bùi Thị Thúy Quyên (2011). Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của sinh viên Y2 Trường Đại học Y Hà Nội - năm 2011, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ y khoa năm 2011, Đại học Y Hà Nội.
4. Lê Thị Hương, Nguyễn Thành Quân, Nguyễn Thùy Linh và cộng sự (2012). Tình trạng dinh dưỡng và kiến thức thực hành dinh dưỡng của nữ học sinh phổ thông trung học huyện Bình Lục, Hà Nam. Tạp chí nghiên cứu y học; phụ chương số 80(3C): 282-290.
5. Nguyễn Thị Hiếu, Bùi Văn Dũng, Nguyễn Khánh Chi và cộng sự (2016). Đánh giá tình trạng dinh dưỡng, kiến thức và thực hành về dinh dưỡng của nữ sinh năm thứ nhất, trường cao đẳng y tế Hà Nội, năm 2015. Tạp chí Y học thực hành; số 990: 108-112.
6. Nazni P, Vimala S (2010). Nutrition knowledge, attitude and practice of college sportsmen. Asian J Sports Med; 1(2): 93-100.
7. Azizi M, Aghaee N, Ebrahimi M (2011). Nutrition knowledge, the attitude and practices of college students. Physical Education and Sport; 9(3): 349-357.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG ĐỘT BIẾN BRAF TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phạm Cẩm Phương*, Mai Trọng Khoa*

TÓM TẮT

*TT y học hạt nhân và ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai
 Chịu trách nhiệm chính: Phạm Cẩm Phương
 Email: phamcamphuong@gmail.com
 Ngày nhận bài: 7.6.2017
 Ngày phản biện khoa học: 28.7.2017
 Ngày duyệt bài: 9.8.2017

Mục tiêu: Trong số các loại đột biến được xác định gen *BRAF*, thì đột biến *T1799A BRAF* (V600E) là phổ biến nhất và chiếm hơn 90% tất cả các đột biến tìm thấy. Đột biến này thường xuyên xuất hiện trong ung thư tuyến giáp (UTT). Trong nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy đột biến *BRAF* V600E là một trong các yếu tố góp phần làm giảm khả năng dung nạp Iod của bệnh nhân trong quá trình điều trị, từ đó liên quan đến tiên lượng xấu và tái phát hoặc kháng thuốc I-131. Nghiên cứu được thực hiện nhằm: 1) Xác

định tình trạng đột biến BRAF trong bệnh nhân UTTG điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai; 2) Đánh giá mối tương quan giữa tình trạng đột biến BRAF với các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu thực hiện trên 198 mẫu bệnh phẩm của bệnh nhân UTTG được chẩn đoán xác định đột biến BRAF (V600E) bằng kit BRAF-StripAssay® (ViennaLab) tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11 năm 2015 đến tháng 3 năm 2017. **Kết quả:** Đột biến gen BRAF được phát hiện trên 150/198 mẫu bệnh phẩm (75,8%). Có 69/92 (75%) mẫu bệnh phẩm của bệnh nhân UTTG di căn có phát hiện đột biến BRAF. Trong đó, tỷ lệ đột biến BRAF trong trường hợp di căn xa, di căn hạch, và đồng thời có cả di căn xa và di căn hạch lần lượt là 63/84 (75%), 9/13 (69,2%) và 3/5 (60%). Trong các thể UTTG, tỷ lệ đột biến BRAF ở thể nang-nhú, thể nhú và thể nang lần lượt là 80%, 76,6% và 40%. Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đột biến BRAF một số đặc điểm lâm sàng. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ xuất hiện đột biến BRAF trong bệnh nhân UTTG cao, đặc biệt đối với UTTG thể nhú và thể nang. Việc không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê BRAF và các đặc điểm lâm sàng cho thấy sự cần thiết phải tiến hành nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn trong tương lai.

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp, đột biến BRAF.

SUMMARY

EVALUATING THE BRAF MUTATION IN DIFFERENTIATED THYROID CANCER AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: Among more than 40 mutations identified in the *BRAF* gene, the *BRAF* T1799A (V600E) point mutation is the most common and accounts for more than 90% of all the mutations found in the *BRAF* gene. It has been found to occur frequently in thyroid cancer. While some reports suggest the *BRAF* (V600E) mutation is associated with poor prognosis and recurrence or iodine uptake resistance, this remains a controversial issue. The aim of study was to: 1) determine the status of *BRAF* mutation in differentiated thyroid cancer in Bach Mai hospital; 2) evaluate the association of the *BRAF* mutation with clinicopathological parameters.

Patients and methods: Retrospective analysis of the *BRAF* (V600E) mutation in differentiated thyroid cancer in 198 patients from November, 2015 to March, 2017 at Bach Mai hospital using BRAF-StripAssay® (ViennaLab). The results were correlated with clinicopathological factors. **Results:** The *BRAF* (V600E) mutation was detected in 150 cases (75.8%). *BRAF* mutation was found in 69/92 (75%) patients having metastasis. In particular, mutation was found in distant metastasis, lymph node metastasis and in both distant-lymph node metastasis: 63/84 (75%), 9/13 (69.2%) and 3/5 (60%), respectively. Among differentiated thyroid cancer, *BRAF* mutation was detected in follicular-derived papillary thyroid cancer (80%), papillary thyroid cancer (76.6%) and in follicular thyroid cancer (40%). There was no significant correlation between the presence of *BRAF* mutation and clinicopathological factors.

Conclusions: The *BRAF* mutation rate in thyroid

cancer patients is high, especially for follicular-derived papillary and papillary thyroid cancer. The lack of a statistically significant association of *BRAF* and clinical characteristics indicates the need of conducting research with larger sample sizes in the future.

Key words: differentiated thyroid cancer, *BRAF* mutation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTT) là một bệnh ung thư nội tiết phổ biến trên thế giới. Theo GLOBOCAN 2012, tỷ lệ mắc mới vào khoảng 4/100.000 dân, và tỷ lệ tử vong là 0,5/100.000 dân/1 năm. Ở Việt Nam, tỷ lệ mắc là 2,5/100.000 dân, với tỷ lệ tử vong 1,3/100.000 dân/1 năm. UTT chia làm 2 loại ung thư thể biệt hóa - chủ yếu là thể nhú (chiếm khoảng 85-90%), thể nang, thể tế bào Hürthle; và ung thư thể kém biệt hóa. Hầu hết các bệnh nhân UTT thể biệt hóa có thể được chữa khỏi bằng các phương pháp điều trị phẫu thuật, I-131, hormone. Tuy nhiên vẫn có khoảng 15% bệnh nhân xuất hiện di căn, làm tỷ lệ sống giảm [1]. Các nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng, nguyên nhân chính tái phát và di căn của bệnh nhân được điều trị bằng I-131 là do sự hấp thụ thấp, dung nạp kém Iod. Ở mức độ phân tử, các protein tham gia quá trình dung nạp Iod của bệnh nhân như NIS, TSHr, PAX/PPARG, BRAF... chỉ cần có sự thay đổi của một trong các protein này sẽ làm giảm hiệu quả mức độ dung nạp Iod của bệnh nhân UTT. Trong đó đột biến BRAF V600E là một trong các yếu tố thường gặp ở 40%-80% bệnh nhân UTT thể nhú [2], nó cũng là biểu hiện tiên lượng xấu (tuyến giáp to hơn, tăng giai đoạn ung thư, di căn hạch và di căn xa) [3-5] và có thể tăng tỷ lệ tử vong [6]. Hiện nay, các thuốc điều trị UTT như vemurafenib và dabrafenib có tác dụng ức chế rất chọn lọc với các tế bào đột biến BRAF V600E (cao hơn 100-500 so với tế bào không có đột biến), cho kết quả khá tốt [1]. Có thể thấy việc xác định bệnh nhân có đột biến BRAF rất quan trọng đối với tiên lượng tình trạng bệnh của bệnh nhân UTT cũng như có thêm một lựa chọn khác cho các bác sĩ có thêm hướng điều trị trong trường hợp kháng Iod. Nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu: Xác định tình trạng đột biến BRAF trong bệnh nhân UTT điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai; Đánh giá mối quan hệ giữa tình trạng đột biến BRAF với các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: 198 bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTT bằng xét nghiệm mô bệnh học

đang điều trị tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2015 đến tháng 03/2017. Bệnh phẩm sinh thiết/phẫu thuật của các bệnh nhân này được cố định formalin-vùi paraffin, chẩn đoán xác định mô bệnh học và khoanh vùng vị trí chứa nhiều tế bào u tại Trung tâm Giải phẫu bệnh và Tế bào học. Sau đó, các mẫu này được xét nghiệm đột biến gen *BRAF* tại Đơn vị Gen – Tế bào gốc, Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Thời gian nghiên cứu: từ 11-2016 đến 03-2017. Thông tin về bệnh nhân được thu thập theo một mẫu thu thập thông tin thống nhất. Quy trình xét nghiệm: gồm 4 giai đoạn chính: Tách DNA từ mô cố định formalin - vùi paraffin; Khuếch đại đoạn gen quan tâm bằng phản ứng PCR; lai sản phẩm khuếch đại với đầu dò đặc hiệu streptavidin-alkaline phosphatase và phân tích kết quả. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 15.0.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n = 198)

Đặc điểm bệnh nhân		n	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 45	96	
	≥ 45	102	48,5
	Trung vị	45,1	51,5
	Khoảng tuổi	16-76	
Tuổi	Dưới 30	25	12,6
	Từ 30 trở lên	173	87,4
Giới tính	Nam	26	13,1
	Nữ	172	86,9
Phương pháp lấy mẫu	Phẫu thuật	189	95,4
	Sinh thiết	9	4,6
Vị trí lấy mẫu	Tuyến giáp	169	85,4
	Hạch	26	13,1
	Di căn xa	3	1,5

Nhận xét: Trong số 198 bệnh nhân nghiên cứu có 172 nữ và 26 nam, với độ tuổi trung bình khoảng 45,1 tuổi, trong đó bệnh nhân ≥ 45 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn (51,5%). Đa số bệnh nhân (189/198 – 95,4%) đã trải qua phẫu thuật cắt khối u nguyên phát và được làm xét nghiệm mô bệnh học với mẫu mô lấy từ phẫu thuật. Vị trí lấy mẫu chủ yếu tại tuyến giáp của bệnh nhân với tỷ lệ 85,4%, 1,5% (3 bệnh nhân) lấy từ mô di căn xa

2. Đặc điểm bệnh

Characteristics	n	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn bệnh	I-II	59,4
	III-IV	33,3
	Không xác định	7,2
Giai đoạn T	T1	17,7
	T2	48
	T3/T4	14,1
	Không xác định	20,2
Giai đoạn N	N0	35,4
	N1	40,9
	N2/N3	1,5
	Không xác định	22,2
Giai đoạn M	M0	74,7
	M1	6,6
	Không xác định	18,7
Mô bệnh học	Ung thư thể nhú	95
	Ung thư thể nang	2,5
	Ung thư thể nhú nang	2,5
Tổng số	198	100

Nhận xét: Số bệnh nhân đánh giá được ở giai đoạn sớm (I-II) chiếm tỷ lệ cao (54,0%). Tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn T2 chiếm đa số (48%), còn lại là các bệnh nhân giai đoạn T1, T3/T4 và không xác định với tỷ lệ lần lượt là 17,7%; 14,1% và 20,2%. Tỷ lệ bệnh nhân có di căn

hạch ở giai đoạn N1 và N2/N3 lần lượt là 40,9% và 1,5%. Còn lại là những bệnh nhân không có di căn hạch và không xác định với tỷ lệ lần lượt là 35,4% và 22,2%. 143/198 bệnh nhân không có xuất hiện di căn xa, chiếm 74,7%, chỉ có 13/198 bệnh nhân được phát hiện có di căn xa, chiếm 6,6%. Về đặc điểm mô bệnh học khối u ở dạng ung thư thể nhú chiếm đa số với 188/198 còn lại là ung thư thể nang (5 bệnh nhân) và thể nhú-nang (5 bệnh nhân).

4. Môi tương quan giữa đột biến BRAF và một số đặc điểm bệnh nhân

Bảng 3. Môi tương quan giữa đột biến BRAF và đặc điểm của bệnh nhân

Đặc điểm bệnh nhân		Đột biến BRAF					
		Có	Không	OR	95% CI	(%)	p
Tuổi	< 45	83	19	0,52	0,3 – 1,0	81,47	0,057
	≥ 45	67	29			69,8	
Giới tính	Nam	19	7	1,18	0,5 – 3,0	73,1	0,732
	Nữ	131	41			76,2	
Phương pháp lấy mẫu	Phẫu thuật	144	45	0,63	0,15 - 2,6	76,2	0,529
	Sinh thiết	6	3			66,7	
Vị trí lấy mẫu	Tuyến giáp	127	42	-	-	75,2	0,562
	Hạch	21	5			80,8	
	Di căn xa	2	1			66,8	
	Thể nhú	144	44			76,6	
Mô bệnh học	Thể nang	2	3	-	-	40,0	0,243
	Thể nhú-nang	4	1			80,0	
Giai đoạn bệnh	I-II	80	27	1,22	0,57-2,59	74,8	0,605
	III-IV	47	13			78,3	
Giai đoạn T	T1	29	6	-	-	82,9	0,52
	T2	71	24			74,7	
	T3/T4	20	8			71,4	
Giai đoạn N	N0	53	17	-	-	75,7	0,8
	N1	60	21			74,1	
	N2/N3	3	0			100	
Giai đoạn M	M0	113	35	0,68	0,2-2,4	76,4	0,813
	M1	9	4			69,2	

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự tương quan giữa các tình trạng đột biến BRAF với một số đặc điểm bệnh học như tuổi, giới tính, phương pháp lấy mẫu, vị trí lấy mẫu, giai đoạn bệnh, giai đoạn T, vị trí hạch, di căn xa và đặc điểm mô bệnh học ($p > 0,05$)

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân nam giới là 13,1% (26/198), nữ giới chiếm đa số với tỷ lệ là 86,89% (172/198), tỷ lệ nữ/nam là 6,6/1 (172/26), tuổi trung bình cả nam và nữ là 45,1 tuổi. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Quang Trường (2013), tỷ lệ bệnh nhân nam giới là 17,5%, tỷ lệ bệnh nhân nữ giới là 82,5%, tỷ lệ nữ/nam là 4,7/1 (113/24), tuổi trung bình cả nam và nữ là 39,7 tuổi [7]. Theo tác giả Trần Trọng Kiểm thì gặp 76,3% bệnh nhân nữ, cao gấp 3 lần bệnh nhân nam (23,7%), tuổi trung bình là $40,9 \pm 14,1$. Độ tuổi hay gặp nhất từ 31-45 chiếm 40,1%; lứa tuổi thuộc nhóm nguy cơ

3. Tình trạng đột biến BRAF

Bảng 3. Tỷ lệ đột biến BRAF

Tình trạng đột biến BRAF	n	Tỷ lệ (%)
Có đột biến	150	75,8
Không có đột biến	48	24,2
Tổng số	198	100

Nhận xét: Trong số 198 bệnh nhân nghiên cứu, đột biến BRAF V600E được phát hiện thấy ở 150 bệnh nhân (75,8%).

cao (tuổi < 15 và tuổi > 45) chiếm 31,8% [8]. Nhìn chung, các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ UTTG nói chung ở nữ cao hơn nam khoảng 3 - 5 lần, có xu hướng gặp ở người trẻ nhiều hơn. Về phân loại mô bệnh học, trong nghiên cứu của chúng tôi, UTTG thể nang chiếm đa số với tỷ lệ 95%, ung thư thể nhú và ung thư thể nhú nang mỗi loại chiếm 2,5%. Kết quả này khá tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Lê Văn Quảng (2002) nghiên cứu trên 308 bệnh nhân tại bệnh viện K, phát hiện 79,5% ung thư thể nhú, 15,6% thể nang. Lim L.H và cộng sự (2002) nghiên cứu 175 bệnh nhân UTTG, 78% bệnh nhân ung thư thể nhú, 19% ung thư thể nang, 1% ung thư thể

tỷ, 2% ung thư không biệt hóa. Sự tương đồng này cho thấy thể nhú vẫn là thể mô bệnh học phổ biến trong UTTG.

Theo nhiều nghiên cứu trên thế giới, tần suất xuất hiện đột biến gen *BRAF* dao động trong khoảng từ 39% đến 84%. Tần suất đột biến gen *BRAF* trong nghiên cứu này là 75,8%, tất cả các đột biến phát hiện được đều là V600E, tương tự so với các nghiên cứu của Yazgan A và cộng sự năm 2016 là 78,1%. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa đột biến *BRAF* và các đặc điểm lâm sàng đặc trưng như tuổi, giới tính, giai đoạn bệnh, kết quả mô bệnh học, vị trí lấy mẫu và phương pháp lấy mẫu, kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới. Tuy nhiên có một số nghiên cứu thực hiện trên số lượng mẫu lớn, cho kết quả trái ngược. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu của nghiên cứu chưa đủ lớn và thời gian theo dõi bệnh nhân còn hạn chế. Việc thực hiện các nghiên cứu trong tương lai với cỡ mẫu lớn hơn là hết sức cần thiết nhằm đánh giá khả năng tiên lượng bệnh của tình trạng đột biến *BRAF* trên những bệnh nhân UTTG. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu cho thấy vị trí lấy mẫu và phương pháp lấy mẫu không có mối quan hệ có ý nghĩa thống kê với tình trạng đột biến *BRAF* ($p > 0,05$). Kết quả này một lần nữa khẳng định kết quả đột biến *BRAF* V600E không bị ảnh hưởng bởi phương pháp và vị trí lấy mẫu.

V. KẾT LUẬN

- 75,8% bệnh nhân có đột biến gen *BRAF* trong đó toàn bộ đều đột biến tại vị trí codon 600 exon 15 (V600E)

- Trạng thái đột biến *BRAF* không phụ thuộc vào các yếu tố tuổi, giới tính, phương pháp lấy mẫu, vị trí lấy mẫu, đặc điểm mô bệnh học, giai đoạn bệnh và từng giai đoạn T, N, M.

- Việc thực hiện các nghiên cứu trong tương lai với cỡ mẫu lớn hơn là hết sức cần thiết nhằm đánh giá khả năng tiên lượng bệnh của tình trạng đột biến *BRAF* trên những bệnh nhân ung thư tuyến giáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. M.E. Cabanillas, et al., BRAF Inhibitors: Experience in Thyroid Cancer and General Review of Toxicity. *Hormones and Cancer*, 2/2015. Vol 6(1): p. 21-36.
2. Nikiforova MN, R.S. Wald AI, and e. al, Targeted next-generation sequencing panel (ThyroSeq) for detection of mutations in thyroid cancer. *J Clin Endocrinol Metab*, 2013. 98: p. E1852-E1860.
3. Elisei R, Viola D, and T. L, The BRAF(V600E) mutation is an independent, poor prognostic factor for the outcome of patients with low-risk intrathyroid papillary thyroid carcinoma: single-institution results from a large cohort study. *J Clin Endocrinol Metab*, 2012. 97: p. 4390-4398.
4. Li C, Aragon Han P, and L. KC, Does BRAF V600E mutation predict aggressive features in papillary thyroid cancer? Results from four endocrine surgery centers. *J Clin Endocrinol Metab*, 2013. 98: p. 3702-3712.
5. Mark Yarchoan, Virginia A. LiVolsi, and M.S. Brose, BRAF Mutation and Thyroid Cancer Recurrence. *Journal of Clinical Oncology*, 2015. 33.
6. Xing M, Alzahrani AS, and C. KA, Association between BRAF V600E mutation and mortality in patients with papillary thyroid cancer. *JAMA*, 2013. 309: p. 1493-1501.
7. Nguyễn Quang Trường (2013), *Nghiên cứu điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa bằng phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và các mức liều hủy mô giáp*, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y.

MỐI LIÊN QUAN CHỈ SỐ TINH DỊCH ĐỒ VỚI TỶ LỆ CÓ THAI TRONG ĐIỀU TRỊ BƠM TINH TRÙNG VÀO BUỒNG TỬ CUNG

Hồ Sỹ Hùng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định tỷ lệ có thai và mối liên quan một số chỉ số tinh dịch đồ với tỷ lệ có thai của các trường hợp bơm tinh trùng vào buồng tử cung. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu 310 cặp vợ chồng vô sinh được điều trị bằng phương pháp bơm bơm tinh trùng vào buồng tử cung

*Bộ môn sản - Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Hồ Sỹ Hùng
Email: hosyhung@outlook.com
Ngày nhận bài: 5.6.2017
Ngày phản biện khoa học: 31.7.2017
Ngày duyệt bài: 10.8.2017

tại Bệnh viện Phụ sản trung ương. **Kết quả nghiên cứu:** tuổi trung bình của vợ là $28,18 \pm 3,9$ năm, của chồng là $31,72 \pm 4,8$ năm, nguyên nhân vô sinh chủ yếu do chồng. Tỷ lệ có thai cộng dồn là 30,3%, khi mật độ tinh trùng $< 15.10^6/\text{ml}$ không trường hợp nào có thai. Tỷ lệ có thai là 32,7% khi mật độ tinh trùng $> 40.10^6/\text{ml}$, khi tỷ lệ tinh trùng hình thái bình thường $\geq 1\%$ tỷ lệ có thai là 30,5%. **Bàn luận:** tỷ lệ có thai liên quan đến các chỉ số tinh dịch đồ, đặc biệt là mật độ tinh trùng, hình thái và tỷ lệ tinh trùng di động tiến tới. **Kết luận:** tỷ lệ có thai là 30,3%, tỷ lệ có thai liên quan đến mật độ, hình thái tinh trùng bình thường và tỷ lệ tinh trùng di động tiến tới.

Từ khóa: bơm tinh trùng vào buồng tử cung, tỷ lệ có thai

SUMMARY**RELATIONSHIP BETWEEN SPERM PARAMETERS AND PREGNANCY RATE IN INTRA UTERINE INSEMINATION TREATMENT**

Objective: determine pregnancy rate and relation between sperm parameters and pregnancy rate. **Subjects and method:** prospective study of 310 infertile couples, 319 IUI cycles in Obstetric and Gynecology Hospital. **Results:** wife meant age was 28.18 ± 3.9 years and husband mean age was 31.72 ± 4.8 , mostly male causes. Cumulative pregnancy rate was of 30.3%, when sperm concentration $< 15.10^6/\text{ml}$, no couple have pregnancy. Pregnancy rate was 32.7% when sperm concentration $> 40.10^6/\text{ml}$, pregnancy rate was of 30.5% when normal morphology $> 1\%$. **Discussion:** pregnancy rate related to parameters of spermogram, sperm concentration, morphology and mobile sperm rate. **Conclusion:** pregnancy rate was 30.3%, pregnancy rate related to sperm concentration, morphology and mobile sperm rate.

Key words: Intra-Uterin Insemination, pregnancy rate

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một trong những chỉ định của phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI Intra-Uterin Insemination) là vô sinh do tinh trùng yếu, ít mức độ vừa, nhẹ. Cẩm nang tinh dịch đồ của Tổ chức y tế thế giới xuất bản lần thứ 5 năm 2010 đã đưa ra các ngưỡng chỉ số tinh dịch đồ bình thường [1].

Tỷ lệ thành công của phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung rất khác nhau và phụ thuộc nhiều yếu tố, trong đó có các chỉ số tinh dịch đồ. Các bác sĩ lâm sàng còn phân vân lựa chọn phương pháp điều trị các trường hợp vô sinh do bất thường tinh dịch đồ. Trường hợp nào thì nên lọc rửa để bơm IUI, trường hợp nào thì nên làm IVF/ICSI (in vitro fertilisation/Intra-cytoplasmic sperm injection: thụ tinh trong ống nghiệm/tiêm tinh trùng vào bào tương noãn), và nếu lọc rửa tinh trùng để bơm IUI thì tỷ lệ thành công là bao nhiêu với các ngưỡng chỉ số tinh dịch đồ.

Để đi tìm câu trả lời cho câu hỏi này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *xác*

định tỷ lệ có thai và mối liên quan một số chỉ số tinh dịch đồ với tỷ lệ có thai của các trường hợp bơm tinh trùng vào buồng tử cung.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Tử cung bình thường và 2 vòi tử cung thông, có ít nhất 1 nang noãn trưởng thành với niêm mạc tử cung $\geq 8\text{mm}$. Tinh dịch đồ bình thường hoặc bất thường mức độ nhẹ và vừa.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Tuổi vợ trên 35, đã phẫu thuật buồng trứng: bóc nang buồng trứng, cắt buồng trứng, lạc nội mạc tử cung, vô sinh do tử cung (u xơ tử cung, polyp buồng tử cung).

2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho ước tính một tỷ lệ

$$N = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 \cdot \frac{p(1-p)}{(\varepsilon \cdot p)^2}}$$

N: cỡ mẫu nghiên cứu; $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$: Hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% với $\alpha = 0,05$. εp : Là độ chính xác mong muốn; ε : khoảng sai lệch tương đối, cho phép dao động từ 0,1 - 0,4, lấy $\varepsilon = 0,3$; p: tỷ lệ có thai trên tổng số bệnh nhân, theo nghiên cứu của Hồ Sỹ Hùng là 12,2% [2], cỡ mẫu nghiên cứu là = 308 bệnh nhân.

Lấy mẫu thuận tiện, trong thời gian từ 10/2015 đến 03/2016, thu nhận được 310 cặp vợ chồng điều trị IUI.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả tiến cứu.

Các cặp vợ chồng được chẩn đoán vô sinh do chồng, buồng trứng đa nang hoặc vô sinh không rõ nguyên nhân $\rightarrow$ lựa chọn tham gia nghiên cứu $\rightarrow$ đồng ý tham gia nghiên cứu $\rightarrow$ thu thập số liệu theo mẫu

2.4. Các biến số nghiên cứu: Tuổi, thời gian vô sinh, nguyên nhân vô sinh: do chồng, do rối loạn phóng noãn, không rõ nguyên nhân. Các chỉ số tinh dịch và tỷ lệ thai lâm sàng, thai diễn tiến.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Kết quả có thai và liên quan giữa tỷ lệ có thai với một số chỉ số tinh dịch đồ****3.1.1. Kết quả có thai**

Bảng 1. Tỷ lệ có thai theo từng chu kỳ IUI và tỷ lệ thai cộng đồn

Chu kỳ	Số có thai	Tỷ lệ %
Chu kỳ 1 (n = 310)	92	29,7
Chu kỳ 2 (n = 9)	2	22,2
Tỷ lệ thai cộng đồn	94	30,3
Tỷ lệ thai diễn tiến	68	72,3
Tỷ lệ sinh sống	8	8,5
Thai lưu, thai sảy	9	9,6
Thai ngoài tử cung	9	9,6
Đa thai	3	3,2

Sau chu kỳ thứ nhất có 92 trường hợp có thai, đạt tỷ lệ 29,7%. Sau chu kỳ thứ hai có 2 trường hợp có thai, đạt 22,2% trên số chu kỳ IUI và sau 2 chu kỳ có tất cả 94 trường hợp có thai, như vậy tỷ lệ có thai cộng dồn là 30,3% trên tổng số bệnh nhân.

3.1.2. Liên quan tỷ lệ có thai với mật độ tinh trùng

Bảng 2. Tỷ lệ có thai liên quan với mật độ tinh trùng

Mật độ	Kết quả IUI	Có thai n (%)	Không có thai n (%)	Tổng số	p
< 15.10 ⁶		0 (0%)	7 (100%)	7	0,037
15 - < 40.10 ⁶		14 (20,9%)	53 (79,1%)	67	
≥ 40.10 ⁶		80 (32,7%)	165 (67,3%)	245	
Tổng		94 (29,5%)	225 (70,5%)	319	

Mật độ tinh trùng tăng lên thì tỷ lệ có thai cũng tăng lên. Sự khác biệt tỷ lệ có thai giữa các nhóm mật độ tinh trùng có ý nghĩa thống kê với p = 0,037.

3.1.3. Liên quan tỷ lệ có thai với tổng số tinh trùng

Bảng 3. Tỷ lệ có thai liên quan đến tổng số tinh trùng

Tổng số tinh trùng	Kết quả IUI	Có thai n (%)	Không có thai n (%)	Tổng	p
< 39.10 ⁶		2 (8,7%)	21 (91,3%)	23	0,002
39 - < 100.10 ⁶		20 (21,5%)	73 (78,5%)	93	
≥ 100.10 ⁶		74 (36,5%)	129 (63,5%)	203	
Tổng		94 (29,5%)	225 (70,5%)	319	

Tỷ lệ có thai tăng lên khi tổng số tinh trùng tăng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,002.

3.1.4. Liên quan tỷ lệ có thai với di động tiến tới của tinh trùng

Bảng 4. Liên quan tỷ lệ có thai với di động tiến tới của tinh trùng

Di động tiến tới (%)	Kết quả IUI	Có thai n (%)	Không có thai n (%)	Tổng	p
≤ 17		4 (16%)	21 (84%)	25	0,045
> 17 - < 50		77 (33,3%)	154 (66,7%)	231	
≥ 50		13 (20,6%)	50 (79,4%)	63	
Tổng		94 (29,5%)	225 (70,5%)	319	

Tỷ lệ tinh trùng di động tiến tới ≤ 17% thì tỷ lệ có thai là 16%, tỷ lệ di động tiến tới từ 17 - < 50% thì tỷ lệ có thai là 33,3%, tỷ lệ di động tiến tới ≥ 50% thì tỷ lệ có thai là 20,6%. Sự khác nhau về tỷ lệ có thai của 3 nhóm có ý nghĩa thống kê với p = 0,045.

3.1.5. Liên quan tỷ lệ có thai với hình thái tinh trùng

Bảng 5. Liên quan tỷ lệ có thai với hình thái tinh trùng theo nhóm

Hình thái bình thường (%)	Kết quả IUI	Có thai n (%)	Không có thai n (%)	Tổng	p
0		0 (0%)	11 (100%)	11	> 0,05
1 - < 4		39 (27,9%)	101 (72,1%)	140	
4 - < 10		47 (31,1%)	104 (68,9%)	151	
≥ 10		8 (47,0%)	9 (53%)	17	
Tổng		94	225	319	

Mẫu tinh dịch đồ hình thái tinh trùng bất thường hoàn toàn thì không trường hợp nào có thai, tỷ lệ tinh trùng hình thái bình thường tăng lên thì tỷ lệ có thai tăng tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

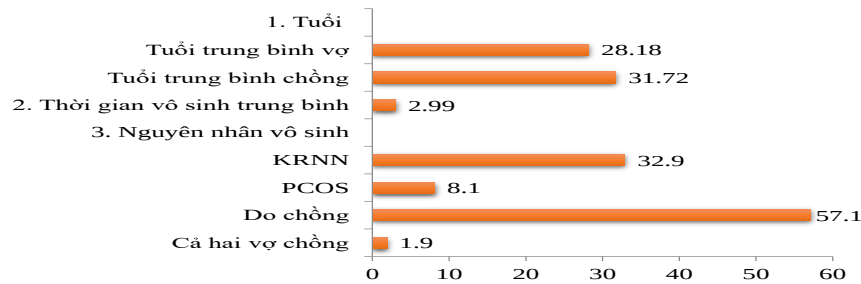
3.1.6. Liên quan tỷ lệ có thai với tổng số tinh trùng có hình thái bình thường di động tiến tới

Bảng 6. Liên quan giữa tỷ lệ có thai với tổng số tinh trùng có hình dạng bình thường di động tiến tới

TSTBTĐTT	Có thai n (%)	Không có thai n (%)	Tổng n (%)	p
< 0,1.10 ⁶	3 (10,7%)	25 (83,3%)	28 (8,8%)	0,023
≥ 0,1.10 ⁶	91 (31,3%)	200 (8,7%)	291 (91,2%)	
Tổng	94 (29,5%)	225 (70,5%)	319 (100%)	

Tổng số tinh trùng hình dạng bình thường di động tiến tới < 0,1.10⁶ thì có 3 trường hợp có thai, chiếm tỷ lệ 10,7%. Tỷ lệ có thai tăng lên 31,3% khi tổng số tinh trùng hình dạng bình thường di động tiến tới ≥ 0,1.10⁶. Sự khác biệt có ý nghĩa với p = 0,023, đây là ngưỡng chỉ số tinh dịch đồ khi bơm IUI kết quả có thai khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3.2. Đặc điểm chung cặp vợ chồng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Đặc điểm đôi tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của vợ là $28,18 \pm 3,9$ năm, của chồng là $31,72 \pm 4,8$ năm. Thời gian vô sinh trung bình là $2,99 \pm 2,1$ năm. Nguyên nhân vô sinh do chồng nhiều nhất.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm cặp vợ chồng nghiên cứu:

Độ tuổi trung bình của người chồng là $31,72 \pm 4,8$ năm, của người vợ là $28,18 \pm 3,9$ năm (biểu đồ 1). Thời gian vô sinh trung bình là $2,99 \pm 2,1$ năm, tương tự với nghiên cứu của Phan Thu Hằng (2010) thời gian vô sinh trung bình là $3,2 \pm 2,5$ năm [3].

Nhằm mục đích phân tích mối liên quan giữa các giá trị tinh dịch đồ với tỷ lệ có thai, từ đó tìm ra ngưỡng chỉ số tinh dịch đồ cho kết quả có thai mong muốn trong nghiên cứu này chúng tôi chủ yếu chọn các cặp vợ chồng vô sinh do chồng còn vợ hoàn toàn bình thường. Nguyên nhân vô sinh do chồng chiếm 57,1%, không rõ nguyên nhân 32,9%, buồng trứng đa nang là 8,1%, 1,9% do cả hai vợ chồng. Einat Shalom-Paz (2014) nghiên cứu trên 326 cặp vợ chồng với 601 chu kỳ IUI, vô sinh không rõ nguyên nhân chiếm tỷ lệ 73,1%, buồng trứng đa nang chiếm 22,3%, 4,6% là do chồng bất thường tinh dịch đồ mức độ nhẹ [4].

4.2. Tỷ lệ có thai và liên quan một số chỉ số tinh dịch đồ với tỷ lệ có thai

4.2.1. Bàn luận về kết quả có thai: Qua nghiên cứu 310 cặp vợ chồng vô sinh điều trị 319 chu kỳ IUI, sau chu kỳ thứ nhất có 92 trường hợp có thai, đạt tỷ lệ 29,7%. Theo dõi tiếp có 9 cặp vợ chồng tiếp tục điều trị chu kỳ thứ 2 thì có 2 trường hợp có thai, đạt tỷ lệ 22,2% và tổng cộng có 94/310 cặp vợ chồng có thai đạt tỷ lệ thai cộng dồn là 30,3%. Trong số các cặp vợ chồng có thai, tỷ lệ thai diễn tiến là 72,3%. Có 8 trường hợp đẻ con sống cho đến thời điểm kết thúc nghiên cứu, chiếm tỷ lệ là 8,5%. Tỷ lệ thai sảy, thai lưu là 9,6%, tỷ lệ chữa ngoài tử cung là 9,6%, tỷ lệ đa thai là 3,2%

Tỷ lệ đa thai trong nghiên cứu của chúng tôi là 3,2%, tương đương tỷ lệ đa thai tự nhiên (từ

1 đến 3%). Tỷ lệ thai ngoài tử cung là 9,6%, tỷ lệ sảy thai và thai lưu là 9,6%. So với nghiên cứu của Mehmet Erdem (2015) thì tỷ lệ đa thai, sảy thai trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, Mehmet Erdem nghiên cứu 412 cặp vợ chồng với 530 chu kỳ IUI, có 103 trường hợp có thai, tỷ lệ đa thai là 8%, tỷ lệ sảy thai là 14,7% [5].

4.2.2. Liên quan mật độ tinh trùng với tỷ lệ có thai

Phân tích số liệu trong nghiên cứu này chúng tôi thấy khi mật độ tinh trùng dưới $15.10^6/\text{ml}$ thì không có trường hợp nào có thai. Mật độ tinh trùng từ $15.10^6/\text{ml}$ đến dưới 40 triệu/ml thì tỷ lệ có thai là 20,9% và mật độ tinh trùng $\geq 40.10^6/\text{ml}$ thì tỷ lệ có thai là 32,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,037$. Như vậy, chỉ có các trường hợp mật độ tinh trùng $>15.10^6/\text{ml}$ mới có thể thành công khi bơm IUI.

Nghiên cứu của Hồ Sỹ Hùng, mật độ tinh trùng từ $10.10^6/\text{ml}$ - $20.10^6/\text{ml}$ thì tỷ lệ có thai là 11,2%, nếu mật độ $> 20.10^6/\text{ml}$ thì tỷ lệ có thai là 12,6% [2]. Ngoài mật độ tinh trùng thì nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ có thai là 8,7% nếu tổng số tinh trùng $< 39.10^6$, tỷ lệ có thai là 21,5% nếu tổng số tinh trùng từ 39 đến dưới 100 triệu và tỷ lệ có thai tăng lên 36,5% nếu tổng số tinh trùng trên $100.10^6/\text{ml}$.

4.2.3. Liên quan tỷ lệ có thai với tỷ lệ di động của tinh trùng:

Theo bảng 4, tỷ lệ tinh trùng di động tiến tới $\leq 17\%$ thì tỷ lệ có thai là 16%, tỷ lệ có thai là 33,3% nếu tỷ lệ tinh trùng di động tiến tới từ 7 đến dưới 50%. Theo Hồ Sỹ Hùng (2011), khi tỷ lệ tinh trùng di động tiến tới $< 10\%$ thì tỷ lệ có thai là 10,5%, tinh trùng di động tiến tới từ 10 đến 20% tỷ lệ có thai là 13,5% và khi tinh trùng di động tiến tới trên 20% tỷ lệ có thai là 14,5% [2].

4.2.4. Liên quan tỷ lệ có thai với hình thái tinh trùng: Bảng 5, tỷ lệ có thai giữa các nhóm hình thái tinh trùng bình thường 0%, 1 - < 4%, 4 - < 10% và $\geq 10\%$ lần lượt là 0%, 27,9%, 31,1% và 47% với $p > 0,05$. Nếu tinh trùng bất thường hoàn toàn thì không trường hợp nào có thai, còn nếu tỷ lệ hình thái tinh trùng bình thường $\geq 1\%$ đã có thể có thai. Như vậy nếu có tinh trùng bình thường thì vẫn có thể bơm IUI.

Mặc dù vậy một số nghiên cứu khác lại cho cho thấy hình thái tinh trùng không ảnh hưởng tỷ lệ có thai. Mona Zahra (2014) nghiên cứu 100 cặp vợ chồng làm IUI thấy hình thái tinh trùng không ảnh hưởng đến tỷ lệ có thai. Tỷ lệ có thai là 28,6%; 31,8%; 23,3% và 33,3% nếu hình thái tinh trùng bình thường tương ứng là $\leq 4\%$; 5 - 14%; 15 - 30% và $\geq 30\%$ [7].

4.2.5. Liên quan tỷ lệ có thai với tổng số tinh trùng hình thái bình thường di động tiến tới: Kết quả nghiên cứu này cho thấy khi tổng số tinh trùng hình thái bình thường di động tiến tới $< 0,1.10^6$ thì tỷ lệ có thai là 10,7%. Tỷ lệ có thai tăng lên 31,3% khi tổng số tinh trùng hình thái bình thường di động tiến tới $\geq 0,1.10^6$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,023$ (bảng 6). Như vậy ngưỡng $0,1.10^6$ tinh trùng hình thái bình thường di động tiến tới được xem như giá trị tiên lượng tỷ lệ có thai mong muốn khi điều trị IUI. Ngưỡng này có giá trị dự báo cho các cặp vợ chồng vô sinh không rõ nguyên nhân, vô sinh do chồng hay buồng trứng đa nang điều trị IUI.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ có thai trên tổng số bệnh nhân là 30,3%.

Tỷ lệ có thai tăng khi mật độ tinh trùng, hình thái tinh trùng bình thường và tỷ lệ tinh trùng di động tiến tới tăng. Không trường hợp nào có thai khi mật độ tinh trùng $< 15.10^6/\text{ml}$, tỷ lệ có thai là 32,7% khi mật độ tinh trùng $> 40.10^6/\text{ml}$, khi tỷ lệ tinh trùng hình thái bình thường $\geq 1\%$ tỷ lệ có thai là 30,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Sỹ Hùng, Nguyễn Thị Minh (2011).** Cập nhật về các chỉ số tinh dịch đồ trong cuốn cẩm nang về xét nghiệm và xử trí tinh trùng của tổ chức Y tế thế giới năm 2010. Hội nghị Sản phụ khoa Việt Pháp. Tháng 4/2011.
2. **Hồ Sỹ Hùng, Nguyễn Việt Quang (2011).** Khuyến cáo ngưỡng các chỉ số tinh dịch đồ để chỉ định bơm tinh trùng vào buồng tử cung, Hội nghị Sản phụ khoa Việt Pháp. Tháng 04/2011.
3. **Phan Thu Hằng (2010).** Đánh giá hiệu quả kích thích buồng trứng của clomiphen citrate trong hội chứng buồng trứng đa nang. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú. Trường Đại học Y Hà Nội. 2010.
4. **Einat Shalom-Paz, Amir Wiser, et al (2014).** What are the best semen parameters to predict pregnancy in intrauterine insemination cycles? Journal of Minimal Stimulation IVF. 2014; Volume 1, Issue 3, 153-157.
5. **Mehmet Erdem, Ahmet Erdem et al (2016).** The impact of sperm morphology on the outcome of intrauterine insemination cycles with gonadotropins in unexplained and male subfertility. European Journal of Obstetrics – gynecology and Reproductive Biology. 2015; 197 (2016), 120- 124.
6. **Nayak V, et al (2013).** Relationship of sperm morphology assessed by strict criteria and outcome of artificial [intrauterine] insemination. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2013; 2(1):58-60.
7. **Mona Zahra (2014).** Does Sperm Morphology Affect the Pregnancy outcome of Intrauterine Insemination (IUI)? International Journal of Pharmaceutical Sciences Review and Research. 27 (92) July- August 2014; Article No. 61, 355-257.

SỐNG THÊM KHÔNG BỆNH CỦA HÓA TRỊ BỔ TRỢ TRƯỚC KẾT HỢP PHẪU THUẬT BẢO TỒN TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN II

Trần Văn Thuận*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư vú là bệnh có tiên lượng tốt đặc biệt là ở giai đoạn sớm. Điều trị hoá chất bổ trợ trước (hay còn gọi là hoá chất tân bổ trợ hay hoá chất tấn công) là phương pháp sử dụng hoá chất trước mổ

để làm giảm lượng tế bào u tại chỗ, tại vùng và cả các vị trí ở xa (vi di căn xa). Tại Việt Nam có một số nghiên cứu hoá chất bổ trợ trước trong ung thư vú nhưng mới tập trung vào giai đoạn không mổ được chưa có nghiên cứu nào đánh giá trên giai đoạn mổ được. **Mục tiêu:** đánh giá sống thêm không bệnh của biện pháp sử dụng hóa trị bổ trợ trước kết hợp phẫu thuật bảo tồn trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II. **Đối tượng & Phương pháp:** nghiên cứu mô tả, có theo dõi dọc không đối chứng được thực hiện trên 59 bệnh nhân UTV giai đoạn II (T1,T2,N0,1,M0, T3N0M0) được hóa trị bổ trợ trước bằng phác đồ TA, phẫu thuật bảo tồn và xạ trị tại Bệnh viện K từ tháng 1/2012 đến

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Thuận

Email: drthuan1970@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 31.7.2017

Ngày duyệt bài: 8.8.2017

tháng 12/2014. **Kết quả:** Thời gian theo dõi trung bình trên các bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 40 tháng (39,68 tháng). Tỷ lệ tái phát sau 4 năm của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 5,4%. Tỷ lệ sống thêm không bệnh sau 2 năm là 97% và sau 3 năm, 4 năm là 95%. Thời gian SKB trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là $39,23 \pm 1,12$ tháng (CI 95%: 36,98 – 41,48). Không có mối tương quan giữa sống thêm không bệnh với kích thước khối u, hạch nách di căn trước phẫu thuật, tình trạng thụ thể nội tiết.

Từ khóa: sống thêm không bệnh; hóa trị bổ trợ trước phẫu thuật, ung thư vú giai đoạn II

SUMMARY

SURVIVAL WITHOUT DISEASE OF CHEMOTHERAPY BEFORE CONSERVATION SURGERY IN BREAST CANCER WOMEN STAGE II

Background: Breast cancer have good prognostic if diagnosis at the early stage. Preoperative chemotherapy is method applied chemotherapy before surgery to decrease number of cancer cells at local and far position. Many studies illustrated the effectiveness of preoperative chemotherapy before surgery in breast cancer women. However, there is limited studies on this issues in Vietnam. **Objectives:** evaluate survival without disease of preoperative chemotherapy before conservation therapy in breast cancer women stage II. **Subjects & method:** descriptive with follow-up method conducted in 59 breast cancer women Stage II (T1,T2,N0,1,M0, T3N0M0), preoperative chemotherapy by TA regime, conservation surgery and radiotherapy at K Hospital during 1/2012 to 12/2014. **Results:** Average months for follow – up was 40 months. Rate of recurrent after 4 years was 5.4%. Survival without disease after 2 years was 97%; after 3 years, 4 years was 95%. Overall survival was $39.23 \pm 1,12$ months (CI 95%: 36,98 – 41,48). There is no relation between survival without disease and size of tumor, metastatic lymph node before surgery, HER situation ($p > 0.05$).

Keywords: survival without disease; preoperative chemotherapy, breast cancer stage II

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ nhiều nước trên thế giới và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong số các nguyên nhân gây tử vong do ung thư ở nữ. Năm 2012 (GLOBOCAN) trên toàn thế giới có 1.670.000 ca mới mắc và có 522.000 phụ nữ tử vong do ung thư vú [1]. Ở Việt Nam, theo ghi nhận ung thư năm 2010, có 12.533 trường hợp mới mắc UTV với tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 29,9/100.000 dân [2,2].

Ung thư vú là bệnh có tiên lượng tốt đặc biệt là ở giai đoạn sớm. Điều trị hoá chất bổ trợ trước (hay còn gọi là hoá chất tân bổ trợ hay hoá chất tấn công) là phương pháp sử dụng hoá chất trước mổ để làm giảm lượng tế bào u tại chỗ, tại vùng và cả các vị trí ở xa (vi di căn xa). Kết quả

là khối u và hạch tại chỗ tại vùng thoát lui, chuyển nhiều bệnh nhân từ giai đoạn không mổ được thành mổ được tạo điều kiện phẫu thuật dễ dàng hơn. Đối với ung thư vú giai đoạn sớm thì hóa chất bổ trợ trước làm giảm kích thước khối u, tăng tỷ lệ bảo tồn vú hoặc để cho phép phẫu thuật với kết quả thẩm mỹ tốt nhất [4]. Đồng thời không ảnh hưởng đến thời gian sống thêm không bệnh cũng như thời gian sống thêm toàn bộ so với phương pháp điều trị kinh điển. Có nhiều hóa chất được dùng điều trị UTV trong đó nhóm Taxanes và anthracyclin là hai hóa chất hay được sử dụng. Nhất là đối với ung thư vú giai đoạn không mổ được, phác đồ phối hợp hai hóa chất này hay được chỉ định với tỷ lệ đáp ứng cao [5].

Tại Việt Nam có một số nghiên cứu hoá chất bổ trợ trước trong ung thư vú nhưng mới tập trung vào giai đoạn không mổ được chưa có nghiên cứu nào đánh giá trên giai đoạn mổ được. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm đánh giá sống thêm không bệnh của biện pháp sử dụng hóa trị bổ trợ trước kết hợp phẫu thuật bảo tồn trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng & địa điểm nghiên cứu:

Đối tượng nghiên cứu gồm 59 bệnh nhân UTV giai đoạn II (T1,T2,N0,1,M0, T3N0M0) được hóa trị bổ trợ trước bằng phác đồ TA, phẫu thuật bảo tồn và xạ trị tại Bệnh viện K từ tháng 1/2012 đến tháng 12/2014.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân nữ được chẩn đoán xác định UTV bằng mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến vú xâm lấn qua sinh thiết kim khối u trước điều trị.

- Tuổi ≤ 65 tuổi.

- Ung thư vú một bên, một ổ

- Giai đoạn II: T1N1M0 và T2N0M0; T2N1M0; T3N0M0 (IIA,IIB).

- Có nguyện vọng phẫu thuật bảo tồn tuyến vú

- Chỉ số toàn trạng ≤ 2 theo ECOG

- Các chỉ số về huyết học, sinh hóa, cho phép điều trị hóa chất (Bạch cầu $\geq 3,5$ G/L, Bạch cầu trung tính $\geq 1,5$ G/L, Tiểu cầu ≥ 100 G/L, Bilirubine toàn phần $< 2,5$ lần giới hạn bình thường, AST và ALT $< 2,5$ giới hạn bình thường, Urê huyết $< 10,9$ mmol/l. Creatinin $< 1,5$ lần giới hạn bình thường).

- Siêu âm tim: tỷ số tổng máu thất trái (LVEF) $\geq 55\%$.

- Được điều trị hóa chất và phẫu thuật bảo tồn, xạ trị hậu phẫu tại bệnh viện K.

- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án lưu trữ.
- Tiêu chuẩn loại trừ**
- U vú ở trung tâm, đa ổ, canxi hóa lan tỏa.
- Mắc các bệnh nội khoa nặng nề (suy tim, cao huyết áp không kiểm soát được...).
- Mắc ung thư thứ 2
- Đang mang thai.
- Phân loại Luminal A
- Bỏ dở điều trị không phải vì lý do chuyên môn

2.2. Thời gian nghiên cứu: từ 1/2012 - 10/2016 tại các khoa nội 2, nội 5, khoa Nội 3, khoa Ngoại vú và khoa Xạ 2, Bệnh viện K.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc không đối chứng.

2.4. Cỡ mẫu & chọn mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu cần đạt được trong nghiên cứu; α : Mức ý nghĩa thống kê là xác suất của việc sai lầm loại 1, lấy $\alpha = 0,05$ ứng với độ tin cậy 95%; $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ ứng với $\alpha = 0,05$; p: tỷ lệ đáp ứng của nghiên cứu tương tự trước đó, $p = 0,99$; d: Độ chính xác tuyệt đối của p (Sai số tối đa cho phép so với trị số thực trong quần thể. Chọn $d = 0,027$). Từ công thức trên, ước tính cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu cần phải đạt được là 53 bệnh nhân. Chúng tôi chọn cỡ mẫu trong nghiên cứu là 59 bệnh nhân.

2.5. Công cụ nghiên cứu: Thu thập số liệu, thông tin bệnh nhân theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, trực tiếp khám lâm sàng và tham gia điều trị và theo dõi định kỳ.

2.6. Xử lý số liệu: số liệu được nhập và xử lý theo các thuật toán thống kê y học bằng chương trình phần mềm SPSS 16.0 để tính toán các thông số mô tả như trung bình, độ lệch chuẩn, tương quan giữa 2 biến định lượng. Các biến số định tính được trình bày theo tỷ lệ%. Số liệu được kiểm định Chi-square test (χ^2) (được hiệu chỉnh Fisher's exact test khi thích hợp). T-student để so sánh trung bình. Sử dụng phương pháp Kaplan-Meier để ước tính thời gian sống thêm. Thời gian sống thêm không bệnh: Được tính từ khi điều trị phẫu thuật tới thời điểm bệnh tái phát hoặc chết trước khi tái phát hoặc tới khi có thông tin cuối nếu chưa tái phát.

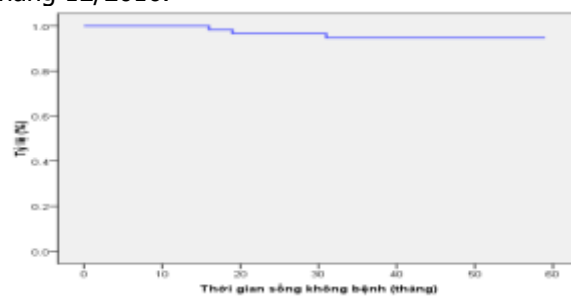
2.7. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua và chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu. Trước khi đưa vào nghiên cứu, BN được giải thích đầy đủ về mục đích, yêu cầu và nội dung của nghiên cứu, ưu nhược điểm của phương pháp điều trị. Chỉ các

bệnh nhân tự nguyện hợp tác tham gia mới được đưa vào nghiên cứu. Các thông tin về tình trạng bệnh và thông tin cá nhân khác của bệnh nhân được bảo mật.

III. KẾT QUẢ

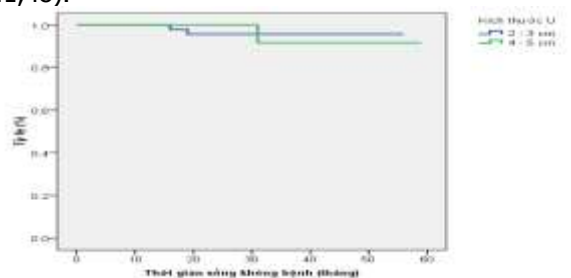
Trong 59 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình là 43,8, nhóm tuổi 31-50 chiếm tỷ lệ cao nhất là 72,9%. Số BN đến viện trong vòng 3 tháng đầu chiếm trên 52,5%. U ở vú trái chiếm tỷ lệ cao hơn với 57,6%. Giá trị trung bình của đường kính lớn nhất của u trên lâm sàng trước điều trị là 3,15 cm. Ung thư thể ống xâm nhập chiếm tỷ lệ cao nhất 81,3%, sau đấy là tiểu thùy xâm nhập 13,6%. Độ mô học 2 có tỷ lệ cao nhất 72,9%. Có tới 57,6% bệnh nhân có thụ thể nội tiết ER và/hoặc PR dương tính. Tỷ lệ Her-2neu dương tính là 33,9%.

Tỷ lệ sống thêm toàn bộ của bệnh nhân là 100% cho tới thời điểm kết thúc nghiên cứu là tháng 12/2016.



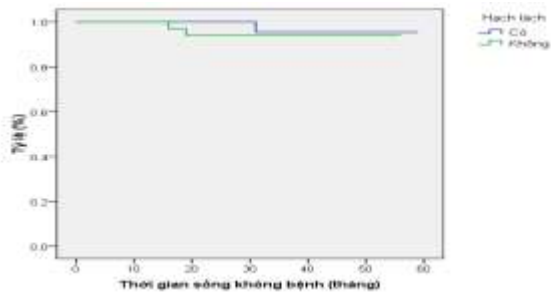
Hình 3.1: Thời gian sống không bệnh của tất cả các bệnh nhân

Hình 3.1. cho thấy tỷ lệ sống thêm không bệnh (SKB) sau 2 năm là 97%, sau 3 năm là 95%. Thời gian SKB trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là $39,23 \pm 1,12$ tháng ($CI\ 95\%: 36,98$ - $41,48$).



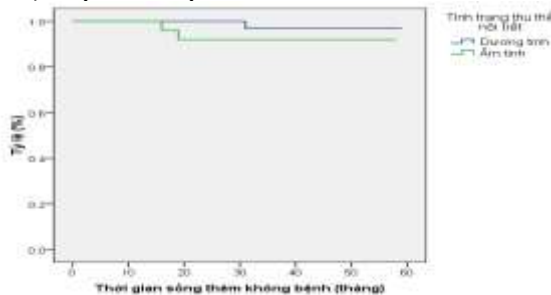
Hình 3.2: Thời gian sống thêm không bệnh theo kích thước u

Tỷ lệ SKB của bệnh nhân có kích thước u từ 2-3 cm là 96,0%, từ 3-5 cm là 90,2%. Thời gian SKB trung bình tương ứng là $54,12 \pm 1,18$ và $56,0 \pm 2,26$ tháng. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (Hình 3.2).



Hình 3.3: Thời gian sống thêm không bệnh theo tình trạng hạch nách di căn trước phẫu thuật

Tỷ lệ SKB của bệnh nhân có hạch nách di căn trước điều trị là 95,0%, và không có hạch nách di căn là 94%. Thời gian SKB trung bình tương ứng là $57,08 \pm 1,26$ và $53,45 \pm 1,64$ tháng. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê vì $p > 0,05$ (Hình 3.3)



Hình 3.4: Thời gian sống không bệnh 5 năm theo tình trạng thụ thể nội tiết

Tỷ lệ SKB 5 năm của nhóm có thụ thể nội tiết dương tính cao hơn nhóm có thụ thể nội tiết âm tính (97% so với 92%). Thời gian SKB trung bình của nhóm có thụ thể nội tiết dương tính là $57,48 \pm 0,87$ tháng và nhóm có thụ thể nội tiết âm tính là $54,12 \pm 2,22$ tháng. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (Hình 3.4).

IV. BÀN LUẬN

Trong 5 năm cho thấy tỷ lệ sống thêm không bệnh là 87% Tất cả các BN của chúng tôi sau khi ra viện được theo dõi định kỳ qua các lần khám lại tại viện. Thời gian theo dõi trung bình đối với các BN là gần 40 tháng (39,68 tháng). Theo kết quả nghiên cứu, tỷ lệ sống thêm không bệnh sau 2 năm đạt 97%, sau 3 năm 95%, sau 4 năm 95%. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình của BN trong nghiên cứu là $39,23 \pm 1,12$ tháng (CI 95%: 36,98 – 41,48).

Theo kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện K, các BN UTV mổ được có hạch dương tính, thụ thể nội tiết dương tính, điều trị 6 đợt hoá chất AC tiếp theo bằng nội tiết tamoxifen đã báo cáo tỷ lệ sống

không bệnh sau 1 năm, 2 năm, 3 năm và 4 năm tương ứng là 97,5%, 88,3%, 80,1% và 75,5% [6].

Theo kết quả nghiên cứu của nhóm nghiên cứu UTV quốc tế Breast Cancer International Research Group mang mã số BCIRG 001 do Martin và cs tiến hành, nghiên cứu trên 1491 BN UTV hạch dương tính, trong đó 745 BN được điều trị phác đồ TAC (Taxotere, Doxorubicin, Cyclophosphamide), 746 BN điều trị phác đồ FAC (5 FU, Doxorubicin, Cyclophosphamide) cho thấy thời gian sống thêm 5 năm không bệnh ở nhóm điều trị bằng phác đồ TAC là 75% còn ở nhóm FAC là 68%, giảm nguy cơ tái phát 28%. Điều này cho thấy việc thêm một taxane vào phác đồ kết hợp doxorubicin và cyclophosphamide cho thời gian sống thêm không bệnh dài hơn ở các BN UTV hạch dương tính. Một nghiên cứu khác của nhóm NSAPB (National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project) nghiên cứu trên các BN chưa di căn hạch nách, ER(-) điều trị 4 AC+ 4T và sống thêm toàn bộ là 90% tuy nhiên giá trị $p > 0,05$ [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có mối tương quan giữa thời gian sống thêm không bệnh khi điều trị bổ trợ trước khi thực hiện phẫu thuật bảo tồn với kích thước khối u, tình trạng hạch nách di căn trước phẫu thuật, tình trạng thụ thể nội tiết càng cho thấy tác dụng của điều trị bổ trợ trước phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Thời gian theo dõi trung bình trên các bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 40 tháng (39,68 tháng). Tỷ lệ tái phát sau 4 năm của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 5,4%. Tỷ lệ sống thêm không bệnh sau 2 năm là 97% và sau 3 năm, 4 năm là 95%. Thời gian SKB trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là $39,23 \pm 1,12$ tháng (CI 95%: 36,98 – 41,48).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferlay J, Isabelle, et al (2014). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods, and major patterns in Globocan 2012. *Int J Cancer*, 10: 1002.
2. Nguyễn Bá Đức, Bùi Diệu và CS (2010). Tình hình mắc ung thư tại Việt Nam qua số liệu 6 vùng ghi nhận giai đoạn 2004-2008. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*; số 1, 73-80.
3. Nguyễn Bá Đức (2003), *Bệnh ung thư vú*, Nhà xuất bản Y học.
4. Fisher B, Bryant J, Wark N, et al (1998). Effect of preoperative chemotherapy on the outcome of women with operable breast cancer. *J Clin Oncol*, 16, 2672-2685.
5. Bria E, Giannarelli D, Felici A, et al (2005). Taxanes with anthracyclines as first-line chemotherapy for metastatic breast carcinoma. *Cancer*, 103:672.

6. **Trần Văn Thuận** (2005), *Đánh giá kết quả điều trị hỗ trợ bằng hóa chất phác đồ AC kết hợp với liệu pháp nội tiết trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II-III có thụ thể estrogen dương tính*, Luận án tiến sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.

7. **Martín A, Corte MD, Alvarez AM, et al** (2006). Prognostic value of pre-operative serum CA 15.3 levels in breast cancer. *Anticancer Res*, 26, 3965-3991.

ĐIỀU TRỊ U NGUYÊN BÀO THẬN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Trần Đức Hậu*, Nguyễn Thị Hương*

TÓM TẮT

Mục đích: đánh giá kết quả điều trị u nguyên bào thận theo phác đồ SIOP 2001. **Phương pháp:** bệnh nhân được lấy vào nghiên cứu từ 7/2008 đến 6/2014 và theo dõi đến 6/2016. **Kết quả:** 86 bệnh nhân có tỉ lệ sống khỏe mạnh không bệnh đạt 76,1% và sống thêm toàn bộ là 82,3%. Các tai biến, biến chứng nặng do điều trị ít gặp, trừ 1 bệnh nhân tử vong, biến chứng nặng nhất là sốt giảm bạch cầu hạt gặp ở 11,6% bệnh nhân. **Kết luận:** u nguyên bào thận điều trị theo phác đồ SIOP 2001 có kết quả tương đối tốt, các tai biến và biến chứng ở mức độ chấp nhận được.

Từ khóa: U nguyên bào thận, điều trị, phác đồ SIOP 2001

SUMMARY

NEPHROBLASTOMA TREATED IN NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Purpose: to estimate treatment outcome of patients with nephroblastoma treated with SIOP 2001 protocol. **Method:** eligible patients enrolled to study from Jul 2008 to June 2014 and follow up to Jun 2016. **Result:** 86 patients had follow up from start of treatment to the end of study or at least 5 years, the event free survival rate of these patients is 76.1% and overall survival rate is 82.3%. The treatment related toxicities are rare; except 1 case death, the most severe complication is neutropenic fever seen in 11.6% of patients. **Conclusion:** patients with nephroblastoma treated with SIOP 2001 protocol have rather good outcome, the recorded treatment related toxicities are quite acceptable.

Key words: nephroblastoma, treatment, protocol SIOP 2001

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên bào thận là một trong các u đặc thường gặp ở trẻ em [5]. Hiện nay trên thế giới có 2 cách tiếp cận điều trị chính là theo SIOP (Hội Ung thư Nhi khoa quốc tế) và NWTS (Nhóm nghiên cứu u nguyên bào thận quốc gia, của Mỹ). Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để

đánh giá kết quả điều trị u nguyên bào thận theo SIOP.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân được chẩn đoán giải phẫu bệnh là u nguyên bào thận, từ 0-18 tuổi, điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương theo phác đồ SIOP 2001 được lựa chọn vào nghiên cứu từ tháng 7-2008 đến 6 - 2014 và được theo dõi đến tháng 6 -2016 với phương pháp tiến cứu, theo dõi điều trị dọc.

Xử lý số liệu thu được theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm STATA 10. Ước tính tỉ lệ sống khỏe mạnh không bệnh, sống thêm toàn bộ ở thời điểm 5 năm kể từ khi điều trị theo Kaplan-Meier.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Theo tiêu chuẩn lựa chọn chúng tôi có 86 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu.

Kết quả điều trị chung của 86 bệnh nhân tính đến ngày 30-6-2016:

66 bệnh nhân còn sống khỏe mạnh, không bệnh, đạt tỉ lệ 76,7%; 71 bệnh nhân còn sống 82,3%; 19 bệnh nhân tái phát 22,1%; 15 bệnh nhân tử vong 17,4%.



Biểu đồ 1. Kết quả điều trị của 86 bệnh nhân

Ước tính theo Kaplan Meier ở thời điểm 5 năm, 86 bệnh nhân có tỉ lệ bệnh nhân sống khỏe mạnh không bệnh là 76,1% và sống thêm toàn bộ là 82,3%.

Chúng tôi có 33 bệnh nhân có thời gian theo dõi ≥ 5 năm, có kết quả: tỉ lệ sống khỏe mạnh không bệnh đạt 75,8% và sống thêm toàn bộ đạt 78,8%.

*Khoa Ung bướu, Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Hậu

Email: tranduchau@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.8.2017

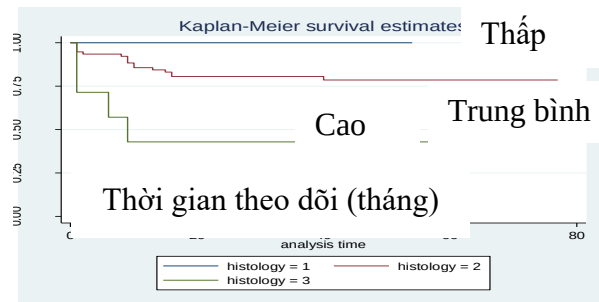
Ngày duyệt bài: 15.8.2017

Kết quả điều trị tính theo giai đoạn bệnh và nhóm nguy cơ mô bệnh học



Biểu đồ 3. Kết quả điều trị tính theo giai đoạn.

Ước tính theo Kaplan Meier, tỉ lệ sống khỏe mạnh không bệnh theo của giai đoạn I = 96,3%, II= 83,9% III= 66,7% IV= 50% và V= 0%, với $p < 0,01$.



Biểu đồ 4. Kết quả điều trị tính theo nhóm nguy cơ mô bệnh học.

Ước tính theo Kaplan Meier, tỉ lệ sống khỏe mạnh không bệnh của các nhóm nguy cơ thấp = 100%, trung bình = 78,5%, cao = 42,9 %, ($p < 0,001$).

Các tai biến, biến chứng ghi nhận trong quá trình điều trị:

Bảng 1. Các tác dụng phụ, độc tính do điều trị

Hệ cơ quan	Mức độ	Các tác dụng phụ, độc tính do điều trị		
		Khi điều trị	Sau điều trị	
Huyết học – tạo máu	I	21/86 = 24,4%	45,3%	0%
	II	8/86 = 9,3%		
	III	10/86 = 11,6%		
Nhiễm trùng da, biểu mô	I	79/86 = 91,9%	100%	0%
	II	7/86 = 8,1%		
Sốt không do nhiễm khuẩn	I	22/86 = 25,6%	30,2%	0%
	II	4/86 = 4,7%		
Da	I	16/86 = 18,6%	18,6%	0%
	II	8/86 = 9,3%		
Hệ tiêu hóa	I	4/86 = 4,7%	16,3%	0%
	II	2/86 = 2,3%		
	III	2/86 = 2,3%		
Viêm loét miệng	I	65/86 = 75,6%	100%	0%
	II	21/86 = 24,4%		
Tim mạch	I	1/86 = 1,1%	1,1%	0%
	II-IV	0/86 = 0%		
Thận: giảm thanh thái creatinine	I	3/86 = 3,5%	5,8%	0%
	II	2/86 = 2,3%		
Thần kinh	I-V	0/86 = 0%	0%	0%

Nhận xét: tai biến, biến chứng nặng thường gặp nhất là mức độ III của hệ huyết học –tạo máu (sốt giảm bạch cầu hạt) với 11,6% bệnh nhân bị ít nhất 1 lần.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả điều trị chung: 86 bệnh nhân được theo dõi đến 30-6-2016 (thời gian theo dõi từ 2 – 7,5 năm) tỉ lệ bệnh nhân sống khỏe mạnh không bệnh đạt = $76,1 \pm 4,7\%$ và tỉ lệ sống thêm toàn bộ đạt = $82,3 \pm 4,1\%$. Chúng tôi có 33 bệnh nhân được bắt đầu điều trị trước 30/6/2011, với thời gian theo dõi tối thiểu là 5 năm, tỉ lệ sống khỏe mạnh không bệnh của các bệnh nhân này là $25/33 = 75,8\%$ và tỉ lệ sống thêm toàn bộ = $26/33 = 78,8\%$. Chúng tôi thấy những trường hợp được theo dõi trên 5 năm có kết quả điều trị không khác biệt với những trường hợp được theo dõi trên 2 năm. Điều đó có nghĩa là nếu bệnh nhân đã sống khỏe mạnh

không bệnh được 2 năm thì tỉ lệ tái phát sẽ rất thấp. Nhận xét này cũng phù hợp với số liệu đã công bố của các nghiên cứu ở nước ngoài [5] SIOP và NWTS có 85-90% bệnh nhân sống khỏe mạnh không bệnh ở thời điểm 5 năm kể từ khi điều trị [5].

Số liệu công bố cho thấy phần lớn họ có số lượng bệnh nhân và thời gian theo dõi tương đương của chúng tôi. Chúng tôi có 19 bệnh nhân tái phát (22,1%) và 15 bệnh nhân tử vong (17,4%).

Tỉ lệ tái phát cao hơn so với số liệu của SIOP và NWTS khi họ có khoảng 10-15% bệnh nhân tái phát [5,6]. Sau khi tái phát, 14/19 đã tử vong và chỉ 5 bệnh nhân còn sống. Như vậy các bệnh nhân bị tái phát có tiên lượng bệnh rất xấu. Kết

quả này của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của SIOP và NWTS [5,6].

Kết quả điều trị theo giai đoạn, nhóm mô bệnh học: Chúng tôi ghi nhận sự khác biệt về kết quả điều trị theo giai đoạn bệnh và nhóm nguy cơ mô bệnh học có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của SIOP trong các nghiên cứu trước đây khi giai đoạn và nhóm nguy cơ mô bệnh học không chỉ có giá trị tiên lượng kết quả điều trị mà còn có vai trò là yếu tố xác định chế độ điều trị sau phẫu thuật [2,7].

Chúng tôi có 5 bệnh nhân ở giai đoạn V: 4/5 bệnh nhân ở giai đoạn V đã tái phát, và 3 trong số này đã tử vong sau tái phát và chỉ 2 còn sống với khối u ở thận còn lại. Như vậy, điều trị bệnh nhân ở giai đoạn V là thách thức lớn đối với chúng tôi cũng như ở các nước phát triển [3].

Tai biến, biến chứng do điều trị: Chúng tôi có 1 trường hợp tử vong do suy đa tạng: suy gan, thận kèm theo rối loạn đông máu. Trừ trường hợp này, trong quá trình điều trị hóa chất, không có bệnh nhân nào bị suy gan, thận nặng hoặc suy giảm nặng chức năng các cơ quan khác.

Khi đánh giá mức độ độc tính do điều trị lên các hệ cơ quan theo tiêu chuẩn mà SIOP áp dụng, chúng tôi thấy phần lớn là không có hoặc ở mức độ nhẹ, chỉ có 12 trường hợp ở mức độ III, không có mức độ IV.

Trong các bệnh nhân còn lại, biến chứng nặng nhất là sốt giảm bạch cầu hạt: có 10 bệnh nhân với 37 lượt bị sốt và giảm bạch cầu hạt ở mức độ III trong quá trình điều trị. Trong đó 33/37 lượt là ở các bệnh nhân được điều trị theo chế độ nguy cơ cao. 29/86 bệnh nhân có thiếu máu hoặc giảm tiểu cầu, phần lớn ở mức độ nhẹ, chỉ có 8 bệnh nhân cần được truyền máu do thiếu máu ở mức độ trung bình.

Như vậy có thể nhận xét là với phác đồ SIOP 2001, hầu hết các biến chứng nặng chỉ gặp ở các bệnh nhân được điều trị với chế độ nguy cơ cao:

bao gồm hóa chất mạnh, kéo dài và kết hợp với xạ trị. Trừ một trường hợp bệnh nhân tử vong, các tai biến, biến chứng được ghi nhận trong quá trình điều trị không quá nặng, đều tự hết sau khi kết thúc điều trị.

V. KẾT LUẬN

Kết quả điều trị u nguyên bào thận theo phác đồ SIOP 2001 tại Bệnh viện Nhi Trung ương tương đối tốt. Các tai biến, biến chứng được ghi nhận trong quá trình điều trị đều không nặng, trừ một trường hợp tử vong liên quan đến điều trị; tỉ lệ tai biến, biến chứng ghi nhận được khi sử dụng phác đồ SIOP 2001 là hoàn toàn chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bhatnagar S (2009).** Management of Wilms' tumor: NWTS vs SIOP. Journal of Indian Association of Pediatric surgeons. Jan 14(1): 6-14.
2. **Graf N, Tournade MF, de Kraker J. (2000).** The role of preoperative chemotherapy in the management of Wilms' tumor. The SIOP studies. International Society of Pediatric Oncology. The urologic clinic of North America. Aug; 27(3): 443-454.
3. **Hamilton TE, Ritchey ML, Haase GM et al (2011).** The management of synchronous bilateral Wilms tumor: a report from the National Wilms Tumor Study Group. Annals of Surgery. May; 253(5): 1004-1010.
4. **Moreira C, Nachev MN, Ziamati S et al (2012).** Treatment of nephroblastoma in Africa: results of the first French African pediatric oncology group (GFAOP) study. Pediatric blood and cancer. Jan; 58(1): 37-42.
5. **Nakamura L, Ritchey M. (2010).** Current management of wilms' tumor. Current Urology reports. Feb; 11(1): p. 58-65.
6. **Presson A, Moore TB, Kempert P (2010).** Efficacy of high-dose chemotherapy and autologous stem cell transplant for recurrent Wilms' tumor: a meta-analysis. Journal of Pediatric Hematology Oncology. Aug; 32(6): 454-461.
7. **Vujančić GM, Sandstedt B. (2010).** The pathology of Wilms' tumour (nephroblastoma): the International Society of Paediatric Oncology approach. Journal of Clinical Pathology. Feb; 63(2): 102-109.

NGHIÊN CỨU VI KHUẨN GRAM ÂM SINH ESBL PHÂN LẬP ĐƯỢC TẠI BỆNH VIỆN TW Quân Đội 108

Đinh Vạn Trung*

TÓM TẮT

**Bệnh viện TWQĐ108*

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Vạn Trung

Email: *drtrung108@gmail.com*

Ngày nhận bài: 8.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 31.7.2017

Ngày duyệt bài: 10.8.2017

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ vi khuẩn gram âm phân lập được từ các bệnh phẩm chủ yếu, tỷ lệ sinh ESBL và đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn đó. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả và thực hành labô trên các chủng vi khuẩn được phân lập từ các loại bệnh phẩm: máu, mủ, nước tiểu, dịch hô hấp, dịch sinh dục. **Kết quả:** Tỷ lệ phân lập được vi khuẩn/tổng số mẫu là 24,67% trong đó vi khuẩn gram (-) là

44,54%. Tỷ lệ sinh ESBL của vi khuẩn gram (-) là 19,32% trong đó chủ yếu là các loài *E.coli* (41,28%), *P.aeruginosa* (32,11%) và *Klebsiella* (10,09%). Các vi khuẩn sinh ESBL có tỷ lệ kháng kháng sinh cao hơn các chủng không sinh ESBL ($p < 0,005$)

Từ khóa: Vi khuẩn, kháng kháng sinh

SUMMARY

STUDY OF GRAM-NEGATIVE BACTERIA WITH ESBL (+) HAS BEEN ISOLATED AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objective: Determination of percentage of gram-negative bacteria isolated from the main specimens. Rate of ESBL bacteria and antibiotic resistance of these bacteria. **Subject and method:** Describe and practice labs on bacterial isolates from clinical specimens: blood, pus, urine, respiratory fluid, genital fluids. **Results:** The bacterial isolate rate/total sample was 24.67% in which Gram (-) bacteria was 44.54%. The ESBL rate of Gram-negative bacteria was 19.32%, most of which are *E.coli* (41.28%), *P.aeruginosa* (32.11%) and *Klebsiella* (10.09%). ESBL (+) bacteria had higher rates of antibiotic resistance than ESBL (-) ($p < 0.005$)

Keywords: Bacteria, antibiotic resistance

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hậu quả gây ra của vi khuẩn gram âm trong nhiễm khuẩn bệnh viện hiện nay đang trở nên nghiêm trọng và rất được quan tâm trong nhiều bệnh viện do tần suất gặp nhiều và tỷ lệ đề kháng kháng sinh của chúng ngày càng tăng cao gây khó khăn trong điều trị. Gen kháng thuốc kháng sinh của vi khuẩn có khả năng đề kháng với phần lớn kháng sinh đang sử dụng, trong đó có cả các kháng sinh nhóm Carbapenem. Các chủng vi khuẩn này là tác nhân chính gây viêm phổi, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, viêm nội tâm mạc, nhiễm khuẩn vết mổ, nhiễm khuẩn huyết...

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Tỷ lệ phân lập vi khuẩn dương tính theo mẫu bệnh phẩm

Mẫu	Tổng số mẫu	Số mẫu dương tính	Tỷ lệ %
Máu	1409	143	10,14
Dịch hô hấp	373	242	64,87
Dịch não tủy	301	40	13,28
Nước tiểu	325	133	40,92
Dịch sinh dục	767	414	53,97
Dịch khác	1.955	294	15,03
Tổng	5.130	1.266	24,67

Nhận xét: Tỷ lệ phân lập vi khuẩn trên tổng số mẫu bệnh phẩm là 24,67%

Bảng 2: Tỷ lệ vi khuẩn gram âm sinh ESBL

Loại vi khuẩn		Số lượng	Tỷ lệ %
Vi khuẩn Gram (+)		702	55,46
Vi khuẩn Gram (-)		564	44,54
Vi khuẩn Gram (-) sinh ESBL	ESBL (+)	109	19,32
	ESBL (-)	455	80,68
Cộng		1.266	100

Nhận xét: Các vi khuẩn gram âm chiếm tỷ lệ 44,54% tổng số các vi khuẩn phân lập được. Tỷ lệ sinh ESBL của nhóm vi khuẩn này là 19,32%.

Các quy trình chẩn đoán vi khuẩn gram âm đã được hoàn chỉnh tại bệnh viện, các kỹ thuật kháng sinh đồ đã được làm thường quy nhưng việc điều trị vẫn còn gặp nhiều khó khăn do vi khuẩn sinh ESBL kháng thuốc từ những bệnh viện tuyến dưới chuyển lên thường đã được điều trị bao vây rất nhiều loại kháng sinh. Chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: Xác định tỷ lệ vi khuẩn gram âm phân lập được từ các bệnh phẩm chủ yếu, tỷ lệ sinh ESBL và đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn đó.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các chủng vi khuẩn được phân lập từ các loại bệnh phẩm: máu, mủ, nước tiểu, dịch hô hấp, dịch sinh dục...

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Vi sinh và Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn - Bệnh viện TW QĐ108.

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2016

2.4. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu theo phương pháp mô tả và thực hành labô

- Dụng cụ: ống nghiệm được sấy tiệt trùng để lấy bệnh phẩm, que cấy, giá để ống nghiệm, kính hiển vi, lam kính, đèn gas, tấm bông vô khuẩn, máy lắc, tủ ủ, các dụng cụ chứa mẫu khác...

- Các bước định danh và làm kháng sinh đồ: trên hệ thống máy VITEK 2

- Các kỹ thuật được tiến hành tại Labo của khoa Vi sinh - Bệnh viện TWQĐ108

2.5. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu trên phần mềm SPSS16.0

Bảng 3: Tỷ lệ phân lập của các chủng vi khuẩn gram âm sinh ESBL (+)

Loài vi khuẩn	Số chủng	Tỷ lệ (%)
<i>E.coli</i>	45	41,28
<i>P.aeruginosa</i>	35	32,11
<i>Enterobacter</i>	8	7,33
<i>Acinertobacter</i>	7	6,42
<i>Citrobacter</i>	3	2,75
<i>Klebsiella</i>	11	10,09
n = 109	109	100

Nhận xét: Các chủng vi khuẩn gram (-) sinh ESBL chủ yếu là vi khuẩn *E.coli* chiếm 41,28% và *P.aeruginosa* là 32,11%. *Acinertobacter* chỉ phân lập được 7 chủng chiếm tỷ lệ 6,42%.

Bảng 4: Phân bố các chủng sinh ESBL (+) theo bệnh phẩm

Loài vi khuẩn	Máu	Dịch hô hấp	Dịch sinh dục	Nước tiểu	Dịch khác
<i>E.coli</i>	8	10	12	6	6
<i>P.aeruginosa</i>	6	9	3	3	6
<i>Enterobacter</i>	3	1	1	3	2
<i>Acinertobacter</i>	3	2	2	2	2
<i>Citrobacter</i>	1	0	1	1	1
<i>Klebsiella</i>	2	4	3	3	3
n = 109	23	26	22	18	20

Nhận xét: Các vi khuẩn sinh ESBL chủ yếu phân lập được từ máu, dịch hô hấp và đường sinh dục.

Bảng 5: Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn sinh ESBL (+)

Kháng sinh	ESBL(-) n = 455		ESBL(+) n = 109		p
	Số chủng kháng	Tỷ lệ %	Số chủng kháng	Tỷ lệ %	
Ampi/Sulbactam	86	18,90	71	65,13	< 0,05
Amox/Clavulanic	98	21,53	69	63,30	< 0,05
Amikacin	99	21,75	56	51,37	< 0,05
Gentamicin	176	38,68	97	88,99	< 0,05
Levofloxacin	125	27,47	52	47,70	< 0,05
Ciprofloxacin	101	22,19	95	87,15	< 0,05
Ceftriaxone	124	27,25	96	88,07	< 0,05

Nhận xét: Các vi khuẩn sinh ESBL, có tỷ lệ đề kháng kháng sinh cao hơn rõ rệt các chủng vi khuẩn không sinh ESBL ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này của chúng tôi, tỷ lệ nuôi cấy dương tính tương đối thấp là 24,67% và rất khác nhau tùy thuộc các loại bệnh phẩm được xét nghiệm, bệnh phẩm máu và dịch não tủy chỉ 10,14% và 13,28%; trong khi đó, dịch tiết sinh dục và đường hô hấp là 53,97% và 64,87%; nước tiểu là 40,92% các dịch khác có 15,03% mẫu phân lập được vi khuẩn. Điều này giải thích do các mẫu máu rất khó phân lập được vi khuẩn nhưng lại chiếm tỷ lệ lớn trong tổng số mẫu nghiên cứu. Tại Bệnh viện Quân y 103, nghiên cứu của Kiều Chí Thành (2011) cũng cho thấy, tỷ lệ dương tính trung bình của các mẫu là 23,44%, cấy máu xác định được vi khuẩn là 9,2% [2].

Nhiều nghiên cứu về vi khuẩn sinh ESBL đã chứng minh được chính các vi khuẩn sinh ra ESBL là thủ phạm gây khó khăn cho điều trị [5]. Tỷ lệ các vi khuẩn sinh ESBL khoảng 15-25% tùy

thuộc loại vi khuẩn trong đó cao nhất *Klebsiella* là 25% [4]. Báo cáo của Hội Kiểm soát nhiễm khuẩn Châu Âu năm 2000 cho thấy tỷ lệ sinh ESBL thấp nhất ở các nước như Thụy Điển (3%) và cao nhất là Bồ Đào Nha tới 30% ở các chủng *Klebsiella* [5]. Tại Bệnh viện Việt Đức (2005), tỷ lệ vi khuẩn sinh ESBL là trên 30% với các vi khuẩn đường ruột [2]. Tại Bệnh viện Trung ương Huế, tỷ lệ vi khuẩn *Acinertobacter* sinh ESBL là 37% [1, 2]. Theo nghiên cứu của Đoàn Mai Phương (2010) tỷ lệ đề kháng với các kháng sinh thuộc họ beta-lactamine trên 91,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ kháng thuốc của *A.baumannii* đối với kháng sinh thuộc họ cephalosporins thấp hơn các kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Thị Anh Thư tại Bệnh viện Chợ Rẫy (2010), tỷ lệ đề kháng với các loại cephalosporin là 100% [3].

Về phân bố các chủng vi khuẩn sinh ESBL chúng tôi thấy, bệnh phẩm máu và dịch hô hấp chủ yếu phân lập được trên người bệnh nằm khoa Hồi sức tích cực có nhiễm khuẩn huyết và nhiễm khuẩn phổi liên quan đến thở máy. Các vi khuẩn chủ yếu là *E.coli* và *P.aeruginosa*. Bệnh phẩm dịch sinh dục chủ yếu của bệnh nhân ngoại trú đến xét nghiệm viêm niệu đạo sinh dục, âm đạo đã được điều trị nhiều nơi trước khi đến chúng tôi nên tỷ lệ vi khuẩn kháng thuốc rất cao. Các nghiên cứu ở nước ngoài cũng cho thấy vi khuẩn sinh ESBL chủ yếu phân lập từ những phòng Hồi sức tích cực hoặc bệnh nhân nằm điều trị dài ngày.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ phân lập được vi khuẩn/tổng số mẫu là 24,67% trong đó vi khuẩn gram (-) là 44,54%. Tỷ lệ sinh ESBL của vi khuẩn gram (-) là 19,32% trong đó chủ yếu là các loài *E.coli* (41,28%), *P.aeruginosa* (32,11%) và *Klebsiella* (10,09%).

- Các vi khuẩn sinh ESBL có tỷ lệ kháng kháng sinh cao hơn các chủng không sinh ESBL ($p < 0,005$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đoàn Mai Phương (2010), "Giám sát các chủng *Acinetobacter baumannii* phân lập tại khoa Hồi Sức Tích Cực – Bệnh viện Bạch Mai tổng hai năm 2009-2010", Tạp chí Y học Việt Nam tập 381, số 5, tr 77-78.
2. Kiều Chí Thành, Lê Thu Hồng (2012), "Nghiên cứu vi khuẩn gây bệnh và khả năng sinh ESBL của vi khuẩn Gram âm phân lập tại Bệnh viện 103 năm 2011", Tạp chí Y học thực hành, số 831, 2012, tr 37-40.
3. Lê Anh Thư, Trần Thị Thanh Nga (2009), "Nhiễm khuẩn vết mổ do *Acinetobacter baumannii* và mối liên quan với vi sinh trong môi trường phòng mổ" Y học lâm sàng, số 8, trang 62.
4. Lavigne J.P; Bouziges N. (2005) "Successful Treatment of Multidrug-Resistant *Acinetobacter Baumannii* Central Nervous System Infections with Colistin" Journal of Clinical Microbiology, September 2005, Vol. 43, No. 95 p. 4916-4917.
5. Peterson D.L.; Kristine M. H.; (2005): Extended Spectrum beta-lactamases: a clinical update-Clin. Microbiol. Rev 18; p657-686.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA BỆNH VÙNG QUANH RĂNG VỚI MỘT SỐ BỆNH TOÀN THÂN VÀ LỐI SỐNG

Lê Long Nghĩa*

TÓM TẮT

Bệnh quanh răng gồm các bệnh lợi và viêm quanh răng, bị ảnh hưởng bởi các yếu tố trong cuộc sống. **Đối tượng:** người đến khám sức khỏe tại khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Đối tượng hút thuốc lá mắc bệnh quanh răng cao gấp 2,38 lần người không hút thuốc lá. Đối tượng uống rượu mắc bệnh quanh răng cao gấp 3,23 lần so với người không uống rượu. **Kết luận:** Có sự liên quan giữa bệnh vùng quanh răng với thuốc lá và rượu. Chưa thấy mối liên quan giữa bệnh quanh răng với một số bệnh toàn thân, số lần chải răng ngày, khoảng cách giữa những lần khám răng và thời gian thay bàn chải.

Từ khóa: bệnh quanh răng

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN PERIODONTAL DISEASES WITH SOME SYSTEMIC DISEASE AND LIVING HABIT

Periodontal diseases include gingivitis and periodontitis, which are affected by some elements in

life. **Subjects:** Those who had been examined at the Odonto-stomatology department, Ha noi Medical University hospital. **Method:** cross-sectional descriptive study. **Results:** Smoking patients getting periodontal disease are 2.38 times higher than non-smokers. Patients with alcoholism suffer from periodontal disease 3.23 times higher than those who do not drink alcohol. **Conclusions:** There are relationships between periodontal disease with tobacco and alcohol. There is no relationship between periodontal disease with some systemic diseases, the number of brushing times, the interval between dental visits and the time to replace toothbrush.

Keyword: periodontal disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh quanh răng là bệnh răng miệng phổ biến ở Việt Nam và nhiều nước trên thế giới. Tỷ lệ người có bệnh quanh răng ở nước ta rất cao, lên tới 96,7% theo điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2001 của Trần Văn Trường và cộng sự [1]. Nguyên nhân chính gây bệnh quanh răng là sự tích tụ các vi khuẩn trong mảng bám răng và cao răng, gây ảnh hưởng lên lợi và tổ chức chống đỡ quanh răng [2]. Khi quá trình này tiếp tục mà không được điều trị kịp thời thì răng sẽ bị lung lay, hình thành túi quanh răng giữa lợi và răng, tạo điều kiện cho vi khuẩn tích tụ nhiều

*Viện Đào tạo Răng hàm mặt, Đại học Y Hà nội
 Chịu trách nhiệm chính: Lê Long Nghĩa
 Email: nghia.lelong@gmail.com
 Ngày nhận bài: 18.6.2017
 Ngày phản biện khoa học: 28.7.2017
 Ngày duyệt bài: 10.8.2017

hơn. Ngoài ra, các yếu tố như chấn thương khớp cắn, răng mọc lệch... hay các yếu tố toàn thân như suy dinh dưỡng, thiếu vitamin (đặc biệt là vitamin C); thay đổi nội tiết tố ở tuổi dậy thì, thai nghén và cho con bú, có các bệnh toàn thân như bệnh tiểu đường, bệnh máu, bệnh tim mạch; sức đề kháng yếu, hút thuốc lá... cũng góp phần làm cho tình trạng viêm tiến triển nặng thêm. Để khảo sát sự liên quan của một số yếu tố với bệnh quanh răng, tôi tiến hành đề tài "Mối liên quan giữa bệnh vùng quanh răng với bệnh toàn thân và lối sống" với mục tiêu: *Phân tích một số yếu tố liên quan đến bệnh vùng quanh răng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2016 tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2.2 Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng: Đối tượng nghiên cứu là người đến khám sức khỏe tại khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện Đại học Y Hà Nội, đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng: Đối tượng đang có bệnh toàn thân cấp tính. Đối tượng không còn các răng đại diện cho vùng lục phân.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang. Tất cả đối tượng nghiên cứu được thăm khám lâm sàng và ghi số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

Cỡ mẫu được xác định theo công thức tính cỡ mẫu cho một nghiên cứu tỷ lệ trong quần thể, thực tế là 145 người. Kỹ thuật chọn mẫu có chủ đích theo tiêu chuẩn nêu trên.

Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được sự đồng ý của khoa Răng hàm mặt và bệnh viện Đại học Y Hà nội, đối tượng nghiên cứu tự nguyện và có quyền rút khỏi nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Một số thói quen sinh hoạt và sự liên quan với bệnh vùng quanh răng

Thói quen sinh hoạt		Số người	Tỷ lệ (%)	Có bị BVQR		Không bị BVQR		OR 95% CI
				n	%	n	%	
Hút thuốc lá	Có	48	33,10	43	89,58	5	10,42	2,38
	Không	97	66,90	76	78,35	21	21,65	0,84 – 6,75
Uống rượu	Có	48	33,10	44	91,67	4	8,33	3,23
	Không	97	66,90	75	77,32	22	22,68	1,04 – 9,97
Ăn hoa quả	Có	85	58,62	65	76,47	20	23,53	0,36
	Không	60	41,38	54	90,00	6	10,00	0,14 – 0,96

Có 33,10% đối tượng nghiên cứu có hút thuốc lá, tỷ lệ mắc bệnh vùng quanh răng ở nhóm người này cao gấp 2,38 lần người không hút thuốc lá. Tương quan này có ý nghĩa thống kê. Có 33,10% đối tượng nghiên cứu uống rượu, tỷ lệ mắc bệnh vùng quanh răng ở nhóm người này cao gấp 3,23 lần so với người không uống rượu. Tương quan này có ý nghĩa thống kê do khoảng 95% CI không chứa 1. Có 58,62% đối tượng nghiên cứu hay ăn hoa quả, tỷ suất chênh OR = 0,36 cho biết tỷ lệ mắc bệnh vùng quanh răng ở nhóm người này thấp hơn so với nhóm hay ăn hoa quả, tương quan này có ý nghĩa thống kê do khoảng 95% CI không chứa 1.

Bảng 2. Một số bệnh toàn thân kèm theo và sự liên quan với bệnh vùng quanh răng

Bệnh kèm theo		Số người	Tỷ lệ (%)	Mắc BVQR		Không mắc BVQR		OR 95% CI	P
				n	%	n	%		
Tim mạch	Có	7	4,83	6	85,71	1	14,29	1,33	0,79
	Không	138	95,17	113	81,88	25	18,12	0,15 – 11,52	
Đái tháo đường	Có	5	3,45	5	100,00	0	0,00	-	0,64
	Không	140	96,55	114	81,43	26	18,57	-	
Bệnh khớp	Có	4	2,76	4	100,00	0	0,00	-	0,77
	Không	141	97,24	115	81,56	26	18,44	-	

Khi phân bố theo một số bệnh toàn thân, tỷ lệ mắc bệnh vùng quanh răng cao hơn ở những người có bệnh toàn thân như tim mạch, đái tháo đường, bệnh thấp khớp. Tuy nhiên tương quan không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3. Các thói quen chăm sóc răng miệng và sự liên quan với bệnh vùng quanh răng

Thói quen chăm sóc răng miệng		Số người	Tỷ lệ (%)	Có bị BVQR		Không bị BVQR		OR 95% CI
				n	%	n	%	
Chải răng	Từ 2 lần trở lên	119	82,07	95	79,83	24	20,17	0,33

Thói quen chăm sóc răng miệng		Số người	Tỷ lệ (%)	Có bị BVQR		Không bị BVQR		OR 95% CI
				n	%	n	%	
hằng ngày	Dưới 2 lần	26	17,93	24	92,31	2	7,69	0,07 – 1,49
	Dưới 3 tháng	52	35,86	40	76,92	12	23,08	1
	3 – 6 tháng	70	48,28	62	88,57	8	11,43	2,33 0,87 – 6,18
	> 6 tháng	23	14,48	17	71,43	6	28,57	0,85 0,27 – 2,64
Chỉ tơ nha khoa	Có	5	3,45	2	40,00	3	60,00	0,13
	Không	140	96,55	117	83,57	23	14,43	0,02 – 0,83
Súc miệng	Có	63	43,45	49	77,78	14	22,22	0,60
	Không	82	56,55	70	85,37	12	14,63	0,26 – 1,41
Tăm nhón	Có	73	50,34	60	82,19	13	17,81	1,02
	Không	72	49,66	59	81,94	13	18,06	0,44 – 2,38

Tỷ suất chênh OR = 0,33 cho biết những người chải răng ít nhất 2 lần mỗi ngày có tỷ lệ mắc bệnh vùng quanh răng thấp hơn nhóm đánh răng ít hơn 2 lần mỗi ngày. Tuy nhiên mối tương quan này không có ý nghĩa thống kê do khoảng 95% CI có chứa 1. Không có sự nhất quán giữa thời gian thay bàn chải đánh răng và tỷ lệ mắc bệnh vùng quanh răng. So sánh với nhóm thay bàn chải dưới 3 tháng: Nhóm thay bàn chải trong khoảng thời gian 3 – 6 tháng có tỷ lệ mắc bệnh quanh răng cao hơn (OR = 2,33). Tương quan này không có ý nghĩa thống kê do khoảng 95% CI có chứa 1. Nhóm thay bàn chải trong khoảng thời gian trên 6 tháng có tỷ lệ mắc bệnh

quanh răng thấp hơn (OR = 0,85). Tương quan này không có ý nghĩa thống kê do khoảng 95% CI có chứa 1. Người sử dụng chỉ tơ nha khoa hay dung dịch súc miệng có tỷ lệ mắc bệnh vùng quanh răng thấp hơn so với người không dùng (tỷ suất chênh OR đều nhỏ hơn 1). Song chỉ có mối tương quan giữa việc dùng chỉ tơ nha khoa và bệnh vùng quanh răng có ý nghĩa thống kê (do khoảng 95% CI không chứa 1). Tương quan giữa việc sử dụng tăm nhón và bệnh vùng quanh răng không thực sự lớn (tỷ suất chênh OR chỉ là 1,02) và cũng không có ý nghĩa thống kê do khoảng 95% CI có chứa 1.

Bảng 4. Khoảng cách giữa các lần khám răng và sự liên quan với bệnh vùng quanh răng

Khoảng cách giữa các lần khám răng	Số người	Tỷ lệ (%)	Có bị BVQR		Không bị BVQR		OR 95% CI
			n	%	n	%	
< 6 tháng	64	44,14	50	78,12	14	21,88	1
6 – 12 tháng	52	35,86	44	84,62	8	15,38	1,54 0,59 – 4,01
> 12 tháng	24	16,55	21	87,50	3	12,50	1,96 0,50 – 7,54

Tỷ lệ mắc bệnh vùng quanh răng cao nhất ở những người đi khám răng lần gần nhất trên 12 tháng (87,50%), thấp nhất ở những người đi khám răng định kỳ (78,12%). Tuy nhiên mối tương quan này không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Liên quan thói quen sinh hoạt với bệnh vùng quanh răng: Theo bảng 1, tương quan giữa thói quen hút thuốc lá và bệnh quanh răng có độ lớn là 2. Trong y văn và trong nhiều nghiên cứu gần đây, hút thuốc lá được xem là một trong những yếu tố quan trọng nhất gây bệnh quanh răng. Đối tượng hay uống rượu có tỷ lệ mắc bệnh vùng quanh răng nhiều gấp 3,23 lần so với người không uống rượu, chênh lệch thực sự nằm trong khoảng từ 1,04 đến 9,97 với độ tin cậy 95%. Khi phân tích về mối liên quan này, các tác giả Kim và cs [2], Park và cs [3] đều

ghi nhận việc uống rượu có thể trở thành yếu tố nguy cơ với bệnh vùng quanh răng. Việc ăn hoa quả thường xuyên là một yếu tố tác động tích cực, giúp cải thiện sức khỏe vùng quanh răng. Điều này phù hợp với thực tế: các khẩu phần ăn chứa vitamin và khoáng chất chẳng những tốt cho việc giảm sâu răng mà còn tốt cho việc giảm bệnh quanh răng vì làm giảm sự phát triển của mảng bám.

Liên quan bệnh toàn thân với bệnh quanh răng: Kết quả ở bảng 2 cho thấy tỷ lệ mắc bệnh vùng quanh răng cao (trên 85%) ở người có các bệnh toàn thân kèm theo như bệnh

về tim mạch, đái tháo đường, bệnh về khớp. Trong mẫu nghiên cứu của tôi tỷ lệ người mắc bệnh toàn thân kèm theo ở mức thấp (dưới 5%) nên khi phân tích mối tương quan giữa các bệnh đái tháo đường, bệnh về khớp các số liệu không phù hợp để xét tính tương quan có ý nghĩa thống kê không thông qua khoảng tin cậy của OR. Sử dụng p trong test chính xác của Fisher để thay thế, kết quả chưa thấy mối tương quan giữa các bệnh toàn thân kèm theo ở trên và bệnh vùng quanh răng có ý nghĩa thống kê. Theo báo cáo của Martin-Cabezas và cs [4] bệnh vùng quanh răng có liên quan đến nguy cơ cao bị tăng huyết áp, song chưa thể đưa ra kết luận mối tương quan nguyên nhân – kết quả. Nghiên cứu của Han và cs [5] cũng chưa tìm thấy đủ bằng chứng chỉ ra mối liên quan giữa đái tháo đường và bệnh quanh răng có ý nghĩa thống kê.

Thói quen chăm sóc răng miệng, số lần khám sức khỏe răng miệng và sự liên quan với bệnh vùng quanh răng: Kết quả từ bảng 3 chỉ ra ở những người có thói quen chăm sóc răng miệng tốt như: chải răng ít nhất 2 lần mỗi ngày, thay bàn chải định kỳ, sử dụng chỉ tơ nha khoa, dung dịch súc miệng có tỷ suất chênh của tỷ lệ mắc bệnh vùng quanh răng đều dưới 1. Điều này có nghĩa thói quen chăm sóc răng miệng tốt có thể làm giảm tỷ lệ bệnh quanh răng, tuy nhiên trong nghiên cứu của tôi chỉ có yếu tố sử dụng chỉ tơ nha khoa có mối tương quan với bệnh vùng quanh răng mang ý nghĩa thống kê. Kyungdo Han và Jun-Beom Park [6] nghiên cứu trên đối tượng trưởng thành ở Hàn Quốc cũng đưa ra nhận xét tương tự về việc sử dụng chỉ tơ nha khoa có liên quan đến tỷ lệ thấp mắc bệnh quanh răng.

Qua bảng 4, mặc dù chưa đạt được ý nghĩa thống kê nhưng trong nghiên cứu của tôi, có vẻ tỷ lệ mắc bệnh vùng quanh răng tăng khi khoảng cách giữa mỗi lần khám sức khỏe răng miệng tăng lên. Nghiên cứu của Hill và cs [7] cho biết người hay kiểm tra sức khỏe răng miệng hầu

như ít phát hiện mảng bám hơn, nhưng cũng không thấy có mối liên hệ giữa việc khám răng thường xuyên và bệnh quanh răng trong nghiên cứu này.

V. KẾT LUẬN

Đối tượng hút thuốc lá mắc bệnh quanh răng cao gấp 2,38 lần người không hút thuốc lá. Đối tượng uống rượu mắc bệnh quanh răng cao gấp 3,23 lần so với người không uống rượu. Chưa tìm thấy bằng chứng xác nhận mối liên quan giữa bệnh vùng quanh răng và các yếu tố như: bệnh toàn thân kèm theo (đái tháo đường, bệnh tim mạch, bệnh về khớp), một số thói quen chăm sóc răng miệng (số lần chải răng trong ngày, thời gian thay bàn chải, việc sử dụng nước súc miệng, tăm nhon), khoảng cách giữa các lần khám răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân, Trịnh Đình Hải et al (2001). Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc Việt Nam, *Nhà xuất bản Y học Hà Nội*, 75-81.
2. Kim H.-S., Son J.-H., Yi H.-Y., et al. (2014). Association between harmful alcohol use and periodontal status according to gender and smoking. *BMC Oral Health*, **14**, 73.
3. Park J.-B., Han K., Park Y.-G., et al. (2014). Association between alcohol consumption and periodontal disease: the 2008 to 2010 Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *J Periodontol*, **85**(11), 1521–1528.
4. Martin-Cabezas R., Seelam N., Petit C., et al. (2016). Association between periodontitis and arterial hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Am Heart J*, **180**, 98–112.
5. Han D.-H., Lim S., and Kim J.-B. (2012). The association of smoking and diabetes with periodontitis in a Korean population. *J Periodontol*, **83**(11), 1397–1406.
6. Han K. and Park J.-B. (2017). Association between oral health behavior and periodontal disease among Korean adults. *Medicine (Baltimore)*, **96**(7).
7. Hill K.B., Chadwick B., Freeman R., et al. (2013). Adult Dental Health Survey 2009: relationships between dental attendance patterns, oral health behaviour and the current barriers to dental care. *Br Dent J*, **214**(1), 25–32.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ NGUYÊN NHÂN SUY TIM TRẺ EM

Trương Thị Mai Hồng*

TÓM TẮT

*Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Mai Hồng

Email: maihonghoa98@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.8.2017

Ngày duyệt bài: 15.8.2017

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân suy tim trẻ em. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang 80 bệnh nhân suy tim 4/2013 đến tháng 7/2015 tại Bệnh viện nhi Trung ương. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 1,16. Lứa tuổi mắc bệnh gặp nhiều nhất là 1 tháng - 5 tuổi. Nguyên nhân suy tim: tim bẩm sinh 33%, bệnh cơ tim giãn 24%. Các nguyên nhân nhiễm trùng chiếm 10%. Biểu hiện

lâm sàng: khó thở 87,5% và nhịp tim nhanh 84%; vã mồ hôi 59%; gan to 35%. Khó thở, nhịp nhanh gặp trong 100% suy tim do nguyên nhân nhiễm trùng; vã mồ hôi chủ yếu gặp trong cơn nhịp nhanh. **Kết luận:** suy tim trẻ em gặp nhiều ở nhóm dưới 5 tuổi, biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu: khó thở, nhịp tim nhanh, vã mồ hôi.

Từ khóa: suy tim, trẻ em

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND CAUSES OF CHILDREN WITH HEART FAILURE

Objectives: to investigate the clinical characteristics and causes of heart failure in children. **Subject and method:** a cross sectional study to investigate 80 patients with heart failure from April of 2013 to July of 2015 in the national children hospital. **Results:** the ratio of male and female was 1.16. Children with heart failure were mostly from 1 month to 5 years. Causes: 33% of participants had congenital heart diseases, 24% with dilated cardiomyopathy, 10% due to infections. Clinical features included: dyspnea (87.5%), tachycardia (84%), sweating (59%), hepatomegaly (35%). All patients with heart failure due to infection had dyspnea and tachycardia. Sweating was found in arrhythmia. **Conclusion:** most of the participants with heart failure were under 5 years old with non-specific symptoms such as dyspnea, tachycardia and sweating.

Keywords: heart failure, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một hội chứng lâm sàng thường gặp ở trẻ em, là kết quả của các rối loạn về chức năng hoặc cấu trúc tim, làm giảm khả năng làm đầy và /hoặc tổng máu của tâm thất. Tỷ lệ mắc suy tim khác nhau theo từng nước, theo tác giả Rossano JW ở Mỹ, suy tim ảnh hưởng đến từ 12.000 đến 35.000 trẻ em dưới 19 tuổi mỗi năm, các trường hợp nhập viện liên quan đến suy tim chiếm khoảng 11.000 đến 14.000 số trường hợp nhập viện ở trẻ em mỗi năm tại Hoa Kỳ [1].

Biểu hiện suy tim ở trẻ em rất đa dạng phụ thuộc nhiều vào nguyên nhân gây ra. Suy tim có thể gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm thậm chí tử vong nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời. Nhằm giúp các bác sỹ lâm sàng nhận biết sớm suy tim, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân suy tim trẻ em".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Đối tượng nghiên cứu là trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương được chẩn đoán suy tim và phân độ suy tim theo tiêu chuẩn Ross cải tiến [2] [3].

Tiêu chuẩn chẩn đoán và phân độ suy tim theo tiêu chuẩn Ross cải tiến

Điểm	0	1	2
Tiền sử: Ra mồ hôi	Chỉ ở đầu	Đầu và thân khi gắng sức	Đầu và thân khi nghỉ ngơi
Thở nhanh	Hiếm khi	Thỉnh thoảng	Liên tục
Lâm sàng: Kiểu thở	Bình thường	Co rút cơ hô hấp	Khó thở
Tần số thở: 0 - 1 tuổi	< 50	50 - 60	> 60
1 - 6 tuổi	< 35	35 - 45	> 45
7 - 10 tuổi	< 25	25 - 35	> 35
11 - 14 tuổi	< 18	18 - 28	> 28
Tần số tim: 0 - 1 tuổi	< 160	160 - 170	> 170
1 - 6 tuổi	< 105	105 - 115	> 115
7 - 10 tuổi	< 90	90 - 100	> 100
11 - 14 tuổi	< 80	80 - 90	> 90
Gan to dưới bờ sườn phải (cm)	< 2	2 - 3	> 3

Theo tiêu chuẩn Ross sửa đổi, suy tim gồm có 4 độ:

- **Độ I:** 0 - 2 điểm: không có suy tim.
- **Độ II:** 3 - 6 điểm: Suy tim mức độ nhẹ.
- **Độ III:** 7 - 9 điểm: Suy tim mức độ vừa.
- **Độ IV:** 10 - 12 điểm: Suy tim mức độ nặng.

Chẩn đoán suy tim khi có từ 3 điểm trở lên

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trẻ mắc các bệnh nội khoa như suy hô hấp, suy thận hoặc các bệnh lý nội tiết.

2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang tiến cứu

3. Xử lý số liệu: bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 2 năm từ tháng 4/2013 đến tháng 7/2015 chúng tôi có 80 bệnh nhân suy tim nhập viện.

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

	Nhóm bệnh	
	n	Tỷ lệ %
Giới tính: Nam	43	54%
Nữ	37	46%
Nhóm tuổi: < 1 tháng	6	7,5%
1 tháng - 5 tuổi	60	75%
5 tuổi -15 tuổi	14	17,5%

Nhận xét: Tỷ lệ nam/nữ là 1,16. Lứa tuổi mắc bệnh gặp nhiều nhất là 1 tháng - 5 tuổi.

Bảng 2. Nguyên nhân gây suy tim

Nguyên nhân	n	Tỷ lệ (%)
Tim bẩm sinh	26	33
Bệnh cơ tim giãn	19	24
Cơ nhĩ nhanh	14	18
Viêm cơ tim cấp	13	16
Tràn dịch màng tim	6	8
Osler	1	1
Thấp tim	1	1

Nhận xét: Các bệnh tim bẩm sinh là nguyên

nhân hàng đầu gây suy tim (33%), bệnh cơ tim giãn (24%). Các nguyên nhân nhiễm trùng chiếm 10%.

Bảng 3. Các triệu chứng lâm sàng

Biểu hiện lâm sàng	n	Tỷ lệ %
Khó thở	70	87,5%
Nhịp tim nhanh	67	84%
Gan to	28	35%
Vã mồ hôi	47	59%
Phù	7	9%

Nhận xét: Khó thở 87,5% và nhịp tim nhanh 84% là các triệu chứng lâm sàng gặp chủ yếu trong suy tim.

Bảng 4. Các triệu chứng lâm sàng theo nguyên nhân suy tim

	Khó thở	Nhịp nhanh	Gan to	Vã mồ hôi	Phù
Tim bẩm sinh (n=26)	22 (85%)	19 (73%)	6 (23%)	17(65%)	3
Bệnh cơ tim giãn (n=19)	16 (84%)	15 (94%)	10(53%)	12(63%)	1
Cơ nhĩ nhanh (n=14)	14(100%)	14 (100%)	1(7%)	11 (79%)	0
Viêm cơ tim cấp (n=13)	10 (77%)	11 (85%)	6(46%)	5(38%)	0
Tràn dịch màng ngoài tim (n=6)	6 (100%)	6 (100%)	4(67%)	2(33%)	4
Osler (n=1)	1(100%)	1 (100%)	1 (100%)	0(0%)	0
Thấp tim (n=1)	1(100%)	1 (100%)	0 (0%)	0(0%)	0
Tổng	70 (87,5%)	67 (84%)	28 (35%)	47 (59%)	7 (9%)

Nhận xét: Khó thở, nhịp nhanh gặp trong suy tim do nguyên nhân nhiễm trùng chiếm 100%; vã mồ hôi chủ yếu gặp trong cơ nhĩ nhanh, phù gặp trong tràn dịch màng ngoài tim.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm dịch tễ học

Giới tính: trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trẻ nam suy tim nhiều hơn trẻ nữ tuy nhiên sự khác nhau giữa 2 giới tính không có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này cũng tương tự với các nghiên cứu khác không có sự khác biệt về giới tính trong suy tim ở trẻ em [1].

Tuổi: lứa tuổi mắc bệnh gặp nhiều nhất là 1 tháng - 5 tuổi. Độ tuổi trung bình là 45 tháng. Trong nghiên cứu của Hsu DT và cộng sự, độ tuổi trung bình của suy tim trẻ em là 36 tháng [3].

Trong khi đó theo nghiên cứu của Massin MM [4] tỷ lệ suy tim ở trẻ em chiếm 10,4% trong các bệnh lý tim mạch, bao gồm tim bẩm sinh cũng như tim mắc phải ở trẻ em. Trẻ sơ sinh được phát hiện nhiều tim bẩm sinh hơn so với các bệnh tim khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 6 bệnh nhân suy tim ở tuổi sơ sinh bị tim bẩm sinh chiếm tỷ lệ 8%. Cũng theo tác giả Massin MM, suy tim chủ yếu xảy ra trong những năm đầu đời của trẻ em với tỷ lệ chiếm 58,1%. Trong khi đó, tỷ lệ tử vong liên quan đến bệnh lý suy tim do nguyên nhân của tim bẩm sinh là 4,7% thấp hơn so với các bệnh lý tim mạch khác là 8,7% với bệnh tim mắc phải, 23,0% với rối loạn

nhịp tim và 25,0% đối với bệnh cơ tim [4]. Tác giả Jayaprasad đưa ra kết quả cho thấy, bệnh tim bẩm sinh chiếm khoảng 8/1000 sinh sống và suy tim liên quan đến bệnh tim bẩm sinh chiếm khoảng 20% trong số tất cả các bệnh nhân. Rossano báo cáo rằng 10.000-14.000 trẻ em được nhập viện mỗi năm với chẩn đoán suy tim và tỷ lệ tử vong chiếm 7%.

2. Các nguyên nhân gây suy tim: Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh tim bẩm sinh là nguyên nhân hàng đầu gây suy tim ở trẻ em chiếm 33%, trong đó bệnh cơ tim giãn cũng là nguyên nhân khá thường gặp 24%. Các nguyên nhân nhiễm trùng ít gặp hơn gồm thấp tim, Osler và tràn dịch màng tim (10%). Bệnh lý viêm cơ tim cấp chiếm 16%, tuy nhiên chưa có bằng chứng rõ ràng để chứng minh là nguyên nhân do virus hay là các nguyên nhân khác (Bảng 2). Jayaprasad đã chỉ ra rằng nguyên nhân của suy tim ở trẻ em rất khác biệt so với người lớn và nhiều trường hợp do dị dạng bẩm sinh mà thường dẫn đến suy tim nặng [2]. Ngoài ra bệnh ký như bệnh cơ tim cũng chiếm tỷ lệ đáng kể và thường đưa đến kết cục xấu về mặt tiên lượng bệnh. Tỷ lệ tim bẩm sinh cũng là nguyên nhân hàng đầu gây suy tim đặc biệt là trẻ nhỏ. Theo tác giả Massin MM cho rằng có sự khác biệt rõ

ràng giữa suy tim ở trẻ nhỏ và suy tim ở trẻ lớn là bệnh tim bẩm sinh đặc biệt là tim bẩm sinh phụ thuộc ống. Trẻ lớn hơn suy tim do các bệnh tim mạch phải và rối loạn nhịp tim [4]. Tác giả cũng cho rằng nghiên cứu ở châu Âu nên các bệnh tim mạch do nhiễm trùng và Kawasaki ít gặp. Một nhóm bệnh nặng khác gây suy tim ở trẻ em ở các nước đang phát triển là sốt thấp khớp và thấp khớp. Mặc dù tỷ lệ mắc bệnh của bệnh thấp khớp được ghi chép lại, nhưng có rất ít dữ liệu về suy tim ở nhóm này. Tác giả Daphne T. Hsu cho rằng bệnh tim bẩm sinh hoặc bệnh tim sau phẫu thuật tim chiếm tới 61% và 82% trường hợp suy tim ở trẻ sơ sinh. Ngược lại, ở người lớn, dưới 1% số trường hợp bị suy tim là do bệnh tim bẩm sinh. Nghiên cứu 10 năm liên tục ở tại trung tâm tim mạch châu Âu suy tim nhập viện chiếm 10-33% trong tổng số các bệnh lý về tim [4].

3. Các triệu chứng lâm sàng suy tim: Trong nghiên cứu của chúng tôi, khó thở và nhịp tim nhanh là các triệu chứng lâm sàng gặp chủ yếu trong suy tim chiếm tỷ lệ 87,5% và 84%. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu về các triệu chứng lâm sàng suy tim trẻ em khác [1],[2]. Trong khi đó, vã mồ hôi là triệu chứng suy tim thường gặp của trẻ bú mẹ. Dấu hiệu này gặp hầu hết ở trẻ bú mẹ chiếm tỷ lệ 95%. Tuy nhiên các dấu hiệu này đánh giá chủ yếu dựa vào quá trình hỏi bệnh sử và là dấu hiệu chủ

quan. Mặc dù vậy các tác giả khác cũng cho rằng tuy không phải là triệu chứng lâm sàng rầm rộ nhưng vã mồ hôi là triệu chứng khá điển hình suy tim ở trẻ bú mẹ. Ngoài ra, đây cũng là dấu hiệu có thể góp phần đánh giá tiến triển quá trình điều trị suy tim ở trẻ em ở trẻ bú mẹ. Trong khi đó dấu hiệu phù rất hiếm khi gặp ở trẻ lớn trên 5 tuổi và dấu hiệu này cũng chỉ chiếm 9% nhưng gặp 100% ở trẻ tràn dịch màng ngoài tim. Vì thế dấu hiệu phù là dấu hiệu lâm sàng kín đáo ở trẻ suy tim.

V. KẾT LUẬN

Suy tim trẻ em gặp nhiều ở nhóm dưới 5 tuổi, biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu: khó thở, nhịp tim nhanh, vã mồ hôi.

Nguyên nhân gây suy tim: tim bẩm sinh, bệnh cơ tim giãn, cơ nhĩ nhanh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rossano JW**, Kim JJ, Decker JA, et al. Prevalence, morbidity, and mortality of heart failure-related hospitalizations in children in the United States: a population-based study. *J Card Fail* 2012; 18:459.
2. **Jayaprasad N**. Heart Failure in Children. *Heart Views* 2016; 17(3): 92-99.
3. **Hsu DT**, Pearson GD. Heart failure in children: part I: history, etiology, and pathophysiology. *Circ Heart Fail* 2009; 2:63.
4. **Massin MM**. Epidemiology of heart failure in a tertiary pediatric center. *Clin Cardiol*. 2008 Aug;31(8):388-91.

KHẢO SÁT CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM MŨI DỊ ỨNG TẠI TP. HCM

Trần Viết Luân¹

TÓM TẮT

Viêm mũi dị ứng là bệnh thường gặp, tuy không nguy hiểm nhưng gây ảnh hưởng đáng kể lên chất lượng cuộc sống người bệnh. **Mục tiêu:** Khảo sát chất lượng cuộc sống bệnh nhân VMDƯ tại TP. Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến hành trên 207 bệnh nhân trong đó: 145 bệnh nhân tại bệnh viện Tai Mũi Họng TP. HCM và 62 bệnh nhân tại bệnh viện Tai Mũi Họng Sài Gòn có biểu hiện viêm mũi dị ứng với 4 triệu chứng: hắt hơi, ngứa mũi, sổ mũi và ngứa mũi từ tháng 10/2014 đến 7/2015. **Kết quả và bàn luận:** độ

tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 30.77, 59.4% bệnh nhân là nữ. Phân độ VMDƯ theo ARIA 2008: 8.2% bệnh nhân từng đợt, nhẹ; 37.7% bệnh nhân từng đợt, trung bình - nặng; 10.6% bệnh nhân dai dẳng, nhẹ; 43.5% bệnh nhân dai dẳng trung bình - nặng. Hầu hết bệnh nhân VMDƯ (98.6%) bị tác động lên chất lượng cuộc sống của họ theo bảng câu hỏi QLCS bệnh nhân VMDƯ của Hội mũi xoang Đông Nam Á năm 2013. Tất cả 9 lĩnh vực được khảo sát đều bị ảnh hưởng, trong đó các lĩnh vực bị ảnh hưởng nhiều nhất là các triệu chứng ở mũi và các vấn đề thực hành. **Kết luận:** VMDƯ ảnh hưởng lên chất lượng cuộc sống người bệnh trên nhiều mặt.

Từ khóa: viêm mũi dị ứng (VMDU), chất lượng cuộc sống.

SUMMARY

THE QUALITY OF LIFE SURVEY IN PATIENTS WITH ALLERGIC RHINITIS IN HO CHI MINH CITY

¹Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
Chịu trách nhiệm chính: Trần Viết Luân
Email: luantranviet@gmail.com
Ngày nhận bài: 17.6.2017
Ngày phản biện khoa học: 31.7.2017
Ngày duyệt bài: 8.8.2017

Allergic rhinitis (AR) is a common health problem, the quality of life (QoL) of sufferers with AR is significantly affected. **Objective:** Evaluate the quality of life of patients with allergic rhinitis, using Allergic Rhinitis Quality of Life Questionnaire of Southeast Asian Rhinology Forum 2013. **Method:** Cross - sectional study. Two hundred and seven patients who have 4 symptoms of AR including: sneezing, nasal obstruction, rhinorrhea and nasal itching were included. The study was performed at ENT hospital of Ho Chi Minh City and Sai Gon ENT hospital from Oct 2014 to July 2015. **Results:** 207 patients were included in this study, with the mean age was 30.77; 59.4% of patients were female; 8.2% of patients had mild intermittent AR, 37.7% had moderate-severe intermittent AR, 10.6% a mild persistent AR, and 43.5% a moderate-severe persistent AR, according the classification allergic rhinitis of ARIA 2008. Quality of life were affected in most patients (98.6%). All nine survey areas were affected and the most affected areas were the nasal symptoms and practical problems. Nasal congestion was the most common and bothersome symptom of allergic rhinitis. **Conclusion:** Allergic rhinitis disease decrease the quality of life of sufferers.

Keywords: allergic rhinitis, quality of life.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi dị ứng (VMDU) là một trong những bệnh thường gặp ở phòng khám chuyên khoa Tai mũi họng trên thế giới cũng như nước ta. VMDU không gây nguy hiểm đến tính mạng nhưng ảnh hưởng rất nhiều đến sức khỏe, giấc ngủ, học hành, công việc và cuộc sống của người bệnh. Chất lượng cuộc sống của người bệnh bị ảnh hưởng nặng nề. Trên thế giới, nhiều nghiên cứu đã được tiến hành nhằm đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân VMDU bằng việc sử dụng các bảng câu hỏi, từ đó giúp hiểu rõ hơn về tác động của VMDU lên cuộc sống của người bệnh. Tuy nhiên, tại Việt Nam vẫn chưa có nhiều công trình nghiên cứu về tác động của VMDU lên chất lượng cuộc sống, do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "Khảo sát chất lượng cuộc sống bệnh nhân VMDU tại TP Hồ Chí Minh" nhằm 3 mục tiêu sau:

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân VMDU trong mẫu nghiên cứu, phân độ VMDU theo ARIA.

2. Khảo sát chất lượng cuộc sống bệnh nhân VMDU theo bộ câu hỏi CLCS bệnh nhân VMDU của Hội mũi xoang Đông Nam Á 2013.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

Đối tượng nghiên cứu: 207 bệnh nhân từ 16 - 60 tuổi có biểu hiện VMDU đến khám tại bệnh viện Tai Mũi Họng TP HCM và bệnh viện Tai Mũi Họng Sài Gòn từ 01/10/2014 đến 01/07/2015.

Tiêu chuẩn nhận lựa chọn bệnh nhân:

- Tuổi từ 16 - 60, không phân biệt giới
- Có bệnh sử và biểu hiện VMDU với đủ 4 triệu chứng: nghẹt mũi, hắt hơi, ngứa mũi, chảy mũi. Tất cả bệnh nhân đều được khám Tai mũi Họng để xác định chẩn đoán.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân < 16 tuổi hoặc > 60 tuổi
- Không có đầy đủ các triệu chứng của VMDU
- Đang bị bệnh lý khác kèm theo
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu
- Không có đủ khả năng nhận thức để trả lời câu hỏi

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

a. Thiết kế nghiên cứu: Thực hiện nghiên cứu cắt ngang mô tả.

b. Các bước tiến hành nghiên cứu:

Bước 1: Tất cả các bệnh nhân biểu hiện VMDU đến khám tại 2 bệnh viện chuyên khoa Tai Mũi Họng tại TPHCM: Bệnh viện Tai Mũi Họng TP HCM và bệnh viện Tai Mũi Họng Sài Gòn thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

Bước 2: Bệnh nhân được khảo sát bệnh sử và thăm khám dựa vào bảng câu hỏi.

Bước 3: Bệnh nhân được khảo sát chất lượng cuộc sống bằng bảng câu hỏi.

Bước 4: Phân tích và xử lý số liệu.

c. Các tiêu chí đánh giá: Tuổi, giới, nghề nghiệp, địa chỉ, tiền căn gia đình.

Thời gian triệu chứng, mức độ triệu chứng

Sức khỏe tổng quát, các hoạt động, công việc/học tập, cảm xúc, giấc ngủ, thực tế hằng ngày, các triệu chứng toàn thân, các triệu chứng ở mũi, các triệu chứng ngoài mũi.

Trong đó các lựa chọn trả lời bao gồm:

0 = không ảnh hưởng gì

1 = ảnh hưởng nhẹ

2 = ảnh hưởng vừa

3 = ảnh hưởng nặng

d. Xử lý số liệu theo chương trình SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tuổi và giới: Các bệnh nhân có độ tuổi từ 18 đến 60, tuổi trung bình là 30.77. So sánh với các nghiên cứu của các tác giả khác, độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu khá tương đồng và đều nằm trong độ tuổi lao động. Điều này cho thấy VMDU gây ảnh hưởng đến thành phần lao động chính của kinh tế gia đình và xã hội [1,2]. Nữ gặp nhiều hơn nam, chiếm 59.4%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng:

Phân loại triệu chứng VMDU theo ARIA 2008

Bảng 1. Phân loại triệu chứng VMDU theo ARIA 2008

Nhóm phân loại	Tần suất	Tỷ lệ
Từng đợt, nhẹ	17	8.2%
Từng đợt, trung bình – nặng	78	37.7%
Dai dẳng, nhẹ	22	10.6%
Dai dẳng, trung bình - nặng	90	43.5%
	207	100%

Theo nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân có triệu chứng kéo dài dai dẳng (54.1%), tương tự các nghiên cứu khác[1,2]. Mặc dù tỷ lệ này giữa các nghiên cứu có sự chênh lệch nhất định nhưng triệu chứng kéo dài dai dẳng vẫn chiếm đa số trong bệnh nhân VMDU ở các nghiên cứu.

Đặc điểm về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân VMDU trong mẫu nghiên cứu:

Bảng 2. Phân loại sự ảnh hưởng của VMDU lên CLCS

Mức độ ảnh hưởng	Không	Nhẹ	Vừa	Nặng
	0	0.10 – 0.99	1- 1.99	2 - 3
Tần suất	3	54	133	17
Tỷ lệ	1.4%	26.1%	64.3%	8.2%

VMDU làm giảm CLCS ở cả 9 khía cạnh: sức khỏe tổng quát, các hoạt động, công việc/học tập, cảm xúc, giấc ngủ, thực tế hằng ngày, các triệu chứng toàn thân, các triệu chứng ở mũi, các triệu chứng ngoài mũi được đánh giá trong nghiên cứu của chúng tôi. Nhìn chung, bệnh nhân VMDU được khảo sát cho rằng VMDU tác động vừa lên chất lượng cuộc sống của họ trong đó 26.1% bệnh nhân bị ảnh hưởng mức độ nhẹ, đa số bệnh nhân bị ảnh hưởng ở mức độ vừa chiếm 64.3%, 8.2% bị ảnh hưởng mức độ nặng. Đồng thời kết quả cũng cho thấy nhóm triệu chứng thực tế hằng ngày và các triệu chứng ở mũi gây ảnh hưởng lên bệnh nhân nhiều nhất. Kết quả này tương tự kết quả của Trung Kiên [3].

VMDU ảnh hưởng đến các hoạt động sinh hoạt hằng ngày

Hoạt động	Không(%)	Nhẹ(%)	Vừa(%)	Nặng(%)
Tự chăm sóc	12.5	33.3	48.3	5.8
Việc nhà	9.2	39.6	46.4	4.8
Thư giãn	13.0	51.2	32.8	2.9
Thể thao	11.5	51.7	28.0	4.8
Xã hội	11.5	34.3	48.8	5.3

Nhận xét: 85- 90% bệnh nhân bị ảnh hưởng sinh hoạt hằng ngày, trong đó chủ yếu là mức độ nhẹ và vừa.

VMDU ảnh hưởng đến giấc ngủ

Giấc ngủ	Không(%)	Nhẹ(%)	Vừa(%)	Nặng(%)
Khó ngủ	29.9	28.6	25.1	6.2
Rối loạn	33.8	44.9	16.0	5.3

Nhận xét: viêm mũi dị ứng gây khó ngủ: 70.1%, gây thức giấc về đêm: 66.2%. Kết quả này cũng tương tự các nghiên cứu khác cho thấy mối quan hệ giữa VMDU và rối loạn giấc ngủ của bệnh nhân. Các rối loạn về giấc ngủ làm suy giảm CLCS, từ đó dẫn đến mệt mỏi, khó chịu, giảm khả năng hoạt động, làm tăng buồn ngủ vào ban ngày và làm giảm khả năng nhận thức. Rối loạn giấc ngủ cũng gây ảnh hưởng đáng kể lên sức khỏe tâm thần và có thể gây ra các bệnh tâm thần, trầm cảm và lo âu. Đối với các bệnh nhân VMDU, CLCS bị suy giảm không chỉ do các triệu chứng của bệnh: ngứa mũi, hắt hơi, chảy mũi, nghẹt mũi mà còn do hoạt động của các hóa chất trung gian tham gia vào sinh lý bệnh và có thể làm gián đoạn giấc ngủ. Trong số các chất trung gian phổ biến nhất liên quan là histamin, leukotrienes (C4 và D4), interleukins (IL- 1, IL- 4, IL- 5 và IL – 13), prostaglandin D2, chất P và bradykinin[6,7].

VMDU ảnh hưởng đến công việc/ học tập

Công việc	Không(%)	Nhẹ(%)	Vừa(%)	Nặng(%)
Gây trở ngại	13.0	29.0	45.9	12.1
Không tập trung	11.6	41.5	35.8	11.1
Làm việc kém đi	13.5	43.5	36.3	5.3
Phải nghỉ làm	73.4	17.4	6.8	2.4
Ảnh hưởng đồng nghiệp	19.4	34.7	39.6	6.3

Nhận xét: mức độ ảnh hưởng công việc mức độ nhẹ và vừa chiếm đa số.

VMDƯ ảnh hưởng cảm xúc

Hoạt động	Không(%)	Nhẹ(%)	Vừa(%)	Nặng(%)
Bồn chồn	24.2	37.7	35.2	2.9
Cáu gắt	10.1	43.0	42.0	4.8
Chán nản	20.3	42.1	30.9	6.8
Trầm cảm	86.9	8.7	3.4	1.0
Lo lắng	8.2	39.2	44.4	8.2

Nhận xét: bệnh nhân bị ảnh hưởng cảm xúc chủ yếu mức độ nhẹ và vừa

Các triệu chứng ở mũi ảnh hưởng đến hành động trong ngày

Hành động	Không(%)	Nhẹ(%)	Vừa(%)	Nặng(%)
Dùng khăn giấy	5.3	35.3	35.3	24.1
Hỉ mũi	3.9	22.7	45.9	27.5
Chà xát mũi	6.8	37.2	34.8	21.2

Nhận xét: hơn 90% bệnh nhân bị ảnh hưởng đến hành động trong ngày do các triệu chứng ở mũi

Các triệu chứng ở mũi ảnh hưởng toàn thân

Hoạt động	Không(%)	Nhẹ(%)	Vừa(%)	Nặng(%)
Mệt mỏi	8.2	29.5	46.8	15.5
Kiệt sức	60.9	24.1	14.0	1.0
Suy kiệt	85.5	9.2	5.3	0
Giảm năng suất	15.4	45	38.1	1.4
Khát nước	20.1	38.2	31.4	5.3
Kém tập trung	13.0	53.6	27.0	6.3
Nhức đầu	23.9	38.7	25.8	9.7

Nhận xét: các triệu chứng ở mũi cũng ảnh hưởng đến toàn thân người bệnh

Các triệu chứng ở mũi

TC ở mũi	Không(%)	Nhẹ (%)	Vừa(%)	Nặng(%)
Sổ mũi	1.4	23.7	48.8	26.1
Hắt hơi	0	25.1	45.4	29.5
Nghẹt mũi	1.0	27.5	36.7	34.8
Mất mùi	38.1	39.7	20.7	1.4
Chảy mũi xuống họng	12.1	42	39.6	6.3

Nhận xét: các triệu chứng ở mũi gây ảnh hưởng đến bệnh nhân. Trong đó nghẹt mũi gây khó chịu nhiều nhất cho bệnh nhân: 34.8% bệnh nhân cảm thấy VMDƯ gây ảnh hưởng mức độ nặng.

Kết quả này tương tự so với các nghiên cứu trước đây. Từ đó cho thấy, nghẹt mũi là triệu chứng quan trọng hàng đầu cần điều trị ưu tiên trong VMDƯ. Đa số bệnh nhân cảm thấy triệu chứng mũi ảnh hưởng lên cuộc sống[7].

Các triệu chứng ở ngoài mũi

TC ngoài mũi	Không(%)	Nhẹ(%)	Vừa(%)	Nặng(%)
Ngứa/ mồm mắt	45.9	28.4	18.3	7.2
Chảy nước mắt	66.6	20.0	10.6	2.9
Đỏ mắt	69.6	20.4	7.7	2.4
Ngứa tai	58.5	26.6	13.5	1.4
Ngứa vòm miệng	24.1	52.2	22.2	1.4

Nhận xét: Các triệu chứng ở mắt gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống người bệnh. So sánh với nghiên cứu khác cho thấy sự hiện diện của triệu chứng mắt làm giảm CLCS, làm giảm năng suất làm việc, làm tăng yêu cầu sử dụng nhân lực bất kể sự khác biệt về mức độ nặng của triệu chứng mũi giữa các nhóm. Bệnh nhân có triệu chứng ở mắt mũi yêu cầu tham vấn sức khỏe nhiều hơn. Tất cả các khía cạnh liên quan đến công việc bị ảnh hưởng đáng kể nếu bệnh nhân có triệu chứng mắt bao gồm: thời gian phải nghỉ làm việc và giảm năng suất

lao động. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa CLCS và triệu chứng mắt kèm theo. Đối với chất lượng giấc ngủ, triệu chứng mắt làm suy giảm CLCS so với nhóm không có triệu chứng mắt. Sự hiện diện của triệu chứng mắt cũng làm tăng việc sử dụng thuốc điều trị VMDƯ. Đồng thời triệu chứng mắt cũng tác động lên CLCS của bệnh nhân VMDƯ dai dẳng nhiều hơn bệnh nhân VMDƯ từng đợt[5].

V. KẾT LUẬN

VMDƯ ảnh hưởng lên các khía cạnh liên quan

chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Đa số bệnh nhân thuộc nhóm bệnh kéo dài dai dẳng chiếm 54,1%

Hầu hết bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu chịu ảnh hưởng của VMDƯ lên CLCS: 98,6% bị ảnh hưởng, trong đó ảnh hưởng ở mức độ vừa chiếm 64,3%.

Ảnh hưởng sinh hoạt hằng ngày (85-90%), ảnh hưởng đến giấc ngủ: gây khó ngủ: 70.1%, gây thức giấc về đêm: 66.2%; các triệu chứng ở mũi: chảy mũi, hắt hơi, nghẹt mũi gây ảnh hưởng > 98%, riêng triệu chứng nghẹt mũi ảnh hưởng ở mức độ nặng là 34,8%; >90% bệnh nhân thường xuyên sử dụng khăn giấy, hỉ mũi, chà xát mũi;

Triệu chứng ở mắt ít gặp hơn (20-30%) nhưng làm suy giảm CLCS so với nhóm bệnh nhân không có triệu chứng ở mắt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Doãn Trung Cang (2008).** *Khảo sát tỷ lệ bệnh hen kèm theo ở bệnh nhân viêm mũi xoang*

man có biểu hiện dị ứng và skin prick test dương tính, Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh.

2. **Nguyễn Thanh Hải (2011),** *Khảo sát một số dị nguyên trên bệnh nhân viêm mũi dị ứng*. Đại học Y dược TPHCM.
3. **Vũ Trung Kiên (2013),** *Thực trạng viêm mũi dị ứng của học sinh trung học cơ sở TP Thái Bình, Hải Phòng và hiệu quả điều trị miễn dịch đặc hiệu bằng dị nguyên Dermatophagoides Pteronyssinus*. Đại học Y Thái Bình
4. **Colas, C., Galera, H., Anibarro, B., Soler, R., Navarro, A., Jauregui, I., et al. (2012).** "Disease severity impairs sleep quality in allergic rhinitis (The SOMNIAAR study)". *Clin Exp Allergy*, 42(7), pp.1080-1087
5. **Lu, D., Zhao, Y., Zheng, Y., An, P., Wang, L., Qiao, X., et al. (2011).** "Evaluation of quality of life questionnaires for adult patients with moderate to severe allergic rhinitis". *Am J Otolaryngol*, 32(6), pp.494-498
6. **Storms, W. (2008).** "Allergic rhinitis-induced nasal congestion: its impact on sleep quality". *Prim Care Respir J*, 17(1), pp.7-18.
7. **Thompson, A., Sardana, N., Craig, T. J. (2013).** "Sleep impairment and daytime sleepiness in patients with allergic rhinitis: the role of congestion and inflammation". *Ann Allergy Asthma Immunol*, 111(6), pp.446-451.

PHÂN TÍCH THỰC TRẠNG KÊ ĐƠN THUỐC TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2015

Hà Văn Thúy¹, Nguyễn Thị Song Hà²

TÓM TẮT

Mục đích của nghiên cứu này nhằm phân tích việc thực hiện quy chế kê đơn và các chỉ số kê đơn trong điều trị ngoại trú tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2015. Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang, thu thập thông tin từ 400 đơn thuốc BHYT và 400 đơn thuốc tự nguyện tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2015. Để đánh giá việc thực hiện quy chế kê đơn, nghiên cứu đã được thực hiện dựa trên Quyết định số 04/2008/QĐ-BYT ban hành quy chế kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú. Nghiên cứu sử dụng một số chỉ số kê đơn theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), nhằm phân tích thực trạng kê đơn tại bệnh viện. Về thực trạng thực hiện quy chế kê đơn trong điều trị ngoại trú, kết quả nghiên cứu cho thấy số đơn thuốc chỉ kê 1 loại thuốc generic chiếm tỷ lệ thấp, chiếm lần lượt 11,4% đối với đơn BHYT và 5,1% đối với đơn thuốc tự nguyện. Số thuốc trung bình của một đơn BHYT là 1,4 và của đơn tự nguyện là 2,2. Tỷ lệ đơn thuốc BHYT được kê thuốc

kháng sinh là 57,4%, thấp hơn tỷ lệ đối với đơn tự nguyện là 64,8%.

SUMMARY

ANALYSIS OF PRESCRIBING AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2015

The study aimed at analyzing the performance of prescription regulation as well as indicators of prescribing for outpatients at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2015. This was a cross-sectional descriptive study using information from 400 outpatient reimbursement prescriptions and 400 outpatient service prescriptions at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2015. To evaluate the implementation of prescription regulation, the study was based on Decision 04/2008/QĐ-BYT regulating on drug prescribing for outpatients. The study counted some prescribing indicators with the guidance of World Health Organization (WHO) to analyze prescribing in hospital. Regarding implementation of regulation in outpatient prescription, findings showed a low proportion of single substance drug prescribed by generic name which were 11.4% for reimbursement prescriptions and 5.1% for service prescriptions. The average number of drug prescribed in reimbursement prescriptions and service prescriptions were 1.4 and 2.2 respectively. The percentage of prescriptions with antibiotics in reimbursement prescriptions was 57.0%, which was lower than the ratio for service prescriptions (64.8%).

Keywords: prescribing, prescription, hospital

¹Bộ Y tế

²Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Văn Thúy

Email: Hvthuy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 17.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 1.8.2017

Ngày duyệt bài: 14.8.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thực trạng sử dụng thuốc không hợp lý là một hạn chế lớn ở các cơ sở y tế, đặc biệt là ở các nước có thu nhập trung bình và thấp. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), nhiều thuốc được kê đơn không hợp lý, 50% người bệnh ngoại trú được kê kháng sinh, 20% được kê thuốc tiêm và có 50% người bệnh sử dụng thuốc sai. Chỉ số kê đơn do WHO khuyến cáo đã được sử dụng trong nhiều nghiên cứu phân tích thực trạng sử dụng thuốc trên thế giới và là cơ sở khoa học để tiến hành các can thiệp nhằm tăng cường sử dụng thuốc hợp lý [7]. Tại Việt Nam, Bộ Y tế cũng đã ban hành quy định kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú nhằm hạn chế các sai sót trong kê đơn và sử dụng thuốc không hợp lý [1]. Để phân tích thực trạng kê đơn ngoại trú tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội- bệnh viện chuyên khoa hạng I của thành phố trong lĩnh vực Sản Phụ khoa và Kế hoạch hóa gia đình- nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu:

1. Phân tích việc thực hiện quy chế kê đơn trong điều trị ngoại trú.
2. Phân tích một số chỉ số kê đơn trong điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2015.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Đơn thuốc ngoại trú (đơn Bảo hiểm Y tế (BHYT) và đơn tự nguyện) trong năm 2014 tại Bệnh viện Phụ Sản HN.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang, thu thập thông tin từ đơn ngoại trú theo mục tiêu nghiên cứu.

Mẫu nghiên cứu: Nghiên cứu chọn 400 đơn thuốc BHYT lưu tại Phòng Kế hoạch tổng hợp và 400 đơn thuốc tự nguyện tại nhà thuốc Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ đơn thuốc

Tiêu chuẩn lựa chọn: Đơn thuốc ngoại trú được bác sĩ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội kê trong năm 2015.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đơn thuốc chụp bị mờ, đơn thuốc không được người bệnh đồng ý cho chụp (đối với đơn tự nguyện).

Phương pháp chọn mẫu

Đơn thuốc tự nguyện: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, thu thập 400 đơn thuốc tự nguyện hoặc sổ khám bệnh (trong trường hợp bác sĩ kê đơn vào sổ khám bệnh) tại nhà thuốc bệnh viện. Thu thập mỗi ngày 10 đơn thuốc trong ngày làm việc từ tháng 10/2015 đến tháng 12/2015 đến khi đủ số lượng.

Đơn thuốc BHYT: Áp dụng phương pháp chọn mẫu hệ thống. Tổng số đơn ngoại trú BHYT năm 2015 là 5.276 đơn; khoảng cách $k = 5.276/400 = 13,2$, lấy $k = 13$. Chọn ngẫu nhiên một số thứ tự từ 1 đến 13 được số 11, đây là số thứ tự của đơn thuốc BHYT đầu tiên được rút ra. Các đơn thuốc BHYT tiếp theo được lấy theo khoảng cách k đến khi đủ 400 đơn thuốc.

Phương pháp thu thập số liệu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu tài liệu (đơn thuốc BHYT và đơn thuốc tự nguyện). 400 đơn BHYT được thu thập tại khoa được theo phương pháp chọn mẫu hệ thống như trên. 400 đơn tự nguyện được thu thập tại nhà thuốc bệnh viện. Thông tin trên đơn thuốc được đối chiếu với Quy chế kê đơn ngoại trú để đánh giá việc tuân thủ quy chế [3]; các thông tin của thuốc kê trong đơn được tính theo các chỉ số kê đơn thuốc của WHO [14].

Phân tích số liệu: Toàn bộ số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm Microsoft Excel 2010. Các biến phân loại được tính tỷ lệ %, các biến dạng số tính giá trị trung bình.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được sự đồng ý và chấp nhận phối hợp nghiên cứu, thu thập số liệu của lãnh đạo Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Người bệnh khám ngoại trú tự nguyện được giải thích rõ ràng về mục đích lấy số liệu đơn thuốc/sổ khám bệnh và có quyền từ chối tham gia. Thông tin người bệnh được bảo mật trong quá trình thu thập, phân tích số liệu và chỉ sử dụng trong nghiên cứu này.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thực hiện quy chế kê đơn ngoại trú: Đối chiếu thông tin trong đơn với quy định trong quy chế kê đơn ngoại trú, kết quả việc thực hiện các thủ tục hành chính được thể hiện trong bảng 1:

Bảng 1: Thực hiện thủ tục hành chính

TT	Nội dung	Đơn BHYT (n=400)		Đơn tự nguyện (n=400)		Tổng số (n=800)	
		SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)
1	Ghi đầy đủ họ tên người bệnh, tuổi, giới tính	400	100,0	367	91,8	767	95,9
2	Ghi cụ thể địa chỉ người bệnh	254	63,5	155	38,8	409	51,1
3	Ghi đầy đủ chẩn đoán bệnh	400	100,0	46	11,5	446	55,8
4	Bác sĩ ký và ghi đầy đủ họ tên	400	100,0	225	56,3	625	78,1

Việc thực hiện thủ tục hành chính trong đơn BHYT khá tốt, 3/4 chỉ số đều đạt 100,0%. Tuy nhiên, trong đơn tự nguyện, các chỉ số này đều thấp hơn, 91,8% đơn ghi đầy đủ họ tên người bệnh, tuổi, giới; 38,8% đơn ghi cụ thể địa chỉ người bệnh và 56,3% đơn có bác sĩ ký và ghi đầy đủ họ tên. Đặc biệt tỉ lệ đơn thuốc ghi đầy đủ, không viết tắt chẩn đoán bệnh ở đơn thuốc tự nguyện chỉ chiếm 11,5%. Sai sót chủ yếu do bác sĩ viết tắt như: VAD (viêm âm đạo), VPP (viêm phần phụ).

Đánh giá việc ghi tên thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc trong đơn ngoại trú cho thấy, đa số các thuốc đơn chất chỉ ghi tên biệt dược, chỉ có

11,4% đơn BHYT và 5,1% đơn tự nguyện có ghi tên chung quốc tế. Không có đơn thuốc kê tên biệt dược kèm theo tên chung quốc tế ở cả 2 đối tượng người bệnh khám BHYT và khám dịch vụ. Tỷ lệ thuốc nhiều hoạt chất được kê đơn chiếm cũng khá cao; đơn BHYT là 58,8% và 29,7% đối với đơn tự nguyện. Đặc biệt, có đến 17,5% đơn tự nguyện kê thực phẩm chức năng. Thuốc ghi đầy đủ đường dùng chiếm tỷ lệ cao trong cả đơn BHYT (99,5%) và đơn tự nguyện (98,9%). Việc ghi liều dùng của các thuốc được thực hiện khá tốt (94,7%) nhưng việc ghi thời điểm dùng thuốc chưa đầy đủ; trong ngoại trú tự nguyện là 46,7% và BHYT là 52,2%.

Bảng 2: Ghi tên thuốc và hướng dẫn sử dụng thuốc trong đơn ngoại trú

TT	Nội dung	Đơn BHYT		Đơn tự nguyện		Tổng số	
		Số lượt thuốc	Tỷ lệ %	Số lượt thuốc	Tỷ lệ %	Số lượt thuốc	Tỷ lệ %
1	Thuốc đơn chất	237	41,5	611	70,3	848	58,8
2	Thuốc đơn chất ghi theo tên chung quốc tế*	27	11,4	31	5,1	58	6,8
3	Thuốc nhiều hoạt chất	334	58,5	259	29,7	593	41,2
4	Đơn kê thực phẩm chức năng**	0	0	70	17,5	70	8,8
5	Ghi đầy đủ liều dùng 1 lần và liều dùng 24 giờ	528	92,5	837	96,2	1365	94,7
6	Ghi cách dùng	568	99,5	860	98,9	1428	99,1
7	Thời điểm dùng	298	52,2	406	46,7	704	48,9
	Tổng số lượt thuốc	571	100,0	870	100,0	1441	100,0

* Tính tỷ lệ so với lượt thuốc đơn chất

** Tính trên đơn thuốc

Phân tích một số chỉ số kê đơn thuốc:

Phân tích một số chỉ số kê đơn thuốc cho thấy số thuốc trung bình trong 1 đơn ở nhóm ngoại trú BHYT (1,43 thuốc) thấp hơn nhóm ngoại trú tự nguyện (2,18 thuốc). Số thuốc được kê nhiều nhất trong đơn BHYT là 3 thuốc và trong đơn tự nguyện là 5 thuốc. Nghiên cứu cũng cho thấy giá trị tiền thuốc trung bình trong 1 đơn BHYT thấp hơn nhiều so với đơn tự nguyện, lần lượt là 114 nghìn đồng và 396,9 nghìn đồng.

Đa số kết quả các chỉ số kê đơn của nhóm ngoại trú BHYT đều thấp hơn nhóm ngoại trú tự nguyện. Số đơn có kê thuốc kháng sinh chiếm 60,9%, trong đó đơn BHYT là 57,0% và đơn tự nguyện là 63,5%. Đa số các đơn thuốc có kháng

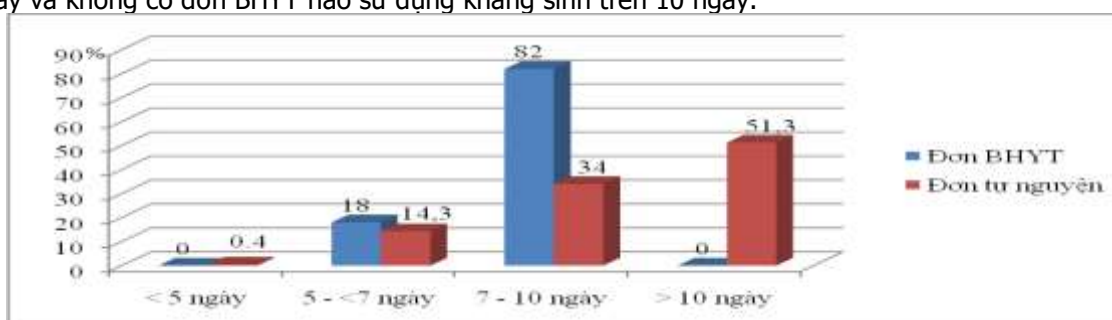
sinh gồm 1 đến 2 thuốc kháng sinh hoặc kết hợp thuốc kháng sinh và kháng nấm. Đáng lưu ý là tỷ lệ đơn tự nguyện có kê vitamin và khoáng chất (25,5%) cao gấp 2,5 lần đơn BHYT (10,3%). Đơn kê thuốc tiêm chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ (2,8%); đối với đơn tự nguyện là 3,8% và đối với đơn BHYT là 1,8%. Đa số các thuốc tiêm ở đơn thuốc tự nguyện là các thuốc tác dụng lên hệ thống nội tiết để điều trị vô sinh. Dạng thuốc đặt được sử dụng khá phổ biến trong điều trị ngoại trú, có đến 57,4% đơn có kê dạng thuốc này. Đối với đơn thuốc BHYT, 100% thuốc được kê đơn nằm trong danh mục thuốc bệnh viện. Tỷ lệ này ở nhóm đơn thuốc tự nguyện thấp hơn (96,7%). Bên cạnh đó, thuốc được kê là thuốc sản xuất trong nước chiếm tỷ lệ thấp, chỉ đạt 19,9% ở đơn tự nguyện và 35,4% ở đơn BHYT.

Bảng 3: Một số chỉ số kê đơn trong điều trị ngoại trú

TT	Nội dung		Đơn BHYT	Đơn tự nguyện	Tổng số
1	Số thuốc trung bình trong 1 đơn		1,4	2,2	1,8
2	Giá trị tiền thuốc trung bình trong 1 đơn (nghìn đồng)		114	396,9	255,5
3	Đơn kê kháng sinh	Số đơn	228	259	487
		Tỷ lệ (%)	57,0	64,8	60,9

4	Đơn kê vitamin và khoáng chất	Số đơn	41	102	143
		Tỷ lệ (%)	10,3	25,5	17,9
5	Đơn kê thuốc tiêm	Số đơn	7	15	22
		Tỷ lệ (%)	1,8	3,8	2,8
6	Đơn có thuốc đặt	Số đơn	259	200	459
		Tỷ lệ (%)	64,8	50,0	57,4
7	Thuốc được kê nằm trong danh mục thuốc bệnh viện	Số lượt thuốc	571	841	1412
		Tỷ lệ (%)	100,0	96,7	98,0
8	Thuốc sản xuất trong nước	Số lượt thuốc	202	173	375
		Tỷ lệ (%)	35,4	19,9	26,0

Nghiên cứu số ngày kê đơn kháng sinh trong đơn ngoại trú cho thấy các đơn thuốc ngoại trú tự nguyện có xu hướng sử dụng kháng sinh dài ngày hơn so với các đơn thuốc ngoại trú BHYT. Tỷ lệ đơn thuốc sử dụng kháng sinh từ 7-10 của BHYT chiếm đa số (82,0%), tỷ lệ này ở đơn tự nguyện chỉ có 34,0%. Trong đơn tự nguyện có sử dụng kháng sinh, 51,3% đơn có sử dụng kháng sinh trên 10 ngày và không có đơn BHYT nào sử dụng kháng sinh trên 10 ngày.



Hình 1: Số ngày sử dụng kháng sinh trong đơn thuốc

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu dựa trên Quyết định số 04/2008/QĐ-BYT để đối chiếu việc thực hiện quy chế kê đơn ngoại trú tại bệnh viện. Mặc dù năm 2016 Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 05/2016/TT-BYT Quy định về kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú [1] nhưng tại thời điểm nghiên cứu, Quyết định số 04/2008/QĐ-BYT ban hành quy chế kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú vẫn còn hiệu lực [3]. Kết quả nghiên cứu cho thấy việc thực hiện thủ tục hành chính của đơn BHYT tốt hơn đơn tự nguyện. Nguyên nhân do đơn thuốc BHYT được kê đơn điện tử, các thông tin hành chính đã được nhập vào máy từ bộ phận tiếp đón. Khi kê đơn thuốc tự nguyện, phần lớn các bác sĩ không ghi đầy đủ địa chỉ người bệnh (61,2%), ghi tắt chẩn đoán bệnh (88,5%) và bác sĩ không ghi đầy đủ họ tên (43,7%). Các nghiên cứu khác cũng cho thấy việc kê đơn viết tay dẫn đến những thông tin hành chính không được ghi đầy đủ, 50-77,6% đơn viết tắt, chữ viết khó đọc [5].

Nghiên cứu việc thực hiện ghi tên thuốc và hướng dẫn sử dụng trong đơn điều trị ngoại trú cho thấy tỷ lệ thuốc đơn chất ghi theo tên chung quốc tế rất thấp (6,8%), thấp hơn nhiều so với báo cáo của WHO (60%) và nghiên cứu tại bệnh

viện Bạch Mai (95,1% với đơn BHYT) [6]. Thực phẩm chức năng theo quy định không được kê vào đơn thuốc [3] nhưng có đến 17,5% đơn thuốc tự nguyện có kê thực phẩm chức năng. Mặc dù những thực phẩm chức năng được kê chủ yếu là sắt, acid folic, các vitamin bổ sung trong quá trình mang thai nhưng bác sĩ không được kê chung vào đơn thuốc điều trị bệnh; đồng thời, phải tư vấn rõ ràng cho người bệnh. Tuy nhiên không có đơn BHYT nào kê thực phẩm chức năng. Sự khác biệt này liên quan đến vai trò của kê đơn điện tử, cụ thể nhờ áp dụng kê đơn điện tử trong BHYT nên việc giám sát kê đơn đúng quy định đạt kết quả tốt. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đơn ngoại trú ghi đầy đủ liều dùng (94,7%), đường dùng (99,1%) khá cao, nhưng tỷ lệ đơn ghi đầy đủ thời điểm dùng chỉ đạt 48,9%. Kết quả của một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đơn không ghi đầy đủ hướng dẫn sử dụng thuốc dao động từ 6,1-37,6%, và 16,4% đơn không ghi liều dùng, thời gian dùng [5].

Số thuốc trung bình trong một đơn BHYT là 1,4, thấp hơn so với đơn tự nguyện (2,2 thuốc), đều phù hợp với khuyến cáo của WHO và thấp hơn so với kết quả nghiên cứu tại Khoa Sản Bệnh viện Jazan- Ả rập Saudi (3,3 thuốc) [7], Bệnh viện Bạch Mai (4,2 thuốc/đơn BHYT và 4,7

thuốc đơn tự nguyện) [6], Bệnh viện Nội tiết Trung ương (4,4 thuốc) [4]. Tỷ lệ đơn có kê kháng sinh tương đối cao (60,9%) so với các bệnh viện khác, dao động từ 19,9-32,3% [6-7]. Nguyên nhân do đặc thù mô hình bệnh tật tại bệnh viện, đa phần người bệnh có nhiễm khuẩn đường sinh sản được điều trị ngoại trú. Điều này cũng lý giải phần nào cho kết quả tỷ lệ thuốc nhiều hoạt chất (41,2%) và đơn kê thuốc đặt (57,4%) cao, các thuốc điều trị nhiễm khuẩn đường sinh sản thường là dạng thuốc đặt, phối hợp giữa kháng sinh và chống nấm. Đặc biệt, trong đơn BHYT số ngày sử dụng kháng sinh chủ yếu từ 7 đến 10 ngày, trong khi 51,3% đơn tự nguyện sử dụng kháng sinh trên 10 ngày. Nghiên cứu cũng cho thấy có sự khác biệt rõ rệt trong kê đơn vitamin và khoáng chất ở đơn BHYT (10,3%) và đơn tự nguyện (25,5%). Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu tại khoa sản Bệnh viện Jazan (45,2%)[7], Bệnh viện Bạch Mai (19,2% với đơn BHYT và 30,1% với đơn tự nguyện), Bệnh viện Nội tiết trung ương (21,5% với đơn BHYT) [4]. Tỷ lệ đơn kê thuốc tiêm trong cả đơn BHYT (1,8%) và đơn tự nguyện (3,8%) đều thấp hơn so với kết quả của các nghiên cứu công bố trước đây [6-7]. Tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, thuốc tiêm thường được kê trong ngoại trú BHYT là Zoladex- một thuốc nhóm ung thư được chỉ định cho chẩn đoán lạc nội mạc tử cung; còn thuốc tiêm kê trong đơn tự nguyện là nhóm thuốc tác động lên hệ nội tiết, được chỉ định cho trường hợp kích thích buồng trứng trên người bệnh điều trị ngoại trú tại khoa hỗ trợ sinh sản. Tỷ lệ kê đơn thuốc sản xuất trong nước còn ở mức thấp, đặc biệt là trong đơn tự nguyện (19,9%). Thuốc sản xuất trong nước là một trong những ưu tiên khi lựa chọn xây dựng danh

mục thuốc bệnh viện và Bộ Y tế đã đề ra mục tiêu về tỷ lệ kê đơn thuốc sản xuất trong nước tăng 5-10% trên đối tượng ngoại trú [2].

V. KẾT LUẬN

Việc thực hiện quy chế kê đơn ở đơn thuốc BHYT tốt hơn so với đơn thuốc tự nguyện ở cả thủ tục hành chính và ghi tên thuốc, hướng dẫn sử dụng thuốc. Số thuốc trung bình trong một đơn (1,8 thuốc), tỷ lệ sử dụng vitamin, khoáng chất (17,9%) và thuốc tiêm (2,8%) trong điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội thấp. Tuy nhiên tỷ lệ sử dụng kháng sinh trong đơn ngoại trú (60,9%) tại bệnh viện khá cao do đặc thù mô hình bệnh tật tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2016)**, "Thông tư số 05/2016/TT-BYT quy định về kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú".
2. **Bộ Y tế (2012)**, "Quyết định số 4824/QĐ-BYT phê duyệt đề án "Người Việt Nam ưu tiên dùng thuốc Việt Nam".
3. **Bộ Y tế (2008)**, "Quyết định số 04/2008/QĐ-BYT về việc ban hành quy chế kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú".
4. **Nguyễn Thị Song Hà, Lê Thị Uyển, Lê Thị Quỳnh Anh, (2015)**, "Phân tích hoạt động kê đơn thuốc ngoại trú tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2014", *Tạp chí Dược học*, 474, pp. 8-12.
5. **Nguyễn Văn Thuận, Nguyễn Thị Lộc, và cộng sự, (2015)**, "Khảo sát và đánh giá công tác quản lý, sử dụng thuốc tại bệnh viện quân y 5 giai đoạn 2009-2011", *Tạp chí Y dược học quân sự*, 2, pp. 81-89.
6. **Trần Nhân Thắng (2012)**, "Khảo sát tình hình kê đơn sử dụng thuốc điều trị ngoại trú tại bệnh viện Bạch Mai năm 2011", *Y học thực hành*, 830(7), pp. 24-28.
7. **Meetu Agarwal, Maryam nayeem, et al, (2014)**, "Prescribing patterns of drugs in the department of Obstetrics and Gynaecology in expecting mothers in Jazan region, KSA", *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical sciences*, 6(1), pp. 658-661.

HIỆN TRẠNG VÀ NGUYÊN NHÂN TỬ VONG MẸ Ở VIỆT NAM NĂM 2015 (PHẦN 1: HIỆN TRẠNG TỬ VONG MẸ Ở VIỆT NAM NĂM 2015)

Trần Đăng Khoa*

TÓM TẮT

Nghiên cứu thực trạng tử vong mẹ năm 2015 trong phạm vi toàn quốc. **Mục tiêu** nhằm đánh giá hiện

**Vụ Sức khỏe Bà mẹ- Trẻ em, Bộ Y tế*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Đăng Khoa
Email: khoamoh@yahoo.com
Ngày nhận bài: 17.6.2017
Ngày phản biện khoa học: 31.7.2017
Ngày duyệt bài: 10.8.2017

trạng tình hình tử vong mẹ năm 2015 trong toàn quốc, là cơ sở khoa học đề xuất các giải pháp, kiến nghị giảm tử vong mẹ tại Việt Nam. **Phương pháp** mô tả cắt ngang kết hợp nghiên cứu định lượng với nghiên cứu định tính. Thu thập số liệu trong phạm vi toàn quốc về tử vong mẹ năm 2015. Thảo luận nhóm Hội đồng thẩm định tử vong mẹ của tỉnh. **Kết quả:** điều tra toàn quốc năm 2015, có 203 trường hợp tử vong mẹ, so với năm 2014 xu hướng tử vong mẹ tăng ở vùng Tây Nguyên. Vùng Trung du miền núi phía Bắc có số ca tử vong mẹ cao nhất các vùng trong toàn quốc 25,6%, sau đó là vùng Bắc trung bộ và

duyên hải miền Trung 22,7%. Vùng Trung du và miền núi phía Bắc, số ca tử vong mẹ là người dân tộc thiểu số nhiều gấp 5,25 lần người Kinh và chủ yếu là dân tộc H'Mông. Tử vong mẹ xảy ra chủ yếu tại bệnh viện huyện 28,7%, bệnh viện tỉnh 27,8%. Tử vong do đẻ tại nhà chiếm 20,4% tổng số tử vong. Tử vong mẹ do đẻ tại nhà cao nhất tại vùng Trung du và miền núi phía Bắc chiếm 64%. **Khuyến nghị:** Tăng cường năng lực chuyên môn hồi sức cấp cứu sản khoa cho tuyến huyện và tuyến tỉnh, đặc biệt là vùng Trung du và miền núi phía Bắc. Tăng cường vận động phụ nữ có thai của vùng Trung du và miền núi phía Bắc đẻ tại cơ sở y tế.

SUMMARY

CURRENT STATUS AND CAUSES OF MATERNAL MORTALITY IN VIET BY THE YEAR OF 2015 (PART 1: CURRENT STATUS OF MATERNAL MORTALITY IN VIET NAM BY 2015)

Study on maternal mortality by 2015 in the whole country. The objective is to assess the current situation and causes of maternal mortality in 2015 in the whole country as a scientific basis to propose solutions and proposals for maternal mortality reduction in Vietnam. **Cross-sectional descriptive method** combines quantitative research with qualitative research. Nationwide data collection on maternal mortality in 2015. Group discussion of the maternal mortality appraisal council of the province. **Results:** Nationwide survey in 2015, there were 203 maternal deaths, compared to 2014 the trend of maternal mortality increased in the Central Highlands. The Northern Midland and Mountain Region has the highest maternal deaths in all regions of the country at 25.6%, followed by the North Central Coast and Central Coastal regions at 22.7%. In the Northern Midlands and Mountains, the number of maternal deaths is ethnic minorities who are 5.25 times more than Kinh majority and mainly H'Mong ethnic minorities. Maternal mortality occurred mainly in district hospitals at 28.7% and provincial hospitals at 27.8%. Deaths due to birth at home accounted for 20.4% of total deaths. Maternal mortality due to having home birth was the highest in the Northern Midlands and Mountains at 64%. **Recommendations:** Strengthening professional obstetric care skills for district and provincial levels, especially in the Northern Midlands and Mountains. Strengthen the mobilization of pregnant women in the Northern Midlands and Mountains to deliver at health facilities.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc, cải thiện sức khỏe bà mẹ và giảm tử vong mẹ là một trong những mục tiêu quan trọng được Bộ Y tế và Chính phủ Việt Nam đặc biệt quan tâm. Ở Việt Nam, trong những năm qua, công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản đã đạt được nhiều thành tựu quan trọng. Tỷ số tử vong mẹ (TVM) đã giảm 3 lần từ 233/100.000 trẻ đẻ sống vào năm 1990 xuống còn 85/100.000 năm 2005 và 69/100.000 năm 2009 [5]. Kết quả điều tra TVM ở Việt Nam 2006-2007 do Vụ SKBMT

kết hợp với Viện Chiến lược và Chính sách y tế-Bộ Y tế thực hiện cho thấy tỷ số TVM của Việt Nam là 63 trên 100.000 trẻ đẻ sống với khoảng giao động từ 42 - 84 trường hợp TVM trên 100.000 trẻ đẻ sống [3]. Báo cáo tóm tắt "Xu hướng tử vong mẹ từ 1990 đến 2015" [7] của Liên hợp quốc ước tính tỷ số tử vong mẹ năm 2015 tại Việt Nam là 54/100.000 trẻ đẻ sống. Tốc độ giảm TVM trung bình trong cả giai đoạn 1990 đến 2015 đạt được là 3,8%/năm. Cũng theo tài liệu này, so sánh với một số nước trong khối ASEAN, cả tỷ số TVM và tốc độ giảm TVM của Việt Nam đạt được tốt hơn của Philippin (114 và 1,1); Indonesia (126 và 5,0); Myanmar (178 và 3,7); Lào (197 và 6,1); Cambodia (161 và 7,4).

Tuy nhiên, TVM có sự chênh lệch lớn giữa các vùng miền; tốc độ giảm TVM có xu hướng chậm lại. Trong thời gian gần đây, tình trạng TVM liên quan đến tai biến sản khoa xảy ra khá phổ biến ở một số cơ sở y tế, gây bức xúc trong dư luận xã hội. Nhằm tìm hiểu thực trạng TVM ở Việt Nam như thế nào? các nguyên nhân chính gây ra tử vong mẹ là gì? Trên cơ sở đó đề xuất các giải pháp giảm thiểu TVM, chúng tôi tiến hành nghiên cứu, đánh giá: Hiện trạng tử vong mẹ ở Việt Nam năm 2015, nguyên nhân và đề xuất các giải pháp góp phần giảm thiểu hơn nữa TVM ở Việt Nam. **Mục tiêu:** *Mô tả thực trạng tử vong mẹ trên toàn quốc năm 2015, nguyên nhân tử vong mẹ, trên cơ sở đó đề xuất các giải pháp giảm tử vong mẹ ở Việt Nam.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Phương pháp: Điều tra mô tả cắt ngang kết hợp nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính. Thu thập số liệu định lượng theo mẫu báo cáo tử vong mẹ. Thảo luận nhóm tuyến tỉnh-Hội đồng thẩm định TVM của tỉnh.

2.2 Phạm vi: Thu thập số liệu tử vong mẹ của 63 tỉnh/thành phố trực thuộc trung ương trên phạm vi toàn quốc trong năm 2015 thời điểm từ 01/01/2015 đến 31/12/2015.

2.3 Xử lý phân tích số liệu: Tất cả các số liệu định lượng thu thập được trong quá trình nghiên cứu được làm sạch, nhập và phân tích xử lý số liệu. Các thông tin thu thập được qua thảo luận nhóm được ghi bằng và ghi chép, gõ bằng và sau đó đọc, phân tích theo chủ đề.

2.4 Định nghĩa tử vong mẹ: Là tử vong của phụ nữ trong thời gian mang thai hoặc trong vòng 42 ngày sau khi kết thúc thai nghén do bất cứ nguyên nhân nào liên quan đến thai nghén hoặc bệnh lý bị nặng lên do mang thai hoặc sinh đẻ gây ra mà không phải do tai nạn hoặc tự tử.

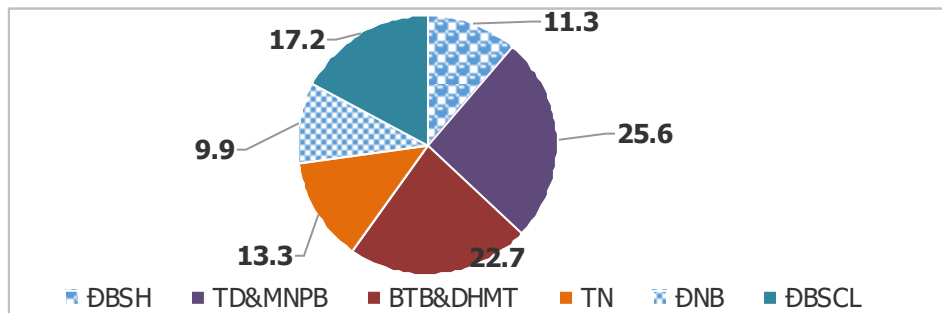
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 2: Số ca tử vong mẹ theo vùng sinh thái 2014-2015

Vùng sinh thái	12 tháng 2014		12 tháng 2015	
	n	%*	n	%*
Đồng bằng sông Hồng	34	16,1	23	11,3
Trung du và Miền núi phía Bắc	56	26,5	52	25,6
Bắc trung Bộ và Duyên hải miền Trung	46	21,8	46	22,7
Tây Nguyên	19	9,0	27	13,3
Đông Nam Bộ	24	11,4	20	9,9
Đồng bằng sông Cửu Long	32	15,2	35	17,2
Tổng	211	100%	203	100%

*Tỷ lệ % trong tổng số ca TVM toàn quốc

Trong năm 2015, cả nước có 203 trường hợp tử vong mẹ, có giảm 8 trường hợp so với năm 2014. So sánh với năm 2014, tử vong mẹ có xu hướng tăng nhẹ ở vùng Tây Nguyên, các vùng còn lại đều giảm hoặc duy trì.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ % tử vong mẹ theo vùng sinh thái năm 2015

Trung du và Miền núi phía Bắc, Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung là hai khu vực được ghi nhận có số bà mẹ tử vong cao nhất nước, lần lượt là 25,6% và 22,7%, Tử vong mẹ xảy ra ít nhất tại Đồng bằng sông Hồng là 11,3% và tại Đông Nam Bộ là 9,9%.

Bảng 2. Tử vong mẹ theo tuổi

Tuổi		ĐBSH	TD&MNPB	BTB&DHMT	TN	ĐNB	ĐBSCL	Tổng số
15 - 19	n	0	6	2	3	0	0	11
	%	0	24,0	8,7	14,3	0	0	10,2
20 - 24	n	3	5	5	3	3	1	20
	%	37,5	20,0	21,7	14,3	21,4	5,9	18,5
25 - 29	n	2	4	4	5	5	8	28
	%	25,0	16,0	17,4	23,8	35,7	47,1	25,9
30 - 34	n	2	5	6	4	2	4	23
	%	25,0	20,0	26,1	19,0	14,3	23,5	21,3
35 - 39	n	0	2	6	4	3	1	17
	%	0	12,0	26,1	19,0	21,4	5,9	15,7
≥ 40	n	1	2	0	2	1	3	9
	%	12,5	8,0	0	9,5	7,1	17,6	8,3
Tổng số	n	8	25	23	21	14	17	108
	%	100	100	100	100	100	100	100

Trong số 203 trường hợp tử vong mẹ năm 2015, chúng tôi và Hội đồng thẩm định tử vong mẹ của các tỉnh mới chỉ hoàn thiện hồ sơ, đầy đủ các thông tin và hợp Hội đồng thẩm định tử vong mẹ các tỉnh để phân tích được 108 trường hợp.

Các bà mẹ tử vong ở nhóm tuổi 25-34 chiếm 47,2% tổng số tử vong mẹ. Trong khi đó tại Đồng bằng sông Cửu Long có 70,6% bà mẹ tử vong ở nhóm tuổi này, tỷ lệ này tại hai khu vực Đồng

bằng sông Hồng và Đông Nam Bộ đều là 50%.

Khu vực Trung du và Miền núi phía Bắc có tỷ lệ TVM tuổi từ 15-19 cao nhất chiếm 24,0%, sau đó là tại Tây Nguyên với 14,3%. Trong khi đó tại Đồng bằng sông Hồng, Đông Nam Bộ và Đồng bằng sông Cửu Long không có bà mẹ nào dưới 20 tuổi tử vong. Có 9 trường hợp tử vong mẹ từ 40 tuổi trở lên, chiếm 8,3%, trong số này có 3 bà mẹ sống tại vùng Đồng bằng sông Cửu Long.

Bảng 3. Tử vong mẹ theo dân tộc

Dân tộc		ĐBSH	TD&MNPB	BTB&DHMT	TN	ĐNB	ĐBSCL	Tổng số
Kinh	n	5	4	21	9	12	15	66
	%	62,5	16,0	91,3	42,9	85,7	88,2	61,1
Thái	n	0	0	2	0	0	0	2
	%	0	0	8,7	0	0	0	1,9
H' Mông	n	0	13	0	0	0	0	13
	%	0	52,0	0	0	0	0	12,0
Khác	n	3	8	0	12	2	2	27
	%	27,0	32,0	0	57,1	14,3	11,8	25
Tổng số	n	8	25	23	21	14	17	108
	%	100	100	100	100	100	100	100

Có 61,1% bà mẹ tử vong là người Kinh và 12% là người H' Mông. Số tử vong là người dân tộc khác chiếm 25% (Tày, Mường, Ê đê, Jarai, Nùng, Nông, Khơ me, Dao..).

Vùng Trung du và miền núi phía Bắc, tử vong mẹ là người các dân tộc ít người chiếm đa số 84%, nhiều gấp 5,25 lần người Kinh. Tất cả 13 phụ nữ H' Mông tử vong đều sống ở vùng TD&MNPB. Số bà mẹ tử vong người dân tộc khác chủ yếu sinh sống tại Tây Nguyên và Miền núi phía Bắc. Tại Tây Nguyên, 57,1% trường hợp tử vong là người dân tộc khác, tỷ lệ này tại TD&MNPB là 32%.

Bảng 4. Tử vong mẹ theo trình độ học vấn

Trình độ học vấn		ĐBSH	TD&MNPB	BTB&DHMT	TN	ĐNB	ĐBSCL	Tổng số
Không biết chữ	n	0	8	2	1	0	0	11
	%	0	32,0	8,7	4,8	0	0	10,2
Cấp 1	n	2	6	0	3	0	6	17
	%	25,0	24,0	0	14,3	0	35,3	15,7
Cấp 2	n	3	4	12	3	0	7	29
	%	37,5	16,0	52,2	14,3	0	41,2	26,9
Cấp 3	n	2	5	6	7	2	1	23
	%	25,0	20,0	26,1	33,3	14,3	5,9	21,3
Trung cấp	n	1	0	0	1	0	0	2
	%	12,5	0	0	4,8	0	0	1,9
Cao đẳng trở lên	n	0	0	1	0	1	0	2
	%	0	0	4,3	0	7,1	0	1,9
Không rõ	n	0	2	2	6	11	3	24
	%	0	8,0	8,7	28,6	78,6	17,6	22,2
Tổng số	n	8	25	23	21	14	17	108
	%	100	100	100	100	100	100	100

Có 10,2% bà mẹ tử vong mù chữ, tỷ lệ mù chữ cao nhất ở vùng TD&MNPB là 32%. Bà mẹ có trình độ học vấn cấp 2 và cấp 3 là 48,2%, tỷ lệ này cao nhất ở BTB&DHMT là 78,3% và sau đó là ở khu vực ĐBSH với 62,5%. Tỷ lệ học hết cấp 3 cao nhất tại Tây Nguyên là 33,3% và thấp nhất ở vùng ĐBSCL là 5,9%.

Có 22,2% báo cáo thẩm định không có thông tin về trình độ học vấn của người mẹ, đặc biệt tại Đông Nam Bộ, tỷ lệ này cao tới 78,6%.

Bảng 5. Tử vong mẹ theo nơi quản lý thai

Nơi quản lý thai		ĐBSH	TD&MNPB	BTB&DHMT	TN	ĐNB	ĐBSCL	Tổng số
BV TƯ	n	0	0	0	0	1	0	1
	%	0	0	0	0	7,1	0	0,9
BV tỉnh	n	0	0	1	0	0	1	2
	%	0	0	4,3	0	0	5,9	1,9
BV huyện	n	0	0	2	1	2	1	6
	%	0	0	8,7	4,8	14,3	5,9	5,6
TYT xã	n	5	15	9	11	4	7	51
	%	62,5	60,0	39,1	52,4	28,6	41,2	47,2
Y tế tư nhân	n	1	1	5	1	3	4	15
	%	12,5	4,0	21,7	4,8	21,4	23,5	13,9
Không rõ	n	2	9	6	8	4	4	33

	%	25,0	36,0	26,1	38,1	28,6	23,5	30,6
Tổng số	n	8	25	23	21	14	17	108
	%	100	100	100	100	100	100	100

Trong số các bà mẹ tử vong, 47,2% được quản lý thai tại trạm y tế xã, chỉ có 8 bà mẹ (7,5%) được quản lý thai tại bệnh viện tỉnh và huyện. Có 13,9% được quản lý thai tại cơ sở y tế tư nhân, tỷ lệ này cao nhất tại ĐBSCL là 23,5%, sau đó là BTB&DHMT và ĐNB là 21,7% và 21,4%. Có 30,6% báo cáo không ghi nơi quản lý thai của bà mẹ tử vong.

Bảng 6. Nơi phát hiện và cách xử trí khi phát hiện dấu hiệu bất thường

Đặc điểm		ĐBSH	TD&MNPB	BTB&DHMT	TN	ĐNB	ĐBSCL	Tổng số
Nơi phát hiện bất thường								
Tại nhà	n	4	23	14	5	3	8	57
	%	50,0	92,0	60,9	23,8	21,4	47,1	52,8
Tại CSYT	n	4	2	9	16	11	9	51
	%	50,0	8,0	39,1	76,2	78,6	52,9	47,2
Tổng số	n	8	25	23	21	14	17	108
	%	100	100	100	100	100	100	100
Xử trí khi phát hiện bất thường tại nhà								
Được chuyển đến CSYT	n	3	13	14	4	3	8	45
	%	75,0	56,5	100	80,0	100	100	78,9
Không đến được CSYT	n	1	10	0	1	0	0	12
	%	25,0	43,5	0	20,0	0	0	21,1
Tổng số	n	4	23	14	5	3	8	57
	%	100	100	100	100	100	100	100

Có 57/108 (52,8%) bà mẹ tử vong được phát hiện dấu hiệu bất thường từ ở nhà, trong số này có 45 (78,9%) được chuyển đến cơ sở y tế. Tại vùng TD&MNPB, có 92% số tử vong được phát hiện bất thường từ ở nhà nhưng chỉ có 56,5% được chuyển đến cơ sở y tế. *Chúng tôi được biết: "Lý do một số trường hợp thai phụ phát hiện bất thường từ ở nhà nhưng không chuyển đến cơ sở y tế do gia đình chủ quan không thấy hết được mức độ nguy hiểm, phong tục lạc hậu đẻ tại nhà, đường xá xa, đi lại khó khăn và điều kiện gia đình cũng khó khăn".*

Tại 3 khu vực BTB&DHMT, ĐNB và ĐBSCL, tất cả các trường hợp có dấu hiệu bất thường đều được chuyển đến cơ sở y tế.

Bảng 7. Tử vong mẹ tại các nơi đẻ

Nơi đẻ		ĐBSH	TD&MNPB	BTB&DHMT	TN	ĐNB	ĐBSCL	Tổng số
BV TƯ	n	1	0	1	0	2	0	4
	%	12,5	0	4,3	0	14,3	0	3,7
BV tỉnh	n	2	3	7	7	5	6	30
	%	25,0	12,0	30,4	33,3	35,7	35,3	27,8
BV huyện	n	4	3	9	9	3	3	31
	%	50,0	12,0	39,1	42,9	21,4	17,6	28,7
TYT xã	n	0	1	1	0	0	0	2
	%	0	4,0	4,3	0	0	0	1,9
Y tế tư nhân	n	0	1	0	0	1	2	4
	%	0	4,0	0	0	7,1	11,8	3,7
Tại nhà	n	1	16	2	3	0	0	22
	%	12,5	64,0	8,7	14,3	0	0	20,4
Trên đường vận chuyển	n	0	0	1	0	0	0	1
	%	0	0	4,3	0	0	0	0,9
Không rõ	n	0	1	2	2	3	6	14
	%	0	4,0	8,7	9,5	21,4	35,3	13,0
Tổng số	n	8	25	23	21	14	17	108
	%	100	100	100	100	100	100	100

Có 22/ 108 bà mẹ tử vong do đẻ tại nhà chiếm 20,4% tổng số tử vong. Tỷ lệ tử vong mẹ đẻ tại nhà cao nhất tại TD&MNPB là 64%. Bệnh viện

huyện và bệnh viện tỉnh là 2 nơi sản phụ đẻ nhiều nhất (lần lượt là 28,7% và 27,8%). Tại ĐNB và ĐBSCL, không có trường hợp nào đẻ tại nhà.

V. BÀN LUẬN

Tỷ số tử vong mẹ (MMR) tính trên 100.000 trẻ đẻ sống đã giảm mạnh từ mức 233 trường hợp tử vong năm 1990 xuống còn 69 trường hợp năm 2009 [5]. Kết quả ước tính cho thấy Việt Nam có thể đạt được mục tiêu của MDG5A là giảm MMR xuống còn 58,3/100 000 trẻ đẻ sống vào năm 2015 [1]. Một số đánh giá, ước tính của các tổ chức quốc tế gần đây cũng cho kết quả tương tự, với tỷ số tử vong mẹ ước tính trên 100.000 trẻ đẻ sống của Việt Nam vào khoảng 56,6 năm 2013 [6], 56 năm 2014 và 54/100.000 trẻ đẻ sống vào năm 2015, thấp hơn so với nhiều nước có cùng mức thu nhập bình quân đầu người như In-đô-nê-xi-a, Phi-líp-pin; bằng khoảng 1/3 so với trung bình của khu vực ASEAN. Bởi vậy, Việt Nam là một trong các quốc gia được Liên hợp quốc đánh giá là "đạt tiến độ" trong việc thực hiện các MDG về giảm tử vong bà mẹ, trẻ em.

Số liệu báo cáo thống kê hàng năm và so sánh với số liệu 2 cuộc điều tra chính thức trước đây, có thể thấy tỷ số tử vong mẹ (TVM) thực tế cao gấp 3-4 lần số tính toán theo báo cáo thống kê. Tỷ số TVM ở miền núi cao khoảng gấp đôi so với con số toàn quốc và gấp khoảng 3 lần so với TVM tại các vùng đồng bằng.

Có một điều đáng lưu ý là trong vòng 15 năm gần đây ở Việt Nam đã có sự thay đổi theo hướng giảm dần tỷ lệ TVM do nguyên nhân trực tiếp và tăng tỷ lệ tử vong do nguyên nhân gián tiếp. Theo Điều tra TVM 2001-2002, các nguyên nhân trực tiếp gây TVM là 76,3% và nguyên nhân gián tiếp chiếm 23,7% [2]. Tỷ lệ tương ứng của Điều tra 2006-2007 là 68% và 18,7%. Số liệu mới nhất (năm 2014) của Vụ SKBMTE cho thấy nguyên nhân trực tiếp chiếm 59,7% và có tới 35,4% là do nguyên nhân gián tiếp [4]. Điều này cho thấy tính hiệu quả của các can thiệp về làm mẹ an toàn (LMAT), đặc biệt là các can thiệp về cấp cứu, hồi sức sản khoa được triển khai trong thời gian qua ở nước ta nhưng mặt khác cũng cho thấy sự cần thiết phải quan tâm hơn đến các can thiệp nhằm làm giảm các nguy cơ dẫn đến TVM do các nguyên nhân gián tiếp gây ra.

Tại vùng Trung du và Miền núi phía Bắc, có 92% số tử vong được phát hiện bất thường từ ở nhà nhưng chỉ có 56,5% được chuyển đến cơ sở y tế. Lý do không chuyển do chủ quan của thai phụ và gia đình chưa thấy được mức độ nguy hiểm, phong tục tập quán của người dân đẻ tại nhà, hơn nữa điều kiện đường xá xa và đi lại khó khăn, điều kiện gia đình cũng khó khăn. Đây là

những trường hợp tử vong mẹ đáng tiếc xảy ra, nếu bản thân thai phụ và gia đình quyết định ngay đưa thai phụ đi đến các cơ sở y tế để được theo dõi và xử trí kịp thời có lẽ đã không xảy ra tử vong đáng tiếc.

Phân tích theo địa điểm xảy ra tai biến cho thấy có tới 43,1% tai biến xảy ra tại nhà, và 45,1% số ca xảy ra tại bệnh viện tuyến huyện và tuyến tỉnh. Vì vậy, việc tăng cường đào tạo nâng cao năng lực cấp cứu sản khoa cũng như giám sát để đảm bảo cán bộ y tế tuân thủ đúng quy trình chuyên môn là một nhu cầu cấp thiết trong thời gian tới nhất là tuyến huyện.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Tử vong mẹ đã có xu hướng giảm và Việt Nam đạt Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ về Tử vong mẹ vào năm 2015. Trong năm 2015, có 203 trường hợp tử vong mẹ và xảy ra chủ yếu ở bệnh viện huyện 28,7%, bệnh viện tỉnh 27,8% và đẻ tại nhà 20,4%. Vùng Trung du và miền núi phía Bắc là vùng có số ca tử vong nhiều nhất so với các vùng khác trong cả nước 25,6%, sau đó là vùng Bắc trung bộ và Duyên hải miền Trung 22,7%. Vùng Trung du và miền núi phía Bắc có tỷ lệ tử vong mẹ do đẻ tại nhà cao nhất 64%, và là vùng có tử vong mẹ là dân tộc thiểu số cao nhất, gấp 5,25 lần so với người Kinh.

Bộ Y tế, các tỉnh cần phải tăng cường năng lực chuyên môn cấp cứu sản khoa cho tuyến huyện và tuyến tỉnh, đặc biệt là vùng Trung du và miền núi phía Bắc. Tăng cường vận động phụ nữ có thai của vùng Trung du và miền núi phía Bắc đẻ tại cơ sở y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Kế hoạch Đầu tư**, Tổng cục Thống kê (2015), Báo cáo quốc gia kết quả 15 năm thực hiện các Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ của Việt Nam, HN.
2. **Bộ Y tế**, Vụ Sức khỏe sinh sản (2004), Tử vong mẹ ở Việt Nam, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
3. **Bộ Y tế (2009)**, Điều tra tử vong mẹ, tử vong sơ sinh ở Việt Nam 2006-2007, Hà Nội.
4. **Bộ Y tế**, Vụ Sức khỏe Bà mẹ- Trẻ em (2014), Số liệu điều tra tử vong mẹ năm 2014.
5. **Tổng cục Thống kê (2009)**, Tổng điều tra dân số và nhà ở Việt nam 2009-Mức sinh và mức chết ở Việt nam: Thực trạng, xu hướng và những sự khác biệt 2001, Hà Nội.
6. **Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A**, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR, et al (2014), Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990 – 2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014; 384 (9947):9 80– 1004.
7. **United Nations Population Division (2015)**, Trends in Maternal mortality: 1990 to 2015 – Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN CÓ HỘI CHỨNG NGỪNG THỞ KHI NGỦ DO TẮC NGHẼN

Nghiêm Thị Hồng Nhung*, Nguyễn Thanh Bình*

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán xác định có hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn (NTKNDTN) với mục đích bước đầu mô tả đặc điểm lâm sàng ở nhóm bệnh nhân này. Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang, đánh giá các triệu chứng lâm sàng và mối liên quan với mức độ nặng của bệnh. Kết quả cho thấy các bệnh nhân trong độ tuổi 30–60 tuổi chiếm đa số, trong đó số bệnh nhân nam cao gấp 4 lần số bệnh nhân nữ. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là ngáy (96,7%), buồn ngủ ban ngày, điểm Epworth trung bình là $12,53 \pm 5,164$, điểm Epworth càng tăng thì chỉ số ngừng thở, giảm thở càng tăng ($r=0,398$, $p=0,033<0,05$). Các triệu chứng lâm sàng có giá trị trong việc tầm soát hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn.

Từ khóa: Hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn, ngáy to, điểm Epworth.

SUMMARY

CLINICAL SYMPTOMS IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME

The study was conducted on 30 patients diagnosed with the obstructive sleep apnea syndrome and aimed to initial description of clinical symptoms. *Research methodology:* cross-sectional descriptive study, evaluation of clinical symptoms and their relative severity. *Results:* the majority of patients in the age group of 30–60 years, the ratio of male to female was 4/1. The most common clinical symptoms were snoring (96.7%) and daytime sleepiness, the mean Epworth score was $12,53 \pm 5,164$, the higher the Epworth score was, the higher the hypoapnea – apnea was ($r=0,398$, $p=0,033<0,05$). Clinical symptoms is valueable in screening obstructive sleep apnea syndrome.

Keywords: Obstructive sleep apnea syndrome, snoring, Epworth score

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn (NTKNDTN) 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 hội chứng ngừng thở khi ngủ 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 [1], [2], [3].

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Bình

Email: nguyenminhben@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 31.7.2017

Ngày duyệt bài: 8.8.2017

NTKNDTN đặc trưng bởi những triệu chứng ban đêm như: ngáy, cảm giác ngạt thở hoặc ngừng thở khi ngủ, mất ngủ, tiểu đêm... và những triệu chứng ban ngày thường gặp như: buồn ngủ quá nhiều ban ngày có thể tử nhẹ như buồn ngủ vào giữa trưa, hoặc nặng như buồn ngủ khi đang làm việc hoặc lái xe, ngoài ra có thể có những triệu chứng ban ngày khác như giảm tập trung, giảm trí nhớ... làm giảm chất lượng cuộc sống, là nguyên nhân gây tai nạn giao thông, tai nạn nghề nghiệp, hạn chế khả năng học tập, làm việc. Bên cạnh đó NTKNDTN còn là nguyên nhân gây tăng tỷ lệ tử vong trên các bệnh nhân có bệnh tim mạch, đái tháo đường, hội chứng chuyển hóa [4], [5].

Ở Việt Nam hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu về hội chứng ngừng thở khi ngủ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân có hội chứng NTKNDTN.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Gồm 30 bệnh nhân, trên 18 tuổi, không phân biệt giới tính, được chẩn đoán xác định có hội chứng NTKNDTN tại bệnh viện Lão khoa Trung Ương và Trung tâm Hô hấp – bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 6/2014 đến tháng 3/2015.

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 ngừng 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.

Phương pháp: Mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện.

Các bước tiến hành: Bệnh nhân đến khám vì có biểu hiện rối loạn giấc ngủ chủ yếu là ngáy và buồn ngủ quá nhiều ban ngày, được khám sàng lọc, đo đa ký giấc ngủ. Những bệnh nhân được chẩn đoán xác định có hội chứng NTKNDTN sẽ được chọn đưa vào nghiên cứu.

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

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. Các bệnh nhân được tư vấn và điều trị đúng chỉ định.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 30 bệnh

nhân trong đó số bệnh nhân nam cao gấp 4 lần số bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình là $49,13 \pm 14,036$, tuổi thấp nhất là 27 và cao nhất là 70. Số bệnh nhân trong độ tuổi từ 30 - 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (66,67%), chỉ có 1 bệnh nhân dưới 30 tuổi (3,33%) và 9 bệnh nhân trên 60 tuổi (30%). Chỉ số giảm thở, ngừng thở trung bình là $36,02 \pm 2,31$, cao nhất là 88,90 và thấp nhất là 7,80.

3.2 Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1 Các triệu chứng lâm sàng

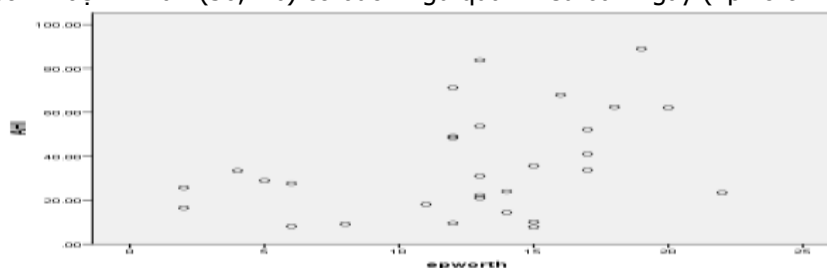
Các triệu chứng	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
<i>Triệu chứng ban đêm</i> : Ngáy	24	100	5	83,3	29	96,7
Cảm giác ngừng thở, ngạt thở	18	75	2	33,3	20	66,7
Mất ngủ	12	50	5	83,3	17	56,7
Tiểu đêm	14	58,3	5	83,3	19	63,3
Khô miệng	11	45,8	4	66,7	15	50
<i>Triệu chứng ban ngày</i>						
Buồn ngủ quá nhiều ban ngày	19	79,2	4	66,7	23	76,7
Đau đầu buổi sáng	9	37,5	2	33,3	11	36,7
Giảm độ tập trung	9	37,5	3	50	12	40
Giảm trí nhớ	7	29,2	5	83,3	12	40

Nhận xét: Ngáy là triệu chứng ban đêm thường gặp nhất (chiếm 96,7%). Triệu chứng ban ngày thường gặp là buồn ngủ quá nhiều ban ngày (76,7%).

Bảng 3.2. Kết quả theo thang điểm Epworth

Thang điểm Epworth	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Điểm ≤ 8	7	23,3
Điểm từ 9 – 14	12	40
Điểm từ 15 – 24	11	36,7
Tổng	30	100
$\bar{X} \pm SD$	$12,53 \pm 5,164$	
Điểm thấp nhất	2	
Điểm cao nhất	22	

Nhận xét: Có 11 bệnh nhân (36,7%) có buồn ngủ quá nhiều ban ngày (Epworth > 15)



Biểu đồ 3.1. Mối liên quan giữa chỉ số ngừng thở, giảm thở với điểm Epworth

Nhận xét: Điểm Epworth càng tăng thì chỉ số ngừng thở, giảm thở càng tăng ($r=0,398$, $p=0,033 < 0,05$)

Bảng 3.3. Kết quả chỉ số khối cơ thể

Chỉ số khối cơ thể (kg/m^2)	Nam (n, %)	Nữ (n, %)	Cả 2 giới (n, %)	p
$\bar{X} \pm SD$	$24,96 \pm 3,09$	$22,50 \pm 3,11$	$24,46 \pm 3,20$	p=0,688
Giá trị thấp nhất	14,69	16,90	14,69	
Giá trị cao nhất	30,44	26,22	30,44	
BMI ≥ 25	16(53,33%)	1(3,33%)	17(56,66%)	
AHI trung bình			$37,54 \pm 2,36$	

BMI < 25	8(26,67%)	5(16,67%)	13(43,34%)
AHI trung bình			34,03±2,32

Nhận xét: Chỉ số khối trung bình của nam là $24,96 \pm 3,09$, của nữ là $22,50 \pm 3,11$, của 2 nhóm là $24,46 \pm 3,20$. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,688$) về chỉ số ngừng thở, giảm thở trung bình của nhóm béo phì và không béo phì (theo kiểm định T-test).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân

Theo các nghiên cứu ở Việt Nam cũng như trên thế giới tỷ lệ mắc hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn tăng dần theo tuổi. Cơ chế giải thích điều này bao gồm lắng đọng chất béo tăng lên trong khu vực hầu họng và những thay đổi trong cấu trúc xung quanh vùng hầu họng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $49,13 \pm 14,036$, tuổi thấp nhất là 27 và cao nhất là 70, các bệnh nhân tuổi từ 40 trở lên chiếm 18 bệnh nhân (72%). Chúng tôi gặp chủ yếu bệnh nhân ở nhóm tuổi 30-60 tuổi (20/30 bệnh nhân, chiếm 66,67%), chỉ có 1 bệnh nhân dưới 30 tuổi (chiếm 3,33%) và 9 bệnh nhân trên 60 tuổi (chiếm 30%). Ở Châu Âu tỷ lệ mắc bệnh trung bình trong dân số từ 30 đến 60 tuổi là từ 2-4%, trên 60 tuổi tỷ lệ này tăng lên tới khoảng từ 45-62% [3].

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ nam cao gấp 4 lần nữ (80% nam và 20% nữ). Ở Âu-Mỹ tỷ lệ mắc hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn của người da trắng tuổi trung niên là khoảng từ 2% ở nữ và 4% ở nam. Giải thích về sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ, một số tác giả cho rằng nam giới có chỉ số khối cơ thể cao hơn nữ, nam giới cũng có xu hướng lắng đọng chất béo ở vùng hầu họng cao hơn nữ [3],[6].

4.2 Đặc điểm lâm sàng: Trong hầu hết các nghiên cứu, ngáy là triệu chứng thường gặp nhất của hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn, và đây cũng là lý do chính khiến bệnh nhân đến khám vì ngáy to ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân cũng như gia đình [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 96,67% bệnh nhân có ngáy, và kết quả cũng tương tự như các nghiên cứu khác. Theo Lê Thượng Vũ và cộng sự nghiên cứu trên 263 người có rối loạn giấc ngủ thì gặp 92% người có ngáy, trong đó bao gồm cả ngáy thông thường và ngáy trong hội chứng [4].

Cùng với ngáy to là ngừng thở khi ngủ và buồn ngủ quá nhiều ban ngày là ba triệu chứng chính được chú ý nhiều trong hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn. Nhiều tác giả đã khẳng định các triệu chứng này rất có giá trị trong phát hiện HCNKNDTN và được xếp trong bảng tầm soát hội chứng này [1], [2], [3].

Để đánh giá chứng buồn ngủ quá nhiều ban ngày chúng tôi sử dụng thang điểm Epworth. Bệnh nhân tự đặt mình vào các tình huống được đưa ra trong thang điểm để đánh giá mức độ buồn ngủ ban ngày của mình. Thang điểm được chia ra 3 mức độ và trên 8 được coi là có buồn ngủ ban ngày.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 76,7% bệnh nhân có điểm Epworth lớn hơn 8, cũng tương đương với 76,7% bệnh nhân trả lời có buồn ngủ ban ngày. Murray W. Johns, tác giả của thang điểm Epworth cho rằng có mối liên quan chặt chẽ giữa số điểm Epworth và chỉ số ngừng thở, giảm thở (với $r = 0,550$, $p < 0,001$) [trích 1]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy rằng điểm Epworth càng cao thì chỉ số ngừng thở, giảm thở càng tăng ($r=0,398$, $p=0,033<0,05$).

Béo phì là yếu tố nguy cơ chính của hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn, đặc biệt là béo ở phần trên cơ thể. Béo phì làm tăng mức độ nặng của bệnh do sự lắng đọng mỡ ở vùng quanh đường hô hấp trên, mất thăng bằng trong kiểm soát thần kinh cơ dẫn tới làm hẹp đường thở [2].

Theo một nghiên cứu dọc của "Sleep Heart Health Study", "Wisconsin Sleep Cohort Study" và "Cleveland Family Study" cho thấy sự gia tăng trọng lượng cơ thể có thể đẩy nhanh sự tiến triển của hội chứng ngừng thở khi ngủ hoặc làm nặng hơn mức độ bệnh [5],[6]. Từ đó các tác giả cũng cho rằng có thể cải thiện bệnh nhờ các biện pháp giảm cân hoặc phẫu thuật. Theo Young và cộng sự [6] có mối liên quan mật thiết giữa hội chứng NTKNDTN mức độ trung bình và nặng với chỉ số khối cơ thể, có 58% bệnh nhân có $AHI > 15$ lần/giờ có chỉ số khối cơ thể lớn hơn 25 kg/m^2 . Tác giả Lê Thượng Vũ gặp 35% bệnh nhân có chỉ số trên 27 [4].

Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình là $24,46 \pm 3,20 \text{ kg/m}^2$, có 56,66% bệnh nhân có chỉ số trên 25, có 20% bệnh nhân có chỉ số trên 27, tương đương với kết quả của các tác giả trên.

Từ kết quả của chúng tôi cho thấy chỉ số ngừng thở, giảm thở trung bình ở nhóm bệnh nhân béo phì cao hơn nhóm không béo phì (sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,688$). Ngoài ra trong số các bệnh nhân của

chúng tôi có 2 bệnh nhân gây (BMI<18,5), tuy nhiên 2 bệnh nhân này đều mắc HCNTKNDTN mức độ nặng (AHI>30), do 2 bệnh nhân này đều có bất thường xương, kém phát triển cả xương hàm trên và xương hàm dưới mức độ nặng. Điều này phù hợp với gợi ý đối với người Việt Nam nói riêng và người châu Á nói chung, ngoài yếu tố nguy cơ béo phì còn có yếu tố bất thường cấu trúc sọ mặt dẫn tới làm nặng hơn mức độ của bệnh[4],[7].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này chúng tôi rút ra một số kết luận như sau: Tỷ lệ bệnh nhân trong độ tuổi từ 30 – 60 tuổi chiếm đa số, tỷ lệ nam/nữ là 4/1. Tỷ lệ bệnh nhân béo phì chiếm 55,66%. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là ngáy, buồn ngủ quá nhiều ban ngày. Qua đây chúng tôi nhận thấy rằng các triệu chứng lâm sàng trên có giá trị gợi ý trong việc tầm soát hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn.

LỜI CẢM ƠN: Để hoàn thành bài báo này, chúng tôi xin chân thành gửi lời cảm ơn đến tập thể Trung tâm hô hấp bệnh viện Bạch mai, Khoa thăm dò chức năng của bệnh viện Lão khoa, Bộ môn chẩn đoán hình ảnh và Trung tâm kỹ thuật

cao khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt đã giúp đỡ chúng tôi rất nhiều trong quá trình nghiên cứu. Chúng tôi cũng trân trọng cảm ơn tất cả các bệnh nhân đã tham gia vào nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Isabelle Arnulf. (2016)** Đánh giá sự buồn ngủ và tỉnh táo. Bệnh lý về giấc ngủ. Sách chuyên khảo. Hội phổi Pháp Việt. 42-53.
2. **Franck Soyer (2016).** Ngáy, người ngủ ngáy. Hội chứng tăng kháng lực đường hô hấp trên. Chiến lược chẩn đoán chứng ngủ nhiều, chứng buồn ngủ quá nhiều ban ngày. Bệnh lý về giấc ngủ. Sách chuyên khảo. Hội phổi Pháp Việt. 53-67.
3. **Ancoli-Israel and L.Ayalon(2006).** Diagnosis and treatment of sleep disorders in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry*. 14(2). 95-103.
4. **Lê Thượng Vũ và cs (2011).** Hội chứng ngừng thở lúc ngủ tắc nghẽn tại Việt Nam. The obstructive sleep apnea syndrome in Viet Nam. *J Fran Viet Pneu*, 2(2). 6.
5. **Peppard, Palta M, Dempsey J, Skatrud J (2000)** Longitudinal study of moderate weight change and sleep-disordered breathing. *JAMA*. 284(23). 3015-21.
6. **Young, Taheri S. (2005)** Excess weight and sleep-disordered breathing. *J Appl Physiol*. 99(4). 1592-9.
7. **Ali Yuksel (2014).** Comparison of rhinomanometry results with polysomnography and physical examination findings in patients with obstructive sleep apnea syndrome. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg*. 24(4). 190-4.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU TRONG CHUYỂN DẠ ĐẸ CỦA PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ CẠNH CỔ TỬ CUNG BẰNG BUPIVACAIN 0,25%

Đỗ Khắc Huỳnh*, Trần Văn Cường*, Nguyễn Đức Lam**

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả giảm đau trong chuyển dạ đẻ của phương pháp gây tê cạnh cổ tử cung bằng bupivacain 0,25%. **Đối tượng, phương pháp:** thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng trên 120 sản phụ chuyển dạ con so, chia làm hai nhóm bằng nhau: nhóm nghiên cứu (nhóm NC): các sản phụ được gây tê cạnh cổ tử cung bằng 10ml bupivacain 0,25%; nhóm chứng: các sản phụ được giảm đau bằng thuốc giảm đau đường toàn thân (dolargan 50 mg). **Kết quả:** ở nhóm gây tê cạnh cổ tử cung: 100% sản phụ được giảm đau sau gây tê, thời gian khởi phát giảm đau là: $60,4 \pm 20$ giây, điểm VAS sau khi gây tê giảm có ý nghĩa thống kê với trước gây tê ($3,05 \pm 0,95$ so với $6,3 \pm 0,56$ với $p < 0,05$). Thời gian có tác dụng giảm đau trung bình là: $67,3 \pm$

16,5 phút, (trong đó: 5% trên 120 phút; 65% từ 60 - 120 phút; 27% từ 30 – 60 phút; 3% dưới 30 phút). **Kết luận:** gây tê cạnh cổ tử cung giảm đau trong chuyển dạ đẻ bằng bupivacain 0,25% có thời gian khởi phát giảm đau nhanh, hiệu quả giảm đau khá tốt, tuy nhiên, thời gian giảm đau giới hạn, do đó, nên áp dụng cho các trường hợp cổ tử cung mở 4 – 5cm, khi không có điều kiện gây tê ngoài màng cứng hoặc chống chỉ định gây tê ngoài màng cứng.

Từ khóa: gây tê cạnh cổ tử cung, giảm đau trong chuyển dạ đẻ, bupivacain.

SUMMARY

THE ASSESSMENT OF ANALGESIC EFFECT IN LABOR OF PARACERVICAL BLOCK WITH BUPIVACAINE 0.25%

Objective: To evaluate the analgesic effect of paracervical block in labor with bupivacaine 0.25%. **Object and method:** A randomized controlled trial of 120 parturients who were divided into two groups. The research group: women were undergone paracervical block with 10 ml bupivacaine 0.25% and the control group: women were received pain relief with systemic analgesic (dolargan 50mg). **Results:** 100% women in the paracervical group received analgesia after blocking with the onset time was 60.4

*Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

**Trường Đại học y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Khắc Huỳnh

Email: bshuynhpshn@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.7.2017

Ngày duyệt bài: 3.8.2017

+/- 20 seconds and the VAS score was significantly reduced in comparison with before blocking (3.05 ± 0.95 vs 6.30 ± 0.56 , $p < 0.05$). The average of analgesic time was 67.3 ± 16.5 minutes, in which, there were 5% over 120 minutes, 65% between 60-120 minutes, 27% between 30-60 minutes and 3% less than 30 minutes. **Conclusion:** Paracervical blocking in labor with bupivacaine 0.25% has a rapid onset time of analgesia. Although analgesic effect was better but the analgesic duration was limiter. As the results, it should be used for cases of 4-5 cm cervical dilation and there is no condition for epidural anesthesia or contraindication of epidural anesthesia.

Key words: paracervical block, analgesia in labor, bupivacaine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau trong chuyển dạ là nỗi sợ hãi của bất kỳ người mẹ nào khi sinh con. Nhiều sản phụ khi tới bệnh viện sinh do không chịu được cơn đau đã buộc các bác sỹ chỉ định mổ lấy thai dẫn tới tăng tỷ lệ sinh mổ, tăng chi phí điều trị góp phần làm tăng tỷ lệ biến chứng do phẫu thuật, do gây mê hơn nữa mổ đẻ gây khó khăn hơn cho lần sinh tiếp theo. Hiện nay trên thế giới thường áp dụng gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong đẻ, tuy nhiên, biện pháp này cần có các bác sỹ gây mê hồi sức có kinh nghiệm và trang thiết bị về gây mê hồi sức, phương pháp gây tê cạnh cổ tử cung là một phương pháp giảm đau có kết quả khá tốt mà bác sỹ sản khoa hoàn toàn có thể thực hiện được, phương pháp này rất phù hợp với các đơn vị hạn chế về nhân lực, chưa có đủ bác sỹ gây mê hồi sức như bệnh viện tuyến huyện, nhà hộ sinh... Từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá tác dụng giảm đau trong chuyển dạ đẻ bằng gây tê cạnh cổ tử cung với bupivacain 0,25%.*

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tuổi mẹ

Tuổi mẹ	<20 (n=1)	20-24 (n = 38)	25-29 (n = 58)	30-34 (n = 17)	35- 39 (n = 6)	Tổng (n = 120)
Nhóm I	1	20	27	8	4	60
Nhóm II	0	18	31	9	2	60
p	> 0,05					

Bảng 3.2. Tuổi thai

Tuổi thai	<38(n = 0)	38 -42 (n = 112)	>42 (n = 8)	Tổng (n = 120)
Nhóm I	0 (0,0%)	56 (93,3%)	4 (6,67%)	60 (100%)
Nhóm II	0 (0,0%)	56 (93,3%)	4 (6,67%)	60 (100%)
p	> 0,05			

Bảng 3.3. Thời gian chờ tác dụng giảm đau

Đơn vị (giây)	Nhóm I
$\bar{X} \pm SD$	$60,4 \pm 20,0$
Min - Max	30 - 90

Bảng 3.4. Diễn biến điểm VAS trước và sau gây tê cạnh cổ tử cung

Điểm VAS	Trước gây tê	Sau gây tê
$\bar{X} \pm SD$	$6,31 \pm 2,3$	$3,0 \pm 1,8$
p	< 0,05	

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành trên 120 sản phụ chuyển dạ con so tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 1/2011 đến 8/2011.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: sản phụ đồng ý tham gia nghiên cứu, con so đủ tháng (38 - 42 tuần), còn ối, soi sắc ối bình thường, cổ chỉ định đẻ đường âm đạo, không dị ứng bupivacain.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: các sản phụ có chỉ định mổ đẻ hoặc có yếu tố đẻ khó: tiền sản giật, thiếu ối, đa ối, thai già tháng, non tháng. Diễn biến cuộc đẻ bất thường: chảy máu, suy thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng. Cỡ mẫu: 120 sản phụ được chia làm 2 nhóm.

2.3. Cách thức tiến hành

*Thăm khám sản phụ trước khi tiến hành giảm đau, giải thích cho sản phụ về mục đích, kỹ thuật gây tê cạnh cổ tử cung, ký giấy đồng ý tham gia nghiên cứu, hướng dẫn sản phụ cách đo điểm VAS.

*Khi cổ tử cung mở 4-5cm bắt đầu tiến hành kỹ thuật gây tê cạnh cổ tử cung để giảm đau. Sản phụ lên bàn đẻ được theo dõi các thông số mạch, huyết áp, nhịp thở, tần số cơn co tử cung, nhịp tim thai, điểm VAS.

*Sản phụ nằm ngửa tư thế sản khoa, sát trùng vùng âm hộ, âm đạo, dùng mỏ vịt Colin bộc lộ cổ tử cung. Tiêm 10 ml bupivacain 0,25% vào các vị trí 3 giờ và 9 giờ (mỗi bên 5 ml) vị trí là chỗ bám của thành âm đạo vào cổ tử cung, độ sâu của mũi tiêm là 6 - 10mm.

*Các thông số nghiên cứu: thời gian khởi phát giảm đau, điểm đau VAS, thời gian kéo dài tác dụng giảm đau, các chỉ số huyết động của mẹ và thai...

Bảng 3.5. Mức độ đau khi cổ tử cung mở hết

Điểm VAS	1-3 n (%)	4-6 n (%)	7- 10 n (%)	Tổng n (%)
Nhóm I	29 (48,3)	28 (46,7)	3 (5,0)	60 (100,0)
Nhóm II	0 (0)	0 (0)	60 (100,0)	60 (100,0)
p	p < 0,05	p < 0,05	p < 0,05	

Bảng 3.6. Thời gian kéo dài tác dụng giảm đau sau gây tê cạnh cổ tử cung

Thời gian (phút)	0	1-30	31-60	61-90	91-120	>120
n	0	2	16	25	14	3
%	0	3	27	42	23	5

Bảng 3.7. Thời gian CTC mở hết tính từ khi CTC 4 cm

Nhóm	X ± SD	Min – Max	p
Nhóm I	130,7 ± 43,2	45 - 240	< 0,05
Nhóm II	270,6 ± 70,3	60 - 350	

IV. BÀN LUẬN

Thời gian chờ tác dụng giảm đau phụ thuộc vào nồng độ, thể tích và độ mạnh của thuốc gây tê. Đặc biệt trong sản khoa, tác dụng giảm đau trong chuyển dạ chính là tác dụng giảm đau trong từng cơn co tử cung. Do đó cơn co tử cung càng mau thì việc đánh giá thời gian chờ tác dụng giảm đau càng chính xác, ngược lại cơn co tử cung càng thưa sai số càng lớn. Thời gian chờ tác dụng giảm đau sau gây tê cạnh cổ tử cung của chúng tôi là 60,4±20,0 giây (bảng 3.3) kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Mehranizing nhận thấy hầu hết sản phụ bắt đầu thấy giảm đau sau 60 giây và tác dụng giảm đau kéo dài 30-45 phút trong khi phần lớn sản phụ chúng tôi nghiên cứu có thời gian kéo dài tác dụng giảm đau là 30-120 phút như vậy để đạt được hiệu quả tối đa nên gây tê khi cổ tử cung đã mở 4-5cm. Đây là lúc sản phụ cần được hỗ trợ để vượt qua cơn đau và lúc này cuộc chuyển dạ tích cực hơn, khoảng thời gian chuyển dạ lúc này không còn quá dài.

Một nghiên cứu của Ranta ở Phần Lan tiến hành trên 248 sản phụ chuyển dạ đẻ được giảm đau bằng gây tê cạnh cổ tử cung cho thấy điểm VAS giảm xuống rõ rệt của cuộc chuyển dạ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm VAS giảm từ trước gây tê là 6,31 ± 2,3 xuống 3,0 ± 1,8 sau khi gây tê sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Tác dụng giảm đau còn kéo dài đến khi cổ tử cung mở hết điều này thể hiện rõ bởi sự so sánh điểm VAS của nhóm can thiệp là thấp hơn nhóm không can thiệp có ý nghĩa thống kê (bảng 3.5).

Bảng 3.7 cho thấy thời gian từ khi cổ tử cung 4 cm cho tới khi mở hết của nhóm gây tê cạnh cổ tử cung là 130,7 ± 43,2 thấp hơn nhóm chúng là 270,6 ± 70,3 (p < 0,001). Kết quả này

có thể lý giải do bupivacaine làm giảm dẫn truyền thần kinh cảm giác đau tại cổ tử cung, làm giảm kích thích của các sợi thần kinh giao cảm tại cổ tử cung nên làm giảm co thắt tại cổ tử cung. Do đó cổ tử cung mềm mại hơn, tiến triển tốt hơn trong chuyển dạ và làm cuộc chuyển dạ diễn ra nhanh hơn ở nhóm có gây tê cạnh cổ tử cung.

V. KẾT LUẬN

Gây tê cạnh cổ tử cung giảm đau trong chuyển dạ đẻ bằng bupivacain 0,25% có thời gian khởi phát giảm đau nhanh (60,4 ± 20 giây), hiệu quả giảm đau khá tốt (điểm VAS sau khi gây tê là 3,05 ± 0,95 giảm có ý nghĩa thống kê với trước gây tê là 6,3 ± 0,56), tuy nhiên, thời gian giảm đau bị giới hạn (67,3 ± 16,5 phút), do đó, nên áp dụng cho các trường hợp cổ tử cung mở 4–5cm, khi không có điều kiện gây tê ngoài màng cứng hoặc chống chỉ định gây tê ngoài màng cứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mehranizing Z, Sogra R (2004), "Paracervical block on reducing pain, Improve APGAR score and on accelerating the active phase of labor", The Internet Journal of pain, symptom control and palliative care, vol 3, No 1.
2. Palomaki O, Huhtala h, Kirkinent P (2007), "A comparative study of the safety of 0,25% levobupivacain and 0,25% racemic bupivacaine for paracervical block in the first stage of labor", Acta Obst Gyn Scand 86(4), 507-8.
3. Phan Lạc Tiên (2015), "So sánh tác dụng giảm đau trong chuyển dạ đẻ bằng gây tê ngoài màng cứng giữa Ropivacain 0,125% với Bupivacain 0,125%", Luận văn Thạc sỹ y học, chuyên ngành Gây mê hồi sức, Học viện quân y.
4. Ranta P, Jouppila P, Spalding M (1996), "Paracervical block – aviable alternative for pain relief", Acta Obs Gyn Scand, feb 74(2), 122-6

NHẬN XÉT ĐIỀU TRỊ TRẦM CẢM CÓ LOẠN THẦN Ở NHỮNG NGƯỜI CAO TUỔI

Nguyễn Văn Dũng*, Nguyễn Minh Hương*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trầm cảm là một trong các rối loạn tâm thần thường gặp nhất ở người cao tuổi. Mục tiêu: Nhận xét điều trị trầm cảm có loạn thần ở những người cao tuổi. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc 45 bệnh nhân rối loạn trầm cảm từ 60 tuổi trở lên, đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm có loạn thần theo ICD-10(1992) nằm điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia, có sử dụng các trắc nghiệm tâm lý hỗ trợ. Các số liệu xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Kết quả: Các thuốc chống trầm cảm mới được sử dụng nhiều trong điều trị, chiếm tỷ lệ 91,1%. Hầu hết các bệnh nhân được kết hợp điều trị thuốc chống trầm cảm và thuốc chống loạn thần và gặp một số tác dụng không mong muốn như táo bón (51,1%), khô miệng (22,2%), nhịp tim nhanh (15,6%), nôn, buồn nôn (4,4%), bí tiểu (6,6%). Các biểu hiện run rẩy khi đi lại (37,8%), loạng choạng (26,6%), hạ huyết áp (22,2%). Kết luận: Việc điều trị rối loạn trầm cảm có loạn thần ở người cao tuổi còn nhiều khó khăn, kết quả tốt chỉ có được ở 51,1% bệnh nhân.

Từ khóa: ICD: International Classification of Diseases.

SUMMARY

COMMENTS ON DEPRESSED PSYCHOSIS IN ELDERLY PEOPLE

Introduction: Depression is one of the most common mental disorders in the elderly. **Objective:** A review of treatment for depressive disorder in the elderly. **METHODS:** A descriptive study was followed up in 45 depressive disorder patients aged 60 years or older who met the criteria for diagnosing depression with ICD-10 (1992) psychiatric hospitalization. National mental health, using psychological supportive tests. Data processed using SPSS software 16.0. **Results:** New antidepressants were used in treatment, accounting for 91.1%. Most patients were combined with antidepressant and antipsychotic medications and had some undesirable effects such as constipation (51.1%), dry mouth (22.2%), tachycardia (15.6%), vomiting, nausea (4.4%), urinary retention (6.6%). Expression of shivering when walking (37.8%), staggered (26.6%), hypotension (22.2%). **Conclusion:** The treatment of depressive disorder with psychosis in the elderly has many difficulties, only good results in 51.1% of patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

*Viện sức khỏe tâm thần- Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng
Email: drdungbm@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 17.6.2017
Ngày phản biện khoa học: 31.7.2017
Ngày duyệt bài: 8.8.2017

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), năm 1970 số người già trên 60 tuổi chiếm 8% dân số, năm 2000 chiếm 9% dân số thế giới và dự tính đến năm 2030 người có độ tuổi trên 60 chiếm 30% dân số thế giới. Trầm cảm là một trong các rối loạn tâm thần thường gặp nhất ở người cao tuổi. Tổ chức Y tế Thế giới dự báo rối loạn trầm cảm là nguyên nhân đứng hàng thứ 2 gây rối loạn hoạt động của con người sau các bệnh lý về tim mạch vào năm 2020. Ở Việt Nam có khoảng 3,5-6,5% dân số mắc rối loạn trầm cảm. Trầm cảm là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tự sát. Có tới 75% số trường hợp tự sát có liên quan đến trầm cảm và 2/3 số trường hợp là trầm cảm có loạn thần và 10-15% bệnh nhân tự sát thành công. Đặc biệt khi trầm cảm có loạn thần nguy cơ tự sát cao gấp 5 lần so với trầm cảm không loạn thần. Tỷ lệ trầm cảm có loạn thần trong dân số chung là 0,4% và tỷ lệ này ở người già trên 60 tuổi từ 1,4-3,0% (theo Blazer- 1994). Nhận biết được trầm cảm có loạn thần ở người cao tuổi có ý nghĩa rất quan trọng về mặt lâm sàng và nâng cao hiệu quả điều trị bệnh. Tuy nhiên việc chẩn đoán trầm cảm có loạn thần ở người cao tuổi gặp nhiều khó khăn do các biểu hiện trầm cảm, các rối loạn loạn thần, rối loạn hành vi có những nét khác biệt nên dễ bị bỏ sót hoặc chẩn đoán nhầm và không được điều trị thỏa đáng chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của trầm cảm có loạn thần ở người cao tuổi", với mục tiêu nghiên cứu sau: "Nhận xét điều trị trầm cảm có loạn thần ở những người cao tuổi".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc tất cả bệnh nhân rối loạn trầm cảm từ 60 tuổi trở lên, đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm có loạn thần theo ICD-10(1992) nằm điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia, Theo dõi diễn biến các triệu chứng trầm cảm, hoang tưởng, ảo giác ở bệnh nhân trầm cảm có loạn thần dưới tác động của điều trị. Có sử dụng các trắc nghiệm tâm lý hỗ trợ.

2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức:

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

n = là cỡ mẫu nghiên cứu
 $Z_{1-\alpha/2}=1,96$ là hệ số tin cậy (độ tin cậy 95%).
 P = 53% là tỷ lệ bệnh nhân RLTC có triệu chứng loạn thần (theo Meyers and Greenberg (1986)).
 D = 15% độ chính xác mong muốn

Như vậy cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho nghiên cứu này là 43 bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi gồm 45 bệnh nhân

Các số liệu xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Điều trị bằng thuốc chống trầm cảm ở nhóm BN nghiên cứu

Thuốc chống trầm cảm		n	%	Liều trung bình	Thời gian duy trì
TCAs	Amitriptylin	4	8,9	50	34
SSRIs	Zoloft	20	44,4	150,0±42,64	24
khác	Remeron	24	53,3	46,7±15,77	28

Nhận xét: 44 bệnh nhân được điều trị bằng thuốc CTC với các loại như sau: Thuốc CTC 3 vòng như Amitriptylin, được dùng ở 4 BN (8,9%). Thuốc CTC nhóm SSRI (Zoloft) được dùng ở 20 BN (44,4%). Thuốc CTC khác như Remeron, được dùng ở 24 BN (53,3%). Thời gian trung bình duy trì thuốc là: 3 - 4 tuần tùy từng trường hợp.

Bảng 2: Điều trị bằng thuốc chống loạn thần ở nhóm BN nghiên cứu

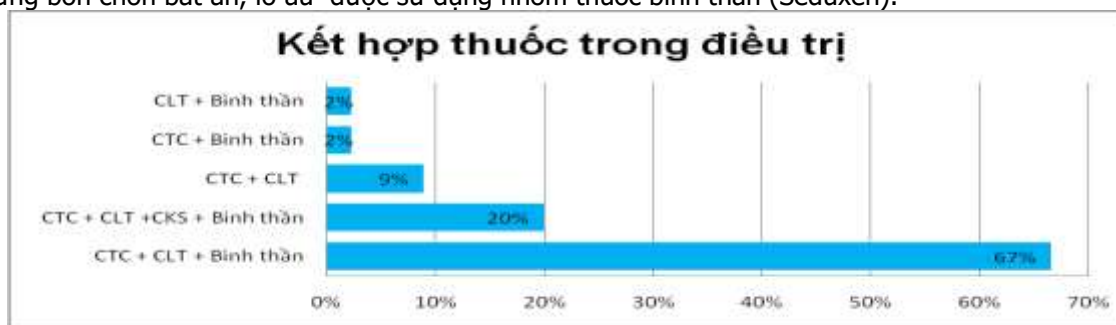
Thuốc chống loạn thần		n	%	Liều trung bình	Thời gian duy trì
	Haloperridol	1	2,2	5	24
	Seroquel	8	17,7	237,64±48,26	27
	Risperdal	10	22,2	2,9±1,2	21
	Olanzapin	19	42,2	12,36±5,43	25
	Dogmatil	9	20	98,66±32,74	22

Nhận xét: Có 19 bệnh nhân được dùng Olanzapin (42,2%). Có 10 bệnh nhân được dùng Risperdal (22,2%). Có 8 bệnh nhân được dùng Seroquel (17,7%), chỉ có 1 bệnh nhân được dùng Haloridol (2,2%). Sự khác biệt giữa bệnh nhân dùng ATK thế hệ mới và ATK truyền thống có ý nghĩa thống kê với $p<0,01$. Bệnh nhân có nhiều biểu hiện cơ thể của trầm cảm được phối hợp với Dogmatil.

Bảng 3: Điều trị bằng các thuốc khác ở nhóm BN nghiên cứu

Các thuốc khác		n	%	Liều trung bình (mg)	Thời gian duy trì
Chỉnh khí sắc	Depakine	9	20	538,1±156,4	26
Bình thần	Seduxen	36	80	10,69±4,50	16

Nhận xét: Có 7 bệnh nhân được dùng kết hợp Depakine (15,5%). Các bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực đều được dùng chỉnh khí sắc. Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có các triệu chứng bồn chồn bất an, lo âu được sử dụng nhóm thuốc bình thần (Seduxen).



Biểu đồ 1: Kết hợp thuốc trong điều trị

Phần lớn bệnh nhân được dùng thuốc chống trầm cảm kết hợp với thuốc chống loạn thần và bình thần (66,6%), dùng thuốc chống trầm cảm kết hợp bình thần hoặc thuốc chống loạn thần kết hợp bình thần chỉ có 1 bệnh nhân

3.4. Đánh giá kết quả điều trị.

Bảng 3.4: Thời gian điều trị nội trú của nhóm BN nghiên cứu.

Thời gian nằm viện	n	%
< 4 tuần	33	73,3
Từ 4 tuần - 8 tuần	11	24,4
>8 tuần	1	2,2

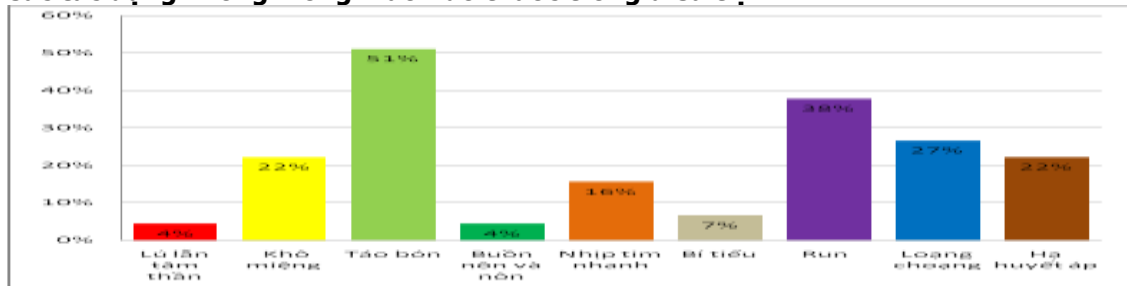
Nhận xét: Đa số BN được điều trị nội trú trong thời gian dưới 1 tháng (73,3%), tiếp theo là nhóm BN có thời gian điều trị dưới 2 tháng (24,4%), nhóm điều trị > 2 tháng chỉ có 1 bệnh nhân (2,2%).

Bảng 3.5: Đánh giá kết quả điều trị.

Triệu chứng	Tổng số BN	Thuyên giảm hoàn toàn		Thuyên giảm 1 phần		Không thuyên giảm	
		n	%	n	%	n	%
Trầm cảm	45	23	51,1	17	37,7	5	11,1
Hoang tưởng	42	28	66,6	11	26,1	6	14,3
Ảo giác	18	10	55,5	6	33,3	2	11,1

Hội chứng Trầm cảm thuyên giảm hoàn toàn gặp 23/45 BN (chiếm tỷ lệ 51,1%), không giảm gặp 5/45 BN (chiếm tỷ lệ 11,1%). Hoang tưởng thuyên giảm hoàn toàn gặp 28/42 BN (chiếm tỷ lệ 66,6%), không thuyên giảm gặp 6/42 BN (chiếm tỷ lệ 14,3%). Ảo giác thuyên giảm hoàn toàn gặp 10/18 BN (chiếm tỷ lệ 55,5%), không giảm gặp 2/18 BN (chiếm tỷ lệ 11,1%).

Các tác dụng không mong muốn do thuốc trong điều trị



Biểu đồ 3.2: Các tác dụng không mong muốn do thuốc.

Các tác dụng không mong muốn gặp ở nhóm BN nghiên cứu khá đa dạng và phổ biến. Chứng táo bón gặp nhiều nhất (51,1%), khô miệng (22,2%), hạ huyết áp thấy ở 22,2%, run gặp ở 37,8% số bệnh nhân nghiên cứu, nhịp tim nhanh (15,6%), loạng choạng gặp ở 26,6% số bệnh nhân nghiên cứu. Ngoài ra còn gặp một số triệu chứng khác như lú lẫn tâm thần (4,4%). Một số bệnh nhân bí tiểu (6,6%), buồn nôn và nôn (4,4%).

IV. BÀN LUẬN

Trong số 45 bệnh nhân nghiên cứu có 12 bệnh nhân nam, chiếm tỷ lệ 26,6% và có 33 bệnh nhân nữ, chiếm tỷ lệ 73,3%. Như vậy trong những bệnh nhân trầm cảm có loạn thần cao tuổi, nhóm bệnh nhân nữ nhiều hơn 2 lần nhóm bệnh nhân nam, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,001$).

4.1. Điều trị bằng thuốc chống trầm cảm: Khi điều trị, những bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đã được các bác sĩ điều trị chọn lựa cả các thuốc chống trầm cảm 3 vòng, SSRI và nhóm các thuốc chống trầm cảm mới (Bảng 3.1). Số bệnh nhân được điều trị bằng các thuốc chống trầm cảm thế hệ mới là nhiều nhất, đây là nhóm thuốc có rất ít tác dụng phụ nên sẽ là chọn lựa tối ưu đối với trầm cảm tuổi già. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 24 bệnh nhân dùng Remeron chiếm tỷ lệ 53,3% liều dùng trung

bình $46,7 \pm 15,77$ (mg/ngày); Zoloft chiếm tỷ lệ 44,4% liều dùng trung bình $150,0 \pm 42,64$ (mg/ngày); và Amitriptylin chiếm tỷ lệ 8,9% liều dùng trung bình 50mg/ngày. Thuốc chống trầm cảm 3 vòng có cơ chế tác dụng không chọn lọc, được xem là có hiệu quả tốt đối với rối loạn trầm cảm nặng, tuy nhiên thuốc có nhiều tác dụng phụ và được khuyến cáo không nên dùng cho người cao tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 bệnh nhân được chỉ định điều trị bằng Amitriptylin với liều 50mg/ngày, quyết định này được bác sĩ thận trọng đưa ra do trước đây bệnh nhân đã được điều trị bằng các thuốc chống trầm cảm thế hệ mới nhưng không đáp ứng, đồng thời sau khi xác định bệnh nhân không có bệnh lý thực tổn, không có bệnh lý về tim mạch. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng SSRIs là sự lựa chọn hàng đầu cho điều trị rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi có triệu chứng loạn thần. Trên thực tế điều trị việc chọn lựa thuốc phải dựa vào nhiều yếu tố: Thuốc sẵn có, khả dụng nạp thuốc, đáp ứng thuốc đối với từng cá thể, chống chỉ định.

4.2. Điều trị bằng thuốc chống loạn thần: Hội Tâm thần học Mỹ (2000) đã khuyến cáo phối hợp thuốc chống trầm cảm và chống loạn thần để điều trị trầm cảm có loạn thần. Trầm cảm có loạn thần ở người già đáp ứng kém với thuốc chống trầm cảm đơn trị liệu và thường

đòi hỏi kết hợp với thuốc chống loạn thần. Bệnh nhân thường nhạy cảm với các tác dụng phụ về thần kinh cơ của thuốc chống loạn thần cổ điển, đặc biệt là loạn động muộn. Các thuốc chống loạn thần thế hệ mới (không điển hình) có tác dụng tốt đối với bệnh nhân trầm cảm có loạn thần, với liều thấp thuốc còn có tác dụng giải lo âu, cải thiện các triệu chứng cơ thể. Thuốc chống loạn thần thế hệ mới được các tác giả đề cập đến trong điều trị trầm cảm có loạn thần: Olanzapin, Risperdal, Seroquel, Dogmatil. Trong đó Dogmatil là thuốc chống loạn thần có hiệu quả rất tốt với triệu chứng cơ thể, nhất là triệu chứng nghi bệnh thuộc hệ tiêu hóa. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 44 bệnh nhân được chỉ định dùng thuốc chống loạn thần kết hợp với thuốc chống trầm cảm, chiếm tỷ lệ 97,8%. Olanzapin chiếm tỷ lệ 42,2%, Risperdal chiếm tỷ lệ 22,2%, Seroquel chiếm tỷ lệ 17,7%, Dogmatil chiếm tỷ lệ 20%. Việc sử dụng thuốc chống loạn thần có chọn lựa ở đây nhằm mục đích giải quyết các triệu chứng loạn thần, triệu chứng cơ thể và tạo một giấc ngủ tốt cho người bệnh. Theo chúng tôi việc sử dụng thuốc chống loạn thần có chọn lựa này phù hợp với các nghiên cứu trước đây.

4.3. Điều trị bằng thuốc chỉnh khí sắc và thuốc bình thần: Nghiên cứu của chúng tôi có 9 bệnh nhân được chỉ định dùng thuốc chỉnh khí sắc (Depakine Chrono) chiếm tỷ lệ 20 % với liều dùng trung bình $538,1 \pm 156,4$. Depakine Chrono là thuốc được chỉ định điều trị động kinh, ngoài ra thuốc còn có tác dụng rất tốt trong điều chỉnh cảm xúc và hành vi. Đối với rối loạn cảm xúc lưỡng cực và trầm cảm tái diễn, Depakine Chrono có ý nghĩa vô cùng quan trọng trong điều trị cũng như trong dự phòng tái phát. Thuốc bình thần (Diazepam) được sử dụng ở 86,7% bệnh nhân nghiên cứu, là thuốc được sử dụng rất phổ biến trong chuyên ngành tâm thần, thuốc có tác dụng làm êm dịu, giải lo âu, giảm kích động và làm cho người bệnh dễ đi vào giấc ngủ hơn. Rối loạn trầm cảm có loạn thần thường kèm theo lo âu, kích động, sự hiện diện của lo âu làm xấu hơn và kéo dài tiến trình bệnh. Các thuốc Benzodiazepine khá hiệu quả trong điều trị lo âu ngắn hạn. Như vậy ở nghiên cứu của chúng tôi các bác sĩ đã chọn bệnh nhân và chỉ định dùng thuốc rất phù hợp với bệnh cảnh lâm sàng, cũng như chỉ định của thuốc chỉnh khí sắc và thuốc bình thần.

4.4. Kết hợp thuốc trong điều trị: Theo các hướng dẫn điều trị của Hội Tâm thần học Mỹ

đề nghị điều trị trầm cảm có loạn thần với một trong hai cách sau: Thuốc chống trầm cảm phối hợp với thuốc chống loạn thần, hoặc ECT. Nhiều thử nghiệm ngẫu nhiên cũng như các nghiên cứu khác cũng chứng minh rằng một sự phối hợp thuốc chống trầm cảm và thuốc chống loạn thần có hiệu quả hơn là đơn trị liệu thuốc chống trầm cảm hoặc đơn trị liệu thuốc chống loạn thần. Nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân có phối hợp thuốc trong điều trị, các loại thuốc thường được bác sĩ điều trị chỉ định phối hợp như thuốc chống trầm cảm, thuốc chống loạn thần, thuốc chỉnh khí sắc, và thuốc bình thần. Trong y văn các sự phối hợp sau đây đã cho thấy tác dụng hơn so với đơn trị liệu thuốc chống trầm cảm, đơn trị liệu thuốc chống loạn thần • Sertraline phối hợp với olanzapine • Fluoxetine phối hợp với olanzapine • Venlafaxine phối hợp với quetiapine • Amitriptyline phối hợp với haloperidol. Trong điều trị rối loạn trầm cảm có loạn thần ở người cao tuổi các bác sĩ điều trị đã cân nhắc cẩn thận trong chỉ định dùng thuốc và phối hợp thuốc cho từng trường hợp. Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy sự phối hợp thuốc là rất phù hợp cho từng bệnh nhân và từng thể trầm cảm, các thuốc chống loạn thần ở đây là những thuốc thế hệ mới được ghi nhận có vai trò rất tốt trong điều trị trầm cảm, thuốc bình thần làm giảm đáng kể biểu hiện lo âu, thuốc chỉnh khí sắc được chỉ định cho các trường hợp rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại giai đoạn trầm cảm và trầm cảm tái diễn.

• Một thử nghiệm ngẫu nhiên 12 tuần so sánh sertraline (liều 169mg/ngày) phối hợp với olanzapine (liều 15mg/ngày) với chỉ riêng olanzapine (liều 14mg/ngày) trong 259 bệnh nhân trầm cảm có loạn thần. Sự thuyên giảm ở những bệnh nhân dùng thuốc phối hợp cao hơn so với đơn trị liệu thuốc chống loạn thần (42 so với 24%).

4.5. Kết quả điều trị

Ngày điều trị trung bình: Bảng 3.25 diễn tả ngày điều trị của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: Thời gian điều trị dưới 4 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất, 73,3%. Thời gian điều trị thấp nhất là 9 ngày. Thời gian điều trị cao nhất là 65 ngày. Ngày điều trị trung bình là 25,6 ngày. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không phù hợp với nghiên cứu của tác giả Đỗ Tam Anh (2007) khi tỷ lệ BN được điều trị nội trú ổn định sau 4-8 tuần là 70%. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại VSKTT, người bệnh đã được ứng dụng các tiến bộ của dược lý tâm thần nên thời

gian điều trị nội trú ngắn hơn và người bệnh được theo dõi điều trị ngoại trú sau khi ra viện.

Kết quả điều trị các triệu chứng trầm cảm: Kết quả ổn định tốt chỉ thấy ở 51,1% bệnh nhân nghiên cứu. Kết quả kém thấy ở 11,1% bệnh nhân. Ở nhóm này các triệu chứng loạn thần vẫn còn dai dẳng, nhất là các hoang tưởng nghi bệnh hoang tưởng bị thiệt hại. Các triệu chứng cốt lõi của trầm cảm chỉ mới thuyên giảm nhưng chưa hết, khí sắc còn dao động trong ngày, còn mệt mỏi, chậm chạp cả trong suy nghĩ và hoạt động. Đặc biệt ở các bệnh nhân này còn có nhiều tác dụng phụ do các thuốc hướng thần, mặc dù các thuốc này đã được lựa chọn, với liều lượng thấp và duy trì trong thời gian ngắn.

Sự thuyên giảm của hoang tưởng dưới tác động của điều trị: Hoang tưởng phù hợp khí sắc (hoang tưởng tự buộc tội, hoang tưởng nghi bệnh) bắt đầu lui ngay sau tuần đầu điều trị, nhưng chủ yếu là sau tuần thứ 2 và thứ 3. Các hoang tưởng không phù hợp khí sắc (hoang tưởng bị theo dõi, hoang tưởng liên hệ) lui bệnh chậm hơn, chủ yếu là hết sau 3-4 tuần điều trị. Kết quả của chúng tôi phù hợp với ý kiến của tác giả Meyers BS. (2001). Tác giả cho rằng bệnh nhân rối loạn trầm cảm có hoang tưởng phù hợp với khí sắc điều trị bằng thuốc an thần kinh và chống trầm cảm cho kết quả tốt hơn là bệnh nhân trầm cảm có hoang tưởng không phù hợp khí sắc.

Sự thuyên giảm của ảo giác dưới tác động của điều trị: Hầu hết các ảo giác thuyên giảm sau 2-3 tuần điều trị (trong tổng số 18 bệnh nhân có ảo giác, có 14 bệnh nhân có ảo thanh).

4.6. Tác dụng không mong muốn trong điều trị: Các bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi hầu hết đều được kết hợp thuốc trong điều trị. Các thuốc an thần kinh và chống trầm cảm thế hệ mới ít tác dụng không mong muốn hơn so với thuốc cổ điển tuy nhiên các tác dụng này vẫn có thể xảy ra, một số nghiên cứu nhận định ở người cao tuổi có tỷ lệ tác dụng không mong muốn cao hơn người trẻ và tác dụng không mong muốn của Remeron so với SSRIs là tương đương nhau. Thuốc chống loạn thần và chống trầm cảm có một số tác dụng không mong muốn giống nhau, vì vậy trong nghiên cứu này không thể khẳng định được tác dụng không mong muốn này là hậu quả của thuốc an thần kinh hay do thuốc chống trầm cảm gây ra. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp nhiều nhất là các biểu hiện, táo bón (51,1%), khô miệng (22,2%), nhịp tim nhanh (15,6%), nôn, buồn nôn (4,4%), bí tiểu (6,6%). Các biểu hiện run rẩy khi đi lại

(37,8%), loạn choạng (26,6%), hạ huyết áp (22,2%). Các tác dụng không mong muốn chia đều ở các thuốc được sử dụng. Ở người già sự chuyển hoá thuốc, dược động học của các thuốc hướng thần có sự thay đổi, khác biệt so với người trẻ, khả năng chuyển hoá của gan, chức năng lọc của thận đều suy giảm. Người già có nhiều bệnh cơ thể kèm theo và được điều trị bằng nhiều thuốc khác nhau... có thể dẫn đến tương tác không có lợi, làm giảm khả năng dung nạp thuốc ở người cao tuổi, ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi chiếm tỷ lệ cao ở nhóm tuổi từ 60-64 tuổi (53,3%). Số BN nữ nhiều hơn nam (73% & 27%) và gặp chủ yếu là giai đoạn trầm cảm (51,1%). Tất cả các bệnh nhân được chỉ định kết hợp thuốc trong điều trị (100%), kết hợp thuốc gặp nhiều là thuốc chống trầm cảm, thuốc chống loạn thần và bình thần. Các thuốc chống trầm cảm mới được sử dụng nhiều trong điều trị, chiếm tỷ lệ 91,1%. Việc điều trị rối loạn trầm cảm có loạn thần ở người cao tuổi còn nhiều khó khăn, kết quả tốt chỉ có được ở 51,1% BN. Hầu hết các bệnh nhân được kết hợp điều trị thuốc chống trầm cảm và thuốc chống loạn thần và gặp một số tác dụng không mong muốn như táo bón (51,1%), khô miệng (22,2%), nhịp tim nhanh (15,6%), nôn, buồn nôn (4,4%), bí tiểu (6,6%). Các biểu hiện run rẩy khi đi lại (37,8%), loạn choạng (26,6%), hạ huyết áp (22,2%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Blair- West G.W, Mellsop G.W (2001). " Major depression: does a gender-based down – rating of suicide risk challenge its diagnostic validity?" Aust N Z J Psychiatry, Jun 35 (3): p 322-8.
2. Brice Pitt (1982). " Depression", Psychogeriatrics, Churchill Livingstone, second edition, page 65- 91.
3. Henry Brodaty (1996), "Melancholia and the Ageing Brain", Melancholia A disorder of movement and Mood. Cambridge University Press. 237- 251.
4. Kaplan Sadock (1997). "Mood disorder", Synopsis of Psychiatry, Williams & Wilkins, Seventh Edition. Page 516- 517 .
5. Piter Hill, Robin Murray, Anthony Thorley (1993). "Affective disorder", Essential of postgraduate psychiatry, Grune & Stratton, Inc. page, 511- 515, 676- 719.
6. Robert C.Baldwin (1993). "Affective disorder", The psychiatry of old age, Oxford University Press. Page 513- 515.
7. Robin Jacoby, Catherine Oppenheimer (1993). "Depressive illness", Affective disorder, Oxford University Press. page 676- 719.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA Ở BỆNH NHÂN VIÊM NHIỄM VÙNG HÀM MẶT DO RĂNG TẠI BỆNH VIỆN MẮT- RĂNG HÀM MẶT CẦN THƠ NĂM 2015 – 2017

Trương Nhật Khuê*, Nguyễn Thanh Quang*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng (VNVHMDR) là bệnh lý thường gặp, số lượng bệnh nhân ngày càng tăng và điều trị khó khăn. Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa ở bệnh nhân VNVHMDR tại Bệnh viện Mắt – Răng Hàm Mặt Cần Thơ năm 2015 – 2017. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 66 bệnh nhân VNVHMDR điều trị tại Bệnh viện Mắt – Răng Hàm Mặt Cần Thơ từ 6/2016 đến tháng 5/2017. Kết quả: Kết quả 1 tuần sau xuất viện có 78,8% bệnh nhân đạt kết quả tốt, 19,7% bệnh nhân đạt kết quả khá và 1,5% điều trị kém hiệu quả. Kết quả điều trị ở nhóm viêm nhiễm nhẹ cao hơn ở viêm nhiễm nặng ($p=0,005$). Kết luận: Điều trị VNVHMDR đạt kết quả rất khả quan với 98,5% bệnh nhân có hiệu quả và kết quả điều trị phụ thuộc vào mức độ viêm nhiễm. Kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân viêm nhiễm nhẹ tốt hơn viêm nhiễm nặng.

Từ khóa: Viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng, điều trị ngoại khoa.

SUMMARY

ODONTOGENIC INFECTIONS/CELLULITIS: SURGICAL RESULT OF PATIENT IN EYE – ODONTO STOMATOLOGY CAN THO HOSPITAL FOR 2015 – 2017

Introduction: Odontogenic infection is a common disease, the number of patients increasing and difficult treatment. **Objective:** Evaluate result surgical treatment of patients in Eye – Odonto Stomatology Can Tho hospital for 2015 – 2017. **Subjects and methods:** A cross - sectional descriptive study was conducted on 66 patients who were diagnosed odontogenic infections in Eye – Odonto Stomatology Can Tho hospital for 2015 – 2017. **Result:** After a week outcomes there are 78,8% of patients are excellent result, 19,7% of patients are good result and only 1,5% patients are poor result. **Conclusion:** Treatment odontogenic infection is very effective with 98.5% of patients are excellent and good result. Result of treatment depending on the level of inflammation. Result treatment of mildly infections patients were better than severe infections.

Keyword: Odontogenic infection, surgical treatments.

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trương Nhật Khuê

Email: tnkhue@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 31.7.2017

Ngày duyệt bài: 10.8.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng là bệnh lý phổ biến trong điều trị nha khoa. Hầu hết bệnh thường nhẹ, khu trú, được xử trí tại chỗ bằng cách dẫn lưu mủ và điều trị răng nguyên nhân nhưng khi tiến triển nặng có thể đe dọa đến tính mạng. Việc khám, chẩn đoán và điều trị phải dễ dàng do vi khuẩn gây bệnh đa dạng và phức tạp. Gần đây chúng ta có những bước tiến bộ lớn về việc điều trị VNVHMDR nhưng bệnh lý này vẫn còn là vấn đề quan tâm lớn vì xử trí bệnh đôi khi gặp nhiều khó khăn do tác nhân gây bệnh khó xác định, bệnh nhân lớn tuổi hay cơ thể suy yếu.

Tại Thành phố Cần Thơ số lượng bệnh nhân nhập viện điều trị viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng không ngừng tăng và có nhiều nghiên cứu về vấn đề này [1], [2], [3] nhưng các tác giả thường tập trung nghiên cứu định danh vi khuẩn và kháng sinh đồ mà không khảo sát về phương pháp và kết quả điều trị viêm nhiễm. Vì thế với mong muốn giúp các nhà lâm sàng có một cái nhìn tổng quan hơn về điều trị VNVHMDR chúng tôi thực hiện đề tài: “Đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa ở bệnh nhân viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng tại Bệnh viện Mắt- Răng Hàm Mặt Cần Thơ năm 2015 – 2017” nhằm đạt 2 mục tiêu sau đây:

1. Mô tả phương pháp điều trị ngoại khoa trên bệnh nhân viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng tại Bệnh viện Mắt- Răng Hàm Mặt Cần Thơ năm 2015 – 2017.

2. Xác định kết quả điều trị trên bệnh nhân viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng tại Bệnh viện Mắt- Răng Hàm Mặt Cần Thơ năm 2015 – 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu: 66 bệnh nhân VNVHMDR đến khám và điều trị tại Bệnh viện Mắt – Răng Hàm Mặt Cần Thơ từ tháng 6/2016 đến tháng 5/2017.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán VNVHMDR

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không giao tiếp được, tâm thần, bệnh nhân mắc các bệnh ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
Các bước tiến hành

- Hồi bệnh, khám lâm sàng ghi nhận đặc điểm lâm sàng
- Đánh giá mức độ viêm nhiễm, chia thành 2 nhóm viêm nhiễm nặng và viêm nhiễm nhẹ.
- Tiến hành điều trị ngoại khoa, nội khoa trên 2 nhóm ghi nhận kháng sinh sử dụng, phương pháp điều trị ngoại khoa.
- Đánh giá kết quả điều trị khi xuất viện và tuần sau xuất viện.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:

Nhập, xử lý và phân tích số liệu bằng SPSS 18
Thống kê suy luận: Phép kiểm χ^2 , phép kiểm t cho 2 mẫu độc lập.

III. KẾT QUẢ

Mẫu nghiên cứu gồm 66 bệnh nhân được chia thành 2 nhóm:

- Nhóm I: Viêm nhiễm nhẹ có 35 bệnh nhân

Bảng 1. Kháng sinh dùng trong điều trị

	Nhóm I N (%)	Nhóm II N (%)	Tổng	p
Cephalosporin thế hệ 1	19 (54,3)	4 (12,9)	23 (34,8)	p < 0,001
Cephalosporin thế hệ 2	13 (37,1)	8 (25,8)	21 (31,8)	
Cephalosporin thế hệ 3	1 (2,9)	19 (61,3)	20 (30,4)	
Amoxicillin	2 (5,7)	0 (0)	2 (3,0)	
Tổng số	35 (100)	31 (100)	66 (100)	

Kiểm định χ^2 giữa nhóm I và II

- Điều trị ngoại khoa

Phương pháp vô cảm khi phẫu thuật: Có 62 bệnh nhân được gây tê khi phẫu thuật chiếm 94,0%. Có 2 trường hợp (3,0%) viêm nhiễm nhẹ và 2 trường hợp (3,0%) viêm nhiễm nặng được gây mê.

Điều trị răng nguyên nhân: Có 97% nhổ răng nguyên nhân và 3,0% bệnh nhân điều trị bảo tồn. Có 78,7% răng nguyên nhân được nhổ thông thường và 21,3% nhổ theo phương pháp phẫu thuật. Phần lớn bệnh nhân (96,7%) được nhổ răng sau khi dùng kháng sinh.

- Rạch khô sưng trong điều trị

Bảng 2. Rạch dẫn lưu và mức độ viêm nhiễm

	Số đường rạch				Vị trí rạch			
	1	2	4	p	Trong miệng	Ngoài mặt	Kết hợp	p
Nhóm I	34 (97,1)	1(2,9)	0(0)	0,006	32(91,4)	2(5,7)	1(2,9)	0,002
Nhóm II	21 (67,7)	9(29,0)	1(3,3)		17(54,8)	5 (16,2)	9(29,0)	
Tổng	55 (83,3)	10(15,2)	1(1,5)		49(74,2)	7 (10,6)	10(15,2)	

Kiểm định χ^2 giữa nhóm I và II

Có 83,3% bệnh nhân được rạch 1 đường dẫn lưu, 15,2% bệnh nhân dẫn lưu 2 đường và 1,5% bệnh nhân rạch dẫn lưu 4 đường. Số đường rạch dẫn lưu ở bệnh nhân viêm nhiễm nặng nhiều hơn ở viêm nhiễm nhẹ ($p=0,006$). Có 49 bệnh nhân được thực hiện rạch dẫn lưu trong miệng, 7 bệnh nhân được rạch dẫn lưu ngoài mặt và 10 bệnh nhân thực hiện dẫn lưu kết hợp. Viêm nhiễm nặng sử dụng đường rạch ngoài mặt

(53,0%).

- Nhóm II: Viêm nhiễm nặng có 31 bệnh nhân (47,0%).

Đặc điểm mẫu nghiên cứu: Trong nghiên cứu có 31 nam (47,0%) và 35 nữ (53,0%). Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $34,1 \pm 18,7$. Nhóm 18 – 34 tuổi nhiều nhất (47,0%), kể đến là nhóm từ 35 tuổi trở lên (37,9%), dưới 18 tuổi có 15,1%. Có 56,1% sống ở nông thôn và 43,9% sống ở thành thị. Nghề nghiệp thường gặp nhất trong nghiên cứu là nông dân (27,3%), kể đến là học sinh – sinh viên (24,2%), công nhân viên chức (19,7%), buôn bán (6,1%) và các nghề khác (22,7%).

Điều trị nội khoa: Có 64 bệnh nhân (97,0%) được điều trị bằng kháng sinh Cephalosporin và 2 bệnh nhân (3,0%) được điều trị bằng Amoxicillin. Viêm nhiễm nhẹ thường được điều trị Cephalosporine thế hệ 1, 2 (91,4%), viêm nhiễm nặng được điều trị Cephalosporine thế hệ 2, 3 (87,1%).

nhiều hơn nhóm bệnh nhân viêm nhiễm nhẹ ($p = 0,002$).

Dẫn lưu khô sưng trong điều trị: Có 25 bệnh nhân (37,9%) được đặt dẫn lưu. Nhóm viêm nhiễm nặng được đặt dẫn lưu nhiều hơn nhóm viêm nhiễm nhẹ ($p<0,001$). Loại dẫn lưu thường được sử dụng là ống (76,0%) và có sự khác biệt về phương tiện dẫn lưu giữa 2 nhóm ($p=0,001$). Thời gian đặt dẫn lưu ở nhóm viêm nhiễm nặng 5,9 ngày lâu hơn viêm nhiễm nhẹ 1,8 ngày ($p=0,001$).

Bảng 3. Vị trí và loại dẫn lưu

	Dân lưu			Loại dân lưu			Vị trí dân lưu			
	Có	Không	p	Mảnh cao su	Ống dẫn lưu	p	Trong miệng	Ngoài mặt	Kết hợp	p
Nhóm I	5 (14,3)	30 (85,7)	<0,001	4 (80,0)	1 (20,0)	0,001	3 (60,0)	2 (40,0)	0 (0)	0,2
Nhóm II	20 (64,5)	11 (35,5)		2 (10,0)	18 (90,0)		5 (25,0)	12 (60,0)	3 (15,0)	
Tổng	25 (37,9)	41 (62,1)		6 (24,0)	19 (76,0)		8 (32,0)	14 (56,0)	3 (12,0)	

Kiểm định χ^2 giữa nhóm I và II.

Số lần phẫu thuật và thời gian nằm viện: Có 60 bệnh nhân (90,9%) được phẫu thuật 1 lần, 5 bệnh nhân (7,6%) phẫu thuật 2 lần và 1 bệnh nhân (1,5%) phẫu thuật 3 lần. Sự khác biệt về số lần phẫu thuật giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p = 0,02$)

Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $5,6 \pm 2,3$ ngày. Đa số bệnh nhân nằm viện từ 3 – 5 ngày với 62,1%. Thời gian nằm viện trung bình ở viêm nhiễm nặng là 6,9 ngày nhiều hơn viêm nhiễm nhẹ là 4,4 ngày ($p < 0,001$).

Kết quả điều trị viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng**Bảng 4. Kết quả điều trị viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng**

	Khi xuất viện			p	1 tuần sau xuất viện			p
	Tốt	Khá	Kém		Tốt	Khá	Kém	
Nhóm I	11(31,4)	24(68,6)	0(0)	0,33	33(94,3)	2(5,7)	0(0)	0,005
Nhóm II	6(19,4)	24(77,4)	1(3,2)		19(61,3)	11(35,5)	1(3,2)	
Tổng	17(25,8)	48(72,7)	1(1,5)		52(78,8)	13(19,7)	1(1,5)	

Kiểm định χ^2 giữa nhóm I và II

Khi xuất viện có 17 bệnh nhân (25,8%) đạt kết quả tốt, 48 bệnh nhân (72,7%) đạt kết quả khá và có 1 trường hợp (1,5%) đạt kết quả kém. Không có sự khác biệt về kết quả điều trị trước khi xuất viện giữa 2 nhóm ($p = 0,33$). Kết quả 1 tuần sau xuất viện có 52 bệnh nhân (78,8%) đạt kết quả tốt, 13 bệnh nhân (19,7%) đạt kết quả khá và 1 bệnh nhân (1,5%) điều trị kém hiệu quả. Kết quả điều trị ở nhóm viêm nhiễm nhẹ cao hơn ở viêm nhiễm nặng ($p = 0,005$).

Kết quả điều trị triệu chứng lâm sàng**Bảng 5. Kết quả điều trị triệu chứng sưng, đau và khít hàm**

	Ban đầu	Khi xuất viện	1 tuần	p
Kích thước khối sưng (cm²)				
Nhóm I	9,6 $\pm$ 7,1	3,5 $\pm$ 3,8	0,5 $\pm$ 1,7	< 0,001
Nhóm II	30,9 $\pm$ 17,1	13,5 $\pm$ 8,3	3,5 $\pm$ 3,7	< 0,001
Tổng	19,4 $\pm$ 16,6	8,1$\pm$8,0	1,9$\pm$3,9	< 0,001
Triệu chứng đau: Nhóm I				
	2,1 $\pm$ 0,9	0,8 $\pm$ 0,8	0,1 $\pm$ 0,4	0,003
Nhóm II				
	3,9 $\pm$ 0,7	1,7 $\pm$ 0,9	0,5 $\pm$ 0,7	0,7
Tổng	2,9$\pm$1,2	1,2$\pm$0,9	0,3$\pm$0,6	0,007
Triệu chứng khít hàm (mm)				
	26,8 $\pm$ 5,7	36,0 $\pm$ 3,5	42,8 $\pm$ 3,1	0,04

Sau khi điều trị kích thước khối sưng giảm rõ ràng ở cả 2 nhóm ($p < 0,001$). Kích thước ban đầu của khối sưng là $19,4 \pm 16,6$ cm², sau khi điều trị là $8,1 \pm 8,0$ cm² và khi tái khám là $1,9 \pm 3,9$ cm².

Triệu chứng đau sau điều trị giảm từ $2,9 \pm 1,2$ ban đầu, khi xuất viện là $1,2 \pm 0,9$ và sau 1 tuần là $0,3 \pm 0,6$ ($p = 0,007$). Sự thay đổi triệu chứng đau chỉ có ý nghĩa ở nhóm bệnh nhân viêm nhiễm nhẹ ($p = 0,003$).

Sau khi điều trị có sự thay đổi độ há miệng của bệnh nhân, tăng từ $26,8 \pm 5,7$ mm khi nhập viện lên $42,8 \pm 3,1$ mm sau xuất viện 1 tuần. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,004$). Khi xuất viện có 88,9% bệnh nhân hết khó nuốt – khó thở và

100% không khó nuốt khó thở khi tái khám.

Kết quả điều trị tại ổ răng và đường rạch

dẫn lưu: Khi xuất viện 3 đường rạch dẫn lưu và 1 ổ răng có kết quả kém. Sau 1 tuần có 1 đường rạch và 1 ổ răng bị viêm. Không có sự khác biệt về kết quả điều trị ở 2 nhóm ở cả 2 thời điểm.

IV. BÀN LUẬN

Điều trị nội khoa: Trong nghiên cứu 64 bệnh nhân (97,0%) được điều trị bằng Cephalosporine vì Trầm Kim Định (2010) [1], Võ Đức Tuyển (2010) [4] ghi nhận mức độ kháng Amoxicilline từ 71,4% đến 75%. Tác giả Bùi Thị Lệ Uyên (2011) [5] ghi nhận có 73,7% bệnh

nhân VMTB nhẹ và 71,9% bệnh nhân VMTB nặng điều trị có hiệu quả trên lâm sàng với Cephalosporine thế hệ 2 và nên Cephalosporine được lựa chọn điều trị.

Điều trị ngoại khoa viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng

Trong nghiên cứu có 94,0% bệnh nhân được gây tê và 6,0% được gây mê khi viêm nhiễm đã xâm lấn xoang hàm hoặc có nguyên nhân gây viêm nhiễm nằm sâu bên trong cấu trúc xương hàm. Gây tê tại chỗ có nhiều ưu điểm so với gây mê như an toàn, kinh tế và ít ảnh hưởng đến các bệnh lý toàn thân của bệnh nhân nên được ưu tiên trong điều trị.

Trong nghiên cứu có 97,0% răng nguyên nhân được nhổ, không có sự khác biệt về phương pháp điều trị răng nguyên nhân ở 2 nhóm. Kết quả nghiên cứu tương đồng với Bùi Thị Lệ Uyên (2011) [5]. Nhổ răng nguyên nhân giúp loại bỏ nguyên nhân và có tác dụng dẫn lưu mủ qua ổ răng. Trong nghiên cứu này tất cả bệnh nhân (100%) đều được rạch dẫn lưu và 83,3% được rạch dẫn lưu với 1 đường và vị trí thường ở trong miệng (74,2%). Vị trí đường rạch trong miệng được ưu tiên sử dụng vì không ảnh hưởng đến vấn đề thẩm mỹ, không tổn thương các nhánh của dây thần kinh và cho phép tiếp cận ổ mủ theo con đường ngắn nhất và trực tiếp nhất, giúp nâng cao hiệu quả dẫn lưu. Điều này có thể cho ta thấy rạch dẫn lưu là điều trị cơ bản trong viêm nhiễm vùng hàm mặt bên cạnh sử dụng kháng sinh. Trong nghiên cứu số đường rạch bệnh nhân viêm nhiễm nặng nhiều hơn ($p=0,006$) và thường dùng đường ngoài mặt hơn ($p=0,005$) viêm nhiễm nhẹ do vị trí viêm nhiễm sâu đi kèm với triệu chứng khít hàm làm cho việc rạch dẫn lưu trong miệng gặp khó khăn vì thế cần phải sử dụng nhiều đường rạch và ở nhiều vị trí để dẫn lưu mủ một cách hiệu quả.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 25 bệnh nhân (37,9%) được đặt dẫn lưu, phần lớn bệnh nhân đặt dẫn lưu ngoài mặt (56,0%), ống dẫn lưu thường được sử dụng (76,0%). Các trường viêm nhiễm nặng đặt dẫn lưu nhiều hơn viêm nhiễm nhẹ ($p<0,001$). Các trường hợp nhiễm khuẩn nhẹ, khu trú không đặt dẫn lưu vì bản thân đường rạch và ổ răng sau nhổ có đủ khả năng dẫn lưu mủ. Thời gian đặt dẫn lưu phụ thuộc vào tình trạng viêm nhiễm, các trường hợp viêm nhiễm nặng do ổ mủ sâu và nhiều nên thời gian đặt dẫn lưu lâu hơn.

Trong nghiên cứu có 60 trường hợp (90,9%) có hiệu quả với lần phẫu thuật đầu tiên và 6

trường hợp (9,1%) phải tiến hành phẫu thuật thêm để dẫn lưu. Số lần phẫu thuật ở nhóm viêm nhiễm nặng nhiều hơn viêm nhiễm nhẹ ($p=0,002$). Có nhiều nguyên nhân dẫn đến phẫu thuật lần đầu không thành công nhưng phần lớn xuất phát từ nguyên nhân rạch dẫn lưu lần đầu không đủ. Phần lớn các bệnh nhân được hỗ trợ chẩn đoán với siêu âm nhưng để bỏ sót ổ mủ ở các trường hợp nhiễm khuẩn sâu vì vậy CT scan hoặc MRI nên được sử dụng để nâng cao hiệu quả điều trị.

Thời gian điều trị: Thời gian điều trị trung bình trong nghiên cứu là $5,6 \pm 2,3$ ngày, đa số bệnh nhân điều trị từ 3 – 7 ngày (81,9%). Các nghiên cứu của Bùi Thị Lệ Uyên [5], Sanchez R. và cộng sự [7] ghi nhận hơn 90% bệnh nhân điều trị ít hơn 8 ngày. Thời gian điều trị của các nhóm viêm nhiễm nặng lâu hơn viêm nhiễm nhẹ ($p<0,001$) do triệu chứng toàn thân nhiều và có nguy cơ ảnh hưởng đến đường thở. Nhiều tác giả ghi nhận thời gian điều trị phụ thuộc vào phương pháp phẫu thuật, thời điểm nhổ răng nguyên nhân, triệu chứng khó thở, số khoang giải phẫu bị ảnh hưởng, phương pháp vô cảm và vị trí đường rạch dẫn lưu. Tuy nhiên tất cả đều đồng thuận mức độ viêm nhiễm là yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng đến thời gian điều trị.

Kết quả điều trị viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng: Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn bệnh nhân xuất viện với kết quả khá (72,8%) và tốt (25,7%) và 1 bệnh nhân (1,5%) phải chuyển viện điều trị. Không có sự khác biệt về kết quả điều trị ở 2 nhóm ($p=0,33$). Thời gian điều trị của nhóm bệnh nhân nhẹ là 4,4 ngày và ở nhóm bệnh nhân nặng là 6,9 ngày nên các triệu chứng lâm sàng chỉ giảm và ổn định nên chưa làm nổi bật sự khác biệt về kết quả của 2 nhóm.

Kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân viêm nhiễm nhẹ cao hơn nhóm bệnh nhân viêm nhiễm nặng với 94,3% và 61,3% bệnh nhân đạt kết quả tốt ($p=0,005$). Bệnh nhân viêm nhiễm nhẹ có kết quả điều trị tốt hơn do vị trí viêm nhiễm nông, dễ kiểm soát và rạch dẫn lưu ổ mủ hiệu quả. Có thể nhận định rằng kết quả điều trị viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng đạt kết quả cao trong nghiên cứu với 98,5% có hiệu quả. Kết quả điều trị phụ thuộc vào mức độ viêm nhiễm của bệnh nhân.

Kết quả điều trị trên triệu chứng lâm sàng, đường rạch dẫn lưu và ổ răng

Sau khi điều các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân giảm một cách rõ ràng như kích thước khối sưng ($p<0,001$), đau ($p=0,007$), khít

hàm ($p=0,04$) và 100% bệnh nhân hết khó nuốt – khó thở. Kết quả này có được là do các phương pháp điều trị nội và ngoại khoa có hiệu quả với 78,8% bệnh nhân đạt kết quả tốt. Triệu chứng đau giảm trên nhóm bệnh nhân viêm nhiễm nặng nhưng không rõ ($p=0,7$) có thể do viêm nhiễm lan sâu nên khi rạch và bóc tách dẫn lưu ổ mủ gây nhiều sang chấn lên các mô xung quanh làm đau sau hậu phẫu tăng. Có 98,5% đường rạch dẫn lưu và 98,3% ổ răng đạt kết quả tốt sau khi điều trị. Có 1 trường hợp đường rạch bị viêm viêm và một trường hợp ổ răng bị viêm, kết quả này cũng rất khả quan.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn bệnh nhân gây tê khi phẫu thuật rạch dẫn lưu (94,0%). Tất cả bệnh nhân đều rạch dẫn lưu khối sưng, phần lớn sử dụng đường rạch trong miệng (75,8%) và rạch 1 đường (83,3%). Có 37,9% bệnh nhân đặt dẫn lưu sau rạch khối sưng và tập trung ở nhóm bệnh nhân viêm nhiễm nặng.

Thời gian điều trị trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 5,6 ngày. Thời gian điều trị ở nhóm bệnh nhân viêm nhiễm nặng lâu hơn viêm nhiễm nhẹ ($p=0,001$).

Khi xuất viện có 25,7% bệnh nhân đạt kết quả tốt và 72,8% bệnh nhân đạt kết quả khá. Kết quả điều 1 tuần sau xuất viện có 78,8% đạt kết quả tốt, 19,7% đạt kết quả khá và 1,5% kết quả kém. Kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân viêm nhiễm nhẹ tốt hơn viêm nhiễm nặng ($p=0,005$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Kim Định (2010)**, *Khảo sát vi khuẩn và kháng sinh đồ trong nhiễm khuẩn do răng tại Thành phố Cần Thơ*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Trần Đỗ Hùng, Nguyễn Thái Sơn, Phạm Đức Thọ (2012)**, "Nghiên cứu tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn trong nhiễm khuẩn do răng tại Bệnh viện Cần Thơ", *Tạp chí Y - Dược học Quân sự*, (4), tr. 55 – 58.
3. **Phạm Thị Diễm Trinh (2013)**, *Khảo sát đặc điểm lâm sàng, nguyên nhân viêm mô tế bào vùng hàm mặt tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Thành phố Cần Thơ*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
4. **Võ Đức Tuyền, Nguyễn Thị Hồng, Nguyễn Đức Tuấn, Huỳnh Anh Thư, Võ Thị Chi Mai (2010)**, "Xác định vi khuẩn trong viêm mô tế bào do răng và mức độ kháng kháng sinh tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2010", *Hội thảo chuyên đề sử dụng kháng sinh trong thực hành Răng Hàm Mặt*, Hội Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí Minh, Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. **Bùi Thị Lệ Uyên (2011)**, *Đánh giá hiệu quả của Cephalosporine trong điều trị viêm mô tế bào do răng dựa vào kết quả kháng sinh đồ và diễn tiến lâm sàng – Nghiên cứu tại bệnh viện Mắt - Răng Hàm Mặt Thành phố Cần Thơ năm 2011*, Luận án chuyên khoa cấp II Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
6. **Fomete B., Saheeb B. D., Obiadazie A. C. (2015)**, "A Prospective Clinical Evaluation of the Effects of Chlorhexidine, Warm Saline Mouth Washes and Microbial Growth on Intraoral Sutures", *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*, 14(2), pp. 448 – 453.
7. **Sanchez R., Mirada E., Arias J., Pano R. J., Burgueno M. (2011)**, "Severe odontogenic infections: Epidemiological, microbiological and therapeutic factors", *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 16(5), pp. 70 – 76.

DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG RĂNG LẠC CHỖ VÙNG MŨI XOANG TẠI KHOA TAI MŨI HỌNG - BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Công Hoàng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng răng lạc chỗ vùng mũi xoang tại khoa Tai mũi họng - Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 43,7. Triệu chứng cơ năng thường gặp:

đau đầu 30/31 BN (96,8%), ngạt mũi 17/31 BN (54,8%), chảy mũi 16/31 BN (51,6%). Triệu chứng thực thể: răng ở hốc mũi (12,9%), ứ đọng dịch khe giữa (48,4%), viêm tấy vùng mắt (6,4%). Biến chứng răng lạc chỗ: Viêm mũi xoang (61,6%), chảy máu mũi (6,4%). Vị trí răng trên CT scanner: xoang trán (76,4%), xoang hàm (11,8%), hốc mũi (11,8%). Kết quả phẫu thuật: Thời gian hậu phẫu trung bình 5,52 ngày. Tỷ lệ tai biến: nhiễm trùng 3,2%, viêm xoang 3,2%. Biến chứng sau mổ (3,2%). Kết quả sau phẫu thuật tốt (93,5%), trung bình (6,5%). **Kết luận:** Răng lạc chỗ vùng mũi xoang có triệu chứng cơ năng đa dạng, triệu chứng cận lâm sàng có giá trị nhất là CT scanner mũi xoang. Kết quả phẫu thuật đạt kết quả tốt.

Từ khóa: răng lạc chỗ, viêm xoang một bên.

**Bộ môn Tai mũi họng, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên*
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Hoàng
 Email: nguyenconghoang@tnmc.udu.vn
 Ngày nhận bài: 26.6.2017
 Ngày phản biện khoa học: 31.7.2017
 Ngày duyệt bài: 9.8.2017

SUMMARY**STUDY ON CLINICAL, SUBCLINICAL OF ETOPIC TOOTH IN NASAL SEPTUM AT OTORHINOLARYNGOLOGY DEPARTMENT – THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL**

Objectives: Study on clinical, subclinical of etopic tooth in nasal septum at otorhinolaryngology department – Thai Nguyen National Hospital. **Method:** Prospective descriptive method. **Result:** Mean age was 43,7. The rate of functional symptoms recovery: Headache 96,8%, nasal congestion 54,8%, nasal discharge 51,6 %. The rate of endoscopy symptoms recovery: Teeth in the nasal cavity (12.9%), interstitial fluid (48.4%), facial inflammation (6.4%). Position of the CT scanner: sinus head (76.4%), sinus (11.8%), nasal cavity (11.8%). Surgical results: Average postoperative period is 5.52 days. Incidence rate: infection 3.2%, sinusitis 3.2%. Postoperative complications (3.2%). The results were good (93.5%), moderate (6.5%). **Conclusions:** Remove etopic tooth by surgery at Otorhinolaryngology department - Thai Nguyen National hospital has good result.

Keywords: etopic tooth, one side sinusitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng lạc chỗ (ectopic tooth) vùng mũi xoang là những răng lẽ ra phải mọc ở cung hàm trên nhưng vì lí do nào đó lại nằm tại vùng mũi xoang. Đây là bệnh lý ở mũi xoang nhưng có nguyên nhân là răng lạc chỗ. Bệnh ít gây biến chứng nguy hiểm đến tính mạng nhưng thường diễn biến kéo dài, dai dẳng, khó chẩn đoán làm người bệnh khó chịu, ảnh hưởng đến chất lượng sống và sinh hoạt. Vấn đề chẩn đoán răng lạc chỗ chủ yếu dựa vào hình ảnh XQ (phim Blondeau, Hirtz, sọ nghiêng), đặc biệt là chụp cắt lớp vi tính. Việc điều trị bệnh lý răng lạc chỗ vùng mũi xoang duy nhất bằng phẫu thuật, thường kết hợp giữa phẫu thuật nội soi mũi xoang kết hợp với phẫu thuật kinh điển. Phẫu thuật được tiến hành thường quy tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Thái Nguyên tuy nhiên đến nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả phẫu thuật. Do vậy chúng tôi thực hiện đề tài với 2 mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh răng lạc chỗ. Đánh giá kết quả sớm kết quả điều trị răng lạc chỗ tại Khoa Tai mũi họng - Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu****Bảng 3.1: Phân bố theo tuổi và giới (n=31)**

Tuổi \ Giới	Nam		Nữ	
	N	%	n	%
< 16	0	0,0	1	5,9

- **Đối tượng:** 33 bệnh nhân được chẩn đoán răng lạc chỗ vùng mũi xoang, được điều trị bằng phẫu thuật tại Khoa Tai mũi họng - Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. Gồm 2 nhóm

- **Nhóm hồi cứu:** 25 bệnh nhân, từ tháng 01/2008 đến tháng 12/2015.

- **Nhóm tiến cứu:** 6 bệnh nhân, từ tháng 01/2015 đến tháng 12/2016.

- **Địa điểm:** Khoa Tai mũi họng - Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có can thiệp

*Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- **Nhóm hồi cứu:** Gồm những bệnh nhân vào viện có ghi chép đầy đủ, tỷ mỉ, có phim C.T. Scanner, cách thức phẫu thuật rõ ràng.

- **Nhóm tiến cứu:** Gồm những bệnh nhân đã được vào viện khám và khai thác bệnh sử, tiền sử, có ghi chép đầy đủ, tỷ mỉ, có phim CT Scanner, cách thức phẫu thuật rõ ràng.

*Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

- Bệnh nhân không được mổ.

- Không có phim CT Scanner.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nhóm nghiên cứu.

2.3. Các chỉ số nghiên cứu

+ Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu.

+ Đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng cơ năng, thực thể.

+ Đặc điểm cận lâm sàng: Kết quả CT Scanner mũi xoang.

+ Đánh giá kết quả điều trị: tại thời điểm ra viện, sau 01 tháng.

.Mức độ cải thiện các triệu chứng cơ năng: hết, giảm, không thay đổi.

. Đánh giá kết quả phẫu thuật ở 3 mức: tốt, trung bình, xấu [4].

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Nhóm hồi cứu: thu thập số liệu dựa vào bệnh án mẫu.

Nhóm tiến cứu: Phòng vấn, thăm khám lâm sàng bằng nội soi tai mũi họng, chụp CT scanner, khám tại thời điểm ra viện, sau phẫu thuật 1 tháng.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được phân tích trên phần mềm SPSS 16.0.

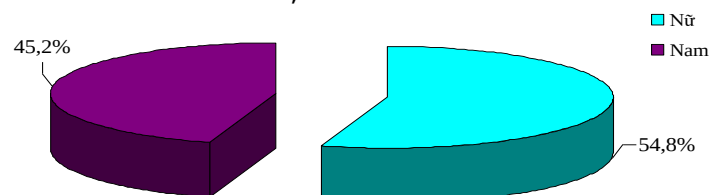
III. KẾT QUẢ

Phân tích số liệu từ 31 bệnh nhân răng lạc chỗ được điều trị tại Khoa Tai mũi họng - Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên kết quả thu được như sau:

***Một số đặc điểm về giới, tuổi và địa dư**

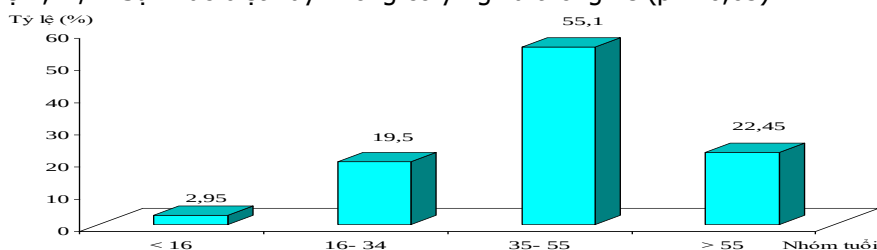
16- 34	3	21,4	3	17,6
35- 55	8	57,1	9	52,9
> 55	3	21,4	4	23,6
Tổng số	14	100,0	17	100,0
X ± SD	43,65 ± 13,62			

Nhận xét: Bệnh nhân ít tuổi nhất là 13 tuổi, nhiều tuổi nhất là 65 tuổi và tuổi trung bình là: 43,65.



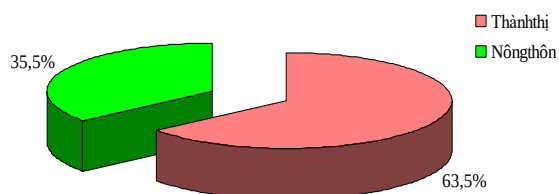
Biểu đồ 3.1: Phân bố theo giới (n=31)

Nhận xét: Nữ giới chiếm tỷ lệ 54,8%, nam giới chiếm tỷ lệ 45,2%. Nữ giới gặp nhiều hơn nam giới theo tỷ lệ 1,21/1. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Biểu đồ 3.2: Phân bố theo tuổi (n=31)

Nhận xét: BN ít tuổi nhất là 13 tuổi, nhiều tuổi nhất là 65 tuổi. Tuổi trung bình là 43,65. BN nhóm trên 35 tuổi gặp nhiều nhất, chiếm tỷ lệ 55,1%. Nhóm dưới 16 tuổi chiếm tỷ lệ 2,95%. Nhóm 16 - 34 tuổi chiếm tỷ lệ 19,5%. Sự khác biệt của các nhóm tuổi này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3.3: Phân bố theo vùng địa dư (n=31)

Nhận xét: Bệnh nhân ở thành thị gặp nhiều hơn ở nông thôn 64,5%/35,5% khoảng 1,8 lần.

Bảng 3.2: Triệu chứng cơ năng (n=31)

Triệu chứng	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Đau nhức đầu, mặt	30	96,8
Ngạt mũi	17	54,8
Chảy mũi	16	51,6
Sưng tấy vùng mặt	2	6,4
Chảy máu mũi	2	6,4
Tổng số	31	100

Nhận xét: Triệu chứng đau nhức đầu - mặt gặp nhiều nhất, chiếm 96,8%. Có 17 BN bị ngạt mũi chiếm tỷ lệ 54,8% và 16 BN bị chảy mũi chiếm tỷ lệ 51,6%. Sưng tấy vùng mặt có 2 BN chiếm tỷ lệ 6,4% và 2 BN bị chảy máu mũi chiếm tỷ lệ 6,4%.

Bảng 3.3: Mức độ đau nhức đầu - mặt (n=31)

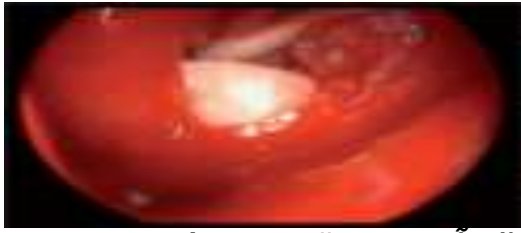
Mức độ đau	N	%
Không đau	1	3,2
Nhẹ	3	9,7
Vừa	19	61,3
Nặng	8	25,8
Tổng số	31	100

Nhận xét: Có 19/31 BN biểu hiện đau đầu mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 61,3%. BN bị đau đầu mức độ nặng chiếm tỷ lệ 25,8% và mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ 9,7%.

Bảng 3.4: Triệu chứng thực thể (n=31)

Triệu chứng	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Răng ở hốc mũi	04	12,9
Ứ đọng dịch, mủ khe mũi	14	48,4
Viêm tấy vùng mặt	02	6,4
Tổng số	20	67,7

Nhận xét: Có 04/31 BN qua khám nội soi thấy răng lạc chỗ ở hốc mũi, chiếm tỷ lệ 12,9%. Có 15/31 BN bị viêm mũi xoang chiếm tỷ lệ 48,4%. Có 02/31 BN biểu hiện viêm tấy vùng mặt chiếm tỷ lệ 6,4%.



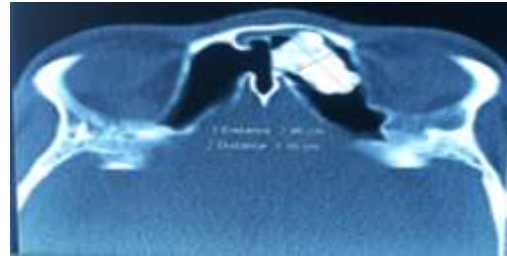
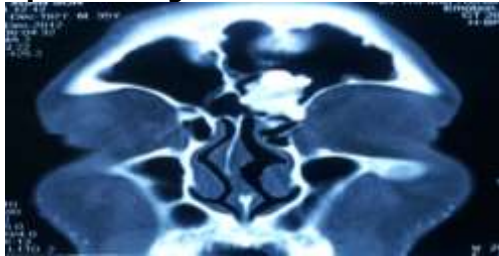
Hình 3.1. Răng lạc chỗ hốc mũi phải (BN Nguyễn Văn H.)

Bảng 3.5: Biện chứng do răng lạc chỗ gây ra (n=31)

Biện chứng		Số trường hợp	Tỷ lệ %
Không biện chứng		16	51,6
Biện chứng	Viêm mũi	2	6,4
	Viêm mũi xoang	14	45,2
	Biện chứng khác (chảy máu mũi)	02	6,4

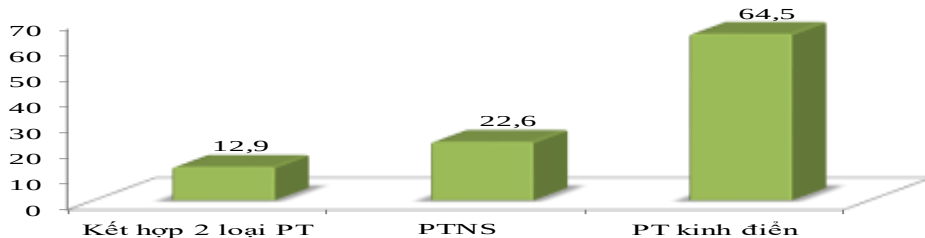
Nhận xét: Có 16/31 BN không có biện chứng do răng lạc chỗ, chiếm tỷ lệ 51,6%. Răng lạc chỗ gây biến chứng viêm xoang là chủ yếu 45,2%. Biến chứng viêm mũi đơn thuần và chảy máu mũi cùng chiếm tỷ lệ 6,4%.

Cận lâm sàng: CT scanner



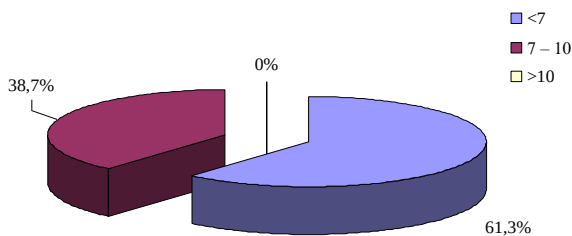
Hình ảnh răng lạc chỗ trên film CT Scanner

***Kết quả phẫu thuật**



Biểu đồ 3.5: Các phương pháp phẫu thuật (n=31)

Nhận xét: Phương pháp phẫu thuật kinh điển 20/31 chiếm tỷ lệ cao 64,5%. Phẫu thuật nội soi 7/31 chiếm tỷ lệ 22,6%. Kết hợp 2 phẫu thuật 4/31 chiếm tỷ lệ 12,9%.



Biểu đồ 3.6: Theo dõi thời gian hậu phẫu (n=31)

Nhận xét: Thời gian điều trị sau mổ trung bình 5,52 ngày ($X \pm SD = 5,52 \pm 2,03$). Thời gian điều trị hậu phẫu ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 9 ngày.

Bảng 3.6: Biện chứng sau phẫu thuật (n=31)

Biện chứng	Số lượng	Tỷ lệ
Chảy máu	0	0,0
Rò dịch não tủy	0	0,0
Nhiễm trùng	1	3,2
Viêm xoang	1	3,2
Tổng số	2	6,4%

Nhận xét: Không có các biến chứng nặng: chảy máu, rò dịch não tủy....

- Có 01/31 bệnh nhân biến chứng nhiễm trùng nhẹ vết mổ chiếm tỷ lệ thấp 3,2%.

- Có 01 bệnh nhân biến chứng viêm xoang mạn tính sau khi ra viện chiếm tỷ lệ 3,2%.

Bảng 3.7: Kết quả sau phẫu thuật (n=31)

Kết quả sau phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ
Tốt	29	93,5
Trung bình	2	6,5
Xấu	0	0,0
Tổng số	31	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ kết quả tốt rất cao chiếm đa số với 93,5%. Kết quả trung bình là 6,5%, không có trường hợp nào có kết quả xấu.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Một số đặc điểm về tuổi, giới

***Về giới:** Kết quả nghiên cứu cho thấy nữ giới chiếm 54,8% và nam giới chiếm 45,2%. Như vậy tỷ lệ bệnh gặp ở nữ giới cao hơn nam giới theo tỷ lệ 1,2/1.

- Kết quả nghiên cứu về tỷ lệ nữ trong bệnh lý răng lạc chỗ xoang hàm của các tác giả Beriat [6] là 40%, theo Ramanojam [4] là 50%.

***Về tuổi:** Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm trên 35 tuổi gặp nhiều nhất, chiếm tỷ lệ 76,5%, tuổi trung bình 43,6. Theo nghiên cứu của Beriat nhóm tuổi trên 25 là 57%, tuổi trung bình 28,5. Như vậy lứa tuổi biểu hiện bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn [7].

- Giải thích sự khác biệt này là do trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi thường biểu hiện bệnh vài năm rồi mới đến khám và điều trị.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

*Triệu chứng cơ năng

+ Triệu chứng đau nhức đầu - mặt: Là lý do chính khiến bệnh nhân phải đi khám, theo bảng 3.3, triệu chứng đau nhức đầu - mặt một bên chiếm tỷ lệ 96,8%.

+ Triệu chứng ngạt mũi: Theo bảng 3.3 tỷ lệ ngạt mũi chiếm 54,8%. Chủ yếu là ngạt mũi mức độ nhẹ và vừa, kết quả nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Ramanojam [4], [5].

+ Triệu chứng chảy mũi: Theo bảng 3.3 có 16/31 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 51,6%, do răng lạc chỗ ở hốc mũi, ở trong xoang gây viêm mũi xoang.

+ Sưng tấy vùng mặt: Do răng lạc chỗ gây viêm xoang cấp, trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 2/6 bệnh nhân có răng lạc chỗ xoang hàm bị sưng tấy đỏ đau vùng hố nanh - gò má.

+ Chảy máu mũi: Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 2 bệnh nhân (01 BN răng lạc chỗ xoang hàm và 01 BN răng lạc chỗ xoang trán), chiếm tỷ lệ 6,4%.

***Triệu chứng thực thể:** Nội soi thấy răng ở hốc mũi: Kết quả nghiên cứu bảng 3.7 có 4/31

BN có răng lạc chỗ hốc mũi chiếm tỷ lệ 12,9%.

+ Nội soi thấy ứ đọng dịch, mủ ở các khe mũi một bên: Theo bảng 3.7 có 14/31 BN bị viêm mũi xoang chiếm tỷ lệ 45,2%.

***Biến chứng do răng lạc chỗ:** Do răng gây cản trở hoặc bít tắc sự dẫn lưu của mũi xoang và hậu quả là viêm xoang. Răng phát triển hoặc di chuyển làm tổn thương niêm mạc và gây chảy máu, đau nhức...

4.3. Đặc điểm về hình ảnh chụp cắt lớp vi tính

Phim CT scanner mũi xoang ở hai tư thế coronal và axial xác định được chính xác vị trí của răng lạc chỗ trong hốc mũi và các xoang.

- Vị trí răng lạc chỗ trong hốc mũi 4/31 (chiếm 12,9%), các răng này đều ở sàn mũi, kết quả này giống với nghiên cứu của một số tác giả [1,3].

4.4. Kết quả phẫu thuật

+ Phương pháp phẫu thuật kinh điển 20/31 BN chiếm tỷ lệ cao 64,5%. Phẫu thuật nội soi 7/31 chiếm tỷ lệ 22,6% cho bệnh nhân có răng lạc chỗ kích thước bình thường và nhỏ.

+ Kết hợp 2 phẫu thuật 4/31 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 12,9%. Theo đường Caldwell – Luc và nội soi, 4 bệnh nhân này có răng lạc chỗ xoang hàm kết hợp u nang răng.

- Về biến chứng sau mổ: Có 01/31 bệnh nhân biến chứng viêm xoang mạn tính sau khi ra viện chiếm tỷ lệ 3,2. Qua đó ta thấy tỷ lệ gặp biến chứng sau mổ rất thấp và chỉ gặp biến chứng nhẹ.

V. KẾT LUẬN

Răng lạc chỗ vùng mũi xoang có triệu chứng cơ năng đa dạng, triệu chứng cận lâm sàng có giá trị nhất là CT scanner mũi xoang. Kết quả phẫu thuật đạt kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trường Đại học y Hà Nội (2005)**, "Phôi thai học người", tr. 432 - 446, Nxb y học, Hà Nội.
2. **Đỗ Kính (2010)**, "Phôi thai học người và ứng dụng lâm sàng", tr. 452 - 501 Nxb y học, Hà Nội.
3. **Nguyễn Trường Sơn (2004)**, "Bệnh lý răng", Nxb y học, TP Hồ Chí Minh.
4. **Ramanojam S, Halli R, Hebbale M, Bhardwaj S.(2013)**, " Ectopic tooth in maxillary sinus: Case series." Ann Maxillofac Surg. 2013 Jan;3(1), pp 89-92.
5. **Nguyễn Tấn Phong.(1998)**, " Phẫu thuật nội soi chức năng xoang.", tr. 07 - 67, Nxb y học, Hà Nội.
6. **Abercrombie. P. H.(1925)**, "Eruption of a canine tooth into the nasal fossa attended by rhinitis caseosa." J Laryngol Otol, London, v. 40, pp 586-589.
7. **Tabib R.(1967)**, "An aberrant tooth in the frontal sinus". Ann Otolaryngol Chir Cervicofac, Jan-Feb;84(1), pp 111- 113.

THỰC TRẠNG BỆNH LÝ MŨI XOANG CỦA CÔNG NHÂN NGÀNH THAN TẠI MỎ THAN QUANG HANH, THÀNH PHỐ CẨM PHẢ, TỈNH QUẢNG NINH

Lê Văn Dương¹, Cao Minh Thành²

TÓM TẮT

Bệnh mũi xoang là một trong những bệnh phổ biến và có xu hướng ngày một tăng lên, tạo ra một gánh nặng cho xã hội. Đặc biệt là với đối tượng công nhân làm việc trong một số ngành nghề có môi trường làm việc khắc nghiệt, tỷ lệ mắc bệnh mũi xoang cao hơn rất nhiều. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành với mục tiêu mô tả bệnh lý mũi xoang của công nhân ngành than tại mỏ than Quang Hanh, thành phố Cẩm Phả, tỉnh Quảng Ninh, áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 403 công nhân ngành than, sử dụng bộ câu hỏi thiết kế sẵn kết hợp với thăm khám bằng máy nội soi, được thực hiện bởi 2 Bác sĩ chuyên khoa Tai – Mũi – Họng từ 01 – 30/07/2017 cho kết quả như sau: phần lớn công nhân đang làm việc tại mỏ than Quang Hanh là nam giới (91,8%), tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu (ĐTN) là $36,5 \pm 35$, với thâm niên công tác $11,1 \pm 5,5$; có 71,7% đối tượng có tiền sử hút thuốc lá. Các triệu chứng thuộc bệnh lý mũi xoang bao gồm chảy mũi 46,7%, ngạt tắc mũi 21,1%, đau nhức vùng sọ mặt 34,5%. Tỷ lệ công nhân mắc bệnh viêm mũi xoang cấp chiếm 0,7%, viêm mũi xoang mạn chiếm 51,1%. Khuyến nghị cơ bản của nghiên cứu là tăng cường đồn đốc công nhân ngành than sử dụng thường xuyên và hiệu quả khẩu trang hoạt tính, hướng dẫn công nhân tự rửa mũi sau mỗi ca làm việc.

Từ khóa: Bệnh lý mũi xoang, công nhân ngành than, thành phố Cẩm Phả, tỉnh Quảng Ninh

SUMMARY

RESEARCH OF RHINOSINUSITIS AMONG COAL WORKERS IN QUANGHANH COAL MINE, CAMPHA CITY, QUANGNINH PROVINCE

A cross study was conducted among 403 coal workers working in Quanghanh coal mine, Campha city, Quangninh province used a structured questionnaire and examined by an Endoscopy equipment expertise which was performed by two ENT doctors from 01 – 30, July, 2017. The results illustrated that: majors (91,8%) coal workers were men, age mean of participants was $36,5 \pm 35$, duration of coal mining job was $11,1 \pm 5,5$, smoking history was 71,7%. Symptoms related to Rhinosinusitis included nasal discharge (46,7%), nasal blockage (21,1%) and facial pain (34,5%). Workers

with diagnoses acute Rhinosinusitis were 0,7% of total, chronic Rhinosinusitis were 51,1% of total. A main recommendation given by our study was to enhance activities of supporting and supervising the frequency of using an antipollution mask, guide them how to do a nasal rinse after working hours each day.

Key words: rhinosinusitis, coal workers, Quanghanh, coal mine, Campha city, Quangninh province

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khai thác than được coi là một trong những nghề nghiệp nguy hiểm trên toàn cầu và mang đến rất nhiều vấn đề về sức khỏe cho công nhân ngành than do sự khai thác và phát tán bụi than. Những vấn đề sức khỏe gây ra bởi bụi than có thể từ nhỏ cho đến những bệnh có tính chất nguy hiểm hoặc tử vong. Công việc nặng nhọc, điều kiện làm việc khắc nghiệt, tai nạn không mong muốn cùng với các bệnh nghề nghiệp gây ra bởi bụi than là nguyên nhân chính gây ra tình trạng bệnh tật và tử vong ở công nhân ngành than [5]. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng có mối quan giữa số năm phơi nhiễm với bụi than và các vấn đề sức khỏe liên quan đến đường hô hấp [7]. Việt Nam là một nước với ngành khai thác than phát triển, với khoảng hơn 200 mỏ than với hơn 8 tỷ tấn. Mặc dù đã có khá nhiều cố gắng trong việc đảm bảo an toàn trong môi trường làm việc, giảm nguy cơ bệnh nghề nghiệp cho các công nhân ngành than tuy nhiên hàng năm các vụ tai nạn nghề nghiệp ở các mỏ than vẫn xảy ra và bệnh nghề nghiệp của công nhân ngành than vẫn là một vấn đề chưa được thống kê và nghiên cứu. Một trong các bệnh khá phổ biến ở công nhân ngành than là bệnh liên quan đến Mũi Xoang, tuy nhiên các nghiên cứu về bệnh Mũi Xoang của công nhân ngành than ở Việt Nam cũng như trên thế giới còn rất ít. Vì vậy nghiên cứu của chúng tôi với mục đích tìm hiểu thực trạng bệnh lý Mũi Xoang của công nhân ngành than tại mỏ than Quang Hanh nhằm đưa ra một cái nhìn sâu hơn về bệnh Mũi Xoang của công nhân ngành than từ đó có các biện pháp khuyến nghị cụ thể cho phía cơ quan khai thác cũng như bản thân người công nhân để làm giảm nhẹ phơi nhiễm do môi trường làm việc đem lại.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 403 công nhân đang làm việc tại mỏ than Quang

*Bệnh viện Than Kháng sản

**Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Dương

Email: leduongtb1971@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 31.7.2017

Ngày duyệt bài: 10.8.2017

Hành từ 01/07 – 30/07 năm 2017, thành phố Cẩm Phả, tỉnh Quảng Ninh, thông qua thăm khám có sử dụng máy nội soi. Bệnh án được thiết kế sẵn bao gồm các câu hỏi phỏng vấn về các thông tin như tuổi, giới, thâm niên công tác, tiền sử hút thuốc lá, các triệu chứng cơ năng.... Ngoài ra các thăm khám thực thể được thực hiện bởi hai bác sỹ chuyên ngành Tai Mũi Họng. Chẩn đoán mũi xoang được áp dụng theo EPOS 2012 (*European Position Paper on Rhinosinusitis and*

Nasal Polyps 2012) đã được tập huấn một cách cẩn thận trước khi tiến hành thu thập số liệu nhằm thống nhất các tiêu chí chung để chẩn đoán bệnh mũi xoang.

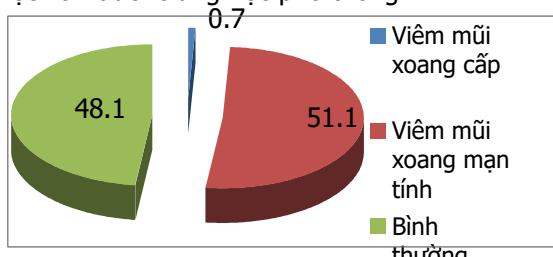
Các số liệu sau khi thu thập được nhập liệu bằng phần mềm epidata 3.0 và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các phép toán thống kê mô tả tính n, % được sử dụng để mô tả về các thông tin về đặc điểm cá nhân và thực trạng bệnh lý Mũi Xoang của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Thông tin	n	%
Tuổi trung bình: 36,5 ± 35 (Min:21, Max: 57)		
Giới		
Nam	370	91,8
Nữ	33	8,2
Thâm niên công tác: 11,1 ± 5,5 (năm) (Min: 1, Max: 34)		
Trình độ văn hóa		
Dưới trung học phổ thông	90	22,3
Trên trung học phổ thông	313	77,7

Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 36,5 ± 35 tuổi, trong đó tuổi nhỏ nhất là 21 và đối tượng lớn tuổi nhất là 57. Thâm niên công tác của ĐTNC là 11,5 ± 5,5 năm trong đó ít nhất là 1 năm và nhiều nhất là 34 năm. Về Giới: 91,8% ĐTNC là nam giới, có 8,2% là nữ giới (đối tượng không trực tiếp làm công tác khai thác than). Trình độ học vấn phần lớn trên trung học phổ thông (77,7%), chỉ có 22,3% có trình độ học vấn dưới trung học phổ thông.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh lý viêm Mũi – Xoang

Bảng 2. Tiền sử của đối tượng nghiên cứu

Tiền sử mắc bệnh Tai Mũi Họng		
Bệnh lý về Tai	26	6,5
Bệnh lý về Mũi	126	31,3
Bệnh lý về Họng	217	53,8
Không mắc bệnh	34	8,4
Tiền sử hút thuốc lá	289	71,7

Có tiền sử mắc bệnh Tai – Mũi – Họng tương đối cao với 53,8% từng mắc bệnh lý về Họng, 31,2% có tiền sử mắc bệnh lý về Mũi và 6,5% có tiền sử mắc bệnh lý về Tai. Tiền sử bệnh lý Tai – Mũi – Họng phù hợp với thâm niên công tác tại mỏ than của ĐTNC, do thời gian làm việc tại mỏ

than càng lâu thì nguy cơ mắc bệnh lý về đường hô hấp hay các bệnh lý Tai- Mũi Họng càng tăng cao [7], [6]. Ngoài ra ĐTNC chủ yếu là nam nên tỷ lệ đối tượng có tiền sử hút thuốc lá là 71,7%, tương đối cao.

Tỷ lệ mắc bệnh lý về Mũi – Xoang ở đối tượng công nhân ngành than tại mỏ than Quang Hanh tương đối cao với 51,1% đối tượng công nhân được chẩn đoán Viêm Mũi Xoang mạn tính và 0,7% đối tượng được chẩn đoán Viêm Mũi Xoang cấp. Tỷ lệ này của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Đỗ Văn Tùng (2014) với tỷ lệ mắc bệnh Mũi Xoang ở công nhân ngành than là 28,7%. Tuy nhiên trên đối tượng công nhân luyện thép, tỷ lệ mắc bệnh Mũi Xoang lại cao hơn rất nhiều 90,67% [4]. So sánh với mô hình bệnh lý Mũi Xoang tại cộng đồng dân cư thì tỷ lệ mũi xoang ở nhóm đối tượng công nhân ngành than cao hơn nhiều: trong nghiên cứu của Phùng Minh Lương (2010) về mô hình bệnh Tai Mũi Họng thông thường của dân tộc Ê Đê Tây Nguyên tỷ lệ đối tượng mắc bệnh Mũi Xoang mạn tính là 4,77%, Mũi Xoang cấp tính là 0,2% [1]. Các kết quả nghiên cứu đều chỉ ra rằng, tỷ lệ bệnh Mũi Xoang ở các nhóm đối tượng làm việc trong môi trường khắc nghiệt có tỷ lệ mắc bệnh Mũi Xoang cao hơn. Đặc biệt đối với môi trường có nhiều bụi như mỏ than, không chỉ là nhóm đối tượng trực tiếp làm công tác khai thác than, nhóm đối tượng làm công việc tại mặt bằng quanh các mỏ than cũng đứng trước nguy cơ cao mắc các bệnh lý về Mũi Xoang. Do mũi chính là cơ quan đầu tiên tiếp xúc với yếu tố

nguy cơ là bụi than. Khi cơ thể phải thở hít không khí có nồng độ bụi cao, bụi sẽ ngưng đọng lại trong niêm mạc mũi xoang làm khô lớp nhày của niêm mạc, làm cho các tế bào nhày ở đây phải tăng tiết dịch, ngoài ra các hạt bụi sắc nhọn và trong lượng cao có thể phá hủy lớp màng nhày của hệ thống lông nhày hốc mũi, xâm nhập xuống lớp dưới có thể gây tổn thương niêm mạc tạo điều kiện cho các vi khuẩn dễ dàng xâm nhập vào gây nên các đợt viêm mũi xoang cấp bùng phát. Thời gian tiếp xúc càng lâu, thì nguy cơ mắc bệnh mũi xoang mạn càng cao [2]. Kết quả của chúng tôi cho thấy cần có một chiến lược kịp thời và cụ thể để làm giảm sự phơi nhiễm của các yếu tố môi trường đến nhóm đối tượng công nhân ngành than, đặc biệt là công nhân khai thác than trong hầm lò. Tăng cường sử dụng thường xuyên và hiệu quả đồ bảo hộ lao động như khẩu trang (khẩu trang nên được sử dụng là khẩu trang hoạt tính và nên thay khẩu trang thường xuyên 3-7 lần trong một ngày). Ngoài ra mô hình rửa mũi tập thể sau giờ làm việc đã được triển khai tại một số nơi cho thấy hiệu quả tốt trong việc giảm hàm lượng bụi đọng ở các vị trí trong mũi của người lao động, có hiệu quả tốt trong việc giảm tác hại của bụi tới các bệnh lý đường hô hấp [4].

Bảng 3. Đặc điểm triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	n	%
Chảy mũi	188	46,7
Ngạt tắc mũi	85	21,1
Đau nhức vùng sọ mặt	139	34,5
Giảm mất ngủ	106	26,3

Triệu chứng chảy mũi là triệu chứng gặp với tỷ lệ cao nhất 46,7% bao gồm cả chảy mũi trong và chảy mũi ngoài. Triệu chứng đau nhức sọ mặt phổ biến thứ hai với 34,5% đối tượng mắc phải. Triệu chứng ngạt tắc mũi ít phổ biến hơn với 21,1%. Trong nghiên cứu của Đỗ Văn Tùng (2014) trên những đối tượng công nhân than tại công ty than Đông Bắc thì triệu chứng chính là ngạt tắc mũi là 27,8% và chảy dịch mũi thấp hơn là 12,1% [3]. Có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi với hầu hết đối tượng làm việc trong hầm lò, nơi điều kiện môi trường khắc nghiệt hơn so với đối tượng nghiên cứu của tác giả Đỗ Văn Tùng, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu làm việc ngoài hầm lò cao hơn so với trong nghiên cứu của chúng tôi (11,3%). Triệu chứng giảm mất ngủ của chúng tôi là 26,3% cao hơn nhiều so với 0,7% trong nghiên cứu của Đỗ Văn Tùng [3]. Điều này cho thấy mức độ của triệu chứng Mũi - Xoang của nhóm đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi nặng hơn so với nhóm đối tượng trong nghiên cứu của tác giả Đỗ Văn

Tùng. Trong nghiên cứu của Lê Thanh Hải (2012) ở đối tượng công nhân luyện thép mắc bệnh Mũi Xoang, tỷ lệ có triệu chứng chảy mũi là cao nhất 100%, ngạt tắc mũi là 73,56%, kém ngủ là 36,2%. Kết quả có xu hướng tương tự như trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi với mức độ phổ biến các triệu chứng lần lượt là chảy mũi, ngạt tắc mũi và kém ngủ.

Bảng 4. Đặc điểm triệu chứng thực thể qua nội soi

Triệu chứng thực thể	n	%
Polyp mũi	18	4,5
Dịch khe giữa	196	48,6
Phù nề bít tắc niêm mạc khe giữa	193	47,9

Tỷ lệ có polyp ở mũi chỉ có ở 4,5% tuy nhiên tỷ lệ đối tượng có dịch khe giữa là 48,6% và phù nề bít tắc niêm mạc khe giữa là 47,9%. Kết quả này tương đối phù hợp với kết quả bên trên với 46,7% đối tượng có triệu chứng chảy mũi. Như vậy các nghiên cứu đều chỉ ra rằng triệu chứng bệnh lý Mũi - Xoang ở các đối tượng công nhân làm tại các ngành nghề có điều kiện khắc nghiệt, đặc biệt là ngành than chiếm một tỷ lệ khá cao và tương đối điển hình.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đối tượng công nhân ngành than tại mỏ than Quang Hanh mắc bệnh Mũi - Xoang khá cao là 51,8% với 51,1% mắc bệnh viêm Mũi - Xoang mãn tính và 0,7% mắc bệnh viêm Mũi - Xoang cấp tính tại thời điểm tiến hành nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phùng Minh Lương (2010)**, *Nghiên cứu mô hình và yếu tố ảnh hưởng đến bệnh Tai Mũi Họng thông thường của dân tộc Ê Đê Tây Nguyên, đánh giá kết quả của một số biện pháp can thiệp phù hợp ở tuyến thôn bản*, Luận An Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Lê Trung (2001)**, *Các bệnh hô hấp nghề nghiệp*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
3. **Đỗ Văn Tùng (2014)**, *Khảo sát bệnh Tai - Mũi - Họng thường gặp của công nhân xi nghiệp hầm lò mỏ than 35 - Tổng công ty than Đông Bắc*, Luận văn Thạc Sỹ Tai - Mũi - Họng, Trường Đại học Y HN.
4. **Lê Thanh Hải (2012)**, *Nghiên cứu bệnh viêm mũi xoang mạn tính ở công nhân luyện thép Thái Nguyên và đánh giá biện pháp can thiệp*, Luận án Tiến sỹ chuyên ngành Tai Mũi Họng, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Muhammad Ishtiaq et al. (2014)**, "Frequency of occupational health problems among coal miners", *Gomal Journal of Medical Sciences* 12(2).
6. **Muhammad Ishtiaq et al. (2014)**, "Frequency of ear problems among cherat coal miners", *J. Med.Sci.* 22(4), 189 - 192.
7. **Mandal K et al. (2012)**, "Council of scientific and industrial research, Characterization of different road dusts in opencast coal mining areas of India", *J Environ Monit Assess.* 184, 3427 - 41.

THỰC TRẠNG SUY DINH DƯỠNG THẤP CÒI Ở TRẺ 36-47 THÁNG TUỔI TẠI TRƯỜNG MẦM NON, HUYỆN THANH LIÊM, HÀ NAM NĂM 2015

Hoàng Văn Phương¹, Lê Danh Tuyên²,
Trần Thúy Nga², Nguyễn Song Tú²

TÓM TẮT

Suy dinh dưỡng thấp còi trẻ em là vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng ở các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 656 trẻ 36-47 tháng tuổi để xác định tình trạng dinh dưỡng của trẻ tại huyện Thanh Liêm, tỉnh Hà Nam. Kết quả cho thấy cân nặng và chiều cao trung bình của trẻ trai là 14,0 kg $\pm$ 1,9; 95,5cm $\pm$ 4,8 và trẻ gái là 13,5 kg $\pm$ 1,8; 94,2 cm $\pm$ 4,9. Tỷ lệ SDD thể thấp còi là 20,7%, ở ngưỡng trung bình có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng. Tỷ lệ SDD thấp còi cao nhất ở xã Thanh Phong (31,7%), thấp nhất ở xã Thanh Tâm (10,0%). Tỷ lệ SDD thể nhẹ cân là 12,0% và tỷ lệ SDD thể gầy còm là 2,6%. Tỷ lệ thừa cân, béo phì thấp không đáng kể 1,7%. Có sự khác biệt về tỷ lệ SDD nhẹ cân, thấp còi giữa các xã ($p < 0,05$). Do vậy, tình trạng dinh dưỡng thấp còi ở trẻ 36-47 tháng tuổi của vùng nông thôn là vấn đề sức khỏe cộng đồng, cần có những giải pháp can thiệp cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ góp phần nâng cao tầm vóc trẻ tuổi trưởng thành.

Từ khóa: trẻ mầm non, suy dinh dưỡng thấp còi, trẻ dưới 5 tuổi, suy dinh dưỡng

SUMMARY

STUNTING STATUS IN CHILDREN 36-47 MONTHS OLD IN PRESCHOOL, THANH LIEM DISTRICT, HA NAM PROVINCE IN 2015

Child stunting is an important public health problem in developing countries, including Vietnam. Cross-sectional survey was conducted among 656 children 36-47 months old to determine the nutritional status of children in Thanh Liem district, Ha Nam province. The mean weight and height of the boys were 14.0 kg $\pm$ 1.9; 95.5 cm $\pm$ 4.8 and girls was 13.5 kg $\pm$ 1.8; 94.2 cm $\pm$ 4.9. The stunting rate was 20.7%, at the median level of public health problem. The prevalence of stunting was highest in Thanh Phong communes (31.7%), lowest in Thanh Tam commune (10.0%). The prevalence of underweight and wasting was 12.0%; 2.6%. The prevalence of overweight, obesity was low at 1.7%. There were differences in the prevalence of underweight, stunting among communes ($p < 0.05$). Hence, stunting in rural children 36-47 months old is a public health problem that requires intervention to improve the nutritional status of children contributing to the stature of young adults.

¹ Cục Y tế Dự phòng, Bộ Y tế

² Viện Dinh dưỡng Quốc gia

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Phương

Email: phuongvapm@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.8.2017

Ngày duyệt bài: 15.8.2017

Keywords: preschool children, stunting, children under 5 year's old, malnutrition

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng trẻ em vẫn tiếp tục là vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng ở các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Suy dinh dưỡng (SDD) thấp còi là biểu hiện tình trạng thiếu dinh dưỡng kéo dài ảnh hưởng tới chiều cao. Suy dinh dưỡng không những ảnh hưởng trực tiếp đến sự phát triển của trẻ mà còn dẫn đến những hậu quả tầm vóc người trưởng thành thấp bé, kết quả học tập kém, giảm khả năng lao động khi trưởng thành. Suy dinh dưỡng thể thấp còi ảnh hưởng đến khoảng 178 triệu trẻ em dưới 5 tuổi (khoảng 43%), góp phần vào nguyên nhân gây ra 3,5 triệu tử vong ở trẻ em, 35% gánh nặng bệnh tật ở trẻ em dưới 5 tuổi và 11% gánh nặng bệnh tật toàn cầu [1]. Theo đánh giá của WHO năm 2012 trên tạp chí Lancet khi xem xét số liệu của 141 nước đang phát triển trong giai đoạn 1985 đến 2011, tỷ lệ SDD thể thấp còi của trẻ dưới 5 tuổi đã giảm từ 47% xuống còn 29,9% [2]. Đồng thời, năm 2011 có 314 triệu trẻ em dưới 5 tuổi SDD thấp còi và 258 triệu trẻ SDD thể nhẹ cân [2]. Ở Việt Nam, đã chứng tỏ sự tiến bộ vượt bậc trong việc giảm mức độ suy dinh dưỡng trong 3 thập kỷ qua, tỷ lệ SDD thấp còi (chiều cao/tuổi thấp) cũng giảm đáng kể, từ 59,7% năm 1985 xuống 24,6% năm 2015; SDD thể nhẹ cân (cân nặng/tuổi thấp) giảm mạnh từ trên 50% những năm 80 xuống dưới 14,1% năm 2015 [3]. Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng toàn quốc theo 3 vùng miền ở Việt Nam năm 2014 cho thấy tình trạng SDD thấp còi ở trẻ 36-47 tháng là 27,6% và có xu hướng tăng theo nhóm tuổi tăng dần; tỷ lệ SDD nhẹ cân là 17,7% và gầy còm 6,0% [4]. Tỷ lệ SDD thấp còi còn ở mức cao theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), vẫn là những thách thức lớn cho toàn xã hội. Bên cạnh đó tỷ lệ và tốc độ SDD giảm không giống nhau giữa các vùng, giảm nhanh tại các đô thị và thành phố lớn, giảm chậm ở các vùng nông thôn và miền núi. Nhiễm trùng và chế độ dinh dưỡng không đầy đủ cho trẻ em là một nguyên nhân quan trọng gây nên bệnh tật và tử vong ở trẻ. Nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá thực trạng dinh dưỡng ở trẻ 36-47

tháng tuổi đang theo học ở các trường mầm non, thuộc huyện Thanh Liêm, tỉnh Hà Nam, từ đó là cơ sở cho các định hướng can thiệp nhằm cải thiện hiệu quả tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi ở vùng đồng bằng sông Hồng nói chung và huyện Thanh Liêm nói riêng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu: Toàn bộ trẻ thuộc trường mầm non từ 36 -47 tháng tuổi đáp ứng các tiêu chí: cư trú tại địa bàn nghiên cứu; bố mẹ đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: tại của 9 xã thuộc huyện Thanh Liêm, tỉnh Hà Nam (Xã Thanh Phong, Thanh Lưu, Thanh Nguyên, Thanh Tâm, Liêm Sơn, Liêm Túc, Liêm Cần, Thanh Bình, Thanh Hà) trong thời gian tháng 5/ 2015.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.3. Cỡ mẫu: Để xác định tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ 36-47 tháng tuổi tại Thanh Liêm

Áp dụng công thức:

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

Trong đó: n là số đối tượng cần điều tra; tỷ lệ SDD thấp còi trẻ em < 5 tuổi tỉnh Hà Nam theo số liệu điều tra 30 cụm, năm 2014 là 23,4%; chọn d = 0,05; z có giá trị là 1,96. Tính toán ta được cỡ mẫu, cần điều tra về tỷ lệ SDD thấp còi là n = 276. Thực tế triển khai 656 trẻ 36-47 tháng tuổi.

2.4. Phương pháp chọn mẫu: Trước hết chọn chỉ định huyện Thanh Liêm, Hà Nam là tỉnh thuộc vùng đồng bằng Bắc Bộ, sau đó chọn ngẫu nhiên 9/17 xã và thị trấn.

Chọn trường: Chọn toàn bộ 9 trường tiểu học tại 9 xã được chọn.

Chọn đối tượng nghiên cứu: Toàn bộ trẻ 36 – 47 tháng tuổi.

2.5. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu, tiêu chuẩn đánh giá

Thông tin chỉ số nhân trắc: cân nặng bằng cân điện tử SECA với độ chính xác 0,1 kg, được kiểm tra trước khi sử dụng; xác định chiều cao sử dụng thước gỗ với độ chính xác 0,1 cm để đo chiều cao đứng. Kết quả được ghi là cm và 1 số lẻ sau dấu phẩy.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi: Dựa vào quần thể tham khảo của Tổ chức Y tế thế giới WHO 2006. SDD nhẹ cân khi Zscore CN/T <-2; SDD thấp còi khi Zscore CC/T <-2; SDD gầy còm khi Zscore CN/CC <-2 [5].

2.6. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu về nhân trắc học được xử lý bằng phần mềm Anthro của WHO, 2006. Sử dụng phần mềm Epi Data để nhập liệu và phần mềm SPSS 18.0 để phân tích. Test kiểm định thống kê là χ^2 test so sánh tỷ lệ giữa các nhóm, t – test so sánh giá trị trung bình giữa 2 nhóm. Giá trị p<0,05 được xem có ý nghĩa thống kê.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức của Viện Dinh dưỡng trước khi triển khai, theo quyết định số 595/QĐ-VDD ngày 12/7/2013.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu tiến hành trên 656 trẻ từ 36 – 47 tháng tuổi ở thời điểm tháng 5/2015 tại 9 trường mầm non của 9 xã, thuộc huyện Thanh Liêm. Trong đó có 365 trẻ nam và 300 trẻ nữ; độ tuổi trung bình của trẻ tham gia là 42,0±3,3 tháng (trẻ nhỏ tuổi nhất là 36,1 tháng và cao tuổi nhất là 47,9 tháng).

Bảng 1. Đặc điểm nhân trắc của trẻ 36-47 tháng tuổi ở huyện Thanh Liêm

Chỉ số nhân trắc	Trẻ nam (n=356) (TB±SD)	Trẻ nữ (n=300) (TB±SD)	Chung (n=656) (TB±SD)
Cân nặng (kg)	14,0±1,9***	13,5±1,8	13,8±1,9
Chiều cao (cm)	95,5±4,8***	94,2±4,9	94,9±4,9
Z-Score CN/T	-0,81±1,0	-0,90±0,96	-0,85±0,99
Z-Score CC/T	-1,09±1,03	-1,21±1,02	-1,15±1,03
Z-Score CN/CC	-0,28±1,00	-0,28±0,90	-0,28±0,96

*** p<0,001 khi so sánh giá trị trung bình giữa trẻ trai và trẻ gái (t-test)

Cân nặng trung bình của trẻ trai là 14,0±1,9kg và trẻ gái là 13,5±1,8kg; chiều cao trung bình trẻ trai là 95,5±4,8cm và trẻ gái là 94,2±4,9cm. Có sự khác biệt về chỉ số cân nặng (p<0,001), chiều cao (p<0,001) ở trẻ trai cao hơn có ý nghĩa so với trẻ gái; Không có sự khác biệt chỉ số Z-Score chiều cao/tuổi, Zscore cân nặng/tuổi và Zscore cân nặng/chiều cao giữa trẻ trai và trẻ gái (p>0,05).

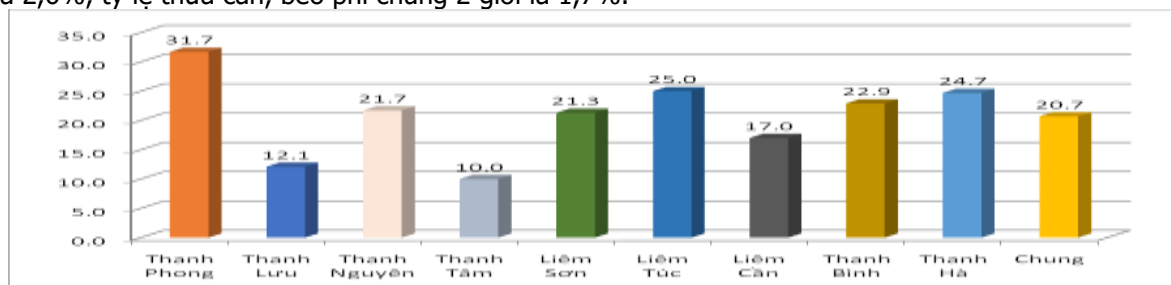
Bảng 2. Tình trạng SDD thấp còi, SDD nhẹ cân và SDD gầy còm theo giới

Giới tính trẻ	n	Tỷ lệ SDD (n, %)		
		SDD thấp còi	SDD nhẹ cân	SDD gầy còm
Trẻ trai	356	67 (18,8%)	42 (11,8%)	7 (2,0%)

Trẻ gái	300	69 (23,0%)	37 (12,3%)	10 (3,3%)
Chung	656	136 (20,7%)	79 (12,0%)	17 (2,6%)

χ^2 test so sánh tỷ lệ giữa 2 giới, $p > 0,05$

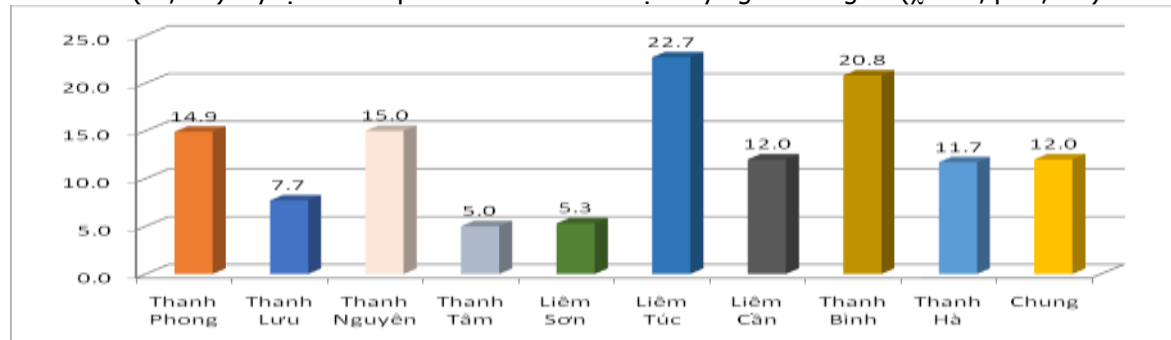
Tỷ lệ SDD thấp còi là 20,7%, trong đó trẻ trai có tỷ lệ thấp còi thấp hơn trẻ gái, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ SDD nhẹ cân chung ở 2 giới là 12,0%; SDD gầy còm là 2,6%, tỷ lệ thừa cân, béo phì chung 2 giới là 1,7%.



χ^2 test so sánh tỷ lệ SDD thấp còi giữa các xã, $p < 0,05$

Biểu đồ 1. Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ 36 – 47 tháng tuổi phân theo xã huyện Thanh Liêm

Tỷ lệ SDD thấp còi cao nhất ở trẻ 36 – 47 tháng tuổi trong trường mầm non thuộc xã Thanh Phong (31,7%) tiếp theo là xã Liêm Túc (25,0%) và xã Thanh Hà (24,7%) thấp nhất ở trường mầm non ở xã Thanh Tâm (10,0%). Tỷ lệ SDD thấp còi ở các xã khác biệt có ý nghĩa thống kê (χ^2 test, $p=0,021$).



χ^2 test so sánh tỷ lệ SDD nhẹ cân giữa các xã, $p < 0,05$

Biểu đồ 2. Tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân ở trẻ 36 – 47 tháng tuổi phân theo xã huyện Thanh Liêm

Tỷ lệ SDD nhẹ cân cao nhất ở trẻ 36 – 47 tháng tuổi trong trường mầm non thuộc xã xã Liêm Túc (22,7%) và xã Thanh Bình (20,8%) thấp nhất ở trường mầm non ở xã Thanh Tâm (5,0%). Tỷ lệ SDD nhẹ cân ở các xã khác biệt có ý nghĩa thống kê (χ^2 test, $p=0,029$).

IV. BÀN LUẬN

Điều tra 565 trẻ 36- 47 tháng thuộc trường mầm non 9 xã huyện Thanh Liêm, tỉnh Hà Nam cho thấy sự phân bố trẻ ở các xã như sau (xã Thanh Phong là 15,4%; xã Thanh Lưu là 13,9%, xã Thanh Nguyên là 9,1%, Thanh Tâm là 9,1%, xã Liêm Sơn 11,4%, xã Liêm Túc là 6,7%, Liêm Cần là 15,2%, Thanh Bình là 7,3%, Thanh Hà là 11,7%).

Cân nặng trung bình của trẻ trai 36- 47 tháng thuộc trường mầm non 9 xã huyện Thanh Liêm là $14,0 \pm 1,9$ kg thấp hơn cân nặng trung bình trẻ cùng độ tuổi vùng thành thị (14,86 kg) và cao hơn trẻ vùng nông thôn (13,3 kg) năm 2014 của điều tra toàn quốc [4]. Cân nặng trung bình trẻ gái trường mầm non huyện Thanh Liêm là $13,5 \pm 1,8$ kg, tương đương so với cân nặng trung

bình chung trẻ ở 3 miền của Việt Nam (miền núi, nông thôn, thành thị) là 13,4kg; cao hơn vùng nông thôn trong nghiên cứu của Viện Dinh dưỡng (13,3kg) [4]. Cân nặng trung bình của chung 2 giới của trẻ 36- 47 tháng huyện Thanh Liêm là 13,8 kg, cao hơn so với số liệu điều tra 3 miền toàn quốc năm 2014 (13,4kg) và số liệu vùng nông thôn (13,3kg) [4].

Chiều cao trung bình trẻ trai 36-47 tháng thuộc trường mầm non 9 xã huyện Thanh Liêm là $95,5 \pm 4,8$ cm và trẻ gái là $94,2 \pm 4,9$ cm, cao hơn 1 – 2 cm so với chiều cao trung bình toàn quốc năm 2014 của Trần Thúy Nga và CS (93,4cm) [4]. Chiều cao trung bình của chung 2 giới của trẻ 36- 47 tháng huyện Thanh Liêm là 94,9 cm, cao hơn so với số liệu điều tra 3 miền toàn quốc

năm 2014 (93,4 kg) và số liệu vùng nông thôn (93,96 cm) [4]. Có sự khác biệt về chỉ số cân nặng, chiều cao ở trẻ 36- 47 tháng huyện Thanh Liêm. Cân nặng và chiều cao trẻ trai cao hơn có ý nghĩa so với trẻ gái ($p < 0,001$), tương tự nghiên cứu trên trẻ 12-47 tháng tại Vĩnh Phúc năm 2016 [6].

Chỉ số Z-score CC/T trẻ trai trường mầm non huyện Thanh Liêm là $-1,09 \pm 1,03$, nữ $-1,21 \pm 1,02$; chung 2 giới là $(-1,15 \pm 1,03)$ tương đương so với ước tính của WHO về chỉ số Zscore CC/T là $(-1,16)$ năm 2011 ở trẻ dưới 5 tuổi các nước đang phát triển [2]. Chỉ số nhân trắc Z-score CN/T trẻ trai trường mầm non huyện Thanh Liêm là $-0,81 \pm 1,0$, nữ $-0,90 \pm 0,96$; chung 2 giới là $(-0,85 \pm 1,03)$ tương đương so với ước tính của WHO về chỉ số Zscore CN/T là $(-0,84)$ năm 2011 ở trẻ dưới 5 tuổi 141 nước đang phát triển [2]. Chỉ số Z-score CN/CC trẻ trường mầm non huyện Thanh Liêm là (nam là $-0,28 \pm 1,0$; nữ là $-0,28 \pm 0,9$). Không có sự khác biệt về chỉ số Zscore các thể SDD theo giới, tương tự nghiên cứu trên trẻ 12-47 tháng tại huyện Tam Đảo [6].

Tỷ lệ SDD thể thấp còi ở trẻ trường mầm non huyện Thanh Liêm là 20,7% ở mức trung bình có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng [5]; thấp hơn tỷ lệ SDD thấp còi cùng nhóm tuổi (36-47 tháng) chung 3 miền trong điều tra toàn quốc 2014 (27,6%) và trẻ vùng nông thôn (25,8%) [4]; Đồng thời thấp hơn so với trẻ cùng nhóm tuổi tại huyện miền núi của Vĩnh Phúc (37,2%) [6]. Thấp hơn tỷ lệ SDD thấp còi trẻ dưới 5 tuổi cả nước (24,6%), vùng đồng bằng sông Hồng (21,8%) và chung của tỉnh Hà Nam (23,1%) năm 2015 [3]; thấp hơn nhiều so với tỷ lệ (29,9%) ước tính của WHO, năm 2011 ở trẻ dưới 5 tuổi các nước đang phát triển [2]. Không có sự khác nhau về tỷ lệ SDD thấp còi giữa hai giới. Tuy nhiên tỷ lệ SDD thấp còi khác nhau ở các xã ($p < 0,05$), trong đó cao nhất là tỷ lệ SDD thấp còi ở xã Thanh Phong (31,7%) ở mức cao có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng. Tỷ lệ trên chỉ thấp hơn trẻ cùng nhóm tuổi tại huyện miền núi của Vĩnh Phúc (37,2%) [6]. Nhưng cao hơn tỷ lệ thấp còi huyện Thanh Sơn, Phú Thọ (27,2%) [7]. Tỷ lệ SDD thấp còi ở Thanh Phong, xã thuộc tỉnh đồng bằng sông Hồng, nhưng tương đương với tỷ lệ SDD trẻ dưới 5 tuổi tỉnh Điện Biên (31,9%), Cao Bằng (32,2%) hay gần bằng tỷ lệ ở các tỉnh thuộc Tây Nguyên năm 2015 (34,2%) [3].

Tỷ lệ SDD thể nhẹ cân ở trẻ trường mầm non huyện Thanh Liêm là 12,0%, thấp hơn tỷ lệ SDD trẻ cùng nhóm tuổi (36-47 tháng) chung 3 miền trong điều tra toàn quốc 2014 (17,7%) và trẻ

vùng nông thôn (16,8%) [4]; thấp hơn tỷ lệ SDD nhẹ cân cả nước (14,1%), cao hơn vùng đồng bằng sông Hồng (10,8%) và chung của tỉnh Hà Nam (13,1%) năm 2015 [3]; thấp hơn nhiều tỷ lệ ước tính 19,4% trẻ dưới 5 tuổi ở 141 nước đang phát triển trên tạp chí Lancet [2], thấp hơn tỷ lệ SDD nhẹ cân tại Phú Thọ (22,8%) [7]; Không có sự khác nhau giữa hai giới. Tỷ lệ SDD nhẹ cân khác nhau ở các xã ($p < 0,05$); Có hai xã Liêm Túc tỷ lệ 22,7% và xã Thanh Bình tỷ lệ 20,8% ở ngưỡng trung bình có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng [5].

Tỷ lệ SDD thể gầy còm ở trẻ trường mầm non huyện Thanh Liêm là 2,6%, thấp hơn tỷ lệ SDD cùng nhóm tuổi (36-47 tháng) chung 3 miền trong điều tra toàn quốc 2014 (6,0%) và trẻ vùng nông thôn (7,7%) [4]; thấp hơn tỷ lệ SDD trẻ chung của tỉnh Hà Nam (5,6%) và đồng bằng sông Hồng (5,5%) và cả nước (6,4%) [3], thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Quang Dũng trên trẻ 3-5 tuổi (7,4%) [7]; Không có sự khác nhau giữa hai giới về tỷ lệ SDD gầy còm ở trẻ 36-47 tháng tuổi huyện Thanh Liêm. Tỷ lệ thừa cân, béo phì không đáng kể ở trẻ mầm non (1,7%), thấp hơn tỷ lệ SDD trẻ chung của tỉnh Hà Nam (4,9%) và đồng bằng sông Hồng (4,4%) và cả nước (5,3%) [3].

Do vậy, tình trạng dinh dưỡng thấp còi ở trẻ 3 tuổi ở các trường mầm non, huyện Thanh Liêm nói chung và các vùng nông thôn nói riêng vẫn là vấn đề sức khỏe cộng đồng, cần có những giải pháp can thiệp cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ tiền học đường, góp phần nâng cao tầm vóc trẻ tuổi trưởng thành.

V. KẾT LUẬN

Cân nặng trung bình chung ở trẻ 36 -47 tháng tuổi ở các trường mầm non, huyện Thanh Liêm, tỉnh Hà Nam là $13,8 \text{ kg} \pm 1,9$; chiều cao trung bình là $94,9 \pm 4,9 \text{ cm}$; trẻ trai là $14,0 \text{ kg} \pm 1,9$; $95,5 \text{ cm} \pm 4,8$ và trẻ gái là $13,5 \text{ kg} \pm 1,8$; $94,2 \text{ cm} \pm 4,9$. Tỷ lệ SDD thể thấp còi là 20,7%, ở ngưỡng trung bình có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng. Tỷ lệ SDD thấp còi cao nhất ở xã Thanh Phong (31,7%), thấp nhất ở xã Thanh Tâm (10,0%). Tỷ lệ SDD thể nhẹ cân là 12,0% và tỷ lệ SDD thể gầy còm là 2,6%. Tỷ lệ thừa cân, béo phì thấp 1,7%. Có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ SDD nhẹ cân, thấp còi giữa các xã.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA and al, *Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences*. Lancet, 2008. 371(9608): 243-260.

2. Stevens GA, Finucane MM, Paciorek CJ, Flaxman SR, White RA, Donner AJ, *Trends in mild, moderate, and severe stunting and underweight, and progress towards MDG 1 in 141 developing countries: a systematic analysis of population representative data*. Lancet. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60647-3, 2012. 380(9840): p. 824-834.
3. Viện Dinh dưỡng, *Số liệu thống kê Suy dinh dưỡng trẻ em năm 2015*. <http://viendinhduong.vn/viewpdf.aspx?n=/2016/TL%20SDD%202015.pdf>, 2016.
4. Viện Dinh Dưỡng, *Đánh giá tình trạng thiếu máu, thiếu một số vi chất dinh dưỡng của phụ nữ và trẻ em 6 - 59 tháng tại vùng thành thị, nông thôn và miền núi năm 2014 - 2015*. Báo cáo đề tài nghiên cứu cấp Viện 2015.
5. WHO, *Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth standards: Length/ height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development*. Geneva, 2006.
6. Lê Thị Thu Hà, Nguyễn Xuân Ninh, Lê Thị Hương và CS, *Thực trạng suy dinh dưỡng thấp còi và mối liên quan với thiếu máu và thiếu kẽm*. Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm, 2016. 5(1): p. 57-63.
7. Nguyễn Quang Dũng, Lê Danh Tuyên Lê Thị Hợp, *Tình trạng dinh dưỡng, cấu trúc cơ thể của trẻ 3 - 5 tuổi tại 2 xã thuộc huyện Thanh Sơn, tỉnh Phú Thọ*. Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm, 2013. 9(2): p. 26-34.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ BIẾN DẠNG MÔI MŨI SAU TẠO HÌNH THÌ ĐẦU KHE HỖ MÔI TRÊN HAI BÊN BẨM SINH THEO PHƯƠNG PHÁP VEAU

Phạm Hoàng Tuấn *

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu được thực hiện trên 30 bệnh nhân đã được điều trị đóng khe hở môi bằng phương pháp Veau. **Phương pháp nghiên cứu:** thử nghiệm lâm sàng không có nhóm chứng. Phẫu thuật sửa chữa thì hai các biến dạng môi mũi sau đóng khe hở thì 1. **Kết quả:** Sau mổ thì hai: nhóm 1: dưới 16 tuổi (4/30) kết quả tốt và khá chiếm 100%. Nhóm 2: trên 16 tuổi (26/30) sẹo môi tốt chiếm 57,7%, sẹo môi vừa 42,3%. Môi: tốt 54,8%, vừa 46,2%, xấu 0%. Mũi: tốt 69,2%, vừa 30,8%, xấu 0%. Tương xứng môi trên và môi dưới: tốt 73,1%, vừa 19,2%, xấu: 7,7%. **Kết luận:** phẫu thuật sửa chữa thì hai sau tạo hình thì đầu bằng phương pháp Veau là cần thiết giúp cải thiện các biến dạng môi mũi.

Từ khóa : phương pháp Veau, Sẹo môi, biến dạng môi mũi ...

SUMMARY

EVALUATE THE RESULT OF SECOND PHASE REPAIR TREATMENT OF NOSE AND LIP DEFOMITY AFTER CLOSING CLEFT LIP WITH VEAU TECHNIQUE

Aim: The study was performed on 30 patients who had cleft lip repaired with Veau technique. **Methods:** Quasi experiment. Second phase of treatment to repair defomity nose and lip. **Results:** After second phase surgery: group 1: under the age of 16 (4/30) the rate of good and moderate result is 100%. Group 2: over the age of 16 (26/30) The lip scar: good result

57.7%, moderate result 42.3%. The lip: the rate of good result is 54.8%, moderate is 46.2%. Nose: good result 69.2%, moderate result 30.8%. The proportion of upper and lower lip: good result 73.1%, moderate result 19.2%, bad result 7.7%. **Conclusion:** Second phase surgery treatment is necessary to repair nose and lip deformity after closing cleft phase.

Keywords: Veau technique, lip scar, nose and lip deformity...

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở bẩm sinh vùng hàm mặt là một trong những dị tật hay gặp nhất, vì vùng mặt là nơi có nhiều biến đổi phức tạp về bào thai học. Qua thống kê của các tài liệu nước ngoài và trong nước thì tỷ lệ khe hở môi vòm bẩm sinh dao động từ 1/500 - 1/1000 trẻ, tức là cứ 1000 trẻ sinh ra thì sẽ có 1 - 2 trẻ bị dị tật.

Có thể nói phẫu thuật tạo hình khe hở môi hai bên là một trong những thách thức lớn nhất đối với phẫu thuật viên. Ngoài những biến dạng về cấu trúc giải phẫu nặng nề như: Đầu mũi thấp, bè, vách ngăn mũi ngắn, không có nền mũi, mẫu tiền hàm nhô..., khe hở còn kèm theo các cấu trúc giải phẫu kém phát triển. Trẻ bị dị tật thường được phẫu thuật ngay giai đoạn đầu đời nhưng kết quả điều trị không phải bao giờ cũng duy trì được suốt cuộc đời, những biến dạng đặc trưng của khe hở môi hai bên thậm chí còn trở nên nặng nề thêm theo sự phát triển của trẻ.

Chính vì vậy, việc đánh giá chính xác kết quả sau phẫu thuật thì đầu của bệnh nhân có khe hở môi hai bên và từ đó đưa ra các biện pháp xử lý, khắc phục những vấn đề còn tồn tại là đặc biệt quan trọng.

*BV Răng Hàm Mặt TƯ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoàng Tuấn

Email: drtuan1966@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.8.2017

Ngày duyệt bài: 15.8.2017

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân được mổ tạo hình khe hở môi trên 2 bên theo phương pháp Veau đến xin sửa biến dạng môi mũi. Những bệnh nhân này có thể kèm theo khe hở vòm miệng, đã được mổ rồi hay chưa.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh có đủ tiêu chuẩn sức khỏe để mổ gây mê hoặc gây tê.

- Cuộc mổ lần trước cách lần này ít nhất 6 tháng.
- Bệnh nhân từ 6 tuổi trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh nội khoa, ngoại khoa hoặc các xét nghiệm cơ bản không cho phép mổ gây tê tại chỗ hoặc gây mê.
- Bệnh nhân có khe hở môi 2 bên kèm theo các biến dạng nặng vùng sọ mặt.
- Bệnh nhân có phẫu thuật vùng hàm mặt dưới 6 tháng.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp thử nghiệm lâm sàng không có đối chứng

2.2. Cỡ mẫu: Sử dụng mẫu thuận tiện. Lấy được 30 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

2.3. Kỹ thuật sửa chữa các biến dạng:

Biến dạng môi: Thông thường những thiếu khuyết nhỏ da và niêm mạc ảnh hưởng tới chiều cao môi và làn môi đỏ thường sử dụng vật chữ Z, V-Y, vật xoay trượt ...

Tình trạng khuyết làn môi đỏ do nối cơ hai bờ khe hở không tốt ở thì một phải chỉ định mổ sẹo, bóc tách 2 đầu cơ và khâu phục hồi cơ vòng môi, làm cho môi trên đủ độ dày, không bị lõm giữa.

Làn môi đỏ 2 bên không đều, tùy theo nguyên nhân sẽ quyết định cắt bớt bên này hay làm đầy bên đối diện, kỹ thuật này thường sử dụng vật hình elip hoặc vật chữ Z.

Biến dạng mũi:

+ Vách ngăn mũi ngăn: Sử dụng vật V-Y, vật hình đĩa

+ Đỉnh mũi thấp: Động tác kéo dài vách ngăn và thu gọn nền sẽ nâng được đỉnh mũi lên cao làm hướng lỗ mũi từ ngang sang chéo.

Các biến dạng tiền đình: Rạch giảm căng ở ngách tiền đình môi trên hai bên và nếu cần thì ghép tự do bằng niêm mạc miệng.

Đánh giá kết quả phẫu thuật sửa chữa biến dạng môi mũi của khe hở môi hai bên thì hai: Tiêu chuẩn đánh giá kết quả dựa vào chất lượng của sẹo mổ, hình thể và kích thước của môi mũi, sự tương thích của môi mũi và quan trọng nhất là sự hài hòa của khuôn mặt.

Chúng tôi đánh giá kết quả sau mổ theo hai nhóm riêng biệt theo lứa tuổi. *Nhóm dưới 16 tuổi:*

+Tốt: Chiều cao mũi và vách ngăn dài hơn trước mổ. Làn môi đỏ, đầy đặn, cân đối không khuyết. Sẹo môi và mũi mờ

+Vừa: Các tiêu chí trên giảm hoặc một yêu cầu không đạt

+Xấu: Không đạt trên 2 các tiêu chí trên.

Nhóm trên 16 tuổi (nhóm chính):

Sẹo: Được đánh giá với 3 mức độ:

+Tốt: Sẹo mịn, nhỏ, màu sắc bình thường

+Vừa: Các tiêu chí trên giảm đi

+Xấu: Sẹo thô, co giúm, màu sắc thay đổi

Môi: Tham khảo thêm số đo của Tiến sĩ Lê Gia Vinh và CS. Nhìn chung, môi đẹp khi môi trên và môi dưới tương thích.

Mũi:

+Tốt: Cao mũi trên 15mm. Vách ngăn mũi trên 7mm, không lệch vẹo. Hướng lỗ mũi chéo. Đỉnh mũi gọn, cánh mũi hai bên đều nhau. Nền lỗ mũi cân đối, không bị khuyết lõm

+ Vừa: Các tiêu chí trên giảm

+ Xấu: Từ 2 tiêu chí trên trở lên không đạt

Sự cân xứng môi trên và môi dưới:

+Tốt: nhìn thẳng môi trên đủ tổ chức, nghiêng: môi trắng và môi đỏ của môi trên ở trước môi dưới hoặc ít nhất ngang bằng với môi dưới.

+Vừa: Nhìn thẳng môi trên hơi lép, nhìn nghiêng môi trắng của môi trên ở sau môi dưới nhưng môi đỏ ngang bằng với môi đỏ môi dưới

+Xấu: Môi trên nằm sau môi dưới khi nhìn nghiêng.

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

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu chỉ được thực hiện khi có sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu và của địa phương. Các quy trình khám đảm bảo vô khuẩn, trong khi khám nếu phát hiện tình trạng bệnh lý về răng miệng các đối tượng sẽ được tư vấn tại chỗ. Kết quả nghiên cứu chỉ sử dụng trong nghiên cứu khoa học chứ không nhằm mục đích gì khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Các kỹ thuật cơ bản áp dụng sửa chữa biến dạng môi

Kỹ thuật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Sửa sẹo xấu đơn thuần	2	6,6
Sử dụng kỹ thuật vật Z,V-Y	19	63,3
Mở toàn bộ sẹo cũ, đóng cơ vòng môi	5	16,6
Sử dụng phương pháp Abbé	4	13,3

Bảng 3.2. Các kỹ thuật cơ bản áp dụng sửa chữa biến dạng mũi

Kỹ thuật		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Kéo dài vách ngăn	Vạt hình đĩa	6	20,0
	Vạt V-Y	7	23,3
	Cắt bỏ da hình vành khuyên	15	50,0

Bảng 3.3. Can thiệp vào vách ngăn mũi

Kỹ thuật		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Bóc tách và khâu dính sụn mũi		18	64,2
Độn khung sụn mũi	Chất liệu tự thân	5	17,9
	Chất liệu nhân tạo	5	17,9

Thu hẹp nền mũi: 21/30 chiếm 70%

Kết quả nhóm dưới 16 tuổi (4 bệnh nhân)

Bảng 3.4. Kết quả kéo dài vách ngăn và nâng đỉnh mũi:

Bệnh Nhân	Cao vách ngăn(mm)		Cao mũi(mm)	
	Trước	Sau	Trước	Sau
1	3	6	10	13
2	2	6	7	11
3	3	5	8	11
4	3	5	11	14
Σ	2.75	5.25	9	12.25

Nhận xét: Vách ngăn mũi cải thiện đáng kể, tăng chiều cao tới gần 50%. Cao mũi cũng tăng 30%.

Bảng 3.5. Kết quả chung nhóm 1:

Đánh giá	Tốt		Vừa		Xấu
Sẹo	3	75%	1	25%	
Môi	3	75%	1	25%	
Mũi	4	100%			
Tương xứng Môi trên-dưới	2	50%	2	50%	

Nhận xét: Kết quả tốt chiếm phần lớn, không có kết quả xấu (tại thời điểm hiện tại).

Kết quả nhóm 2 (26 bệnh nhân)**Bảng 3.6. Kết quả nhóm 2**

Đánh giá	Tốt		Vừa		Xấu	
Sẹo	15	57.7%	11	42.3%		
Môi	14	54.8%	12	46.2%		
Mũi	18	69.2%	8	30.8%		
Tương xứng. Môi trên - dưới	19	73.1%	5	19.2%	2	7.7%

Nhận xét: Tỷ lệ sẹo tốt ở nhóm tuổi trưởng thành (57,7%) thấp hơn hẳn lứa tuổi nhỏ dưới 16 tuổi (75%). Tỷ lệ tương xứng môi trên và môi dưới ở nhóm người trưởng thành (73,3%) cao hơn nhóm dưới 16 tuổi).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về các kỹ thuật sửa chữa biến dạng môi mũi: Không phải tất cả bệnh nhân đều phải sửa cả môi và mũi. Tuy nhiên tỷ lệ chỉ sửa đơn giản ở môi không và mũi không của khe hở môi hai bên là rất thấp. Chỉ có 2 bệnh nhân không phải can thiệp vào mũi (6,6%).

Kỹ thuật sửa chữa biến dạng môi:

- Tiêu chí để mở toàn bộ sẹo cũ và đóng cơ vòng môi như lần mổ đầu được thực hiện trên 5 bệnh nhân (16,6%):

- + Tổ chức máu lõi đủ lớn, chưa bị cắt xén nhiều
- + Tổ chức môi hai bên khe hở không bị thiếu

- Tiêu chí để phẫu thuật chuyển tổ chức môi dưới lên môi trên theo Abbe:

- + Môi trên phẳng, căng, thiếu tổ chức
- + Sẹo môi co rúm, hoặc sẹo cũ chẳng chít.
- + Nhìn nghiêng: Môi trên nằm sau môi dưới

- Số bệnh nhân còn lại chúng tôi sửa chữa biến dạng môi bằng sự kết hợp các phương pháp tạo hình khác nhau trong đó được áp dụng nhiều nhất là vạt chữ Z, vạt V-Y. Các kỹ thuật có thể áp dụng kết hợp nhưng vị trí khác nhau tùy theo từng loại thương tổn (63,3%). Số bệnh nhân sửa sẹo đơn thuần chỉ chiếm 6,6%

Kỹ thuật sửa chữa biến dạng mũi: Biến dạng mũi chiếm tỷ lệ cao tới 93,3%. Số bệnh nhân không can thiệp vào mũi là 2/30 (6,7%).

Điều trị biến dạng mũi luôn phải kết hợp các mục tiêu không thể tách rời:

- + Kéo dài vách ngăn mũi
- + Thu hẹp nền mũi
- + Khâu dính đẩy cao sụn vách và sụn cánh làm đỉnh mũi được nâng cao
- + Có hoặc không tăng cường khung sụn mũi.

Tuy nhiên, sụn mũi luôn bị biến dạng hay thiếu sản nên kỹ thuật kéo dài vách ngăn và bóc tách khâu dính sụn chỉ chiếm 30%.

Số còn lại đều phải hỗ trợ khung sụn mũi bằng chất liệu ghép và kết quả thu được khá tốt

4.2 Kết quả điều trị thì 2

4.2.1 Nhóm 1: Nhóm dưới 16 tuổi

Nhóm này chỉ có 4 bệnh nhân nhưng chúng tôi cũng đưa ra một số nhận xét sau:

- Kết quả mổ thì đầu tương đối tốt: sẹo không xấu, tổ chức môi trên không bị thiếu, biến dạng chủ yếu của môi là khuyết nhẹ môi đỏ và gờ nhân trung 2 bên không đều. Điều này khiến cho kết quả sửa môi rất thuận lợi, tốt đạt 75%.

- Can thiệp vào mũi rất hạn chế nhưng vách ngăn mũi và chiều cao mũi được cải thiện nhiều: vách ngăn kéo dài từ 2 đến 4mm, cao mũi tăng từ 3 đến 4mm, kết quả tốt đạt 100%. Kết quả

này làm cho thì mổ sau, khi trẻ trưởng thành có tiền lượng tốt.

- Tuy nhiên, có 2/4 bệnh nhân có tương quan môi trên và dưới không tốt do xương hàm trên kém phát triển. Kế hoạch tiếp theo của chúng tôi là điều trị nắn hàm kết hợp để hạn chế biến dạng thứ phát.

4.2.2 Nhóm 2: Lứa tuổi trưởng thành

Những biến dạng môi thông thường giống với khe hở môi một bên như khuyết môi đỏ, làn môi đỏ hai bên không đều, nền lỗ mũi hai bên lệch nhau, cung Cupidon lệch vẹo... được chúng tôi áp dụng các kỹ thuật sửa như đã nêu ở trên. Tuy nhiên, khe hở môi hai bên thường tồn tại những biến dạng rất đặc trưng sau:

- Hình ảnh biến dạng mũi: vách ngăn mũi ngăn, đỉnh mũi rộng và thấp, lỗ mũi nằm ngang

- Bất tương xứng giữa môi trên và môi dưới

Sự bất tương xứng chiếm tới 63,3%, có thể do nhiều nguyên nhân: Do thiếu sản xương hàm trên, do môi trên bị mất tổ chức nhiều khi mổ thì đầu.v.v. Kỹ thuật bù tổ chức môi dưới lên môi trên theo Abbe là rất hiệu quả, nó không chỉ thích hợp với những trường hợp thiếu tổ chức môi trên đơn thuần mà còn rất phù hợp với những trường hợp thiếu sản nặng xương hàm đã được nắn chỉnh và ghép xương ổ răng nhưng không đạt kết quả.

Việc chỉnh sửa biến dạng mũi phụ thuộc rất nhiều vào cấu trúc của khung sụn. Nếu sụn mũi không bị thiếu sản, sụn vách ngăn và sụn cánh mũi phát triển bình thường sẽ ít gây biến dạng hình thể ngoài (tỉ lệ này chiếm 20%) chúng tôi chỉ cần bóc tách rời sụn và khâu dính sụn, đẩy chóp mũi lên cao kết hợp với kéo dài vách ngăn và cuộn chân cánh mũi lại.

Những bệnh nhân bị thiếu sản sụn mũi được chúng tôi tăng cường khung sụn bằng chất liệu độn cả sống mũi và vách ngăn sao cho khung đỡ đủ khoẻ để nâng cao đỉnh mũi và duy trì được độ dài vách ngăn mũi do tổ chức da vách ngăn đã được kéo dài. Chất liệu độn tùy thuộc vào sự lựa chọn của bệnh nhân như xương mào chấu, sụn vành tai (tỷ lệ là 17,8%) hoặc khung sụn nhân tạo bằng Silicon (chiếm 17,8%). Thường thì bệnh nhân thích chọn vật liệu Silicon do không muốn chịu đựng thêm một phẫu thuật lấy chất liệu độn, còn chúng tôi cũng ủng hộ quyết định này vì vật liệu nhân tạo luôn có hình dáng thích hợp và khối lượng vật liệu độn cũng chủ động được.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật sửa chữa thì hai sau tạo hình thì đầu bằng phương pháp Veau là cần thiết giúp cải thiện các biến dạng môi mũi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Hoà.** *Nhận xét phẫu thuật sửa thì 2 khe hở môi trên bẩm sinh.* Luận văn chuyên khoa cấp 2, chuyên ngành RHM. Đại học Y Hà nội. 2001
2. **Lê Đức Tuấn.** *Nghiên cứu sửa chữa những biến dạng môi mũi sau phẫu thuật khe hở môi một bên bẩm sinh.* Luận án tiến sỹ Y Học. Viện nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108. 2004
3. **Bagatin M, Larrabee WF Jr.** *Secondary reconstruction of the bilateral cleft lip: a technique that emphasizes the importance of nasalis muscle.* *Facial Plast Surg.* 1996;4:413-421.
4. **Gadda Y.A. and Robert A.H.:** *Bilateral cleft lip: Plastic surgery St. Louis, Mosby, Inc., 769, 2000.*
5. **Mulliken J.B.:** *Repair of bilateral complete cleft lip and nasal deformity. A state of the art.* *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 37 (4): 342, 2000.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA HỌC SINH TRƯỜNG TRUNG CẤP Y TẾ BẮC GIANG NĂM 2016

Nguyễn Thị Thu*, Phạm Văn Phú**, Nguyễn Quang Dũng**

TÓM TẮT

Đảm bảo tình trạng dinh dưỡng (TTDD) tốt đóng vai trò quan trọng đối với sức khỏe của học sinh/sinh viên. Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên

*Trường trung cấp y tế Bắc Giang

**Viện Đào tạo YHDP & YTCC, Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu

Email: nguyenthubg98@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 2.8.2017

Ngày duyệt bài: 18.8.2017

400 học sinh chính quy trường trung cấp y tế Bắc Giang nhằm đánh giá TTDD và một số yếu tố liên quan. Đối tượng được cân và đo chiều cao, và phỏng vấn bằng bộ câu hỏi thiết kế theo tài liệu hướng dẫn đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành dinh dưỡng của FAO-2014. TTDD được đánh giá và phân loại dựa vào chỉ số BMI theo hướng dẫn của WHO. Chiều cao, cân nặng, chỉ số BMI trung bình ở học sinh nam lần lượt là $168,4 \pm 5,5$ (cm); $56,6 \pm 8,6$ (kg) và $19,9 \pm 2,6$ (kg/m²). Các chỉ số này ở nữ là $157,2 \pm 5,4$ (cm); $47,4 \pm 5,7$ (kg) và $19,2 \pm 2,0$ (kg/m²). Tỷ lệ học sinh bị thiếu năng lượng trường diễn chiếm 37,5%, thừa cân/béo phì chiếm 1,8%. Thiếu năng lượng trường

diễn ở học sinh có liên quan đến kiến thức về nguyên nhân và biện pháp phòng chống thiếu năng lượng trường diễn. Thiếu năng lượng trường diễn là vấn đề khá phổ biến ở học sinh trường trung cấp y tế Bắc Giang, cần tiến hành các biện pháp tư vấn cung cấp kiến thức, giải pháp giúp cải thiện TTDD cho nhóm đối tượng này.

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS AND ASSOCIATED FACTORS AMONG STUDENTS OF BAC GIANG SECONDARY MEDICAL SCHOOL IN 2016

Ensuring good nutritional status plays important roles for the students's health. The descriptive, cross-sectional study conducted on 400 students of Bac Giang secondary medical school aims at assessing nutritional status and associated factors. Body weight and height were measured, subjects were interviewed using the questionnaire designed based on the guidelines for assessing nutrition-related knowledge, attitude, and practices of FAO-2014. Average height, weight, BMI of males were 168.4 ± 5.5 (cm); 56.6 ± 8.6 (kg) and 19.9 ± 2.6 (kg/m²), respectively. Those indicators of females were 157.2 ± 5.4 (cm); 47.4 ± 5.7 (kg) and 19.2 ± 2.0 (kg/m²), respectively. The prevalence of chronic energy deficiency (CED) was 37.5%, overweight/obesity was 1.8%. CED was associated with knowledge on causes, methods of prevention and control for CED. Chronic energy deficiency is relatively common among students in Bac Giang secondary medical school, it is necessary to provide knowledge and solutions for improving nutritional status of this target group.

Keywords: nutritional status, associated factors, overweight, obesity, chronic energy deficiency

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng dinh dưỡng (TTDD) phản ánh sự cân bằng, hợp lý của chế độ ăn uống và tình trạng sức khỏe. Khi cơ thể có TTDD không tốt (thiếu hoặc thừa chất dinh dưỡng) là thể hiện có vấn đề về sức khỏe hoặc có vấn đề về dinh dưỡng hoặc cả hai. Hậu quả của thiếu năng lượng trường diễn ở người trưởng thành là giảm khả năng lao động, tăng số ngày nghỉ việc, tăng nguy cơ bệnh tật và tử vong. Trong khi đó, thừa cân/béo phì là một trong những nguy cơ chính của các bệnh mạn tính không lây như bệnh mạch vành, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh sỏi mật, ung thư.

Sinh viên là đối tượng cần được quan tâm khi đề cập tới vấn đề dinh dưỡng và sức khỏe bởi đây là giai đoạn đầu tiên của thời kỳ trưởng thành, độ tuổi mà cơ thể có thể vẫn tiếp tục hoàn thiện và phát triển, đây cũng là độ tuổi sinh sản ở phụ nữ. Mọi lệch lạc trong dinh dưỡng đều có thể dẫn tới những ảnh hưởng không nhỏ, để lại hậu quả lâu dài cho sức khỏe, thể lực, khả năng học tập và lao động, thậm chí ảnh hưởng

tới cả chất lượng thai nhi. Do đó, việc nghiên cứu đánh giá TTDD và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến TTDD của sinh viên là rất cần thiết, giúp cung cấp các bằng chứng khoa học để đưa ra những giải pháp can thiệp kịp thời, hiệu quả.

Trong những năm gần đây, đã có một vài nghiên cứu về TTDD ở sinh viên [1, 4, 5, 6, 7], nhưng chưa có nghiên cứu nào được tiến hành ở học sinh trung cấp chuyên nghiệp tại trường trung cấp y tế Bắc Giang, tỉnh Bắc Giang. Do đó, nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá TTDD và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến TTDD của học sinh trường trung cấp y tế Bắc Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu, đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên học sinh ngành điều dưỡng, y sĩ hệ chính quy tại trường trung cấp y tế Bắc Giang, tỉnh Bắc Giang. Tiêu chuẩn chọn đối tượng: các học sinh đang học tập tại trường, đồng ý tham gia nghiên cứu, không có các dị tật ảnh hưởng đến hình dáng cơ thể như gù, vẹo cột sống hoặc các dị tật bẩm sinh ảnh hưởng đến nhân trắc. Thời gian thu thập số liệu: tháng 10-11, năm 2016.

2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Ước tính $p=0,274$. Với sai số tuyệt đối mong muốn $d=0,045$ và ở độ tin cậy 95% ($Z_{(1-\alpha/2)}=1,96$), số học sinh tối thiểu cần nghiên cứu là 378. Cỡ mẫu thực tế nghiên cứu được làm tròn là 400 học sinh. Tiến hành lập danh sách học sinh ngành điều dưỡng, y sĩ chính quy tại Trường trung cấp y tế Bắc Giang. Tổng số có 820 học sinh, sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống để chọn đối tượng cho nghiên cứu.

2.3. Thu thập số liệu

Cân nặng: cân nặng của học sinh được đo bằng cân điện tử TANITA, độ chính xác 0,1kg. Kết quả được đo bằng kg, với 1 số lẻ.

Chiều cao: chiều cao được đo bằng thước Microtoise của Pháp với độ chính xác 0,1 cm trong khi đối tượng ở tư thế đứng. Kết quả được đo bằng cm, với 1 số lẻ.

2.4. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng: TTDD của học sinh được đánh giá dựa vào chỉ số BMI, phân loại dựa vào bảng phân loại TTDD người trưởng thành.

Tình trạng dinh dưỡng	Chỉ số BMI(kg/m ²)
CED	< 18,5
CED độ 1	17,00 – 18,49

CED độ 2	16,00 – 16,99
CED độ 3	< 16,00
Bình thường	18,50 – 24,99
Thừa cân	25,00 – 29,99
Tiền béo phì	25,00 – 29,99
Béo phì	≥ 30,00
Béo phì độ 1	30,00 – 34,99
Béo phì độ 2	35,00 – 39,99
Béo phì độ 3	≥ 40,00

Kiến thức, thái độ về CED của học sinh được đánh giá dựa theo hướng dẫn đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành dinh dưỡng của FAO-2014 [2]:

2.5. Xử lý số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. Phân tích bằng phần mềm STATA 13.0. Kiểm định sự khác biệt giữa các tỷ lệ bằng các test thống kê χ^2 -test hoặc Fisher's exact test, nếu $p < 0,05$ được coi là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (YNTK).

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Tuổi và một số đặc điểm nhân trắc của đối tượng nghiên cứu

Tuổi và chỉ số nhân trắc	Nam (n = 126)		Nữ (n = 274)	
	TB $\pm$ SD	(Min-Max)	TB $\pm$ SD	(Min-Max)
Tuổi (năm)	21,5 $\pm$ 3,0	18,0 – 38,0	20,4 $\pm$ 2,0	18,0 – 34,0
Cân nặng (kg)	56,6 $\pm$ 8,6	40,1 – 99,5	47,4 $\pm$ 5,7	36,5 – 71,4
Chiều cao (cm)	168,4 $\pm$ 5,5	150,3 – 180,2	157,2 $\pm$ 5,4	142,3 – 175,2
BMI (kg/m ²)	19,9 $\pm$ 2,6	13,8 – 32,5	19,2 $\pm$ 2,0	14,5 – 26,4

Độ tuổi trung bình của nam giới trong nghiên cứu là 21,5 $\pm$ 3,0; tuổi trung bình của nữ giới trong nghiên cứu là 20,4 $\pm$ 2,0.

Chiều cao, cân nặng, chỉ số BMI trung bình ở học sinh nam lần lượt là 168,4 $\pm$ 5,5 (cm); 56,6 $\pm$ 8,6 (kg) và 19,9 $\pm$ 2,6 (kg/m²). Các chỉ số này ở nữ đều thấp hơn, lần lượt là 157,2 $\pm$ 5,4 (cm); 47,4 $\pm$ 5,7 (kg) và 19,2 $\pm$ 2,0 (kg/m²).

Bảng 2. Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số BMI

Phân loại TTDD	Nam (n = 126)		Nữ (n = 274)		Chung (n = 400)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
CED độ 3	2	1,6	7	2,6	9	2,2
CED độ 2	8	6,3	20	7,3	28	7
CED độ 1	31	24,6	82	29,9	113	28,3
Bình thường	80	63,5	163	59,5	243	60,7
Thừa cân (BMI từ 25-30)	4	3,2	2	0,7	6	1,5
Béo phì độ 1 (BMI 30-34,99)	1	0,8	0	0,0	1	0,3
Béo phì độ 2 (BMI 35-39,99)	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Béo phì độ 3 (BMI $\geq$ 40)	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tổng	126	100,0	274	100,0	400	100,0

Tỷ lệ học sinh có TTDD bình thường chiếm 60,7%, CED chiếm 37,5% (trong đó chủ yếu là CED độ 1, chiếm 28,3%). Thừa cân/béo phì chiếm tỷ lệ thấp (1,8%).

Tỷ lệ CED ở nữ là 39,8%, trong đó chủ yếu là CED độ 1: 29,9%. Tỷ lệ CED ở nam là 32,5%, trong đó CED độ 1 chiếm 24,6%. Ngược lại tỷ lệ thừa cân/béo phì ở nam lại cao hơn ở nữ: 4% so với 0,7%.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng CED của học sinh

Các yếu tố liên quan		CED		Không CED		p (χ^2 test)
		n	%	n	%	
Khu vực	Thành thị	21	29,2	51	70,8	>0,05
	Nông thôn	129	39,3	199	60,7	
Chỗ ở hiện tại	Sống cùng gia đình/người thân	75	35,4	137	64,6	>0,05
	Thuê trọ/ký túc xá	75	39,9	113	60,1	
Kiến thức về phòng chống CED	Biết	131	87,3	197	78,8	<0,05
	Không biết	19	12,7	53	21,2	
Kiến thức về nguyên nhân CED	Biết	128	85,3	193	77,2	<0,05
	Không biết	22	14,7	57	22,8	
Kiến thức về biểu hiện của CED	Biết	137	91,3	215	86,0	>0,05
	Không biết	13	8,7	35	14,0	
Thái độ liên quan tới việc muốn bị CED	Muốn/ bình thường	3	2,0	14	5,6	>0,05
	Không muốn	147	98,0	236	94,4	
Thái độ liên quan	Không nghiêm trọng/ bình	29	19,3	54	21,6	>0,05

tối đánh giá mức độ nghiêm trọng của CED	thường					
	Nghiêm trọng	121	80,7	196	78,4	

Tỷ lệ học sinh khu vực nông thôn bị CED là 39,3%. Trong khi ở khu vực thành phố, tỷ lệ này là 29,2%. Học sinh sống thuê trọ hoặc ở ký túc xá có tỷ lệ CED cao hơn học sinh sống cùng gia đình/người thân: 39,9% so với 35,4%. Tuy nhiên những sự khác biệt này đều không có YNTK ($p > 0,05$). Những học sinh bị CED biết về các kiến thức về phòng chống CED, nguyên nhân CED cao hơn nhóm học sinh không bị CED, sự khác biệt này là có YNTK ($p < 0,05$). Tương tự như vậy, nhóm học sinh bị CED cũng có kiến thức về các biểu hiện của CED tốt hơn nhóm không bị CED: 91,3% so với 86,0%, nhưng sự khác biệt này là không có YNTK.

Tỷ lệ không muốn bị CED ở nhóm đã bị CED là 98% nhóm không bị CED là 94,4% ($P > 0,05$). Tỷ lệ thấy vấn đề CED là nghiêm trọng ở nhóm đã bị CED là 80,7% và nhóm không bị CED là 78,4% ($P > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Cân nặng và chiều cao của học sinh:

Bảng dưới đây là kết quả chiều cao, cân nặng trung bình của một số nghiên cứu thực hiện trong thời gian gần đây cũng trên đối tượng sinh viên và kết quả chiều cao trung bình của thanh niên Việt Nam 20-24 tuổi theo tổng điều tra dinh dưỡng 2010.

Trong nghiên cứu này, chiều cao, cân nặng trung bình của học sinh nam là $168,4 \pm 5,5$ cm và $56,6 \pm 8,6$ kg, của nữ sinh lần lượt là $157,2 \pm 5,4$ cm và $47,4 \pm 5,7$ kg. Kết quả về chiều cao của cả 2 giới trong nghiên cứu này cao hơn so với kết quả tổng điều tra dinh dưỡng 2010 [3] và một số nghiên cứu khác như của Nguyễn Thị Mai trên sinh viên trường đại học kỹ thuật y tế Hải Dương [1], Ninh Thị Nhung và cộng sự trên sinh viên 2 trường tại Nam Định [5]. Chiều cao các học sinh tại trường trung cấp y tế Bắc Giang tương đương với chiều cao của đối tượng nghiên cứu của Bùi Thị Thúy Quyên [4] trên sinh viên Y2 trường Đại học Y Hà Nội và nghiên cứu của Nguyễn Thị Đan Thanh [6] trên sinh viên Y1 và Y4 Trường Đại học Y Phạm Ngọc Thạch - Tp Hồ Chí Minh. Điều này gợi ý rằng, chiều cao của sinh viên đã đang dần được cải thiện.

Về cân nặng của cả 2 giới, kết quả trong nghiên cứu này tương tự như trong các nghiên cứu của Bùi Thị Thúy Quyên [4], Ninh Thị Nhung và Phạm Thị Hòa [5], Nguyễn Thị Hiếu [7] đối với nữ; cao hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai [1] nhưng thấp hơn trong nghiên cứu

trên nhóm sinh viên có hộ khẩu tại Tp. Hồ Chí Minh của Nguyễn Thị Đan Thanh và cộng sự [6]. Sự khác biệt này có thể do các nghiên cứu khác nhau về địa điểm và thời gian nghiên cứu, tuy nhiên cũng gợi ý rằng, kinh tế xã hội là yếu tố có ảnh hưởng tới cân nặng của sinh viên.

4.2. Thiếu năng lượng trường diễn, thừa cân/béo phì của học sinh

Trên tổng số 400 học sinh được nghiên cứu, có 37,5% học sinh bị CED, trong đó CED độ 1 là 28,3%, CED độ 2 là 7% và CED độ 3 là 2,2%. Kết quả này đều cao hơn so với nghiên cứu của 1 số tác giả [1,5,6]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai và cộng sự trên sinh viên Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương cho thấy tỷ lệ CED ở nam là 24,0%, ở nữ là 29,1% [1]. Tỷ lệ CED ở nữ trong nghiên cứu này là 39,8%, cũng cao hơn trong nghiên cứu đánh giá TTDD của nữ sinh năm thứ nhất - Trường cao đẳng Y tế Hà Nội năm 2015: tỷ lệ CED là 36,7% [7]. Sự khác biệt về kinh tế xã hội có thể là lý do góp phần làm tỷ lệ học sinh bị CED trong nghiên cứu này cao hơn so với các nghiên cứu tại các khu vực khác.

CED của học sinh trong nghiên cứu chủ yếu ở mức độ nhẹ, nhưng chắc chắn có ảnh hưởng nhất định tới năng suất lao động, tăng nguy cơ mắc bệnh, tử vong. Điều này gợi ý vẫn cần tìm hiểu kỹ hơn nguyên nhân và có biện pháp can thiệp giúp hạ thấp tỷ lệ CED cho học sinh. Đặc biệt, đối tượng trong nghiên cứu này phần lớn đều ở lứa tuổi đầu của thời kỳ trưởng thành, là lực lượng lao động nòng cốt, là hạt nhân của nền kinh tế nước nhà. TTDD của bà mẹ trước khi mang thai có thể ảnh hưởng tới TTDD của con. Giảm tỷ lệ CED ở đối tượng này có thể cải thiện TTDD của bản thân đối tượng, đồng thời có thể gián tiếp giúp hạ thấp tỷ lệ SDD ở trẻ em.

Nghiên cứu này thấy rằng tỷ lệ CED ở nữ là 39,8% cao hơn ở nam là 32,5%, ngược lại tỷ lệ thừa cân/béo phì ở nam lại cao hơn ở nữ (4% so với 0,7%). Tỷ lệ CED ở nữ cao hơn nam có thể do nữ giới có một số hành vi dinh dưỡng không hợp lý như thường ăn vặt, nhịn ăn hoặc ăn ít, để dành tiền cho nhu cầu khác như quần áo, làm đẹp hoặc để giữ vóc dáng với các nhận định sai lầm về hình thể như nữ phải gầy mới là đẹp. Điều này cũng đã được chứng minh trong nghiên cứu của Bùi Thị Thúy Quyên trên sinh viên năm thứ 2 Đại học Y Hà Nội: khả năng đánh giá TTDD của sinh viên về bản thân có sự khác biệt giữa nam và nữ ($p < 0,05$), sinh viên nữ gây cho

rằng mình bình thường, sinh viên nữ bình thường lại cho rằng mình thừa cân [4].

4.3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng CED của học sinh

Tỷ lệ CED ở học sinh khu vực nông thôn là 39,3%, trong khi ở khu vực thành phố, tỷ lệ này là 29,2%. Sự khác biệt về kinh tế xã hội, thu nhập, khả năng tiếp cận thực phẩm giàu dinh dưỡng có thể là những yếu tố tạo nên sự khác biệt về tình hình CED của học sinh ở 2 khu vực. Mặt khác, học sinh ở trọ/ký túc xá, sống xa gia đình, tự chủ về chi tiêu cũng như về thời gian ăn, loại thức ăn, lượng ăn, nơi ăn, sự thay đổi thói quen ăn uống, góp phần làm cho tỷ lệ CED ở nhóm học sinh này cao hơn so với nhóm học sinh sống cùng gia đình/người thân.

Kết quả nghiên cứu cho thấy học sinh bị CED biết về các kiến thức liên quan đến nguyên nhân, biện pháp phòng chống CED cao hơn nhóm học sinh không bị CED ($p < 0,05$). Nhóm học sinh bị CED cũng có kiến thức về các biểu hiện của CED tốt hơn nhóm không bị CED ($p > 0,05$). Từ kết quả này có thể thấy, học sinh có xu hướng thụ động, chỉ quan tâm, tìm hiểu kiến thức về CED khi bản thân mình bị CED. Do đó, cần giúp các em đánh giá đúng TTDD của bản thân từ sớm, trang bị cho học sinh kiến thức, thái độ dinh dưỡng. Dựa vào đó, các em có thực hành dinh dưỡng đúng, giúp phòng tránh các vấn đề sức khỏe liên quan tới dinh dưỡng, có sức khỏe tốt ưu để học tập và lao động.

V. KẾT LUẬN

- Chiều cao, cân nặng, chỉ số BMI trung bình ở học sinh nam lần lượt là $168,4 \pm 5,5$ (cm);

$56,6 \pm 8,6$ (kg) và $19,9 \pm 2,6$ (kg/m²). Các chỉ số này ở nữ là $157,2 \pm 5,4$ (cm); $47,4 \pm 5,7$ (kg) và $19,2 \pm 2,0$ (kg/m²).

- Tỷ lệ học sinh có TTDD bình thường chiếm 60,7%, CED chiếm 37,5%, thừa cân/béo phì chiếm 1,8%.

- Tình trạng CED của học sinh có liên quan đến kiến thức về nguyên nhân và biện pháp phòng chống CED.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Mai (2011). Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan tới tình trạng dinh dưỡng của sinh viên trường Đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương năm 2011, Luận văn thạc sỹ, Đại học Y HN.
2. Food and Agriculture Organization of the United Nations (2014). Guidelines for assessing nutrition-related Knowledge, Attitudes and Practices 2014.
3. Bộ Y tế, Viện Dinh dưỡng (2010). Tổng điều tra dinh dưỡng 2009-2010, Nhà xuất bản Y học.
4. Bùi Thị Thúy Quỳnh (2011). Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của sinh viên Y2 Trường Đại học Y Hà Nội - năm 2011, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ y khoa, Đại học Y Hà Nội.
5. Ninh Thị Nhung, Phạm Thị Hòa (2013). Tình trạng dinh dưỡng của sinh viên hệ chính quy tại hai trường đại học, trung cấp tỉnh Nam Định năm 2012. Tạp chí Y học thực hành; Số 5 (870): 93-96.
6. Nguyễn Thị Đan Thanh, Phạm Văn Phú, Lê Danh Tuyên (2015). Tình trạng dinh dưỡng của sinh viên Y1 và Y4 Trường đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch năm 2014. Tạp chí Y học dự phòng; tập XXV, số 6(166): 182.
7. Nguyễn Thị Hiếu, Bùi Văn Dũng, Nguyễn Khánh Chi và cộng sự (2016). Đánh giá tình trạng dinh dưỡng, kiến thức và thực hành về dinh dưỡng của nữ sinh năm thứ nhất, Trường cao đẳng Y tế Hà Nội, năm 2015. Tạp chí Y học thực hành; số 990: 108-112.

NHẬN XÉT TÌNH TRẠNG ĐỘT BIẾN GEN KRAS CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phạm Cẩm Phương*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tình trạng đột biến gen KRAS trên bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp nghiên cứu:** 212 mẫu bệnh phẩm (mẫu mô sau phẫu thuật hoặc sinh thiết), chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là ung thư đại trực tràng được xác định đột biến gen

KRAS bằng kit KRAS XL StripAssay® (ViennaLab). **Kết quả:** Tỷ lệ đột biến gen KRAS là 40,6% (86/212 bệnh phẩm), tập trung chủ yếu ở codon 12 (chiếm 73,9% tổng số đột biến). **Kết luận:** Kết quả phân tích đột biến gen KRAS trên bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Bạch Mai tương tự nhiều nghiên cứu khác tại Việt Nam và trên thế giới.

Từ khóa: Ung thư đại trực tràng, đột biến gen KRAS, KRAS XL StripAssay®.

SUMMARY

THE DETERMINATION OF KRAS MUTATIONS IN COLORECTAL CANCER AT BACH MAI HOSPITAL

*TT y học hạt nhân và ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Cẩm Phương
Email: phamcamphuong@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.6.2017
Ngày phản biện khoa học: 28.7.2017
Ngày duyệt bài: 10.8.2017

Abstract: Objectives: To determine the *KRAS* mutation status in colorectal cancer at Bach Mai Hospital. **Methods:** 212 formalin-fixed, paraffin-embedded specimens (needle biopsy and surgical specimens) of colorectal cancer patients were tested for *KRAS* mutations using *KRAS* XL StripAssay® (ViennaLab). **Results:** 86 of 212 specimens had *KRAS* mutations (40.6%), mutations in codon 12 is most common (73.9%). **Conclusion:** The results of *KRAS* mutations determination in colorectal cancer at Bach Mai Hospital were similar to other studies in Vietnam and over the world.

Keywords. Colorectal cancer, *KRAS* mutation, *KRAS* XL StripAssay®.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một trong những loại ung thư có tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong cao nhất. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 10,1/100.000 dân, đứng thứ sáu trong các bệnh ung thư (theo GLOBOCAN 2012). Các phương pháp điều trị ung thư đại trực tràng bao gồm phẫu thuật, xạ trị, hóa trị và điều trị đích, trong đó có các kháng thể đơn dòng kháng thụ thể yếu tố tăng trưởng biểu bì (epidermal growth factor receptor – EGFR). Các nghiên cứu đã chứng minh kháng thể đơn dòng kháng EGFR (cetuximab, panitumumab...) có hiệu quả hơn ở những bệnh nhân ung thư đại trực tràng không có đột biến *KRAS* so với những bệnh nhân mang đột biến *KRAS*. Vì vậy, xét nghiệm đột biến gen *KRAS* có vai trò quan trọng trong chỉ định các kháng thể đơn dòng như cetuximab, panitumumab... cho bệnh nhân ung thư đại trực tràng [1].

III. KẾT QUẢ

Bảng 3. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Yếu tố	Tiêu chí	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 50	45	21,2
	> 50	167	78,8
Giới tính	Nam	115	54,2
	Nữ	97	45,8
Vị trí u nguyên phát	Đại tràng	130	61,3
	Trực tràng	82	38,7
Vị trí lấy mẫu	Đại tràng	121	57,1
	Trực tràng	78	36,8
	Di căn	13	6,1
Phương pháp lấy mẫu	Sinh thiết	48	22,6
	Phẫu thuật	164	77,4
Tổng số bệnh nhân		212	100

Nhận xét: Bệnh nhân xét nghiệm đột biến gen *KRAS* có tỷ lệ nam cao hơn nữ (54,2% so với 45,8%), đa số trên 50 tuổi (chiếm 78,8%). Vị trí u nguyên phát phần lớn ở đại tràng (61,3%). Bệnh phẩm xét nghiệm được lấy đa phần từ đại tràng (57,1%), lượng mẫu từ cơ quan di căn rất ít (6,1%), bệnh phẩm chủ yếu thu nhận bằng phẫu thuật (77,4%).

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến đột biến gen *KRAS*

Yếu tố	Tiêu chí	Số bệnh nhân	Đột biến	Tỷ lệ (%)	p
Tuổi	≤ 50	45	15	33,3	0,346
	> 50	167	71	42,5	

Từ tháng 11/2014, Đơn vị Gen – Tế bào gốc, Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai đã ứng dụng thường quy xét nghiệm đột biến gen *KRAS* cho bệnh nhân ung thư đại trực tràng. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá tỷ lệ đột biến gen *KRAS* trên bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Bạch Mai, đồng thời đánh giá mối liên quan giữa tỷ lệ đột biến gen và một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 212 bệnh nhân ung thư đại trực tràng được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11 năm 2014 đến tháng 7 năm 2017. Các mẫu bệnh phẩm (mẫu mô sau phẫu thuật hoặc sinh thiết) được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học tại Trung tâm Giải phẫu bệnh và Tế bào học, sau đó được xét nghiệm đột biến gen *KRAS* tại Đơn vị Gen – Tế bào gốc, Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu

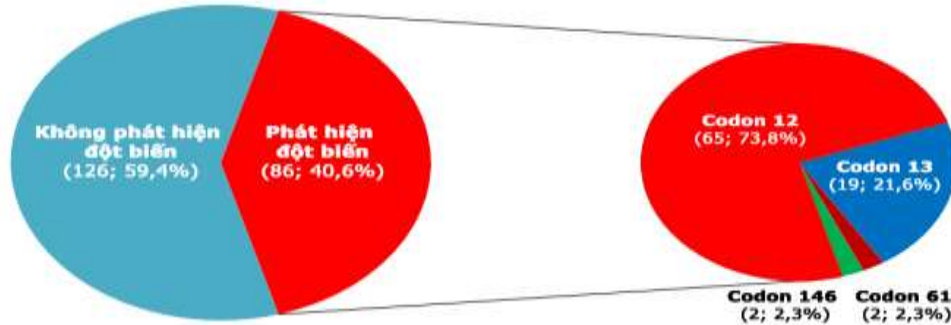
+ Thu thập các thông tin về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, giai đoạn bệnh của bệnh nhân theo một mẫu thu thập thông tin thống nhất.

+ Xét nghiệm đột biến gen *KRAS* bằng phương pháp PCR đặc hiệu alen kết hợp lai đầu dò (kit *KRAS* XL StripAssay®, ViennaLab)

+ **Xử lý số liệu:** sử dụng phần mềm SPSS 16.0

Giới tính	Nam	115	37	32,2	0,01
	Nữ	97	49	50,5	
Vị trí u nguyên phát	Đại tràng	130	49	37,7	0,46
	Trực tràng	82	37	45,1	
Vị trí lấy mẫu	Đại tràng	121	47	38,8	0,022
	Trực tràng	78	29	37,2	
	Di căn	13	10	76,9	
Phương pháp lấy mẫu	Sinh thiết	48	17	35,4	0,5
	Phẫu thuật	164	69	42,1	

Nhận xét: Mẫu bệnh phẩm thu nhận từ các vị trí di căn nói chung có tỷ lệ đột biến gen cao nhất (76,9%)



Hình 1. Kết quả xác định đột biến gen KRAS

Nhận xét: Có 86/212 bệnh nhân được phát hiện đột biến gen KRAS (chiếm 40,6%), trong đó 2 bệnh nhân mang đồng thời 2 đột biến. Tỷ lệ đột biến gen KRAS trên codon 12 chiếm ưu thế (73,8%), trong khi đột biến ở codon 61 và 146 hiếm gặp (2,3% mỗi loại).

IV. BÀN LUẬN

Ở các tế bào ung thư đại trực tràng, các con đường tín hiệu phụ thuộc EGFR thường được kích hoạt. Theo con đường này, yếu tố tăng trưởng biểu mô liên kết với EGFR, từ đó hoạt hóa protein RAS và truyền tín hiệu qua các con đường khác nhau: qua RAF, MAPK để kiểm soát sự tăng sinh và biệt hóa; qua PI3K, AKT, mTOR giúp tế bào duy trì khả năng sống sót, không đi vào chết theo chương trình,... Vì vậy một trong những hướng điều trị ung thư đại trực tràng hiệu quả là ngăn chặn sự kết hợp giữa yếu tố tăng trưởng và thụ thể của nó, đó chính là cơ chế hoạt động của các kháng thể đơn dòng như cetuximab, panitumumab.... Tuy nhiên, nếu gen *KRAS* bị đột biến thì protein KRAS có khả năng tự hoạt hóa, kích thích con đường tín hiệu nội bào mà không phụ thuộc tín hiệu từ EGFR, do đó các thuốc kháng EGFR nếu được dùng sẽ không có hiệu quả [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 212 bệnh nhân ung thư đại trực tràng, tỷ lệ đột biến gen *KRAS* là 40,6%, tương tự với các nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam (tỷ lệ đột biến trong các nghiên cứu nhìn chung khoảng 30–45%, cơ sở dữ liệu COSMIC ghi nhận tỷ lệ 37%) [2], [3], [4]. Tỷ lệ các loại đột biến cũng có sự chênh lệch khá lớn. Theo kết quả xét nghiệm tại bệnh viện

Bạch Mai, đột biến tại codon 12 chiếm ưu thế (73,9%), tiếp theo là tại codon 13 (21,6%), đột biến tại codon 61 và 146 khá hiếm gặp (mỗi loại chỉ chiếm 2,3% mẫu). Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Bệnh viện K khi đột biến tại codon 13 chiếm ưu thế (66,7%), nhưng tương tự với hầu hết các nghiên cứu khác trên thế giới (tỷ lệ đột biến tại codon 12 khoảng 65–80%) [2], [3], [4].

Về mối liên quan giữa tỷ lệ đột biến gen *KRAS* và các chỉ số sinh học, đột biến thường gặp ở nữ giới hơn (50,5%, cao hơn 1,6 lần tỷ lệ ở nam giới với $p < 0,05$). Tỷ lệ này có sự khác biệt về nhóm tuổi (độ tuổi trên 50 thường gặp hơn độ tuổi từ 50 trở xuống), vị trí u nguyên phát (thường gặp ở bệnh nhân ung thư trực tràng hơn ung thư đại tràng) và phương pháp thu nhận mẫu (bệnh phẩm phẫu thuật có tỷ lệ đột biến cao hơn bệnh phẩm sinh thiết), tuy nhiên những sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Những mẫu thu nhận từ các vị trí di căn nói chung (hạch ổ bụng, phổi, gan...) có tỷ lệ đột biến gen tới 76,9%, cao hơn mẫu u nguyên phát (dưới 40%, với $p < 0,05$). Kết quả đó cho thấy ở những nơi di căn, tế bào ung thư có khả năng tích lũy đột biến gen *KRAS* (và một số gen khác liên quan đến con đường truyền tin tế bào) mạnh hơn, từ đó có độ ác tính cao hơn so với tại u nguyên phát. Do vậy, xét nghiệm này

nên được ưu tiên thực hiện đối với các mẫu di căn để xác định được chính xác tình trạng đột biến gen của bệnh nhân, từ đó bác sỹ lâm sàng có thể lựa chọn phác đồ điều trị phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Kết quả phân tích đột biến gen *KRAS* trên 212 bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Bạch Mai theo kit *KRAS* XL StripAssay® cho thấy tỷ lệ đột biến gen *KRAS* là 40,6%, trong đó đột biến ở codon 12 chiếm tỷ lệ cao nhất (73,9% tổng số đột biến), đột biến ở codon 61 và 146 tương đối ít gặp (2,3% mỗi loại). Tỷ lệ đột biến gen ở bệnh nhân nữ cao hơn nam, thường phát hiện ở mẫu thu nhận từ cơ quan di căn hơn so với mẫu thu nhận từ u nguyên phát, tỷ lệ này không phụ thuộc độ tuổi, vị trí u nguyên phát hay phương pháp thu nhận bệnh phẩm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tan C and Du X (2012). *KRAS* mutation testing in metastatic colorectal cancer. *World Journal of Gastroenterology* 18(37): 5171–5180.
2. Loupakis F, Ruzzo A, et al. (2009). *KRAS* codon 61, 146 and *BRAF* mutations predict resistance to cetuximab plus irinotecan in *KRAS* codon 12 and 13 wild-type metastatic colorectal cancer. *British Journal of Cancer* 101: 715–721.
3. Parsons BL and Myers MB (2013). Personalized cancer treatment and the myth of *KRAS* wild-type colon tumors. *Discovery Medicine* 15(83): 259–267.
4. Vương Diệu Linh, Nguyễn Ngọc Quang, Nguyễn Phi Hùng (2014). Phân tích đột biến gen *K-ras* trên bệnh nhân ung thư đại trực tràng bằng kỹ thuật giải trình tự tự động. *Tạp chí Ung thư học* 4: 138–143.
5. Rosty C, Young JP, et al. (2013). Colorectal carcinomas with *KRAS* mutation are associated with distinctive morphological and molecular features. *Modern Pathology* 26(6): 825–834.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ SA SINH DỤC TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Hoàng Thị Thu Huyền*, Hồ Sỹ Hùng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm các bệnh nhân sa sinh dục và kết quả phẫu thuật điều trị sa sinh dục tại Bệnh viện phụ sản Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả tiến cứu 122 bệnh nhân sa sinh dục được phẫu thuật tại bệnh viện phụ sản Trung ương, trong thời gian từ 01/06/2016 đến 30/03/2017. **Kết quả:** tuổi trung bình là 62,7 tuổi; nhóm tuổi từ 50 đến 69 chiếm 77,9%. Thời gian bị bệnh trung bình là 4,8 năm. Bệnh nhân sa sinh dục độ III chiếm 80,3%, có 24 trường hợp sa sinh dục độ II chiếm 19,7%. 66/122 bệnh nhân có 3-4 lần sinh, chiếm 54,1%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 61,4 phút; không có tai biến trong quá trình phẫu thuật, tỷ lệ biến chứng sau mổ là 6,6%. Thời gian hậu phẫu trung bình là 5,8 ngày. **Kết luận:** Hầu hết bệnh nhân đều ở độ tuổi mãn kinh, sinh trên 3 con và mắc sa sinh dục độ III. 93,4% được phẫu thuật Crossen và kết quả tốt sau mổ.

SUMMARY

EVALUATION RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PROLAPUS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Aim: access characteristics of prolapsus patients and

results of surgical treatment of prolapsus at the National Hospital of obstetrics and gynecology. **Objectives and methodology:** descriptive study of 122 prolapsus patients was performed at the hospital, from 1 June 2016 to 30 March 2017. **Results:** Mean age is 62.7 years; The age group from 50 to 69 accounts for 77,9%. The average prolapsus time was 4,8 years. Prolapse was at level III account for 80,3%. 66/122 patients had 3-4 births, accounting for 54.1%. The average surgery time was about 61,4 minutes; There are no tractopoe occurred during the surgery, the rate of complications after surgery is 6,6%. The recovery time was 5,8 days. **Conclusion:** patients were menopause, 3 children and prolapse at level III. surgical results are good.

Key words: prolapse

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sinh dục hay còn gọi là sa các cơ quan vùng chậu vì nhiều trường hợp không chỉ sa tử cung mà còn sa cả thành trước, trực tràng. Đây là bệnh khá phổ biến ở phụ nữ ở độ tuổi tiền mãn kinh và mãn kinh. Tuy nhiên cũng có thể xảy ra ở những phụ nữ trẻ tuổi hoặc đang ở độ tuổi sinh đẻ [3]. Sa sinh dục là bệnh không nguy hiểm đến tính mạng nhưng ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt và chất lượng cuộc sống. Việc điều trị sa sinh dục tùy thuộc độ tuổi, mức độ sa, nguyện vọng và tình trạng sức khỏe của bệnh nhân [6]. Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài: "Bước đầu đánh giá kết quả phẫu thuật điều

*Trường ĐHY Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Sỹ Hùng

Email: hosyhung@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 31.7.2017

Ngày duyệt bài: 10.8.2017

trị sa sinh dục tại Bệnh viện phụ sản Trung ương” với hai mục tiêu:

1. Nhận xét đặc điểm các bệnh nhân sa sinh dục được phẫu thuật tại Bệnh viện phụ sản Trung ương.

2. Nhận xét kết quả phẫu thuật điều trị sa sinh dục tại Bệnh viện phụ sản Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 122 bệnh nhân được chẩn đoán sa sinh dục, có chỉ định phẫu

thuật và đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ tất cả bệnh nhân có bệnh kèm theo không có khả năng phẫu thuật.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu với mẫu thuận tiện trong thời gian từ 01/06/ 2016 đến 30/03/ 2017.

2.3 Đạo đức nghiên cứu: Đây là nghiên cứu quan sát mô tả, không can thiệp, các phương pháp phẫu thuật đã được phê duyệt quy trình và áp dụng tại bệnh viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi trung bình (năm)	62,7 ± 7,8 (36 – 81)
Thời gian mắc bệnh trung bình (năm)	4,8 ± 3,7
Số lần sinh con trung bình	3,6 ± 1,5
Số bệnh nhân mãn kinh	93,4 % (114/122)
BMI trung bình	21,6 ± 2,4 (17,0 – 32,4)
Triệu chứng tiết niệu, tiểu hóa	33,6 % (41/122)

Nhận xét: tuổi trung bình của bệnh nhân là 62,7 tuổi; trẻ nhất là 36 tuổi và lớn tuổi nhất là 81 tuổi. Thời gian mắc bệnh trung bình là 4,8 năm. Số con trung bình là 3 con. 41/122 trường hợp chiếm 33,6% bệnh nhân biểu hiện triệu chứng tiết niệu, tiểu hóa.

Bảng 3.2. Phân bố mức độ sa sinh dục

Độ sa	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Độ II	24	19,7
Độ III	98	80,3

Nhận xét: đa số bệnh nhân sa sinh dục độ III chiếm 80,3%, sa sinh dục độ II chiếm 19,7%, không có trường hợp nào sa sinh dục độ I.

Bảng 3.3. Bệnh lý nội – ngoại khoa kèm theo

Bệnh kèm theo	N	Tỷ lệ
Tăng huyết áp	31	25,4
Đái tháo đường	12	9,8
Các bệnh lý khác	12	9,8
Đã phẫu thuật SSD	5	4,1
Phẫu thuật tiểu khung khác	14	11,5

Nhận xét: có 55 trường hợp bệnh nhân có bệnh lý kèm theo; trong đó chủ yếu là cao huyết áp chiếm 25,4% và đái tháo đường chiếm 9,8%.

3.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 3.4. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Cắt TC, làm lại thành AĐ	114	93,4
Cắt cắt CTC, làm lại thành AĐ	5	4,1
Làm lại móm cắt và thành AĐ	3	2,5

Nhận xét: 114/122 trường hợp (93,4%) được phẫu thuật crossen. 6,6% trường hợp đã cắt tử cung trước đó được cắt CTC và làm lại thành âm đạo.

Bảng 3.5. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm	N	Tỷ lệ (%)
Thời gian phẫu thuật	61,4 ± 25,71 (25 – 160)	
Thời gian điều trị hậu phẫu	5,8 ± 2,03 (2 – 14)	
Biến chứng	Chảy máu	1 0,8
	Sốt, nhiễm trùng	3 2,5
	Bí tiểu sau mổ	4 3,3

Nhận xét: thời gian phẫu thuật trung bình là 61,4 phút, ca phẫu thuật ngắn nhất là 25 phút và dài nhất là 160 phút. Thời gian điều trị hậu phẫu trung bình là 5,8 ngày. Có 8 trường hợp biến chứng sau mổ chiếm 6,6%.

Bảng 3.6. Đánh giá phục hồi sau điều trị

Kết quả	Ra viện		Sau 1 tháng	
	N	Tỷ lệ	N	Tỷ lệ
Tốt	106	86,8	48	90,6
Khá	16	13,2	5	9,4
Xấu	0	0	0	0
Tổng	122	100	53	100

Nhận xét: 86,8% bệnh nhân xuất viện trong tình trạng sức khỏe tốt. 53/122 trường hợp chiếm 43,4% bệnh nhân đến khám lại sau 01 tháng và sức khỏe tốt.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu này là 62,7 tuổi; bệnh nhân trẻ nhất là 36 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 81 tuổi. Có 23 bệnh nhân ở độ tuổi trên 70 tuổi chiếm 18,9%, đặc biệt có tới 4 bệnh nhân từ 80 tuổi; nhóm từ 50 đến 69 chiếm tỷ lệ cao nhất 77,9% trong khi chỉ có 01 trường hợp dưới 40 tuổi, chiếm 0,8%. Có 114/122 trường hợp bệnh nhân đã mãn kinh, điều này phù hợp là sa sinh dục gặp chủ yếu ở tuổi tiền mãn kinh và mãn kinh. Nguyên nhân do sự thoái hóa ở tuổi già, tình trạng thiếu estrogen làm các thớ cơ teo đi, xơ cứng, mất tính đàn hồi [2]. Ở người bệnh trẻ dưới 50 tuổi tỷ lệ bệnh thấp do chức năng chưa thay đổi nhiều và họ mặc cảm, xấu hổ với những sa sút về thể chất nên ít khám chữa bệnh, mặt khác độ sa sinh dục nhóm tuổi này thường nhẹ hơn. Kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ định phẫu thuật có thể tiến hành ở mọi lứa tuổi kể cả những bệnh nhân quá lớn tuổi (>70 tuổi).

Tất cả bệnh nhân đều sinh con nhiều lần; đa số bệnh nhân có 3-4 lần sinh, 66/122 chiếm 54,1%, có 9 bệnh nhân sinh từ 7 lần trở lên. Theo Hendrix và cộng sự nghiên cứu trên 27342 phụ nữ, sinh đường âm đạo làm tăng nguy cơ sa tử cung (OR = 2,13, KTC 95%: 1,67-2,72); trong mỗi lần sinh tiếp theo sẽ tăng nguy cơ lên 10% (OR = 1,1, KTC 95%: 1,05-1,16) [5]. Sinh nhiều lần gây sang chấn tầng sinh môn, làm sự phục hồi các dây chằng nâng đỡ bộ phận sinh dục khó khăn gây sa sinh dục. Ngoài ra sinh con nhiều sẽ suy giảm kinh tế ảnh hưởng đầu tiên đến sức khỏe người mẹ, thiếu dinh dưỡng dẫn đến suy nhược toàn thân gây nên sự co giãn thớ cơ yếu, trương lực của các thớ cơ, xơ nâng đỡ bộ phận sinh dục yếu dẫn đến sa sinh dục [2].

Thời gian mắc sa sinh dục trung bình theo nghiên cứu là 4,8 năm, số ca có rối loạn tiết niệu là 41 ca chiếm 33,6%.

Bảng 2 cho thấy đa số bệnh nhân sa sinh dục độ III chiếm 80,3%, có 24 trường hợp sa sinh dục độ II chiếm 19,7%, không có trường hợp nào sa độ I được phẫu thuật. Kết quả này của chúng tôi, tỉ lệ sa sinh dục độ II cao hơn nghiên cứu của Seng Sam Ath (2011) là 6%[1]. Tuy nhiên ở những bệnh nhân đủ con, đã mãn kinh, có yếu tố nguy cơ tiên lượng sa tái phát, muốn có một phương pháp triệt để thì việc lựa chọn áp dụng điều trị cho cả những bệnh nhân sa sinh dục độ II là cần thiết. Do vậy chỉ định phẫu thuật đối với sa sinh dục độ II đã được mở rộng.

Theo bảng 3 có 55 trường hợp bệnh nhân có bệnh lý kèm theo; trong đó chủ yếu là cao huyết áp (chiếm 25,4%) và đái tháo đường (chiếm 9,8%). Đây cũng là bệnh lý gặp nhiều ở những người lớn tuổi.

4.2 Kết quả phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật: Trong nghiên cứu của chúng tôi: 93,4% được phẫu thuật crossen; 4,1% cắt CTC kèm theo làm lại thành âm đạo đối với các bệnh nhân trẻ tuổi hay đã cắt tử cung bán phần; 3 trường hợp chiếm 2,5% bệnh nhân đã cắt tử cung hoàn toàn được làm lại móm cắt và thành âm đạo.

Thời gian phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 25 phút và dài nhất là 160 phút; trong đó dưới 60 phút có 67 trường hợp chiếm 54,9%; từ 60-90 phút có 46 trường hợp chiếm 37,7%, từ 91-120 phút có 6 trường hợp chiếm 4,9% và trên 120 phút có 3 trường hợp chiếm 2,5%. Thời gian trung bình của cuộc phẫu thuật là 61,4 ± 25,71 phút, kết quả này tương đương với nghiên cứu của Seng Sam Ath (2011) là 63,4 ± 11,93 phút, ngắn hơn nghiên cứu của Agostini và CS (2003) là 95 phút [4]. So với các phương pháp phẫu thuật nội soi hay phẫu thuật đường bụng thì thời gian như vậy không quá lâu, phù hợp với phẫu thuật qua đường âm đạo, có làm lại thành trước – sau âm đạo.

Tai biến và biến chứng phẫu thuật: Tai biến có thể xảy ra với bất kỳ cuộc phẫu thuật nào,

phụ thuộc vào nhiều yếu tố như kinh nghiệm của phẫu thuật viên, mức độ bệnh, gây mê hồi sức, các trang thiết bị hỗ trợ... Biến chứng sau mổ gặp ở 8 trường hợp chiếm 6,6%, trong đó 4 trường hợp bí tiểu (bệnh nhân có thời gian lưu ống thông tiểu lâu nhất là 6 ngày), 3 trường hợp nhiễm trùng và 1 trường hợp chảy máu sau mổ, tất cả bệnh nhân có biến chứng sau mổ đều được theo dõi và điều trị ổn định.

Thời gian điều trị hậu phẫu và kết quả phục hồi sau phẫu thuật: Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian hậu phẫu từ 5-7 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất 81,2%, trên 7 ngày có 17 trường hợp chiếm 13,9% và dưới 5 ngày là 6 trường hợp chiếm 4,9%. Thời gian hậu phẫu trung bình là $5,8 \pm 2,03$ ngày. Kết quả này của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Seng Sam Ath (2011) là thời gian hậu phẫu dưới 7 ngày chiếm tỷ lệ 87,2% và thời gian hậu phẫu trung bình là $5,6 \pm 2,32$ ngày. So với một tác giả Tan XJ (2003), trên 360 trường hợp cắt tử cung đường âm đạo thì thời gian nằm viện trung bình là $10,9 \pm 3,9$ ngày [7]; như vậy nghiên cứu của chúng tôi đã rút ngắn thời gian hậu phẫu hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi xuất viện được đánh giá dựa trên sự ổn định sức khỏe của bệnh nhân về mọi mặt. Tất cả bệnh nhân ra viện tình trạng sức khỏe tốt. Có 53/122 trường hợp bệnh nhân đến khám lại sau 01 tháng và tất cả đều ổn định.

V. KẾT LUẬN

Hầu hết bệnh nhân đều ở độ tuổi mãn kinh, sinh trên 3 con và mắc sa sinh dục độ III. 93,4% được phẫu thuật Crossen và kết quả tốt sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Seng Sam Ath (2011).** Đánh giá phẫu thuật crossen trong điều trị sa sinh dục tại bệnh viện phụ sản trung ương trong 5 năm. Luận văn thạc sỹ Y học, trường đại học Y Hà Nội, tr 8 – 9.
2. **Lê Diễm (2003),** Sa sinh dục. *Bách khoa toàn thư*, Nhà xuất bản y học, Tập II, 2003, tr 355-360.
3. **Phan Xuân Khôi, Hoàng Nữ Phú Xuân (2011).** Điều trị sa sinh dục độ III- IV hai thì, phẫu thuật phục hồi thành âm đạo kết hợp nội soi treo tử cung trực tiếp vào thành bụng. *Tạp chí y học Việt Nam tháng 9 – số đặc biệt*/2011. Tr 355.
4. **Agostini A., Bretelle F., Cravello L., et al (2003).** "Vaginal hysterectomy in nulliparous women without prolapse: a prospective comparative study", *BJOG*, 110 (5), (2003) pp.515-518.
5. **Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, et al (2002).** Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: Gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186:1160–1166.
6. **Swift SE et al (2005).** Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition and epidemiologic condition of pelvic organ support defects, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 192, 2005 tr. 795–806.
7. **Tan X.J., Lang J.H., Shen K., et al (2003).** "Operative approaches, indications, and medical economics evaluation of 4180 cases of hysterectomy", *Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao*, 25(4) 2003, pp. 406-409.

CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TRONG ĐIỀU TRỊ U NGUYÊN BÀO THẬN THEO PHÁC ĐỒ SIOP 2001

Trần Đức Hậu*, Nguyễn Thị Hương*

TÓM TẮT

Mục đích: đánh giá mức độ chính xác của chẩn đoán hình ảnh so với chẩn đoán giải phẫu bệnh. **Phương pháp:** so sánh chẩn đoán hình ảnh và chẩn đoán giải phẫu bệnh. **Kết quả:** 116 hồ sơ bệnh án cho thấy chẩn đoán hình ảnh chính xác trong 68,97% trường hợp, u nguyên bào thận chiếm 69,82% các u thận; sarcoma tế bào sảng thận, u thận dạng rhabdoid và carcinoma là những u thận có đặc điểm chẩn đoán hình ảnh giống u nguyên bào thận chiếm 20,7% các u thận. **Kết luận:** chẩn đoán hình ảnh có khác biệt tương đối lớn so với chẩn đoán giải phẫu

bệnh do tỉ lệ các ung thư thận có đặc điểm chẩn đoán hình ảnh giống u nguyên bào thận cao.

Từ khóa: u nguyên bào thận, chẩn đoán hình ảnh, SIOP

SUMMARY

IMAGING DIAGNOSIS IN TREATMENT OF NEPHROBLASTOMA WITH PROTOCOL SIOP 2001

Purpose: to estimate the accuracy of imaging diagnosis in comparison with pathological anatomy diagnosis. **Method:** compare imaging and pathological anatomy diagnoses. **Result:** data of 116 patient's records showed that imaging diagnosis is correct in 68.97% cases, nephroblastoma contributes 69.82% of all kidney tumors; the tumors with similar imaging findings with nephroblastoma such as clear cell sarcoma, kidney rhabdoid tumor of kidney and carcinoma contribute 20.7% of all kidney tumors. **Conclusion:** there is a big different between imaging and pathological anatomy diagnoses due to high

*Khoa Ung bướu, Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Hậu

Email: tranduchau@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 7.8.2017

Ngày duyệt bài: 15.8.2017

proportion of kidney tumors have similar imaging findings with nephroblastoma.

Key words: Nephroblastoma, imaging diagnosis, SIOP

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên bào thận là một trong các loại u đặc thường gặp ở trẻ em sau u não, u lympho và u nguyên bào thần kinh.

Có 2 cách điều trị được áp dụng rộng rãi trên thế giới là theo SIOP (Société International d'Oncologie Pédiatrique: Hội ung thư nhi khoa quốc tế) hoặc NWTS (National Wilm's Tumor Study: Nhóm nghiên cứu u nguyên bào thận quốc gia, của Mỹ). Điểm khác biệt của SIOP so với NWTS là việc bệnh nhân sẽ được điều trị hóa chất trước phẫu thuật hoặc phẫu thuật ngay dựa vào chẩn đoán hình ảnh và các đặc điểm lâm sàng, trong đó chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò chính, rất quan trọng. Nhằm đánh giá tính khả thi của phác đồ SIOP 2001, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá mức độ chính xác của chẩn đoán hình ảnh so với chẩn đoán giải phẫu bệnh*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bảng 1. So sánh chẩn đoán hình ảnh và chẩn đoán giải phẫu bệnh

		Chẩn đoán giải phẫu bệnh		Tổng số
		U nguyên bào thận	U khác	
Chẩn đoán hình ảnh	U nguyên bào thận	66	21	87
	U khác	15	14	29
Tổng số		81	35	116

Như vậy, có 87 bệnh nhân có chẩn đoán hình ảnh là u nguyên bào thận, do đó được điều trị hóa chất trước phẫu thuật như u nguyên bào thận, tuy vậy chỉ có 66 có chẩn đoán giải phẫu bệnh là u nguyên bào thận ($66/87 = 75,9\%$), 21 có chẩn đoán xác định là bệnh khác ($21/87 = 24,1\%$), trong đó có 19 là các u thận khác và 2 là u nguyên bào thần kinh.

Tương tự, chúng tôi có 29 trường hợp có chẩn đoán hình ảnh là u thận khác và được phẫu thuật ngay nhưng chẩn đoán giải phẫu bệnh cho thấy trong số này có 14 trường hợp là u thận khác ($14/29 = 48,3\%$) và 15 ($15/29 = 51,7\%$) là u nguyên bào thận.

Nghiên cứu hồi cứu

Phân tích hồ sơ bệnh án, so sánh chẩn đoán hình ảnh và chẩn đoán giải phẫu bệnh của các bệnh nhân được chẩn đoán trong thời gian từ 1-7-2008 đến 30-6-2014.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân từ 6 tháng đến 18 tuổi có các tiêu chuẩn sau:

- Có chẩn đoán hình ảnh ban đầu là u nguyên bào thận hoặc u thận khác

- Có chẩn đoán giải phẫu bệnh sau phẫu thuật

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có u thận vỡ được mổ cấp cứu;

- Bệnh nhân có u thận 2 bên,

- Bệnh nhân dưới 6 tháng tuổi (theo phác đồ sẽ phẫu thuật ngay)

Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 1-7-2008 đến 30-6-2014, chúng tôi lựa chọn được 116 hồ sơ đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Chúng tôi so sánh chẩn đoán hình ảnh và chẩn đoán giải phẫu bệnh và thu được kết quả như bảng sau:

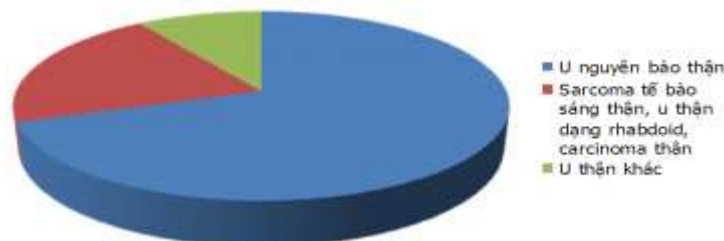
Từ bảng số liệu trên, chúng tôi tính được các giá trị sau của chẩn đoán hình ảnh:

Độ nhạy = $66/66+15 = 81,5\%$

Độ đặc hiệu = $14/14+21 = 40\%$

Chẩn đoán hình ảnh đúng trong $66+14/116 = 68,97\%$ trường hợp. Tỷ lệ u nguyên bào thận/ tất cả u thận = $81/116 = 69,82\%$

Chúng tôi cũng ghi nhận được trong số 116 trường hợp này có 24 trường hợp, (20,7%) là sarcoma tế bào sừng, u thận dạng rhabdoid, carcinoma thận là những u thận có các đặc điểm về chẩn đoán hình ảnh rất giống với u nguyên bào thận.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ u nguyên bào thận và các ung thư thận khác

IV. BÀN LUẬN

Chẩn đoán hình ảnh có vai trò quan trọng khi áp dụng phác đồ SIOP 2001: trừ những bệnh nhân dưới 6 tháng tuổi (được phẫu thuật ngay do ở lứa tuổi này tỉ lệ u nguyên bào thận không cao), có u thận 2 bên (không thể phẫu thuật ngay được), có khối u thận vỡ (được mổ cấp cứu); hướng điều trị của đại đa số bệnh nhân phụ thuộc vào chẩn đoán hình ảnh. Nếu chẩn đoán hình ảnh là u nguyên bào thận sẽ điều trị hóa chất trước phẫu thuật, nếu là bệnh khác sẽ được phẫu thuật ngay.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi so sánh với chẩn đoán giải phẫu bệnh, chẩn đoán hình ảnh có độ nhạy là 81,5%, độ đặc hiệu là 40% và đúng với chẩn đoán giải phẫu bệnh trong 68,97% trường hợp. Chúng tôi thấy chẩn đoán hình ảnh tương đối chính xác khi khẳng định một khối u ở thận là u nguyên bào thận (75,9%), nhưng nếu khẳng định một khối u ở thận không phải là u nguyên bào thận thì mức độ chính xác lại rất thấp (48,3%). Theo chúng tôi, mức độ chính xác 68,97% thể hiện chẩn đoán hình ảnh có mức độ khác biệt so với chẩn đoán giải phẫu bệnh khá lớn, dẫn đến việc chúng tôi có tỉ lệ ung thư khác được điều trị như u nguyên bào thận trước phẫu thuật là 24,1%, cao hơn nhiều so với SIOP.

Nhiều tác giả đã nghiên cứu khả năng chẩn đoán hình ảnh có thể chẩn đoán phân biệt u nguyên bào thận với các bệnh lý khác ở thận, họ cũng chỉ đưa hình ảnh điển hình, nêu một số đặc điểm đặc trưng của u nguyên bào thận nhưng không phải trường hợp nào cũng có các đặc điểm điển hình như vậy [2,3,5]. Sarcoma tế bào sáng thận là một bệnh ác tính thường gặp thứ 2 sau u nguyên bào thận, tuy vậy không có sự khác biệt về hình ảnh trên siêu âm và CT so với u nguyên bào thận [5]. Các bệnh lý khác như thận dạng rhabdoid và carcinoma thận có hình ảnh cũng khó phân biệt với u nguyên bào thận [5]. Nghiên cứu ở Anh, nước thành viên của

SIOP, cho thấy: với những trường hợp có chẩn đoán hình ảnh là u nguyên bào thận, kết quả giải phẫu bệnh có 12% là các bệnh khác [6]. Một nghiên cứu tại Mỹ chỉ ra chẩn đoán hình ảnh u nguyên bào thận dựa trên CT chính xác 82% [3].

SIOP áp dụng cách tiếp cận là nếu chẩn đoán hình ảnh là u tại thận thì điều trị hóa chất trước phẫu thuật như u nguyên bào thận. Theo chúng tôi, cách tiếp cận như vậy là hợp lý khi tỉ lệ u nguyên bào thận trong các ung thư thận lên đến 90% hoặc hơn [4] nên các ung thư thận khác giống u nguyên bào thận ít gặp: sarcoma tế bào sáng 4%, u thận dạng rhabdoid 2% [7].

Một nghiên cứu lớn về dịch tễ các ung thư thận của châu Âu cho thấy, tính chung u nguyên bào thận chiếm $\geq 93\%$ các ung thư thận, có nơi lên đến 99% [4].

Cũng theo nghiên cứu này, ở lứa tuổi thường gặp của u nguyên bào thận, u nguyên bào thận chiếm tỉ lệ khoảng 95% [4].

Chúng tôi nhìn nhận lý do khách quan và có lẽ quan trọng nhất làm cho chẩn đoán hình ảnh khác biệt với chẩn đoán giải phẫu bệnh là tỉ lệ u nguyên bào thận/các ung thư thận được phẫu thuật tại bệnh viện Nhi trung ương không cao như của SIOP và tỉ lệ các ung thư thận khác có hình ảnh giống u nguyên bào thận khá cao. Một báo cáo của khoa Giải phẫu bệnh trên 74 bệnh nhân có u tại thận trong thời gian từ 5-2009 đến 10-2012, cho thấy: u nguyên bào thận chỉ chiếm 64,9% các ung thư thận [1]. Theo kết quả của chúng tôi, u nguyên bào thận chiếm 69,82% các u tại thận được xem xét về chẩn đoán hình ảnh.

Chúng tôi cho rằng rất khó để nâng cao mức độ chính xác của chẩn đoán hình ảnh khi mà các đồng nghiệp ở SIOP có nhiều kinh nghiệm và hoàn cảnh làm việc thuận lợi hơn đã ghi nhận là không thể phân biệt được bằng chẩn đoán hình ảnh giữa u nguyên bào thận và sarcoma tế bào sáng thận, một số ung thư thận khác [5].

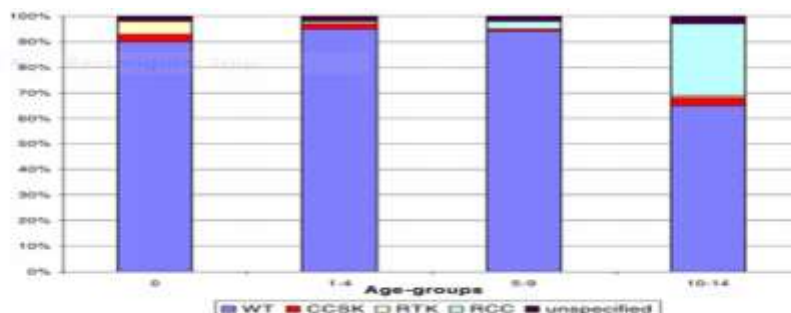


Fig. 1 - Distribution of childhood renal cancer (COC V) cases (n = 3134) by histological type, 1988-1997. (WT, Wilms' tumour; CCSK, clear cell sarcoma of kidney; RTK, rhabdoid tumour of kidney; RCC, renal cell carcinoma). Source: ACCIS.

Biểu đồ 2. Tỉ lệ các ung thư thận theo lứa tuổi tại châu Âu 1988-1997

Table 2 – Numbers of cases and indicators of data quality by region for time trend analyses of renal tumours incidence and survival in children (age 0–14 years) in Europe, 1978–1997 (Source: ACCIS)

Region	Period	Cases Renal	Basis of diagnosis				Follow-up	
			WT	MV	DCO	Unknown	0+ days ^a	5+ years ^b
		n	%	%	%	%	%	%
Europe ^c	1978–1982	796	95	96	<1	<1	98	99
	1983–1987	1250	97	98	<1	<1	99	90
	1988–1992	1268	97	98	<1	<1	98	87
	1993–1997	1235	97	98	<1	<1	97	32
British Isles	1978–1982	344	98	99	0	<1	98	100
	1983–1987	366	98	97	<1	<1	99	99
	1988–1992	380	98	97	<1	2	99	99
	1993–1997	248	96	96	<1	<1	98	90
East	1978–1982	146	92	95	<1	0	94	99
	1983–1987	136	92	96	0	0	97	99
	1988–1992	122	93	95	<1	0	94	95
	1993–1997	136	96	97	0	0	100	33
North	1978–1982	115	87	93	0	2	100	96
	1983–1987	116	93	99	0	0	100	100
	1988–1992	108	96	100	0	0	100	100
	1993–1997	120	93	98	0	2	100	34
South	1978–1982	51	98	98	0	0	100	98
	1983–1987	66	94	92	0	0	100	98
	1988–1992	52	98	96	2	0	98	94
	1993–1997	77	95	94	1	0	99	29
West	1978–1982	23	96	83	0	0	100	100
	1983–1987	450	98	98	0	<1	98	87
	1988–1992	558	97	98	0	0	97	74
	1993–1997	654	99	99	0	0	95	11

a Total number of cases in the registries with follow-up data, i.e. included in survival analyses.

b Number of cases with follow-up >0 days and which have not deceased by closing date.

c Europe includes the data of former German Democratic Republic for 1978–1987, not included in any other region; n, number of cases; WT (%), Wilms' tumour as a percentage of total renal tumours; MV, microscopically verified diagnosis; DCO, cases registered from death certificate only.

Bảng 2. Tỷ lệ u nguyên bào thận/ u thận tại châu Âu từ 1978-1997 (cột 4 của bảng)**V. KẾT LUẬN**

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khi áp dụng phác đồ SIOP 2001, chẩn đoán hình ảnh và chẩn đoán giải phẫu bệnh có sự khác biệt lớn và nguyên nhân chính là tỷ lệ các ung thư thận khác có các đặc điểm về chẩn đoán hình ảnh rất giống u nguyên bào thận rất cao. Do đây là yếu tố khách quan không thể khắc phục được, theo chúng tôi nếu khối u được đánh giá có khả năng phẫu thuật được thì sẽ phẫu thuật ngay, nếu không phẫu thuật được thì mới điều trị hóa chất trước phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Ngọc Thạch, Bengt Sandstedt, Phó Hồng Diệp (2013). Phân loại u thận trẻ em và u nguyên bào thận theo SIOP 2001. Nhi khoa, tập 6 (số 1): trang 60-66.
2. Dickson PV, Sims TL, Streck CJ et al. (2008). Avoiding misdiagnosing neuroblastoma as

Wilms tumor. Journal of pediatric surgery. Jun; 43(6): 1159-1163.

3. Miniati D, Gay AN, Parks KV et al. (2008). Imaging accuracy and incidence of Wilms' and non-Wilms' renal tumors in children. Journal of pediatric surgery. Jul; 43(7): 1301-1307.
4. Pastore G, Sfreafico P, Graf N et al. (2006). Malignant renal tumours incidence and survival in European children (1978–1997): Report from the Automated Childhood Cancer Information System project. European Journal of Cancer. 42: 2103-2116.
5. Smets AM, de Kraker J. (2010). Malignant tumors of the kidney: imaging strategy. Pediatrics radiology. 40: 1010-1018
6. Vujančić GM, K.A., Mitchell C et al. (2003). The role of biopsy in the diagnosis of renal tumors of childhood: Results of the UKCCSG Wilms tumor study 3. Medical and pediatric oncology. Jan; 40(1): 18-22.
7. Vujančić GM, Sandstedt B. (2010). The pathology of Wilms' tumour (nephroblastoma): the International Society of Paediatric Oncology approach. Journal of Clinical Pathology. Feb; 63(2): 102-109.

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ ĐỘC TÍNH CỦA PHÁC ĐỒ PHỐI HỢP PACITAXEL-CARBOPLATIN TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ TÁI PHÁT DI CĂN

Trần Văn Thuấn*

TÓM TẮT

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Thuấn

Email: drthuan1970@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.8.2017

Ngày duyệt bài: 10.8.2017

Đặt vấn đề: Nhiều thử nghiệm đã chứng minh tỷ lệ đáp ứng cao hơn rõ rệt khi phối hợp Paclitaxel - Carboplatin trên bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn. Một trong những đánh giá đáp ứng điều trị là xem xét độc tính của các phác đồ này. Rất ít các nghiên cứu tại Việt Nam triển khai về nội dung này. **Mục tiêu:** Đánh giá một số độc tính của phác đồ phối hợp Paclitaxel - Carboplatin trên bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn. Đối tượng & Phương pháp nghiên cứu: 56

bệnh nhân ung thư vú tái phát, di căn tại Bệnh viện K được điều trị bởi phác đồ phối hợp Paclitaxel-Carboplatin và đánh giá đáp ứng điều trị theo tiêu chuẩn RESIST 1.1 và đánh giá độc tính theo tiêu chuẩn của Tổ chức y tế thế giới. Đánh giá độc tính của phác đồ được thực hiện với tổng số lần xét nghiệm là 324 lần. **Kết quả:** độc tính chủ yếu của phác đồ điều trị Pacitaxe - Carboplatin trên bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn là hạ bạch cầu; các độc tính trên các cơ quan còn lại ở mức độ nhẹ. Tất cả các trường hợp đều phục hồi, không có trường hợp nào phải ngừng điều trị.

Từ khóa: ung thư vú tái phát di căn, Phác đồ Paclitaxel-Carboplatin; độc tính

SUMMARY

TOXICITY OF REGIME COMBINATION PACITAXEL-CARBOPLATIN IN RECURRENT METASTATIC BREAST CANCER WOMEN

Background: One of criteria in evaluation of responses when applied regime in cancer treatment is toxicity. There is limited study in Vietnam evaluate toxicity of regime combination Pacitaxel-Carboplatin in treatment of recurrent metastatic breast cancer. **Objectives:** To evaluate some kinds of toxicity when applying regime Paclitaxel – Carboplatin in recurrent metastatic breast cancer women. Subjects and method: 56 recurrent metastatic breast cancer women treated in K Hospital were treated by regime Paclitaxel-Carboplatin. Response of treatment was evaluated by RESIST 1.1 and toxicity was applied by guidance from WHO. Toxicity evaluation was done by laboratory in 324 times. **Results:** The main toxicity was decreasing of white blood cell; other toxicities was at light level. All of patients with toxicity was recovered. There was no case must stop treatment due to toxicity.

Keywords: recurrent metastatic breast cancer, regime Paclitaxel-Carboplatin; toxicity

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là căn bệnh phổ biến nhất và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở nữ giới [1]. Tại Việt Nam, UTV là loại ung thư hay gặp nhất ở nữ giới. Theo số liệu ghi nhận ung thư, năm 2010 nước ta có 12.533 trường hợp mới mắc UTV, với tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 29,9/100.000 dân [2].

Mặc dù đã có những tiến bộ vượt bậc về phát hiện sớm và điều trị nhưng việc điều trị UTV tái phát di căn còn gặp nhiều khó khăn, chỉ có khoảng 10-20% sống thêm sau 5 năm. Sự lựa chọn phương pháp điều trị được cân nhắc trên cơ sở tính chất phát triển nhanh hay chậm của bệnh, vị trí di căn, đặc tính sinh học của khối u và thể trạng của bệnh nhân [3,4]. Các hợp chất chứa platinum (cisplatin, carboplatin, oxaliplatin) có hiệu lực trong nhiều khối u dạng đặc, trong đó so với cisplatin thì carboplatin ít độc tính hơn trên hệ tạo huyết và thận, oxaliplatin cũng thuộc

nhóm này nhưng hiện tại chưa có các thông tin về hiệu quả của thuốc trên UTV. Các thuốc thuộc nhóm taxane (docetaxel, paclitaxel) đã được chứng minh là có kết quả tốt đối với ung thư biểu mô tuyến vú, trong đó paclitaxel ít độc tính hơn [5]. Tuy nhiên, so với việc sử dụng các đơn chất, nhiều thử nghiệm lâm sàng pha II, III đã chứng minh tỷ lệ đáp ứng cao hơn rõ rệt khi phối hợp Paclitaxel - Carboplatin trên bệnh nhân UTV tái phát di căn tại Bệnh viện K và đã mang lại những kết quả khả quan trên lâm sàng. Hiện tại vẫn chưa có các nghiên cứu đánh giá kết quả của phác đồ. Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá độc tính của phác đồ phối hợp Paclitaxel – Carboplatin trên bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân nữ được chẩn đoán xác định là UTV tái phát di căn sau điều trị tại Bệnh viện K đáp ứng với các tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN ung thư vú đã điều trị.
- Chẩn đoán mô bệnh học ban đầu là ung thư biểu mô tuyến vú.
- Chẩn đoán xác định tái phát di căn bằng tế bào học hoặc mô bệnh học hoặc chẩn đoán hình ảnh.
- Bệnh nhân có chỉ định điều trị hóa chất theo hướng dẫn thực hành lâm sàng của Hội Nội khoa ung thư châu Âu (ESMO) và Mạng lưới phòng chống ung thư quốc gia Hoa Kỳ (NCCN).
- Bệnh nhân đã được điều trị hóa chất bổ trợ với phác đồ có anthracycline.
- Có các tổn thương đích đủ tiêu chuẩn để đánh giá đáp ứng điều trị đối với các khối u đặc.
- Chỉ số toàn trạng ECOG ≤ 2 .
- Chức năng gan, thận, tủy xương trong giới hạn cho phép điều trị hóa chất, bao gồm:
 - + Chức năng tủy xương còn tốt: Các dòng tế bào máu ngoại vi trong giới hạn bình thường (bạch cầu hạt $>2000/\text{ml}$, tiểu cầu $>100.000/\text{ml}$).
 - + Chức năng gan, thận còn tốt: Bilirubine toàn phần $< 2,5$ lần giới hạn trên bình thường. ALT, AST $< 2,5$ lần giới hạn trên bình thường. Urê huyết $< 10,9\text{mmol/l}$. Creatinine $< 1,5$ lần giới hạn trên bình thường.
- Bệnh nhân không mắc các bệnh cấp và mãn tính trầm trọng có nguy cơ tử vong trong thời gian gần.
- Có hồ sơ ghi nhận thông tin đầy đủ về chẩn đoán và điều trị trước đó.

- Chưa sử dụng phác đồ Paclitaxel-Carboplatin ở các lần điều trị trước.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đáp ứng đủ các tiêu chuẩn trên.

- Bệnh nhân mắc ung thư thứ 2.
- Bệnh nhân dị ứng với thuốc và không kết thúc được liệu trình điều trị không phải vì lý do bệnh tiến triển.

- Bệnh nhân không hợp tác.

- Bệnh nhân bỏ dở điều trị.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: mô tả tiến cứu, kết hợp hồi cứu

2.3. Cỡ mẫu & chọn mẫu:

- Cách lấy mẫu: Tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trên, đến điều trị tại Khoa Nội 2 Bệnh viện K từ tháng 6 năm 2012 đến tháng 10 năm 2013.

- Công thức tính cỡ mẫu: theo công thức tính cỡ mẫu cho việc ước tính một tỷ lệ.

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu cần cho nghiên cứu; α : Xác suất sai lầm loại I; $Z_{(1-\alpha/2)}$: Giá trị thu được từ bảng Z ứng với giá trị $\alpha = 0,05$ là 1,96; p: Tỷ lệ đáp ứng điều trị với Paclitaxel-Carboplatin trên bệnh nhân UTV tái phát di căn ước tính từ nghiên cứu trước đó: 0,55 (Nghiên cứu của Fountzilias: 0,53; Perez: 0,62; Loesch: 0,62); d: Khoảng sai lệch mong muốn chọn là 0,15. Từ công thức trên cho thấy cỡ mẫu tính được theo lý thuyết là: 43 bệnh nhân. Cỡ mẫu thực tế trong nghiên cứu là: 56 bệnh nhân.

2.4. Xử lý số liệu: Các thông tin được mã hóa và xử lý bằng phần mềm STATA 12.0. Sử dụng thống kê mô tả để mô tả các giá trị trung bình, tỷ lệ. χ^2 để so sánh các tỷ lệ quan sát, với mẫu nhỏ hơn 5 thì sử dụng test Fisher Exact.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức nghiên cứu của Bệnh viện K. Các thông tin về bệnh nhân được giữ kín. Bệnh nhân đồng ý, tự nguyện tham gia trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

56 bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu, với tuổi trung bình là $54,1 \pm 9,5$. Các bệnh nhân có kích thước u từ $>2-5$ cm gặp trong đa số các trường hợp tại thời điểm chẩn đoán đầu tiên, với tỷ lệ 60,7%. Hầu hết các bệnh nhân đã di căn hạch nách tại thời điểm chẩn đoán ban đầu, với tỷ lệ 73,2%. Di căn xương, phổi và gan là các vị trí thường gặp nhất, tương ứng với 27,2%; 20,7% và 17,5% cho mỗi một vị trí. Ung

thư biểu mô thể ống xâm nhập là thể mô bệnh học gặp nhiều nhất với tỷ lệ 83,9%.

3.1. Độc tính trên hệ tạo huyết

Bảng 3.1. Độc tính trên hệ tạo huyết

	Tần số	Tỷ lệ %
Mức độ hạ bạch cầu		
Độ 0	184	56,8
Độ 1	65	20,1
Độ 2	43	13,3
Độ 3	23	7,1
Độ 4	9	2,7
Mức độ hạ bạch cầu hạt		
Độ 0	161	49,7
Độ 1	86	26,5
Độ 2	37	11,4
Độ 3	26	8,1
Độ 4	14	4,3
Tỷ lệ hạ tiểu cầu		
Độ 0	288	88,9
Độ 1	25	7,7
Độ 2	10	3,1
Độ 3	1	0,3
Độ 4	0	0
Mức độ hạ Hb		
Độ 0	172	53,1
Độ 1	114	35,2
Độ 2	33	10,2
Độ 3	5	1,5
Độ 4	0	0

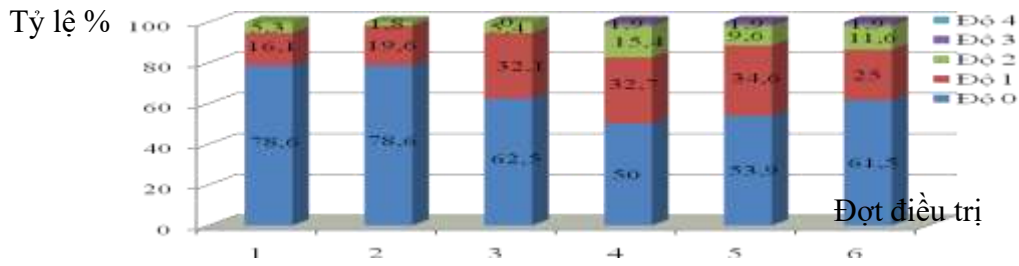
Bảng 3.2. cho thấy tỷ lệ hạ bạch cầu là 43,2%; trong đó tỷ lệ hạ độ 3 và 4 là 9,8%; Tỷ lệ hạ bạch cầu hạt là 50,3%; trong đó, độ nặng 3 và 4 là 12,4%; Tỷ lệ hạ tiểu cầu là 11,1%; trong đó chủ yếu là hạ độ nhẹ (độ 1,2), chiếm 10,8%. Tỷ lệ hạ tiểu cầu độ 3 là 0,3%, không có trường hợp nào hạ độ 4. Tỷ lệ hạ huyết sắc tố là 46,9%; trong đó có 1,5% hạ độ 3, không có trường hợp nào hạ huyết sắc tố độ 4.

Bảng 3.3. Tỷ lệ độc tính chung trên một số cơ quan khác

Độc tính	Tần số	Tỷ lệ %
Buồn nôn	10	18,1
Nôn	6	10,7
Ỉa chảy	9	16,3
Đau khớp	8	14,3
Tê bì đầu chi	11	17,8

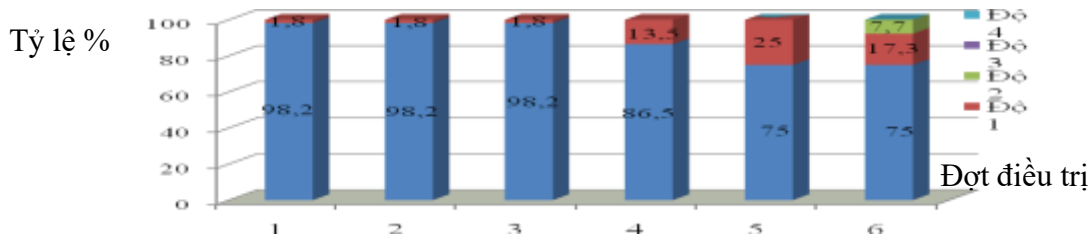
Bảng 3.3. cho thấy độc tính trên các cơ quan khác nhẹ, chủ yếu là độ 0, với $>80\%$ các trường hợp. Không có trường hợp nào độ 4.

3.2. Độc tính ngoài hệ tạo huyết: Độc tính chung trên gan là 35,5%; trong đó chủ yếu là độ 1 (26,5%), độc tính độ 3 là 1% và không có trường hợp nào độ 4.



Biểu đồ 3.1: Độ tính trên gan qua các chu kỳ điều trị

Độc tính trên thận thấp ở mức độ 1 và 2 chiếm 11,1%. Không có trường hợp nào độ 3 hoặc độ 4 (Biểu đồ 3.2.)



Biểu đồ 3.2: Độ tính trên thận qua các chu kỳ điều trị

IV. BÀN LUẬN

Bên cạnh tác dụng tiêu diệt tế bào ung thư của hoá chất, thuốc còn ảnh hưởng nhất định đến các tế bào lành, đặc biệt là các tế bào lành phân chia nhanh như tủy xương, niêm mạc đường tiêu hoá. Tuy nhiên, các tế bào lành có khả năng phục hồi tốt hơn tế bào ung thư.

Độc tính trên hệ tạo huyết: Trong các tế bào máu ngoại vi, dòng bạch cầu, đặc biệt là dòng đa nhân trung tính là hay bị ảnh hưởng nhất bởi các thuốc hoá chất. Ngày nay, nhờ sự sẵn có các sản phẩm kích thích tăng bạch cầu hạt, các loại kháng sinh mới, hạ bạch cầu không còn là trở ngại lớn đối với điều trị hoá chất [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy quan sát qua các đợt điều trị, tỷ lệ hạ bạch cầu có xu hướng tăng dần theo các chu kỳ điều trị, tỷ lệ hạ độ 3-4 tập trung nhiều hơn ở 3 chu kỳ cuối. Nghiên cứu của Perez (2000) và CS trên 53 bệnh nhân UTV di căn cho thấy tỷ lệ độc tính độ 3-4 được ghi nhận là 52 % bệnh nhân có hạ bạch cầu và 82 % hạ bạch cầu hạt [7]. Một nghiên cứu khác của Losch (2006) trên 100 phụ nữ UTV di căn được điều trị trên 53 bệnh nhân cũng cho thấy tỷ lệ độc tính độ 3-4 là 17% giảm bạch cầu, 35% giảm bạch cầu hạt.

Hạ tiểu cầu cũng là một trong các hậu quả của của suy tủy xương trong quá trình điều trị hoá chất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ hạ tiểu cầu là 11,1%; trong đó chủ yếu là hạ độ nhẹ 1-2 chiếm 10,8%. Theo Fountzilas (1998)

trên bệnh nhân UTV tiến triển với cùng phác đồ và liều lượng thì thấy tỷ lệ hạ tiểu cầu độ 3-4 là 5%. Tuy nhiên, Perez (2000) khi sử dụng phác đồ này với liều paclitaxel 200 mg/m² thì tỷ lệ hạ tiểu cầu độ 3-4 là 18% [7].

Tương tự như độc tính của thuốc đến tế bào bạch cầu, tỷ lệ hạ huyết sắc tố gặp khá phổ biến trong quá trình điều trị hoá chất. Kết quả nghiên cứu của Fountzilas (1998) và Loesch (2006) điều trị UTV di căn bằng phác đồ paclitaxel và carboplatin với liều lượng tương tự như nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 5% các bệnh nhân hạ huyết sắc tố độ 3-4. Tương tự với hạ bạch cầu và tiểu cầu, tất cả các bệnh nhân hạ huyết sắc tố đều hồi phục, không có trường hợp nào phải ngừng điều trị vì độc tính của thuốc.

Độc tính ngoài hệ tạo huyết: Độc tính trên gan và thận cũng là một trong các yếu tố ảnh hưởng đến liệu trình điều trị cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độc tính chung trên gan là 35,5%; trong đó chủ yếu là độ 1 (26,5%). Tuy nhiên, các trường hợp này tế bào gan được phục hồi trở lại bằng các phương pháp điều trị nội khoa. Goldhirsch (1998) tiến hành đánh giá hiệu quả cũng như tác dụng phụ của phác đồ nhận thấy tỷ lệ tăng men gan nói chung của phác đồ hoá chất này là 31,2%. Nguyễn Tiến Quang ghi nhận qua 52 trường hợp UTV điều trị bằng phác đồ CAF cho thấy tỷ lệ tăng men gan là 42,6%. Tác giả cũng ghi nhận kết quả của 57 ca dùng hoá chất phác đồ TA thì tỷ lệ này là 42,9%. Khác với ảnh hưởng trên gan, tác

dụng phụ của thuốc đối với thận gặp ít hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ có 11,1% các bệnh nhân có biểu hiện tăng creatinine với mức độ nhẹ, độc tính độ 1 là 9,9%, độ 2 là 1,2%, không có bệnh nhân nào bị suy thận.

Độc tính chung trên một số cơ quan khác: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy độc tính trên các cơ quan khác như nôn, tiêu chảy, đau khớp, tê bì đầu tay ở mức độ nhẹ, chủ yếu là độ 1. Theo nghiên cứu của Fountzilias (1998) tỷ lệ bệnh nhân nôn, buồn nôn chiếm 7%, đau khớp 4%; Perez (2000) ghi nhận có 16% bệnh nhân tê bì, nôn 5%.

V. KẾT LUẬN

Như vậy, qua phân tích các độc tính của phác đồ điều trị Pacitaxe - Carboplatin trên bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn chủ yếu là hạ bạch cầu; các độc tính trên các cơ quan còn lại ở mức độ nhẹ. Tất cả các trường hợp đều phục hồi, không có trường hợp nào phải ngừng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferlay, J., et al (2008)., Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN. *Int J Cancer*, 2010. **127**(12): p. 2893-917.
2. Bùi Diệu, Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuận (2012)., Gánh nặng bệnh ung thư và chiến lược phòng chống ung thư quốc gia đến năm 2020. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*. p 9-12.
3. Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuận, Nguyễn Tuyết Mai (2010)., Điều trị Nội khoa ung thư. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học.
4. Cardoso, F., et al (2011)., Locally recurrent or metastatic breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 22 Suppl 6: p. vi25-3
5. Perez, E.A (1998)., Paclitaxel in Breast Cancer. *Oncologist*. **3**(6): p. 373-389.
6. Trần Văn Thuận (2005)., Đánh giá kết quả điều trị hỗ trợ hóa chất phác đồ Adriamycin - Cyclophosphamide trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II-III với ER dương tính có điều trị nội tiết. Luận án tốt nghiệp Tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Perez, E.A., et al (2000)., A phase II study of paclitaxel plus carboplatin as first-line chemotherapy for women with metastatic breast carcinoma. *Cancer*. **88**(1): p. 124-31.

THỰC TRẠNG NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN TẠI BỆNH VIỆN XANH PÔN 6 THÁNG ĐẦU NĂM 2017

Nguyễn Thu Hương*, Đinh Vạn Trung**

soát NKBV, đặc biệt chú trọng ở các nhóm bệnh nhân có ngày điều trị dài và có thực hiện các can thiệp.

Từ khóa: nhiễm khuẩn bệnh viện - NKBV.

SUMMARY

SITUATION OF HOSPITAL-ACQUIRED INFECTIONS AT SAINT PAUL HOSPITAL IN THE FIRST HALF OF 2017

Objective: Assess the status of HAIs and related factors at Saint Paul Hospital. **Subject and method:** A cross-sectional study of 591 patients hospitalized at the Saint Paul Hospital, from March to April 2017. **Results:** The prevalence rate of HAIs is 2.9%; in which respiratory infections are the highest rate (52.6%), sepsis are 26.3%, SSI are 15.79% and UTI are 5.3%. The HAIs rate in the ICU is significantly higher than that in the Internal Medicine, Surgery and Pediatric (p < 0.01). There was no significant difference in HAIs rate between male and female (p > 0.05). Related factors such as hospitalized days, endotracheal intubation, tracheostomy, mechanical ventilation, urinary catheterization, central venous catheter, surgery (p < 0.01). The main causes of HAIs were Gram-negative bacteria (64.7%), in which *Acinetobacter* sp. (35.3%), followed by *Klebsiella* sp. (11.8%). Gram-positive bacteria (17.7%), Fungus (17.6%). **Conclusion:** The results of the study has shown that HAIs could be monitoring. In particular, it should be emphasised on patients with long-term treatment and invasive process.

Keywords: hospital-acquired infections (HAIs)

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 591 bệnh nhân nằm điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, trong thời gian từ tháng 3 đến tháng 4 năm 2017. **Kết quả:** Tỷ lệ NKBV là 2,9%. Tỷ lệ nhiễm khuẩn hô hấp, nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn vết mổ và nhiễm khuẩn tiết niệu lần lượt là 52,6%, 26,3%, 15,8% và 5,3%. Tỷ lệ NKBV tại khối Hồi sức cấp cứu cao hơn khối Nội, Ngoại, Nhi (p < 0,01). Có mối liên quan giữa các yếu tố ngày điều trị, đặt NKQ, mở KQ, thở máy, đặt sonde tiểu, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, phẫu thuật tới tỷ lệ NKBV (p < 0,01). Căn nguyên chính của NKBV là vi khuẩn Gram âm (64,7%), trong đó do *Acinetobacter* sp. (35,3%), tiếp đến *Klebsiella* sp. (11,8%). Vi khuẩn Gram dương (17,7%), Nấm (17,6%). **Kết luận:** Tỷ lệ NKBV tại bệnh viện Xanh Pôn đã giảm hơn so với những năm trước. Tuy nhiên, cần tiếp tục các biện pháp kiểm

*BV đa khoa Xanh Pôn

**Bệnh viện TWQĐ108

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Vạn Trung

Email: drtung108@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 1.8.2017

Ngày duyệt bài: 10.8.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện là một trong những thách thức và mối quan tâm hàng đầu tại các bệnh viện Việt nam cũng như trên toàn Thế giới, vì đây là những nhiễm khuẩn mắc phải trong thời gian người bệnh nằm viện. Ngày nay, NKBV do vi khuẩn đa kháng thuốc kháng sinh đã và đang trở thành mối lo ngại thực sự cho các bệnh viện. Song song với sự phát triển đó là tần suất mắc và tử vong của bệnh cảnh lâm sàng nặng do vi khuẩn đa kháng ngày càng tăng cao. Việc kiểm soát và dự phòng NKBV hiệu quả được xem như là một tiêu chuẩn quan trọng nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh của bệnh viện. Xác định được thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện và các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến tỷ lệ nhiễm khuẩn tại bệnh viện sẽ giúp bệnh viện xây dựng kế hoạch phòng ngừa và kiểm soát NKBV, đưa ra những chuẩn mực về chất lượng chăm sóc vào trong những thực hành lâm sàng, giúp nhà lâm sàng hạn chế bớt những rủi ro do chăm sóc dẫn tới lây nhiễm. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *mô tả thực trạng NKBV, một số yếu tố liên quan và xác định các tác nhân gây NKBV chủ yếu được phân lập tại bệnh viện Xanh Pôn 6 tháng đầu năm 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- 591 bệnh nhân điều trị nội trú có thời gian nằm viện từ 48 giờ trở lên

- Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân có NKBV trước khi nhập khoa, hay nhiễm trùng bởi những tác nhân gây NKBV trong vòng 48 giờ sau khi nhập khoa.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 3 đến tháng 4/2017. Tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn – HN.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích

- Cỡ mẫu: Lấy mẫu toàn bộ

- Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn bệnh viện: Chẩn đoán dựa theo tiêu chuẩn hướng dẫn của Bộ y tế trên cơ sở định nghĩa của Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ (CDC) năm 1998[3].

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu của nghiên cứu được nhập bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu đánh giá trên 591 bệnh nhân, trong đó có 331 nam (56,0%) và 290 nữ (44,0%); tỷ lệ bệnh nhân trong độ tuổi dưới 18, từ 18 - 60, trên 60 lần lượt là 43,8%, 24,7%; 31,5%.

Bảng 1: Phân bố NKBV chung và theo khối điều trị

Khối điều trị	n	NKBV	
		Số lượng	Tỷ lệ
Khối Hồi sức cấp cứu	82	5	6,1
Khối ngoại	195	9	4,6
Khối nội	155	1	0,6
Khối nhi	159	2	1,3
Tổng	591	17	2,9

Nhận xét: tỷ lệ NKBV chung là 2,9%. tỷ lệ NKBV tại khối Hồi sức tích cực, khối ngoại, khối nội và khối nhi lần lượt là 6,1%, 4,6%, 0,6% và 1,3%.

Bảng 2: Phân bố các loại NKBV theo vị trí nhiễm khuẩn

Loại NKBV	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhiễm khuẩn đường hô hấp (NKHH)	10	52,6
Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM)	3	15,8
Nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKTN)	1	5,3
Nhiễm khuẩn huyết (NKH)	5	26,3
Tổng	19	100

Nhận xét: Trong số NKBV, tỷ lệ NKH là cao nhất chiếm 52,63% . Kết quả này cho thấy có bệnh nhân nhiễm đồng thời nhiều hơn 1 loại NKBV.

Bảng 3: Mối liên quan giữa nhóm tuổi với tỷ lệ NKBV

Tuổi	NKBV (n=17)		Không NKBV (n=574)		χ^2	p
	n	%	n	%		
<18 tuổi	5	1,9	254	98,1	3,75	>0,05
18 - 60 tuổi	3	2,1	143	97,9		
>60 tuổi	9	4,8	177	95,2		

Nhận xét: tỷ lệ NKBV của các nhóm tuổi có sự khác biệt nhưng không rõ rệt (p > 0,05).

Bảng 4: Liên quan giữa NKBV và một số yếu tố liên quan khác

Yếu tố nguy cơ	Tổng	NKBV		OR (CI ₉₅)	p
		Có n (%)	Không n (%)		
Giới					
Nữ	260	7 (2,7)	253 (97,3)	0,89 (0,33 - 2,37)	>0,05
Nam	331	10 (3,0)	321 (97,0)		
Số ngày điều trị					
<7 ngày	222	12 (5,4)	210 (94,6)	4,1 (1,4 - 11,9)	<0,01
≥7 ngày	369	5 (1,4)	364 (98,6)		
Nội khí quản					
Có	26	11 (42,3)	15 (57,7)	68,3 (22,3- 209,2)	<0,01*
Không	565	6 (1,1)	559 (98,9)		
Thở máy					
Có	26	11 (44,0)	14 (56,0)	73,0 (23,7- 225,6)	<0,01*
Không	565	6 (1,1)	558 (98,9)		
Mở khí quản					
Có	12	4 (33,3)	8 (66,7)	21,8 (5,8 - 81,5)	<0,01*
Không	579	13 (2,2)	566 (97,8)		
Đặt sonde tiểu					
Có	59	10 (16,9)	49 (83,1)	15,3 (5,6 - 41,9)	<0,01*
Không	532	7 (1,3)	525 (98,7)		
Đặt catheter TMTT					
Có	21	7 (33,3)	14 (66,7)	28,0 (9,3 - 84,2)	<0,01*
Không	570	10 (1,8)	560 (98,2)		
Phẫu thuật					
Có	126	8 (6,3)	118 (93,7)	3,4 (1,3 - 9,1)	<0,01*
Không	465	9 (1,9)	456 (98,1)		

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian điều trị, việc thực hiện các thủ thuật xâm lấn trên người bệnh như đặt nội khí quản, thở máy, mở khí quản, đặt sonde tiểu, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, phẫu thuật là các yếu tố có liên quan đến tỷ lệ mắc NKBV ($p < 0,01$). Chưa thấy liên quan của yếu tố giới với tỷ lệ NKBV ($p > 0,05$).

Bảng 5: Phân bố vi sinh vật gây nhiễm khuẩn bệnh viện

Tên VSV	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Vi khuẩn Gram (-)	11	64,7
<i>Acinetobacter</i> sp.	6	35,3
<i>P.aeruginosa</i>	1	5,9
<i>Klebsiella</i> sp.	2	11,8
<i>E.coli</i>	2	11,7
Vi khuẩn Gram (+)	3	17,7
<i>Enterococcus</i> sp.	1	5,9
<i>Streptococcus</i> sp.	1	5,9
<i>Haemophilus influenzae</i>	1	5,9
Nấm	3	17,6
<i>C.albicans</i>	2	11,8
<i>C. parasilosis</i>	1	5,8

Nhận xét: căn nguyên gây NKBV gồm vi khuẩn Gram âm, vi khuẩn Gram dương và nấm lần lượt là 64,7%, 17,7% và 17,6%.

IV. BÀN LUẬN

Trong 591 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu có 17 bệnh nhân được xác định là nhiễm khuẩn bệnh viện, chiếm 2,9% (bảng 1). Kết quả của chúng tôi tương tự với khảo sát của tác giả Trần Thị Hà Phương tại Bệnh viện Đa khoa Đồng

Nai năm 2014 là 2,7% [1]. Khi khảo sát NKBV theo các khối điều trị, chúng tôi nhận thấy bệnh nhân tại các khoa HSTC có tỉ lệ NKBV là cao nhất (6,1%), khối ngoại (4,6%), khối nội (0,6%) và khối nhi (1,3%).

Ngoài đánh giá tỷ lệ NKBV theo khối điều trị,

trong nghiên cứu của chúng tôi còn khảo sát tỷ lệ NKBV theo vị trí nhiễm khuẩn. Tại bệnh viện Xanh Pôn tỷ lệ nhiễm khuẩn hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất (52,6%), nhiễm khuẩn huyết (26,3%), nhiễm khuẩn vết mổ (15,8%) và nhiễm khuẩn tiết niệu (5,3%). Vị trí NKBV trong khảo sát của chúng tôi tương tự với khảo sát của Mj Richards năm 1999 tại Mỹ, đứng đầu là viêm phổi (49,3%), kế đến là nhiễm trùng huyết (27,3%), nhiễm trùng vết mổ (12,3%) và nhiễm trùng tiểu (5,8%)[5].

Kết quả khảo sát ở bảng 3 cho thấy, không có mối liên quan rõ rệt giữa tuổi và giới tính tỷ lệ NKBV. Trong số những trường hợp bị nhiễm khuẩn bệnh viện thì phân bố trong độ tuổi trên 60 là cao nhất chiếm 52,9% (9/17). Trong khi đó tỉ lệ này của nhóm người bệnh dưới 18 tuổi và từ 18 đến 60 tuổi lần lượt là 29,4% (5/17) và 17,7%(3/17). Kết quả này phù hợp với nhiều tác giả vì bệnh nhân lớn tuổi thường có sức đề kháng kém cũng như có nhiều bệnh lý đi kèm như bệnh hô hấp mãn tính, ĐTĐ, tăng huyết áp [1]. Qua bảng 4, chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt rõ rệt về nguy cơ mắc NKBV giữa nhóm bệnh nhân có thời gian nằm viện dưới 7 ngày và trên 7 ngày ($p < 0,01$, OR = 4,1). Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác ở Việt Nam và trên thế giới [2,4]. Kết quả nghiên cứu ở bảng 4 cho thấy, bệnh nhân có thực hiện ít nhất một thủ thuật trong quá trình điều trị thì nguy cơ mắc NKBV cao hơn gấp 12,6 lần so với bệnh nhân không làm thủ thuật (KTC 95%: 3,6 - 44,5; $p < 0,01$).

Tác nhân gây NKBV trong khảo sát này chủ yếu là vi khuẩn Gram âm (64,7%), trong đó căn nguyên hàng đầu do *Acinetobacter* sp. (35,3%), tiếp đến *Klebsiella* sp. (11,8%). Vi khuẩn Gram dương chiếm 17,7%, với sự có mặt của *Streptococcus* sp., *Enterococcus* sp. và

Haemophilus influenzae. Chúng tôi cũng phát hiện 3 chủng nấm *Candida* (17,6%), trong đó, 2 chủng *Candida albicans* phân lập được trên cùng một bệnh nhân vừa nhiễm khuẩn hô hấp, vừa nhiễm khuẩn tiết niệu. Chủng *Candida parasilosis* phân lập được từ bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết. Theo các tác giả khác thì nấm *Candida* là nguyên nhân chủ yếu trong NKBV, gặp trong viêm phổi bệnh viện, nhiễm trùng huyết và nhiễm trùng tiểu, thường xảy ra trên cơ địa suy giảm sức đề kháng hay sử dụng kháng sinh lâu dài [5].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ NKBV là 2,9%. Các yếu tố được xác định có ảnh hưởng đến tỷ lệ NKBV gồm thời gian điều trị, các phẫu thuật, thủ thuật xâm lấn được thực hiện trên bệnh nhân ($p < 0,05$).

- Nguyên nhân gây NKBV chủ yếu là các vi khuẩn Gram âm (64,7%), trong đó: *Acinetobacter* sp. (31,3%), *P.aeruginosa* (6,3%), *Klebsiella* sp. (12,5%), *E.coli* (12,5); Vi khuẩn Gram dương (17,7) và nấm (17,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thị Hà Phương và Mai Thị Tuyết (2014), "Nghiên cứu tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai năm 2014", *Tạp chí Y học thực hành năm 2014*.
2. Hà Mạnh Tuấn và Hoàng Trọng Kim (2005), "Tần suất nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa hồi sức cấp cứu Nhi", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*. 9(2), tr. 78 -85.
3. CDC Definition of Nosocomial Infection. APIC Infection Control and Applied Epidemiology: Principles and Practices (1996), St Louis: Mosby 1996
4. L. Abramczyk Marcelo al. et (2003), "Nosocomial Infection in Pediatric Intensive Care Unit in a Developing Country", *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*. 7(6), pp. 375 - 380.
5. Mj Richards et al. (1999), "Nosocomial infections in pediatric intensive care units in the United States. National Nosocomial Infections Surveillance System", *Pediatrics*. 103(4).

THỰC TRẠNG BỆNH SÂU RĂNG TRÊN NGƯỜI KHÁM SỨC KHỎE RĂNG MIỆNG ĐỊNH KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2016

Lê Long Nghĩa*

TÓM TẮT

*Viện Đào tạo Răng hàm mặt, Đại học Y Hà nội
 Chịu trách nhiệm chính: Lê Long Nghĩa
 Email: nghia.lelong@gmail.com
 Ngày nhận bài: 18.6.2017
 Ngày phản biện khoa học: 3.8.2017
 Ngày duyệt bài: 14.8.2017

Bệnh sâu răng là bệnh mất mô men và ngà răng, tạo thành lỗ sâu, hậu quả dẫn đến bệnh tủy răng, bệnh quanh cuống và vỡ răng. **Mục tiêu:** Xác định tình trạng mắc bệnh sâu răng của người khám sức khỏe răng miệng tại bệnh viện đại học Y Hà Nội năm 2016. **Đối tượng:** người đến khám sức khỏe răng miệng định kỳ tại bệnh viện Đại học Y Hà nội năm 2016. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ sâu răng 69,1% trong đó tỉ lệ sâu răng ở nam là

68,6% và ở nữ là 70,2%. Chỉ số DMFT chung của đối tượng nghiên cứu là 2,76, trong đó, chỉ số DMFT của nam giới là 2,8 cao hơn ở nữ giới là 2,7. **Kết luận:** Khoảng 70% người đến khám sức khỏe răng miệng tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội cần điều trị sâu răng.

SUMMARY

CARIES STATUS IN PATIENTS WITH PERIODICAL DENTAL HEALTH EXAMINATION AT THE HA NOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2016

Tooth decay is a disease of enamel and dentin loss, which forms cavities, resulting in pulp disease, apical disease and cracked tooth. **Aims:** Determine the status of tooth decay of those who have dental health examination at the Hanoi Medical University Hospital in 2016. **Subjects:** Persons who have periodical dental health examination at Hanoi Medical University Hospital in 2016. **Method:** cross-sectional descriptive study. **Results:** The rate of cavities is 69.1% in which the rate of cavities in males is 68.6% and in females is 70.2%. The overall DMFT score of the study subjects is 2.76, in which the DMFT of men is 2.8, of women is 2.7. **Conclusion:** About 70% of people who come for oral health examination at Hanoi Medical University Hospital need to treat decay.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sâu răng tiến triển qua nhiều giai đoạn khác nhau nhưng gặp trên lâm sàng chủ yếu là giai đoạn sâu răng đã hình thành lỗ sâu, gây ra các biến chứng như đau, ê buốt răng. Và đó cũng là lí do chính thúc đẩy bệnh nhân đi khám sức khỏe răng miệng. Trong những năm gần đây, nhờ những tiến bộ khoa học về phòng bệnh và triển khai các chương trình nha học đường ở các nước phát triển và đang phát triển mà tỉ lệ mắc sâu răng, viêm lợi đã được cải thiện. Điều này đã được chứng minh ở các quốc gia trên thế giới như ở Anh, Mỹ, Canada và một số nước trong khu vực như Singapore, Thái Lan... Ở Việt Nam, tình trạng sâu răng đang ở mức cao hơn 90% dân số và đang có xu hướng

gia tăng vào những năm gần đây, nhiều nghiên cứu cho thấy tỉ lệ mắc bệnh tăng theo lứa tuổi và theo thời gian[1]. Để hoạch định kế hoạch chuẩn bị nhân lực và vật lực điều trị sâu răng tại khoa Răng hàm mặt, bệnh viện Đại học Y Hà Nội, tôi quyết định thực hiện đề tài: "Thực trạng bệnh sâu răng trên người khám sức khỏe răng miệng định kì tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016" nhằm mục tiêu: *Xác định tình trạng mắc bệnh sâu răng của người khám sức khỏe răng miệng tại bệnh viện ĐHY Hà Nội năm 2016*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân đến khám sức khỏe răng miệng tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội năm 2016. Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc các bệnh tâm thần, tự kỉ, bệnh toàn thân cấp tính. Bệnh nhân đang chỉnh nha bằng mắc cài cố định.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Tháng 1/ 2016 đến tháng 12/2016.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang

Chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ đích theo các tiêu chuẩn trên

Cỡ mẫu: Thực tế chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 117 đối tượng.

Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu không ảnh hưởng đến sức khỏe cũng như các vấn đề về kinh tế của đối tượng. Trước khi tham gia nghiên cứu, tất cả các đối tượng nghiên cứu sẽ được cung cấp thông tin rõ ràng liên quan đến mục tiêu và nội dung nghiên cứu. Đối tượng được quyền rút khỏi nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Tỉ lệ sâu răng vĩnh viễn theo giới

Sâu răng vĩnh viễn	Có		Không		P
	N	Tỉ lệ (%)	N	Tỉ lệ (%)	
Nam	48	68,6	22	31,4	P > 0,05
Nữ	33	70,2	14	29,8	
Tổng số	81	69,2	36	30,8	

Trong 117 người được khám có 81 người bị sâu răng, chiếm 69,1%. Tỉ lệ sâu răng vĩnh viễn ở nam là 68,6% thấp hơn ở nữ là 70,2% và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 2. Tỉ lệ sâu răng theo vị trí hàm trên và hàm dưới

Vị trí	Sâu răng		Không sâu răng	
	N	Tỉ lệ (%)	N	Tỉ lệ (%)
Hàm trên	52	44,4	65	55,6
Hàm dưới	81	69,2	36	30,8

Trong 117 người được khám có 81 người có sâu răng hàm dưới chiếm 69, 2% cao hơn 52 người có sâu răng hàm trên chiếm 44,4 %.

Bảng 3. Chỉ số DMFT theo giới

Giới	DMFT			
	DT	MT	FT	DMFT
Nam	1,46	0,3	1,04	2,8
Nữ	1,53	0,34	0,83	2,7
Tổng số	1,49	0,32	0,96	2,76

Chỉ số DMFT chung của đối tượng nghiên cứu là 2,76, trong đó, chỉ số DMFT của nam giới là 2,8 cao hơn ở nữ giới là 2,7. Trung bình mỗi người có 1,49 răng sâu chưa được điều trị hoặc đã điều trị bị tái phát, 0,32 răng bị mất do sâu và 0,96 răng sâu đã được trám tốt.

Bảng 4. Chỉ số DMFT theo nhóm tuổi

Nhóm- Tuổi	DT	MT	FT	DMFT	MT+FT	DT/DMFT (%)	MT+FT/DMFT (%)
18 – 34	1,41	0,22	0,78	2,41	1	58,5	41,6
≥35	1,57	0,41	1,34	3,12	1,55	50,3	49,7
Tổng số	1,49	0,32	0,96	2,76	1,27	53,9	46,1

Chỉ số DMFT trung bình của đối tượng nghiên cứu là 2,76; trong đó chỉ số DMFT ở nhóm tuổi ≥ 35 là 3,12 cao hơn ở nhóm tuổi 18-34 là 2,41. Trong tất cả đối tượng nghiên cứu có 53,9 % răng sâu cần được điều trị và có 46,1% răng sâu đã được trám tốt và nhỏ.

IV. BÀN LUẬN

Để mô tả thực trạng bệnh sâu răng, trong nghiên cứu này, tôi sử dụng hai tiêu chí: Tỷ lệ mắc bệnh sâu răng và chỉ số DMFT. Tỷ lệ sâu răng cho thấy mức độ lưu hành sâu răng trong cộng đồng. Tuy vậy nếu chỉ dựa vào tỷ lệ sâu răng chung thì chưa phản ánh hết được thực trạng sâu răng, nguy cơ sâu răng, do đó tôi sử dụng thêm chỉ số DMFT để đánh giá rõ thực trạng sâu răng trên đối tượng nghiên cứu.

Kết quả ở bảng 1 cho thấy tỷ lệ sâu răng chung của các đối tượng nghiên cứu là 69,2% trong đó sâu răng ở nữ giới (70,2%) cao hơn ở nam giới (68,6%), ở nhóm tuổi 18-34 (69,5%) tương đương ở nhóm tuổi ≥ 35 (69%), và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Theo xếp loại WHO, tỷ lệ này ở mức trung bình. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu trong và ngoài nước gần đây. Năm 2007, nghiên cứu của tác giả Trương mạnh Dũng và Lương Thị Kim Liên trên đối tượng người dân lứa tuổi 18-45 tại xã Vân Hội Đông Anh Hà Nội cũng cho tỷ lệ bệnh sâu răng chung là 68,6 %, ở nhóm tuổi 18-34 chiếm 63,3% trong đó nữ (72,4%) cao hơn ở nam (61,9%) với $p < 0,05$, ở nhóm tuổi 35-44 chiếm 73,8%, nữ cao hơn nam [2]. Kết quả của Lê Thị Thanh Thủy năm 2009 điều tra về tình trạng sâu răng, bệnh quanh răng và nhu cầu điều trị của công nhân nhà máy vật liệu xây dựng tỉnh Phú Thọ thì cho kết quả thấp hơn của tôi khi tỷ lệ sâu răng là 43,9% trong đó ở nữ 46,5% cao hơn ở nam (42,7%) [3]. Kết quả nghiên cứu của tôi thấp hơn so với điều tra sức khỏe toàn quốc lần 2 của Trần Văn Trường và cộng sự năm 2001. Cụ thể theo điều tra sức

khỏe răng miệng toàn quốc lần 2, tỷ lệ sâu răng người trưởng thành ở các nhóm tuổi đều trên 75%, thấp nhất ở lứa tuổi 18-34 (75,2%) và cao nhất lứa tuổi trên 45 (89,7%).[1]. Điều này có thể dễ dàng lý giải, nghiên cứu của tôi thực hiện sau hơn 15 năm, sự phát triển mạnh mẽ về kinh tế cũng như ý thức vệ sinh răng miệng của người dân ngày một cải thiện, cùng với đó là nhiều chương trình tuyên truyền giáo dục, nhiều biện pháp dự phòng sâu răng đã được triển khai làm cho tỷ lệ sâu răng ngày một giảm. Theo các nghiên cứu [1],[2],[4] thì tỷ lệ sâu răng tăng dần theo tuổi, còn trong nghiên cứu của tôi tỷ lệ này là tương đương. Nguyên nhân có thể do đối tượng nghiên cứu của tôi đều được khám sức khỏe răng miệng 1 năm/lần. Tất cả đều được tư vấn điều trị về bệnh răng miệng cũng như hướng dẫn vệ sinh răng miệng đúng cách. Cùng với đó đối tượng nghiên cứu của tôi đều có trình độ học vấn nhất định, có khả năng nhận thức cũng như đủ điều kiện kinh tế để điều trị bệnh răng miệng, người nhiều tuổi hơn sẽ được tiếp cận với khám và chăm sóc răng miệng sớm hơn. Do đó mà tỷ lệ sâu răng không có sự khác biệt theo nhóm tuổi.

Theo bảng 3 và 4 cho thấy, chỉ số DMFT chung của đối tượng nghiên cứu là 2,76 trong đó ở nam là 2,8, nữ là 2,7. DMFT tăng dần theo tuổi, ở nhóm tuổi 18-34 là 2,41 và nhóm tuổi ≥ 35 là 3,12. Số răng sâu cần được điều trị chung là 1,49, số răng mất do sâu chung là 0,32 và tăng lên theo tuổi. Số răng trám không sâu là 0,96 trong đó ở nhóm tuổi ≥ 35 là 1,34 cao hơn nhóm tuổi 18-34 (0,78), điều này một lần nữa giải thích tỷ lệ sâu răng tương đương ở các nhóm tuổi. Người nhiều tuổi hơn được đi khám răng

miệng sớm hơn, được chữa trị sớm hơn mặc dù có nguy cơ mắc sâu răng cao hơn (liên quan đến giải phẫu răng, sự lão hóa) làm hạn chế bệnh sâu răng. Kết quả của Trần Văn Trường (2001) cho kết quả DMFT cao hơn tôi tuy nhiên tác giả cũng đồng ý rằng chỉ số DMFT tăng dần theo tuổi. Nhóm tuổi 18 – 34 là 2,94; 35-44 là 3,69; và > 45 là 8,42.

Khi so sánh chỉ số DMFT với một số nghiên cứu khác ở trong và ngoài nước những năm gần đây.

Kết quả nghiên cứu của tôi có chỉ số DMFT thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Văn Dũng (86%) [5], Nguyễn Hoài Bắc (80,7%)[6] có thể do đối tượng nghiên cứu của tôi sinh sống tại thủ đô Hà Nội, đồng thời được khám sức khỏe răng miệng định kỳ hằng năm, điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của khám sức khỏe răng miệng định kỳ với tỉ lệ bệnh răng miệng nói chung và tỉ lệ bệnh sâu răng nói riêng.

Kết quả nghiên cứu của tôi khi đem so sánh với kết quả của Trương Mạnh Dũng: Tỉ lệ sâu răng là tương đương (68,6%) nhưng chỉ số DMFT của tôi lớn hơn (2,76 so với 2,08)[2]. Điều này được giải thích là do nhóm đối tượng của tôi đã được trám và nhổ răng sâu nhiều hơn. Tức là tỉ lệ % sâu răng đã được điều trị cao hơn.

Nghiên cứu cho kết quả sâu răng hàm dưới (69,2%) cao hơn so với hàm trên (44,4%). Hàm dưới ở vị trí thấp hơn so với hàm trên trong khoang miệng làm tăng khả năng đọng thức ăn, đồng thời theo sự phát triển răng thì hầu hết các răng hàm dưới mọc sớm hơn so với các răng hàm trên nên thời gian phơi nhiễm với sâu răng cao hơn. Do đó tỉ lệ sâu răng hàm dưới cao hàm trên.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ sâu răng vĩnh viễn của người khám sức khỏe răng miệng là 69,2%, ở nam là 68,6% và ở nữ là 70,2%. Tỉ lệ sâu răng ở nhóm tuổi 18 – 34 là 69,5%, ở nhóm tuổi ≥ 35 là 69%.

Chỉ số DMFT chung của đối tượng nghiên cứu là 2,76, của nam là 2,8 và của nữ là 2,7. DMFT tăng dần theo tuổi, DMFT nhóm tuổi 18 – 34 là 2,41; nhóm tuổi ≥ 35 là 3,12. Trung bình mỗi người có 1,49 răng sâu cần được điều trị, có 0,32 răng mất, 0,96 răng sâu đã được hàn tốt. Có 53,9% số răng sâu cần được điều trị.

Tỉ lệ sâu răng ở hàm trên (44,4%) thấp hơn ở hàm dưới (69,2%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân, Trịnh Đình Hải (2002).** Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc, *Nhà xuất bản Y học*, tr 23-70.
2. **Trương Mạnh Dũng, Lương Thị Kim Liên (2007).** Thực trạng sâu răng và nhu cầu điều trị của người dân nhóm tuổi 18-45 tại xã Văn Hội- Đông Anh- Hà Nội, năm 2007, *tạp chí y học thực hành* (633,634), 20-23.
3. **Lê Thị Thanh Thủy (2009).** Điều tra tình trạng sâu răng, bệnh quanh răng và nhu cầu điều trị của công nhân nhà máy sản xuất vật liệu xây dựng tỉnh Phú Thọ. Luận văn thạc sĩ y học, trường đại học Y Hà Nội. 50-52
4. **Maria Augusta Bessa Rebelo (2008),** Dental caries and gingivitis among 15 to 19 year – old students in Manaus, Am, Brazil. *J Dent Res* (83). (Spec Is C). pp. 43-47
5. **Trần Văn Dũng và cộng sự (2011),** Nghiên cứu thực trạng bệnh sâu răng, viêm nha chu trong nhân dân thành phố Huế năm 2011. Luận văn thạc sĩ y học, trường đại học Y Hà Nội. 58-60
6. **Nguyễn Hoài Bắc (2008).** Nghiên cứu tình trạng sâu răng, bệnh quanh răng, mất răng. Luận án bác sĩ chuyên khoa II, trường đại học răng hàm mặt, tr 3 – 64.

CHẨN ĐOÁN ĐIỆN - THẦN KINH TRONG GIAI ĐOẠN SỚM HỘI CHỨNG GUILLAIN - BARRÉ

Phan Tiến Lộc*, Nguyễn Văn Tuấn**

Nguyễn Văn Liệu*, Võ Hồng Khôi**

TÓM TẮT

Cơ sở: Hội chứng Guillain – Barré là nguyên nhân hàng đầu gây ra liệt chi kiểu ngoại vi tiến triển cấp tính. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ có kết quả tốt, điều trị muộn có thể để lại di chứng. Chẩn đoán điện –

thần kinh góp phần lớn trong việc chẩn đoán khi các triệu chứng lâm sàng còn chưa điển hình. **Mục tiêu:** Tìm hiểu các biến đổi sớm trên bản ghi chẩn đoán điện ở bệnh nhân mắc hội chứng Guillain – Barré. **Phương pháp:** Lựa chọn vào nghiên cứu những bệnh nhân vào điều trị nội trú tại Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai có chẩn đoán khi ra viện là Hội chứng Guillain - Barré và được làm chẩn đoán điện – thần kinh trong tuần đầu tiên của bệnh. **Kết quả:** Phản xạ H bất thường xuất hiện ở 37/40 bệnh nhân (92,5%), trong đó có 31 bệnh nhân (77,5%) mất phản xạ H. Sóng F bất thường được ghi nhận ở 29/40 bệnh nhân (72,5%). Về đặc điểm dẫn truyền thần kinh vận động: có 13 bệnh nhân (32,5%) kéo dài thời gian tiềm vận

*Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phan Tiến Lộc

Email: phanloc.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 31.7.2017

Ngày duyệt bài: 20.8.2017

động ngoại vi ở trên 2 dây thần kinh, 7 bệnh nhân (17,5%) giảm tốc độ dẫn truyền thần kinh vận động dưới 70% so với giá trị bình thường ở trên 2 dây thần kinh. 11 bệnh nhân (27,5%) có bản ghi điện - thần kinh bình thường, chỉ có duy nhất bất thường phản xạ H được phát hiện. **Kết luận:** Bất thường phản xạ H và sóng F là 2 dấu hiệu chẩn đoán nhạy nhất trên bản ghi điện - thần kinh đối với bệnh nhân mắc hội chứng Guillain - Barré trong giai đoạn sớm.

Từ khóa: hội chứng Guillain - Barré, chẩn đoán điện - thần kinh.

SUMMARY

EARLY ELECTRODIAGNOSTIC FINDINGS IN GUILLAIN - BARRÉ SYNDROME

Guillain-Barré syndrome (GBS) is the main cause of acute progressive peripheral neuropathies. Early diagnosis of GBS plays an important role in helping clinicians to apply effective treatment from onset. Electrodiagnosis is useful to establish the diagnosis of GBS when clinical symptoms are not typical. **Aim:** To describe the abnormal changes in nerve conduction study (NCS) records of GBS patients in the first week of onset. **Methods:** We selected inpatients who had a final diagnosis of GBS in the Neurology Department of Bach Mai Hospital. All cases in our study had NCS records in the first week of illness. **Results:** Abnormal H-reflex was present in 37/40 patients (92.5%), while among them, this reflex was absent in 31 patients (77.5%). Abnormal F-waves were found 29/40 patients (72.5%). Motor nerve conduction results were as follows: distal motor latency prolonged in more than 2 nerves in 13 patients (32.5%), motor conduction velocity decreased more than 70 % of normal value in more than 2 nerves in 7 patients (17.5%). There were 11 patients (27.5%) with normal NCS records with the only abnormal H reflexes were detected. **Conclusions:** Abnormal H-reflex and F-wave are both the most sensitive tests in NCS records for GBS patients in the early stages.

Keywords: Guillain-Barre Syndrome, Nerve Conduction Study, Electrodiagnosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Guillain-Barré là nguyên nhân hàng đầu gây liệt chi kiểu ngoại vi cấp tính tiến triển, với tỷ lệ mắc hàng năm trên thế giới từ 1,1 đến 1,8/100.000 người.[1] Chẩn đoán và điều trị sớm đóng vai trò rất quan trọng trong việc cải thiện kết quả điều trị của bệnh nhân. Chẩn đoán điện - thần kinh là xét nghiệm hỗ trợ quan trọng nhất trong xác định chẩn đoán. Các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra có một số lượng lớn bệnh nhân không có sự thay đổi khi nghiên cứu dẫn truyền thần kinh ngoại vi tứ chi trong tuần đầu của bệnh, nhưng lại có những biến đổi của những đáp ứng muộn như sóng F và phản xạ H, rất có giá trị trong chẩn đoán sớm hội chứng Guillain-Barré.[2] Ở Việt Nam, đã có những nghiên cứu về sự biến đổi trong bản ghi điện - thần kinh ở

bệnh nhân Guillain - Barré nói chung, nhưng chưa có nhiều nghiên cứu tập trung vào nhóm bệnh nhân Guillain - Barré trong giai đoạn sớm và vai trò của những đáp ứng muộn trên bản ghi điện - thần kinh của những bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

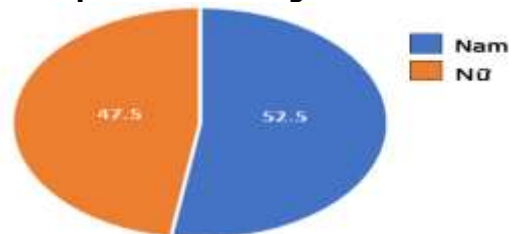
2.1 Đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành lựa chọn 40 bệnh nhân vào điều trị nội trú tại Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai có chẩn đoán ra viện là Hội chứng Guillain - Barré. Tiêu chuẩn lựa chọn các bệnh nhân đến trong vòng 7 ngày kể từ khi có triệu chứng đầu tiên của bệnh và được làm chẩn đoán điện - thần kinh trong giai đoạn này. Tiêu chuẩn loại trừ là những bệnh nhân đến muộn sau 7 ngày đầu của bệnh và không được làm chẩn đoán điện - thần kinh trong 7 ngày đầu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang. Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng và thực hiện chẩn đoán điện thần kinh. Các kết quả đo của bệnh nhân được so sánh với hằng số sinh học bình thường của người Việt Nam trưởng thành theo Võ Đôn và cộng sự [3]. Bệnh nhân được kết luận có những biến đổi điện cơ phù hợp với hội chứng Guillain - Barré nếu thời gian tiềm vận động ngoại vi kéo dài (>150% của giới hạn trên trị số bình thường), giảm tốc độ dẫn truyền thần kinh ngoại vi (<70% của giới hạn dưới trị số bình thường), thời gian tiềm sóng F kéo dài (>150% của giới hạn trên trị số bình thường), giảm biên độ đáp ứng của điện thế vận động hoặc có hiện tượng nghẽn dẫn truyền hoặc phát tán theo thời gian ở ít nhất 2 dây thần kinh.

Tất cả bệnh nhân đều được tiến hành các xét nghiệm cơ bản bao gồm: công thức máu ngoại vi, đông máu cơ bản, điện giải đồ, men cơ, men gan, chức năng thận. Tất cả đều được xét nghiệm dịch não - tủy trong vòng 7 ngày đầu của bệnh.

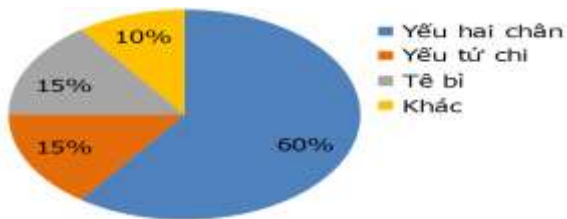
III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm lâm sàng



Biểu đồ 1: Tỷ lệ giới tính của nhóm nghiên cứu

Trên tổng số 40 bệnh nhân (21 nam và 19 nữ), có độ tuổi trung bình là 38,2, phần lớn (95%) bệnh nhân dưới 60 tuổi.

**Biểu đồ 2: Lý do vào viện****2.1. Đặc điểm dẫn truyền vận động và cảm giác****Bảng 1: Đặc điểm dẫn truyền thần kinh vận động**

Thông số		Số trường hợp	Tỷ lệ % (N = 30)
Kéo dài thời gian tiềm vận động	Một dây	5	12,5
	Nhiều dây	13	32,5
	Tổng giảm	18	45,0
Giảm tốc độ dẫn truyền thần kinh vận động	Một dây	3	7,5
	Nhiều dây	11	27,5
	Giảm < 70%	7	17,5
Giảm biên độ đáp ứng thần kinh vận động	Một dây	2	5,0
	Nhiều dây	6	27,5
	< 80%	4	10,0

Nhận xét: Kéo dài thời gian tiềm (latency): 18 bệnh nhân (45%) có hiện tượng kéo dài thời gian tiềm trên bản ghi điện - thần kinh, trong đó 5 bệnh nhân (12,5%) có thời gian tiềm kéo dài ở một dây thần kinh, 13 bệnh nhân (32,5%) kéo dài thời gian tiềm ở nhiều dây thần kinh.

- Giảm tốc độ dẫn truyền thần kinh ngoại vi được ghi nhận ở 14 bệnh nhân (35%), trong đó 7 bệnh nhân (17,5%) đã giảm dưới 70% so với giá trị bình thường (giá trị được coi là mốc để chẩn đoán tổn thương mất myelin).

- Giảm biên độ của đáp ứng điện thế vận động: Kết quả nghiên cứu cho thấy 8 bệnh nhân (20%) có giảm biên độ đáp ứng điện thế vận động thần kinh ngoại vi, trong đó 6 bệnh nhân (15%) giảm biên độ đáp ứng ở nhiều dây thần kinh và 2 bệnh nhân (5%) giảm biên độ đáp ứng một dây thần kinh. Có 4 bệnh nhân (10%) giảm thấp hơn 80% so với giới hạn dưới của giá trị bình thường.

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân đến viện khi đã có triệu chứng lâm sàng như: 24 bệnh nhân (60%) yếu hai chân, 6 bệnh nhân (15%) yếu tứ chi, chỉ 6 bệnh nhân (15%) đến viện vì tê bì chân tay. Có 4 bệnh nhân (10%) vào viện vì lý do khác như sụp mí, nhìn đôi, lệch miệng, mắt nhắm không kín (thể Miller Fisher).

2. Đặc điểm chẩn đoán điện - thần kinh**Bảng 2: Dẫn truyền thần kinh cảm giác**

Thông số	Số trường hợp	Tỷ lệ % (N = 30)
Giảm tốc độ dẫn truyền	6	15,0
Giảm biên độ điện thế cảm giác	3	7,5
Không ghi được điện thế cảm giác	4	10,0

Nhận xét: 13 bệnh nhân (32,5%) có bất thường trên bản ghi dẫn truyền thần kinh cảm giác, trong đó 6 bệnh nhân (15%) giảm tốc độ dẫn truyền thần kinh cảm giác, 3 bệnh nhân (7,5%) giảm biên độ điện thế cảm giác, 4 bệnh nhân (10%) có không ghi được điện thế hoạt động thần kinh cảm giác. 10 bệnh nhân (25%) tuy có triệu chứng tê bì trên lâm sàng nhưng trên bản ghi điện - thần kinh các chỉ số vẫn trong giới hạn bình thường.

2.2. Đặc điểm sóng F và phản xạ H

Thông số		Số trường hợp	Tỷ lệ % (N = 30)
Sóng F	Chi trên	Kéo dài thời gian tiềm	10
		Giảm tần số	17
		Mất	11
	Chi dưới	Kéo dài thời gian tiềm	4
		Giảm tần số	3
		Mất	12
	Tổng số bất thường F		29
	Mất sóng F tứ chi		11
Phản xạ H	Kéo dài thời gian tiềm sóng F tứ chi		3
	Bất thường		37
		Mất	31

Sóng F: Bất thường sóng F chi trên được ghi nhận ở 22 bệnh nhân, trong đó 11 bệnh nhân (27,5%) không ghi được sóng F, 17 bệnh nhân (42,5%) giảm tần số xuất hiện sóng F, 10 bệnh nhân (25%) thời gian tiềm sóng F kéo dài.

Phản xạ H: Mất phản xạ H trên bản ghi điện - thần kinh ở 37 bệnh nhân (92,5%). Có 11 bệnh nhân (27,5%) có kết quả đo dẫn truyền thần kinh vận động và cảm giác tứ chi trong giới hạn bình thường, chỉ thấy bất thường phản xạ H.

IV. BÀN LUẬN

Chẩn đoán điện - thần kinh đã được áp dụng trong chẩn đoán hội chứng Guillain - Barré từ hơn sáu mươi năm nay. Việc chẩn đoán xác định hội chứng Guillain - Barré trong giai đoạn sớm ở tuần đầu của bệnh thường gặp nhiều khó khăn khi những triệu chứng lâm sàng chưa điển hình, protein trong dịch não - tủy có thể chưa tăng và những bất thường dẫn truyền vận động và cảm giác trên bản ghi điện - thần kinh có thể chưa xuất hiện. Tuy vậy việc chẩn đoán sớm rất quan trọng vì một số phương pháp điều trị đã được chứng minh là làm giảm mức độ nặng của bệnh cũng như cải thiện kết quả ra viện của bệnh nhân. [2] Trên thế giới cũng đã có một số nghiên cứu về những thay đổi trong chẩn đoán điện - thần kinh ở những bệnh nhân mắc hội chứng Guillain - Barré trong tuần lễ đầu của bệnh.

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 40 bệnh nhân hội chứng Guillain - Barré được làm chẩn đoán điện - thần kinh trong vòng 7 ngày đầu của bệnh. Dữ liệu nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phản xạ H là dấu hiệu nhạy nhất với hội chứng Guillain - Barré trong giai đoạn sớm: có 37/40 bệnh nhân (92,5%) bệnh nhân trong nghiên cứu có bất thường phản xạ H; kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả khác trên thế giới [2],[4]. Có 11 bệnh nhân (27,5%) trong nghiên cứu này, có kết quả đo dẫn truyền thần kinh vận động và cảm giác hoàn toàn bình thường, bất thường phản xạ H là bất thường duy nhất xuất hiện: thể hiện phản xạ H có độ nhạy rất cao trong giai đoạn sớm của hội chứng Guillain - Barré.

Mất hoặc kéo dài thời gian tiềm của sóng F

cũng là dấu hiệu thường gặp ở bệnh nhân hội chứng Guillain - Barré. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có bất thường sóng F là 72,5%. Tỷ lệ này tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới như của Gordon và cộng sự, Sharma Geetanjali và cộng sự [2],[5]. Khi so sánh với phản xạ H, có 2 bệnh nhân có bất thường sóng F nhưng không bất thường phản xạ H và các trị số khác trong bản ghi điện - thần kinh cũng trong giá trị bình thường. Điều này thể hiện sự cần thiết kết hợp khảo sát phản xạ H cùng với sóng F trong chẩn đoán điện - thần kinh giai đoạn sớm của hội chứng Guillain - Barré.

V. KẾT LUẬN

Bất thường phản xạ H và sóng F là 2 dấu hiệu xuất hiện sớm trên bản ghi điện - thần kinh ngay trong những ngày đầu của hội chứng Guillain - Barré trong khi các rối loạn dẫn truyền khác còn chưa xuất hiện nhiều. Những bệnh nhân nghi ngờ chẩn đoán hội chứng Guillain - Barré cần được thăm dò phản xạ H và sóng F để giúp cho việc xác lập chẩn đoán và điều trị ở thời điểm sớm nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. McGrogan A., Madle G. C., Seaman H. E. et al (2009). The epidemiology of Guillain-Barre syndrome worldwide. A systematic literature review. *Neuroepidemiology*, 32(2), 150-163.
2. Gordon PH, Wilbourn AJ (2001). Early electrodiagnostic findings in Guillain - Barre syndrome. *Arch Neurol*; 58, 913 - 917.
3. Võ Đôn, Hứa Tú Sơn, Nguyễn Mai Hòa và cộng sự (2006). Khảo sát hằng số dẫn truyền dây thần kinh ở 116 người trưởng thành, Y học tp. HCM.
4. Al-Shekhlee A, Hachwi RN, Preston DC, Katirji B (2005). New criteria for early electrodiagnosis of acute inflammatory demyelinating polyneuropathy. *Muscle nerve*; 32: 66-72.
5. Geetanjali S et al (2013). Early electrodiagnostic findings of Guillain - Barré syndrome. *Journal Neurol Neurophysiol*, 4: 142. doi:10.4172/2155- 9562.1000142

ĐUỐI NƯỚC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG ĐUỐI NƯỚC Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI

Trương Thị Mai Hồng*

TÓM TẮT

*Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Mai Hồng

Email: maihonghoa98@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.7.2017

Ngày duyệt bài: 10.8.2017

Mục tiêu: Nghiên cứu tình trạng đuối nước và 1 số yếu tố tiên lượng đuối nước ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung ương trong 3 năm từ 2014-2016. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu 78 trẻ bị đuối nước vào điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi trung ương từ 2014-2016. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/ nữ là 8,75/1, nhóm tuổi hay bị tai nạn nhất là dưới 5 tuổi. Tai nạn xảy ra nhiều nhất là ở ao hồ (48,71%). Biểu hiện lâm sàng: hôn mê (58,97%), nghe phổi có rale

70,51%; sốc 29,49%. Người cấp cứu là hàng xóm và người đi đường chiếm tỉ lệ cao nhất (44,87%), tuy nhiên phương pháp cấp cứu đúng chỉ chiếm 12,82%. Trẻ mắc viêm phổi do hít 70,51%, trẻ bị di chứng thần kinh do thiếu oxy não 16,68% và 7,69% trẻ bị tử vong khi nhập viện cũng như sau điều trị. Tỉ lệ tử vong phụ thuộc chặt chẽ vào bệnh nhân được CPR ngay với OR là 0,15. **Kết luận:** Cần có chính sách phòng ngừa đuối nước cho trẻ em cũng như phải đào tạo cấp cứu cơ bản cho mọi người dân.

Từ khoá: đuối nước, trẻ em.

SUMMARY

DROWNING AND SOME PROGNOSIS FACTORS IN CHILDREN IN THE NATIONAL CHILDREN HOSPITAL

Objective: to investigate the matter of drowning and some prognosis factors in children in the national children hospital. **Subject and method:** a retrospective cohort study conducted to recruit 78 children suffering from drowning and treated at the national children hospital from 2014 to 2016. **Results:** the ratio of males and females was 8.75. Most of the cases were under 5 years old. The accident happened mostly in the fish ponds (48.7%). Clinical features included unconsciousness (58.97%), cracks in the lungs (70.51%), and shock (29.49%). 44.87% of cases were rescued by neighbors or passengers. Only 12.82% were resuscitated properly. Aspirated pneumonia were of 70.51%, secondary damage of the brain caused by hypoxia were of 16.68%. The mortality rates were 7.69%. The mortality rates associated with how quick the cardiopulmonary resuscitation was performed with OR of 0.15. **Conclusion:** it should set up protections to prevent drowning, and training of basic life support should be wide spread.

Keywords: drowning, children

Bảng 1. Phân bố theo nhóm tuổi và giới ở 78 bệnh nhân đuối nước

Tuổi	Giới				Tổng
	Nam	%	Nữ	%	
0- < 2 tuổi	22	28,20	4	5,13	26
2- < 5 tuổi	24	30,77	3	3,85	27
5- < 10 tuổi	14	17,95	1	1,28	15
≥ 10 tuổi	10	12,82	0	0	10
Tổng	70	89,74	8	10,26	78

Nhận xét: Tỷ lệ nam/nữ là 8,75/1. Nhóm tuổi hay bị tai nạn nhất là từ 2 đến 5 tuổi, tiếp đến là nhóm tuổi từ 0 đến 2 tuổi.

Bảng 2. Biểu hiện lâm sàng khi đến viện

Lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Sốt	19	24,36
Hạ nhiệt độ (<36 độ)	14	17,95
Thần nhiệt bình thường	45	57,69
Tỉnh táo	32	41,02
Lì bì	21	26,92
Hôn mê	25	32,05
Cơ giật	15	19,23
Cơ tăng TLC	13	16,67
Rối loạn nhịp thở- ngừng thở	18	23,07
Phổi có rale	55	70,51
Sốc nặng	23	29,49
Nhịp tim nhanh	34	43,59

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đuối nước là một tai nạn thường gặp ở trẻ em, có tỉ lệ tử vong rất cao trong các loại tai nạn tại Việt Nam [1,2]. Ở các nước phát triển, đuối nước là nguyên nhân thường gặp thứ 2 gây tử vong cho trẻ em dưới 5 tuổi [3]. Đuối nước có thể gặp ở mọi nơi, từ những vật dụng trong nhà như thùng nước, đến ao hồ, sông suối, bể bơi... Đuối nước còn gây ra những di chứng nặng nề về sau, không chỉ cho gia đình mà còn toàn xã hội. Trên thế giới đã có nhiều trường chinh phòng chống đuối nước cho trẻ em, tại Việt nam nhiều chương trình phòng chống đuối nước đã được thực hiện, tuy nhiên tỷ lệ đuối nước còn nhiều.

Nhằm cập nhật các thông tin về đuối nước ở trẻ em, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Tình trạng đuối nước và 1 số yếu tố tiên lượng đuối nước ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung ương trong 3 năm từ 2014-2016".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu 78 bệnh án nhi đuối nước trong 3 năm từ 2014-2016 vào điều trị cấp cứu tại Bệnh viện Nhi trung ương.

Biên nghiên cứu: tuổi, giới, khu vực xảy ra, biểu hiện lâm sàng, kết quả điều trị và biến chứng, cấp cứu ban đầu: người cấp cứu, thời gian cấp cứu, hồi sức tim phổi.

Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Phân bố theo nhóm tuổi và giới

Đồng tử bình thường	63	80,77
Đồng tử giãn	11	14,10
Chứng bụng	12	15,38
Liệt (nửa người)	1	1,28

Nhận xét: có 57,69% bệnh nhân đuối nước có thân nhiệt ổn định khi đến viện, chỉ có 17,95% trường hợp bị hạ nhiệt độ. Phần lớn trẻ nhập viện trong tình trạng li bì và hôn mê (58,97%), nghe phổi có rale 70,51%. Có 29,49% trẻ nhập viện trong tình trạng sốc nặng, phải sử dụng thuốc vận mạch.

Bảng 3. Phân bố khu vực tai nạn và người chứng kiến

Khu vực tai nạn	Người chứng kiến				Tổng
	Có	%	Không	%	
Ao hồ	24	30,77	14	17,95	38
Sông suối	5	6,41	4	5,13	9
Kênh mương	6	7,69	4	5,13	10
Bể bơi	11	14,10	4	5,13	15
Biển	1	1,28	1	1,28	2
Thùng nước	0	0	3	3,85	3
Giếng	0	0	1	1,28	1
Tổng	47	60,25	31	39,75	78

Nhận xét: đuối nước xảy ra nhiều nhất là ở ao hồ (48,71%), tại bể bơi (19,23%),

Bảng 4. Kết quả điều trị và biến chứng

Kết quả và Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tử vong	6	7,69
Viêm phổi	55	70,51
ARDS	1	1,28
Di chứng thần kinh	13	16,68
Tràn khí màng phổi	2	2,56
Loạn thần	1	1,28
Tổng	78	100

Nhận xét: Ta thấy 70,51% trẻ mắc viêm phổi do hít, 16,68% trẻ bị di chứng thần kinh do thiếu oxy não và 7,69% trẻ bị tử vong khi nhập viện cũng như sau điều trị.

Bảng 5. Mối liên quan giữa người cấp cứu và hồi sức tim phổi

Người cấp cứu	Phương pháp cấp cứu (hồi sức tim phổi)				Tổng
	Có	%	Không	%	
Người thân	19	24,36	11	14,10	30
Hàng xóm và người đi đường	10	12,82	25	32,05	35
Nhân viên y tế	5	6,41	0	0	5
Nhân viên cứu hộ	8	10,26	0	0	8
Tổng	42	53,85	36	46,15	78

Nhận xét: hàng xóm và người đi đường cấp cứu cho trẻ đuối nước chiếm tỉ lệ cao nhất (44,87%), tuy nhiên phương pháp cấp cứu đúng chỉ chiếm 12,82%.

Bảng 6. Mối liên quan giữa thời gian cấp cứu và tử vong

Tử vong	Thời gian cấp cứu				OR
	≥ 10 Phút	%	< 10 phút	%	
Có	4	5,13	2	2,56	12,4 (2- 76,84)
Không	10	12,82	62	79,49	
Tổng	14	17,95	64	82,05	

Nhận xét: có 5,13% trẻ tử vong khi có thời gian cấp cứu trên 10 phút và 2,56% tử vong khi có thời gian cấp cứu dưới 10 phút.

Bảng 7. Mối liên quan giữa tử vong và hồi sức tim phổi (CRP)

Tử vong	Hồi sức tim phổi				OR
	Có	%	Không	%	
Có	1	1,28	41	52,56	0,15 (0,01- 1,36)
Không	5	6,41	31	39,75	
Tổng	6	7,69	72	92,31	

Nhận xét: Trong nghiên cứu ta thấy tỉ lệ tử vong phụ thuộc chặt chẽ vào bệnh nhân được CPR ngay với OR là 0,15. Nếu bệnh nhân không được cấp cứu đúng cách tức là không được CPR ngay thì tử vong là 5/6 trường hợp.

IV. BÀN LUẬN

Đuối nước là một tai nạn thường gặp ở trẻ em, thường gặp ở nam nhiều hơn nữ (nam/nữ là 8,75/1), lứa tuổi thường gặp tai nạn là dưới 5 tuổi. Đây là lứa tuổi tò mò khám phá xung quanh. Kết quả này cũng tương tự như các tác giả trong nước như Lê Thanh Hải [1], Huỳnh Thiện Sĩ [2], các tác giả nước ngoài như Gino và cộng sự [4]. Đuối nước hay xảy ra nhất tại ao hồ chiếm 48,71%, là những nơi gần khu vực chơi của trẻ, đặc biệt trong điều kiện nước ta rất nhiều ao hồ. Tuy nhiên cũng có tỷ lệ đáng kể tại bể bơi (19,23%), tỷ lệ này sẽ tăng theo xu hướng tăng của các nước phát triển khi điều kiện thể thao, giải trí tăng.

Triệu chứng lâm sàng khi đến viện: 57,69% bệnh nhân đuối nước có thân nhiệt ổn định khi đến viện, chỉ có 17,95% trường hợp bị hạ nhiệt độ. Phần lớn trẻ nhập viện trong tình trạng li bì và hôn mê (58,97%), nghe phổi có rale 70,51%. Có 29,49% trẻ nhập viện trong tình trạng sốc nặng, phải sử dụng thuốc vận mạch. Kết quả này khác với nghiên cứu của Lê Thanh Hải 93,6% bệnh nhân đuối nước có thân nhiệt ổn định, 59,6% bệnh nhân có tổn thương ở phổi.

Hậu quả của đuối nước 16,68% trẻ bị di chứng thần kinh do thiếu oxy não và 7,69% trẻ bị tử vong khi nhập viện cũng như sau điều trị.

Các yếu tố tiên lượng trẻ em đuối nước: phụ thuộc vào tình trạng bệnh nhân được hồi sức tim phổi tại chỗ. Nếu những người cấp cứu trẻ lại không có kiến thức về cấp cứu đuối nước, làm tăng nguy cơ di chứng và tử vong cho trẻ. Vì vậy chúng ta cần tuyên truyền giáo dục cho người dân biết về đuối nước và cần phải quan tâm nhiều đến trẻ hơn, cần phải có các hàng rào quanh ao hồ để tránh cho trẻ bị đuối nước. Mặt

khác còn nhiều yếu tố giúp tiên lượng bệnh nhân đuối nước, như thời gian ngâm trong nước, thời gian cấp cứu bệnh nhân, cách cấp cứu. Khi phát hiện bệnh nhân đuối nước, cần nhanh chóng đưa bệnh nhân ra khỏi nước, tiến hành hồi sức tim phổi. Nếu bị hạ nhiệt độ cần phải được ủ ấm. Theo một số tác giả [1], tiên lượng bệnh nhân còn phụ thuộc vào điểm Glasgow khi đến viện, tuy nhiên trong nghiên cứu này chúng tôi không đề cập đến.

Về mối liên quan giữa thời gian cấp cứu và tỷ lệ tử vong, ta thấy 5,13% trẻ tử vong khi có thời gian cấp cứu trên 10 phút và 2,56% tử vong khi có thời gian cấp cứu dưới 10 phút, với OR là 12,4. Về mối liên quan giữa hồi sức tim phổi và tỷ lệ tử vong, ta thấy chúng có mối quan hệ chặt chẽ với nhau với OR là 0,15, trong nghiên cứu có 5/6 trường hợp tử vong là do không được hồi sức tim phổi kịp thời. Chính vì vậy cần phải có chính sách đào tạo về cấp cứu cơ bản cho mọi người, cũng như tuyên truyền về phương thức phòng chống đuối nước cho trẻ em.

V. KẾT LUẬN

Trẻ bị đuối nước còn nhiều, tỷ lệ di chứng và tử vong còn cao, Cần có chính sách tốt hơn nữa để phòng ngừa đuối nước cho trẻ em

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thanh Hải và CS**, "Đuối nước ở trẻ em tại bệnh viện nhi trung ương", Y học TP. Hồ Chí Minh, Tập 14, phụ bản số 2 năm 2010.
2. **Huỳnh Thiện Sĩ và CS**, "Đặc điểm dịch tễ học của tử vong do đuối nước trẻ em tại Đồng Tháp", Y học TP. Hồ Chí Minh, Tập 11, phụ bản số 1 năm 2007.
3. **Brenner RA**, "Prevention of drowning in infants, children and adolescents", Pediatrics 2003; 112: 440-5.
4. **Gino RS và CS**, "Pediatric drowning: a 20 year review of autopsied causes: 1. Demographic feature. A J Foern Med and Path 2005 : 4:316- 319.

PHÂN TÍCH HOẠT ĐỘNG TƯ VẤN SỬ DỤNG THUỐC CỦA MỘT SỐ NHÀ THUỐC TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ HẢI DƯƠNG NĂM 2015

Hà Văn Thúy¹, Nguyễn Thị Song Hà², Nguyễn Thị Kim Anh²

TÓM TẮT

Hiện nay, thực trạng hoạt động tư vấn sử dụng thuốc tại các nhà thuốc còn chưa đảm bảo tuân thủ

các quy định, nguyên tắc, tiêu chuẩn thực hành. Kết quả khảo sát hoạt động tư vấn sử dụng Amlodipin cho thấy, tỷ lệ các nhà thuốc không đưa ra bất kỳ câu hỏi nào về đơn thuốc khá cao (chiếm 59,5%). Tỷ lệ các nhà thuốc tuy có đặt câu hỏi nhưng nội dung còn sơ sài, chỉ hỏi về đơn thuốc chiếm 10,8%, hoặc chỉ đặt câu hỏi về khả năng thanh toán chiếm 54,1%... Hơn nữa, số lượng các nhà thuốc không cung cấp lời khuyên cho khách hàng cũng chiếm tỷ lệ cao (48,6%). Trong trường hợp mua Paracetamol, tỷ lệ các nhà thuốc không đưa ra bất kỳ câu hỏi nào cho khách hàng chiếm tỷ lệ khá cao (48,6%), số lượng nhà thuốc

¹Bộ Y tế

²Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Văn Thúy

Email: hvthuy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 17.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.7.2017

Ngày duyệt bài: 10.8.2017

không cung cấp lời khuyên cho khách hàng cũng cao (chiếm 67,6%). Thậm chí, tỷ lệ nhà thuốc cung cấp những hướng dẫn sử dụng cơ bản như liều dùng, cách sử dụng, chế độ dinh dưỡng cũng ở mức thấp. Đối với cả hai trường hợp mua Amlodipin và Paracetamol, các nhà thuốc chủ yếu chỉ hướng dẫn cho khách hàng về liều dùng, tần suất sử dụng, thời gian dùng thuốc.

SUMMARY

ANALYSIS OF THE OPERATION OF DRUG CONSULTANCY AND DRUG MANUAL OF SOME PHARMACIES IN HAI DUONG CITY 2015

The practice of drug consultancy in pharmacies did not comply with regulations and standard operating procedures. In case of buying Amlodipin, the proportion of pharmacies which did not give customers any question was high (59,5%), while the ratio for pharmacies just giving question on customers' prescriptions and payment capacity was 10,8% and 54,1%. Moreover, there was a high rate of pharmacies which did not provide any advices for customers (48,6%). Regarding Paracetamol consultancy, the portion of pharmacies which did not provided any advice was also high (67,6%). Especially even the advices on dosage, mode of living, nutrition accounted for a small proportion. In both cases of buying Amlodipin and Paracetamol, consultancy provided by pharmacies for customers was mainly on dosage, usage frequency and dosing time.

Key words: pharmacies, drug consultancy and manual.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, chất lượng phục vụ của các cơ sở bán lẻ thuốc trở thành vấn đề được hết sức quan tâm. Bộ Y tế đã ban hành các thông tư, quyết định, quy định, nguyên tắc, tiêu chuẩn thực hành tốt nhà thuốc (GPP) và các quy trình thao tác chuẩn liên quan đến hoạt động bán thuốc để các nhà thuốc tuân thủ thực hiện [1,3]. Đến nay, về cơ bản các nhà thuốc trên toàn quốc đã đạt tiêu chuẩn GPP. Tuy nhiên vẫn còn nhiều bất cập như nhà thuốc chạy theo lợi nhuận dẫn đến vi phạm các quy chế chuyên môn, bán thuốc kê đơn mà không có đơn của bác sĩ, một số nhà thuốc chưa thực sự tuân thủ các quy trình thao tác chuẩn mà chỉ mang tính chất đối phó...

Tại Hải Dương, các nhà thuốc về cơ bản đã được chuẩn hóa để đạt tiêu chuẩn GPP [5]. Tuy

nhien, vấn đề tư vấn sử dụng thuốc đã làm đến đâu, có tuân thủ các quy trình thao tác chuẩn không? Để trả lời những vấn đề này, nghiên cứu được thực hiện với 2 mục tiêu:

- Phân tích hoạt động tư vấn sử dụng thuốc bán theo đơn của một số nhà thuốc trên địa bàn thành phố Hải Dương năm 2015.

- Phân tích hoạt động tư vấn sử dụng thuốc bán không theo đơn của một số nhà thuốc trên địa bàn thành phố Hải Dương năm 2015.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Các nhà thuốc trên địa bàn thành phố Hải Dương còn đủ điều kiện hoạt động tính đến ngày 31 tháng 12 năm 2015.

Cỡ mẫu nghiên cứu: 37 nhà thuốc có tên trong biên bản thanh, kiểm tra của Sở Y tế tỉnh Hải Dương, các nhà thuốc này đã bị vi phạm một số lỗi trong việc thực hiện các tiêu chuẩn về GPP.

Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang. Nghiên cứu chọn ra các nhà thuốc vi phạm một số quy chế chuyên môn gồm vi phạm về việc ghi chép sổ thông tin bệnh nhân mua thuốc theo đơn, sổ tư vấn điều trị thuốc bán không theo đơn, sổ theo dõi tác dụng phụ của thuốc; vi phạm về hoạt động ra lẻ thuốc và vi phạm về nhân sự khi thẩm định GPP và/hoặc khi thanh kiểm tra để tiến hành nghiên cứu. Nghiên cứu sử dụng phương pháp đóng vai và quan sát. Nhóm nghiên cứu gồm 2 dược sĩ, trong đó 01 người đóng vai khách hàng mua Amlodipin, 01 người đóng vai khách hàng mua Paracetamol sau đó sẽ quan sát hoạt động tư vấn sử dụng thuốc của người bán lẻ tại nhà thuốc.

Các Quy trình bán thuốc theo đơn và không theo đơn được sử dụng để đối chiếu với hoạt động thực tiễn tại các nhà thuốc [1,2,4].

Xử lý số liệu: Bằng phần mềm Microsoft Excel 2007.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Hoạt động tư vấn sử dụng thuốc bán theo đơn

- Hoạt động hỏi khách hàng

Bảng 1. Những câu hỏi nhân viên nhà thuốc đưa ra với khách hàng

STT	Nội dung câu hỏi	Số nhà thuốc hỏi	Tỷ lệ (%)
1	Hỏi về đối tượng dùng thuốc	09	24,3
2	Hỏi về đơn thuốc	04	10,8
3	Hỏi đi khám bác sĩ	6	16,2
4	Hỏi về triệu chứng bệnh	7	18,9
5	Hỏi về thuốc đã dùng	2	5,4
6	Hỏi đã dùng thuốc này lần nào chưa?	4	10,8
7	Hỏi về bệnh mắc kèm	2	5,4

8	Hỏi về lý do mua thuốc	10	27,0
9	Hỏi về lý do mua theo số lượng	7	18,9
10	Hỏi về khả năng thanh toán	20	54,1
11	Không hỏi gì	15	40,5
Tổng số nhà thuốc khảo sát		37	100,0

Khi khảo sát, 40,5% nhà thuốc không đưa ra bất cứ câu hỏi nào cho khách hàng đến mua Amlodipin, 24,3% nhà thuốc hỏi về đối tượng dùng thuốc, 10,8% nhà thuốc hỏi về đơn thuốc, 54,1% nhà thuốc hỏi về khả năng thanh toán...

- Hoạt động khuyến khích khách hàng

Bảng 2. Những lời khuyên của nhân viên nhà thuốc đối với khách hàng

STT	Nội dung lời khuyên	Số nhà thuốc khuyên	Tỷ lệ (%)
1	Khuyến nên đi khám bác sĩ	4	10,8
2	Khuyến dùng thuốc đủ liều	5	13,5
3	Khuyến ngừng sử dụng khi có dấu hiệu bất thường	2	5,4
4	Khuyến không nên dùng	2	5,4
5	Khuyến về chế độ sinh hoạt, dinh dưỡng	8	21,6
6	Khuyến đổi sang thuốc khác	2	5,4
7	Không khuyến gì	18	48,6
Tổng số nhà thuốc khảo sát		37	100,0

Khi khảo sát, 48,6% nhà thuốc không đưa ra bất cứ lời khuyên nào, các nhà thuốc còn lại đưa ra lời khuyên ở tỷ lệ thấp, chủ yếu là khuyến về chế độ sinh hoạt, dinh dưỡng (21,6%), khuyến dùng đủ liều (13,5%), khuyến không nên dùng (5,4%)...

- Hoạt động hướng dẫn sử dụng thuốc

Bảng 3. Những tư vấn dùng thuốc của nhân viên nhà thuốc

STT	Nội dung tư vấn	Số nhà thuốc tư vấn	Tỷ lệ (%)
1	Liều dùng/1 lần/ ngày	19	51,4
2	Số lần dùng trong ngày	19	51,4
3	Tổng số ngày dùng	5	13,5
4	Thời điểm dùng	15	40,5
5	Tác dụng phụ	2	5,4
6	Không hướng dẫn	13	35,1
Tổng số nhà thuốc khảo sát		37	100,0

Khi khảo sát, 35,1% nhà thuốc không đưa ra bất cứ hướng dẫn sử dụng thuốc nào cho khách hàng, các nhà thuốc còn lại đa số cung cấp cho khách hàng các thông tin về liều dùng (51,4%), số lần dùng (51,4%), thời điểm dùng (40,5%)...

Hoạt động tư vấn sử dụng thuốc bán không theo đơn

- Hoạt động hỏi khách hàng

Bảng 4. Những câu hỏi nhân viên nhà thuốc đưa ra với khách hàng

STT	Nội dung câu hỏi	Số nhà thuốc hỏi	Tỷ lệ (%)
1	Hỏi về đối tượng dùng thuốc	2	5,4
2	Hỏi về triệu chứng bệnh	11	29,7
3	Hỏi về thuốc đã dùng	6	16,2
4	Hỏi về bệnh mắc kèm	6	16,2
5	Hỏi về khả năng thanh toán	17	45,9
6	Không hỏi gì	18	48,6
Tổng số nhà thuốc khảo sát		37	100,0

Khi khảo sát trong trường hợp mua Paracetamol, có tới 48,6% nhà thuốc không đưa ra bất cứ câu hỏi nào cho khách hàng. Các nhà thuốc còn lại hỏi khách hàng chủ yếu về khả năng thanh toán (45,9%), triệu chứng bệnh (29,7%)...

- Hoạt động khuyến khích khách hàng

Bảng 5. Những lời khuyên của nhân viên nhà thuốc đối với khách hàng

STT	Nội dung lời khuyên	Số nhà thuốc khuyên	Tỷ lệ (%)
1	Khuyến dùng thuốc đủ liều	9	24,3
2	Khuyến dùng kết hợp thuốc khác	4	10,8
3	Khuyến về chế độ sinh hoạt, dinh dưỡng	2	5,4
4	Không khuyến gì	25	67,6
Tổng số nhà thuốc khảo sát		37	100,0

Khi khảo sát có tới 67,6% nhà thuốc không đưa ra bất cứ lời khuyên nào cho khách hàng, các nhà thuốc còn lại chủ yếu đưa ra lời khuyên dùng thuốc đủ liều (24,3%), dùng kết hợp thuốc khác (10,8%)...

• *Hoạt động hướng dẫn sử dụng thuốc*

Bảng 6. Những tư vấn dùng thuốc của nhân viên nhà thuốc

STT	Nội dung tư vấn	Số nhà thuốc tư vấn	Tỷ lệ (%)
1	Liều dùng/1 lần/ ngày	15	40,5
2	Số lần dùng trong ngày	7	18,9
3	Thời điểm dùng	11	29,7
4	Không hướng dẫn	19	51,4
Tổng số nhà thuốc khảo sát		37	100,0

Những tư vấn dùng thuốc cho khách hàng chủ yếu là liều dùng/lần (40,5%), số lần dùng (18,9%), thời điểm dùng (29,7%) và có tới 51,4% nhà thuốc không đưa ra bất cứ hướng dẫn nào cho khách hàng.

IV. BÀN LUẬN

Người dược sĩ đóng vai trò rất quan trọng trong các hoạt động của nhà thuốc, đặc biệt là trong hoạt động tư vấn sử dụng thuốc bán theo đơn và theo quy định phải thường xuyên có mặt khi nhà thuốc hoạt động. Khi thăm định, 100% dược sĩ phụ trách chuyên môn đều có mặt nhưng khi thanh kiểm tra tỷ lệ này giảm xuống còn 16,2% [6]. Lý do vì đa phần các dược sĩ đại học đang công tác tại một cơ quan khác hoặc không phải chủ thực sự của nhà thuốc. Chính vì vậy mà hầu hết việc bán và tư vấn hướng dẫn sử dụng thuốc tại các nhà thuốc đều do nhân viên tại nhà thuốc (đa phần là trung cấp dược) thực hiện. Điều này ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng hoạt động tư vấn sử dụng thuốc tại các nhà thuốc.

Kết quả khảo sát hoạt động tư vấn sử dụng Amlodipin tại một số nhà thuốc cho thấy: Mặc dù Amlodipin là một thuốc kê đơn, theo đúng quy định là phải có đơn của bác sĩ thì các nhà thuốc mới được bán. Tuy nhiên, chỉ có 10,8% nhà thuốc hỏi về đơn thuốc, 16,2% nhà thuốc hỏi đã đi khám bác sĩ chưa và các nhà thuốc đều bán cho khách hàng dù không có đơn của bác sĩ. Đa phần các nhà thuốc chỉ hỏi nhằm mục đích kinh tế chứ chưa thực sự quan tâm đến lợi ích của khách hàng, câu hỏi gặp với tỷ lệ nhiều nhất là câu hỏi liên quan đến khả năng thanh toán trong khi các câu hỏi liên quan đến việc lựa chọn đúng thuốc (đối tượng dùng thuốc, triệu chứng, bệnh lý mắc kèm...) thì tỷ lệ hỏi chưa cao. Có tới 40,5% nhà thuốc không đưa ra bất cứ câu hỏi nào cho khách hàng. Điều này hết sức nguy hiểm cho người bệnh khi mua thuốc về nhà tự điều trị, đặc biệt là đối với những thuốc kê đơn, cần phải có sự thăm khám và chỉ định của bác sĩ. Bên cạnh đó, tỷ lệ các nhà thuốc không đưa ra lời khuyên cho khách hàng khá cao (48,6%). Mặc dù đây là thuốc kê đơn và bệnh nhân chưa đi khám bác sĩ mà tự ý ra nhà thuốc mua thuốc nhưng tỷ lệ các nhà thuốc khuyên nên đi khám bác sĩ còn khá thấp (10,8%), khuyên không nên

dùng chỉ có 5,4%. Điều này cho thấy các nhà thuốc đặt nặng vấn đề doanh thu, lợi nhuận hơn vấn đề liên quan đến sức khỏe người bệnh. Đa số các nhà thuốc chỉ hướng dẫn về liều dùng, số lần dùng và thời điểm dùng thuốc, trong khi hướng dẫn về tác dụng phụ của thuốc rất ít và không có nhà thuốc nào hướng dẫn về chống chỉ định và tương tác thuốc.

Kết quả khảo sát hoạt động tư vấn sử dụng Paracetamol tại một số nhà thuốc cho thấy: Tỷ lệ khá cao nhà thuốc không đưa ra câu hỏi nào cho khách hàng (48,6%). Paracetamol là một thuốc tương đối an toàn, tuy nhiên dạng phối hợp với caffeine và codein tương đối thận trọng khi dùng cho phụ nữ mang thai, dạng viên sủi cần thận trọng dùng cho người có tiền sử về bệnh dạ dày. Paracetamol có trong thành phần của rất nhiều thuốc nên nhiều khi bệnh nhân đã uống Paracetamol mà không biết. Mặc dù vậy, nhưng tỷ lệ nhà thuốc hỏi về đối tượng dùng thuốc, bệnh mắc kèm và thuốc đã dùng đều rất thấp. Câu hỏi mà các nhà thuốc hỏi nhiều nhất là khả năng thanh toán. Những lời khuyên mà nhà thuốc đưa ra cho khách hàng rất ít, chủ yếu liên quan đến việc dùng thuốc đủ liều, dùng kết hợp thuốc và khuyên về chế độ sinh hoạt, dinh dưỡng. Tỷ lệ nhà thuốc không khuyên gì khá cao (67,6%). Những hướng dẫn sử dụng thuốc được nhà thuốc đưa ra nhiều nhất là liều dùng, số lần dùng và thời điểm dùng, không có nhà thuốc nào tư vấn về tác dụng phụ, chống chỉ định. Vẫn còn một tỷ lệ khá lớn các nhà thuốc không đưa ra hướng dẫn gì cho khách hàng.

Kết quả này đã phản ánh một cách rõ ràng, cụ thể cho một số vi phạm đã được nêu trong các biên bản thăm định và biên bản thanh kiểm tra của các nhà thuốc trên.

V. KẾT LUẬN

Các nhà thuốc chưa thực sự tuân thủ chặt chẽ quy trình bán và tư vấn sử dụng thuốc bán theo đơn, quy trình bán và tư vấn sử dụng thuốc

bán không theo đơn. Các nhà thuốc vẫn còn chạy theo lợi nhuận mà chưa thực sự chú trọng đến hoạt động tư vấn sử dụng thuốc cho khách hàng, đến việc sử dụng thuốc hợp lý, an toàn cho người bệnh. Mặt khác, khả năng tư vấn sử dụng thuốc của nhân viên nhà thuốc chưa được nâng cao vì đa phần đều là trung cấp dược.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2008), Quyết định số 04/2008/QĐ-BYT ngày 02/02/2008 về việc ban hành Quy chế kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú.
2. Bộ Y tế (2010), Cẩm nang thực hành tốt nhà thuốc, Nhà Xuất bản Y học.
3. Bộ Y tế (2011), Thông tư số 46/2011/TT-BYT ngày 21/12/2011 ban hành nguyên tắc, tiêu chuẩn "Thực hành tốt nhà thuốc".
4. Bộ Y tế (2014), Thông tư số 23/2014/TT-BYT ngày 30/6/2014 ban hành Danh mục thuốc không kê đơn.
5. Sở Y tế Hải Dương (2015), Báo cáo tổng kết công tác Dược- Mỹ phẩm năm 2014 và phương hướng công tác Dược năm 2015, Hội nghị tổng kết công tác Y tế tỉnh Hải Dương tháng 1 năm 2015.
6. Sở Y tế Hải Dương (2016), Báo cáo kết quả thanh, kiểm tra Dược- Mỹ phẩm năm 2015 và phương hướng công tác Dược năm 2015, Hội nghị tổng kết công tác Y tế tỉnh Hải Dương tháng 1 năm 2016.

VAI TRÒ CỦA CT SCAN TRONG XÁC ĐỊNH CHÂN BẨM CỦA U NHÚ ĐẢO NGƯỢC MŨI XOANG

Trần Viết Luân*

TÓM TẮT

U nhú đảo ngược mũi xoang (UNĐN MX) là u tân sinh lành tính nhưng có tính xâm lấn tại chỗ và tái phát rất cao, cũng như khả năng chuyển dạng ác tính. Điều trị phẫu thuật đòi hỏi phải triệt để, phải lấy toàn bộ u và đặc biệt là chân bám của nó, nhằm hạn chế tái phát. Việc xác định vị trí chân bám của khối u trước mổ dựa vào hình ảnh ổ dày xương trên CT đóng vai trò quan trọng trong điều trị phẫu thuật. **Mục tiêu:** đánh giá vai trò của CT scan trong xác định vị trí chân bám của u nhú đảo ngược mũi xoang. **Phương pháp và đối tượng:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả và bàn luận:** Khảo sát phim CT scan của 42 bệnh nhân UNĐN MX: ghi nhận hình ảnh ổ dày xương và kiểm chứng trong lúc phẫu thuật. Có 33/42 ca (78,6%) có hình ảnh ổ dày xương trên CT Scan. Vị trí ổ dày xương thường gặp nhất là vách mũi xoang 11/33 TH (33,3%), và xoang hàm 10/33 TH (30,3%). Độ chính xác dự đoán vị trí chân bám của khối u dựa vào hình ảnh ổ dày xương trên CT scan là 87,9%. Có 2 dạng ổ dày xương: dạng nón chiếm 36,3%, dạng mảng chiếm 63,7%. **Kết luận:** Hình ảnh ổ dày xương trên CT scan khá thường gặp và rất có giá trị trong dự đoán vị trí chân bám của UNĐN MX.

Từ khóa: U nhú đảo ngược mũi xoang, ổ dày xương trên CT scan, dạng nón, dạng mảng.

SUMMARY

ROLE OF CT SCAN IN IDENTIFYING THE ATTACHMENT OF SINUSAL INVERTED PAPILLOMA

Sinonasal inverted papilloma (SIP) is a benign, epithelial neoplasm, but very aggressive and recurrent tumor with the risk of malignant transformation. Surgical treatment requires total resection, especially the attachment site of the tumor to prevent

recurrence. Identification of the tumor origin based on focal hyperostosis on CT plays an important role in surgical treatment. **Objective:** to evaluate the role of CT in identifying the attachment of sinusal inverted papilloma. **Methods:** cross-sectional study. **Results:** 42 CT films of sinusal inverted papilloma patients were analysed to detect focal hyperostosis, which then were correlated with the actual tumor attachment intraoperatively. 33 of 42 cases (78.6%) had focal hyperostosis on CT Scan. The most common sites of hyperostosis were lateral nasal wall: 11/33 cases (33.3%), and maxillary sinus 10/33 cases (30.3%). The focal hyperostosis on CT scan corresponded to the actual tumor attachment in 87.9% of cases. Two patterns of focal hyperostosis were noted: cone shaped and plaque like hyperostosis with the rate were 36.3% and 63.7% respectively. **Conclusion:** focal hyperostosis on CT scan of sinusal inverted papilloma is common and very valuable in preoperative prediction of tumor origin.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nhú đảo ngược mũi xoang (UNĐN MX) là u tân sinh lành tính mũi xoang thường gặp nhất, chiếm tỉ lệ 0,5-4% các khối u mũi xoang [6]. Đây là u lành tính nhưng có tính xâm lấn tại chỗ và tái phát rất cao, cũng như khả năng chuyển dạng thành ung thư biểu mô. Điều trị phẫu thuật u nhú ngược mũi xoang đã có nhiều tiến bộ từ phẫu thuật đường ngoài qua đường cạnh mũi: lấy khối u và cắt vách mũi xoang, cho đến nay là phẫu thuật qua nội soi. Việc xác định vị trí chân bám của khối u trước phẫu thuật là rất quan trọng, giúp lên kế hoạch phẫu thuật, chọn đường vào phù hợp, nhằm lấy sạch khối u tránh tái phát [1],[2],[3],[6]. Đã có nhiều công trình nghiên cứu trên thế giới về đặc điểm của CT scan trong bệnh lý UNĐN MX, tuy nhiên đa số tập trung nghiên cứu về độ nặng, độ lan rộng của khối u,...[4],[6]. Hình ảnh ổ dày xương (focal

*Trường Đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch
Chịu trách nhiệm chính: Trần Viết Luân
Email: luantranviet@gmail.com
Ngày nhận bài: 17.6.2017
Ngày phản biện khoa học: 28.8.2017
Ngày duyệt bài: 20.8.2017

hyperostosis) trên CT scan được xem như là vị trí chân bám hay điểm xuất phát của khối u cũng được đề cập đến [1],[4],[6], tuy nhiên không có nhiều công trình nghiên cứu về vấn đề này. Đó là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

Mục tiêu: đánh giá vai trò của CT scan trong xác định vị trí chân bám của u nhú đảo ngược mũi xoang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang 42 bệnh nhân UNĐN MX đến khám tại bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM từ ngày 01/2015 đến 3/2017.

Tất cả BN đều được nội soi, sinh thiết u trước mổ với kết quả là u nhú đảo ngược và được chụp CT scan trước mổ.

Phim CT scan được khảo sát ở cửa sổ xương, trên 2 bình diện coronal và axial. Hình ảnh được xem là ổ dày xương nếu là dày xương không đồng tâm và xơ xương (eccentric bone thickening and sclerosis) khu trú trên phim CT scan. Những trường hợp dày xương lan tỏa thì loại trừ.

Các trường hợp được xác định có hình ảnh ổ dày xương trên CT scan đều được kiểm chứng trong lúc phẫu thuật để xác định tính chính xác.

III. KẾT QUẢ

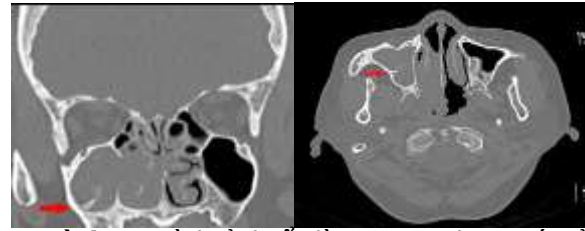
42 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UNĐN MX được đưa vào nghiên cứu. Trong đó: nam: 30 bệnh nhân (71,4%) chiếm đa số, nữ: 12 bệnh nhân (28,6%). Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 49,7 tuổi, thấp nhất là 19 tuổi, cao nhất là 77 tuổi; nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 41-60 tuổi (59,5%).

a. Ổ dày xương trên CT scan

- Có 33/42 ca (78,6%) có hình ảnh ổ dày xương trên CT scan. Vị trí ổ dày xương thường gặp nhất là vách mũi xoang 11/33 (33,3%), và xoang hàm 10/33 (30,3%).

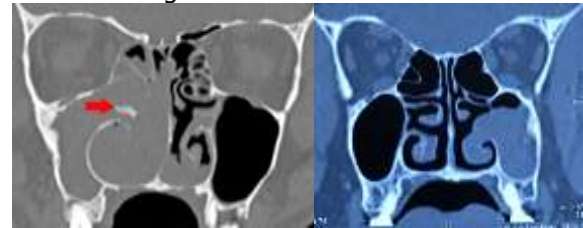
- Chúng tôi ghi nhận có 2 dạng ổ dày xương (theo phân loại của Lee[4]):

+ Dạng nón (cone shaped hyperostosis): ổ dày xương nhô rõ ra khỏi thành xoang, có dạng nón. Ổ dày xương dạng này xuất phát xoang hàm, xoang sàng sau, xoang bướm; tức là từ các thành của xoang (trừ xoang sàng trước). Ổ dày xương dạng nón chiếm 36,3% các trường hợp nghiên cứu.



Hình 1: Hình ảnh ổ dày xương dạng nón ở xoang hàm (P)

Dạng màng (plaquelike hyperostosis) ổ dày xương nhô lên ít, tương đối bằng phẳng hơn, hình màng: chiếm (63,7%), có thể ở bất kỳ vị trí nào của xoang.



(A)

(B)

Hình 2: Hình ảnh ổ dày xương dạng màng ở vách mũi xoang (P) (A) và xoang hàm (T) (B)

b. Các đặc điểm khác trên CT scan: Các tổn thương khác trên CT Scan được ghi nhận của 42 trường hợp nghiên cứu bao gồm: u dạng thùy (69,05%), mòn mỏng xương (52,4%), phòng giãn thành xương (45,2%), vôi hóa trong lòng u (28,6%), và hủy xương (7,1%).

c. Kiểm chứng vị trí chân bám khối u trong phẫu thuật

- Chúng tôi kiểm chứng trong lúc phẫu thuật về dự đoán trước mổ vị trí chân bám của khối u dựa vào hình ảnh ổ dày xương trên CT Scan ở 33 trường hợp ghi nhận có hình ảnh ổ dày xương trên CT scan trước mổ. Kết quả cho thấy đúng với dự đoán là 29/33 trường hợp với độ chính xác là 87,9%.

- Có 4/33 trường hợp (12,1%) hình ảnh ổ dày xương trên CT Scan không phù hợp với vị trí chân bám xác định trong lúc mổ. Đây là các trường hợp có ổ dày xương dạng màng trên CT scan. Ngược lại, tất cả ổ dày xương dạng nón, khi phẫu thuật đều có vị trí chân bám khối u phù hợp.

- Trong 4 trường hợp này, có 2 trường hợp vị trí ổ dày xương trên CT scan ở vách mũi xoang, 2 trường hợp kia ở xoang sàng trước, tất cả đều dạng màng và khi mổ không phải là nơi xuất phát của khối u. (bảng 1)

Bảng 1: Sự phù hợp giữa vị trí ổ dày xương nghi với vị trí chân bám khối u thấy được trong lúc mổ.

Vị trí chân bám của u	Ổ dày xương trên CT	Vị trí chân bám u xác định trong lúc mổ
Vách ngăn	1	1
Cuốn mũi giữa	3	3
Vách mũi xoang	11	9
Xoang hàm	10	10

Xoang sàng trước	4	2
Xoang sàng sau	2	2
Xoang bướm	2	2
Tổng số	33	29

IV. BÀN LUẬN

- U nhú đảo ngược mũi xoang là u lành tính nhưng có tính xâm lấn tại chỗ và tái phát rất cao, cũng như khả năng chuyển dạng thành ung thư biểu mô, hoặc xuất hiện ung thư cùng lúc với UNĐN MX. Phẫu thuật lấy u đòi hỏi phải triệt để, lấy rộng hơn các loại u lành khác, và luôn phải lấy mẫu mô u gửi giải phẫu bệnh để phát hiện ung thư đi kèm. Ngay cả khi được phẫu thuật triệt để, vẫn có một tỉ lệ u tái phát, có khi rất trễ sau 5 năm, do đó cần phải có chiến lược lâu dài trong điều trị và theo dõi sự tái phát của UNĐN MX.

- CT Scan giúp chẩn đoán mức độ lan rộng của khối u, góp phần trong phân giai đoạn của UNĐN MX, giúp các nhà lâm sàng lựa chọn đường phẫu thuật phù hợp [2]. Từ đó có thể phẫu thuật triệt để nhằm hạn chế tái phát.

- Tỉ lệ có hình ảnh ổ dày xương trên CT Scan trong nghiên cứu của chúng tôi là 78,6% so với tác giả Lee là 63,2%. Trong đó vị trí thường gặp nhất là vách mũi xoang 11/33 (33,3%), và xoang hàm 10/33 (30,3%); so với nghiên cứu của Lee: vị trí thường gặp nhất là vách mũi xoang là 52,6%, còn xoang hàm là 25,0% [4].

- Cơ chế gây dày xương ở vị trí xuất phát của khối u hiện vẫn chưa rõ. Có giả thuyết cho rằng khối u gây gián đoạn mạch máu nuôi của xương vùng này, hoặc khối u gây kích thích lên xương. Tế bào khối u lớn ở vùng chân bám nhỏ, với lượng máu nuôi nhiều có thể làm ảnh hưởng đến sự phát triển của xương vùng này gây ra hình ảnh ổ dày xương [4].

- Theo nghiên cứu của chúng tôi, hình ảnh ổ dày xương trên CT scan có giá trị tiên đoán chính xác vị trí chân bám hay nơi xuất phát của khối u khá cao, độ chính xác là 87,9%. Do đó việc tìm và xác định vị trí chân bám của khối u dựa vào hình ảnh này là rất cần thiết để lên kế hoạch phẫu thuật thích hợp, chọn đường phẫu thuật hợp lý với mục đích tiếp cận được vị trí chân bám và lấy hết u nhằm tránh tái phát.

- Trên thực tế lâm sàng, nếu chân bám khối u ở thành trước xoang hàm, không thể lấy sạch qua đường mở rộng lỗ thông xoang hàm qua khe giữa thông thường, chúng tôi chọn đường vào là cắt vách mũi xoang qua nội soi (endoscopy medial maxillectomy) có hoặc không cắt bỏ ống lệ mũi; hoặc đường vào xoang hàm trước ống lệ mũi qua nội soi (prelacimal approach)

nếu u chưa xâm lấn ống lệ mũi giúp bảo tồn cuốn mũi dưới và ống lệ mũi. Khi xác định vị trí chân bám khối u, tương ứng với ổ dày xương: thường ở vùng này bề mặt xương xù xì, u xâm lấn vào trong xương, chảy máu nhiều, hoặc có khi có mạch máu nuôi u phải đốt cầm máu. Đối với dày xương dạng nón, chúng tôi lấy bỏ và khoan mài phần gốc; đối với dày xương dạng mảng: chúng tôi khoan mài xương ở vùng này cho trơn láng để tránh tái phát.

- Trong 2 dạng ổ dày xương, dạng nón dễ phát hiện hơn, và cho giá trị tiên đoán vị trí chân bám khối u chính xác hơn, trong nghiên cứu của chúng tôi độ chính xác này là 100%.

V. KẾT LUẬN

Hình ảnh ổ dày xương trên CTScan khá thường gặp, chiếm 78,6% trong nghiên cứu của chúng tôi và rất có giá trị trong dự đoán vị trí chân bám của khối u, với độ chính xác được kiểm chứng trong lúc mổ khá cao là 87,9%.

Vị trí ổ dày xương thường gặp nhất là vách mũi xoang (33,3%), và xoang hàm (30,3%). Có 2 dạng ổ dày xương là dạng nón (36,3%) và dạng mảng (63,7%), trong đó dạng nón có độ chính xác trong dự đoán vị trí chân bám của khối u rất cao, lên đến 100%.

Việc dự đoán vị trí chân bám của khối u dựa vào hình ảnh ổ dày xương trên CTScan là rất cần thiết cho việc lên kế hoạch trước mổ, chọn phương pháp mổ thích hợp, nhằm lấy sạch khối u, hạn chế tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bhalla RK1, W.E. (2009)**, "Predicting the site of attachment of sinonasal inverted papilloma.", *Rhinology*, (47), pp.345-8.
2. **Chiu, A.G., et al. (2006)**, "Radiographic and histologic analysis of the bone underlying inverted papillomas", *The laryngoscope*, (116)(9), pp.1617-1620.
3. **Krouse JH (2001)**, "Endoscopic treatment of inverted papilloma: Safety and efficacy", *American journal of otolaryngology*, (22(2)), pp.87-99.
4. **Lee DK, et al. (2007)** "Focal Hyperostosis on CT of Sinonasal Inverted Papilloma as a Predictor of Tumor Origin", *AJNR Am J Neuroradiol* 28:618 –21 _ Apr 2007.
5. **Lee TJ, H.S., Huang CC. (2004)**, "Tailored endoscopic surgery for the treatment of sinonasal inverted papilloma", (26), pp.145-53.
6. **Schneider MS. et al., (2011)** "Sites of attachment of Schneiderian papilloma" *International Forum of Allergy & Rhinology*, Vol. 1, No. 4, July/August 2011.

KẾT QUẢ SAU RA VIỆN 3 THÁNG VÀ CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG CỦA PHẪU THUẬT GIẢI ÉP TRONG CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO NẶNG

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

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả phẫu thuật giải phóng chèn ép não trong chấn thương sọ não nặng và một số yếu tố tiên lượng. **Đối tượng:** 66 bệnh nhân chấn thương sọ não nặng được phẫu thuật giải phóng chèn ép não tại bệnh viện đa khoa Xanh – Pôn từ tháng 4 năm 2010 đến tháng 12 năm 2015. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Kết quả sau phẫu thuật giải ép được đánh giá theo thang điểm GOS ở thời điểm 3 tháng sau ra viện: có 18,2 % bệnh nhân tử vong, tỉ lệ sống thực vật và di chứng nặng chiếm 47,0%. Tỷ lệ kết quả phẫu thuật xấu sau 3 tháng cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm điểm Glasgow trước mổ là 4-5 điểm với $p=0,046$; $OR(CI95\%)=1,51(1,14-2,02)$, nhóm đồng tử mất phản xạ với ánh sáng 1 bên hoặc 2 bên với $p<0,001$; $OR(CI95\%)=9,64(2,96-31,37)$, nhóm có mức độ di lệch qua đường giữa ≥ 10 mm với $p=0,023$; $OR(CI95\%)=3,46(1,15-10,40)$; nhóm có hình ảnh xóa bể đáy với $p<0,001$; $OR(CI95\%)=9,23(2,39-35,94)$, điểm Rotterdam với $p=0,013$; $OR(CI95\%)=3,78(1,26-11,05)$. **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân tử vong và di chứng nặng chiếm hơn nửa số bệnh nhân. Một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh CLVT sọ não trước mổ có ý nghĩa tiên lượng kết quả phẫu thuật giải ép ở bệnh nhân chấn thương sọ não nặng như: điểm glasgow, phản xạ ánh sáng của đồng tử, mức độ di lệch đường giữa, hình ảnh xóa bể đáy, điểm Rotterdam.

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

SUMMARY

3 MONTH FOLLOW-UP OUTCOMES AND SOME PROGNOSTIC FACTORS AFTER DECOMPRESSIVE CRANIOTOMY FOR TREATMENT SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY

Objectives: Assess the outcomes of decompressive craniectomy in severe traumatic brain injury and some prognosis. **Subjects:** 66 patients suffering severe traumatic brain injury who underwent decompressive craniectomy at Saint Paul Hospital between April 2010 and December 2015. **Methodology:** Descriptive cross-sectional study. **Results:** Post-surgery decompression outcomes are assessed using GOS scale within 3

month from discharge: 18.2% of patients were fatal, 47,0% of patients fell into vegetative state or suffered severe sequelae. The surgery outcomes depend on the pre-surgery point on the Glasgow Coma Scale with $p=0,046$; $OR(CI95\%)=1,51(1,14-2,02)$, pupillary light reflex on lateral or bilateral sides at $p<0,001$; $OR(CI95\%)=9,64(2,96-31,37)$, deviation rate of lateral palpebral raphe ≥ 10 mm with $p=0,023$; $OR(CI95\%)=3,46(1,15-10,40)$ and absence of basal cistern effacement with $p<0,001$; $OR(CI95\%)=9,23(2,39-35,94)$, and Rotterdam score with $p=0,013$; $OR(CI95\%)=3,78(1,26-11,05)$. **Conclusion:** Fatality rate and severe sequelae rate accounted for half of the patients. Some pre-surgery clinical characteristics and CT scanner images that are prognostic of the outcomes of cerebral surgical decompression in severe traumatic brain injuries include the Glasgow point, pupillary light reflex, deviation rate of lateral palpebral raphe, basal cistern effacement and Rotterdam score.

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

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não (CTSN) nặng khi điểm Glasgow ≤ 8 có tỷ lệ tử vong và di chứng còn cao [1]. Điều trị CTSN nặng là nhanh chóng đưa áp lực nội sọ (ALNS) trở về bình thường, duy trì tốt áp lực tưới máu não, cung cấp đủ ô xy não, giảm tỷ lệ tử vong và di chứng. Khi hồi sức nội khoa không kiểm soát được ALNS, phẫu thuật giải phóng chèn ép não được thực hiện với hy vọng giảm ALNS, giúp cứu sống bệnh nhân và giảm di chứng nặng [2]. Chỉ định phẫu thuật giải phóng chèn ép não ở bệnh nhân CTSN nặng ở thời điểm nào để có thể đạt hiệu quả cao nhất, kết quả theo dõi sau mổ ở các bệnh nhân được phẫu thuật giải phóng chèn ép não và các yếu tố tiên lượng kết quả điều trị vẫn đang được nghiên cứu và bàn luận. Do vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài về "kết quả sau ra viện 3 tháng và các yếu tố tiên lượng của phẫu thuật giải phóng chèn ép não trong CTSN nặng" với 2 mục tiêu:

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

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

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu trên 66 bệnh nhân chấn thương sọ não nặng

* Bệnh viện Saint Paul

**Đại học Y Hà Nội

***Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Hưng

Email: ndhung71@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 31.7.2017

Ngày duyệt bài: 10.8.2017

được mổ giải phóng chèn ép tại khoa Phẫu thuật Thần kinh – Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 4 năm 2010 đến tháng 12 năm 2015. Loại trừ những trường hợp bệnh nhân trên 70 tuổi, bệnh nhân phẫu thuật giải phóng chèn ép não ở nơi khác chuyển đến bệnh viện Xanh Pôn điều trị tiếp, bệnh nhân phẫu thuật giải phóng chèn ép não trong các bệnh lý sọ não khác, bệnh nhân và người nhà không đồng ý tham gia hợp tác nghiên cứu.

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

Các công cụ nghiên cứu bao gồm: Tiêu chuẩn chẩn đoán chấn thương sọ não nặng theo thang điểm Glasgow; bệnh án nghiên cứu (theo mẫu bệnh án thống nhất). Thang điểm GOS đánh giá kết quả sau mổ, thời điểm đánh giá là 3 tháng sau ra viện.

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

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu phải được sự đồng ý của người nhà và bệnh nhân (trường hợp bệnh nhân có đủ năng lực quyết định). Là nghiên cứu mô tả lâm sàng không can thiệp vào

các phương pháp điều trị với bệnh nhân. Nghiên cứu giúp chẩn đoán và đánh giá giá trị các yếu tố tiên lượng chính xác và tin cậy các trường hợp chấn thương sọ não nặng được phẫu thuật giải ép não, qua đó nâng cao chất lượng điều trị bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1 Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu:

Trong 66 bệnh nhân nghiên cứu, nhóm tuổi từ 20-59 tuổi chiếm tới 77,28%, số bệnh nhân trẻ dưới 40 chiếm 69,70%, tuổi trung bình là $32,94 \pm 14,01$ tuổi. Đây là độ tuổi tham gia lao động và học tập chính của xã hội có nhiều đóng góp cho phát triển kinh tế - xã hội. Do vậy, bị CTSN nặng không những làm tổn thất nhân lực lao động sản xuất của xã hội mà bệnh nhân có thể sẽ trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội. Nam giới chiếm tỉ lệ cao gấp gần 3 lần nữ giới, tỷ lệ bệnh nhân nam giới lên đến 74,24%. Nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông chiếm tỉ lệ lên tới 77,27%. Cho thấy tai nạn giao thông vẫn là vấn đề đáng được quan tâm, chấn thương sọ não do tai nạn giao thông thường có cơ chế phức tạp, đầu di động theo nhiều hướng trước khi gặp lực cản và đập và dừng lại. Do đó, tổn thương thường phức tạp, đa dạng và dễ gây ra tình trạng chấn thương sọ não nặng.

3.2 Kết quả phẫu thuật giải ép não

Bảng 3.1. Tỷ lệ bệnh nhân theo theo điểm GOS sau mổ 3 tháng (n=66)

Điểm GOS	1 điểm	2 điểm	3 điểm	4 điểm	5 điểm	Tổng
Số bệnh nhân	12	6	25	22	1	66
Tỷ lệ	18,2 %	9,1 %	37,9 %	33,3 %	1,5 %	100 %

Sau 3 tháng, tỷ lệ tử vong là 18,2%; tỷ lệ bệnh nhân có điểm GOS là 2-3 điểm (sống thực vật, di chứng nặng) sau 3 tháng là 47,0%. Nghiên cứu của Yuan (2013) với n=164 cho kết quả tử vong là 22%, sống thực vật, di chứng nặng là 36%, kết quả hồi phục tốt là 42% [7].

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

Bảng 3.2. Liên quan giữa kết quả GOS sau ra viện 3 tháng với các yếu tố lâm sàng trước mổ (n=66)

Các yếu tố lâm sàng		Điểm GOS xấu (N=43)	Điểm GOS tốt (N=23)	p	OR (CI95%)
GCS	GCS 4-5 đ (N=11)	10	1	0,046	1,51 (1,14-2,02)
	GCS 6-8 đ (N=55)	33	22		
Tuổi	Tuổi > 50 (N=10)	5	5	0,229	0,74 (0,38-1,41)
	Tuổi ≤ 50 (N=56)	38	18		
Phản xạ đồng tử	Mất PXAS đồng tử 1 hoặc 2 bên (N=44)	36	8	<0,001	9,64 (2,96-31,37)
	Còn PXAS đồng tử 2 bên (N=22)	7	15		
Thời điểm mổ	Trước ≤ 24h (N=47)	32	15	0,431	1,55 (0,52-4,65)
	Sau > 24h (N=19)	11	8		

Ở thời điểm sau ra viện 3 tháng, tỷ lệ điểm GOS xấu ở nhóm bệnh nhân có điểm GCS thấp (4-5 điểm) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có điểm GCS là 6-8 điểm với $p=0,046$. Tỷ lệ này ở nhóm mất PXAS đồng tử một hoặc hai bên cũng cao hơn rất có ý nghĩa thống kê so với ở nhóm còn PXAS đồng tử 2 bên với $p<0,001$. Không có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ điểm GOS xấu ở các nhóm bệnh nhân được phân chia theo tuổi và thời điểm phẫu thuật sau nhập viện $\leq 24h$ hay sau $>24h$.

Về liên quan giữa điểm GCS với kết quả điều trị, nhiều nghiên cứu của các tác giả khác cũng có kết quả tương tự như: Kung (2010) nghiên cứu trên 27625 trường hợp CTSN nặng tại Đài Loan cho kết quả tỉ lệ tử vong liên quan mật thiết với thang điểm GCS, hay điểm vận động trong thang điểm, khi điểm càng thấp, tỉ lệ tử vong càng cao và ngược lại ($p < 0,001$) [3].

Phản xạ ánh sáng của đồng tử cũng có ý nghĩa tiên lượng, khi có giãn đồng tử ở CTSN nặng thường là do tăng ALNS gây thoát vị hồi hải mã vào khe Bichat chèn trực tiếp vào dây thần kinh số 3, những trường hợp này tiên lượng rất nặng, tỷ lệ tử vong cao. Khi giãn đồng tử cả hai bên là do thoát vị hai bên hay thoát vị trung tâm. Giãn đồng tử cũng có thể do nguyên nhân chấn thương trực tiếp vào nhãn cầu gây

tổn thương dây thần kinh 3, những trường hợp này không liên quan tới tăng ALNS. Theo kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả thì giãn đồng tử và đồng tử mất PXAS là yếu tố tiên lượng xấu như: Nghiên cứu của Marmarou (2007) nghiên cứu 8721 trường hợp CTSN vừa và nặng cho thấy giãn đồng tử một bên hoặc hai bên là yếu tố tiên lượng nặng, ảnh hưởng đến kết quả điều trị ($p<0,0001$) [5]. Nghiên cứu của Yuan (2013) với $n=164$ cho thấy giãn đồng tử, mất PXAS là một dấu hiệu tiên lượng nặng, có tỉ lệ tử vong cao ($p=0,016$) [7].

Thời điểm phẫu thuật GPCEN cũng được các tác giả bàn luận, kết quả của các nghiên cứu còn có sự khác nhau. Theo Munch (2000) nghiên cứu cho thấy phẫu thuật GPCEN sớm trước 4,5 giờ sau chấn thương có kết quả tốt hơn mổ sau 4,5 giờ [6]. Ngược lại, một số tác giả khác nghiên cứu cho thấy nhóm mổ sớm kết quả không tốt so với nhóm mổ muộn. Albanese (2003) nghiên cứu 40 trường hợp phẫu thuật GPCEN trong 816 trường hợp CTNS nặng nhận thấy nhóm bệnh nhân CTSN nặng mổ sớm trước 24 giờ có kết quả kém hơn so với nhóm mổ muộn sau 24 giờ với tỷ lệ hồi phục tốt của 2 nhóm lần lượt là 19% và 38% và tỷ lệ tử vong là 52% và 23%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [2].

Bảng 3.3 Liên quan giữa kết quả GOS sau ra viện 3 tháng với hình ảnh CLVT sọ não trước mổ (n=66)

Hình ảnh CLVT sọ não	GOS xấu (N=43)	GOS tốt (N=23)	p	OR (CI95%)
Di lệch đường giữa ≥ 10 mm	34	12	0,023	3,46 (1,15-10,40)
Bể đáy xóa	25	3	$<0,001$	9,23 (2,39-35,94)
Rotterdam ≥ 5 điểm	32	10	0,013	3,78 (1,26-11,05)
Có chảy máu màng nhện	32	19	0,449	0,61 (0,17-2,19)
Có vỡ nền sọ	19	7	0,276	1,81 (0,62-5,29)

Tỉ lệ bệnh nhân có GOS xấu ở nhóm có di lệch đường giữa ≥ 10 mm cao hơn nhóm di lệch đường giữa < 10 mm là 3,63 lần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,023$. Tỷ lệ GOS xấu ở nhóm bệnh nhân có xóa bể đáy cao hơn 9,23 lần nhóm chưa xóa bể đáy với $p<0,001$. Tỷ lệ bệnh nhân có GOS xấu ở nhóm có điểm Rotterdam ≥ 5 cao hơn so với nhóm bệnh nhân có điểm Rotterdam < 5 ($p=0,013$). Tỷ lệ này khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở nhóm có chảy máu dưới nhện và không có chảy máu dưới nhện; nhóm không có dấu hiệu vỡ nền sọ và có dấu hiệu vỡ nền sọ.

Hầu hết các tác giả đều công nhận mức độ di lệch đường giữa là một yếu tố tiên lượng trong CTSN như: Lemcke (2010) nghiên cứu 131

trường hợp phẫu thuật GPCEN đã chỉ ra rằng ở nhóm bệnh nhân có kết quả xấu có mức độ di lệch đường giữa trung bình là 9.8 ± 6.7 mm, trong khi đó nhóm bệnh nhân có kết quả tốt thì mức độ di lệch đường giữa trung bình là 6.7 ± 5.0 mm, tác giả kết luận rằng di lệch qua đường giữa là một yếu tố tiên lượng nặng [4]. Cũng theo Lemcke (2010), chèn ép bể đáy cũng là một trong những dấu hiệu chỉ điểm chấn thương sọ não nặng [4].

V. KẾT LUẬN

Kết quả sau phẫu thuật giải ép được đánh giá theo thang điểm GOS ở thời điểm sau ra viện 3 tháng: có 16,7% bệnh nhân tử vong, tỉ lệ sống thực vật và di chứng nặng chiếm 47,0%. Kết quả của phẫu thuật phụ thuộc chặt chẽ vào 1 số đặc

điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não trước mổ gồm: điểm Glasgow, phản xạ đồng tử với ánh sáng, mức độ chèn ép qua đường giữa, dấu hiệu xóa bể đáy và điểm Rotterdam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aarabi B., Hesdorffer DC., Simard J.M., (2009), "Comparative study of decompressive craniectomy after mass lesion evacuation in severe head injury", *Neurosurgery* 64:927-940.
2. Albanese, J., et al., *Decompressive craniectomy for severe traumatic brain injury: Evaluation of the effects at one year*. *Crit Care Med*, 2003. **31**(10): p. 2535-8.
3. Kung, W.-M., et al (2010), *Correlation between Glasgow coma score components and survival in*

patients with traumatic brain injury. *Injury*, In Press, Corrected Proof: p. 4416-4417.

4. Lemcke, J., *Taming a tyrannosaur: the decompressive craniectomy for traumatic brain injury has to become an evidence-based procedure*. *European Journal of Neurology*, 2011. **18**(4): p. 543-544.
5. Marmarou, A., *A review of progress in understanding the pathophysiology and treatment of brain edema*. *Neurosurg Focus*, 2007. **22**(5): p. E1.
6. Munch, E., et al (2000), *Management of severe traumatic brain injury by decompressive craniectomy*. *Neurosurgery*, 47(2): p. 315-22; discussion 322-3.
7. Yuan, Q., et al (2013), *Comparative study of decompressive craniectomy in traumatic brain injury with or without mass lesion*. *Br J Neurosurg*.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SỚM CHO BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO SAU

Nguyễn Phương Sinh*, Vũ Thị Tâm*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phục hồi chức năng sớm cho bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo sau tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Thiết kế nghiên cứu:** Can thiệp lâm sàng so sánh trước sau. **Đối tượng nghiên cứu:** 24 bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo sau. **Các biến số nghiên cứu:** Tâm vận động gập khớp gối, sức cơ của nhóm cơ gập và duỗi khớp gối, khả năng đi bộ, khả năng dồn trọng lượng lên 2 chân và chức năng vận động khớp gối. **Kết quả:** Sau 2 tháng điều trị 65% bệnh nhân được cải thiện rõ rệt về tâm vận động khớp gối; 50% được cải thiện rõ rệt về sức cơ; 95,83% được cải thiện về khả năng đi bộ, 88% được cải thiện rõ rệt về khả năng dồn trọng lượng lên 2 chân và 83,3% được cải thiện ở mức tốt và rất tốt về chức năng vận động khớp gối. **Kết luận:** Phục hồi chức năng sớm ngay sau phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo sau là phương pháp hiệu quả giúp cải thiện chức năng khớp gối và quyết định thành công của cuộc phẫu thuật.

Từ khóa: Phục hồi chức năng, phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo sau

SUMMARY

OUTCOME OF EARLY REHABILITATION FOR PATIENTS WHO HAVE UNDERGONE ARTHROSCOPIC POSTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RECONSTRUCTION

Objectives: To evaluate the results of early rehabilitation treatment for patients who were applied for Arthroscopic posterior cruciate ligament

reconstruction at Thai Nguyen National Hospital. **Study design:** Clinical intervention compared Before-After. **Subjects:** 24 patients after Arthroscopic posterior cruciate ligament reconstruction. **Study variables:** Flexion range of movement for knee joint, muscle strength (Flexion and Extension of knee joint), walking ability, ability to put weight down to 2 feet and the motor function of the knee. **Results:** After 2 months of treatment, 65% of patients improved markedly in knee joint mobility; 50% improvement in muscle strength; 95.83% improved walking ability, 88% improved markedly in the ability to weight two feet and 83.3% improved in good and very good knee joint function. **Conclusion:** The results shows that the early and proper rehabilitation therapy as an effective method contribute to the success of the surgery and improve the knee function for the patients who were applied for Arthroscopic posterior cruciate ligament reconstruction.

Key words: Rehabilitation, Arthroscopic posterior cruciate ligament reconstruction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đứt dây chằng chéo sau là thương tổn thường gặp trong chấn thương khớp gối. Dây chằng chéo sau bị đứt do cơ chế chấn thương làm duỗi gối quá mức. Có thể gặp đứt dây chằng chéo sau đơn thuần hoặc đứt cả dây chằng chéo trước, chéo sau hoặc kết hợp với tổn thương sụn chêm. Khi dây chằng chéo sau bị đứt xương chày bị trượt ra sau so với xương đùi, khớp gối mất vững, bệnh nhân đi lại khó khăn. Đứt và rách dây chằng chéo sau nếu không được điều trị sẽ có nguy cơ tổn thương sụn chêm, thúc đẩy tiến trình thoái hóa khớp, lỏng lẻo khớp ảnh hưởng rất nhiều đến chức năng di chuyển của người bệnh. Tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên đã tiến hành phẫu thuật thành công nội soi tái tạo

*Trường Đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phương Sinh
Email: sinhn.p@gmail.com
Ngày nhận bài: 17.6.2017
Ngày phản biện khoa học: 28.7.2017
Ngày duyệt bài: 10.8.2017

dây chằng chéo sau từ năm 2014 nhưng chưa được áp dụng phương pháp điều trị phục hồi chức năng hoặc áp dụng chưa đúng cách. Chính vì vậy mà chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị phục hồi chức năng sớm cho bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo sau tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 24 bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo sau điều trị tại khoa PHCN, Bệnh viện Trung ương Thái nguyên đạt tiêu chuẩn bệnh nhân nghiên cứu. Thời gian từ 01/2015 đến 01/2017

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp so sánh trước sau.

2.2.1. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện theo thời gian

- *Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:* Bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo sau, từ 18 tuổi trở lên và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Bệnh nhân bị cứng khớp gối hoàn toàn. Có các bệnh mạn tính kèm theo như: Bệnh hô hấp, bệnh tiểu đường, loãng xương, thoái hoá nặng... Đa chấn thương, có rối loạn ý thức và không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2.2. Chỉ tiêu nghiên cứu: Tâm vận động gập khớp gối. Sức cơ của nhóm cơ gập và duỗi khớp gối. Khả năng đi bộ. Khả năng dồn trọng lượng lên 2 chân

2.3. Phương pháp tiến hành: Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án thống nhất bao gồm: Khám sàng lọc bệnh nhân nghiên cứu, đánh giá các chỉ số lâm sàng, chỉ số nghiên cứu rồi ghi vào bệnh án nghiên cứu. Tiến hành điều trị phục hồi chức năng giai đoạn sớm cho các bệnh nhân nghiên cứu.

+Chương trình PHCN sau phẫu thuật bao gồm:

***Ngày 1 đến 2 sau phẫu thuật:** Giảm đau và sưng nề khớp gối bằng chườm đá lạnh 20 phút/ lần, cách nhau mỗi 3h. Tập lắc, di động xương bánh chè. Mang nẹp đùi căng chân cố định sau mổ: Tập dạng và khép khớp háng, tập vận động khớp cổ chân các tư thế. Tập khoảng 10 động tác mỗi giờ tránh cục máu đông. Tập nâng toàn bộ chân lên khỏi mặt giường có trợ giúp. Tập cơ cơ tĩnh trong nẹp: Tập cơ đùi và cơ căng bàn chân. Nẹp sử dụng 4 tới 6 tuần đến khi kiểm soát được cơ lực.

***Từ ngày thứ 2 sau phẫu thuật:** Bắt đầu tập đứng dậy với 2 nạng trợ giúp, chịu 50% trọng lượng cơ thể ở chân phẫu thuật

***Từ ngày thứ 3 tới 1 tuần sau phẫu thuật:** Tiếp tục tập các bài tập như ngày 1 và 2

sau phẫu thuật với cường độ tăng dần. Đeo nẹp liên tục cả ngày và đêm. Tăng cường kiểm soát cơ đùi, tập mạnh sức cơ Hamstring. Đi lại bằng 2 nạng nạch trợ giúp.

***Từ tuần thứ 2 đến hết tuần thứ 4:** Tập nâng chân phẫu thuật với nẹp. Tháo nẹp 3 lần/ngày: Tập vận động gập gối thụ động đến 60°. Đến tuần thứ 4 gập gối đến 90°. Vận động thụ động và chủ động có trợ giúp. Tập vận động duỗi gối từ 60° đến 0°. Kiểm soát tập vận động làm mạnh sức cơ ở tư thế gối duỗi hoàn toàn. Chịu một phần trọng lượng trên chân phẫu thuật. Đi lại với nạng trợ giúp từ 4 tới 6 tuần. Sau tuần thứ 4: khớp gối phải được duỗi hoàn toàn, gối gập 90°, sức cơ đùi phải mạnh.

***Từ tuần thứ 5 đến hết 6 tuần:** Duy trì duỗi khớp gối tối đa. Tập vận động gập gối 90° và gập hơn nữa đến 110°. Tập duỗi gối chủ động từ 90° về 0°. Tập nâng và khép khớp háng ở tư thế duỗi khớp gối hoàn toàn. Luôn đeo nẹp khi đi lại và khi ngủ. Đi lại với nạng chịu 75% trọng lượng cơ thể trên chân phẫu thuật. Đến tuần thứ 6: bắt đầu bỏ nẹp đùi căng chân. Tập nhún đùi (xuống tấn) trong giới hạn khớp gối duỗi dần từ 90° về 0° và ngược lại, tốc độ tăng dần theo thời gian. Tập bước lên và bước xuống 1 bậc thang.

***Từ tuần thứ 7 đến hết tuần thứ 10:** Tập vận động gập gối tăng dần đến 120°. Gập gối hết tâm vận động đến 3 tháng sau mổ. Tập ngồi xổm đến 90°. Nâng toàn bộ chân và khép háng (tư thế duỗi gối hoàn toàn) với tạ từ 1 đến 2kg. Chịu hoàn toàn trọng lực lên chân phẫu thuật ở tuần thứ 8. Đạp xe đạp. Tập lên xuống cầu thang, đi bộ.

***Từ tuần 11 đến tuần thứ 16:** Tăng cường các bài tập trên. Tập gập duỗi khớp gối chủ động phải đạt được biên độ bình thường. Tập chạy nhẹ.

2.4. Phương pháp đánh giá: Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu được theo dõi và đánh giá tại 2 thời điểm: Trước can thiệp và sau can thiệp 2 tháng.

2.4.1. Tiêu chuẩn đánh giá tâm vận động khớp: Theo phương pháp ZEZO (Cave & Robert) Tâm vận động bình thường của khớp gối: Duỗi là 0°, gập là 135°. Dụng cụ đo: Thước đo góc Goniometer. Tính điểm tâm vận động: $\geq 120^\circ$: tốt, $>90-120^\circ$: Khá, $60-90^\circ$: Trung bình, $<60^\circ$: Kém.

2.4.2. Tiêu chuẩn đánh giá sức mạnh cơ bắp bằng tay theo thang điểm 6 bậc: Daniele và Worthingham chia sức cơ làm 6 bậc: 0-5. Cách tính điểm sức cơ: Mức 5: Tốt, Mức 4: Khá, Mức 3: Trung bình, Mức 0, 1, 2: Kém

2.4.3. Tiêu chuẩn đánh giá tốc độ đi bộ (thời gian đi bộ 10m): Tính thời gian (giây) bệnh nhân đi hết quãng đường đó. Cách tính điểm thời gian

đi bộ 10m: ≤ 9 giây: Tốt, 9 – <12 giây: Khá, 12 – 15 giây: Trung bình, > 15 giây: Kém

2.4.4. Dồn trọng lượng cơ thể trên hai chi:
Khả năng dồn trọng lượng = Trọng lượng chi bên chấn thương (kg)/ $\frac{1}{2}$ trọng lượng cơ thể (kg)

- Cách tính điểm: $> 90\%$: Tốt, 80 – 90%: Khá, 70 – $<80\%$: Trung bình, $< 70\%$: Kém

2.4.5. Đánh giá kết quả về chức năng vận động khớp: Theo bảng đánh giá của Lysholm. Cách tính điểm: Rất tốt : Từ 95 - 100 điểm, Tốt: Từ 84 - 94 điểm, Trung bình: Từ 65 - 83 điểm, Xấu: Dưới 65 điểm

2.6. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số	Nhóm	Nhóm	
		n	%
Tuổi trung bình			
18 - 30		11	45,8
31 - 40		6	25,0
41 - 50		2	8,3
>50		5	20,8
Giới			
Nam		19	79,2
Nữ		5	20,8
Nguyên nhân chấn thương khớp gối			
Tai nạn giao thông		10	41,7
Tai nạn sinh hoạt		3	12,5
Tai nạn lao động		3	12,5
Chấn thương thể thao		8	33,3
Thời gian từ khi chấn thương đến khi phẫu thuật			
Tai nạn giao thông		10	41,7
Tai nạn sinh hoạt		3	12,5
Tai nạn lao động		3	12,5
Chấn thương thể thao		8	33,3
Tổng		24	100,0

Nhận xét: Nội soi tái tạo dây chằng chéo sau gặp chủ yếu ở nam chiếm 79,2%, gặp chủ yếu ở nhóm đối tượng từ 18 – 30 tuổi (45,8%). Tai nạn giao thông và chấn thương thể thao là nguyên nhân chính gây đứt dây chằng chéo sau chiếm 75%. Phần lớn có chỉ định phẫu thuật sau 6 tháng tính từ khi chấn thương (58,3%).

3.2. Hiệu quả của phương pháp vận động trong PHCN hạn chế tâm vận động khớp gối sau chấn thương.

Bảng 5. Tâm vận động khớp gối trước và sau điều trị

Kết quả	Trước điều trị (n=24)		Sau điều trị (n=24)		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Tốt	1	4.17	4	6.67	p < 0,001
Khá	2	8.33	14	58.33	
Trung bình	16	66.67	3	12.50	
Kém	5	20.83	3	12.50	
Tổng	24	100	24	100	

Nhận xét: Sau điều trị 2 tháng tâm vận động của khớp gối tổn thương gia tăng đáng kể, tốt hơn so với trước điều trị và sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$.

Bảng 6: Sức cơ trước và sau điều trị

Kết quả	Trước điều trị (n=24)		Sau điều trị (n=24)		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Tốt	2	8,33	3	12.50	p < 0,001
Khá	4	16.67	15	62.50	
Trung bình	15	62.50	5	20.83	
Kém	3	12.50	1	4.17	

Nhận xét: Sau điều trị sức cơ được cải thiện rõ rệt, tốt hơn so với trước điều trị và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 7: Khả năng đi bộ trước và sau điều trị

Kết quả	Trước điều trị (n=24)		Sau điều trị (n=24)		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Tốt	2	8.33	8	33.33	p < 0,001
Khá	5	20.83	15	62.50	
Trung bình	16	66.67	1	4.17	
Kém	1	4.17	0	0.00	

Nhận xét: Khả năng đi bộ của các đối tượng nghiên cứu được cải thiện tốt hơn so với trước điều trị với sự khác biệt p < 0,001.

Bảng 8: Dồn trọng lượng trên hai chi trước và sau điều trị

Kết quả	Trước điều trị (n=24)		Sau điều trị (n=24)		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Tốt	4	16.67	7	28.00	p < 0,001
Khá	6	25.00	15	60.00	
Trung bình	13	54.17	2	8.00	
Kém	1	4.17	1	4.00	

Nhận xét: Sau điều trị khả năng dồn trọng lượng lên 2 chi của các đối tượng nghiên cứu được cải thiện tốt hơn so với trước điều trị với sự khác biệt p < 0,05.

Bảng 9. Chức năng vận động sau điều trị theo bảng điểm Lysholm

Điểm Lysholm	Trước điều trị (n=24)		Sau điều trị (n=24)		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Rất tốt	1	4.17	6	25.00	p < 0,05
Tốt	5	20.83	14	58.33	
Trung bình	15	62.50	3	12.50	
Xấu	3	12.50	1	4.17	
Tổng số	24	100	24	100	

Nhận xét: Sau điều trị 2 tháng các bệnh nhân nghiên cứu đều có điểm Lysholm ở mức tốt và rất tốt.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

***Tuổi và giới:** Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân bị chấn thương khớp gối đứt dây chằng chéo sau phải phẫu thuật nam giới chiếm là 79,2%, tỷ lệ bệnh nhân nữ chỉ có 20,8%. Nghiên cứu của Trương Trí Hữu, Huỳnh Hữu Nhân trong số 52 bệnh nhân thì nam có 41, nữ có 11 bệnh nhân. Theo chúng tôi, tỉ lệ bị bệnh ở nam nhiều hơn ở nữ có thể là do trong đời sống hàng ngày nam giới sử dụng phương tiện giao thông nhiều hơn nữ giới, đặc biệt là sử dụng xe gắn máy, mà chỉ dưới là phần chống đỡ cơ thể khi có tai nạn xảy ra. Bệnh nhân ít tuổi nhất là 18 tuổi, nhiều nhất là 60 tuổi, độ tuổi trung bình phải phẫu thuật là dưới 50, đặc biệt gặp nhiều ở lứa tuổi 18 đến 29. Có lẽ là do nhóm tuổi này tham gia hoạt động thể dục thể thao, điều khiến các phương tiện giao thông với tốc độ cao nhiều hơn các nhóm tuổi khác.

***Nguyên nhân chấn thương:** nguyên nhân hàng đầu phải phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo sau là do tai nạn giao thông và chấn thương thể thao chiếm 75%. Tại Việt Nam an toàn giao thông đang là một vấn đề bức xúc của toàn xã hội.

***Thời điểm phẫu thuật:** nghiên cứu cho thấy có 14 bệnh nhân (58,3%) được phẫu thuật

ở thời điểm sau 6 tháng kể từ khi bị chấn thương xảy ra. Chấn thương làm đứt dây chằng chéo sau thường hiếm gặp hơn so với đứt dây chằng chéo trước và ít gây ảnh hưởng đến chức năng vận động của khớp gối ngay lập tức tại thời điểm chấn thương, vì vậy bệnh nhân thường có tâm lý ngại đi khám, chính vì vậy mà thường sau 6 tháng kể từ khi bị chấn thương bệnh nhân có những biểu hiện như đau, lỏng lẻo gối thì bệnh nhân mới nhập viện để làm phẫu thuật.

4.2. Đánh giá tác dụng của phương pháp VLTL – PHCN trong điều trị phục hồi chức năng vận động khớp gối sau phẫu thuật nội soi dây chằng chéo sau:

***Tâm vận động:** được cải thiện rõ sau 2 tháng điều trị. Khi vào viện chỉ có 1 bệnh nhân đạt loại tốt, loại khá chỉ có 2 bệnh nhân. Sau 2 tháng đạt loại tốt có 4 bệnh nhân, khá có 14 bệnh nhân chiếm 58,33%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001. Trong nghiên cứu chúng tôi gặp 3 trường hợp chiếm 12,5% có kết quả phục hồi tâm vận động kém, đây là những trường hợp bệnh nhân bị nhiễm trùng sau phẫu thuật, đồng thời là bệnh nhân nữ sức chịu đau kém khi tiến hành vận động trị liệu cho bệnh nhân thì đáp ứng kém.

***Sức cơ:** được phục hồi tốt sau 2 tháng điều trị. Khi vào viện có 2 bệnh nhân nào có sức cơ

loại tốt, loại khá chỉ có 4 bệnh nhân (16,67%), trung bình có 15 bệnh nhân (62,5%), kém có 3 bệnh nhân (12,5%). Sau 2 tháng sức cơ loại tốt tăng lên 3 bệnh nhân (12,5%), khá là 15 bệnh nhân (62,5%), trung bình là 5 bệnh nhân (20,83), 1 bệnh nhân nào có sức cơ kém (4,17). Sự khác biệt giữa trước và sau khi điều trị phục hồi có ý nghĩa với $p < 0,001$. Sức cơ sau can thiệp luôn cải thiện tốt hơn tầm vận động vì sau khi phẫu thuật được can thiệp vận động cơ sẽ được phục hồi về mặt nuôi dưỡng, công suất cơ cơ, lực cơ cơ và sự bền bỉ của cơ trong khi có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến sự phục hồi của tầm vận động khớp.

***Khả năng đi bộ:** được cải thiện tốt sau 2 tháng. Khi vào viện có 1 bệnh nhân nào đạt loại tốt về khả năng đi bộ, loại khá chỉ có 5 bệnh nhân (20,83%), loại trung bình và kém có 18 bệnh nhân (75%). Sau 2 tháng khả năng đi bộ đạt loại tốt và khá là 20 bệnh nhân (83,33%), trung bình và kém chỉ 4 bệnh nhân (18,67%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$. Khi lực cơ và tầm vận động của khớp gối gia tăng thì khả năng đi bộ, dồn trọng lượng lên gối khi đi cũng gia tăng hơn.

***Khả năng dồn trọng lượng lên hai chân:** cải thiện rõ sau 2 tháng điều trị. Sự khác biệt giữa trước và sau khi điều trị có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$. Khi vào viện có 1 bệnh nhân đạt loại tốt về khả năng dồn trọng lượng lên 2 chân, loại khá có 6 bệnh nhân (25%), loại trung bình và kém có 18 bệnh nhân (75%). Sau 2 tháng khả năng dồn trọng lượng lên 2 chân đạt loại tốt và khá

20 bệnh nhân (88%), trung bình và kém chỉ có 3 bệnh nhân (12%). Khi lực cơ và tầm vận động của khớp gối gia tăng, khả năng đi bộ tăng thì dồn trọng lượng lên gối khi đi cũng gia tăng hơn.

IV. KẾT LUẬN

Can thiệp phục hồi chức năng sớm đúng cách ngay sau phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo sau là phương pháp hiệu quả góp phần vào sự thành công của cuộc phẫu thuật và cải thiện chức năng khớp gối cho bệnh nhân sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trương Trí Hữu, Huỳnh Hữu Nhân (2013), "Phục hồi chức năng khớp gối sau tái tạo dây chằng chéo trước và dây chằng chéo sau qua nội soi", *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 17 - Số 3 trang 137.
2. Phùng Văn Tuấn, Lê Hồng Hải, Nguyễn Quốc Dũng (2013), "Đánh giá kết quả phẫu thuật dây chằng chéo sau khớp gối bằng gân cơ bán gân và gân cơ thon qua nội soi", *Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam*, Tr: 99 - 105.
3. Nicodeme JD et al (2014), "Tibial tunnel placement in posterior cruciate ligament reconstruction: a systematic review", *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 22(7): 1556-1562.
4. Gregory C. Fanelli và cs (2009), "Posterior Cruciate Ligament and Posterolateral Corner Reconstruction", *Knee Arthroscopy*, 153-164.
5. Lysholm J., Gillquist J. (1982), Evaluation of knee ligament surgery results with special emphasis on use of a scoring scale", *Am J Sport Med*, (10), 150-154.
6. Matthew J. Matava, Evan Ellis, Brian Gruber (2009). "Surgical Treatment of Posterior Cruciate Ligament Tears: An Evolving Technique", *J Am Acad Orthop Surg*, 17:435-44.

SO SÁNH HIỆU QUẢ CỦA HP-hMG VÀ Rfsh KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG BẰNG PHÁC ĐỒ ANTAGONIST

Nguyễn Xuân Hợi¹, Nguyễn Mạnh Hà²

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục đích so sánh hiệu quả kích thích buồng trứng bằng hMG tinh chế cao (HP-hMG - highly purified human menopausal gonadotropins) và FSH tái tổ hợp (rFSH - recombinant follicle stimulating hormone) trong phác đồ antagonist thụ tinh trong ống nghiệm. 257 bệnh nhân được phân

nhóm ngẫu nhiên và được điều trị bằng HP-hMG (127 bệnh nhân) và rFSH (130 bệnh nhân). Các bệnh nhân đều được tiên lượng đáp ứng tốt với kích thích buồng trứng với tuổi từ 35 trở xuống, AMH >1,1ng/ml và AFC >=7. Liều thuốc tương đương ở hai nhóm. Kết quả: tổng số noãn, số noãn GV, MI, MII, thoái hoá và số phôi thu được tương đương nhau ở cả 2 nhóm. Tỷ lệ thai lâm sàng ở nhóm điều trị HP-hMG cao hơn so với nhóm rFSH (37,8% so với 32,3%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: HP-hMG, rFSH, antagonist, kích thích buồng trứng, thụ tinh trong ống nghiệm.

SUMMARY

COMPARING THE EFFECACY OF HP-hMG WITH rFSH FOR OVARIAN STIMULATION IN ANTAGONIST PROTOCOL

¹Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hợi

Email: doctorhoi@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 4.8.2017

Ngày duyệt bài: 14.8.2017

The aim of this study was to compare the efficacy of highly purified human menopausal gonadotropins (HP-hMG) vs recombinant follicle stimulating hormone (rFSH) for ovarian stimulation in IVF patients undergoing antagonist protocol. 257 infertile women were randomly treated with HP-hMG (127 patients) and rFSH (130 patients). All patients were predicted normal response to stimulation with age < 35, AMH >1,1ng/ml, and AFC >=7. Gonadotropins doses were similar in both groups. Results: there were no statistical differences in terms of total oocytes retrieved, MII, MI, and degeneration oocytes. The clinical pregnancy rates in HP-hMG and rFSH groups were 37.8% and 32.3%, respectively; however, there were no statistical differences between 2 groups.

Keywords: HP-hMG, rFSH, antagonist, ovarian stimulation, IVF

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, việc kích thích buồng trứng có nhiều tiến bộ với nhiều thuốc trên thị trường với mục đích tạo nên nhiều trứng tốt và chất lượng phôi tốt, làm tăng tỷ lệ có thai trong thụ tinh ống nghiệm. Đầu tiên là các sản phẩm chiết xuất từ nước tiểu như human menopausal gonadotropins (hMG), urinary follicle stimulating hormone (uFSH), human chorionic gonadotropin (hCG). Những sản phẩm tái tổ hợp như rFSH và rLH đang được sử dụng phổ biến. Gần đây, HP-hMG (highly purified hMG) là loại FSH nước tiểu tinh chế cao đã có mặt trên thị trường cho phép tiêm dưới da để kích thích buồng trứng trong thụ tinh trong ống nghiệm (in vitro fertilization - IVF).

Chất lượng trứng trong IVF có thể ảnh hưởng bởi liều gonadotropins, loại gonadotropin và các yếu tố liên quan khác trong kích thích buồng trứng. Các thử nghiệm lâm sàng về gonadotropin thường tập trung vào các khía cạnh lâm sàng như số lượng các nang trứng chọc hút hoặc tỷ lệ có thai. Trên thế giới đã có các nghiên cứu về so sánh tác dụng của HP-hMG và rFSH. Một nghiên cứu phân tích gộp cho thấy hMG không thấp hơn so với rFSH đối với tỷ lệ có thai và tỷ lệ sinh sống [1]. Tuy nhiên hầu hết các báo cáo chỉ áp dụng cho phác đồ agonist mà rất ít nghiên cứu trên phác đồ kích thích buồng trứng antagonist. Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Do vậy nghiên cứu này thực hiện với mục tiêu so sánh hiệu quả của HP-hMG và rFSH để kích thích buồng trứng trong phác đồ antagonist.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 257 bệnh nhân thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm

Tiêu chuẩn lựa chọn: tiền lượng đáp ứng tốt với kích thích buồng trứng, tuổi từ 35 trở xuống, AMH >1,1ng/ml và AFC >=7. Bệnh nhân sử

dụng phác đồ antagonist. Không có bất thường nặng về tinh trùng.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân sử dụng phác đồ agonist, cho nhận noãn, có tiền sử sảy thai liên tiếp, tiền sử bệnh nội tiết hoặc chuyển hoá.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, với cỡ mẫu thuận tiện trên 257 bệnh nhân, được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm: nhóm sử dụng HP-hMG gồm 127 bệnh nhân, 130 bệnh nhân sử dụng rFSH

Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm:

- Đặc điểm lâm sàng: tuổi, phân loại vô sinh, AFC, số noãn thu được, tỉ lệ có thai

- Đặc điểm cận lâm sàng: số noãn MI, MII, GV, số phôi

Bệnh nhân được kích thích buồng trứng bằng phác đồ antagonist cố định: sử dụng HP-hMG (Menopure; Ferring Pharmaceuticals) hoặc rFSH (Follitrope; LG Life Sciences) tiêm dưới da bắt đầu vào ngày 2 của vòng kinh. Vào ngày 6 của vòng kinh, theo dõi kích thước nang noãn bằng siêu âm và kết hợp tiêm liều GnRH antagonist 0,25mg (Orgalutran, MSD). Tiêm hCG khi có ít nhất 2 nang ≥ 18 mm, chọc trứng được tiến hành tại thời điểm 36 giờ sau tiêm hCG. Chuyển phôi được thực hiện vào ngày 3. Tỉ lệ có thai được xác định khi thử β hCG ngày thứ 14 ≥ 25 IU.

2.3. 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. Các số liệu được kiểm tra phân bố chuẩn trước khi so sánh bằng t-test. Dùng thuật toán Mann-Whitney để kiểm định sự khác biệt cho phân bố không chuẩn.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Phiếu thu thập thông tin đảm bảo tuyệt đối bí mật thông tin cho bệnh nhân. Các thông tin hoàn toàn được mã hóa và giữ bí mật, chỉ phục vụ cho nghiên cứu.

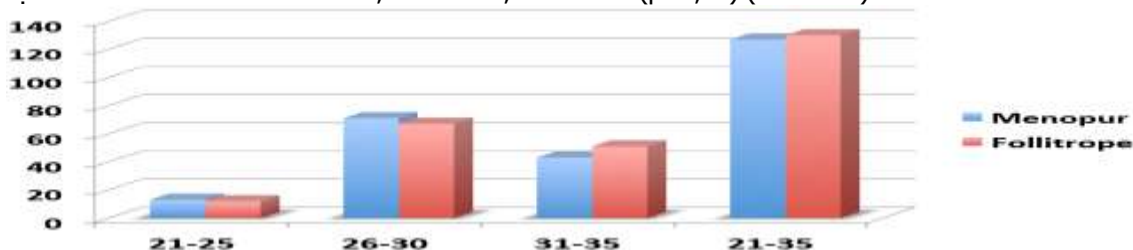
III. KẾT QUẢ

Chúng tôi thu được số liệu của 257 bệnh nhân, với độ tuổi của bệnh nhân thấp nhất là 15, cao nhất là 64, tuổi trung bình là 29,25, bệnh nhân tuổi nhỏ nhất là 21 tuổi, lớn nhất là 35 tuổi. Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, những bệnh nhân tham gia nghiên cứu ở độ tuổi 26-30 chiếm tỷ lệ cao nhất (53,7%), thấp nhất là nhóm từ 21-25 tuổi (9,7%), nhóm từ 31-35 tuổi chiếm 36,6%. Sự phân bố theo nhóm tuổi được thể hiện trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm tuổi của bệnh nhân nghiên cứu

Nhóm Tuổi	n	Tỷ lệ %
21-25 tuổi	25	9,7
26-30 tuổi	138	53,7
31-35 tuổi	94	36,6

Khi so sánh về độ tuổi giữa 2 nhóm bệnh nhân dùng HP-hMG và rFSH, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số bệnh nhân điều trị bằng 2 thuốc trên trong tổng số bệnh nhân, số bệnh nhân ở các nhóm 21-25 tuổi, 26-30 tuổi, 31-35 tuổi ($p>0,05$) (Biểu đồ 1).



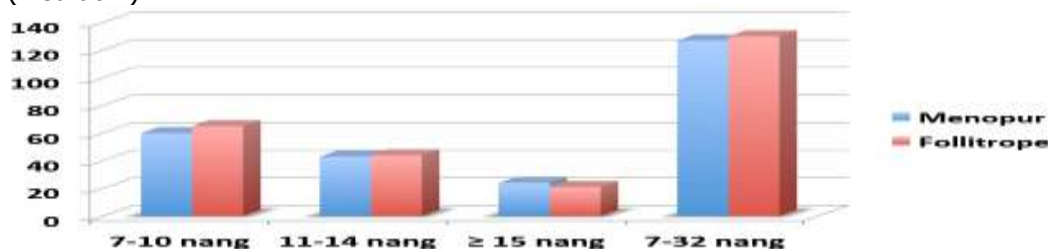
Biểu đồ 1. So sánh sự phân bố tuổi của bệnh nhân điều trị bằng HP-hMG (Menopur) và rFSH (Follitrope)

Khi tiến hành đếm số lượng các nang trứng thứ cấp, chúng tôi nhận thấy giá trị trung bình trên 256 bệnh nhân là 11,43, người nhiều nhất 32 nang, ít nhất 7 nang. Ở cả 2 nhóm, số nang trứng 7-10 nang chiếm tỉ lệ cao nhất (48,6%), 11-14 nang chiếm 33,9%, chỉ có 17,5% bệnh nhân có từ 15 nang trở lên (Bảng 2).

Bảng 2. Phân bố các nang trứng thứ cấp

Nang thứ cấp	n	Tỷ lệ %
7-10 nang	125	48,6
11 -14 nang	87	33,9
>= 15 nang	45	17,5
Tổng	257	100

So sánh về giá trị AFC giữa 2 nhóm bệnh nhân, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt giữa 2 nhóm (Biểu đồ 2).



Biểu đồ 2. So sánh sự phân bố AFC giữa 2 nhóm bệnh nhân

Về nguyên nhân gây vô sinh: Không có sự khác biệt có ý nghĩa về nguyên nhân vô sinh ở nhóm do vòi và nhóm không rõ nguyên nhân, 2 nhóm chiếm tỉ lệ lớn của nghiên cứu. Rối loạn phóng noãn và bất thường tử cung chiếm tỉ lệ nhỏ, không làm được các test thống kê (biểu đồ 3)



Biểu đồ 3. So sánh sự phân bố AFC giữa 2 nhóm bệnh nhân

Với tổng liều của 2 nhóm không có sự khác biệt thống kê, chất lượng noãn của 2 nhóm điều trị bằng HP-hMG và rFSH không có sự khác biệt trên các tiêu chí số noãn chọc hút, số noãn GV, M1, M2, số noãn thoái hoá và số phôi (bảng 2).

Bảng 2. Chất lượng noãn và số phôi thu được ở 2 nhóm điều trị bằng HP-hMG và rFSH

CL noãn	HP-hMG	rFSH	p
Tổng liều	1858,86	1861,35	>0,05
E2 ngày hCG	4318,94	3441,73	0,002
Số noãn	11,53 ± 5,004	12,50 ± 5,16	> 0,05

Số noãn GV	0,22 ± 0,93	0,12 ± 0,49	> 0,05
Số noãn M1	0,93±1,57	0,96±1,40	> 0,05
Số noãn M2	9,28 ± 4,43	10,03 ± 4,54	> 0,05
Số noãn thoái hóa	0,83±1,52	0,84 ±2,34	> 0,05
Số phôi	7,94	8,50	>0,05

Kết quả có thai lâm sàng giữa 2 nhóm HP-hMG và rFSH tương ứng là 37,8% và 32,3%, tuy nhiên không có sự khác biệt về ý nghĩa thống kê với $p = 0.357$ (bảng 3).

Kết quả	HP-hMG		rFSH		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Có thai	48	37,8	42	32,3	0,05
Không có thai	79	62,2	88	67,7	

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay nhiều loại gonadotropins được sử dụng trong kích thích buồng trứng cho mục đích thụ tinh trong ống nghiệm. Trên thế giới đã có vài nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên so sánh hiệu quả của HP-hMG và rFSH trong các chu kỳ thực hiện IVF/ICSI. Nghiên cứu đa trung tâm của Cochrane đã chỉ ra HP-hMG mang lại tỉ lệ có thai lâm sàng và trẻ sinh sống cao hơn, trong đó sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở tỉ lệ trẻ sinh sống [2], tuy nhiên việc sử dụng liều điều trị khác nhau đã làm giảm giá trị của nghiên cứu này. Hompes và cộng sự chỉ ra rằng ở liều tương đương, tác dụng kích thích buồng trứng của HP-hMG nhẹ hơn, với tỉ lệ huỷ chu kỳ do đáp ứng kém cao hơn [3]. Mặc dù số lượng nang trứng thấp hơn, HP-hMG vẫn mang lại tỉ lệ thai tiến triển tương đương với rFSH. 2 nghiên cứu với số lượng lớn bệnh nhân so sánh HP-hMG và rFSH cho kết quả tỉ lệ quá kích tương đương nhau [4]. Westerggard và cộng sự cũng không nhận thấy sự khác biệt giữa HP-hMG và rFSH trên tỉ lệ thai tiến triển và trẻ sinh sống tính trên bệnh nhân, đồng thời cũng không tìm thấy sự khác biệt trong các tiêu chí về trứng và noãn. Tuy nhiên tỉ lệ thai lâm sàng cao hơn ở nhóm hMG (OR 1,28; 95% CI, 1,00-1,64) [2].

Kết quả của nghiên cứu này cũng chỉ ra 2 liệu trình điều trị có kết quả tương tự nhau trên các tiêu chí tổng số noãn thu được, số noãn GV, MI, MII, thoái hoá và số phôi thu được. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi chưa đánh giá được chất lượng của noãn MII và chất lượng phôi. Đã có nghiên cứu chỉ ra ảnh hưởng của LH lên chất lượng phôi: tỉ lệ phôi độ 1 và độ 2 cao hơn khi bổ xung LH vào liệu trình điều trị FSH trong liệu trình điều trị agonist [5]. Mặc dù những hiểu biết về tác dụng của LH làm cải thiện chất lượng trứng và phôi chưa đầy đủ, nhưng LH có thể đã tác động lên noãn thông qua các tế bào nang.

Tỉ lệ thai lâm sàng có cao hơn ở nhóm điều trị bằng HP-hMG so với nhóm rFSH (37,8% và

32,3%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự như kết quả phân tích đa trung tâm của dữ liệu Cochrane [6]. Kinani và cộng sự có sử dụng liều cố định gonadotropins (150IU/ngày) để so sánh giữa 2 liệu trình điều trị, tuy nhiên do cỡ mẫu nhỏ (mỗi nhóm 50 bệnh nhân) nên cũng không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Cần có những nghiên cứu sâu thêm để khẳng định liệu HP-hMG có ưu thế hơn rFSH hay không. Để có thể tìm ra những kết quả thuyết phục hơn, những nghiên cứu này cần khắc phục điểm yếu của những nghiên cứu trước đó bằng cách: (1) sử dụng 1 liệu trình điều trị thống nhất; (2) sử dụng liều cố định, tránh điều chỉnh liều của từ các bác sĩ lâm sàng và (3) sử dụng tiêu chí trẻ sinh sống để so sánh.

V. KẾT LUẬN

Kích thích buồng trứng bằng HP-hMG và rFSH cho kết quả tương đương về tổng số noãn, số noãn GV, MI, MII, thoái hoá và số phôi thu được. Tỉ lệ thai lâm sàng ở nhóm điều trị HP-hMG cao hơn so với nhóm rFSH (37,8% so với 32,3%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

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 Quốc gia đã giúp đỡ và hỗ trợ nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Al-Inany H, Aboulghar MA, Mansour RT et al (2005). Ovulation induction in the new millennium: Recombinant follicle-stimulating hormone versus human menopausal gonadotropin. *Gynecol endocrinol*, 20, 161-69.
2. Westergaard LW, Bossuyt PM, Van der Veen F et al (2011). Human menopausal gonadotropin versus recombinant follicle stimulating hormone for ovarian stimulation in assisted reproductive cycles. *Cochrane Database Syst Rev*, 1, CD003973.
3. Hompes PG, Broekmans FJ, Hoozemans DA et al (2008). Effectiveness of Highly purified human menopausal gonadotropin vs recombinant follicle-stimulating hormone in first-cycle in vitro fertilization-intracytoplasmic sperm injection patients. *Fertil Steril*, 89, 1685-93.

4. Beall SA, DeCherney A (2012). History and challenges surrounding ovarian stimulation in the treatment of infertility. *Fertil Steril*, 97, 795-801.
5. Lisi F, Rinaldi L, Fishel S (2005). Evaluation of two doses of recombinant luteinizing hormone supplementation in an unselected group of women

undergoing follicle stimulation for in vitro fertilization. *Fertil Steril*, 83:309-15

6. Anderson AN, Devroey P, Arce JC (2006). Clinical outcome following stimulation with HP-hMG or r-FSH in patients undergoing IVF: A randomized assessor blind controlled trial. *Hum Reprod*, 21, 3217-27.

TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ TRẠNG THÁI TÂM THẦN TỐI THIỂU (MMSE) VÀ TRẮC NGHIỆM THẦN KINH TÂM LÝ TRONG CHẨN ĐOÁN SUY GIẢM NHẬN THỨC CỦA BỆNH NHÂN PARKINSON

Nguyễn Thanh Bình*, Nguyễn Thị Minh Nguyệt**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét vai trò của MMSE và bộ trắc nghiệm thần kinh tâm lý trong chẩn đoán suy giảm nhận thức của bệnh nhân Parkinson và mô tả một số đặc điểm về nhận thức ở nhóm bệnh nhân này. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 106 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Parkinson tại Bệnh viện Lão Khoa Trung Ương từ tháng 12/2015 đến tháng 07/2016. Các bệnh nhân đều được khám bệnh, làm MMSE và trắc nghiệm thần kinh tâm lý. **Kết quả nghiên cứu:** 24,5% bệnh nhân điểm MMSE không bình thường (dưới 24), 75,5% bệnh nhân điểm MMSE bình thường (từ 24-30). Đánh giá lại bằng trắc nghiệm thần kinh tâm lý ở nhóm MMSE từ 24-30: suy giảm nhận thức nhẹ 20,8%, sa sút trí tuệ là 8,5% và bình thường là 46,2%. Tỷ lệ bệnh nhân Parkinson suy giảm nhận thức của 106 bệnh nhân sau khi đánh giá lại bằng trắc nghiệm thần kinh tâm lý là 53,8%; trong đó, bệnh nhân suy giảm nhận thức nhẹ là 23,6% và bệnh nhân sa sút trí tuệ là 30,2%. Trong các bệnh nhân Parkinson suy giảm nhận thức nhẹ, suy giảm về trí nhớ là 20%, suy giảm các lĩnh vực khác ngoài trí nhớ là 80%, suy giảm một lĩnh vực nhận thức là 32% và suy giảm nhiều lĩnh vực nhận thức là 68%. Tỷ lệ suy giảm nhận thức tăng lên theo mức độ nặng của bệnh theo phân độ Hoehn và Yahr.

Từ khóa: Bệnh Parkinson, suy giảm nhận thức, nhận thức ở bệnh nhân Parkinson, MMSE, trắc nghiệm thần kinh tâm lý.

SUMMARY

MINI MENTAL STATE EXAMINATION AND NEUROPSYCHOLOGICAL TEST IN DIAGNOSIS COGNITIVE IMPAIRMENT IN PARKINSON PATIENTS

Purpose: To comment the role of MMSE and neuropsychological test in diagnosis cognitive

impairment and describe some cognitive features of Parkinson's patients. **Methods:** This is a cross-sectional descriptive study was conducted on 106 patients who had been diagnosed with Parkinson's disease at the National Geriatric Hospital from 12/2015 to 07/2016. **Results:** 24,5% patients with MMSE score from 0 to 23, 75,5% patients with MMSE score from 24 to 30, in which evaluated by neuropsychological test: mild cognitive impairment was 20,8%, dementia was 8,5% and 46,2% normal. The rate of cognitive decline in Parkinson's patients in 106 patients evaluated by neuropsychological test was 53,8%, mild cognitive impairment: 23,6% and dementia: 30,2%. In Parkinson's disease patients groupe with mild cognitive impairment, the rate of memory impairment was 20%, the other cognitive field impairment was 80%, one field cognitive impairment was 32%, and the multiple cognitive impairment was 68%. The more severe of disease dertermined by Hoehn and Yahr's score was, the more impairment of cognitive of Parkinson patients was.

Keywords: Parkinson's disease, cognitive impairment, cognitive in Parkinson's disease, MMSE, neuropsychological test.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ trước đến nay, các rối loạn về vận động ở bệnh Parkinson như: cứng đờ các bắp cơ, run khi nghỉ, vận động chậm chạp và rối loạn giữ thăng bằng luôn đóng vai trò quan trọng trong bệnh cảnh lâm sàng, trong chẩn đoán và trong điều trị bệnh Parkinson. Tuy nhiên, trong nhiều năm trở lại đây, cùng với sự tập trung nghiên cứu ngày càng nhiều và ngày càng sâu về bệnh Parkinson, người ta nhận thấy rằng ngoài các rối loạn về vận động giữ vai trò quan trọng thì các rối loạn khác ngoài vận động trong bệnh Parkinson cũng đóng vai trò quan trọng không kém. Trong số đó, suy giảm nhận thức ở bệnh nhân Parkinson không chỉ là một trong các triệu chứng đóng vai trò quan trọng trong bệnh cảnh lâm sàng của bệnh mà còn là một trong các triệu chứng đã được chứng minh có ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Parkinson. Chẩn đoán suy giảm nhận thức ở

*Bộ môn Thần kinh, Trường Đại học Y Hà Nội

**Trường Đại Học Y Dược Thái nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Bình

Email: nguyenminhben@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.8.2017

Ngày duyệt bài: 10.8.2017

bệnh nhân Parkinson nên dựa vào trắc nghiệm nào vẫn còn chưa thực sự được thống nhất. Cho đến nay các nghiên cứu về vấn đề này ở Việt nam vẫn còn chưa có nhiều. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Trắc nghiệm tâm thần tối thiểu (MMSE) và trắc nghiệm thần kinh tâm lý trong chẩn đoán suy giảm nhận thức ở bệnh nhân Parkinson" với mục tiêu nhận xét vai trò của MMSE và trắc nghiệm thần kinh tâm lý trong chẩn đoán suy giảm nhận thức ở bệnh nhân Parkinson và mô tả một số đặc điểm nhận thức của nhóm bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Parkinson theo tiêu chuẩn của Ngân hàng não hội Parkinson Vương quốc Anh đang được khám và điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung Ương từ tháng 12 năm 2015 đến tháng 7 năm 2016.

Tiêu chuẩn loại trừ: Có bằng chứng lâm sàng và/hoặc bằng có hình ảnh học gợi ý đến các hội chứng Parkinson khác của viêm não, bệnh mạch máu não, bệnh tràn dịch não thất hay bệnh sa sút trí tuệ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tất cả bệnh nhân được hỏi và khám theo mẫu bệnh án thống nhất. Tất cả các bệnh nhân đều được làm MMSE và trắc nghiệm thần kinh tâm lý theo một qui trình dành cho nghiên cứu.

Để đánh giá về nhận thức của bệnh nhân Parkinson, chúng tôi sử dụng:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán suy giảm nhận thức nhẹ về trí nhớ theo Ronald Petersen và cộng sự và phân loại dưới nhóm suy giảm nhận thức nhẹ theo Winblad B và cộng sự [1],[2].

- Tiêu chuẩn chẩn đoán sa sút trí tuệ: Theo tiêu chuẩn của Sách chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần lần thứ tư của Hoa Kỳ (DSM-IV/ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition) [1].

- MMSE bình thường: điểm từ 24-30, bất thường: từ 23 trở xuống.

Kết quả được xử lý thống kê theo phần mềm SPSS 16.0.

2.3 Đạo đức nghiên cứu: Các thông tin được bảo mật và dành riêng cho nghiên cứu. Đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng xét duyệt của Bộ môn Thần kinh – Đại học Y Hà Nội.

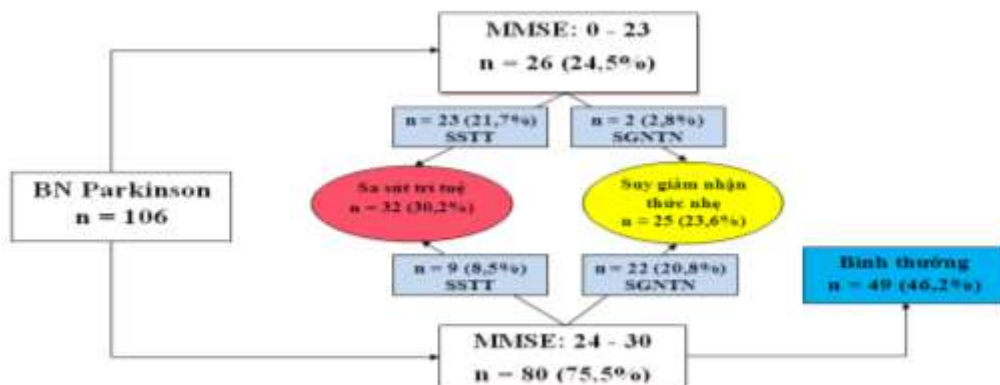
III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu trên 106 bệnh nhân Parkinson, bao gồm 56 nam, 50 nữ. Tuổi trung bình là $67,18 \pm 8,40$ (năm), trong đó tuổi thấp nhất là 45 tuổi và cao nhất là 86 tuổi. Giai đoạn bệnh trung bình theo phân độ Hoehn và Yahr là $2,236 \pm 0,750,3$. Trong đó, bệnh nhân thuộc giai đoạn 1 là 16 bệnh nhân (15,1%), giai đoạn 2 là 53 bệnh nhân (50%), giai đoạn 3 là 33 bệnh nhân (31,1%), giai đoạn 4 là 4 bệnh nhân (3,8%) và không có bệnh nhân nào ở giai đoạn 5.

Bảng 1. Điểm MMSE trung bình và phân loại điểm MMSE

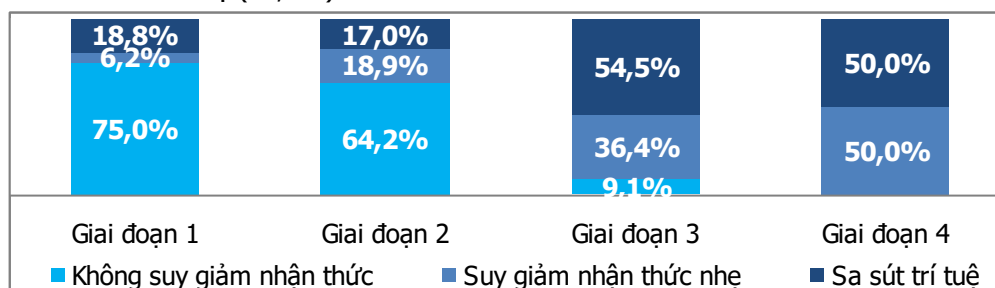
Điểm MMSE (điểm)	Thấp nhất	15	
	Cao nhất	30	
	$\bar{x} \pm SD$ (n=106)	$25,32 \pm 3,826$	
Phân loại điểm MMSE	Từ 0 – 23 điểm	26 BN	24,5%
	Từ 24 – 30 điểm	80 BN	75,5%

Nhận xét: Điểm MMSE trung bình của 106 bệnh nhân Parkinson nghiên cứu là $25,32 \pm 3,826$ điểm, trong đó có 80 bệnh nhân có điểm MMSE từ 24 điểm trở lên (75,5%).



Sơ đồ 1. Tỷ lệ suy giảm nhận thức ở bệnh nhân Parkinson

Nhận xét: Trong 106 bệnh nhân Parkinson, có 25 bệnh nhân suy giảm nhận thức nhẹ (23,6%) và 32 bệnh nhân sa sút trí tuệ (30,2%).



Biểu đồ 2. Suy giảm nhận thức và giai đoạn bệnh theo phân độ Hoehn và Yahr

Nhận xét: Tỷ lệ và mức độ suy giảm nhận thức tăng lên theo mức độ nặng của bệnh theo phân độ Hoehn và Yahr. Ở giai đoạn 4, không có bệnh nhân nào có nhận thức bình thường.

Bảng 2: Một số đặc điểm suy giảm nhận thức nhẹ ở bệnh nhân Parkinson

Suy giảm nhận thức nhẹ		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Lĩnh vực nhận thức suy giảm	Về trí nhớ	5	20
	Không phải trí nhớ	20	80
Số lĩnh vực nhận thức suy giảm	1 lĩnh vực nhận thức	8	32
	> 1 lĩnh vực nhận thức	17	68

Nhận xét: Trong 25 bệnh nhân Parkinson suy giảm nhận thức nhẹ, suy giảm về trí nhớ có 5 bệnh nhân (20%), suy giảm các lĩnh vực khác ngoài trí nhớ có 20 bệnh nhân (80%) và phần lớn là suy giảm nhiều lĩnh vực nhận (68%).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá điểm MMSE từ 23 điểm trở xuống là có suy giảm nhận thức và từ 24 điểm trở lên là bình thường. Kết quả thu được qua đánh giá 106 bệnh nhân, điểm MMSE trung bình là $25,32 \pm 3,826$ điểm, thấp nhất là 15 điểm và cao nhất là 30 điểm, trong đó có 80 bệnh nhân có điểm MMSE từ 24 đến 30 điểm (75,5%) và 26 bệnh nhân có điểm MMSE từ 23 điểm trở xuống (24,5%). Kết quả này của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Burdick D. J, Cholerton B và cộng sự [3]. Trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành làm các trắc nghiệm thần kinh – tâm lý cho bệnh nhân Parkinson và áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán suy giảm nhận thức nhẹ về trí nhớ của Ronald Petersen và cộng sự (1999) kết hợp với phân loại dưới nhóm suy giảm nhận thức nhẹ theo Winblad B và cộng sự (2004), tiêu chuẩn chẩn đoán sa sút trí tuệ theo DSM-IV [1] để đánh giá nhận thức của bệnh nhân Parkinson. Trong số 80 bệnh nhân có điểm MMSE từ 24 điểm trở lên có 22 (27,5%) bệnh nhân suy giảm nhận thức nhẹ, 9 (11,2%) bệnh nhân sa sút trí tuệ. Kết quả này cũng được tìm thấy trong nghiên cứu của Burdick D. J và cộng sự [3], là vẫn có một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân Parkinson có điểm MMSE bình thường suy giảm nhận thức nhẹ và sa sút trí tuệ. Nhóm 26 bệnh nhân có điểm MMSE dưới 24 khi đánh giá lại bằng trắc

nghiệm thần kinh tâm lý đều có biểu hiện sa sút trí tuệ và suy giảm nhận thức nhẹ. Điều này cho thấy MMSE có giá trị sàng lọc tốt suy giảm nhận thức, tuy nhiên trong nhóm MMSE bình thường vẫn cần chú ý chẩn đoán tránh bỏ sót suy giảm nhận thức trên bệnh nhân Parkinson.

Kết quả trong 106 bệnh nhân Parkinson nghiên cứu chúng tôi tìm thấy 57 bệnh nhân suy giảm nhận thức, chiếm 53,8% cao hơn so với tỷ lệ 42% trong nghiên cứu của Nguyễn Thế Anh [4] và tỷ lệ 42,5% trong nghiên cứu của Yarnall Alison J, Breen David P và cộng sự [5]. Có thể do phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân cao tuổi đang nằm trong chương trình quản lý của bệnh viện Lão khoa và những bệnh nhân được làm trắc nghiệm thần kinh – tâm lý trong nghiên cứu chủ yếu là các bệnh nhân sẵn có than phiền về trí nhớ. Mặt khác, do điều kiện thời gian thực hiện của cả bộ trắc nghiệm thần kinh - tâm lý khá dài (khoảng trung bình gần 1 giờ), bệnh nhân Parkinson cũng có nhiều khó chịu do các triệu chứng lâm sàng ảnh hưởng nên nhiều khi bệnh nhân chưa thực sự hợp tác tốt trong quá trình làm trắc nghiệm. Chính những điều này có thể là yếu tố ảnh hưởng đến kết quả trắc nghiệm và là một trong các nguyên nhân làm cho tỷ lệ suy giảm nhận thức của bệnh nhân Parkinson trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn một số nghiên cứu khác.

***Suy giảm nhận thức nhẹ ở bệnh nhân Parkinson:** Trong 57 bệnh nhân Parkinson có suy giảm nhận thức trong nghiên cứu của chúng tôi, có 25 bệnh nhân suy giảm nhận thức nhẹ (23,6%). Kết quả này khá gần với tỷ lệ trung bình là 25% trong nhiều nghiên cứu trước đây [6] và cũng nằm trong khoảng từ 14,8% đến 36% trong nghiên cứu của Alison J. Yarnall và cộng sự [5]. Trong 25 bệnh nhân suy giảm nhận thức nhẹ, chúng tôi tìm thấy 5 bệnh nhân suy giảm về trí nhớ (20%) và có 20 bệnh nhân suy giảm các lĩnh vực nhận thức khác không phải trí nhớ (80%); bệnh nhân suy giảm nhận thức nhẹ nhiều lĩnh vực nhận thức có 17 bệnh nhân (68%) và suy giảm một lĩnh vực nhận thức có 8 bệnh nhân (32%). Kết quả này của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Lawrence Blake J, Gasson Natalie và cộng sự là suy giảm nhận thức nhẹ ở bệnh nhân Parkinson thường biểu hiện bằng sự suy giảm nhiều lĩnh vực nhận thức [7].

***Sa sút trí tuệ ở bệnh nhân Parkinson:** Trong số 106 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, có 32 bệnh nhân sa sút trí tuệ (30,2%). Kết quả của chúng tôi khá tương đồng tỷ lệ 32 % trong nghiên cứu của Nguyễn Thế Anh [4]. Những bệnh nhân Parkinson sa sút trí tuệ trong nghiên cứu của chúng tôi xuất hiện ở tất cả các giai đoạn bệnh từ 1 cho đến 4 theo Hoehn và Yahr (chúng tôi không có bệnh nhân thuộc giai đoạn 5 trong nghiên cứu). Đặc biệt, có những bệnh nhân Parkinson sa sút trí tuệ ngay từ giai đoạn 1 của bệnh mà không trải qua giai đoạn suy giảm nhận thức nhẹ. Điều này chứng tỏ, ngoài sự tổn thương của hệ thống tế bào thần kinh tiết dopamin thì sự tổn thương của hệ thống tế bào thần kinh tiết cholin và serotonin cũng đóng vai trò quan trọng việc tạo nên bệnh cảnh lâm sàng đa dạng của bệnh nhân Parkinson và có những bệnh nhân Parkinson khởi bệnh không phải bắt đầu từ các rối loạn vận động mà là các rối loạn ngoài vận động như trầm cảm, suy giảm nhận thức hay rối loạn giấc ngủ... Tỷ lệ bệnh nhân Parkinson sa sút trí tuệ trong nghiên cứu này khá cao có thể do đối tượng bệnh nhân trong nghiên cứu phần lớn là người cao tuổi, là người đang sống ở thành thị và sống cùng gia đình. Do vậy, có một số phần trong bộ trắc nghiệm thần kinh tâm lý như đánh giá chức năng hoạt động hàng ngày và đánh giá chức năng hoạt động hàng ngày bằng dụng cụ - phương tiện khó đánh giá được chính xác kết quả do bệnh nhân thường khó phân định giữa không làm được và không phải làm hoặc có thể do người nhà và những

người sống cùng luôn làm thay hoặc sẵn sàng trợ giúp bệnh nhân nên họ không biết mình có làm được hay không. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng tỷ lệ bệnh nhân Parkinson sa sút trí tuệ sẽ tăng lên đáng kể theo quá trình tiến triển của bệnh có thể do tuổi thọ của con người có xu hướng tăng lên, điều kiện sống, điều kiện chăm sóc y tế dành cho các bệnh nhân Parkinson cũng được cải thiện tốt hơn, thời gian sống và thời gian bệnh của một bệnh nhân Parkinson cũng có xu hướng kéo dài hơn trước và các bệnh nhân Parkinson ở các giai đoạn bệnh nặng cũng dần có xu hướng tăng lên.

***Suy giảm nhận thức và giai đoạn bệnh theo phân độ Hoehn và Yahr:** Về suy giảm nhận thức và giai đoạn bệnh theo phân độ Hoehn và Yahr, chúng tôi thấy trong 25 bệnh nhân Parkinson suy giảm nhận thức nhẹ có 11 bệnh nhân thuộc giai đoạn 1 và 2 theo phân loại giai đoạn bệnh Hoehn và Yahr, trong đó có 1 bệnh nhân thuộc giai đoạn 1; trong số 32 bệnh nhân sa sút trí tuệ, có 3 bệnh nhân thuộc giai đoạn 1 và có 9 bệnh nhân thuộc giai đoạn 2 của bệnh. Có thể nhận thấy, suy giảm nhận thức nhẹ và sa sút trí tuệ xuất hiện từ những giai đoạn rất sớm của bệnh Parkinson. Cùng với thời gian và theo quá trình tiến triển của bệnh thì tỷ lệ và mức độ suy giảm nhận thức của bệnh nhân Parkinson trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tăng lên tỷ lệ thuận với mức độ nặng của bệnh theo phân độ Hoehn và Yahr. Nếu như ở các bệnh nhân Parkinson giai đoạn 1 của bệnh trong nghiên cứu có tỷ lệ nhận thức bình thường chiếm đa số (75%) thì đến giai đoạn 4 của bệnh lại không còn bệnh nhân Parkinson có nhận thức bình thường mà chỉ có bệnh nhân Parkinson có suy giảm nhận thức nhẹ và sa sút trí tuệ (50% và 50%).

V. KẾT LUẬN

Ở bệnh nhân Parkinson suy giảm nhận thức chiếm một tỷ lệ khá cao bao gồm suy giảm nhận thức nhẹ và sa sút trí tuệ. Cả suy giảm nhận thức nhẹ và sa sút trí tuệ ở bệnh nhân Parkinson đều có thể gặp ngay giai đoạn sớm của bệnh. Suy giảm nhận thức ở bệnh nhân Parkinson có xu hướng tăng lên và nặng hơn, tỷ lệ thuận với mức độ nặng của bệnh theo phân độ Hoehn và Yahr. Để chẩn đoán chính xác suy giảm nhận thức ở bệnh nhân Parkinson cần dựa vào thăm khám kỹ trên lâm sàng và trắc nghiệm thần kinh tâm lý, tránh bỏ sót suy giảm nhận thức ở các trường hợp có kết quả MMSE bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thắng (2010).** *Bệnh Alzheimer và các thể sa sút trí tuệ khác*, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, 339.
2. **Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, et al (2004).** Mild cognitive impairment--beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment, *J Intern Med*, 256(3), 240-246.
3. **Burdick DJ, Cholerton B, Watson GS, et al (2014).** People with Parkinson Disease and Normal MMSE Score Have a Broad Range of Cognitive Performance, *Movement disorders : official journal of the Movement Disorder Society*, 29(10), 1258-1264.
4. **Nguyễn Thế Anh (2008).** *Nghiên cứu một số đặc điểm chức năng nhận thức ở bệnh nhân Parkinson cao tuổi*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Alison JY, David PB, Gordon WD, et al (2014).** Characterizing mild cognitive impairment in incident Parkinson disease: The ICICLE-PD Study, *Neurology*, 82(4), 308-316.
6. **Goldman J. G, Litvan I (2011).** Mild Cognitive Impairment in Parkinson's Disease, *Minerva Medica*, 102(6), 441-459.
7. **Lawrence Blake J, Gasson Natalie, Loftus Andrea M (2016).** Prevalence and Subtypes of Mild Cognitive Impairment in Parkinson's Disease, *Scientific Reports*, 6, 33929.

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RỐI LOẠN HỖN HỢP LO ÂU VÀ TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ VIỆN SỨC KHỎE TÂM THẦN- BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Văn Dũng*

TÓM TẮT⁵¹

Đặt Vấn Đề: Rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm là trạng thái bệnh lý tâm thần. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm ở bệnh nhân điều trị nội trú. **Phương pháp:** Nghiên cứu áp dụng phương pháp thiết kế "nghiên cứu quan sát mô tả cắt ngang" ở 55 bệnh nhân được chẩn đoán là rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần, có sử dụng các trắc nghiệm để sàng lọc. Số liệu xử lý theo phần mềm EPI - INFO 6.0. **Kết quả:** Nội dung lo âu mơ hồ, tản mạn, ít gây cản trở đến sinh hoạt, học tập và công tác. Ít gặp cảm giác tù túng, bồn chồn, nếu có thường xuất hiện muộn. Các triệu chứng rối loạn trầm cảm thường xuất hiện muộn, không đủ tiêu chuẩn về số lượng và thời gian để chẩn đoán một giai đoạn trầm cảm. Không có ý tưởng chán sống và hành vi tự sát. Các triệu chứng có tần suất cao là mất ngủ 96,3%, lo âu mơ hồ 92,7%, căng hoặc đau cơ 78,2%, giảm năng lượng 78,2%, chóng mặt 69,1%, cảm giác khó thở 65,5%, đau ngực 61,8%, tim đập nhanh 58,2%, run 58,2%, giảm sở thích 58,2%, giảm tập trung chú ý 58,2%, ra nhiều mồ hôi 56,3%, tê bì 54,5%, giảm lòng tin 61,8%. **Kết luận:** Trong rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm, triệu chứng của cả lo âu và trầm cảm đều có, nhưng không có triệu chứng thuộc rối loạn nào đủ nặng để đánh giá chẩn đoán riêng. Triệu chứng của rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm tương đối nhẹ và không kéo dài.

Từ khóa: BN là Bệnh nhân

SUMMARY

DESCRIBE THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF MIXED ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS INPATIENT PSYCHIATRY CLINIC- BACH MAI HOSPITAL

Problem: Mixed anxiety disorder and depression is a mental illness. **Objective:** Describe the clinical characteristics of mixed anxiety and depression disorders in inpatient patients. **Methodology:** To study the application of the "cross-sectional descriptive study design" design method in 55 patients diagnosed with mixed mental disorder and depressive disorder at the Institute of Mental Health. Use tests to screen. EPI Processing Data - INFO 6.0. **Results:** The content of the interview is ambiguous, scattered, less obstructing activities, study and work. Less cramped feeling, restless, if any, often appear late. Symptoms of depressive disorders often appear late, failing to meet the quantitative and qualitative criteria for the diagnosis of a depressive episode. There is no idea of life expectancy and suicidal behavior. Symptoms of high frequency were insomnia, 96.3%, vague anxiety 92.7%, muscle tension or achiness 78.2%, energy loss 78.2%, dizziness 69.1%, sensation 65.5% dyspnoea, 61.8% chest pain, 58.2% heart palpitations, 58.2% tremor, 58.2% decreased interest, 58.2% attention deficit, 58.2% 56.3%, numbness 54.5%, decrease confidence 61.8%. **Conclusion:** In the mixed anxiety disorder and depression, symptoms of both anxiety and depression are present, but none of the symptoms of the disorder are severe enough to warrant a separate diagnosis. Symptoms of mixed anxiety and depression are relatively mild and persistent.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm là trạng thái bệnh lý tâm thần có tỷ lệ mắc bệnh khoảng từ 0,8 đến 1,7% dân số, chiếm từ 15% đến 20% số người bệnh được điều trị nội trú tại các cơ sở

*Viện sức khỏe tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng
 Email: drdungbm@yahoo.com.vn
 Ngày nhận bài: 17.6.2017
 Ngày phản biện khoa học: 3.8.2017
 Ngày duyệt bài: 14.8.2017

chuyên khoa tâm thần. Biểu hiện lâm sàng của rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm rất đa dạng, phức tạp, vừa có triệu chứng của rối loạn lo âu, vừa có triệu chứng của rối loạn trầm cảm, nhưng không có triệu chứng thuộc rối loạn nào đủ nặng để xác định một chẩn đoán riêng biệt. Chính vì sự hỗn hợp các triệu chứng không đặc trưng mà rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm thường hay gặp trong chăm sóc sức khỏe ban đầu, phần đông những người mắc chứng bệnh này hiện còn ít được ngành y tế nói chung và ngành tâm thần nói riêng chú ý đến. Tuy rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm ít gây nguy hại đến tính mạng người bệnh, nhưng nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời sẽ để lại cho người bệnh các di chứng tâm thần, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, hiệu suất công tác, kết quả học tập, quan hệ xã hội và hạnh phúc gia đình. Chính vì những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm ở bệnh nhân điều trị nội trú" với mục tiêu nghiên cứu sau: Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm ở bệnh nhân điều trị nội trú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1: Phân bố tuổi theo giới của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi \ Giới	Nam		Nữ		Cộng		p	
	n	%	n	%	n	%		
< 20	1	1,8	1	1,8	2	3,6	83,7	< 0.05
21 – 30	12	21,8	4	7,3	16	29,1		
31 – 40	4	7,3	10	18,2	14	25,5		
41 – 50	5	9,1	11	20,0	16	29,1		
> 50	4	7,3	3	5,4	7	12,7		
Cộng	26	47.3	29	52.7	55	100		

Nhận xét. Đối tượng nghiên cứu gồm có 55 bệnh nhân, trong đó có 26 nam, chiếm tỷ lệ 47,3% và 29 nữ, chiếm tỷ lệ 52,7%. Tuy tỷ lệ nữ cao hơn nam nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giới với $p < 0,05$

Bảng 3.2: Chủ đề lo âu xuất hiện theo thời gian

Triệu chứng	Thời gian	Thời gian xuất hiện						Cộng		p
		< 8 tuần		8 - 12 tuần		> 12 tuần				
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Lo âu mơ hồ		0	-	8	14,6	43	78,1	51	92,7	<0,05
Lo âu có chủ đề		4	7,3	0	-	0	-	4	7,3	
Cộng								55	100	

Nhận xét. Nghiên cứu thấy lo âu thường xuất hiện sớm, ở thời điểm nhập viện có 78,1% xuất hiện lo âu trên 12 tuần; có tới 92,7% bệnh nhân lo âu mơ hồ, chỉ có 7,3% bệnh nhân lo âu có chủ đề.

Bảng 3.3: Biểu hiện triệu chứng kích thích thần kinh thực vật

Triệu chứng	n	%
Hồi hộp, tim đập nhanh	32	58,2
Ra nhiều mồ hôi	31	56,3
Run chân tay	32	58,2
Khô miệng	0	-

2.1. Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu cho nghiên cứu này được áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu một tỷ lệ trong quần thể:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu. α : mức ý nghĩa thống kê, ở nghiên cứu này chọn $\alpha = 0,05$. Δ : độ lệch, ở nghiên cứu này chọn $\Delta = 0,1$. p: tỷ lệ bệnh

• Chọn độ tin cậy là 95%, $\alpha = 0,05$ được $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

• Chọn p: ở nghiên cứu này p được chọn một trong hai giá trị là 0,15. Chọn giá trị p khi thay công thức tính cỡ mẫu trên cho kết quả n lớn hơn. Với $p = 0,15$: Thay các giá trị vào công thức trên được $n \approx 49$

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu nghiên cứu quan sát mô tả cắt ngang ở 55 bệnh nhân được chẩn đoán là rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm (Theo tiêu chuẩn ICD-10F) điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai. Có sử dụng một số trắc nghiệm tâm lý để hỗ trợ chẩn đoán từ ngày 01/01/2013 đến ngày 30/10/2013. Số liệu đã biến được xử lý theo phương pháp toán thống kê y học, chương trình EPI - INFO 6.0.

Nhận xét. Qua nghiên cứu thấy ba triệu chứng kích thích thần kinh thực vật thường gặp là hồi hộp kèm theo tim đập nhanh, ra nhiều mồ hôi và run chân tay từ 56,3% đến 58,2%.

Bảng 3.4: Triệu chứng liên quan đến ngực xuất hiện theo thời gian

Triệu chứng \ Thời gian	Thời gian xuất hiện (n=55)							
	< 8 tuần		8-12 tuần		> 12 tuần		Cộng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cảm giác khó thở	27	49,1	6	10,9	3	5,5	36	65,5
Đau vùng ngực	28	50,9	4	7,3	2	3,6	34	61,8
Khó chịu vùng ngực	22	40,0	5	9,1	4	7,3	31	56,4

Nhận xét. Nghiên cứu thấy ba triệu chứng liên quan đến vùng ngực trong mẫu nghiên cứu là cảm giác khó thở, đau vùng ngực và cảm giác khó chịu vùng ngực, đều xuất hiện trên 50%, với cảm giác khó thở gặp ở 27/36 bệnh nhân (71,9%), đau vùng ngực gặp ở 28/34 bệnh nhân (82,4%), khó chịu vùng ngực gặp ở 22/31 bệnh nhân (71,0%).

Bảng 3.5: Thời gian đã xuất hiện các triệu chứng trầm cảm đặc trưng đến khi nhập viện

Triệu chứng \ Thời gian	Thời gian tồn tại triệu chứng						Cộng		p
	< 8 tuần		8-12 tuần		> 12 tuần				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Giảm khí sắc	11	20,0	5	9,1	1	1,8	17	30,9	< 0.05
Giảm sở thích	14	25,5	3	5,5	5	9,1	22	40,0	
Giảm năng lượng	19	34,5	13	23,6	6	10,9	38	69,1	

Nhận xét. Nghiên cứu thấy ở thời điểm nhập viện có 69,1% bệnh nhân có triệu chứng giảm năng lượng chóng dẫn đến mệt mỏi, 40,0% bệnh nhân có triệu chứng giảm sở thích cá nhân và 30,9% bệnh nhân có triệu chứng giảm khí sắc. Tần suất xuất hiện xuất hiện các triệu chứng đặc trưng của rối loạn trầm cảm được 8 tuần tính đến thời điểm nhập viện cao nhất. Điều này nói lên triệu chứng đặc trưng của rối loạn trầm cảm trong rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm thường xuất hiện muộn hơn.

3.6. Sự xuất hiện các triệu chứng phổ biến của rối loạn trầm cảm

Triệu chứng \ Thời gian	Thời gian xuất hiện (n=55)							
	< 8 tuần		8-12 tuần		> 12 tuần		Cộng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Giảm chú ý	16	29,1	5	9,1	0	-	21	38,2
Giảm lòng tin	14	25,5	11	20,0	4	7,2	29	52,7
Ngủ kém	46	83,6	0	-	7	12,7	53	96,3
Ăn kém	17	30,9	9	16,4	5	9,1	31	45,4
Sút cân	31	56,3	9	16,4	3	5,5	43	78,2

Nhận xét. Nghiên cứu thấy các triệu chứng phổ biến thuộc rối loạn trầm cảm của mẫu nghiên cứu thường gặp nhất là ngủ kém (96,3%) và sút cân (78,2%), thấp nhất là giảm chú ý (38,2%). Không thấy có bệnh nhân nào có ý tưởng và hành vi tự sát trong tiền sử cũng như hiện tại. Phần lớn các triệu chứng xuất hiện dưới 8 tuần ở thời điểm nhập viện, tiếp đến là đã xuất hiện từ 8 đến 12 tuần, thấp nhất là đã xuất hiện trên 12 tuần.

Bảng 3.7: Kiểu rối loạn giấc ngủ của đối tượng nghiên cứu

Kiểu rối loạn giấc ngủ	số lượng (n = 55)	%	p
Khó đi vào giấc ngủ	46	83,6	< 0,05
Thức dậy sớm	33	60,0	
Ngủ không ngon giấc	14	25,5	

Nhận xét. Trong nghiên cứu gặp ba kiểu rối loạn giấc ngủ là khó đi vào giấc ngủ, ngủ không ngon giấc và thức dậy sớm. Khó đi vào giấc ngủ chiếm tỷ lệ cao nhất (83,6%), thức dậy sớm chiếm 60,0% bệnh nhân, ngủ không ngon giấc chiếm 25,5%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu có 26 nam, chiếm 47,3% và 29 nữ, chiếm 52,7%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới trong mẫu nghiên cứu với $p < 0,01$. Các tác giả Clayton, Enrique, Mykletun và các cộng sự thấy rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm ở nữ thường cao hơn nam.

4.1. Đặc điểm lâm sàng rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm

4.1.1. Đặc điểm lo âu. Triệu chứng lo âu có tần suất xuất hiện 100% đối tượng nghiên cứu, trong đó có 92,7% bệnh nhân lo âu mơ hồ, không có chủ đề rõ ràng. Nghiên cứu của chúng tôi thấy ít khi hoặc thỉnh thoảng than phiền về lo

âu chiếm tỷ lệ cao (20% + 67,3% = 87,3%). Đây là một trong những lý do làm người bệnh chậm đến với thầy thuốc chuyên khoa tâm thần. Sự khác biệt giữa rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm với rối loạn trầm cảm hoặc rối loạn lo âu: Trong các rối loạn lo âu rõ và rối loạn trầm cảm điển hình, thường gặp tỷ lệ cao bệnh nhân bồn chồn, có cảm giác khó chịu hoặc cảm giác "không thể chịu nổi". Chính những triệu chứng của rối loạn lo âu làm cho bệnh nhân khó chịu.

4.1.2. Triệu chứng kích thích thần kinh thực vật: Theo ICD 10, kích thích thần kinh thực vật là nhóm triệu chứng quyết định cho chẩn đoán rối loạn lo âu. Để chẩn đoán rối loạn lo âu phải có ít nhất 1 triệu chứng kích thích thần kinh thực vật. Các triệu chứng kích thích thần kinh thực vật gặp trong nghiên cứu là hồi hộp kèm theo tim đập nhanh (58,1%), ra nhiều mồ hôi (56,3%) và run chân tay (58,1%). Không gặp trường hợp nào có triệu chứng khô miệng. Như vậy trong đối tượng nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào có triệu chứng khô miệng là phù hợp. Nghiên cứu thấy số bệnh nhân xuất hiện đồng thời 2 triệu chứng kích thích thần kinh thực vật chiếm tỷ lệ cao nhất (61,8%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả. Trong rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm, triệu chứng kích thích thần kinh thực vật làm cho bệnh nhân khó chịu nhất. Tuy không nguy hiểm đến tính mạng nhưng các triệu chứng gây cản trở đến sinh hoạt, lao động và học tập của bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi thấy 63,6% bệnh nhân bị cản trở tương đối và 23,6% bệnh nhân bị cản trở đáng kể. Theo Draper, Kessing và cộng sự, trên 90% bệnh nhân rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm bị các triệu chứng kích thích thần kinh thực vật gây cản trở sinh hoạt, lao động và học tập. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận định của Draper và Kessing. Tính đến thời điểm nhập viện, xuất hiện trên 12 tuần đối với hồi hộp tim đập nhanh có 20/32 bệnh nhân (62,5%), ra nhiều mồ hôi có 18/31 bệnh nhân (58,1%), run chân tay có 23/32 bệnh nhân (71,9%). Nghiên cứu cho thấy các triệu chứng kích thích thần kinh thực vật xuất hiện sớm có tỷ lệ cao hơn. Nghiên cứu của Fravelli và cộng sự thấy các triệu chứng thuộc rối loạn trầm cảm trong rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm xuất hiện sau các triệu chứng thuộc rối loạn lo âu ít nhất một tuần, thời gian này của Schoever là 2-3 tuần. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các kết luận trên.

4.1.3. Các triệu chứng liên quan đến vùng ngực: Nghiên cứu thấy các triệu chứng liên quan đến vùng ngực xuất hiện ở 98,2% bệnh nhân. Ba triệu chứng gặp trong nghiên cứu là cảm giác khó thở, đau vùng ngực và khó chịu vùng ngực. Thời gian xuất hiện triệu chứng trong vòng 8 tuần tính đến thời điểm nhập viện: đối với cảm giác khó thở có 49,1% bệnh nhân, đau vùng ngực có 50,9% bệnh nhân và khó chịu ở vùng ngực có 40,0% bệnh nhân. Các triệu chứng liên quan đến vùng ngực thường gặp 25% bệnh nhân trong rối loạn trầm cảm nhẹ, 35% -40% trong rối loạn trầm cảm nặng và trên 80% trong các rối loạn lo âu. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp tỷ lệ cao các triệu chứng liên quan đến vùng ngực. Một số lý do cho sự khác nhau trong nghiên cứu của chúng tôi: triệu chứng liên quan đến vùng ngực có cả trong rối loạn lo âu và rối loạn trầm cảm, trong rối loạn trầm cảm được thể hiện dưới dạng triệu chứng cơ thể, trong rối loạn lo âu được thể hiện dưới dạng triệu chứng kích thích thần kinh tự trị; đây cũng chính là những triệu chứng triệu làm cho hầu hết đối tượng nghiên cứu khó chịu, phải gián đoạn sinh hoạt và công tác, buộc phải đi khám và điều trị. Qua kết quả nghiên cứu, thấy 58,2% bệnh nhân xuất hiện 2 triệu chứng, xuất hiện một triệu chứng có 30,9% bệnh nhân, có tới 92,7% bệnh nhân biểu hiện triệu chứng liên quan đến vùng ngực một cách từ từ và thành từng đợt.

Cũng như các triệu chứng liên quan đến vùng ngực, các triệu chứng liên quan đến vùng bụng thường xuất hiện một cách từ từ và từng đợt, ít thấy xuất hiện liên tục. Các triệu chứng làm cho phần lớn bệnh nhân khó chịu, gián đoạn sinh hoạt, học tập hoặc công tác. Đây cũng chính là lý do làm cho người bệnh đi khám và điều trị.

4.1.4. Các triệu chứng đặc trưng của rối loạn trầm cảm. Nghiên cứu thấy trong ba triệu chứng đặc trưng của rối loạn trầm cảm thì triệu chứng giảm năng lượng, chóng dẫn đến mệt mỏi chiếm tỷ lệ cao nhất (69,1%). Có tới 83,7% bệnh nhân chỉ xuất hiện một triệu chứng đặc trưng, không có bệnh nhân nào có đủ 3 triệu chứng. Các triệu chứng này thường xuất hiện muộn, phần lớn mới xuất hiện trong vòng 8 tuần tính ở thời điểm nhập viện. Tức là các triệu chứng rối loạn trầm cảm trong rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm thường xuất hiện muộn. Biểu hiện triệu chứng như trên là điểm khác biệt giữa rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm với rối loạn trầm cảm. Theo ICD 10, một trong những tiêu chuẩn để chẩn đoán rối loạn trầm cảm là ít nhất

trong ba triệu chứng đặc trưng phải xuất hiện hai triệu chứng tồn tại tối thiểu trong hai tuần. Phân tích về các triệu chứng đặc trưng thuộc rối loạn trầm cảm trong nghiên cứu này cho thấy các triệu chứng đều ở mức độ nhẹ, đa phần xuất hiện đơn điệu. Theo WHO, Angst, Bakow và cộng sự, các triệu chứng trong rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm không đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán cho một rối loạn lo âu hay rối loạn trầm cảm. Ảnh hưởng của các triệu chứng: Chỉ số ít bệnh nhân đôi khi than phiền về triệu chứng của mình trong vài ngày, nghiên cứu thấy các triệu chứng đặc trưng của rối loạn trầm cảm tác động không đáng kể đến sinh hoạt, học tập và công tác của bệnh nhân,

4.1.5. Các triệu chứng phổ biến của rối loạn trầm cảm: Các triệu chứng phổ biến thuộc rối loạn trầm cảm gặp với tỷ lệ khác nhau trong nghiên cứu. Các triệu chứng xuất hiện muộn chiếm đa số bệnh nhân. Rối loạn giấc ngủ: Là triệu chứng hay gặp nhất, xuất hiện ở 96,3% bệnh nhân, phân tích các kiểu rối loạn giấc ngủ thấy bệnh nhân khó đi vào giấc ngủ kèm theo thức dậy sớm chiếm tỷ lệ cao nhất (41,8%), chỉ đơn thuần khó đi vào giấc ngủ chiếm 29,2%, các kiểu rối loạn giấc ngủ khác có tần suất xuất hiện từ 5,5% đến 12,7%. Rối loạn giấc ngủ là triệu chứng không đặc hiệu khác của rối loạn lo âu, đồng thời cũng là triệu chứng phổ biến của rối loạn trầm cảm và nhiều rối loạn tâm thần khác. Đây cũng là một trong những triệu chứng bệnh nhân dễ nhận biết và đến với chuyên khoa tâm thần. Tuy nhiên rối loạn giấc ngủ trong nghiên cứu này không có gì đặc biệt. Sút cân: Xuất hiện ở 78,2% bệnh nhân. Sút cân một cách từ từ, hầu hết bệnh nhân chỉ biết được tình trạng sút cân của mình trong thời gian gần đây qua người khác nhận xét, không xác định được cụ thể thời gian cân nặng bị giảm sút. Sút cân có thể là triệu chứng nguyên phát, có thể thứ phát sau các triệu chứng khác, ví dụ như mất ngủ, kém ăn. Trong rối loạn trầm cảm, triệu chứng sút cân được xác nhận khi giảm 5% trọng lượng cơ thể so với tháng trước đó. Trong nghiên cứu này, có tỷ lệ tương đối cao bệnh nhân sút cân nhưng mức độ sút cân không rõ ràng và thời gian không xác định được. Ăn kém ngon miệng: Xuất hiện ở 45,4% bệnh nhân, sự kém ngon miệng biểu hiện không liên tục, có khi trong ngày có bữa vẫn thấy ngon miệng. Đây là triệu chứng biểu hiện khác biệt so với rối loạn trầm cảm. Giảm sự chú ý: Xuất hiện ở 38,2% bệnh nhân. Phần lớn bệnh nhân giảm chú ý vào buổi chiều,

không liên tục trong cả ngày và trong các ngày. Giảm lòng tin: Xuất hiện ở 52,7%. Phần lớn bệnh nhân giảm lòng tin vào khả năng của thầy thuốc chữa khỏi bệnh của mình. Do bệnh có nhiều triệu chứng không đặc hiệu nên bệnh nhân thường đến các thầy thuốc đa khoa khám bệnh, không xác định được bệnh. Giảm tính tự trọng: Không gặp bệnh nhân nào giảm tính tự trọng. Triệu chứng này rất phổ biến trong rối loạn trầm cảm, nhất là trầm cảm vừa và nặng. Trong nghiên cứu này không gặp cũng là nét đặc trưng của rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm. Các triệu chứng phổ biến tác động không đáng kể đến sinh hoạt, học tập và công tác của bệnh nhân, số ít bệnh nhân đôi khi than phiền về triệu chứng của mình trong từng vài ngày. Trong rối loạn lo âu, than phiền nhiều về triệu chứng là biểu hiện phổ biến. Trong rối loạn trầm cảm, buồn rầu, sầu não là biểu hiện phổ biến. Đây cũng là điểm khác biệt cần lưu ý trong thực hành rút ra từ nghiên cứu này. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận định của các tác giả.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm chung: Rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm thường gặp ở độ tuổi từ 21 đến 50, trình độ văn hoá phổ thông trung học, trình độ chuyên môn từ trung cấp trở lên.

Đặc điểm lâm sàng: Nội dung lo âu mơ hồ, tản mạn, ít gây cản trở đến sinh hoạt, học tập và công tác. Ít gặp cảm giác tù túng, bồn chồn, nếu có thường xuất hiện muộn. Các triệu chứng kích thích thần kinh thực vật thường xuất hiện trước các triệu chứng sinh học 2-4 tuần, xuất hiện không liên tục trong ngày và không liên tục giữa các ngày. Giai đoạn đầu các triệu chứng rối loạn lo âu xuất hiện thành từng đợt, giữa các đợt là giai đoạn tương đối bình thường, về sau kéo dài dai dẳng, thỉnh thoảng có đợt trội lên làm cho bệnh nhân khó chịu phải đi khám bệnh. Các triệu chứng rối loạn trầm cảm thường xuất hiện muộn, không đủ tiêu chuẩn về số lượng và thời gian để chẩn đoán một giai đoạn trầm cảm. Không có ý tưởng chán sống và hành vi tự sát. Thường xuất hiện một triệu chứng đặc trưng của rối loạn trầm cảm và hai triệu chứng rối loạn lo âu thường. Các triệu chứng có tần suất cao là mất ngủ 96,3%, lo âu mơ hồ 92,7%, căng hoặc đau cơ 78,2%, giảm năng lượng 78,2%, chóng mặt 69,1%, cảm giác khó thở 65,5%, đau ngực 61,8%, tim đập nhanh 58,2%, run 58,2%, giảm sở thích 58,2%, giảm tập trung chú ý 58,2%, ra nhiều mồ hôi 56,3%, tê bì 54,5%, giảm lòng tin 61,8%,

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Clayton PJ, Grove WM, Coryell W et al (1991), "Follow-up and family study of anxiety and depression", *American journal psychiatry*, vol 148, pp 1512-1517
2. Enrique E, Karmele S, Tomas B (2006), "Mixed anxiety-Depression disorder: Long-term", *Cambridge university press* 34(1), 95-101
3. Ericson TM, Newman MG (2005), "Cognitive behavioral psychotherapy for generalized anxiety and depression disorder", *expert rev neurother*, vol 5, p 247.
4. Fawcett J (2007), "The detection and consequences of anxiety in clinical depression", *Journal clinical psychiatry*, 58, 35-40.
5. Fravelli C, Guerrini B, Giardinelli L (1999), "Epidemiology of anxiety disorder in Florence", *Acta psychiatrica scandinavica*, apr, vol 79(4), 308-312
6. Paul SM (1998), "Anxiety and depression: a common neurobiological substrate?", *Journal clinical psychiatry*, 50, 759-766.
7. Preskorn S.H, Fast G.A (1993), *Beyon signs and symptoms: the case against a mixed anxiety and depression category*, *Journal clinical psychiatry*, 54(4), 24-32.

ĐÁNH GIÁ SỰ AN TOÀN VÀ CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHƯƠNG PHÁP GIẢM ĐAU NGOÀI MÀNG CỨNG DO BỆNH NHÂN TỰ ĐIỀU KHIỂN VỚI BUPIVACAIN VÀ FENTANYL SAU MỔ CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN ĐƯỜNG BỤNG

Nguyễn Đức Lam*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu sự an toàn và các tác dụng không mong muốn của giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển với bupivacain 0,1% và fentanyl 2 mcg/ml để giảm đau sau mổ cắt tử cung hoàn toàn đường bụng. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh trên 60 bệnh nhân phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn đường bụng, được giảm đau sau mổ bằng gậy tê ngoài màng cứng với bupivacain 0,1% và fentanyl 2mcg/ml, chia thành hai nhóm: Nhóm 1 sử dụng phương pháp giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển (PCEA: Patient-Controlled Epidural Analgesia); nhóm 2, sử dụng giảm đau ngoài màng cứng truyền liên tục (CEI: Continuous Epidural Infusion). **Kết quả:** Có sự thay đổi về tuần hoàn, hô hấp của các bệnh nhân trong thời gian giảm đau của cả hai nhóm nghiên cứu nhưng các chỉ số vẫn nằm trong giới hạn bình thường và không khác biệt giữa hai nhóm. Tỷ lệ bệnh nhân bị ức chế vận động trong thời gian giảm đau ở mức Bromage I của nhóm 1 là 0%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với nhóm 2 (16,7%). Tỷ lệ ngứa, nôn và buồn nôn, bí tiểu của nhóm 1 không khác biệt với nhóm 2 (lần lượt là: 10%, 6,7% và 0% so với 10%; 3,3% và 13,3%). **Kết luận:** Giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển để giảm đau sau mổ cắt tử cung hoàn toàn đường bụng có độ an toàn cao, ít ảnh hưởng đến tuần hoàn hô hấp. Tác dụng không mong muốn gặp với tỷ lệ thấp, không khác biệt với nhóm dùng bupivacain truyền liên tục ($p > 0,05$).

Từ khóa: Giảm đau ngoài màng cứng bệnh nhân tự điều khiển, cắt tử cung hoàn toàn, tác dụng không mong muốn, bupivacain.

SUMMARY

ASSESSMENT OF SAFETY AND SIDE EFFECTS OF PATIENT CONTROLLED EPIDURAL ANESTHESIA WITH BUPIVACAIN AND FENTANYL AFTER ABDOMINAL TOTAL HYSTERECTOMY

Objective: To study the safety and side effect of the patient controlled epidural analgesia after total abdominal hysterectomy by bupivacaine 0.1% + fentanyl 2mcg/ml. **Subjects and methods study:** Randomized clinical trial comparing on 60 patients with total abdominal hysterectomy, are postoperative analgesia with epidural anesthesia, divided into two groups: group 1 used PCEA and group 2 used CEI. **Results:** There is a change in the circulatory, respiratory of the patients during the pain relief of both groups but the index still in normal limits and did not differ between the two groups. The proportion of patients with motor block at Bromage I was 0% in group 1, no different from group 2 (16,7%). Percentage itching, nausea and vomiting, urinary retention in group 1 is no different with in groups 2 (respectively: 10%; 6,7% and 0% compared 10%; 3,3% and 13,3%). **Conclusion:** PCEA was safe, had little effect on circulation, respiration, it had low proportion of side effects and no differ significative from CEI group.

Keywords: Patient controlled epidural analgesia, laparotomy total hysterectomy, side effects, bupivacaine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt tử cung hoàn toàn đường bụng là một phẫu thuật phụ khoa lớn gây đau nhiều sau mổ nên cần phải được giảm đau tốt để bệnh nhân chóng hồi phục. Đây cũng là loại phẫu thuật ở vùng dưới rốn nên gây tê ngoài màng cứng vùng thắt lưng là phương pháp giảm đau rất tốt và được coi như tiêu chuẩn vàng trong điều trị giảm đau sau mổ. Tuy nhiên, phương pháp hay được sử dụng hiện nay là truyền liên tục dung dịch thuốc tê qua catheter ngoài màng cứng nhiều

*Trường Đại học y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Lam

Email: lamgmhs75@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.7.2017

Ngày duyệt bài: 25.7.2017

khi chưa đáp ứng được hoàn toàn nhu cầu giảm đau của bệnh nhân. Phương pháp giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển là phương pháp tiên tiến dựa trên ý tưởng bệnh nhân là con người biết rõ nhất về mức độ đau của mình và sự thay đổi của nó theo thời gian, nên họ có thể tham gia một cách tích cực vào sự giảm đau cho mình. Tuy nhiên, cả bệnh nhân và các bác sỹ phụ khoa đều luôn quan tâm lo lắng đến các tác dụng không mong muốn của phương pháp giảm đau này vì phương pháp này tuy đã được sử dụng phổ biến ở các trước phát triển nhưng chưa được sử dụng nhiều ở nước ta, đặc biệt trong giảm đau sau mổ cắt tử cung hoàn toàn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: Nghiên cứu sự an toàn và các tác dụng không mong muốn của giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển với bupivacain 0,1% và fentanyl 2 mcg/ml để giảm đau sau mổ cắt tử cung hoàn toàn đường bụng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 60 bệnh nhân phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn đường bụng, vô cảm bằng gây tê tủy sống và giảm đau sau mổ bằng gây tê ngoài màng cứng, được chọn vào nghiên cứu và được bốc thăm chia ngẫu nhiên thành hai nhóm bằng nhau: Nhóm 1: giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển (PCEA). Nhóm 2: Giảm đau ngoài màng cứng truyền liên tục (CEI).

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, tuổi từ 18 – 60, ASA 1-2, tình trạng tâm thần bình thường.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** các trường hợp có chống chỉ định của gây tê tủy sống và gây tê ngoài màng cứng (rối loạn đông máu, nhiễm trùng toàn thân hoặc tại chỗ chọc kim, bệnh tim nặng...); không gây tê ngoài màng cứng được, không đặt được catheter vào khoang ngoài màng cứng, dị ứng với thuốc tê và fentanyl, các bệnh nhân ung thư tử cung hoặc ung thư buồng trứng.

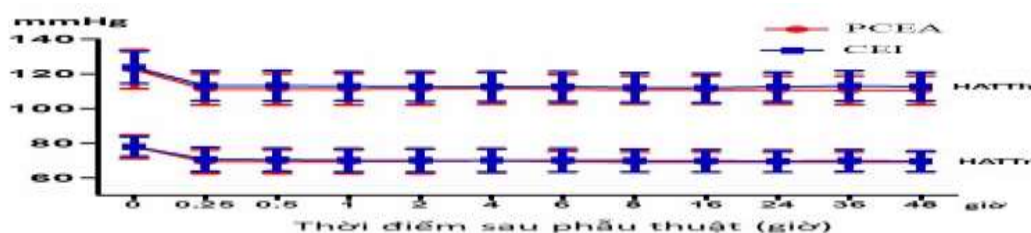
2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên, có đối chứng.

2.3. Quy trình nghiên cứu: Các bệnh nhân được gây tê ngoài màng cứng ở vị trí L2-3, sau khi test bằng 40 mg lidocain thì tiếp tục được gây tê tủy sống ở cùng vị trí để vô cảm mổ cắt tử cung hoàn toàn. Liều gây tê tủy sống là 9 mg bupivacain và 40 mcg fentanyl.

Sau mổ, khi bệnh nhân bắt đầu đau, điểm VAS > 4 thì bắt đầu điều trị đau bằng tiêm dung dịch thuốc tê: bupivacain 0,1% và Fentanyl 2 mcg/ml. Liều đầu tiên qua catheter ngoài màng cứng theo công thức $[(\text{chiều cao tính bằng cm} - 100)/10]$, Sau khi tiêm liều đầu vào khoang ngoài màng cứng, nếu VAS ≥ 4 tiêm thêm 2 ml mỗi 3 phút, đảm bảo bệnh nhân có VAS < 4.

***Các chỉ tiêu nghiên cứu:** các bệnh nhân này được theo dõi liên tục các chỉ số sinh tồn, điểm đau VAS, mức độ ức chế vận động theo Bromage, các tác dụng không mong muốn: nôn, buồn nôn, bí tiểu, đau đầu... trong suốt thời gian nghiên cứu (48 giờ). Các thời điểm nghiên cứu: H0 (trước khi tiêm thuốc), H0,25 (sau tiêm thuốc 15 phút), H0,5 (sau tiêm 30 phút), H1-H48: (từ giờ thứ 1 đến giờ thứ 48).

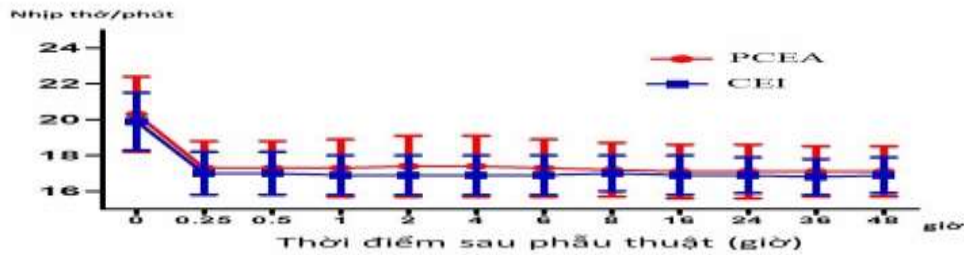
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 3.1. Diễn biến huyết áp động mạch của hai nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Thông số	Nhóm 1 (n = 30) $\bar{X} \pm SD$ (min-max)	Nhóm 2 (n = 30) $\bar{X} \pm SD$ (min-max)	p
Tuổi (năm)	48,2 $\pm$ 5,9(36 - 60)	48,5 $\pm$ 4,9(39 - 60)	> 0,05
Chiều cao (cm)	153,7 $\pm$ 4,0(149 - 165)	153,2 $\pm$ 3,6(145 - 166)	> 0,05
Cân nặng (kg)	54,4 $\pm$ 5,7(48 - 67)	55,6 $\pm$ 5,7(45 - 65)	> 0,05
Chỉ số BMI	22,8 $\pm$ 1,9(20,2 - 26,7)	23,2 $\pm$ 2,1(18,7 - 26,9)	> 0,05
Thời gian phẫu thuật (phút)	62,9 $\pm$ 14,4(40 - 92)	61,7 $\pm$ 14,3(45 - 110)	> 0,05
Thời gian trung tiện (giờ)	22,6 $\pm$ 6,9(15 - 52)	23,5 $\pm$ 9,9(17 - 56)	> 0,05
Thời gian nằm viện (ngày)	4,4 $\pm$ 0,5(3 - 6)	4,7 $\pm$ 0,6(3 - 5)	> 0,05



Biểu đồ 3.2. Diễn biến tần số thở của hai nhóm nghiên cứu

Bảng 3.2. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng	Nhóm	Nhóm 1 (n=30)		Nhóm 2 (n=30)		p
		Số BN	%	Số BN	%	
Ức chế vận động Bromage độ 1		0	0	5	16,7%	<0,05
Ngửa		3	10,0	3	10,0	>0,05
Nôn		2	6,7	1	3,3	>0,05
Buồn nôn		2	6,7	2	6,7	>0,05
Bí tiểu		0	0,0	4	13,3	<0,05

Trong nghiên cứu này, chúng tôi không gặp các biến chứng nguy hiểm của gây tê ngoài màng cứng như: đau đầu do rách màng cứng khi gây tê ngoài màng cứng, tụ máu khoang ngoài màng cứng, áp xe khoang ngoài màng cứng...

IV. BÀN LUẬN

Các bệnh nhân ở hai nhóm trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng về: tuổi, chiều cao, cân nặng, chỉ số BMI,... do đó sẽ ít ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu. Chỉ định phẫu thuật của các bệnh nhân trong cả hai nhóm nghiên cứu cũng không khác biệt có ý nghĩa thống kê, đa số các trường hợp là phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn do u xơ tử cung, đây là một bệnh lý thường gặp nhất trong phụ khoa.

Ảnh hưởng trên tuần hoàn: Biểu đồ 3.1 cho thấy: so với thời điểm H0, huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương ở cả hai nhóm từ H0,25 trở đi đều giảm có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Cũng tương tự như thay đổi tần số tim, khi được giảm đau tốt, huyết áp tâm và huyết áp tâm trương của bệnh nhân giảm dần xuống trở về giá trị bình thường và ổn định trong suốt quá trình giảm đau. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đây [1],[3].

So sánh huyết áp tâm thu trung bình ở từng thời điểm giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Chúng tôi không gặp trường hợp nào huyết áp tâm thu $< 90\text{mmHg}$ hoặc giảm hơn 20% so với huyết áp nền nên không bệnh nhân nào cần sử dụng thuốc co mạch. Tác dụng tụt huyết áp là do ức chế giao cảm của thuốc tê, nên vị trí catheter ngoài màng cứng ngực sẽ có nguy cơ gây tụt huyết áp nhiều hơn đặt catheter vùng thắt lưng. Tuy nhiên biến chứng tụt huyết áp còn phụ thuộc vào thể tích thuốc tê và nồng độ

thuốc tê nồng độ thuốc tê. Với kết quả giảm đau tốt, không biến chứng trên tim mạch, có thể thấy các thông số cài đặt máy PCEA của chúng tôi áp dụng trong nghiên cứu này là hợp lý.

Ảnh hưởng trên hô hấp: Đau sau phẫu thuật lớn vùng bụng như phẫu thuật trực tràng, phẫu thuật tăng bụng trên, phẫu thuật phụ khoa... thường làm cho bệnh nhân có xu hướng thở nhanh, nông, không dám ho khạc có thể dẫn tới tình trạng thiếu oxy, xẹp phổi, viêm phổi. Sau khi được giảm đau, bệnh nhân có thể thở sâu làm tăng thể tích khí lưu thông và giảm nhịp thở. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra sự thay đổi về hô hấp và giảm biến chứng hô hấp khi được giảm đau tốt sau mổ [2].

Biểu đồ 3.7 cho thấy diễn biến nhịp thở tại các thời điểm theo dõi sau mổ. Chúng tôi nhận thấy sau khi giảm đau 15 phút nhịp thở của bệnh nhân cả hai nhóm đều đã giảm có ý nghĩa thống kê so với thời điểm H0 và ổn định ở giới hạn bình thường tại các thời điểm giảm đau sau mổ, giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Chúng tôi không gặp trường hợp nào tần số thở < 12 lần/phút. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của Nguyễn Trung Kiên [1].

Các tác dụng không mong muốn phải kể đến là gây ức chế vận động, Vì gây tê ngoài màng cứng là gây tê phân đốt nên vị trí gây tê cũng ảnh hưởng tới sự ức chế vận động chi, tiêm thuốc tê vào khoang ngoài màng cứng thắt lưng sẽ tăng ức chế vận động chi dưới hơn so với gây tê vùng ngực. Nghiên cứu của Kim cho thấy tỷ lệ

giảm vận động chi dưới ở nhóm đặt catheter vùng lưng cao hơn catheter ngực có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$ [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân được đặt catheter vùng lưng khe liên đốt L2-3. Ở nhóm 1 không bệnh nhân nào bị ức chế vận động chi dưới, nhóm 2 có 5 bệnh nhân chiếm 16,7% giảm vận động một hoặc cả hai chân mức Bromage = 1 trong 24 giờ đầu. Sự khác biệt về ức chế vận động ở hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Standl T. [4] chỉ gặp 14,3% bệnh nhân có điểm Bromage > 0 ở nhóm CEI và không gặp bệnh nhân nào nhóm PCEA. Một nghiên cứu gộp của Wu [5] cũng cho rằng tỷ lệ ức chế vận động của nhóm PCEA thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm CEI (3,2% so với 28,3%). Có thể nói với cùng một nồng độ thuốc tê như nhau phương pháp PCEA thêm một ưu điểm nữa là ít ức chế vận động hơn CEI. Chính ưu điểm này là một trong những nguyên nhân PCEA được ưa dùng trong giảm đau nhằm rút ngắn thời gian phục hồi sau mổ cho người bệnh.

Tác dụng không mong muốn khác: Nôn và buồn nôn là tác dụng phụ thường gặp trong gây tê tủy sống, gây tê ngoài màng cứng do: Thuốc họ morphin được hấp thu vào dịch não tủy, vào máu sẽ kích thích trực tiếp lên các thụ cảm hóa học của vùng nhạy cảm ở sán não thất IV. Phẫu thuật kích thích phúc mạc và các tạng trong ổ bụng đưa đến đáp ứng của thần kinh phế vị gây kích thích trung tâm nôn. Tụt huyết áp, giảm tưới máu não cũng gây nôn.

Bảng 3.2 cho thấy ở nhóm 1 có 4 trường hợp nôn và buồn nôn chiếm 13,3%, trong đó có 2 bệnh nhân buồn nôn thoáng qua không cần điều trị và 2 bệnh nhân có nôn mức độ vừa trong đó 1 bệnh nhân phải điều trị bằng primperan. Ở nhóm 2 có 2 bệnh nhân buồn nôn không cần điều trị, 1 bệnh nhân nôn vừa phải điều trị nâng tổng số bệnh nhân có tác dụng phụ nôn, buồn

nôn của nhóm 2 lên 10,0%. Sự khác biệt về tỷ lệ nôn, buồn nôn giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Các tác dụng không mong muốn khác: bí tiểu, rét run, ngứa khăn tê chân... không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu với $p > 0,05$.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển để giảm đau sau mổ cắt tử cung hoàn toàn đường bụng khá an toàn (ít ảnh hưởng trên tuần hoàn, hô hấp). Tỷ lệ bị ức chế vận động mức Bromage độ I là 0% ở nhóm 1 và 16,7% ở nhóm 2. Tỷ lệ nôn buồn nôn không khác biệt so với nhóm CEI (13,3% so với 10,0%; $p > 0,05$). Tỷ lệ ngứa tương đương nhóm CEI (đều bằng 10,0%). Không gặp trường hợp nào bí tiểu trong khi nhóm CEI có 13,3% bí tiểu ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Trung Kiên (2014)**, "Nghiên cứu hiệu quả giảm đau đường ngoài màng cứng ngực bằng hỗn hợp bupivacain - fentanyl do bệnh nhân tự điều khiển sau mổ vùng bụng trên ở người cao tuổi." *Luận án Tiến sĩ y học Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108*.
2. **Kehlet H, Holte K (2001)**, "Effect of postoperative analgesia on surgical outcome", *Br J Anaesth*, 87(1), pp. 62-72.
3. **Kim SH, Yoo KB, Yoon DM, Kim CM, Shin YS (2013)**, "Patient- controlled Epidural Analgesia with Ropivacaine and Fentanyl: Experience with 2276 Surgical Patients". *Korean J Pain. Jan; 26(1)*: pp. 39-45.
4. **Standl T, Burmeister MA, Ohnesorge H, Wilhelm S, Striepke M, Gottschalk A, Horn EP, Schulte Am Esch J (2003)**, "Patient-controlled epidural analgesia reduces analgesic requirements compared to continuous epidural infusion after major abdominal surgery". *Can J Anaesth. 2003 Mar; 50(3)*: pp. 258-264.
5. **Wu CL, Cohen SR, Richman JM, et al (2005)**. "Efficacy of postoperative patient-controlled and continuous infusion epidural analgesia versus intravenous patient-controlled analgesia with opioid: A meta- analysis". *Anesthesiology*, 103: pp. 1079-1088.

KHẢO SÁT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG MẮT Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 CÓ SUY THẬN MẠN TÍNH

Lê Đình Anh*, Phạm Minh Đàm**,
Lê Việt Thắng*, Nguyễn Thanh Xuân**

Mục tiêu: Khảo sát một số đặc điểm tổn thương mắt ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có suy thận mạn tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:**

TÓM TẮT⁵³

*Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

** Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Xuân

Email: bsxuanhatay@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.8.2017

Ngày duyệt bài: 14.8.2017

Nghiên cứu đặc điểm biến chứng mắt ở 49 bệnh nhân đái tháo đường type 2 có suy thận mạn so sánh với 30 bệnh nhân đái tháo đường chưa có biến chứng thận. **Kết quả:** Nhóm bệnh nhân ĐTĐ có suy thận có tỷ lệ giảm thị lực chiếm 95,9%, đục thủy tinh thể chiếm 79,6%, tăng nhãn áp 32,7%, bệnh võng mạc ĐTĐ 97,9% và phù gai thị chiếm 34,7%. Tỷ lệ bệnh nhân có biến chứng mắt tăng cao ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ có suy thận giai đoạn 5 so với nhóm bệnh nhân ĐTĐ có suy thận giai đoạn 3, 4 và không có suy thận, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. **Kết luận:** Biến chứng mắt ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 có liên quan đến suy chức năng thận, mức độ nặng của suy thận.

Từ khóa: Đái tháo đường type 2, Suy thận mạn, Biến chứng mắt.

SUMMARY

SURVEY OF FEATURES OF EYES LESION OF 2 TYPE DIABETIC PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE

Object: survey of features of eyes lesion of 2 type diabetic patients with chronic renal failure. **Subjects and research method:** The studying on features of eye complication of 49 type 2 diabetic patients with chronic renal failure compared to those of 30 diabetic patients without kidney complication. **Results:** In group with renal failure complication, rate of parablepsia is 95.9%, cataracta is 79.6%, glaucoma is 32.7%, diabetic retinopathy is 97.9% and papilledema is 34.7%. In patient group with stage 5 chronic kidney disease; bad serum glucose control, ratio of eye complication is higher than that of 3,4 stage chronic kidney disease or non kidney disease, $p < 0.05$. **Conclusion:** Eye complication of type 2 diabetic patients are related to chronic kidney disease, the severity of renal failure.

Keywords: Type 2 diabetic mellitus, chronic renal failure, eye complication

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương mắt ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 là một biến chứng thường gặp và xuất hiện sớm. Mặc dù đây là biến chứng không gây nguy hiểm đến tính mạng, tuy nhiên nó gây giảm chất lượng cuộc sống. Bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng thận, đặc biệt có suy thận mạn tính tổn thương mắt càng nặng nề hơn. Cơ chế tổn thương mắt do bệnh đái tháo đường type 2 có suy thận mạn tính thường là cơ chế kết hợp tổn thương mắt do bệnh đái tháo đường type 2 và tình trạng suy thận mạn tính. Bệnh nhân đái tháo đường type 2 có suy thận mạn tính thường có mức độ kiểm soát glucose máu khó khăn, tỷ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp cao hơn (thường chiếm hơn 90%) và kiểm soát huyết áp cũng khó khăn hơn [5]. Hơn nữa ảnh hưởng của yếu tố viêm, thiếu máu, giảm albumin máu, tăng creatinin máu làm cho tổn thương mắt càng nặng

nề. Nhiều nghiên cứu về biến chứng mắt ở bệnh nhân đái tháo đường type 2, tuy nhiên nghiên cứu đánh giá trên đối tượng này có biến chứng suy thận chưa nhiều. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành đề tài với 2 mục tiêu sau:

1. Khảo sát một số triệu chứng đánh giá tổn thương mắt ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 có suy thận mạn tính

2. Tìm hiểu mối liên quan giữa một số đặc điểm tổn thương mắt với một số đặc điểm bệnh nhân đái tháo đường type 2 có suy thận mạn tính

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng gồm 79 bệnh nhân được chia thành 2 nhóm:

- Nhóm nghiên cứu: 49 bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường type 2 có suy thận mạn tính, được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Quân y 103.

- Nhóm chứng bệnh (nhóm chứng): là 30 bệnh nhân đái tháo đường type 2 chưa có tổn thương thận

- Loại trừ các bệnh nhân: đang có nhiễm trùng toàn thân, bệnh lý mắt trước khi được chẩn đoán đái tháo đường; không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả, cắt ngang so sánh nhóm nghiên cứu và nhóm chứng.

- Bệnh nhân được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cận lâm sàng về huyết học và sinh hoá máu. Tính mức lọc cầu thận theo công thức MDRD, phân chia giai đoạn bệnh thận mạn theo K/DOQI 2002.

- Nhóm bệnh nhân có chức năng thận bình thường và kết quả protein niệu 10 chỉ tiêu âm tính được định lượng microalbumin niệu. Với những bệnh nhân microalbumin niệu âm tính được xác định chưa có tổn thương thận và đưa vào nhóm chứng.

- Chẩn đoán đái tháo đường theo tiêu chuẩn Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) 2013, đánh giá kiểm soát đường máu theo Hội nội tiết ĐTĐ Việt nam

- Khám mắt được thực hiện các nội dung sau: Kiểm tra thị lực. Khám phát hiện đục thủy tinh thể bằng máy khám sinh hiển vi đèn khe. Đo nhãn áp bằng nhãn áp kế Maklakov. Phát hiện phù gai thị bằng: Soi kiểm tra đáy mắt bằng đèn soi đáy mắt điện cầm tay và chụp ảnh màu võng mạc.

- Hình thái đánh giá tổn thương mắt: Giảm thị lực. Đục thủy tinh thể. Tăng nhãn áp. Bệnh võng mạc do đái tháo đường. Phù gai thị.

- **Số liệu được xử lý** theo thuật toán thống kê y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm bệnh nhân và đặc điểm tổn thương mắt của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới nhóm nghiên cứu và nhóm chứng

Đối tượng		Nhóm chứng (n=30)	Nhóm bệnh (n=49)	p
Tuổi trung bình (năm)		62,56 ± 8,9	63,65 ± 10,23	> 0,05
Nhóm tuổi (năm)	< 50 (n,%)	6 (20,0)	10 (20,4)	> 0,05
	50–70 (n,%)	13 (43,3)	23 (46,9)	
	≥ 70 (n,%)	11 (36,7)	16 (32,7)	
Giới	Nam (n,%)	16 (53,3)	26 (53,1)	> 0,05
	Nữ (n,%)	14 (46,7)	23 (46,9)	

Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 63,65 ± 10,23 tuổi, không có sự khác biệt so với nhóm chứng. Tỷ lệ bệnh nhân theo các nhóm tuổi ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng không khác biệt, $p > 0,05$. Tỷ lệ nam và nữ của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng không khác biệt, $p > 0,05$. Tỷ lệ nam/nữ ở nhóm bệnh là 1,13. Như vậy, đặc điểm về tuổi, giới giữa hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng là tương tự nhau. Đặc điểm về tuổi và giới trong nghiên cứu tương tự với đối tượng nghiên cứu của các tác giả khác như Phan Thị Tố Như (2012) và Nguyễn Quang Toàn (2014) [1], [2]. Đối tượng nghiên cứu của chúng

tôi là những bệnh nhân đái tháo đường có suy thận mạn, tuổi trung bình của bệnh nhân cao và có tới 32,7% bệnh nhân từ 70 tuổi trở lên, điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu và diễn biến của bệnh. Đái tháo đường type 2 thường xuất hiện khi bệnh nhân hơn 40 tuổi và biến chứng thận thường xảy ra sau 5 – 10 năm phát hiện đái tháo đường, biến chứng thận bắt đầu bằng sự xuất hiện microalbumin niệu, nặng hơn sau 5 năm có thể có suy thận mạn. Do đó trong các nghiên cứu thì đối tượng nghiên cứu thường có tuổi trung bình cao.

Bảng 2: Phân bố bệnh nhân theo giai đoạn bệnh thận mạn

Giai đoạn bệnh thận mạn tính	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Giai đoạn 3	17	34,7
Giai đoạn 4	19	38,8
Giai đoạn 5	13	26,5
Tổng	49	100,0

Phân bố bệnh nhân theo giai đoạn bệnh thận mạn cho thấy: tỷ lệ bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 4 chiếm cao nhất 38,8%, tiếp đến bệnh thận mạn giai đoạn 3 chiếm 34,7% và cuối cùng là bệnh thận mạn giai đoạn 5 chiếm 26,5%. Bệnh thận mạn được hội thận học quốc tế phân chia 5 giai đoạn, những bệnh nhân ở giai đoạn 1 và 2 có bằng chứng tổn thương thận, tuy nhiên mức lọc cầu thận > 60ml/phút (chưa

có suy thận). Vì nghiên cứu của chúng tôi chọn những bệnh nhân ĐTD type 2 có suy thận nên số bệnh nhân từ giai đoạn 3 trở đi. Phân bố tỷ lệ bệnh nhân theo giai đoạn bệnh thận mạn cho thấy, chủ yếu là giai đoạn 3 và 4 (mức lọc cầu thận > 15ml/phút) đây là mức suy thận nhẹ, vì chúng tôi lấy những bệnh nhân ở phòng khám nên những bệnh nhân này vẫn điều trị ngoại trú.

Bảng 3: Tỷ lệ bệnh nhân theo các loại biến chứng ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng

Loại biến chứng	ĐTD chưa có tổn thương thận (n=30)		ĐTD có suy thận (n=49)		p
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	
Giảm thị lực	19	63,3	47	95,9	< 0,01
Đục thủy tinh thể	13	43,3	39	79,6	< 0,05
Tăng nhãn áp	3	10,0	16	32,7	< 0,05
Bệnh vồng mạc đái tháo đường	22	73,3	48	97,9	< 0,01
Phù gai thị	2	6,7	17	34,7	< 0,05

Đối với tổn thương mắt, trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ đánh giá có hay không có tổn thương mắt theo các hình thái tổn thương chứng không đi vào đánh giá phân tích mức độ từng loại tổn thương. Nhóm bệnh nhân ĐTD có suy thận mạn có tỷ lệ các biến chứng mắt cao hơn

nhóm bệnh nhân chưa có tổn thương thận có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm bệnh nhân ĐTD chưa có tổn thương thận có tỷ lệ bệnh nhân giảm thị lực, bệnh vồng mạc ĐTD khá cao. Tỷ lệ bệnh nhân ĐTD chưa có tổn thương thận có đục thủy tinh thể chiếm tới 43,3%. Kết quả này của

chúng tôi tương tự với các kết quả của các nghiên cứu khác ở Việt nam. Điều này có thể được giải thích do nguyên nhân gây tổn thương mắt là do glucose máu tăng gây tổn thương các mạch máu và có thể gây tắc mạch máu, ngoài ra các yếu tố nguy cơ khác gây như thời gian đái tháo đường càng lâu thì càng có nguy cơ tổn thương mắt, glucose máu không ổn định, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá [3].

Trong nghiên cứu, nhóm nghiên cứu là những bệnh nhân đái tháo đường có suy thận, khi đó kèm theo các biến chứng khác như tăng huyết áp, khó kiểm soát glucose máu, thiếu máu và các rối loạn chuyển hóa khác gây tổn thương các mạch máu nhỏ, đặc biệt mạch máu mắt [5]. Do đó các tổn thương mắt ở nhóm nghiên cứu sẽ cao hơn nhóm chứng (những bệnh nhân đái tháo đường chưa có tổn thương thận).

3.2. Liên quan giữa tổn thương mắt với một số đặc điểm bệnh nhân ĐTĐ có suy thận mạn

Bảng 4: Liên quan với giai đoạn bệnh thận mạn tính (n=49)

Loại biến chứng	Giai đoạn 3+4 (n=36)		Giai đoạn 5 (n=13)		p
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	
Giảm thị lực (n=47)	34	94,4	13	100,0	> 0,05
Đục thủy tinh thể (n=39)	26	72,2	13	100,0	< 0,05
Tăng nhãn áp (n=16)	6	16,7	10	76,9	< 0,01
Bệnh võng mạc đái tháo đường (n=48)	35	97,2	13	100,0	> 0,05
Phù gai thị (n=17)	6	16,7	11	84,6	< 0,01

Nhóm bệnh nhân ĐTĐ typ 2 suy thận giai đoạn 5 (mức độ nặng) có tỷ lệ các hình thái tổn thương mắt cao hơn nhóm bệnh nhân suy thận giai đoạn 3, 4 (mức độ nhẹ hơn), tuy nhiên chỉ có tổn thương đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp, phù gai thị là sự khác biệt có ý nghĩa, $p < 0,05$. Chúng tôi chọn vào nhóm nghiên cứu những bệnh nhân suy thận mạn (MLCT < 60ml/phút), cách gọi khác là những bệnh nhân bệnh thận mạn từ giai đoạn 3 trở đi. Nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 5 có MLCT < 15ml/phút. Ở giai đoạn bệnh thận mạn mức độ nặng thường do thời gian bị bệnh kéo dài, các biến chứng do

bệnh thận theo thời gian có thể nhiều hơn và tác động lâu dài hơn lên cơ thể người bệnh như, thiếu máu, tăng huyết áp, mức độ kiểm soát glucose máu và các rối loạn chuyển hóa khác [3]. Mặt khác, sử dụng các thuốc điều trị bệnh cũng như biến chứng của bệnh suy thận giai đoạn nặng cũng đáp ứng kém hơn, khó kiểm soát hơn những bệnh nhân suy thận giai đoạn nhẹ hơn chính vì vậy mà các tổn thương mắt do đái tháo đường ở bệnh nhân suy thận thận ở giai đoạn nặng cũng cao hơn so với ở bệnh nhân suy thận giai đoạn nhẹ [4].

Bảng 5: Liên quan với kiểm soát glucose máu (n=49)

Loại biến chứng	Kiểm soát tốt và chấp nhận (n=32)		Kiểm soát kém (n=17)		p
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	
Giảm thị lực (n=47)	30	93,8	17	100,0	> 0,05
Đục thủy tinh thể (n=39)	23	71,9	16	94,1	< 0,05
Tăng nhãn áp (n=16)	5	15,6	11	64,7	< 0,01
Bệnh võng mạc đái tháo đường (n=48)	31	96,8	17	100,0	> 0,05
Phù gai thị (n=17)	6	18,8	11	64,7	< 0,01

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, nhóm bệnh nhân kiểm soát glucose máu lúc đói kém có tỷ lệ các tổn thương mắt cao hơn so với nhóm bệnh nhân ĐTĐ kiểm soát glucose máu ở mức tốt và chấp nhận, tuy nhiên chỉ có tổn thương đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp, phù gai thị là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Chúng tôi chọn glucose máu lúc đói để đánh giá mức độ kiểm soát đường máu ở bệnh nhân ĐTĐ có suy thận mạn, bởi những bệnh nhân này nếu

sử dụng HbA1C thường không chính xác do những bệnh nhân này có thiếu máu. Khi bệnh nhân được kiểm soát đa yếu tố nguy cơ và kiểm soát glucose máu sẽ hạn chế được các biến chứng trong đó có biến chứng mắt và thận. Thực tế nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đều nhận định tỷ lệ và mức độ tổn thương mắt phụ thuộc vào kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2. Kiểm soát kém, xuất hiện nhiều biến chứng và biến chứng thường nặng nề hơn [6].

IV. KẾT LUẬN

- Nhóm bệnh nhân ĐTD có suy thận có tỷ lệ giảm thị lực chiếm 95,9%, đục thủy tinh thể chiếm 79,6%, tăng nhãn áp 32,7%, bệnh vồng mạc ĐTD 97,9% và phù gai thị chiếm 34,7%.

- Tỷ lệ bệnh nhân có biến chứng mắt như đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp, phù gai thị tăng cao ở nhóm bệnh nhân ĐTD có suy thận nặng so với nhóm bệnh nhân ĐTD có suy thận mức độ nhẹ và không có uy thận, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phan Thị Tố Như (2012)**, "Nghiên cứu đặc điểm tổn thương võng mạc ở bệnh nhân ĐTD týp 2", Luận văn Thạc sỹ, Học viện Quân y.
2. **Nguyễn Quang Toàn (2014)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng biến chứng mắt ở

bệnh nhân ĐTD týp 2 có tăng huyết áp", Luận văn Thạc sỹ, Học viện Quân Y.

3. **Islam SM, Alam DS, Wahiduzzaman M et al (2015)**, "Clinical characteristics and complications of patients with type 2 diabetes attending an urban hospital in Bangladesh." *Diabetes Metab Syndr*. 9(1):7-13.
 4. **Juan E. Grunwald, MD, Judith Alexander, BA (2012)**, "Retinopathy and Chronic Kidney Disease in the Chronic Renal Insufficiency Cohort Study (CRIC)" *Arch Ophthalmol*. 2012 Sep; 130(9): 1136-1144.
 5. **Ryan Lee, Tien Y. Wong, and Charumathi Sabanayagam (2015)**, "Epidemiology of diabetic retinopathy, diabetic macular edema and related vision loss" *Published online* 2015 Sep 30. doi: 10.1186/s40662-015-0026-2.
- Uselli V1, La Rocca E2 (2015)**, "Novel therapeutic approaches for diabetic nephropathy and retinopathy". *Pharmacol Res*. 2015 Aug;98:39-44. doi: 10.1016/j.phrs.2014.10.003. Epub 2014 Oct 29.

BIẾN ĐỔI CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA CÔNG NHÂN TIẾP XÚC NGHỀ NGHIỆP VỚI TRINITROTOLUENE SAU ĐIỀU TRỊ GIẢI ĐỘC KHÔNG ĐẶC HIỆU

Nguyễn Kiên Cường¹, Nguyễn Phúc Thái¹,
Đỗ Phương Hương², Nguyễn Minh Phương²

TÓM TẮT⁵⁴

Nghiên cứu được tiến hành trên 70 công nhân sản xuất vật liệu nổ, xét nghiệm có TNT trong máu được giải độc không đặc hiệu ứng dụng nguyên lý khoa học của phương pháp Hubbard trong thời gian 3 tuần. Phương pháp nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng, thời gian thu dung điều trị tiến hành từ tháng 10/2014 đến tháng 04/2015. Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ công nhân có biểu hiện khó ngủ, ngủ chập chờn, mất ngủ cuối giấc đều giảm sau khi điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm trung bình chỉ số PSQI trước điều trị là 6,14; sau điều trị điểm trung bình PSQI là 3,51 ($p < 0,05$). So sánh điểm trung bình chất lượng cuộc sống thay đổi trước và sau điều trị trên tất cả 8 lĩnh vực cho thấy sau điều trị các điểm số trung bình trên tất cả 8 lĩnh vực ở thời điểm sau điều trị đều cao hơn so với trước khi điều trị, với $p < 0,05$.

Từ khóa: TNT, PSQI, chất lượng cuộc sống

SUMMARY

SLEEP QUALITY AND QUALITY OF LIFE CHANGES IN WORKERS OCCUPATIONAL EXPOSED TO TRINITROTOLUENE AFTER NON-SPECIFIC DETOXIFICATION TREATMENT

¹Viện Y học dự phòng Quân đội

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Phương

Email: phuonkg21@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.7.2017

Ngày duyệt bài: 10.8.2017

The study was conducted on 70 workers in some military explosives factories, with the evidence of TNT in their blood. The non-specific detoxification by the scientific principle of Hubbard has been applied for 3 weeks. Research method: pre and post-clinical trial. Time for treatment detoxification from Oct. 2014 to Apr 2015. **Results:** The rate of workers having difficulty falling asleep, sleep fluttering, insomnia in the late were reduced after treatment, the difference was statistically significant at $p < 0.05$. The pre-treatment PSQI score was 6.14; After treatment, the PSQI mean score was 3.51 ($p < 0.05$). Comparison of mean scores of quality of life before and after treatment in all 8 aspects showed that the mean scores in all 8 areas at post-treatment were higher than those before treatment, with $p < 0.05$.

Keywords: TNT, quality of life, PSQI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trinitrotoluene (TNT) được bảo quản và sử dụng khá rộng rãi trong công nghiệp quốc phòng và kinh tế quốc dân với số người lao động trực tiếp tiếp xúc với TNT không nhỏ. Cho đến nay không có biện pháp điều trị giải độc đặc hiệu đối với TNT. Việc dự phòng nhiễm độc TNT nghề nghiệp có vai trò vô cùng quan trọng nhằm bảo đảm sức khỏe cho người lao động.

L.Ron Hubbard đã nghiên cứu và ứng dụng thành công phương pháp giải độc không đặc hiệu làm giảm gánh nặng của cơ thể với nhiều loại hóa chất có khả năng hòa tan trong lipid như: các hợp chất Hydrocacbon mạch vòng chứa

clo như PCB, các hóa chất bảo vệ thực vật, các kim loại nặng như chì, thủy ngân...Tuy nhiên cho đến nay chưa có nghiên cứu nào ứng dụng phương pháp Hubbard để điều trị giải độc cho những người tiếp xúc nghề nghiệp với TNT, một hóa chất có ái tính với tổ chức lipid. Biến đổi chất lượng giấc ngủ ở người tiếp xúc nghề nghiệp với TNT là thường gặp, và điều đó chắc chắn có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống ở người tiếp xúc nghề nghiệp với TNT, tuy nhiên còn ít có nghiên cứu về vấn đề này trong thời gian qua.

Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá biến đổi chất lượng giấc ngủ và chất lượng cuộc sống trên công nhân quốc phòng tiếp xúc TNT nghề nghiệp sau điều trị giải độc không đặc hiệu ứng dụng những nguyên lý khoa học của Hubbard, thông qua đó góp phần đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp này đối với người tiếp xúc nghề nghiệp với TNT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 70 công nhân làm việc tiếp xúc trực tiếp với TNT, xét nghiệm có TNT trong máu. Các công nhân này không mắc các bệnh mạn tính, bệnh cấp tính cần điều trị như đái tháo đường, cao huyết áp...; tình nguyện tham gia vào nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm tuổi, giới	Nhóm nghiên cứu (n=70)	
	Số lượng	Tỷ lệ %
Nam	34	48.6
Nữ	36	51.4
Tuổi trung bình	42,02 ± 6,26 (Min: 25, Max: 56)	

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của công nhân tham gia nghiên cứu là 42,02, ± 6,26. Đối tượng tham gia nghiên cứu này là các trường hợp phơi nhiễm TNT và chưa có biểu hiện của tình trạng nhiễm độc TNT nghề nghiệp, thực tế có thể coi họ là người khỏe mạnh. Tỷ lệ nữ công nhân tham gia nghiên cứu chiếm 51,4 %, nam giới chiếm 48,6 %. Tỷ lệ nữ giới trong nghiên cứu của chúng tôi về cơ bản là phù hợp với tỷ lệ nữ giới trong cơ cấu lao động nữ ở đồng bằng sông Hồng (50,6%)[1]

3.2. Biến đổi tình trạng giấc ngủ trước và sau điều trị:

Bảng 3.2. Hiệu quả can thiệp với triệu chứng khó ngủ:

Trước điều trị (n=70)		Sau điều trị (n = 70)					p
		Không		Có		Cộng	
		Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ		
Khó ngủ	Không	36	51,43	4	5,71	40 (57,14%)	< 0.05
	Có	21	30,00	9	12,86	30 (42,86%)	
	Cộng	57	81,43	13	18,57	70 (100%)	
	CSHQ	[(42,86 – 18,57)/42,86] x 100 = 56,67 %					

Nhận xét: Tỷ lệ công nhân có biểu hiện khó ngủ trước khi điều trị là 42,86%, sau điều trị tỷ lệ này giảm xuống còn 18,57% (p<0,05). Có tổng số 30 trường hợp được ghi nhận có triệu chứng khó ngủ trước điều trị. Sau điều trị 21/30 trường hợp này không còn xuất hiện triệu chứng khó ngủ. Tuy nhiên có xuất hiện thêm 04 trường hợp mô tả rằng có triệu chứng khó ngủ sau điều trị trong nhóm 36 công nhân không có triệu chứng khó ngủ trước điều trị. Nhìn chung, ảnh hưởng của biện pháp

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Các bệnh nhân tham gia chương trình giải độc không đặc hiệu được thu dung điều trị tại Trung tâm khử độc tố, bệnh viện 103 từ tháng 10/2014 đến tháng 04 năm 2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng đánh giá trước sau can thiệp bằng phương pháp giải độc không đặc hiệu.

Đánh giá chất lượng giấc ngủ theo thang điểm của Pittsburgh gọi tắt là PSQI (Pittsburg Quality Index). Tổng điểm PSQI được phân loại theo các mức:

- + Dưới 5 điểm: Chất lượng giấc ngủ tốt,
- + Từ 6 -10 điểm: chất lượng giấc ngủ kém.
- + Trên 11 điểm : Rối loạn giấc ngủ.

Đánh giá chất lượng cuộc sống theo thang điểm SF-36. Bộ câu hỏi SF-36 (phiên bản 1.0) có 36 câu hỏi xoay quanh 8 yếu tố về sức khỏe bao gồm: Hoạt động thể lực; Các hạn chế do sức khỏe thể lực; Các hạn chế do dễ xúc động; Sinh lực; Sức khỏe tinh thần; Hoạt động xã hội; Cảm giác đau và sức khỏe chung.

Xử lý số liệu trên phần mềm SPSS. So sánh điểm trung bình chất lượng giấc ngủ, điểm trung bình chất lượng cuộc sống trước và sau điều trị bằng phương pháp kiểm định t ghép cặp.

điều trị Hubbard đối với triệu chứng khó ngủ là tích cực. Chỉ số hiệu quả điều trị với triệu chứng khó ngủ là 56,67%.

Bảng 3.3. Hiệu quả can thiệp với triệu chứng ngủ chập chờn:

Đang điều trị qua các nhóm với mức ý nghĩa chấp nhận							
Trước điều trị (n=70)		Sau điều trị (n = 70)				p	
		Không		Có			Cộng
		Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ		
Ngủ chập chờn	Không	26	37,14	0		26 (37,14%)	< 0.05
	Có	31	44,29	13	18,57	44 (62.86%)	
	Cộng	57	81,43	13	18,57	70 (100%)	
	CSHQ	[(62,86 – 18,57)/62,86] x 100 = 70,45%					

Nhận xét: Tỷ lệ công nhân có biểu hiện ngủ chập chờn trước điều trị là 62,86%, sau điều trị tỷ lệ này giảm xuống còn 18,57%. Kết quả kiểm định cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Trước điều trị có 44 trường hợp được ghi nhận có biểu hiện ngủ chập chờn, sau điều trị có 31 trong số 44 trường hợp được ghi nhận không còn triệu chứng. Can thiệp cũng không làm xuất hiện thêm trường hợp nào có biểu hiện ngủ chập chờn sau điều trị. Chỉ số hiệu quả điều trị với triệu chứng này là 70,45%.

Bảng 3.4. Hiệu quả điều trị với tình trạng mất ngủ cuối giấc

Trước điều trị (n=70)		Sau điều trị (n = 70)					p
		Không		Có		Cộng	
		Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ		
Mất ngủ cuối giấc	Không	43	61,43	2	2,86	45 (64,29%)	< 0.05
	Có	19	27,14	6	8,57	25 (35,71%)	
	Cộng	62	88,57	8	11,43	70 (100%)	
	CSHQ	[(35,71– 11,43)/35,71] x 100 = 70,79 %					

Nhận xét: Có 25 trường hợp trước điều trị có biểu hiện mất ngủ cuối giấc, sau điều trị có 19 trong số 25 trường hợp này không còn triệu chứng. Mặc dù can thiệp điều trị làm xuất hiện 02 trường hợp có triệu chứng sau điều trị trong nhóm 43 công nhân ban đầu không có triệu chứng, tuy nhiên ảnh hưởng của biện pháp can thiệp điều trị nói chung là tích cực. Tỷ lệ công nhân có triệu chứng mất ngủ cuối giấc trước khi can thiệp điều trị là 35,71%, sau điều trị tỷ lệ này giảm còn 11,43%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chỉ số hiệu quả điều trị với tình trạng mất ngủ cuối giấc là 70,79%.

Bảng 3.5. Cải thiện chất lượng giấc ngủ qua thang điểm Pittsburgh

Thang điểm Pittsburgh	Trước điều trị (n = 70)		Sau điều trị (n = 70)	
	SL	%	SL	%
Từ 0-4	23	32,9	50	71,4
Từ 5 – 10	41	58,6	20	28,6
Trên 11	6	8,6	0	
Min – Max	1-12		0-9	
X ± SD	6,14 ± 2,62		3,51 ± 1,94	
P	P < 0,05 (t ₆₉ = 9.816, p = 0.000) ; CI: 2.09-3.16			

Nhận xét: Trong số 70 bệnh nhân thì có 23 trường hợp có chất lượng giấc ngủ tốt trước điều trị chiếm 32,9%. Trước điều trị có 41 trường hợp có chất lượng giấc ngủ không tốt chiếm tỷ lệ 58,6%, có 6 trường hợp có rối loạn giấc ngủ, chiếm tỷ lệ 8,6%. Sau điều trị, tỷ lệ công nhân có chất lượng giấc ngủ tốt tăng từ 32,9% lên 71,4%. Tỷ lệ công nhân có chất lượng giấc ngủ không tốt giảm từ 58,6% còn 28,6% và sau điều trị không còn công nhân nào có biểu hiện rối loạn giấc ngủ. Điểm trung bình chỉ số PSQI trước điều trị là 6,14, sau điều trị điểm trung bình PSQI là 3,51 (Sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tường (2010) trên công nhân phơi nhiễm xăng dầu, sau đợt luyện tập giải độc bằng phương pháp Hubbard

cải tiến, điểm Pittsburgh của công nhân trước điều trị là 10,2, sau điều trị giảm rõ rệt xuống còn 3,5, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$ [2].

Những nghiên cứu về vai trò của thể dục liệu pháp đối với giấc ngủ đã được tiến hành và cho thấy những kết quả tích cực. Nghiên cứu của Pei-Yu Yang (2012) cho thấy tập thể dục bằng cách đi bộ với cường độ trung bình có hiệu quả trong việc cải thiện chất lượng giấc ngủ ở người trung niên và người già (những người tham gia nghiên cứu là những người trên 40 tuổi)[6]. Hội nghị quốc tế về vật lý trị liệu và phục hồi chức năng diễn ra từ 19-23 tháng 6 năm 2015 tại Berlin, Đức, một báo cáo của D. Demirok và Cs nghiên cứu trên 60 phụ nữ mắc chứng đau xơ cơ đánh giá về hiệu quả điều trị của thể dục và vật lý trị liệu cho thấy: Sau 12 tuần, chất lượng cuộc

sống và tình trạng rối loạn giấc ngủ được cải thiện, không có sự khác biệt giữa nhóm bệnh nhân dùng thuốc với nhóm bệnh nhân vật lý trị liệu kết hợp thể dục liệu pháp [3]. Nghiên cứu trên 199 phụ nữ tuổi từ 50- 85 bị viêm khớp gối, có triệu chứng đau kéo dài trên 6 tháng, được nhập viện điều trị bằng phương pháp tắm khoáng và vật lý trị liệu. Tác giả Erkan Kaya và Cs (2016) nhận thấy, sau điều trị, triệu chứng đau giảm, triệu chứng rối loạn giấc ngủ giảm thể hiện ở thang điểm Pittsburgh giảm từ 7.5 ± 3.8

xuống còn 6.4 ± 3.2 [4].

Chúng tôi cho rằng, quá trình điều trị làm giảm nồng độ chất độc, do đó làm giảm ảnh hưởng của độc chất tới hệ thống thần kinh nói riêng và sức khỏe của con người nói chung. Bên cạnh đó, cộng với hiệu quả điều trị của việc xông hơi và thể dục trị liệu làm cải thiện chất lượng giấc ngủ, giúp cho công nhân sau điều trị có được chất lượng giấc ngủ tốt hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác.

3.3. Biến đổi chất lượng cuộc sống trước và sau điều trị

Bảng 3.6. Thay đổi chất lượng cuộc sống trước và sau điều trị

Điểm Chất lượng cuộc sống	Trước điều trị (n = 70)		Sau điều trị (n = 70)		p
	$\bar{X} \pm SD$	Min -Max	$\bar{X} \pm SD$	Min -Max	
Hoạt động thể lực	$68,00 \pm 15,21$	35-100	$86,35 \pm 8,96$	65-100	<0,05
Các hạn chế do thể lực	$51,42 \pm 24,03$	0-100	$80,00 \pm 14,96$	85-100	<0,05
Các hạn chế do xúc động	$51,90 \pm 29,28$	0-100	$82,85 \pm 20,26$	33.33-100	<0,05
Sinh lực	$56,42 \pm 11,67$	30-95	$75,85 \pm 11,76$	45-100	<0,05
Sức khỏe tinh thần	$61,31 \pm 14,44$	40-100	$78,62 \pm 11,24$	56-100	<0,05
Hoạt động xã hội	$63,57 \pm 11,40$	37.5-87.5	$80,17 \pm 11,94$	50-100	<0,05
Cảm giác đau	$61,78 \pm 13,85$	25-100	$82,92 \pm 10,49$	65-100	<0,05
Sức khỏe chung	$48,21 \pm 17,67$	0-75	$70,57 \pm 10,47$	45-90	<0,05

Nhận xét: So sánh điểm trung bình chất lượng cuộc sống thay đổi trước và sau điều trị trên tất cả 8 lĩnh vực cho thấy sau điều trị các điểm số trung bình trên tất cả 8 lĩnh vực ở thời điểm sau điều trị đều cao hơn so với trước khi điều trị, với $p < 0,05$. Các điểm số ở thời điểm trước và sau điều trị với các thang điểm như sau: thể lực (68,00 và 86,35) các hạn chế do thể lực (51,42 và 80,00), sinh lực (56,42 và 75,85), các hạn chế do xúc động (51,90 và 82,85), sức khỏe tinh thần (61,31 và 78,62), hoạt động xã hội (63,57 và 80,17), cảm giác đau (61,78 và 82,92), sức khỏe chung (48,21 và 70,57). Sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$.

So sánh điểm trung bình chất lượng cuộc sống thay đổi trước điều trị và sau điều trị trên tất cả 8 lĩnh vực, điểm số cụ thể trước và sau điều trị trên các lĩnh vực như sau: thể lực (68,00 và 86,35), các hạn chế do thể lực (51,42 và 80,00), sinh lực (51,90 và 82,85), các hạn chế do xúc động (56,42 và 75,85), sức khỏe tinh thần (61,31 và 78,62), hoạt động xã hội (63,57 và 80,17), cảm giác đau (61,78 và 82,92), sức khỏe chung (48,21 và 70,57). Kết quả nghiên cứu đó cho thấy rõ sau điều trị các điểm số trung bình trên tất cả 8 lĩnh vực đều cao hơn so với trước khi điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm số sức khỏe chung trước điều trị là 48,21 và sau điều trị là 70,57 với $p < 0,05$. Điều đó cho thấy điều trị giải độc không đặc hiệu theo

phương pháp Hubbard có hiệu quả rõ rệt, tăng cường điểm số thể lực, sinh lực, tinh thần, tình trạng đau, cải thiện các hoạt động xã hội sau khi điều trị và nâng cao chất lượng cuộc sống.

Nghiên cứu của Gerald H Ross và CS (2012) trên 69 người tiếp xúc với Metamphetamin giải độc không đặc hiệu với phương pháp Hubbard, sau điều trị cho thấy điểm trung bình chất lượng cuộc sống trên tất cả các lĩnh vực đều được cải thiện so với trước điều trị và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Cụ thể: điểm số trước và sau điều trị trên các lĩnh vực lần lượt là: Thể lực: (79,01 và 92,78), các hạn chế do thể lực (53,28 và 85,25), các hạn chế do xúc động (56,28 và 90,16), Sinh lực (35,90 và 68,61), sức khỏe tinh thần (62,16 và 85,05), hoạt động xã hội (65,37 và 85,86), cảm giác đau (59,39 và 82,17), sức khỏe chung (49,1 và 78,44). Sự khác biệt điểm số về chất lượng cuộc sống trên các lĩnh vực thay đổi trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ [5]. Nhìn chung nghiên cứu về hiệu quả điều trị đánh giá trên sự thay đổi chất lượng cuộc sống trong nghiên cứu của chúng tôi có kết quả phù hợp so với nghiên cứu của Gerald H Ross.

IV. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

- Tình trạng chất lượng giấc ngủ được cải thiện, điểm trung bình chỉ số PSQI sau điều trị (3,51) giảm rõ rệt so với trước điều trị trước điều trị (6,14).

- Cải thiện chất lượng cuộc sống: sau điều trị các điểm số trung bình trên tất cả 8 lĩnh vực ở thời điểm sau điều trị đều cao hơn so với trước khi điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tổng cục Thống kê.** (2014), "Báo cáo điều tra lao động và việc làm Quý 2 năm 2014", pp. 4.
2. **Nguyễn Văn Tường và Cs.** (2010), "Ứng dụng phương pháp Hubbard để thanh thải chất độc ra khỏi cơ thể", *Báo cáo tổng kết đề tài nghiên cứu Khoa học cấp Thành phố Hà Nội*.
3. **Demirok D., M. T., P. D. et al.** (2015), "The Evaluation of the Effects of Amitriptyline, Escitalopram and Physiotherapy on Pain, Quality of Life and Sleep in Patients with Fibromyalgia: a Prospective Clinical Study", *Journal of Rehabilitation Medicine*, *The 9th World Congress of International Society of Physical and Rehabilitation Medicine, June 19–23, 2015, Berlin, Germany*, pp. 112-113.
4. **Erkan KAYA, Cengiz KAPLAN, Alparslan Bayram ÇARLI Ü. G.** (2016), "Effects of Balneotherapy and Physical Therapy on Sleep Quality in Patients With Osteoarthritis Aged 50 to 85 Years", *Archives of Rheumatology*, 2016(1), pp. 001-005.
5. **Ross G. H., Sternquist M. C.** (2012), "Methamphetamine exposure and chronic illness in police officers: significant improvement with sauna-based detoxification therapy", *Toxicol Ind Health*, 28(8), pp. 758-68.
6. **Yang P. Y., Ho K. H., Chen H. C. et al.** (2012), "Exercise training improves sleep quality in middle-aged and older adults with sleep problems: a systematic review", *J Physiother*, 58(3), pp. 157-63.

KẾT QUẢ CHỌC ỒI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG TỪ NGÀY 01/2016 - 7/2017

Trương Thị Thanh Thủy¹, Vũ Văn Tâm²

TÓM TẮT

Mục tiêu: (i) Mô tả kết quả chọc ối tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng từ ngày 5/1/2016 - 10/07/2017; (ii) Nhận xét mối liên quan giữa các chỉ định chọc ối, kết quả chọc ối đối chiếu với các xét nghiệm sàng lọc trước sinh khác. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên 100 thai phụ được tiến hành chọc ối từ 05/01/2016 đến 10/7/2017 tại Khoa Chẩn đoán trước sinh, Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng. **Kết quả:** 5/100 (chiếm 5,0%) mẫu nước ối cho kết quả bất thường, trong đó 03 mẫu được chẩn đoán là hội chứng Down, 02 mẫu được chẩn đoán là bất thường cấu trúc NST (01 trường hợp là mất đầu mút NST X, 01 trường hợp là đa hình lặp đoạn vùng di NST 1). Mẹ ≥ 40 tuổi và siêu âm hình thái học thai nhi bất thường là yếu tố làm tăng nguy cơ bất thường NST thai ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ bất thường NST qua chọc ối là 5,0%. **Kiến nghị:** Áp dụng rộng rãi phương pháp chọc ối phân tích NST để phát hiện các thai dị tật bẩm sinh do di truyền.

Từ khóa: chọc ối, bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng

SUMMARY

RESULTS OF AMNIOCENTESIS AT HAIPHONG HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY FROM 05/01/2016 TO 10/7/2017

Objectives: (i) Describe the result of amniocentesis at Haiphong Hospital of Obstetrics and Gynecology from 05/01/2016 to 10/7/2017; (ii) Determine the relation between the indication of

amniocentesis and their results. **Materials and method:** It was a cross sectional study in 100 pregnant women performed the amniocentesis from to 05/01/2016 to 10/7/2017 at Prenatal Diagnosis Department. **Results:** 5/100 case (5.0%) have positive result, 03 case is Down syndrome, 02 case is chromosomal abnormalities. Maternal age ≥ 40 years old and fetal abnormalities in ultrasound are the high risk factors of chromosomal abnormalities ($p < 0.05$). **Conclusion:** The prevalence of fetal chromosomal abnormalities in amniocentesis is 5.0%.

Keywords: amniocentesis, Haiphong Hospital of Obstetrics and Gynecology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hàng năm có khoảng 35.000 trẻ được sinh ra tại thành phố Hải Phòng, trong đó có những trẻ phát triển không bình thường về thể chất, trí tuệ hoặc cả hai. Đây thực sự là vấn đề cần sự quan tâm can thiệp của xã hội và đặc biệt là của công tác sàng lọc, chẩn đoán trước sinh của các nhà sản phụ khoa, bao gồm siêu âm hình thái thai nhi, xét nghiệm sàng lọc sinh hóa và chọc hút nước ối phân tích nhiễm sắc thể.

Chọc ối là một trong những phương pháp lấy bệnh phẩm trực tiếp của thai bằng cách đưa một kim vào buồng ối qua thành bụng để hút nước ối dưới sự hướng dẫn của siêu âm hoặc không [1]. Chọc ối đóng vai trò quan trọng trong việc tìm hiểu nguyên nhân cũng như xác định sự liên quan của các bất thường hình thái thai nhi với các tổn thương nhiễm sắc thể, giúp các nhà sản phụ khoa đưa ra những quyết định về thái độ xử trí đối với thai nghén thông qua sự phân tích kết quả nhiễm sắc thể thai.

^{1,2}Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Tâm

Email: drvuvantam@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.8.2017

Ngày duyệt bài: 14.8.2017

Ở Việt Nam, chọc ối trong chẩn đoán trước sinh đã được thực hiện từ năm 2003 và tỷ lệ bất thường nhiễm sắc thể (NST) là 11,2% theo nghiên cứu của tác giả Phùng Như Toàn tại Bệnh viện Từ Dũ. Năm 2004 nghiên cứu của các tác giả Hoàng Thị Ngọc Lan, Nguyễn Việt Hùng, Trịnh Văn Bảo, Trần Thị Thanh Hương tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương và Bệnh viện Phụ sản Hà Nội cho thấy tỷ lệ bất thường NST là 17,5% [2]. Theo tác giả Nguyễn Thị Hoàng Trang, Trần Danh Cường (2011), tỷ lệ này là 9,1%[3]. Tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, chúng tôi bắt đầu tiến hành chọc ối từ tháng 1/2016 đến nay và đã thu được kết quả cao, ngày càng được đồng bào bệnh nhân tin cậy. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Đánh giá kết chọc ối tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng từ 5/1/2016 - 10/07/2017” với hai mục tiêu: (i) Mô tả kết quả chọc ối tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng từ ngày 05/01/2016 – 10/7/2017; (ii) Nhận xét mối liên quan giữa các chỉ định chọc ối, kết quả chọc ối đối chiếu với các xét nghiệm sàng lọc trước sinh khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố tuổi mẹ

Nhóm tuổi	n	%	Min	Max	Mean ± SD
< 20	0	0	21	47	34,2 ± 6,8
20 - 24	10	10,0			
25 - 29	20	20,0			
30 - 34	20	20,0			
35 - 39	26	26,0			
≥ 40	24	24,0			
Tổng	100	100			

Nhận xét: Tuổi trung bình của mẹ là 34,2 ± 6,8 tuổi, trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là mẹ ≥ 35 tuổi (chiếm 50,0%),

Bảng 3.2. Phân bố tuổi thai khi tiến hành chọc ối theo tuổi mẹ

Tuổi thai (tuần)	< 16 n (%)	16 – 20 n (%)	> 20 n (%)	Mean ± SD	p
Tuổi mẹ (năm)					
< 20	0	0	0		> 0,05
20 – 24	0	10 (100)	0	16,80 ± 0,92	
25 – 29	0	20 (100)	0	16,85 ± 1,04	
30 – 34	0	20 (100)	0	16,75 ± 0,97	
≥ 35	0	49 (96,1)	1 (3,9)	16,88 ± 1,02	
Tổng	0	99 (99,0%)	1 (1,0)	16,84 ± 0,99	

Nhận xét: Gần như tất cả các trường hợp chọc ối được thực hiện ở tuổi thai 16 – 20 tuần (99,0%). Không có mối liên quan giữa tuổi thai tại thời điểm chọc ối và tuổi mẹ ($p > 0,05$).

Bảng 3.3. Liên quan giữa chỉ định chọc ối và tuổi thai

Chỉ định chọc ối	Tuổi thai (tuần)				Mean ± SD	p
	< 16 n (%)	16 – 20 n (%)	> 20 n (%)	Tổng n (%)		
Mẹ ≥ 35 tuổi	0	6 (100)	0	6 (6,0%)	17,0 ± 0,63	0,01
XN sàng lọc (+)	0	84 (100)	0	84 (84,0%)	16,42 ± 0,75	
SA bất thường	0	7 (77,8)	1 (22,2)	8 (8,0)	17,78 ± 2,59	
TS bất thường	0	2 (100)	0	2 (2,0)	16,0 ± 0,0	
Tổng	0	99 (98,0)	1 (2,0)	100	16,89 ± 1,11	

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả những thai phụ được tiến hành chọc ối xét nghiệm nhiễm sắc thể thai nhi, có hồ sơ lưu trữ tại Trung tâm chẩn đoán trước sinh - Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng từ 05/01/2016 đến tháng 10/7/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang
- Cỡ mẫu: mẫu thuận tiện. Thực tế, từ khi triển khai đến nay, chúng tôi đã tiến hành chọc ối và thu được kết quả của 100 thai phụ.

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu thu nhận được nhập liệu và phân tích bằng phần mềm SPSS16.0. Các biến số định lượng định trình bày dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Sự khác biệt giữa các giá trị trung bình được kiểm định bằng T-test hoặc ANOVA test. Các biến số định tính được trình bày theo tần suất và tỷ lệ phần trăm. Sự khác biệt giữa các giá trị tỷ lệ được kiểm định bằng test Chi-square hoặc Fisher's exact test. Tỷ suất chênh OR được sử dụng để đánh giá các yếu tố nguy cơ $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

Nhận xét: Có sự khác biệt về tuổi thai trung bình tại thời điểm chọc ối giữa các nhóm chỉ định, cao nhất là những thai phụ được tiến hành chọc ối do siêu âm bất thường ($17,78 \pm 2,59$ tuần), tiếp đến là do mẹ ≥ 35 tuổi ($17,0 \pm 0,63$ tuần).

3.2. Kết quả phân tích nhiễm sắc thể tế bào ối

Bảng 3.4. Kết quả phân tích nhiễm sắc thể tế bào ối

Kết quả phân tích NST		n	%
Bình thường		95	95,0
Hội chứng Down		3	3,0
Bất thường cấu trúc NST	Mất đầu mút NST X	1	1,0
	Đa hình lặp đoạn vùng dị NST 1	1	1,0
Các hội chứng khác (Patau, Edwards, Turner...)		0	0

Nhận xét: Trong số 100 mẫu nước ối, thai bất thường NST chiếm tỷ lệ 5,0%.

Bảng 3.5. Kết quả nhiễm sắc đồ thai với giá trị tiên lượng dương tính của từng chỉ định

Chỉ định	Kết quả nhiễm sắc đồ thai nhi		
	Bình thường n (%)	Bất thường n (%)	p
Mẹ ≥ 35 tuổi	6 (100)	0 (0)	> 0,05
XNSL nguy cơ cao	80 (95,2)	4 (4,8)	
SA bất thường	7 (87,5)	1 (12,5)	
Tần suất bất thường	2 (100)	0 (0)	

Nhận xét: Tỷ lệ thai bất thường gặp trong nhóm chọc ối vì siêu âm nguy cơ cao là 12,5%, cao hơn so với nhóm chọc ối vì xét nghiệm sàng lọc (XNSL) bất thường là 4,8%. Trong 06 trường hợp chọc ối vì mẹ ≥ 35 tuổi đơn thuần và 02 trường hợp vì tiền sử bất thường thì đều có kết quả chọc ối bình thường.

3.3. Liên quan giữa các chỉ định chọc ối với các loại bất thường NST thai

Bảng 3. Liên quan giữa các chỉ định chọc ối với bất thường NST thai

Chỉ định chọc ối	N	% bất thường NST thai	OR	95%CI	p
Tuổi mẹ ≥ 35	4	8,0	4,26	0,46 – 39,54	0,17
Tuổi mẹ ≥ 40	2	8,3	2,21	1,16 – 8,52	0,02
XNSL (+)	4	4,7	1,69	0,07 – 6,64	0,75
SA thai nhi bất thường	1	14,3	3,32	1,32 – 14,67	0,01
TS sinh con bất thường	0				

Nhận xét: Siêu âm hình thái học thai nhi bất thường và tuổi mẹ ≥ 40 là hai yếu tố nguy cơ cao của bất thường NST thai qua chọc ối ($p < 0,05$).

3.4. Một số tác dụng không mong muốn gặp khi thực hiện chọc ối

Bảng 3.19. Tác dụng không mong muốn gặp khi chọc ối

Tác dụng không mong muốn	n (%)
Chọc 2 lần	2 (2%)
Đối với mẹ	
Nhiễm trùng	0
Chấn thương các tạng, mạch máu thành bụng	0
Đối với thai	
Rỉ ối	0
Sảy thai	0

IV. BÀN LUẬN

4.1. Điểm điểm chung của đôi tượng nghiên cứu:

Chúng tôi nhận thấy 50% các trường hợp chọc ối là mẹ ≥ 35 tuổi, 20% nằm trong độ tuổi 30 - 34, 20% nằm trong độ tuổi 25 - 29, 10% nằm trong độ tuổi 20 - 24, không có trường hợp nào < 20 tuổi. Độ tuổi trung bình của mẹ tại thời điểm chọc ối là $34,2 \pm 6,8$ tuổi, cao hơn so với một số tác giả trong nước (Phạm Thị

Hoan: $28,5 \pm 6,3$; Nguyễn Thị Hoàng Trang: $29,02 \pm 5,6$), điều này chứng tỏ cần tăng cường hơn nữa truyền thông về vai trò của chọc ối trong chẩn đoán trước sinh tại Hải Phòng tới toàn thể cộng đồng.

Kết quả bảng 3.2 cho thấy 99,0% trường hợp chọc ối được thực hiện ở tuổi thai lý tưởng là 16 - 20 tuần, chỉ có 01 trường hợp chọc ối ở tuổi thai 22 tuần do phát hiện muộn bất thường hình

thai trên siêu âm. Không có mối liên quan giữa tuổi thai tại thời điểm chọc ối và tuổi mẹ ($p > 0,05$).

Về phân bố chọc ối theo chỉ định, chúng tôi nhận thấy chỉ định chọc ối thường gặp nhất là do XNSL (+) (chiếm 84,0%), chỉ có 8/100 thai phụ là do có hình ảnh bất thường thai trên siêu âm, 06 trường hợp là do mẹ trên 35 tuổi và 02 trường hợp là do thai phụ bị Thalassemie. Chỉ định chọc ối do mẹ lớn tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với Nguyễn Thị Hoàng Trang, Trần Danh Cường (26,8%) và các tác giả khác cũng quan sát thấy xu hướng giảm một cách có ý nghĩa thống kê số chọc ối do mẹ lớn tuổi ($p < 0,05$), đồng thời là sự tăng có ý nghĩa số chọc ối do XNSL (+) ($p < 0,05$). Điều đó chứng tỏ thai phụ ≥ 35 tuổi ngày càng thường xuyên chọn sàng lọc trước sinh bằng test không xâm lấn (XNSL, siêu âm) trước đó và chỉ chọc ối nếu các xét nghiệm này bất thường, điều đó cũng cho thấy xét nghiệm không xâm lấn ngày nay là phương pháp rất quan trọng trong CĐTS.

Khi so sánh sự khác biệt giữa tuổi thai trung bình tại thời điểm chọc ối giữa các nhóm chỉ

định, chúng tôi nhận thấy những thai phụ được tiến hành chọc ối do siêu âm bất thường được chọc ối muộn nhất ($17,78 \pm 2,59$ tuần tuổi thai), tiếp đến là do mẹ ≥ 35 tuổi ($17,0 \pm 0,63$ tuần), do XNSL (+) được làm xét nghiệm ở thời điểm thai được $16,42 \pm 0,75$ tuần, và sớm nhất là do tiền sử thai phụ và gia đình có bất thường ($16,0 \pm 0,0$ tuần).

4.2. Kết quả phân tích nhiễm sắc thể tế bào ối: Chẩn đoán bất thường NST bào thai là một trong những thách thức quan trọng nhất của chẩn đoán trước sinh hiện đại, và công tác này đang dần được triển khai rộng rãi tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trong 100 trường hợp chọc ối từ 05/01/2016 đến 10/7/2017, có 95 mẫu nước ối có NSĐ thai bình thường và 05 mẫu có NSĐ bất thường, chiếm 5,0%, trong đó có 03 ca được chẩn đoán là hội chứng Down và 02 ca là các bất thường về cấu trúc NST. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi là tương tự với các báo cáo về chọc ối trong CĐTS trong những năm gần đây, tỷ lệ thai bất thường NST là 1,6 - 7,3% [3].

Tác giả	Năm NC	Địa điểm NC	% bất thường NST
Dupont & Carles	2001	Pháp	3,2
G. Rosoman	2009	Thụy Sĩ	3,8
Trần Danh Cường	2005	BV PS TW	11,2
Nguyễn Thị Hoàng Trang	2011	BV PS TW	9,1%
Trương Thị Thanh Thủy	2016-2017	BV PS HP	5,0%

Tỷ lệ bất thường NST trong nghiên cứu của chúng tôi là thấp hơn so với đồng nghiệp tại BSPVTW, có thể do thai phụ đến thăm khám tại BVPSTW thường là nhóm đối tượng có nguy cơ cao nên có xu hướng lựa chọn những bệnh viện đầu ngành trong nước để tiến hành CĐTS.

Kết quả bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ thai bất thường gặp trong nhóm chọc ối vì siêu âm bất thường là 12,5%, nhóm chọc ối vì XNSL bất thường là 4,8%. Trong 06 trường hợp chọc ối vì mẹ ≥ 35 tuổi đơn thuần và 02 trường hợp vì tiền sử bất thường thì đều có kết quả chọc ối bình thường. Qua đây chúng tôi nhận thấy siêu âm bất thường có giá trị tiên lượng dương tính cao nhất trong chỉ định chọc ối.

Về liên quan giữa các chỉ định chọc ối với các loại bất thường NST thai, chúng tôi nhận thấy ở nhóm thai phụ ≥ 35 tỷ lệ bất thường NST thai là 8,0%. Với nhóm thai phụ ≥ 40 tỷ lệ bất thường NST là 8,3%. Nhóm siêu âm thai nhi bất thường tỷ lệ bất thường NST là 14,3 và nhóm XNSL dương tính với tỷ lệ bất thường NST 4,7%. Như vậy siêu âm hình thái học thai nhi bất thường và tuổi mẹ ≥ 40 là hai yếu tố nguy cơ cao của bất

thường NST thai qua chọc ối ($p < 0,05$). Tác giả Dragoslav Bukvic cũng nhận thấy, tỷ lệ bất thường NST thai nhi ở những bà mẹ trên 40 tuổi là 9,4%, trong đó 54,6% là hội chứng Down [4].

Về một số tác dụng không mong muốn gặp khi thực hiện, 98% thai phụ được thực hiện chọc hút dịch ối một lần duy nhất, 2% thai phụ hẹn chọc lại lần 2 sau 2 - 3 ngày do rau bám rộng mặt trước và do cử động nhiều của thai nhi. Không có tai biến nào xảy ra cho mẹ và thai trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này cũng được các tác giả quốc tế thừa nhận [5,6].

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Chọc ối phân tích NST thai nhi đã được thực hiện trong chẩn đoán trước sinh tại bệnh viện chúng tôi trên 1 năm nay. Các nhà nghiên cứu đều khẳng định tính khả thi, tính chính xác, độ an toàn của chọc ối và đặc biệt tác dụng không mong muốn đối với mẹ và thai là rất thấp. Qua đây chúng ta thấy chẩn đoán và sàng lọc trước sinh trong đó chọc ối đóng một vai trò quan trọng trong việc phát hiện sớm các thai nhi bất thường, giúp các cặp vợ chồng sinh những đứa con thực sự khỏe mạnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **CNGOF (2015).** Amniocentèse. *Recommandations pour la pratique médicale.*
2. **Bộ môn Y sinh học – Di truyền,** Trường Đại học Y Hà Nội (2007). Chẩn đoán trước sinh bằng phân tích nhiễm sắc thể tế bào ối. Hội nghị quốc tế di truyền, sàng lọc và chẩn đoán trước sinh, tr.135-46.
3. **Nguyễn Thị Hoàng Trang, Trần Danh Cường (2011).** Đánh giá kết quả chọc ối phân tích nhiễm sắc thể thai nhi tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong 5 năm 2006 - 2011. *Luận văn thạc sĩ y học,* Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Dragoslav Bukvic,** Margherita Fanelli, Guanti Ginevra, Nenad Bukvic (2011). Justifiability of amniocentesis on the basis of positive findings of triple test, ultrasound scan and advanced maternal age. *Acta Medica Academica* 2011, 40(1):10-6.
5. **A Daniilidis, H Karydas et al (2008).** A four-year retrospective study of amniocentesis: one centre experience. *Hippokratia* 2008 Apr-Jun; 12 (92):113-5.
6. **Mujezinovic F, Alfirevic Z (2007).** Procedure-related complications of amniocentesis and chorionic villous sampling: a systematic review. *Obstet Gynecol* 110(3): 687-94.

TÌM HIỂU MỘT SỐ YẾU TỐ THUẬN LỢI GÂY BỆNH LỒNG RUỘT CẤP Ở TRẺ EM DƯỚI 24 THÁNG TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NÔNG NGHIỆP

Hà Hữu Tùng*

TÓM TẮT⁵⁶

Lồng ruột là một cấp cứu ngoại khoa rất thường gặp ở trẻ em, có thể gặp bất cứ tuổi nào, nhưng gặp nhiều nhất ở từ 4 tháng đến 9 tháng tuổi. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu trên 48 hồ sơ bệnh án điều trị nội trú năm viện từ ngày 01/10/2014 đến 30/9/2015 của trẻ em dưới 24 tháng tuổi được chẩn đoán xác định lồng ruột tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp. Kết quả nghiên cứu cho thấy triệu chứng lâm sàng lồng ruột cấp ở trẻ em dưới 24 tháng tuổi chủ yếu là đau bụng, nôn và mệt mỏi; Tỷ lệ sơ thấy khối lồng cao (66,7%); Bệnh gặp chủ yếu ở trẻ trai, gặp chủ yếu ở trẻ trên 6 tháng tuổi. Bệnh hay gặp ở mùa đông, mùa xuân. Bệnh thường xuất hiện sau khi trẻ mắc một bệnh trước đó.

SUMMARY

FIND OUT SOME OF THE FAVORABLE FACTORS THAT CAUSE ACUTE INTESTINAL DISEASE IN CHILDREN UNDER 24 MONTHS OF AGE AT GENERAL HOSPITAL OF AGRICULTURE

Intussusception is a common surgical emergency in children, can meet any age, but seen most frequently in from 4 months to 9 months old. Research methodology: A retrospective study of 48 hospitalized patient hospital records from October 1st 2014 to September 30th 2015 of children under 24 months of age was diagnosed to identify intussusception. Results of the study show that bowel gut syndrome in children under 24 months of age is mainly abdominal pain, vomiting and fatigue. The percentage of palpable intussusception was high (66.7%); The disease is found mainly in boys and mainly in children over 6 months of age; Common

disease in winter, spring; It usually occurs after a child has a previous illness.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lồng ruột là hiện tượng đoạn ruột phía trên chui vào trong lòng của đoạn ruột liền phía dưới [1]. Lồng ruột là một cấp cứu ngoại khoa rất thường gặp ở trẻ em. Các nghiên cứu dịch tễ học ở Anh cho thấy tỷ lệ lồng ruột vào khoảng 1,57/1000 đến 4/100 trẻ mới sinh còn sống [2]. Trẻ trai bị bệnh nhiều hơn trẻ gái, tỷ lệ nam/nữ khoảng 2/1 đến 3/1 [2], [3]. Lồng ruột có thể gặp bất cứ tuổi nào, nhưng gặp nhiều nhất ở từ 4 tháng đến 9 tháng tuổi. Các thống kê ở nước ngoài cho thấy 65% số bệnh nhân bị bệnh trước 1 tuổi, nhưng một số thống kê ở nước ta cho thấy con số này lên đến 95 đến 97% [2], [4]. Lồng ruột có thể xuất hiện ngay từ thời kỳ thai nhi dẫn đến teo ruột khoảng 0,3% các trường hợp xuất hiện trong thời kỳ sơ sinh [5].

Cùng với một số bệnh ngoại khoa do tai nạn sinh hoạt (bỏng, chấn thương) thì lồng ruột là một trong những cấp cứu ngoại khoa ở trẻ em hay gặp nhất tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp. Nếu lồng ruột phát hiện muộn sẽ dẫn đến biến chứng hoại tử ruột gây ra bệnh cảnh của viêm phúc mạc dẫn đến tử vong, vì vậy việc chẩn đoán và điều trị sớm có ý nghĩa rất quan trọng trong tiên lượng cũng như kết quả điều trị lồng ruột ở trẻ em. Với những lý do trên chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng của lồng ruột cấp ở trẻ em dưới 24 tháng tuổi điều trị nội trú từ tháng 10/2014 đến tháng 9/2015.*

2. *Tìm hiểu một số yếu tố thuận lợi gây bệnh lồng ruột cấp ở trẻ em dưới 24 tháng tuổi điều trị nội trú từ tháng 10/2014 đến tháng 9/2015.*

*Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp
Chịu trách nhiệm chính: Hà Hữu Tùng
Email: tungbvn@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 21.6.2017
Ngày phản biện khoa học: 3.8.2017
Ngày duyệt bài: 10.8.2017

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án điều trị nội trú của bệnh nhân trẻ em dưới 24 tháng tuổi được chẩn đoán xác định lồng ruột từ ngày 01/10/2014 đến 30/9/2015.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp, Hà Nội.

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10 đến tháng 12 năm 2015.

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu theo ca bệnh.

2.5. Cỡ mẫu nghiên cứu: Tất cả các hồ sơ bệnh án điều trị nội trú từ ngày 01/10/2014 đến 30/9/2015 của bệnh nhân nhân dưới 24 tháng tuổi được chẩn đoán xác định lồng ruột cấp

2.6. Xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học và phần mềm thống kê SPSS

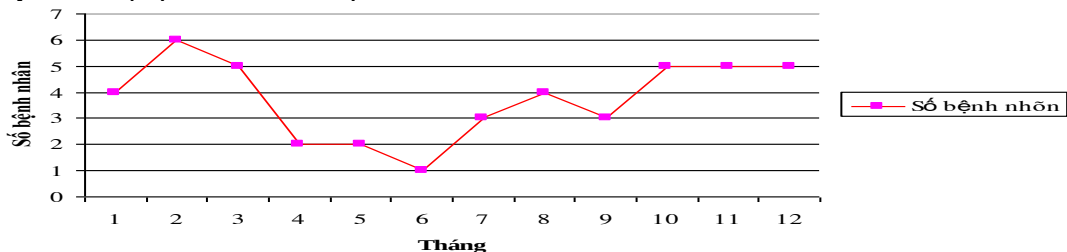
2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Đây là đề tài nghiên cứu hồi cứu trên hồ sơ bệnh án, không làm các thủ thuật xâm lấn trên bệnh nhân. Vì vậy không ảnh hưởng đến việc chẩn đoán, diễn biến của bệnh, kết quả điều trị, cũng như chi phí trong quá trình điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tỷ lệ mắc bệnh theo giới

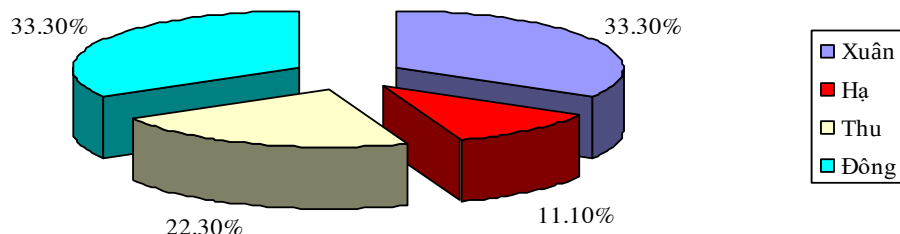
Giới	n	%
Nam	28	62,2
Nữ	17	37,8
Tổng	45	100

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ nam mắc bệnh cao hơn trẻ



Biểu đồ 3.1. Số bệnh nhân mắc bệnh theo thời gian trong 1 năm

Nhận xét: Bệnh nhân gặp nhiều vào các tháng đầu năm (tháng 1,2,3) và các tháng cuối năm (Tháng 10,11,12)



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ mắc bệnh theo mùa trong năm

Nhận xét: Bệnh lồng ruột hay xảy ra vào mùa xuân và mùa đông (cùng chiếm tỷ lệ 33,3%), tiếp đến là mùa thu (chiếm tỷ lệ 22,2%).

nữ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.2. Tỷ lệ mắc bệnh theo tuổi

Tháng tuổi	n	%
< 6	4	8,9
6 ÷ 12	18	40,0
> 12 ÷ 24	23	51,1
Tổng	45	100

Nhận xét: Lứa tuổi mắc bệnh hay gặp nhất là 12 tháng đến 24 tháng tuổi (chiếm 51,1%), tiếp đến là 6 tháng ÷ 12 tháng tuổi (chiếm 40%), Sự khác biệt giữa 2 nhóm tuổi trên không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Ít gặp lứa tuổi dưới 6 tháng (8,9%).

Bảng 3.3. Tỷ lệ mắc bệnh theo tiền sử bệnh

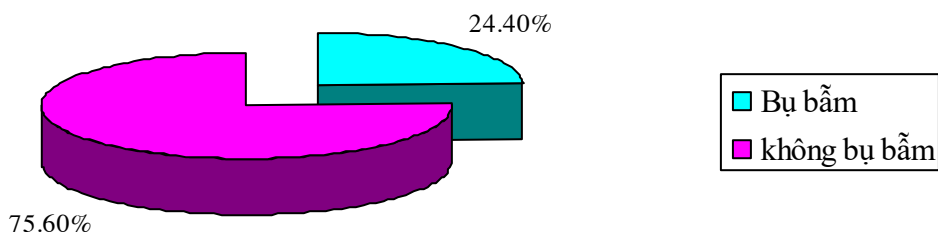
Tiền sử bệnh	n	%
Bệnh đường tiêu hoá	7	26,9
Bệnh đường hô hấp	19	73,1
Tổng	26	100

Nhận xét: Trong 45 trẻ bị lồng ruột, có 26 trẻ (chiếm tỷ lệ 57,8%) trước đó đã bị bệnh đường hô hấp hoặc tiêu hoá.

Bảng 3.4. Lý do gia đình đưa trẻ đến viện

Triệu chứng	n	%
Đau bụng	7	15,6
Nôn	17	37,8
Đau bụng và nôn	21	46,6
Tổng	45	100

Nhận xét: Lý do gia đình đưa trẻ đến viện chủ yếu là triệu chứng nôn và đau bụng, gặp 21/45 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 46,6%); Tiếp đến là triệu chứng nôn, gặp 17 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 37,8%).

**Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ mắc bệnh theo thể trạng**

Nhận xét: Có 24,4% trẻ bị lồng ruột có thể trạng bị béo và 75,6% trẻ bị lồng ruột có thể trạng không bị béo. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

3.6. Triệu chứng lâm sàng khi vào theo tuổi

Triệu chứng \ Tuổi	Tuổi	< 6 (n=4)	6 ÷ 12 (n=18)	>12 ÷ 24 (n=23)	Tổng	
					N = 45	%
Nôn		3	17	22	42	93,3
Đau bụng		4	18	19	41	71,1
Mệt là		2	12	18	32	71,1
Sờ thấy khối lồng		2	15	13	30	66,7
Thăm trực tràng có máu		1	6	7	14	31,1
Ỉa máu		1	4	2	7	15,6
Sốt		0	1	2	3	6,7
Ỉa phân nát		0	0	3	3	6,7

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng của bệnh lồng ruột: Gặp nhiều nhất là triệu chứng nôn (gặp 42/45 bệnh nhân), tiếp đến là triệu chứng đau bụng (gặp 41/45 bệnh nhân), trong đó chỉ có 15 bệnh nhân có triệu chứng khóc thét và sờ thấy khối lồng (30/45 bệnh nhân). Triệu chứng khác ít gặp hơn như: Thăm trực tràng có máu (gặp 14/45 bệnh nhân), ỉa máu (7/45 bệnh nhân) và sốt và ỉa phân nát (3/45 bệnh nhân).

- Triệu chứng nôn gặp chủ yếu ở cả 3 nhóm tuổi.
- Triệu chứng đau bụng gặp nhiều ở cả 3 nhóm tuổi, trong đó cả 4 bệnh nhân < 6 tháng tuổi đều có biểu hiện khóc thét.
- Triệu chứng mệt là gặp nhiều ở nhóm tuổi 12 tháng ÷ 24 tháng.
- Triệu chứng sờ thấy khối lồng gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi 6 ÷ 12 tháng.
- Cả 3 bệnh nhân ỉa phân nát đều ở nhóm tuổi 12 tháng ÷ 24 tháng.

Bảng 3.7. Liên quan giữa thời gian khởi phát với triệu chứng thăm trực tràng có máu

Bệnh nhân thăm trực tràng có máu \ Thời gian	n	%
6 giờ ÷ 12 giờ	3	21,3
> 12 giờ ÷ 24 giờ	10	71,6
> 24 giờ	1	7,1
Tổng	14	100

Nhận xét: Triệu chứng thăm trực tràng có máu theo tay chủ yếu gặp ở bệnh nhân diễn biến hơn 12 giờ, gặp 10 bệnh nhân (chiếm 71,6%).

Bảng 3.8. Thời gian từ lúc khởi đầu đến khi chẩn đoán xác định bệnh

Thời gian	n	%
<12 giờ	27	60
12 đến 24 giờ	14	31,1
Trên 24 giờ	4	8,9
Tổng	45	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân được chẩn đoán sớm (dưới 12 giờ) chiếm 60%. Tỷ lệ bệnh nhân được phát hiện muộn thấp, gặp 4/45 bệnh nhân (chiếm 8,9%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng bệnh nhân lồng ruột cấp

- **Lý do vào viện:** Triệu chứng nôn và đau bụng thường là những dấu hiệu chủ yếu mà gia đình lo lắng đưa trẻ đi khám bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi lý do đưa trẻ đi khám bệnh gặp nhiều nhất là nôn và đau bụng (chiếm 46,6%); tiếp đến là triệu chứng nôn (chiếm 37,8%); và cuối cùng là đau bụng (chiếm 15,6%).

- **Đau bụng:** Là biểu hiện nổi bật nhất, thể hiện bằng các cơn khóc thét xuất hiện đột ngột, dữ dội, trẻ ưỡn người, xoắn vặn hoặc mức độ nhẹ hơn thì trẻ quấy khóc. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng đau bụng (gặp 41/45 bệnh nhân), trong đó chỉ có 15 bệnh nhân có triệu chứng khóc thét và cả 4 bệnh nhân dưới 6 tháng tuổi đều có dấu hiệu khóc thét.

- **Nôn ra thức ăn:** Xuất hiện ngay từ cơn đau đầu tiên ở hầu hết trẻ nhỏ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 42/45 bệnh nhân (tỷ lệ 93,3%) bệnh nhân có biểu hiện nôn.

- **Ỉa máu:** Là một dấu ít nhiều đã muộn. Vì vậy không nên chờ đợi để xác nhận chẩn đoán. Ỉa máu có thể xuất hiện rất sớm sau cơn đau đầu tiên (thường do lồng chặt, khó tháo) hoặc xuất hiện muộn sau 24h. Trong nghiên cứu của chúng tôi dấu hiệu ỉa máu gặp 7/45 bệnh nhân (tỷ lệ 15,6%), tỷ lệ của chúng tôi thấp hơn có thể do các bệnh nhân của chúng tôi được chẩn đoán sớm hơn hoặc có thể khu vực ở đây là Hà Nội nên người dân có điều kiện quan tâm sức khoẻ con cái hơn và điều kiện khám bệnh tốt hơn so với địa phương Thanh Hoá.

- Trong đa số các trường hợp lồng ruột, sau khi bệnh đã tổng hết phân ở trong ruột phía dưới chỗ lồng ra ngoài, hơi và các chất chứa đọng ở phía trên không thể xuống dưới nữa vì ruột đã bị tắc hoàn toàn. Tuy nhiên đôi khi ruột có thể không tắc hoàn toàn nên bệnh nhân vẫn tiếp tục đi đại tiện. Đây là một tình huống dễ làm cho chẩn đoán nhầm lẫn. Theo Ravitch có đến 7% số bệnh nhân bị ỉa chảy sau khi lồng ruột xuất hiện [2]. Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân ỉa phân nát là 6,7%.

- Sở nắn thấy khối lồng là dấu hiệu đặc hiệu để chẩn đoán. Đặc điểm của khối lồng là một hình ống, chắc, mặt nhẵn, đau khi ấn, nằm dọc theo vị trí của khung đại tràng. Trong những giờ đầu, khối lồng thường nằm ở góc gan, núp dưới bờ sườn phải nên khó phát hiện. Khi bệnh nhân đến muộn, khối lồng xuống thấp hơn nhưng bụng lại trướng do tắc ruột tiến triển. Tỷ lệ sờ thấy khối lồng khác nhau tùy theo từng báo cáo, tuy nhiên tỉ lệ cao nhất có thể lên đến 85-90% [2], [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ sờ thấy khối lồng là 66,7%, trong đó lứa tuổi sờ thấy được khối lồng là 6 tháng ÷ 12 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (15/30 bệnh nhân).

- Thăm trực tràng bằng ngón tay thấy có máu dính theo găng. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân thăm trực tràng có máu là 31,1%. Triệu chứng thăm trực tràng có máu trong lồng ruột cấp phụ thuộc vào thời gian phát hiện bệnh và mức độ chặt của khối lồng. Trong nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng thăm trực tràng có máu theo tay gặp chủ yếu ở bệnh nhân có thời gian diễn biến trên 12 giờ đến 24 giờ (71,1%).

- Hậu quả của tình trạng nôn nhiều và đau bụng làm cho trẻ mệt, kém tương tác với môi trường. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 32/45 bệnh nhân (tỷ lệ 71,1%) có dấu hiệu mệt, kém chơi hơn. Ngoài ra trong nghiên cứu của chúng tôi còn gặp 03 bệnh nhân biểu hiện sốt.

- Trong toàn bộ bệnh nhân của chúng tôi đều

được chẩn đoán lồng ruột sau khi đến khám bệnh là dưới 1 giờ.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian từ lúc biểu hiện bệnh đến khi đưa đến viện khám dưới 12 giờ chiếm 60%. Tỷ lệ bệnh nhân đến khám bệnh muộn thấp, gặp 4/45 bệnh nhân chiếm 8,9%. Trong số những bệnh nhân đến muộn có nguyên nhân là ở nhà bố mẹ tự mua thuốc rồi loạn tiêu hoá và không được chẩn đoán khi khám bệnh trước đó.

4.2. Tìm hiểu các yếu tố thuận lợi gây bệnh lồng ruột cấp

- **Tuổi:** Theo Dương Công Hoạt (2006) về lồng ruột tại Bệnh viện Nhi Nghệ An, tỷ lệ trẻ bị bệnh nhóm tuổi từ 5-12 tháng chiếm 71,5% và Nguyễn Viết Hải tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa, tỷ lệ trẻ bệnh dưới 12 tháng chiếm 59,24% [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi bị bệnh lồng ruột nhiều nhất là 12 tháng ÷ 24 tháng, chiếm 51,1%; tiếp theo là lứa tuổi 6 tháng ÷ 12 tháng, chiếm 40%; Sự khác biệt giữa 2 nhóm tuổi này không có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- **Giới:** Nam bị bệnh nhiều hơn nữ. Trong Nghiên cứu của Ravitch và cs tỷ lệ nam/nữ là 2/1 [2]. Dương Công Hoạt (2006), tỷ lệ nam/nữ là 1,7/1 và Nguyễn Viết Hải, tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1 [7]. Các kết quả này cũng phù hợp với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1.

- **Thể trạng:** Trước đây thường cho rằng trẻ bị lồng ruột thường gặp ở trẻ bụ bẫm. Trong nghiên cứu của chúng tôi những trẻ bị lồng ruột chỉ có 11/45 trẻ (tỷ lệ 24,6%) có thể trạng bụ bẫm.

- **Theo mùa:** Theo Nguyễn Viết Hải, tỷ lệ bị bệnh vào mùa đông-xuân chiếm 60,6% [7]. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bị bệnh vào mùa đông xuân chiếm 66,6%.

- **Bệnh lý:** Một số tác giả nhận thấy viêm hạch của mạc treo có vai trò trong cơ chế lồng ruột [3]. Ở trẻ còn bú, van Bauhin nhô vào trong lòng đại tràng, các nang bạch huyết (các mảng Payer) rất phong phú, nhất là ở con trai. Mật độ của các nang bạch huyết giảm dần về phía ruột non. Khi các nang Payer viêm và sưng nề sẽ trở thành điểm bắt đầu của lồng ruột vì nó cản trở nhu động của ruột non đang tăng lên do hạch mạc treo bị viêm. Mùa hay xảy ra lồng ruột trùng hợp với thời gian có tỷ lệ nhiễm trùng đường hô hấp trên và nhiều bệnh nhân bị lồng ruột đã có biểu hiện viêm đường hô hấp ngay trước khi có biểu hiện lồng ruột. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tiền sử mắc bệnh tiêu hoá hoặc hô hấp trong 2 tuần gần đây là 57,8%.

V. KẾT LUẬN

- Triệu chứng lâm sàng lồng ruột cấp ở trẻ em dưới 24 tháng tuổi chủ yếu là đau bụng, nôn và mệt mỏi.

Triệu chứng thăm trực tràng có máu theo tay thường gặp bệnh diễn biến 12 giờ đến 24 giờ.

- Tỷ lệ sờ thấy khối lồng ruột cao (66,7%).
- Bệnh gặp chủ yếu ở trẻ trai, gặp chủ yếu ở trẻ trên 6 tháng tuổi.
- Bệnh hay gặp ở mùa đông, mùa xuân.
- Bệnh thường xuất hiện sau khi trẻ mắc một bệnh trước đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Văn Hùng (2001), "Lồng ruột cấp tính", *Bệnh học Ngoại*, tập 1, tr 216-214.

2. Ravitch MM (1979), "Intussusception", *Pediatric Surgery*. Volume 2 Chicago: Year book medical publisher.
3. Levard G, Aigrain Y. "Invagination intestinale aigue du nurisson et de l'enfant", Editions techniques, Encycl Méd Chir (Paris, France) Pédiatrie, 4018p 10: 1-5.
4. Ngô Đình Mạc (1985), "10 năm điều trị lồng ruột ở trẻ em tại Bệnh viện Việt Nam-CHDC Đức", *Nhi khoa*, tập X, tr 122-127.
5. Parkkulainen KV "Intrauterine intussusception as a cause of intestinal atresia", *Surgery* 1958, 44, p 1106-1108.
6. Nguyễn Lung, Trần Thanh Tùng " 815 trường hợp lồng ruột cấp tính được điều trị tại Bệnh viện Hải Phòng", *Ngoại khoa* 1983, tập X, tr 42-46.
7. Nguyễn Việt Hải (2011), "Đánh giá kết quả sớm điều trị lồng ruột cấp tính ở trẻ em dưới 24 tháng tuổi bằng bơm hơi tháo lồng", đề tài Ngoại nhi-Bệnh viện Nhi Thanh Hóa.

MỐI LIÊN QUAN CỦA CHỈ SỐ DẪN TRUYỀN THẦN KINH CHI DƯỚI VỚI LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG

Phan Việt Nga* và cs

TÓM TẮT

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 Quân y 103 từ tháng 12/2012 đến 6/2013. **Kết quả:** Có mối liên quan giữa chỉ số dẫn truyền vận động, sóng F của dây mào và phản xạ H với giai đoạn bệnh ($p<0,05$). Có mối liên quan giữa chỉ số dẫn truyền vận động, chỉ số sóng F của dây mào với mức độ thoát vị ($p<0,05$). 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 thần kinh chi dưới với giai đoạn bệnh và mức độ thoát vị ($p<0,05$) ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.

Từ khóa: Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, dẫn truyền thần kinh, sóng F, phản xạ H.

SUMMARY

STUDY ON RELATION OF SOME PARAMETERS NERVE CONDUCTION OF LOW EXTREMITY WITH CLINICAL IN PATIENT OF LUMBAR DISC HERNIATION

*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Phan Việt Nga

Email: dr.vietnga@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 4.8.2017

Ngày duyệt bài: 14.8.2017

Prospective descriptive cross sectional study on 60 patients who were positive diagnosed as lumbar disc herniation at Neurological department of Military Hospital 103 from Decembre /2012 to June/2013. These patients were systemically clinical examined, taken lumbar MRI, motor and sensory conduction, parameters of F wave and reflex H. **Result:** Relation between parameters of motor conduction, parameters F wave of fibula nerve with level disc herniation were significant ($p<0.05$). 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 nerve of leg with stage and level in patient of lumbar disc herniation ($p<0.05$).

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 điện 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 chỉ dưới với một số đặc điểm lâm sàng ở BN TVĐĐ CSTL.

Vì những lý do trên chúng tôi thực hiện đề tài: *Nhận xét mối liên quan của chỉ số dẫn truyền thần kinh chỉ dưới với một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân TVĐĐ CSTL.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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 Quân y 103 từ tháng 12/2012 đến 6/2013. Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Theo tiêu chuẩn của Saporta cải biên. 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 viêm dây thần kinh như: INH, Metronidazon, đại tháo đường.

2. Phương pháp nghiên cứu: *Khảo sát tiền cứu, thực hiện quan sát mô tả cắt ngang.*

- Lâm sàng: Cách đánh giá giai đoạn bệnh theo phân loại lâm sàng của Arsenie K. Đánh giá mức độ nặng lâm sàng: đánh giá theo thang điểm lâm sàng của Hiệp hội phẫu thuật chỉnh hình Nhật bản (JOA) cho bệnh nhân TVĐĐ cột sống thắt lưng.

- **Hình ảnh cộng hưởng từ (CHT):** vị trí TVĐĐ trên hình ảnh CHT phù hợp với lâm sàng

- 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 vận động, sóng F, phản xạ H với giai đoạn và mức độ của TVĐĐ CSTL.

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

1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: Tuổi trung bình của BN là $46,55 \pm 9,64$, tỷ lệ nam/nữ = 1,22/1. Thời gian mắc bệnh lớn hơn 6 tháng chiếm tỷ lệ 68,3%

Các triệu chứng lâm sàng của hội chứng cột sống ở BN nghiên cứu bao gồm: điểm đau CSTL, thay đổi đường cong sinh lý cột sống, lệch vẹo cột sống, chỉ số Schober < 14/10cm, cơ cứng cơ cạnh sống, hạn chế vận động cột sống, đạt tỷ lệ 85 - 98,3%.

Hội chứng rễ thần kinh: Kết quả cho thấy dấu hiệu Lasègue (+) có tỷ lệ cao nhất (88,3%), Các triệu chứng khác có tỷ lệ nằm trong khoảng từ 31,3-86,6%. BN có teo cơ, rối loạn dinh dưỡng chiếm tỷ lệ thấp nhất (8,3%). Phân loại giai đoạn TVĐĐ trên lâm sàng theo Arsenie: 50% BN ở giai đoạn II, có 45% BN giai đoạn IIIa, 5% BN giai đoạn IIIb. 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 TVĐĐ L₄ - L₅ chiếm tỷ lệ 43,3%, L₅ - S₁ và L₄ - L₅ chiếm 28,3%, L₅ - S₁ là 18,3%, L₃-L₄ và L₄ - L₅ chiếm 3,3%, L₃-L₄, L₄ - L₅ và L₅ - S₁ chiếm tỷ lệ 6,7%.

2. Kết quả nghiên cứu mối liên quan chỉ số dẫn truyền thần kinh với một số đặc điểm lâm sàng

2.1. Liên quan giữa một số chỉ số dẫn truyền với giai đoạn thoát vị đĩa đệm.

Bảng 1. Liên quan giữa dẫn truyền vận động bên bệnh với giai đoạn TVĐĐ

Dây mác						
Các nhóm Chỉ số DT	Giai đoạn II (n = 30) (1)	Giai đoạn IIIa (n = 27) (2)	Giai đoạn IIIb (n = 3) (3)	p ₁₋₂	p ₂₋₃	p ₁₋₃
DML (ms)	4,22 ± 0,4	4,46 ± 0,44	4,57 ± 0,21	<0,05	>0,05	>0,05
MCV (m/s)	46,7 ± 3,93	44,4 ± 3,8	40,17 ± 2,59	<0,05	>0,05	<0,05
MA (mV)	3,99 ± 0,44	3,67 ± 0,61	2,62 ± 0,97	<0,05	>0,05	>0,05
Dây chày						
Các nhóm Chỉ số DT	Giai đoạn II (n = 30) (1)	Giai đoạn IIIa (n = 27) (2)	Giai đoạn IIIb (n = 3) (3)	p ₁₋₂	p ₂₋₃	p ₁₋₃
DML (ms)	4,35 ± 0,42	4,57 ± 0,42	4,77 ± 0,45	>0,05	>0,05	>0,05
MCV (m/s)	45,4 ± 3,88	43,2 ± 3,69	42,0 ± 4,2	<0,05	>0,05	>0,05
MA (mV)	10,5 ± 2,74	8,8 ± 3,5	7,36 ± 5,1	>0,05	>0,05	>0,05

DML (ms): thời gian tiềm; MCV (m/s): Tốc độ dẫn truyền; MA (mV): Biên độ vận động

Cả thời gian tiềm, tốc độ dẫn truyền vận

động, biên độ đáp ứng dây chày, dây mác bên bệnh giữa nhóm BN giai đoạn II và giai đoạn IIIa khác biệt (p<0,05). Đối với nhóm BN giai

đoạn IIIb so với các nhóm giai đoạn II, giai đoạn IIIa thời gian tiềm có tăng lên, vận tốc dẫn truyền và biên độ sóng có giảm nhưng chưa có ý nghĩa thống kê. Tốc độ dẫn truyền vận động của dây mắc bên bệnh giữa giai đoạn IIIb và giai đoạn II khác biệt với $p < 0,05$. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ TVĐĐ L₄-L₅ chiếm tỷ lệ khá cao, theo quy luật xung đột đĩa

ré, tỷ lệ ré L₅ bị tổn thương chiếm tỷ lệ cao, là ré chủ đạo của dây thần kinh mắc nên có thể những thay đổi các chỉ số dẫn truyền của dây mắc nhiều hơn so với dây chày và có thể giá thiết tốc độ dẫn truyền vận động là chỉ số dễ bị thay đổi hơn so với thời gian tiềm và biên độ đáp ứng khi tổn thương ré thần kinh.

Bảng 2. Liên quan giữa kết quả ghi sóng F bên bệnh với giai đoạn TVĐĐ

Dây mắc						
Các nhóm	Giai đoạn II	Giai đoạn IIIa	Giai đoạn IIIb			
Chỉ số DT	(n = 30) (1)	(n = 26) (2)	(n = 1) (3)	p₁₋₂	p₂₋₃	p₁₋₃
Fmin (ms)	44,45 ± 1,02	45,23 ± 1,7	45,5	<0,05	>0,05	>0,05
Fmean (ms)	46,62 ± 1,26	47,49 ± 1,94	47,8	<0,05	>0,05	>0,05
F-fre	0,54 ± 0,087	0,403 ± 0,15	0,375	<0,01	>0,05	>0,05
Dây chày						
Các nhóm	Giai đoạn II	Giai đoạn IIIa	Giai đoạn IIIb			
Chỉ số DT	(n = 30) (1)	(n = 25) (2)	(n = 2) (3)	p₁₋₂	p₂₋₃	p₁₋₃
Fmin (ms)	45,71 ± 2,75	45,98 ± 2,6	46,05 ± 0,77	>0,05	>0,05	>0,05
Fmean (ms)	47,87 ± 2,61	48,46 ± 2,56	48,55 ± 1,06	>0,05	>0,05	>0,05
F-fre	0,596 ± 0,15	0,51 ± 0,13	0,406 ± 0,13	<0,05	>0,05	>0,05

F (ms); Thời gian tiềm sóng F; F-fre: Tần số sóng F

Đối với dây mắc thời gian tiềm sóng F bên bệnh giữa giai đoạn II và giai đoạn IIIa khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và chỉ số sóng F bên bệnh giữa giai đoạn II và giai đoạn IIIa khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Đối với dây chày, tần số sóng F bên bệnh giữa giai đoạn II và giai đoạn IIIa khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Liên quan giữa kết quả ghi phản xạ H bên bệnh với giai đoạn TVĐĐ

Các nhóm	Giai đoạn II	Giai đoạn IIIa	Giai đoạn IIIb			
Chỉ số DT	(n = 30) (1)	(n = 24) (2)	(n = 2) (3)	p₁₋₂	p₂₋₃	p₁₋₃
Thời gian tiềm (ms)	29,58 ± 1,99	30,7 ± 2,07	30,75 ± 2,89	<0,05	>0,05	>0,05
Biên độ (mV)	3,3 ± 1,73	2,42 ± 1,46	1,14 ± 0,16	<0,05	>0,05	>0,05

Thời gian tiềm phản xạ H giữa giai đoạn II với giai đoạn IIIa khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này cho thấy những bất thường của sóng F và phản xạ H thay đổi ngay ở giai đoạn sớm của bệnh, tần số sóng F có thể là 1 chỉ tiêu nhạy hơn so với thời gian tiềm sóng F, điều này phù hợp với 1 số nghiên cứu của các tác giả nước ngoài [6]. Như vậy kết quả đo dẫn truyền thần kinh phù hợp với phân giai đoạn TVĐĐ theo

Arseni, ở giai đoạn II mặc dù là giai đoạn kích thích ré, nhưng dẫn truyền thần kinh đã giảm, tuy nhiên do mức độ nhẹ nên không có ý nghĩa thống kê. Theo Kimura thì một tổn thương ở dây, ré thần kinh từ tuần thứ hai trở đi đã có những thay đổi về dẫn truyền thần kinh vì vậy chỉ ở giai đoạn II, nhưng đã có thay đổi trên điện sinh lý, có nghĩa là thay đổi dẫn truyền sớm hơn những biểu hiện trên lâm sàng.

2.2. Đối chiếu một số chỉ số dẫn truyền với mức độ TVĐĐ (theo JOA)

Bảng 4. Liên quan giữa thay đổi các thông số dẫn truyền vận động bên bệnh với mức độ thoát vị đĩa đệm

Dây mắc						
Các nhóm	Mức độ nhẹ	Mức độ vừa	Mức độ nặng			
Chỉ số DT	(n = 15) (1)	(n = 31) (2)	(n = 14) (3)	p₁₋₂	p₂₋₃	p₁₋₃
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						

Các nhóm Chỉ số ĐT	Mức độ nhẹ (n = 15) (1)	Mức độ vừa (n = 31) (2)	Mức độ nặng (n = 14) (3)			
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 5. Liên quan giữa thay đổi một số thông số sóng F bên bệnh với mức độ TVĐĐ

Các nhóm Chỉ số ĐT	Mức độ nhẹ (n = 14) (1)	Mức độ vừa (n = 31) (2)	Mức độ nặng (n = 12) (3)	p1-2	p2-3	p1-3
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						
Các nhóm Chỉ số ĐT	Mức độ nhẹ (n = 15) (1)	Mức độ vừa (n = 30) (2)	Mức độ nặng (n = 12) (3)	p1-2	p2-3	p1-3
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

Đối với dây mác, thời gian tiềm bên bệnh giữa nhóm BN mức độ vừa với bệnh nhóm BN mức độ nặng khác biệt với $p < 0,05$. 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 vận động dây mác, sóng F của dây mác và phản

xạ H với giai đoạn bệnh ($p < 0,05$).

- Có mối liên quan giữa chỉ số dẫn truyền vận động dây mác, chỉ số sóng F của dây mác với 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 mác 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 HCM.
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 mác 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.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM PHỔI DO VI KHUẨN Ở TRẺ HIV/AIDS ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NHI TW

Nguyễn Văn Lâm*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phổi do vi khuẩn là nhiễm khuẩn phổ biến nhất (67%) ở trẻ HIV/AIDS, các VK thường gặp là phế cầu, tụ cầu vàng và *K. pneumoniae*. Tại Bệnh viện Nhi Trung ương hầu hết trẻ HIV/AIDS nhập viện điều trị vì nhiễm trùng cơ hội nặng, trong đó 70% là viêm phổi và tử vong tới 15%. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ HIV/AIDS bị viêm phổi do vi khuẩn. **Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả các bệnh nhân được điều trị tại Bệnh viện Nhi trung ương với chẩn đoán viêm phổi do vi khuẩn và nhiễm HIV/AIDS từ tháng 12/2009 đến tháng 1 năm 2014. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang. Số liệu nghiên cứu được xử lý theo phương pháp toán thống kê y học, sử dụng phần mềm Stata 10.0. **Kết quả và kết luận:** có 50 (28,9%) bệnh nhi bị viêm phổi do vi khuẩn trên tổng số 173 Trẻ bị viêm phổi/HIV/AIDS; tuổi trung bình là $34,2 \pm 36,9$ tháng; nhóm tuổi dưới 12 tháng cao nhất (41,0%); Lâm sàng chủ yếu là sốt (83,3%), ho (91,7%), khó thở (41,7%), RLTH (83,3%) và phổi có rale (75,0%). X-quang thường có hình ảnh tổn thương tập trung (66,7%). Tỷ lệ tử vong 8,3%; tuy nhiên ở nhóm đồng nhiễm tỷ lệ tử vong cao 18,5% và tử vong gặp chủ yếu ở nhóm gram âm (23,8%).

Từ khóa: Viêm phổi, vi khuẩn, HIV/AIDS, Trẻ em

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL AND SUB-CLINICAL CHARACTERISTICS OF BACTERIAL PNEUMONIA IN CHILDREN WITH HIV/AIDS

Background: Bacterial pneumonia is the most common infection (67%) in children with HIV/AIDS; the most prevalence bacteria are *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* and *K. pneumoniae*. In National Hospital of Pediatrics, majority of HIV/AIDS in-patients were admitted due to severe opportunistic infections, 70% is pneumonia and the death rate is 15%. **Objectives:** To describe clinical and sub-clinical features of bacterial pneumonia in children with HIV/AIDS. **Methods:** Prospective cross-sectional study. Research data is processed in biostatistic methods, using Stata 10.0. **Results and conclusions:** Among 173 patients with pneumonia/HIV/AIDS, 50 patients (28,9%) suffer from bacterial pneumonia; mean age is $34,2 \pm 36,9$ months; age group below 12 months is the highest 41%. The common clinical features are fever (83,3%), cough (91,7%), dyspnea (41,7%), digestive disorders

(83,3%) and rales in lungs (75,0%). Chest x-ray image is usually concentrated lesions (66,7%). The death rate is 8,3%; however in co-infection groups, the death rate is 18,5% and most death belongs to gram negative group (23,8%).

Key words: pneumonia, bacteria, HIV/AIDS, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thời kỳ trước khi có điều trị ARV, ở trẻ HIV viêm phổi do vi khuẩn khá thường gặp, nhờ áp dụng điều trị ARV, tỷ lệ viêm phổi ở trẻ HIV giảm xuống còn tương tự như trẻ không nhiễm HIV. Tỷ lệ mắc bệnh viêm đường hô hấp dưới cấp tính ở trẻ nhiễm HIV kèm theo viêm phổi kể mạn tính cao hơn ở trẻ không nhiễm HIV tới 10 lần [1]. Tỷ lệ tử vong do viêm phổi trên trẻ HIV ở bệnh viện là 7% so với 1,5% ở trẻ không nhiễm HIV. Nhiễm khuẩn gặp ở tất cả các hệ cơ quan, tuy nhiên viêm phổi là phổ biến nhất (67%), trong đó phế cầu và tụ cầu vàng là vi khuẩn gram dương hay gặp nhất và *K. pneumoniae* là vi khuẩn gram âm hay gặp nhất [2]. Việc chẩn đoán sớm và điều trị đúng viêm phổi góp phần rất quan trọng làm giảm tỷ lệ tử vong của trẻ HIV/AIDS vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu "nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi do vi khuẩn ở trẻ HIV/AIDS".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân từ 1 tháng - 15 tuổi được chẩn đoán viêm phổi do vi khuẩn trên bệnh nhân đã xác định HIV vào viện từ tháng 1/2010 đến tháng 1/2014

*Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

-Trẻ từ 1 tháng - 15 tuổi xác định là viêm phổi do vi khuẩn ở bệnh nhi HIV vào điều trị tại khoa truyền nhiễm Bệnh viện nhi trung ương.

-Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi và HIV/AIDS dựa theo tiêu chuẩn của Tổ chức y tế thế giới (WHO).

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Khoa truyền nhiễm bệnh viện nhi trung ương.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang các trường hợp bệnh

2.3.2. phương pháp chọn mẫu: Chọn tất cả bệnh nhân vào năm điều trị tại khoa truyền nhiễm bệnh viện nhi trung ương đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.

*Bệnh viện Nhi trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Lâm

Email: nguyenvanlam73@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.8.2017

Ngày duyệt bài: 10.8.2017

2.3.3. Nội dung nghiên cứu: Nội dung nghiên cứu được ghi chép vào một mẫu bệnh án thiết kế riêng phục vụ cho nghiên cứu. Bệnh nhân được hỏi bệnh sử, thăm khám lâm sàng, xét nghiệm máu, dịch nội khí quản tìm vi khuẩn gây bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi xác định được 50 bệnh nhân HIV/AIDS bị viêm phổi do vi khuẩn trên tổng số 173 HIV/AIDS bị viêm phổi nhập viện điều trị chiếm 28,9%.

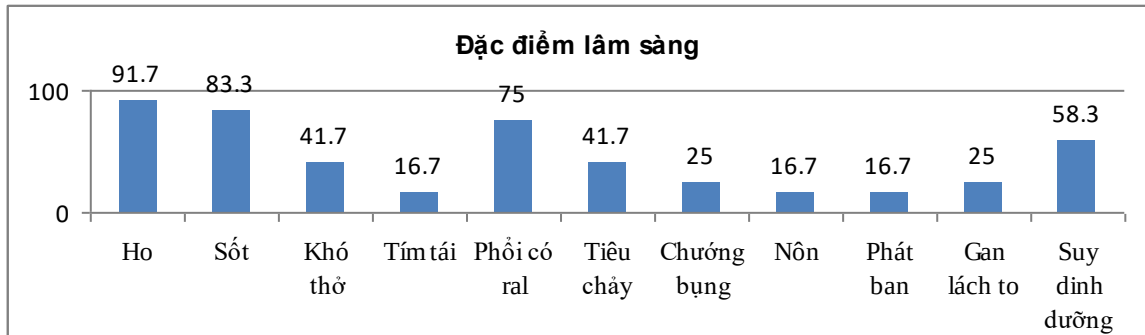
3.1. Tuổi, giới: Tỷ lệ Nam/Nữ 1,1/1; tuổi trung bình là $34,2 \pm 36,9$ tháng.

Bảng 3.1. Phân loại viêm phổi do vi khuẩn và đồng nhiễm vi khuẩn theo tuổi

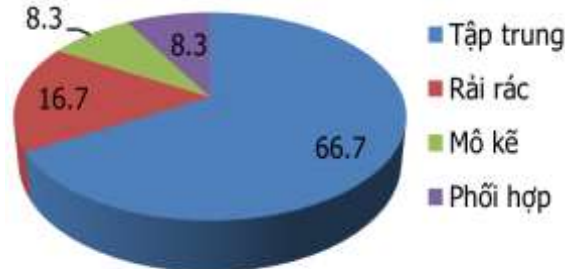
Tác nhân	Nhóm tuổi	<12 tháng	12-<36 tháng	3 - <5 tuổi	≥5 tuổi	Tổng
Vi khuẩn		4(33,3)	3(25,0)	1(8,4)	4(33,3)	12(100)
Vi khuẩn + Vi rút		12(44,4)	11(40,8)	2(7,4)	2(7,4)	27(100)
VK/VR + lao/nấm/PJP		4(36,4)	2(18,2)	2(18,2)	3(6)	11(100)
Tổng		20(40)	16(32)	5(10)	9(18)	50(100)

3.2. Đặc điểm lâm sàng và miễn dịch theo tác nhân viêm phổi

3.3.1. Đặc điểm lâm sàng theo số tác nhân viêm phổi



3.3.2. Hình ảnh tổn thương trên phim chụp XQ phổi



Bảng 3.2. Phân loại bệnh nhi viêm phổi do vi khuẩn và đồng nhiễm vi khuẩn với mức độ suy giảm miễn dịch

Tác nhân	SGMD	Không	Nhẹ	Tiến triển	Nặng	Tổng
Vi khuẩn		0(0)	1(8,3)	1(8,3)	10(83,4)	12(100)
VK + VR		0(0,0)	1(3,7)	3(11,1)	23(85,2)	27(100)
VK/VR+Nấm/Lao/PJP		0	0	3(27,3)	8(72,7)	11(100)
Tổng		0	2(4)	7(14)	41(82)	50(100)

Bảng 3.3. Phân loại bệnh nhi viêm phổi do vi khuẩn và đồng nhiễm vi khuẩn với tải lượng HIV

Tác nhân	TLVR	Dưới ngưỡng	<1000	1000-5000	>5000	Tổng
Vi khuẩn		1(8,3)	0	2(16,7)	9(75)	12
VK + VR		1(3,7)	3(11,1)	3(11,1)	20(74,1)	27
VK/VR + Nấm/Lao/PJP		0	0	3(27,3)	8(72,7)	11
Tổng		2(4)	3(6)	8(16)	37(74)	50

Bảng 3.4. Liên quan giữa từng loại tác nhân với tỉ lệ tử vong

Tác nhân		Kết quả	Tử vong	Khỏi	Tổng	p
Vi khuẩn	Vi khuẩn		1(8,3)	11(91,7)	12(100)	<0,05
	Đồng nhiễm		8(21,1)	30(78,9)	38(100)	

Bảng 3.5. Liên quan giữa từng loại vi khuẩn và kết quả điều trị

Vi khuẩn		Kết quả	Tử vong	Khỏi	Tổng
VK	Gr (-)		10(23,8)	32(76,2)	42(100)
	Gr (+)		0(0)	11(100)	11(100)

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nam chiếm 52,6%, nữ chiếm 47,4%, tỉ lệ nam/nữ là 1,1/1. Không có sự khác biệt về tỉ lệ trẻ bị viêm phổi/HIV theo giới.

Đặc điểm LS của VPVK/HIV: Nhiễm trùng cơ hội hệ hô hấp do vi khuẩn ở bệnh nhân HIV/AIDS thường gặp. Ở trẻ nhỏ, viêm phổi do vi khuẩn thường được chẩn đoán khi trẻ bị sốt, triệu chứng của phổi và X-quang ngực bất thường. Trong trường hợp không có xét nghiệm, sự phân biệt viêm phổi do vi rút hay vi khuẩn bằng cách dựa vào triệu chứng lâm sàng có thể khó khăn [3]. Nghiên cứu của chúng tôi, biểu hiện ho 91,7%, sốt 83,3%, khó thở 41,7%, rút lõm lồng ngực 33,3%, tức ngực 16,7%, tím tái 16,7%, rối loạn ý thức 8,3%, SpO₂ <93% 8,3%, phổi có ran 75,0%. Các biểu hiện khác như rối loạn tiêu hóa 58,4%, SDD 58,3%, phát ban 16,7%, gan to 50,0%, lách to 25,0%, hạch ngoại vi 8,3%. Theo Nguyễn Văn Kính, Nguyễn Tiến Lâm, Nguyễn Tuấn Anh, nghiên cứu bệnh nhân HIV/AIDS bị viêm phổi do vi khuẩn, biểu hiện lâm sàng gồm: sốt 39,2%; ho 64,4%; khó thở 15,2%; nghe phổi có ran 22,1%.

Đặc điểm XQ phổi: Tổn thương do vi khuẩn chủ yếu là hình ảnh tổn thương tập trung chiếm 66,7%; tổn thương rải rác 16,7%, mô kẽ chỉ chiếm 8,3%, tổn thương phổi hợp 8,3%. Theo Nadagir, S. D., và CS hình mờ lan tỏa và hạch rốn phổi là dấu hiệu X-quang thường gặp thấy ở 37,4% và 23,8% ở viêm phổi do vi khuẩn không đặc hiệu [5].

Đặc điểm miễn dịch và tải lượng HIV: Phần trăm tế bào TCD4 không những có giá trị trong đánh giá mức độ suy giảm miễn dịch ở trẻ em mà còn được sử dụng để lập nên giá trị ngưỡng đối với các quyết định điều trị. Trẻ em bình thường cũng hay có các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp, tiêu hóa do nhiều nguyên nhân khác nhau nhưng nếu có các xét nghiệm miễn dịch TCD4 các thầy thuốc lâm sàng có thể kết luận đây là bệnh viêm nhiễm do nhiễm trùng cơ hội hay nhiễm trùng thông thường khi trẻ chưa bị AIDS

[4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi suy giảm miễn dịch nặng ở nhóm căn nguyên vi khuẩn 83,4%.

Nồng độ HIV-ARN huyết tương chỉ điểm mức độ nhân lên của HIV và tốc độ phá hủy tế bào CD4. Nghiên cứu chúng tôi thấy tải lượng HIV >5000 copies/ml gặp 75% do vi khuẩn; phổi hợp vi rút và vi khuẩn 74,1%. Tỉ lệ tử vong ở nhóm vi khuẩn là 8,3% thấp hơn nhóm đồng nhiễm vi rút (21,1%), P<0,05.

Liên quan đến tỉ lệ tử vong của từng loại vi rút, vi khuẩn theo Punpanich, W. và CS, CMV có mối liên quan chặt chẽ với HIV ở các bệnh nhân tử vong do viêm phổi (OR = 14,4; 95% CI, 6,7-30,8) [6]. Kết quả ở bảng 3.35, tỉ lệ tử vong trong nhóm xét nghiệm dương tính với vi khuẩn gram âm là 10/42 (23,8%), trong khi ở nhóm gram dương là 0/11 (0%). Như vậy điều trị căn nguyên viêm phổi do vi khuẩn gram âm gặp nhiều khó khăn hơn so với điều trị vi khuẩn gram dương.

V. KẾT LUẬN

- Lâm sàng: VPVR thường có biểu hiện nặng: khó thở (61,8%), tím tái (47,1%). VPVK thường có kèm RLTH (83,3%). Lao và nấm biểu hiện lâm sàng rất nghèo nàn. PJP thường gặp ở giai đoạn suy giảm miễn dịch nặng với các triệu chứng của suy hô hấp cấp tính như ho, khó thở và tím tái.

- CLS: X-quang viêm phổi do vi khuẩn là tổn thương tập trung (66,7%). 74,6% số bệnh nhân viêm phổi/ HIV có suy giảm miễn dịch nặng và 65,3% có tải lượng HIV > 5000 copies/ml

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Brady, M. T., J. M. Oleske, et al. (2010).** Declines in mortality rates and changes in causes of death in HIV-1-infected children during the HAART era. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 53(1), 86-94.
2. **Graham, S. M., L. Mankhambo, et al. (2011).** Impact of human immunodeficiency virus infection on the etiology and outcome of severe pneumonia in Malawian children. *Pediatr Infect Dis J*, 30(1), 33-38.
3. **Gray, D. M. and H. J. Zar (2010).** Community-acquired pneumonia in HIV-infected children: a global perspective. *Curr Opin Pulm Med* 16(3), 208-216.
4. **Kitchin, O. P., R. Masekela, et al. (2012).** Outcome of human immunodeficiency virus-

- exposed and -infected children admitted to a pediatric intensive care unit for respiratory failure. *Pediatr Crit Care Med*, 13(5), 516-519.
5. **Nadagir, S. D., A. Kaleem Bahadur, et al. (2011).** Prevalence of *Mycoplasma pneumoniae*

among HIV infected children. *Indian J Pediatr*, 78(4), 430-434.

6. **Punpanich, W., M. Groome, et al. (2011).** Systematic review on the etiology and antibiotic treatment of pneumonia in human immunodeficiency virus-infected children. *Pediatr Infect Dis J*, 30(10), e192-202.

ĐỘ CHÍNH XÁC CỦA PHƯƠNG PHÁP XÉT NGHIỆM THỰC HIỆN TRÊN BA THÔNG SỐ THƯỜNG QUY ALBUMIN, PROTEIN TOTAL, UREA TẠI CÁC PHÒNG XÉT NGHIỆM

Trần Hữu Tâm*

TÓM TẮT

Một thông số xét nghiệm có thể được thực hiện bằng nhiều phương pháp khác nhau, mỗi phương pháp đều có độ chính xác khác nhau. Vì vậy, phòng xét nghiệm cần xác định phương pháp nào thích hợp để thực hiện cho bệnh nhân nhằm đảm bảo kết quả tin cậy phục vụ cho chẩn đoán, điều trị [1],[2],[3].

Nghiên cứu tiến hành đánh giá độ chính xác của ba phương pháp xét nghiệm thường quy căn cứ trên số liệu thực hiện ngoại kiểm tra chất lượng xét nghiệm của 369 phòng xét nghiệm. Kết quả: đối với thông số albumin: phương pháp Bromocresol Purple chính xác hơn Bromocresol Green (với CV% là 3,6% so với 5,2%); thông số protein total: phương pháp Biuret reaction - kinetic so với Biuret reaction - end point có CV% là 3,7% và 4,2%, tuy nhiên khi so sánh từng cặp trong 12 mẫu thì cần phải có thêm dữ liệu để khẳng định độ chính xác của hai phương pháp; thông số urea: phương pháp Urease kinetic chính xác hơn Urease end point và Urease hypochlorite (với CV% tương ứng là 5,0% so với 9,1% và 11,0%).

Từ khóa: phương pháp xét nghiệm, phòng xét nghiệm, albumin, protein total, urea.

SUMMARY

THE PRECISION OF ANALYSIS METHOD IN THREE NORMAL PARAMETERS ALBUMIN, PROTEIN TOTAL, UREA AT MEDICAL LABORATORY

One parameter can be analyzed by many methods, each method has different precision. Therefore, the medical laboratory needs to find out the suitable method, so that the patient results are reliable to contribute much in diagnosis, treatment [1],[2],[3].

This study is evaluating the precision of analysis method in three normal parameters, based on the data of external quality assessment of 369 medical laboratories. Result: with the albumin: Bromocresol

Purple was more precise than Bromocresol Green (with the CV% is 3,6% compared to 5,2%); with the protein total: Biuret reaction - kinetic and Biuret reaction - end point got CV% is 3,7% and 4,2%, however, when comparing results of couple samples during 12 samples, we need more data to conclude; with urea: Urease kinetic was more precise than Urease end point and Urease hypochlorite (with CV% is 5,0% compared to 9,1% and 11,0%).

Keywords: analysis method, medical laboratory, albumin, protein total, urea.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kết quả xét nghiệm ảnh hưởng rất lớn đối với công tác chẩn đoán, điều trị, theo dõi diễn tiến bệnh,...vì vậy, đòi hỏi phòng xét nghiệm phải cung cấp một kết quả đạt chất lượng để làm cơ sở cho các quyết định quan trọng đối với bệnh nhân [2].

Tuy nhiên, một thông số xét nghiệm có thể được thực hiện bằng nhiều phương pháp hoặc thiết bị xét nghiệm, mỗi phương pháp đều có độ chính xác khác nhau. Vì vậy, cần phải xác định phương pháp nào phù hợp nhất để thực hiện xét nghiệm cho bệnh nhân tại phòng xét nghiệm [1],[2],[3],[7].

Nghiên cứu này đánh giá các phương pháp xét nghiệm đang được áp dụng tại Việt Nam đối với ba thông số thường quy albumin, protein total, urea nhằm xác định phương pháp nào có độ chính xác và ổn định nhất, từ đó làm cơ sở để phòng xét nghiệm tham khảo và lựa chọn phương pháp phù hợp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 369 phòng xét nghiệm hoá sinh lâm sàng. 3 thông số xét nghiệm hoá sinh thường quy là protein total, albumin, urea.

2.2. Phương pháp

- Sử dụng dữ liệu ngoại kiểm được các phòng xét nghiệm (PXN) thực hiện trên 12 mẫu (trong 12 tháng liên tục) đối với 3 thông số albumin, protein total, urea.

- Tính CV% đối với từng phương pháp được

*Trung tâm Kiểm chuẩn Xét nghiệm TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Tâm

Email: trhuutam@yahoo.com

Ngày nhận bài: 18.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 7.8.2017

Ngày duyệt bài: 15.8.2017

phòng xét nghiệm thực hiện trên 3 thông số nghiên cứu, đánh giá độ chính xác và ổn định của các phương pháp [4],[5],[6].

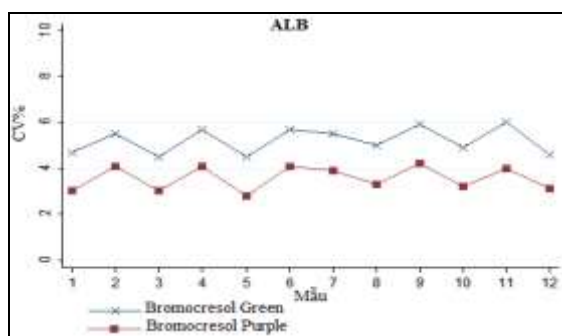
- Tính toán số liệu dựa trên phần mềm Excel 2013, Stata 10.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

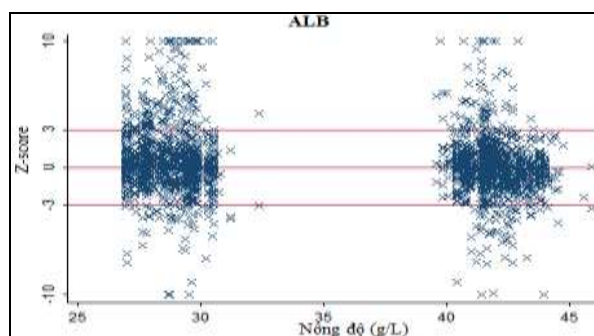
3.1. Thông số albumin: Có hai phương pháp chủ yếu được các PXN lựa chọn để thực hiện xét nghiệm albumin là Bromocresol Green và Bromocresol Purple. Nồng độ albumin được xác định dựa vào việc đo phức hợp màu tạo thành theo liên kết cation - anion giữa albumin (cation) và Bromocresol Green/ Bromocresol Purple (anion).

Bảng 1. Kết quả CV% qua 12 mẫu ngoại kiểm của phương pháp Bromocresol Green và Bromocresol Purple đối với thông số albumin

Mẫu	CV% của các phương pháp	
	Bromocresol Green	Bromocresol Purple
1	4,7	3,0
2	5,5	4,1
3	4,5	3,0
4	5,7	4,1
5	4,5	2,8
6	5,7	4,1
7	5,5	3,9
8	5,0	3,3
9	5,9	4,2
10	4,9	3,2
11	6,0	4,0
12	4,6	3,1
TB	5,2	3,6



(a)



(b)

Hình 1. (a) CV% qua 12 tháng thực hiện ngoại kiểm. (b) sự phân tán z-score theo nồng độ của của thông số albumin

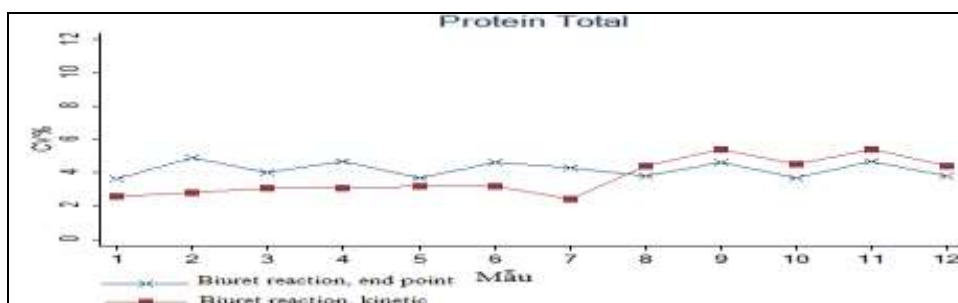
Theo Hình 1a., toàn bộ 12 kết quả ngoại kiểm của thông số albumin nhận thấy phương pháp Bromocresol Purple đều có CV% tương ứng nhỏ hơn phương pháp Bromocresol Green, kết hợp với quan sát kết quả của từng PXN tại Hình 1b. và dữ liệu Bảng 1 cho thấy CV% trung bình của Bromocresol Purple (3,6%) < CV% trung bình của Bromocresol Green (5,2%). Như vậy, phương pháp Bromocresol Purple chính xác và ổn định hơn Bromocresol Green.

3.2. Thông số protein total: Nguyên lý của xét nghiệm protein total là phản ứng tạo phức hợp màu từ liên kết peptid giữa Protein trong huyết thanh với ion Cu^{2+} trong môi trường kiềm, phương pháp chủ yếu được sử dụng để đo phức hợp màu này là phương pháp đo điểm cuối (Biuret reaction - end point), tuy nhiên do liên kết peptid này không bền nên một phương pháp thứ hai được sử dụng là phương pháp đo động học (Biuret reaction - kinetic). Kết quả chi tiết tại Bảng 2 và Hình 2:

Bảng 2. Kết quả CV% qua 12 mẫu ngoại kiểm của phương pháp Biuret reaction - end point và Biuret reaction - kinetic đối với thông số protein total

Mẫu	CV% của các phương pháp	
	Biuret reaction - end point	Biuret reaction - kinetic
1	3,6	2,6
2	4,9	2,8
3	4,0	3,1
4	4,7	3,1
5	3,7	3,2
6	4,6	3,2
7	4,3	2,4
8	3,8	4,4

9	4,6	5,4
10	3,7	4,5
11	4,7	5,4
12	3,8	4,4
TB	4,2	3,7



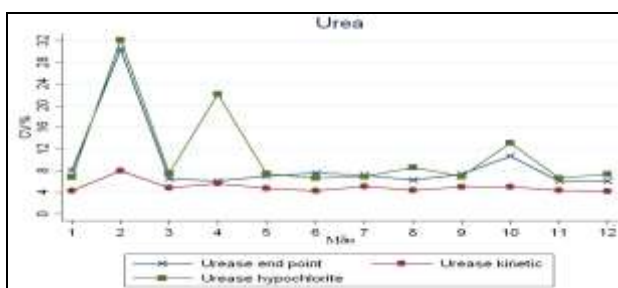
Hình 2, CV% qua 12 tháng thực hiện ngoại kiểm đối với thông số protein total

Qua dữ liệu CV% trung bình, nhận thấy phương pháp Biuret reaction - kinetic có độ chính xác cao hơn Biuret reaction - end point (CV% tương ứng là 3,7% so với 4,2%), tuy nhiên khi đối chiếu kết quả từng mẫu tương ứng tại Hình 2, nhận thấy đường biểu diễn CV% của phương pháp Biuret reaction - kinetic chỉ thấp hơn phương pháp Biuret reaction - end point trong 7 mẫu đầu tiên, sau đó CV% bị đảo ngược trong suốt 5 mẫu còn lại. Như vậy, chưa thể kết luận độ chính xác của 2 phương pháp, cần theo dõi thêm các dữ liệu ngoại kiểm của các mẫu tiếp theo.

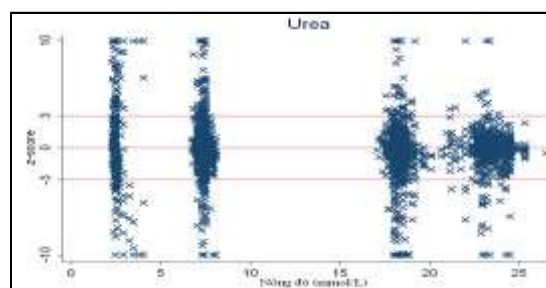
3.3. Thông số urea: Có ba phương pháp xét nghiệm urea đó là Urease end point, Urease end point và Urease hypochlorite. Kết quả CV% chi tiết tại Bảng 3 và Hình 3:

Bảng 3. Kết quả CV% qua 12 mẫu ngoại kiểm của phương pháp Urease end point, Urease end point và Urease hypochlorite đối với thông số urea

Mẫu	CV% của các phương pháp		
	Urease end point	Urease kinetic	Urease hypochlorite
1	8,1	4,3	6,8
2	30,4	8,0	32,1
3	6,6	4,9	7,6
4	6,1	5,7	22,1
5	7,0	4,8	7,5
6	7,6	4,3	6,7
7	7,2	5,1	6,9
8	6,3	4,4	8,6
9	7,4	5,0	6,9
10	10,7	5,0	13,1
11	6,1	4,4	6,7
12	6,1	4,2	7,4
TB	9,1	5,0	11,0



(a)



(b)

Hình 3. (a). CV% qua 12 tháng thực hiện ngoại kiểm. (b). sự phân tán z-score theo nồng độ của của thông số urea

Bảng 3 cho thấy CV% trung bình của phương pháp Urease kinetic, Urease end point và Urease hypochlorite lần lượt là 5,0%, 9,1% và 11,0%, đồng thời dữ liệu kết quả xét nghiệm từng mẫu tương ứng của 3 phương pháp tại Hình 3a. cho thấy đường biểu diễn phương pháp Urease kinetic luôn ổn định trong suốt 12 mẫu và thấp hơn so với đường biểu diễn của hai phương pháp còn lại, kết hợp với Hình 3b, có thể kết luận phương pháp Urease kinetic có độ chính xác và ổn định hơn Urease end point và Urease hypochlorite.

IV. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

4.1. Kết luận

- Phương pháp phương pháp Bromocresol Purple chính xác và ổn định hơn Bromocresol Green khi thực hiện xét nghiệm albumin.

- phương pháp Urease kinetic có độ chính xác và ổn định hơn Urease end point và Urease hypochlorite trong xét nghiệm urea.

- Trong xét nghiệm protein total, chưa thể đánh giá được phương pháp Biuret reaction - kinetic và Biuret reaction - end point.

4.2. Kiến nghị

- Thu thập thêm các dữ liệu để đánh giá nhằm đưa ra kết luận về độ chính xác và ổn định của phương pháp Biuret reaction - kinetic và

Biuret reaction - end point trong xét nghiệm protein total.

- Nghiên cứu thêm các thông số xét nghiệm khác để khuyến cáo phương pháp chính xác và ổn định, giúp cho các PXN có cơ sở lựa chọn phương pháp phù hợp nhằm cung cấp kết quả xét nghiệm tin cậy cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đạt Anh, Nguyễn Thị Hương (2013), *Các xét nghiệm thường quy áp dụng trong thực hành lâm sàng*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2013), *Thông tư hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng xét nghiệm tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*, số 01/2013/TT-BYT, Hà Nội.
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.Hồ Chí Minh.
5. Clinical and Laboratory Standards Institute (2008) *Assessment of laboratory tests when proficiency testing is not available; Approved Guideline* – Second Edition, CLSI document GP29-A2, Vol.28(21), Wayne.
6. International standard (1991) *Shewhart control charts* (ISO8258:1991), Geneva.
7. International standard (2012), *Medical laboratories – Requirements for quality and competence* (ISO 15189:2012), Geneva.

ĐẶC ĐIỂM KHÁNG THỂ KHÁNG LIPID Ở THAI PHỤ CÓ TIỀN SỬ SẴY THAI LIÊN TIẾP TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

Vũ Văn Tâm*, Lưu Vũ Dũng*

TÓM TẮT

Các kháng thể kháng phospholipid theo nhiều con đường dẫn tới tình trạng tắc các mạch máu trong bánh rau, gây chết phôi, thai là một trong những nguyên nhân gây sảy thai liên tiếp. Nghiên cứu được tiến hành nhằm **mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm của kháng thể kháng lipid ở phụ nữ có tiền sử sảy thai liên tiếp tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng. **Đối tượng nghiên cứu:** 422 thai phụ có tiền sử sảy thai (bao gồm cả sảy thai sống và thai chết lưu) 2 lần liên tiếp trở lên, tuổi thai khi sảy dưới hoặc bằng 12 tuần. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả, tiến cứu. **Kết quả:** Hội chứng kháng phospholipid là nguyên nhân gây sảy thai liên tiếp chiếm tỷ lệ 12,1%. Trong đó kháng thể kháng cardiolipin (aCL) là phổ biến nhất 60,8%, ít nhất là kháng thể lupus anticoagulant (LA) 9,8%, 43,1% có kháng thể beta2 glucoprotein1 (β 2-

GPI); 7,8% trường hợp dương tính với cả hai loại kháng thể aCL và β 2-GPI; 50,1% trường hợp dương tính với aCL và âm tính với β 2-GPI; 5,9% trường hợp âm tính với cả hai loại kháng thể này; 33,3% trường hợp âm tính với aCL nhưng lại dương tính với β 2-GPI. **Kết luận:** Hội chứng kháng phospholipid là nguyên nhân hay gặp nhất gây sảy thai liên tiếp. Cần lưu ý các yếu tố làm khởi phát bệnh và phối hợp các xét nghiệm để chẩn đoán APS.

Từ khóa: Kháng thể kháng phospholipid, hội chứng kháng phospholipid, sảy thai liên tiếp, kháng thể kháng cardiolipin (aCL), kháng thể beta2 glucoprotein1(β 2-GPI).

SUMMARY

ANTIPHOSPHOLIPID ANTIBODIES IN MISCARRIAGE PREGNANTS AT HAI PHONG HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Antiphospholipid antibodies in many pathways lead to the clotting of blood vessels in placenta, causing embryonic and fetal death. **Objectives:** Describe some characteristics of antibody and obstetric complication in repeated miscarriage pregnant at Hai Phong Obstetrics Hospital. **Subjects:** 422 pregnant with a miscarriage history (including both spontaneous

*Bệnh viện phụ sản Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Tâm

Email: drvuvantam@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 7.8.2017

Ngày duyệt bài: 15.8.2017

abortion and stillbirth) twice or more, gestational age of less than or equal to 12 weeks. **Method:** description, prospects. **Results:** Antiphospholipid syndrome (APS) was the cause of 11.8% of consecutive miscarriage patients; Antibodies cardiolipin (aCL) are the most common, accounting for 60.8%; 43.1% anti beta2 glucoprotein1 (β 2-GPI) and lupus anticoagulant (LA) is at least 0.7%; 7,8% of the cases are positive for both aCL and β 2-GPI; 50.1% of the cases are positive for aCL and negative for β 2-GPI; 5.9% of cases are negative for both antibodies; 33.3% of cases were negative for aCL but positive for β 2-GPI. **Conclusion:** APS is the most common cause of repeated miscarriage. Pay attention to the initial factors and coordinate the tests for APS diagnosis.

Keyword: Antiphospholipid antibody, antiphospholipid syndrome, continuous abortion, cardiolipin antibody (aCL) antibody, beta2 glucoprotein1 antibody (β 2-GPI).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sảy thai liên tiếp (có từ 2 lần sảy thai liên tục trở lên) là một bệnh lý thai sản hay gặp ảnh hưởng đến 1-3% thai kỳ và chiếm tỷ lệ 16% các bệnh lý cần theo dõi ở quý I thai kỳ. Nguyên nhân hay gặp và có thể điều trị được đó là hội chứng kháng phospholipids (Anti Phospholipid Syndrome - APS) [1].

Năm 1983 Graham Hughes đã chứng minh hội chứng kháng phospholipids là nguyên nhân chủ yếu dẫn tới tắc các vi mạch trong bánh rau, từ đó gây nên biểu hiện như sảy thai liên tiếp trong 3 tháng đầu, thai chết lưu, thai chậm phát triển hoặc đẻ non, tiền sản giật nặng v.v...

Bệnh nhân sảy thai liên tiếp được làm test để xác định sự hiện diện của hội chứng kháng Phospholipid. Yêu cầu xét nghiệm xác định bệnh bao gồm: kháng thể kháng phospholipid: aPL (antiphospholipid) và aCL (anticardiolipin): IgM và IgG; LA (lupus antiCoagulant; 2-GpI (Anti beta 2 glycoproteinI; kháng thể kháng nhân, kháng thể DNA... Trên lâm sàng, các xét nghiệm thường được sử dụng là: aCL, β 2-GPI (IgM và IgG) và LA. Hội chứng kháng phospholipid được chẩn đoán là dương tính nếu có ít nhất một trong các xét nghiệm trên dương tính ở thai phụ có tiền sử sảy thai liên tiếp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm APS (+) (n,%)	Nhóm APS (-) (n,%)	p
Số bệnh nhân (n=422)	51 (12,1)	371 (87,9)	
Tuổi trung bình	31,7	31,2	>0,05
Số lần sảy trung bình	3,7	3,2	>0,05
Tuổi thai lúc sảy: <6 tuần	12 (23,5)	145(39,1)	<0,05
7-12 tuần	39 (76,5)	226(60,9)	
Tuổi thai trung bình khi đến khám (tuần)	5,8	5,2	>0,05

Các nghiên cứu tại Việt Nam về hội chứng này bắt đầu từ năm 2009. Nhằm góp phần làm sáng tỏ hơn nữa về các xét nghiệm chẩn đoán, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm của kháng thể kháng lipid ở phụ nữ có tiền sử sảy thai liên tiếp tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 422 thai phụ có tiền sử sảy thai (bao gồm cả sảy thai sống và thai chết lưu) 2 lần liên tiếp trở lên, tuổi thai khi sảy dưới hoặc bằng 12 tuần, quản lý thai nghén tại Bệnh viện phụ sản Hải Phòng trong thời gian 1/2016 – 1/2017.

Tiêu chuẩn loại trừ: thai phụ bị nhiễm khuẩn, nhiễm virus viêm gan B,C, HIV...

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

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

a. **Xét nghiệm định lượng kháng thể kháng cardiolipin, kháng thể β 2-GPI:** Sử dụng 2 ml máu tĩnh mạch. Thực hiện trên máy xét nghiệm miễn dịch tự động AcuStar Hãng Intrumentition Laboratory, sản xuất tại Mỹ.

b. **Xét nghiệm định tính xác định kháng thể lupus anticoagulant:** Sử dụng 2 ml máu tĩnh mạch. Kỹ thuật xác định LA qua 3 bước: sàng lọc, trộn, khẳng định được thực hiện trên quy trình xét nghiệm đông máu pha lỏng trên máy xét nghiệm đông máu tự động IL ACL Top. Kết quả: dương tính hoặc âm tính với kháng thể LA.

c. **Các xét nghiệm khác:** Công thức máu, Nhóm máu, Rh, các bệnh lây truyền đường tình dục: chlamydia, HIV, HbsAg, TPHA... Các xét nghiệm sinh hóa máu cơ bản.

d. **Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng kháng phospholipids (APS):** Chẩn đoán xác định khi có ít nhất một tiêu chuẩn lâm sàng (tiền sử sảy thai liên tiếp) và một trong các xét nghiệm kháng thể kháng lipid dương tính: LA, aCL hoặc β 2-GPI dương tính [1].

2.4. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

2.5. Nghiên cứu tuân thủ các vấn đề về đạo đức trong nghiên cứu y học

Nhận xét: Tổng số bệnh nhân thu nhận được 422 trường hợp, trong đó 51 trường hợp có APS dương tính, chiếm 12,1%. Đặc điểm bệnh nhân của cả hai nhóm tương đương, tuổi trung bình 31,7 cho nhóm APS dương tính và 31,2 cho nhóm APS âm tính. Tuổi thai khi đến khám đều dưới 12 tuần, tuổi thai trung bình của 2 nhóm APS dương tính và APS âm tính là 5,8 và 5,2 tuần, phần lớn bệnh nhân đến khám sớm khi thai <6 tuần, có 13 trường hợp đến khám khi thai đã >10 tuần.

Bảng 2. Đặc điểm tiền sử bệnh của đối tượng nghiên cứu

Tiền sử bệnh liên quan	Nhóm APS (+) (n=51)	Nhóm APS (-) (n=371)	Tổng số (n=422)	p
Bệnh tim mạch	7 (13,7%)	8 (2,2%)	15(3,6%)	<0,05
Tăng huyết áp	17 (33,3%)	26 (1,6%)	43(10,2%)	<0,05
Sử dụng thuốc tránh thai	14 (27,5%)	10 (2,7%)	24 (5,7%)	<0,05
Nằm bất động lâu	0	0	6 (0,1%)	-
Hút thuốc lá	0	6 (0,2%)	24 (5,7%)	-
Bệnh nội tiết	10 (19,6%)	11 (2,9%)	21 (5,7%)	<0,05

Nhận xét: Tỷ lệ thai phụ có hội chứng antiphospholipid ở nhóm có tiền sử bệnh lý tim mạch, tăng huyết áp, sử dụng thuốc tránh thai, bệnh nội tiết cao hơn nhóm không có tiền sử các bệnh lý này, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Tỷ lệ dương tính với kháng thể kháng lipid của các đối tượng nghiên cứu có hội chứng antiphospholipid

Loại kháng thể	Nhóm APS dương tính (n=51)	Chung (n=422)
LA	5 (9,8%)	5 (0,1%)
aCL	31 (60,8%)	31 (7,3%)
Anti β 2-GP1	22 (43,1%)	22 (5,2%)

Nhận xét: Trong số 51 thai phụ có hội chứng antiphospholipid: có 5/51(9,8%) thai phụ có kháng thể lupus anticoagulant, 31/51 (60,8%) có kháng thể kháng cardiolipin, 22/51 (43,1%) có kháng thể β 2 glucoprotein1. Tính chung trong số 422 đối tượng nghiên cứu có: tỷ lệ dương tính với kháng thể kháng cardiolipin là cao nhất (7,3%), sau đó là kháng thể β 2 glucoprotein1 (5,2%), chỉ có 0,1% dương tính với kháng thể lupus anticoagulant.

Bảng 4. Tỷ lệ bệnh nhân dương tính với các chỉ số kháng phospholipid

Số chỉ số dương tính	n	Tỷ lệ %
1 chỉ số	45	88,2
2 chỉ số	5	9,8
3 chỉ số	1	1,9
Tổng số	51	100

Nhận xét: Có 45/51 (88,2%) thai phụ có hội chứng antiphospholipid dương tính với 1 loại kháng thể. 5/51 (9,8%) dương tính với 2 loại kháng thể, đặc biệt có 1 trường hợp (1,9%) dương tính với 3 loại kháng thể.

Bảng 5. Tỷ lệ của từng loại kháng thể kháng phospholipid trong nhóm bệnh

Loại kháng thể	n	Tỷ lệ %
LA	5	9,8
aCL IgM	24	47,1
aCL IgG	7	13,7
β 2GP1 IgM	14	27,5
β 2GP1 IgG	8	15,7%

Nhận xét: Trong số 51 thai phụ có hội chứng antiphospholipid: kháng thể kháng cardiolipin loại IgM là loại kháng thể hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 47,1%, kháng thể kháng thể lupus anticoagulant ít nhất chỉ chiếm 9,8%.

Bảng 6. Liên quan giữa chỉ số anti cardiolipin và anti β 2 glucoseprotein1

Các chỉ số	aCL dương tính	aCL âm tính
β 2GP1dương tính	4 (7,8%)	17 (33,3%)
β 2GP1âm tính	26 (50,1%)	3 (5,9%)

Nhận xét: Trong số 51 thai phụ có hội chứng antiphospholipid có 4/51 (7,8%) trường hợp dương tính với cả hai loại kháng thể anti cardiolipin và anti β 2 glucoseprotein1; 26/51 (50,1%) trường hợp dương tính với kháng thể anti cardiolipin và âm tính với anti β 2 glucoprotein1; 3/51 (5,9%) trường hợp âm tính với cả hai loại kháng thể này; 17/51 (33,3%) trường hợp âm tính với kháng thể anti cardiolipin nhưng lại dương tính với anti β 2 glucoprotein1.

IV. BÀN LUẬN

Tổng số bệnh nhân thu nhận được 422 trường hợp, có 51 trường hợp APS dương tính, chiếm 12,1%. Đặc điểm bệnh nhân của cả hai nhóm tương đương, tuổi trung bình 31,7 cho nhóm APS dương tính và 31,2 cho nhóm APS âm tính. Tuổi thai khi đến khám đều dưới 12 tuần, tuổi thai trung bình của 2 nhóm APS dương tính và APS âm tính là 5,8 và 5,2 tuần, phần lớn bệnh nhân đến khám sớm khi thai <6 tuần, có 13 trường hợp đến khám khi thai đã >10 tuần.

Kết quả bảng 1 cho thấy tỷ lệ APS dương tính tăng có ý nghĩa ở bệnh nhân có tiền sử sảy thai >7 tuần, 39/51 (76,5%) trường hợp. Nhóm bệnh nhân có tiền sử sảy thai <6 tuần chỉ có 23,5% trường hợp dương tính với kháng thể kháng phospholipid, có lẽ do phần lớn nguyên nhân gây sảy thai sớm <6 tuần là các bất thường về di truyền và thiếu hụt nội tiết trợ thai. Số lần sảy thai không ảnh hưởng tới tần suất APS, tương đương ở các nhóm có số lần sảy khác nhau [3].

Khảo sát các yếu tố liên quan tới hội chứng antiphospholipid ở bệnh nhân sảy thai liên tiếp đến 12 tuần chúng tôi nhận thấy tỷ lệ thai phụ có hội chứng antiphospholipid ở nhóm có tiền sử bệnh lý tim mạch, tăng huyết áp, sử dụng thuốc tránh thai, bệnh nội tiết cao hơn nhóm không có tiền sử các bệnh lý này, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này cũng là vấn đề đáng quan tâm nghiên cứu thêm vì có thể đó lại là yếu tố có khả năng làm bùng phát lên các biểu hiện bệnh lý của hội chứng antiphospholipid [1].

Trong số 51 thai phụ có hội chứng antiphospholipid: có 5/51 (9,8%) thai phụ có kháng thể lupus anticoagulant, 31/51 (60,8%) có kháng thể kháng cardiolipin, 22/51 (43,1%) có kháng thể beta2 glucoprotein1. Tính chung trong số 422 đối tượng nghiên cứu có: tỷ lệ dương tính với kháng thể kháng cardiolipin là cao nhất (7,3%), sau đó là kháng thể beta2 glucoprotein1 (5,2%), chỉ có 0,1% dương tính với kháng thể lupus anticoagulant. Trong số 51 thai phụ có hội chứng antiphospholipid: kháng thể kháng cardiolipin loại IgM là loại kháng thể hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 47,1%, kháng thể kháng thể lupus anticoagulant ít nhất chỉ chiếm 9,8%. Kết quả nghiên cứu này tương tự với nghiên cứu của một số tác giả khác [7].

Có 45/51 (88,2%) thai phụ có hội chứng antiphospholipid dương tính với 1 loại kháng thể. 5/51 (9,8%) dương tính với 2 loại kháng thể, đặc biệt có 1 trường hợp (1,9%) dương tính với 3 loại kháng thể.

Sự nhận diện kháng thể kháng nguyên là chìa khóa cho đáp ứng miễn dịch, và các kháng nguyên chính trong APS là cardiolipin và phospholipid acid, nằm trên màng tế bào. Vì lipid yếu trong kháng nguyên, việc tạo ra kháng thể đòi hỏi protein hoặc carbohydrate làm chất mang. $\beta 2$ -GP1 được tổng hợp bởi các tế bào gan, là một protein thường thấy trong huyết tương người ức chế sự kích hoạt của yếu tố đông máu X và XI, điều hòa quá trình đông máu và giảm sự xuất hiện yếu tố đông máu bất thường. Các nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng $\beta 2$ -GP1 hoạt động như một yếu tố đồng pha với phospholipid để kích hoạt thành công phản ứng miễn dịch [4]. $\beta 2$ -GP1 đóng một vai trò phụ trong việc gắn các kháng thể chống phospholipid với các kháng nguyên tương ứng của chúng. Khi $\beta 2$ -GP1 liên kết với phospholipid tích điện âm trên màng tế bào, các glycoprotein trở thành phức hợp phospholipid-protein thông qua sự thay đổi cấu trúc, làm lộ các vị trí chính mà các kháng thể chống phospholipid gắn kết. Một nghiên cứu khác cho thấy $\beta 2$ -GP1 cũng có thể là kháng nguyên chính đối với các kháng thể kháng histamin. Thử nghiệm in vitro cho thấy không có $\beta 2$ -GP1, các kháng thể chống lại kháng huyết thanh tách khỏi huyết thanh gắn với cardiolipin. Tuy nhiên, khi $\beta 2$ -GP1 được bổ sung, các kháng thể chống lại kháng nguyên kháng histamine lại có ái lực cao hơn đối với $\beta 2$ -GP1 so với cardiolipin. Trong quá trình làm tổ của thai nhi, $\beta 2$ -GP1 kết hợp với phospholipid trên màng ối làm xuất hiện các kháng thể chống lại $\beta 2$ -GP1, do đó làm tổn thương màng ối và gây ra sảy thai. Trong số 51 thai phụ có hội chứng antiphospholipid có 4/51 (7,8%) trường hợp dương tính với cả hai loại kháng thể anti cardiolipin và anti $\beta 2$ glucoprotein1; 26/51 (50,1%) trường hợp dương tính với kháng thể anti cardiolipin và âm tính với anti $\beta 2$ glucoprotein1; 3/51 (5,9%) trường hợp âm tính với cả hai loại kháng thể này; 17/51 (33,3%) trường hợp âm tính với kháng thể anti cardiolipin nhưng lại dương tính với anti $\beta 2$ glucoprotein1. Như vậy nếu như trước đây, chẩn đoán hội chứng antiphospholipid chỉ dựa vào 2 xét nghiệm LA và aCL thì sẽ bỏ qua 33,3% (17/51) trường hợp có hội chứng antiphospholipid. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh vai trò của anti $\beta 2$ glucoprotein1 trong chẩn đoán hội chứng này [4], [5], [6].

V. KẾT LUẬN

51/422 trường hợp có hội chứng kháng phospholipid chiếm tỷ lệ 12,1%. Trong đó 9,8% thai phụ có kháng thể lupus anticoagulant,

60,8% có kháng thể kháng cardiolipin, 43,1% có kháng thể beta2 glucoprotein1. 7,8% trường hợp dương tính với cả hai loại kháng thể anti cardiolipin và anti $\beta 2$ glucoprotein1; 50,1% trường hợp dương tính với kháng thể anti cardiolipin và âm tính với anti $\beta 2$ glucoprotein1; 5,9% trường hợp âm tính với cả hai loại kháng thể này; 17/51 (33,3%) trường hợp âm tính với kháng thể anti cardiolipin nhưng lại dương tính với anti $\beta 2$ glucoprotein1. Hội chứng kháng phospholipid là nguyên nhân hay gặp nhất gây sảy thai liên tiếp. Cần lưu ý các yếu tố làm khởi phát bệnh và phối hợp các xét nghiệm để chẩn đoán APS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Anh Đào (2015), Nghiên cứu hội chứng kháng phospholipid ở thai phụ có tiền sử sảy thai liên tiếp đến 12 tuần, Luận văn tiến sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội.
2. Lê Thị Anh Đào, Cung Thị Thu Thủy, Nguyễn Việt Tiến (2012), Kháng thể kháng Cardiolipin trong sảy thai liên tiếp đến 12 tuần, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, phụ trương 80 (3B), 45-50.
3. Lê Thị Phương Lan (2011), Bàn thêm về hội chứng antiphospholipid và thai nghén. Hội nghị Sản phụ khoa Việt Pháp, 256 – 265.
4. Anna Bruschi (2016), The Significance of Anti-Beta-2-Glycoprotein I Antibodies in Antiphospholipid Syndrome, *Antibodies* 5, 16, www.mdpi.com/journal/antibodies.
5. Greco TP et al (2000), Testing for the antiphospholipid syndrome: importance of IgA anti-beta 2-glycoprotein I, *Sage journal*, 9 (1): 33-41
6. Lee RM, Emlen W, Scott JR, Branch DW, Silver RM (1999), Anti-beta2-glycoprotein I antibodies in women with recurrent spontaneous abortion, unexplained fetal death, and antiphospholipid syndrome. *Am J Obstet Gynecol*. 1999 Sep;181(3): 642-8.
7. Song Y, Wang HY, Qiao J, Liu P, Chi HB (2017), Antiphospholipid Antibody Titers and Clinical Outcomes in Patients with Recurrent Miscarriage and Antiphospholipid Antibody Syndrome: A Prospective Study, *Chin Med J (Engl)*. 2017 Feb 5;130(3): 267-272. doi: 10.4103/0366-6999.198934.

ĐÁNH GIÁ SỰ HÀI LÒNG CỦA BỆNH NHÂN THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Mạnh Hà¹, Nguyễn Xuân Hợi²

FERTILIZATION TREATMENT AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm (In Vitro Fertilization - IVF) tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản và Công nghệ mô ghép, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Nghiên cứu được thực hiện trên 55 bệnh nhân điều trị IVF từ tháng 7/2016 đến tháng 9/2016. Kết quả: bệnh nhân được phỏng vấn đều hài lòng (25%) và rất hài lòng (75%) với chất lượng dịch vụ y tế, 84% được khám đúng hẹn, 93% bệnh nhân nhận được sự chia sẻ, giúp đỡ về mặt tinh thần của nhân viên y tế; tuy nhiên có 65,5% mong muốn nhận nhiều thông tin hơn. Các yếu tố dẫn đến sự hài lòng của bệnh nhân được xếp theo thứ tự: (1) Cung cấp và giải thích thông tin được 49% bệnh nhân IVF đánh giá quan trọng nhất (2) Thái độ của nhân viên y tế (40%), (3) Sự chia sẻ, giúp đỡ về tinh thần (9,1%), (4) Thời gian đợi khám và làm thủ thuật, (5) Tham gia vào các nghiên cứu.

Từ khóa: Thụ tinh trong ống nghiệm, sự hài lòng của bệnh nhân.

SUMMARY

PATIENT SATISFACTION WITH IN VITRO

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: 3.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2017

Ngày duyệt bài: 30.8.2017

The assessment of the patient's experience, especially with infertility groups getting easily stress is extremely important for healthcare reproduction. In Vietnam, this was the first study to evaluate satisfaction and experiences in women undergoing IVF at the Center of IVF and Tissue Engineering, Hanoi Medical University Hospital. The study was carried out on fifty-five women undergoing IVF treatment from July to September 2016. **Results:** our data showed infertility women felt satisfied (25%) and very satisfied (75%) with IVF service at the Center with 84% of interviewees were seen on scheduled time, 93% responders received emotional supports from medical staffs. However, 65.5% of patients wanted to get more information. The five aspects of care were ranked by patients for relative importance: (1)-'the information and explanation give' was considered to the most important aspects of care (49%), (2)-'doctor's attitude' (40%), (3)-'emotional support' (9.1%), then (4)-'the waiting time' and (5)-'the investigations'.

Key words: Patient satisfaction, In Vitro Fertilization (IVF)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay IVF đã trở thành một liệu trình điều trị phổ biến tại các Trung tâm Hỗ trợ sinh sản. Khác với những bệnh nhân khác, những cặp vợ chồng vô sinh là những người khỏe mạnh, mong muốn có con và cải thiện chất lượng cuộc sống. Sức ép từ gia đình và xã hội lên những

bệnh nhân vô sinh tạo một gánh nặng tâm lý to lớn, ảnh hưởng đến hiệu quả của quá trình điều trị. Việc đánh giá chất lượng của các cơ sở thụ tinh trong ống nghiệm phần lớn dựa trên tỉ lệ có thai. Tuy nhiên tỉ lệ có thai chỉ là một trong những yếu tố mang lại sự hài lòng cho người bệnh. Việc sử dụng tỉ lệ có thai như là tiêu chuẩn duy nhất hoặc quan trọng nhất để đánh giá sự thành công của IVF là không chính xác [1]. Với liệu trình điều trị dài ngày, bệnh nhân IVF thường có kiến thức và trải nghiệm về khá chính xác về quá trình điều trị. Các cơ sở điều trị có thể khảo sát những đánh giá của bệnh nhân để cải thiện chất lượng điều trị. Theo nghiên cứu của Catharina Olivius, có đến 26% bệnh nhân chấm dứt điều trị do gánh nặng về tâm lý [2]. Bằng cách đánh giá liệu trình điều trị IVF trên quan điểm của bệnh nhân, các bác sĩ, nhân viên y tế sẽ hiểu biết tốt hơn về nhu cầu của bệnh nhân [3], hiểu rõ hơn về những điểm mạnh, điểm yếu của Trung tâm IVF, và làm thế nào để cải thiện chất lượng chăm sóc bệnh nhân.

Ở các Trung tâm IVF trên thế giới, mức độ hài lòng ghi nhận thường tương đối cao, với 87% và 94% bệnh nhân đánh giá hài lòng và rất hài lòng với dịch vụ IVF [4]. Nghiên cứu này là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân IVF, với mục đích đánh giá sự hài lòng và các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của bệnh nhân IVF tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản và Công nghệ mô ghép, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Những phụ nữ điều trị IVF tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản và Công nghệ mô ghép, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và có ít nhất 1 lần chọc hút trứng và 1 lần chuyển phôi, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, lấy cỡ mẫu thuận tiện trên 55 bệnh nhân đáp ứng đầy đủ các tiêu chí của đối tượng nghiên cứu.

2.2 Phương pháp và các tiêu chí nghiên cứu: Các tiêu chí nghiên cứu chính bao gồm thời gian chờ khám và làm thủ thuật, thái độ của bác sĩ, sự cung cấp và giải thích thông tin, sự chia sẻ về tâm lý và tư vấn cho bệnh nhân [4]. Bộ câu hỏi của nghiên cứu này dựa trên bộ câu hỏi của Souter và cộng sự về "đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân điều trị vô sinh" [5]. Trước khi phỏng vấn chính thức bệnh nhân, bộ câu hỏi này được dịch sang tiếng Việt, làm thử nghiệm trên 5 bệnh

nhân, sau đó được chỉnh sửa theo sự góp ý của bệnh nhân và những người thực hiện nghiên cứu.

Bệnh nhân IVF được phỏng vấn trực tiếp theo bộ câu hỏi bao gồm 31 câu, được chia làm 3 phần chính: thông tin bệnh nhân (12 câu hỏi), sự hài lòng của bệnh nhân liên quan đến những lần khám và làm thủ thuật gần nhất (5 câu hỏi), trải nghiệm của bệnh nhân (14 câu hỏi). Trong đó có 14 câu hỏi theo phương thức trả lời có và không, 5 câu đánh giá các mức độ: rất hài lòng, hài lòng, không hài lòng và rất không hài lòng. Thái độ của bác sĩ và nhân viên y tế được đánh giá trên 8 khía cạnh. Câu hỏi cuối yêu cầu đánh giá tầm quan trọng của các yếu tố chăm sóc sức khỏe bệnh nhân IVF.

2.3 Xử lý số liệu: Các số liệu từ phiếu phỏng vấn được thu thập bằng EpiData 3.1 và phân tích bằng SPSS 20.

2.4 Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu không can thiệp trên bệnh nhân. Các phụ nữ tham gia nghiên cứu đều được giải thích về mục đích và nội dung nghiên cứu. Phỏng vấn chỉ được tiến hành khi bệnh nhân đồng ý tham gia. Các thông tin trả lời được bảo mật.

III. KẾT QUẢ

Trong số 55 bệnh nhân IVF tại trung tâm Hỗ trợ sinh sản và Công nghệ mô ghép được phỏng vấn, nhóm tuổi chủ yếu dưới là dưới 30 với tỉ lệ 58,2%. Trình độ học vấn đại học chiếm đa số với 43,6%. 54,4% bệnh nhân đến khám Trung tâm từ 2-4 lần trước khi làm IVF, 76,4% bệnh nhân làm IVF lần đầu và 23,6% có từ 2 chu kỳ điều trị trở lên (Bảng 1).

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm bệnh nhân	Giá trị
Phân bố nhóm tuổi: <30	58,2%
30-34	23,6%
35-39	12,7%
≥ 40	5,5%
Học vấn: Đại học hoặc cao hơn	43,6%
Cao đẳng	25,5%
Trung học phổ thông	20,0%
Trung học cơ sở	10,9%
Số lần đến khám trước khi làm IVF: 1	20%
2-4	45,4%
4-9	16,4%
≥ 10	18,2%
Số chu kỳ IVF: Lần đầu	76,4%
≥ 2 lần	23,6%

Nhìn chung tất cả các bệnh nhân đến điều trị tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản và Công nghệ mô ghép đều đánh giá hài lòng với chất lượng dịch

vụ chăm sóc y tế, với 75% rất hài lòng và 25% hài lòng. 27,1% bệnh nhân lựa chọn Trung tâm do các bác sĩ phòng khám giới thiệu, 18,8% lựa chọn vì danh tiếng của Trung tâm, 19,7% lựa chọn vì chất lượng nguồn nhân lực. Với câu hỏi loại cơ sở y tế mong muốn để đến khám và điều trị vô sinh, 47,3% bệnh nhân thích đến khám tại phòng khám hoặc cơ sở điều trị vô sinh chuyên khoa, trong khi 29% muốn đến khám tại các cơ sở sản phụ khoa có điều trị vô sinh, phần còn lại thì không quan trọng việc khám và điều trị tại cơ sở sản phụ khoa hoặc vô sinh (Bảng 2).

Bảng 2: Sự hài lòng của bệnh nhân và lý do lựa chọn cơ sở điều trị

Tiêu chí	Giá trị
<i>Mức độ hài lòng</i>	
Rất không hài lòng	0%
Không hài lòng	0%
Hài lòng	25%
Rất hài lòng	75%
<i>Lý do chọn Trung tâm để điều trị</i>	
Danh tiếng của Trung tâm	18,8%
Chất lượng nguồn nhân lực	19,7%
Thái độ phục vụ	12,3%
Được khám đúng giờ hẹn	9,8%
Người quen giới thiệu	12,3%
Bác sĩ tại các phòng khám giới thiệu	27,1%
<i>Loại cơ sở điều trị mong muốn</i>	
Chuyên về vô sinh	47,3%
Sản Phụ khoa và Vô sinh	29,1%
Không quan trọng	23,6%

Hơn 84% bệnh nhân được khám đúng lịch hẹn, gần 15% khám muộn so với giờ hẹn, với tỉ lệ trễ hẹn từ 1 giờ trở lên lên đến 37,5% trong

những bệnh nhân khám muộn. Phần lớn bệnh nhân nhận xét bác sĩ lắng nghe, cư xử đúng mực, cảm thông với bệnh nhân. Tuy nhiên có khoảng 10% bệnh nhân nhận xét các câu hỏi của bác sĩ và nhân viên y tế không rõ ràng, không để bệnh nhân tham gia vào quyết định liệu trình điều trị. 83% phản ánh họ được yêu mang chồng đến khám cùng, 16,4% trả lời không được yêu cầu mang theo chồng (Bảng 3).

Bảng 3: Thời gian chờ khám và thái độ của nhân viên y tế

Tiêu chí	Giá trị
Thời gian chờ khám và làm thủ thuật: Đúng theo lịch hẹn	84%
Trễ so với lịch hẹn	16%
Dưới 1 giờ	10%
Từ 1 giờ trở lên	6%
Thái độ của nhân viên y tế	
Cư xử lịch sự	100%
Lắng nghe bệnh nhân	100%
Giải thích cho người bệnh	96,4%
Nêu câu hỏi rõ ràng	90,9%
Cảm thông với người bệnh	100%
Cho người bệnh tham gia vào quyết định điều trị	89,1%
Nhân viên y tế có yêu cầu chồng đi khám cùng	83,6%

74,5% bệnh nhân được cung cấp thông tin về thuốc và tác dụng phụ của thuốc. 50,9% được cung cấp các tài liệu dưới dạng in ấn (sách, biểu đồ, tờ rơi). 65,5% mong muốn được cung cấp nhiều thông tin hơn, 83,6% được cung cấp kế hoạch điều trị rõ ràng. 94,5% bệnh nhân phản ánh mọi thông tin hoặc phần lớn thông tin được cung cấp và giải thích, 5,5% bệnh nhân không được cung cấp và giải thích phần lớn thông tin (Bảng 4).

Bảng 4: sự cung cấp thông tin cho bệnh nhân

Cung cấp thông tin cho bệnh nhân	Có (%)	Không (%)
Thông báo và chỉ dẫn đầy đủ về thuốc điều trị và tác dụng phụ của thuốc	74,5	25,5
Được cung cấp tài liệu (sách, biểu đồ, tờ rơi)	50,9	49,1
Mong muốn được cung cấp nhiều tài liệu hơn	65,5	34,5
Được cung cấp kế hoạch điều trị rõ ràng	83,6	16,4
Mức độ cung cấp và giải thích thông tin:		
1. Mọi thông tin đều được cung cấp và giải thích	54,5%	
2. Phần lớn thông tin được cung cấp và giải thích	40,0%	
3. Phần lớn thông tin không được cung cấp và giải thích	5,5%	
4. Không cung cấp và giải thích thông tin	0,0%	

Bệnh nhân tự cho điểm các yếu tố dẫn đến sự hài lòng của bệnh nhân, với điểm 5 là quan trọng nhất vào điểm 1 là không quan trọng. Hệ số tầm quan trọng được tính bằng điểm nhân với số lượng bệnh nhân đánh giá. Kết quả cho thấy sự cung cấp và giải thích thông tin được bệnh nhân đánh giá là quan trọng nhất, sau đó theo thứ tự là thái độ của bác sĩ và nhân viên y tế, chia sẻ và thông cảm với người bệnh, thời gian chờ khám và làm thủ thuật, tham gia vào các nghiên cứu (Bảng 5).

Bảng 5: các yếu tố dẫn đến sự hài lòng của bệnh nhân

Yếu tố	Tầm quan trọng (điểm/hệ số)	Số lượng bệnh nhân xếp hạng quan trọng nhất	
		N	(%)
Sự cung cấp và giải thích thông tin	5 (235)	27	49
Thái độ của bác sĩ và nhân viên y tế	4 (220)	22	40
Chia sẻ và cảm thông với người bệnh	3 (168)	6	9.1
Thời gian chờ khám và làm thủ thuật	2 (116)	0	0
Tham gia vào các nghiên cứu	1 (82)	0	0

III. BÀN LUẬN

Sự hài lòng của bệnh nhân là yếu tố khó xác định. Nghiên cứu này cho kết quả 75% bệnh nhân rất hài lòng và 25% bệnh nhân hài lòng với chất lượng dịch vụ (Bảng 2). Tỷ lệ này cũng tương tự với tỷ lệ hài lòng cao trong các bệnh nhân làm thụ tinh trong ống nghiệm đã được ghi nhận tại các nghiên cứu trên thế giới [4]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cung cấp thêm về lý do dẫn đến sự hài lòng và mong muốn của bệnh nhân trong việc cải thiện chất lượng chăm sóc bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm.

Thời gian chờ khám và thái độ của nhân viên y tế là một yếu tố dẫn đến sự hài lòng của bệnh nhân. Nghiên cứu chỉ ra 84% bệnh nhân được khám đúng hẹn, 100% bệnh nhân phản ánh thời gian chờ là chấp nhận được, thời gian chờ từ một giờ trở lên chiếm 6% tổng số bệnh nhân khám (Bảng 3). Nghiên cứu của Trịnh Thủy Hằng chỉ ra thời gian chờ lớn hơn 1 giờ đối với đăng ký, khám, chờ kết quả xét nghiệm và khám lại tương ứng là 33,42%; 29,07%; 36,48%; 22,82% [6]. Kết quả của nghiên cứu này khác với nghiên cứu của Souter với thời gian chờ lớn hơn một giờ chiếm 6% trong số các bệnh nhân trẻ em. Sự khác biệt này do nghiên cứu của Souter được tiến hành tại Scotland, nơi có nền y tế phát triển cao và số lượng bệnh nhân khám trên bác sĩ thấp. Việt Nam là quốc gia có tỷ lệ bệnh nhân trên nhân viên y tế cao, nên thời gian chờ lâu hơn tại các quốc gia phát triển.

Thái độ của bác sĩ và nhân viên y tế được đánh giá là yếu tố quan trọng thứ 2 ảnh hưởng đến sự hài lòng của bệnh nhân. Mặc dù 100% bệnh nhân nhận xét bác sĩ và nhân viên y tế cư xử lịch sự, lắng nghe bệnh nhân, 9,1% bệnh nhân phản ánh bác sĩ nên nêu các câu hỏi rõ ràng hơn. Các bác sĩ cũng nên để bệnh nhân tham gia vào lựa chọn liệu trình điều trị, và trả lời các câu hỏi về thuốc, tác dụng phụ của thuốc. Cũng cần có các buổi tập huấn cho bác sĩ, nhân viên y tế về kỹ năng giao tiếp với người bệnh, kỹ năng tư vấn để đạt được độ hài lòng của bệnh nhân cao hơn.

Việc đi khám cùng chồng là yếu tố góp phần vào sự hài lòng của bệnh nhân. 16,4% số bệnh nhân được hỏi không được nhân viên y tế yêu cầu mang chồng khi thăm khám. Tuy nhiên khá nhiều ý kiến cho rằng việc tham gia của chồng là yếu tố rất quan trọng trong điều trị vô sinh. Khi chồng đi khám cùng, người phụ nữ sẽ cảm thấy thoải mái và an tâm hơn. Vì vậy, các nhân viên y tế nên yêu cầu chồng đi cùng vợ khi đến khám bệnh.

Sự cung cấp và giải thích thông tin là yếu tố quan trọng nhất dẫn đến sự hài lòng của bệnh nhân. Các thông tin thu thập được chỉ ra cần có sự giải thích kỹ lưỡng hơn cho bệnh nhân, đặc biệt là về các nguyên nhân vô sinh và liệu trình điều trị. Hiện tại các thông tin về vô sinh, hiệu quả điều trị vô sinh đa phần là các nguồn thông tin không chính thống, 34,5% bệnh nhân mong muốn có thêm các nguồn thông tin chính thống được cung cấp từ Trung tâm bằng tờ rơi, bảng, biểu. Với những thông tin này, bệnh nhân có hiểu biết tốt hơn về vô sinh, về liệu trình điều trị được tiếp nhận.

Giúp đỡ về khía cạnh tâm lý không được đề cao so với các yếu tố khác. Kết quả này khác với một số các nghiên cứu trên thế giới [7]. Kết quả này khó để giải thích và nên có nghiên cứu sâu hơn để xem xét đầy đủ. Có thể người bệnh tại Việt Nam chưa quen với việc yêu cầu những giúp đỡ về tâm lý, chưa thấy có nhu cầu đòi hỏi sự giúp đỡ về tâm lý từ nhân viên y tế.

V. KẾT LUẬN

Các bệnh nhân IVF đều hài lòng với dịch vụ khám chữa bệnh được cung cấp, tuy nhiên phần lớn bệnh nhân (65,5%) mong muốn được cung cấp nhiều thông tin hơn. Các yếu tố quan trọng nhất dẫn đến sự hài lòng của bệnh nhân là cung cấp và giải thích thông tin và thái độ của nhân viên y tế.

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 Thị Trang đã giúp đỡ và hỗ trợ nghiên cứu này.

LIỆU THAM KHẢO

1. Michael MA, Peter RB, Robert F et al (2002). Is your IVF programme good? *Human Reproduction*, 17(1), 8-10.
2. Catharina O, Barbro F, Gunilla B et al (2004). Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? a cohort study. *Fertility and Sterility*, 81(2), 258-261.
3. Coulter A, Ellins J (2006). Patient-Focused Interventions. A Review of the Evidence. *The Health Foundation and Picker Institute Europe*.
4. Mourad SM, Willianne LDM, Reinier PA et al (2010). Determinants of patients' experiences and satisfaction with fertility care. *American Society for Reproductive Medicine*, 94(4), 1254-1260.
5. Souter VL, Penney G, Hopton GL et al (1998). Patient satisfaction with the management of infertility. *Human Reproduction*, 13(7), 1831-1836.
6. Schmidt L, Holstein BE, Boivin J, et al (2003). High ratings of satisfaction with fertility treatment are common: findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPTI) Research Programme. *Human Reproduction*, 18(12), 2638-2646.
6. Trịnh Thuý Hằng (2014). Đánh giá sự hài lòng của khách hàng về dịch vụ khám bệnh tại Khoa Khám theo yêu cầu, Bệnh viện phụ sản Trung ương. *Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ y học*.
7. Jafarzadeh K, Ghahiri, Habibi, et al (2015). Exploration of infertile couples' support requirements: a qualitative study. *International Journal of Fertility & Sterility*, 9(1), 81 - 92.

THỰC TRẠNG VÀ NHU CẦU ĐÀO TẠO LIÊN TỤC CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIÊN CHẨN THƯƠNG CHÍNH HÌNH BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2017

Trần Thị Hồng Thắm*

TÓM TẮT

Viện Chấn thương chỉnh hình – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức có 07 khoa lâm sàng với 176 điều dưỡng (ĐD). Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng đào tạo liên tục năm 2015-2016 và xác định nhu cầu đào tạo liên tục của điều dưỡng Viện Chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2017. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp phương pháp định lượng và định tính để phát vấn 176 ĐD và phỏng vấn sâu (PVS) 15 người gồm lãnh đạo Bệnh viện, Viện và ĐD 07 khoa lâm sàng. Kết quả nghiên cứu cho thấy từ 2015-2016; có 65,34% ĐD được tham gia các khóa học đào tạo liên tục (ĐTLT), ĐD phần lớn là nữ giới (69,6%). Các đối tượng nghiên cứu thực hiện được đầy đủ nhưng chưa thành thạo các kỹ thuật ĐD cơ bản (64,46%); thực hiện kỹ thuật ĐD chuyển khoa ngoại là (36,96%). Nhu cầu đào tạo của ĐD trong thời gian tới được ưu tiên chương trình đào tạo đã được phê duyệt và áp dụng tại bệnh viện gồm: Kỹ thuật viên Xương bột (18,83%), Phục hồi chức năng (PHCN) sau chấn thương (13,82%), chăm sóc dự phòng vết thương loét do tỳ đè (6,69%)... Các khóa đào tạo ngắn ngày (khoảng 1 tuần/khóa) với hình thức đào tạo tập trung được ĐD lựa chọn nhiều nhất. Có 85,80% số đối tượng đề xuất được đào tạo ngay tại bệnh viện.

Từ khóa: đào tạo liên tục, điều dưỡng.

SUMMARY

ACTUAL SITUATION AND DEMAND FOR CONTINUING NURSING EDUCATION IN

*Trung tâm Đào tạo & Chỉ đạo tuyến - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hồng Thắm

Email: thamcdt@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2017

Ngày duyệt bài: 31.8.2017

INSTITUTE OF ORTHOPAEDICS AND TRAUMA SURGERY OF VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL, 2017

Institute of Orthopaedics and Trauma Surgery - Vietduc University Hospital has 07 Clinical medicine Faculties. In which there are 176 nurses. Goal: Research to describe actual situation from 2015 to 2016 and demand for continuing nursing education of Institute of Orthopaedics and Trauma Surgery - Vietduc University Hospital in 2017

Using Descriptive Cross-sectional Study, combine with Quantitative and Qualitative Research. The research was conducted in form of conversation with 176 nurses and in-depth interview with 15 people consist of steering committee of the hospital, the institution and nurses from 07 clinical medicine faculties. The research showed, from 2015 to 2016; 65,34% of nurses joint continuing nursing education courses. Majority of nurses was female (69,5%). Subjects of the research could perform sufficiently basic nursing techniques, but not proficiently (64,46%). Proportion of subjects performed surgical nursing techniques was 36,96%. Nurses' education demand in the future prioritized education courses which were approved and applied at the hospital. Included: Orthopedic cast technician (18,83%); Rehabilitation after trauma (13,82%), Preventive care of pressure ulcer (6,69%)... Short-term courses (about a week for a course) in focus education form were preferred by most of nurses. 85,80% of research subjects suggested education courses take place right at the hospital.

Keywords: Nurse, Continuing Nursing Education

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghề y là một nghề đặc biệt, nhiệm vụ của cán bộ y tế (CBYT) gắn liền với sức khỏe tính mạng con người. Tiến bộ của khoa học kỹ thuật

y học phát triển rất nhanh, nhiều kiến thức mới cần được cập nhật kịp thời. Việc cập nhật liên tục những kiến thức, kỹ thuật mới, hạn chế tối thiểu những sai sót chuyên môn là nhiệm vụ bắt buộc với mọi CBYT hành nghề. Xác định được nhu cầu đào tạo (NCĐT) của CBYT là rất cần thiết nhằm phát hiện chính xác những vấn đề cần đào tạo, đối tượng cần đào tạo và hình thức đào tạo cho phù hợp.

Tại Việt Nam điều dưỡng đã được xem là một nghề độc lập trong hệ thống y tế, cấp bậc, trình độ đã được quy định cụ thể theo Thông tư liên tịch số 26/2015/TTLT-BYT-BNV[3]. Trong thực tế tại các cơ sở y tế ĐD thường có đặc thù riêng về công việc mà họ được đảm nhận như ngoại khoa, nhi khoa, phục hồi chức năng...[7]. Công tác ĐTLT tại bệnh viện (BV) thiếu sự đồng bộ, kế hoạch đào tạo chưa có cơ sở khoa học để xây dựng kế hoạch và kiểm soát chất lượng đào tạo[7].

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức hàng năm tiếp nhận khoảng 150.000 lượt khám bệnh, đặc biệt thực hiện khoảng 14.000 ca phẫu thuật về CTCH, đây là chuyên khoa thường xuyên quá tải tại bệnh viện[7]. Do đó, việc đánh giá thực trạng và nhu cầu đào tạo nhằm nâng cao năng lực chuyên môn của nhóm ĐD đặc biệt là ĐD Viện CTCH là rất cần thiết. Chính vì vậy, tôi tiến hành nghiên cứu "*Thực trạng và nhu cầu đào tạo liên tục của điều dưỡng Viện Chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2017*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu: Viện CTCH - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

2.2.1. Nghiên cứu định lượng: Báo cáo hoạt động ĐTLT của BV và Viện CTCH trong năm 2015, 2016 và ĐD đang công tác tại 7 khoa lâm sàng Viện CTCH đáp ứng tiêu chí chọn: Báo cáo chính thức do phòng chức năng của BV cung cấp, ĐD tại Viện CTCH có thời gian công tác từ 1 năm trở lên. Tiêu chí loại: những đối tượng từ chối tham gia nghiên cứu, vắng mặt vào thời gian nghiên cứu do nghỉ chế độ, ốm, thai sản, công tác.

2.2.2. Nghiên cứu định tính: Đại diện Ban Giám đốc BV, lãnh đạo phòng ĐD, phòng Tổ chức cán bộ, Trung tâm Đào tạo & Chỉ đạo tuyến và ĐD trưởng, ĐD tại Viện CTCH.

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 12/2016 đến tháng 10/2017.

2.4. Phương pháp nghiên cứu:

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng, định tính.

2.4.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

➤ **Nghiên cứu định lượng:** Mẫu được chọn là toàn bộ ĐD tại Viện CTCH đáp ứng tiêu chí chọn của nghiên cứu. Cỡ mẫu thực tế điều tra là 176 đối tượng.

➤ **Nghiên cứu định tính:** Đại diện Ban Giám đốc BV, lãnh đạo phòng ĐD, Tổ chức cán bộ, Trung tâm Đào tạo & Chỉ đạo tuyến và ĐD trưởng, ĐD tại Viện CTCH. Cỡ mẫu thực tế điều tra là 15 đối tượng.

2.4.3. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin:

➤ **Nghiên cứu định lượng:** Số liệu thứ cấp được thu thập thông qua sổ sách, báo cáo thống kê tại BV. Số liệu sơ cấp: Sử dụng bộ câu hỏi có cấu trúc tiến hành phát vấn cho các ĐD tại Viện CTCH.

➤ **Nghiên cứu định tính:** PVS 15 đối tượng dựa trên bộ câu hỏi PVS đã thiết kế.

2.4.4. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm EpiData 3.1, sau đó sử dụng phần mềm SPSS 16.0 để phân tích số liệu. Các thông tin định tính từ các cuộc PVS được ghi âm và ghi biên bản, sau đó tiến hành gỡ băng. Mã hóa và phân tích theo từng chủ đề.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, Trường Đại học Y tế công cộng thông qua ngày 18/04/2017 theo quyết định số 147/2017/YTCC-HĐ3 v/v chấp thuận các vấn đề đạo đức NCYSH.

III. KẾT QUẢ

3.1 Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Trong tổng số 176 ĐD tham gia nghiên cứu phần lớn là nữ giới (65,9%) và có độ tuổi 25-35 tuổi (65,3%). Đa số ĐD là người dân tộc Kinh; chỉ có 1,1% là người dân tộc. ĐTNC có 68,8% ĐD hành chính; 18,2% ĐD viên; 11,4% ĐD trưởng nhóm và 1,7% ĐD trưởng khoa. Trình độ chuyên môn chủ yếu là trung cấp/cao đẳng với 83,5%; 14,8% đại học và chỉ có 1,7% ĐD có trình độ sau đại học.

Bảng 1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (N=176)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi: < 25	13	7,4
25 – 35	115	65,3
35 – 45	29	16,5
>45	19	10,8
Giới tính: Nam	60	34,1
Nữ	116	65,9
Dân tộc: Kinh	174	98,9
Khác	2	1,1
Chức vụ: ĐD trưởng khoa	3	1,7

ĐD trưởng khoa	20	11,4
ĐD hành chính	121	68,8
ĐD viên	32	18,2
Trình độ chuyên môn:		
Sau đại học	3	1,7
Đại học	26	14,8
Trung cấp/Cao đẳng	147	85,3

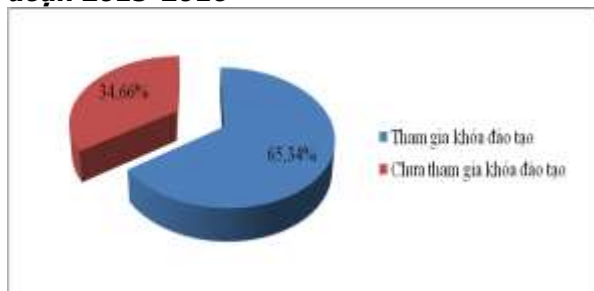
Bảng 2: Thời gian công tác và tham gia công việc tại 07 khoa lâm sàng của ĐD

Đặc điểm	Nam	Nữ
Thời gian làm việc trung bình tại BV (năm)	4,23±1,50	4,18±1,25
Thời gian làm quản lý trung bình ở vị trí hiện tại (năm)	4,18±1,25	4,07±1,32

Kết quả bảng 2 cho thấy thời gian công tác và tham gia công việc tại 7 khoa lâm sàng của nam giới cao hơn nữ giới ở nhóm đối tượng nghiên cứu.

3.2 Thực trạng đào tạo liên tục cho ĐD công tác tại Viện Chấn thương chỉnh hình – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2015 -2016

3.2.1 Thực trạng triển khai các lớp đào tạo nâng cao năng lực chuyên môn giai đoạn 2015-2016



Sơ đồ 1: Biểu đồ tham gia khóa đào tạo nâng cao năng lực của ĐD

Tại Viện CTCH, trong 176 ĐD tham gia nghiên cứu có 65,3% đã tham gia lớp học đào tạo nâng cao năng lực chuyên môn giai đoạn 2015 – 2016. Phần lớn là nữ giới chiếm 69,6%. Tỷ lệ

tham gia được đào tạo khóa học của nhóm ĐD hành chính, ĐD trưởng nhóm và ĐD trưởng khoa cao nhất lần lượt là 74,38%; 70%; 66,67%. Phân bố theo trình độ chuyên môn và thâm niên công tác có 64,74% ĐD tham gia khóa đào tạo có trình độ Đại học trở xuống và 65,79% có kinh nghiệm dưới 10 năm. Theo đó, đã có ý kiến cho rằng "Phân khúc điều dưỡng trẻ đào tạo được đạt trình độ trung học và người lớn trình độ trung học có kinh nghiệm nhưng không có đầy đủ kiến thức phải giúp cho can thiệp nâng cao về năng lực chuyên môn cơ bản. Nhóm trẻ được đào tạo ở cao đẳng đại học cần phải đào tạo chuyên sâu hơn – ĐD trưởng Bệnh viện".

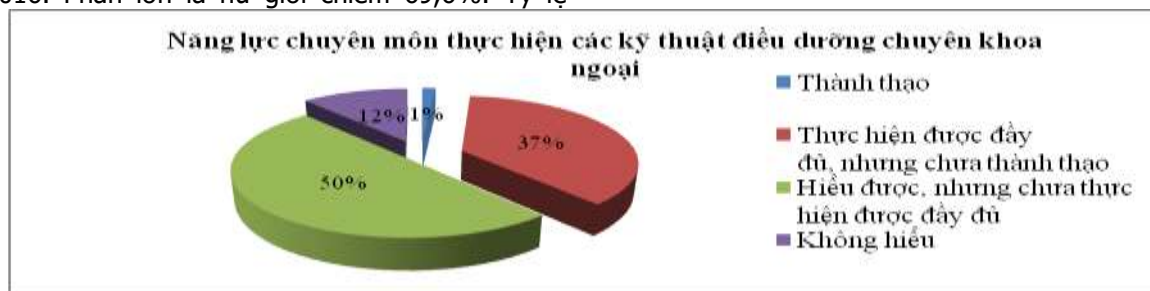
Trong các khóa đào tạo năng lực chuyên môn ĐD trong hai năm 2015-2016 kéo dài 1 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất chiếm 64,71%. Về kinh phí đào tạo có 75,86% kinh phí về các khóa đào tạo chăm sóc nâng cao là do BV chi trả. Viện CTCH có tổ chức ĐTLT, hình thức đào tạo đa dạng, hầu hết tổ chức tại bệnh viện, kinh phí khoảng 50% do viện chi trả, nhưng tỷ lệ cấp chứng chỉ đào tạo chưa đạt 100%, ở Viện chưa có hình thức đào tạo e-learning.

3.2.2 Thực trạng về năng lực chuyên môn của điều dưỡng do điều dưỡng tự đánh giá

Bảng 3: Mức độ tự tin về lĩnh vực chuyên môn của ĐD

Đặc điểm	Điểm trung bình
Thực hiện các kỹ thuật ĐD cơ bản	3,15±0,49
Thực hiện kỹ thuật ĐD chuyên khoa ngoại	2,73±0,62

Phần lớn các ĐD tự tin thực hiện các kỹ thuật ĐD cơ bản (3,15±0,49), trong khi đó khi thực hiện kỹ thuật ĐD chuyên khoa ngoại điểm trung bình của sự tự tin chỉ đạt 2,73 ±0,62. Hầu hết ĐD tại Viện CTCH đều tự nhận thực hiện tốt các kỹ thuật ĐD cơ bản, không có ĐD nào mức độ trung bình hoặc kém.



Biểu đồ 2: Biểu đồ đánh giá năng lực chuyên môn thực hiện các kỹ thuật ĐD chuyên khoa ngoại

Thực hiện kỹ thuật ĐD chuyên khoa ngoại ở nhóm thực hiện đầy đủ nhưng chưa thành thạo là (36,96%), đặc biệt không hiểu có tới 11,59%. Nhóm hiểu được nhưng chưa thực hiện được

chiếm 50%."Về năng lực thực hiện chuyên môn của điều dưỡng lâm sàng Viện chấn thương chỉnh hình hiện nay, nhìn chung Bệnh viện Việt Đức là bệnh viện chuyên ngành về ngoại khoa,

cho nên điều dưỡng là điều dưỡng ngoại bắt buộc thực hiện các quy trình của điều dưỡng từ các quy trình cơ bản lẫn quy trình chấn thương chỉnh hình đều phải bảo đảm tính vô khuẩn để an toàn cho người bệnh rất cao. Hiện nay, chuyên môn của điều dưỡng lâm sàng Viện chấn thương chỉnh hình đáp ứng được cơ bản về các yêu cầu về chuyên môn và để ở mức độ là đạt yêu cầu – Điều dưỡng khoa Phẫu thuật cột sống”.

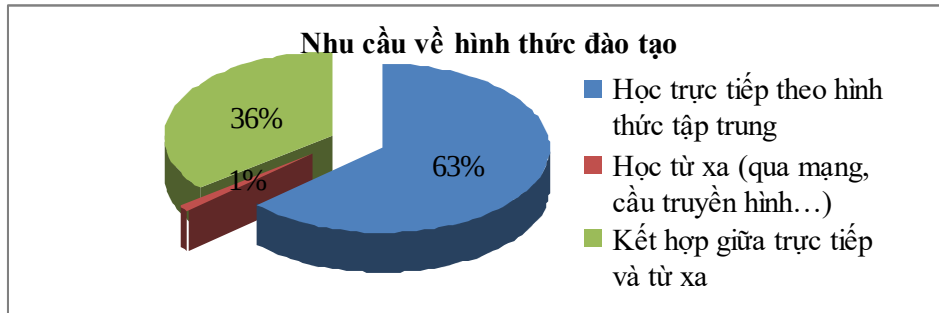
Trong công việc hiện tại có 59,24% các ĐD sử dụng nhiều các kỹ thuật ĐD cơ bản, trong khi đó tỉ lệ này ở nhóm thực hiện kỹ thuật ĐD chuyên khoa ngoại chiếm 42,31%.

3.3 Nhu cầu đào tạo liên tục cho ĐD công tác tại Viện Chấn thương chỉnh hình – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2017

Nhu cầu ĐTLT của ĐD tại Viện CTCH: Theo trình độ học vấn có 66,67% ĐD có trình độ sau đại học mong muốn đào tạo về thực hiện các kỹ thuật ĐD cơ bản và 55,91% đào tạo về thực

hiện kỹ thuật ĐD chuyên khoa ngoại. Các ĐD là nam giới có nhu cầu đào tạo cao hơn so với nữ giới ở thực hiện các kỹ thuật ĐD cơ bản (49,09% so với 43,14%) và kỹ thuật ĐD chuyên khoa ngoại (60% so với 51,76%). Về thâm niên công tác: ĐD công tác dưới 10 năm có nhu cầu đào tạo lớn hơn so với các đối tượng trên 10 năm công tác về thực hiện các kỹ thuật ĐD cơ bản (45,90% so với 42,86%) và kỹ thuật ĐD chuyên khoa ngoại (57,14% so với 46,88%).

Nhu cầu đào tạo của ĐD trong thời gian tới: Kỹ thuật viên Xương bột (18,83%); Phục hồi chức năng (PHCN) sau chấn thương (13,82%); Hồi sức cấp cứu (7,53%); An toàn truyền máu (7,53%); Chăm sóc dự phòng vết thương loét do tỳ đè (6,69%)... Thời gian các khoá đào tạo mà ĐD mong muốn tham gia kéo dài khoảng 1 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất (39,64%).



Biểu đồ 3: Biểu đồ nhu cầu hình thức đào tạo

Đa số các ĐD có nhu cầu đào tạo theo hình thức tập trung (63,31%); chỉ có 1,18% mong muốn học từ xa. Tại Viện CTCH thường xuyên tổ chức buổi sinh hoạt khoa học vào thứ 4 tuần 3 của tháng, để cập nhật kiến thức y khoa cho nhân viên tại Viện rất bổ ích.

Có 85,8% ĐD mong muốn được đào tạo ngay tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, do tổ chức tại bệnh viện vừa thuận lợi cho việc đi học và đảm bảo công việc chuyên môn "Địa điểm ở viện là tốt nhất tiện đi làm và công tác – Điều dưỡng khoa Phẫu thuật chấn thương chỉnh hình 2". Thông tin về các khoá đào tạo (32,14%) và kinh phí của BV (30,95%) là hai yếu tố chính tác động đến khả năng tham gia khoá học của các ĐD.

IV. BÀN LUẬN

Thực trạng ĐTLT của ĐD Viện CTCH phần lớn là 65,34 % đã tham gia khóa đào tạo. Tham gia các khóa đào tạo tập trung chủ yếu ở nhóm ĐD hành chính và ĐD và có tỷ lệ tham gia rất cao 74,38%, nhóm được tham gia đào tạo chủ yếu tập trung ở ĐD có trình độ dưới đại học chiếm

64,74%. Và chủ yếu ở nhóm > 10 năm công tác (78,26%). Điều này cho thấy Viện đã quan tâm tới lĩnh vực đào tạo cập nhật kiến thức chuyên môn cho các ĐD đã có thâm niên công tác tại các khoa phòng, công tác đào tạo đã được chú trọng và quan tâm của các cấp lãnh đạo Bệnh viện, viện, khoa phòng.

Các ĐD có kỹ năng về ĐD cơ bản khá tốt thể hiện qua thang điểm về mức độ tự tin là $3,15 \pm 0,49$. Các kỹ thuật ĐD cơ bản là các kỹ thuật ĐD sử dụng thường xuyên và rất nhiều trong các quy trình kỹ thuật hàng ngày chiếm tỷ lệ 71,9%. Các ĐD thực hiện được đầy đủ nhưng chưa được thành thạo chiếm tỷ lệ lớn chiếm 64,46%; các ĐD hiểu nhưng chưa thực hiện đầy đủ chiếm 29,52% trong đó tỷ lệ thực hiện thành thạo chiếm tỷ lệ 6,02% điều này cho thấy ĐD, ĐD trưởng nhóm, ĐD hành chính và cả ĐD trưởng được phân công luân phiên nhiệm vụ chăm sóc NB tại các khoa/phòng và các ĐD được tuyển chọn ban đầu trước khi vào công tác tại các khoa phòng trong BV là tốt.

Những năm vừa qua ĐD đã tham gia công tác ĐTLT chỉ để đảm bảo đúng TT 22/2013/TT - BYT qui định 48 tiết học/2 năm, tuy nhiên về nội dung ĐTLT thì chưa bao phủ hết các nhiệm vụ mà họ đang thực hiện[1]. Kết quả PVS lãnh đạo khoa/Phòng/Viện, BV cho thấy, kể cả hình thức đào tạo đang có nhiều vấn đề bất cập cần cải thiện, họ cho rằng đào tạo lý thuyết tập trung tại hội trường quá nhiều, quá tải trong công việc tại khoa lâm sàng nên khi người ĐD ngồi học ở hội trường sẽ cảm thấy mệt mỏi và nhàm chán khó tiếp thu các kỹ thuật ĐD chuyên khoa theo chuyên ngành. Chính vì thế việc đánh giá nhu cầu ĐTLT trước khi tổ chức đào tạo là việc làm hết sức cần thiết để tăng hiệu quả đào tạo và tiết kiệm chi phí. Nghiên cứu mô tả cắt ngang của Nguyễn Thị Hoài Thu về đánh giá nhu cầu ĐTLT của ĐD lâm sàng tại Bệnh viện Phổi Trung ương giai đoạn 2015 – 2017 đưa ra khuyến cáo đối với Bệnh viện cần tổ chức các khóa ĐTLT theo chuyên đề, theo thứ tự ưu tiên cho ĐD để họ được cập nhật kiến thức y khoa thường xuyên, liên tục, nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh. Đào tạo theo hình thức cầm tay chỉ việc, chú trọng các kỹ thuật thực hành tại các khoa lâm sàng[5].

ĐD tự đánh giá là muốn tham gia khóa học trong thời gian 01 tuần chiếm 39,64%; 02 tuần là 21,3%. Kết quả này thấp hơn so với kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài Thu năm 2015 với tỷ lệ của nhóm này là 72,3% và trong nghiên cứu Thực trạng và nhu cầu ĐTLT của ĐD các khoa lâm sàng Bệnh viện C Thái Nguyên năm 2016 của Nguyễn Thị Thu Hằng của nhóm này là 50%[5], [4]. Thực tế thì đó cũng là các khóa đào tạo ngắn ngày, họ có thể dễ dàng bố trí và sắp xếp thời gian thuận tiện hơn.

Đánh giá nhu cầu đào tạo ĐD của Viện CTCH Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là rất cần thiết để các nhà quản lý đánh giá lại quá trình đào tạo của mình với nhân viên của Viện và lập kế hoạch ĐTLT trong năm tiếp theo dựa trên nhu cầu của học viên. Mặt khác, hiện nay nhiều nước trên thế giới và Việt nam đang dự thảo quy định về điều kiện cấp chứng chỉ hành nghề ĐD. Nhiều ĐD hành nghề tiên tiến (APRNs) cho rằng họ cần phải được thường xuyên cập nhật kiến thức, vì vậy nên áp dụng ĐTLT cho tất cả các ĐD ở mọi cấp độ trên toàn quốc[2], [6].

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Qua tìm hiểu về thực trạng ĐTLT cho ĐD tại Viện CTCH Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho thấy: Hiện nay vẫn còn 34,66% ĐD chưa tham gia khóa đào tạo. Hình thức tổ chức đào tạo tại

Viện còn nhiều bất cập, các hình thức đào tạo tập trung chủ yếu vào các đối tượng có thâm niên công tác >10 năm và hình thức đào tạo ngắn ngày là 01 tuần chiếm tỷ lệ lớn, các khóa đào tạo dài hạn từ 01 tháng đến 03 tháng lại ít hầu như không có trong các lĩnh vực như: kiểm soát nhiễm khuẩn, chăm sóc cơ bản, chăm sóc nâng cao, chăm sóc chuyên ngành. Nhu cầu đào tạo trong thời gian tối cần ưu tiên thực hiện: (1) Kỹ thuật viên Xương bột, (2) Phục hồi chức năng sau chấn thương, (3) Chăm sóc dự phòng vết thương loét do tỳ đè, (4) Giảm viêm ĐD giảm đau lâm sàng, (5) Hồi sức cấp cứu và an toàn truyền máu... với hình thức đào tạo tập trung. Qua đó chúng tôi đưa ra một số khuyến nghị sau: Đối với các ĐD viên tích cực chủ động tham gia các khóa đào tạo; đối với Viện CTCH và Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức: thành lập khóa đào tạo cho ĐD hàng năm đặc biệt những ĐD chưa được tham gia các khóa đào tạo, tạo điều kiện, hỗ trợ kinh phí cho ĐD tham gia các khóa đào tạo, hàng năm thường xuyên đánh giá thực trạng nhu cầu đào tạo của ĐD để cho các khóa đào tạo đạt hiệu quả tốt.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin cảm ơn sự giúp đỡ của Viện CTCH – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã tạo điều kiện thuận lợi cho nhóm tiến hành nghiên cứu. Tác giả cũng xin gửi lời cảm ơn chân thành đến các thầy cô Trường Đại học Y tế công cộng đã có những góp ý sâu sắc giúp hoàn thiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (9/8/2013)**, Thông tư hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế, 22/2013/TT-BYT, Bộ Y tế, chủ biên, Hà Nội.
- Bộ Y tế (30/10/2013)**, Thông tư Quy định về thu hồi chứng chỉ hành nghề, giấy phép hoạt động và đình chỉ hoạt động chuyên môn của người hành nghề, cơ sở khám bệnh chữa bệnh, 35/2013/TT-BYT, chủ biên, Hà Nội.
- Bộ Y tế - Bộ Nội Vụ (7/10/2015)**, Thông tư liên tịch quy định mã số, tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật y, 26/2015/TTLT-BYT-BNV, chủ biên, Hà Nội.
- Nguyễn Thị Thu Hằng (2016)**, *Thực trạng và nhu cầu đào tạo liên tục của điều dưỡng các khoa lâm sàng Bệnh viện C Thái Nguyên năm 2016* Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng, HN.
- Nguyễn Thị Hoài Thu (2015)**, *Đánh giá nhu cầu đào tạo liên tục của điều dưỡng lâm sàng tại Bệnh viện Phổi Trung Ương, giai đoạn 2015 - 2017* Quản lý bệnh viện, Đại học y tế công cộng, Hà Nội.
- American nurses association (2007)**, Continuing Professional Development, *Continuing Education (CE) Catalog*.
- Jacqueline R và Maria V (2006)**, "What role can a training needs analysis play in organisational change?", *Journal of Organizational Change Management*. 19(3), pp. 393-407.

TƯƠNG QUAN GIỮA HỘI CHỨNG CHUYỂN HOÁ VÀ NỒNG ĐỘ ACID URIC MÁU Ở NGƯỜI KIỂM TRA SỨC KHỎE TỔNG QUÁT

Huỳnh Kim Phụng*

TÓM TẮT

Mở đầu: Hội chứng chuyển hoá (HCCH) và tăng acid uric máu (AUM) đều là yếu tố nguy cơ đối với bệnh lý tim mạch. Tuy nhiên, mối tương quan giữa HCCH và nồng độ acid uric máu vẫn chưa được công nhận. Nghiên cứu này nhằm đánh giá mối tương quan giữa HCCH và nồng độ AUM ở những đối tượng không triệu chứng đi kiểm tra sức khỏe tổng quát. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu cắt ngang, có phân tích, từ 06/2017 đến 08/2017. Tiến hành trên 500 trường hợp (TH) kiểm tra sức khỏe tổng quát tại Khoa Chăm sóc Sức khỏe theo yêu cầu – Bệnh viện Chợ Rẫy. Đối tượng nghiên cứu có tuổi ≥ 16 , thực hiện bộ kiểm tra sức khỏe tổng quát bao gồm nồng độ acid uric máu sau khi nhịn ăn 10 giờ. Tăng AUM khi $>7\text{mg/dL}$ đối với nam và $>6\text{mg/dL}$ đối với nữ. Chẩn đoán HCCH dựa trên định nghĩa của Hiệp hội Đái tháo đường thế giới (International Diabetes Federation – IDF) 2006. Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 22.0 để phân tích tương quan đơn biến và đa biến (giá trị $p < 0,05$). **Kết quả:** Tuổi trung bình $43 \pm 12,974$, nam chiếm đa số hơn nữ (51,6% so với 48,4%), HCCH chiếm 28,8% (144/500 TH), tăng AUM chiếm 33,6% (168/500 TH). Bảng phân tích hồi quy logistic, ghi nhận tương quan có ý nghĩa giữa HCCH với các biến số theo thứ tự tương quan từ cao đến thấp: tiền căn tăng huyết áp (OR=7,408), rượu (OR=3,534), AUM (OR=1,690), tuổi (OR=1,032), Apo lipoprotein B (OR=1,017), Apo lipoprotein A1 (OR=0,978), giới tính (OR=0,173) với giá trị $p < 0,05$. Như vậy, AUM có tương quan có ý nghĩa với HCCH, nếu AUM tăng 1 đơn vị thì tỷ số chênh tăng OR 1,69 lần nghĩa là nguy cơ HCCH tăng 1,69 lần. **Kết luận:** AUM là một trong 7 yếu tố nguy cơ có tương quan với HCCH và khi AUM tăng 1 đơn vị thì nguy cơ mắc HCCH tăng 1,69 lần ($p=0,000$; OR=1,69), kết quả này gợi ý AUM là một thành tố của HCCH.

Từ khóa: acid uric máu, tăng acid uric máu, hội chứng chuyển hoá.

SUMMARY

THE ASSOCIATION BETWEEN METABOLIC SYNDROME AND SERUM URIC ACID LEVEL IN THE HEALTH CHECK-UP EXAMINEES

Background: Metabolic syndrome (MetS) and hyperuricemia are significant risk factors of cardiovascular diseases. However, findings regarding the association between MetS and serum uric acid (SUA) level have been inconsistent. This present study

was to assess correlation between MetS and the potential value of SUA level among non-symptom health check-up examinees. **Methods:** The cross-sectional prospective analyzed study from June to August 2017. A total of 500 subjects who were non-symptom and underwent general health check-up examination at Health Care Department of Cho Ray hospital – Viet Nam. Age of subject ≥ 16 years old. 10 hour-fasting blood tests were conducted. Hyperuricemia was defined as SUA $>7\text{mg/dL}$ for male and $>6\text{mg/dL}$ for female. The definition of MetS is based on definition of International Diabetes Federation – IDF 2006. Software SPSS 22.0 was used for comparative analysis by T-student test and correlative analysis by Anova test and Pearson test (p value < 0.05). **Results:** Mean age 43; male is dominant 51.6% (258/500); MetS was present in 28.8% (144/500); hyperuricemia 33.6% (168/500). Logistic regression analysis of risk factors for MetS disclosed that the statistically significant correlation between MetS with risk factors with OR levels respectively including: previous hypertension (OR=7.408), alcoholic consumption (OR=3.534), AUM (OR=1.690), age (OR=1.032), Apo lipoprotein B (OR=1.017), Apo lipoprotein A1 (OR=0.978), gender (OR=0.173). This corresponded to an increase by 1.69 time in MetS likelihood for each 1 mg/dl SUA increment. **Conclusion:** SUA is one of 7 risk factors related to MetS, and an increment of 1mg/dl in SUA is correlated with a 1.69 time higher MetS likelihood ($p=0.000$; OR=1.69). This result suggested that SUA is a determinant of MetS.

Key words: serum uric acid, hyperuricemia, metabolic syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù vai trò của tăng AUM đối với bệnh tim mạch và bệnh thận vẫn còn nhiều tranh cãi, nhưng những phát hiện từ những nghiên cứu gần đây tại nhiều nơi trên thế giới đã cho thấy liên quan giữa tăng AUM và sự hiện diện của HCCH. Bệnh lý tim mạch đã được chứng minh có liên quan nồng độ AUM và sự gia tăng thành tố của HCCH. Đã có nhiều nghiên cứu chứng minh mối liên quan giữa nồng độ AUM và các yếu tố nguy cơ tim mạch như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu. Tuy nhiên, hiện chưa có nhiều nghiên cứu khảo sát mối tương quan giữa HCCH và nồng độ AUM bằng phân tích tương quan đa biến.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, cắt ngang có phân tích. Thời gian từ 06/2017 đến 08/2017.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: tất cả người đến kiểm tra sức khỏe tổng quát tại khoa CSSK theo yêu cầu – BV Chợ Rẫy.

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Phụng

Email: drphuongkimhuynh@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.8.2017

Ngày duyệt bài: 10.8.2017

Tiêu chuẩn loại trừ

- Đang sử dụng thuốc điều trị hạ acid uric máu (allopurinol, febuxostat...)

- Đang sử dụng các thuốc lợi tiểu, thuốc điều trị bệnh ung thư.

- Cỡ mẫu thuận tiện

Tiến hành: Tất cả người trong nhóm nghiên cứu được ghi nhận tiền căn bệnh sử, thuốc đang sử dụng, lượng bia rượu tiêu thụ, vận động thể dục thể thao, thói quen hút thuốc lá...

- Lấy sinh hiệu: huyết áp tâm thu/tâm trương bằng máy đo huyết áp tự động hiệu OMRON-Nhật Bản ở tư thế ngồi sau khi ngồi nghỉ 15 phút trước khi lấy máu.

- Chỉ số khối cơ thể BMI (body mass index) được tính bằng cân nặng (kg) chia cho bình phương chiều cao (m²).

- Đo vòng bụng ngang với rốn hoặc ngang giữa bờ dưới xương sườn và bờ trên xương chậu, ở tư thế đứng sau khi thở ra bình thường.

- Thực hiện các xét nghiệm máu trong bộ kiểm tra sức khỏe tổng quát sau khi nhịn đói 10 tiếng, bao gồm: đường máu đói, bộ lipid máu (triglyceride, HDL-cho, LDL-cho), HbA1c, acid uric, Bun, creatinin, công thức máu, AST (aspartate amino transferase), ALT (alanine aminotransferase), GGT (gamma-glutamyl transpeptidase).

- Xét nghiệm máu và tất cả các biến số đều ghi nhận trong cùng ngày.

- Các thành tố của HCCH dựa trên các yếu tố: HATT, HATT_r, vòng bụng, BMI, triglyceride máu, HDL-cholesterol, đường máu đói.

Thu thập và phân tích số liệu**Các định nghĩa:**

- Chẩn đoán tăng huyết áp (THA) theo định nghĩa của JNC VII hoặc đã được chẩn đoán THA.

- Đái tháo đường (ĐTĐ) theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ADA 2013 hoặc đã được chẩn đoán ĐTĐ.

- Acid Uric máu tăng khi >7mg/dL (nam giới) và >6mg/dL (nữ giới)

- AST/ALT tăng khi ≥40mg/dL, GGT tăng khi ≥50mg/dL

Định nghĩa các thành tố theo IDF 2006

Chẩn đoán HCCH theo tiêu chuẩn của IDF 2006 khi: béo bụng hoặc béo phì kèm theo từ 2 trở lên các thành tố còn lại của HCCH

- Béo bụng: vòng bụng ≥90cm (nam) và ≥80cm (nữ)

- Béo phì: BMI ≥25

- TG ≥150mg% (1,7mmol/L)

- HDL-Cho <40mg/dl (nam) và <50mg/dl (nữ)

- Huyết áp cao khi HATT ≥130mg% hoặc HATT_r ≥85mg%.

- Tăng đường máu đói khi đường máu đói sau 10 tiếng ≥100mg/dl (5,6mmol/l)

Xử lý và phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 22.0, phép kiểm T- student để so sánh các giá trị, phân tích đa biến để khảo sát tương quan giữa các biến số. Số liệu có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0.05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Khảo sát trên 500 đối tượng không có triệu chứng bệnh đi kiểm tra sức khỏe tổng quát ghi nhận như sau: tuổi trung bình $43 \pm 12,974$, nam chiếm đa số hơn nữ (51,6% so với 48,4%), HCCH chiếm 28,8% (144/500 TH), tăng AUM chiếm 33,6% (168/500 TH)

Bảng 1: Tương quan đơn biến giữa HCCH với các yếu tố chuyển hoá

	HCCH									P
	Không			Có			Toàn mẫu			
	TB	TV	ĐLC	TB	TV	ĐLC	TB	TV	ĐLC	
CN (kg)	58,71	58,00	9,65	67,83	67,00	13,37	61,33	60,00	11,60	<0,001
BMI	22,34	22,22	2,62	25,61	25,47	3,47	23,29	23,00	3,24	<0,001
VB (cm)	79,89	80,00	7,83	89,52	90,00	9,29	82,67	82,00	9,35	<0,001
HATT (mmHg)	117,59	116,00	16,70	132,90	134,00	18,59	122,00	120,00	18,59	<0,001
HATT _r (mmHg)	74,77	74,00	11,41	84,24	84,00	12,02	77,50	76,00	12,35	<0,001
ĐM đói (mg/dl)	84,88	83,00	16,18	106,82	93,00	65,73	91,21	86,00	39,06	<0,001
Cho-TP (mg/dl)	197,33	196,00	39,23	211,99	207,50	57,18	201,55	199,00	45,57	0,001
HDL-Cho (mg/dl)	49,54	48,00	10,88	40,80	40,00	9,66	47,03	46,00	11,26	<0,001
LDL-Cho (mg/dl)	125,40	123,00	35,11	121,25	116,50	48,96	124,21	122,00	39,60	0,356
TG	136,87	112,00	103,69	298,48	206,50	363,72	183,41	139,00	225,67	<0,001

(mg/dl)										
AUM (mg/dl)	5,83	5,60	1,54	6,76	6,60	1,88	6,10	6,00	1,70	<0,001
Apo A1 (mg/dl)	154	154	23	146	147	25	151	151	24	0,008
Apo B (mg/dl)	102	99	25	120	119	33	108	107	29	<0,001

CN: cân nặng, BMI: body mass index, VB: vòng bụng, HATT: huyết áp tâm thu, HATT_r: huyết áp tâm trương, ĐM: đường máu, TG: triglyceride, AUM: acid uric máu,

Nhận xét: HCCH tương quan có ý nghĩa với các yếu tố chuyển hoá bao gồm: cân nặng, BMI, vòng bụng, HATT, HATT_r, đường máu đói, cholesterol toàn phần, HDL-cholesterol, Triglyceride, AUM, Apo Lipoprotein A1, Apo Lipoprotein B ($p \leq 0,001$). Không ghi nhận tương quan có ý nghĩa giữa HCCH với LDL-cholesterol ($p=0,356$)

Bảng 2: Tương quan đa biến giữa HCCH và các yếu tố chuyển hoá

		Hệ số hồi quy (beta)	Độ lệch chuẩn	Phép kiểm Wald	Độ tự do	P	OR
Bước 1 ^a	Apo A1	-,021	,008	7,851	1	,005	,979
	Apo B	,016	,006	6,961	1	,008	1,016
	AUM	,536	,128	17,621	1	,000	1,709
	Tuổi	,031	,012	6,335	1	,012	1,032
	Giới tính	-1,941	,554	12,262	1	,000	,144
	TC THA	2,019	,456	19,617	1	,000	7,529
	HTL	,343	,465	,546	1	,460	1,410
	Rượu			6,459	2	,040	
	ruou(1)	1,270	,525	5,845	1	,016	3,561
	ruou(2)	,339	,633	,286	1	,593	1,403
	Thế dục	,370	,306	1,461	1	,227	1,448
Bước 2 ^a	Constant	-3,882	1,517	6,545	1	,011	,021
	Apo A1	-,022	,008	8,377	1	,004	,978
	Apo B	,016	,006	7,359	1	,007	1,016
	AUM	,530	,128	17,273	1	,000	1,699
	Tuổi	,032	,012	6,650	1	,010	1,032
	Giới tính	-1,816	,521	12,151	1	,000	,163
	TC THA	2,016	,456	19,580	1	,000	7,505
	Rượu			6,496	2	,039	
	ruou(1)	1,272	,523	5,918	1	,015	3,568
	ruou(2)	,357	,629	,322	1	,570	1,429
	Thế dục	,392	,304	1,660	1	,198	1,480
Bước 3 ^a	Constant	-3,851	1,515	6,460	1	,011	,021
	Apo A1	-,022	,008	8,405	1	,004	,978
	Apo B	,016	,006	7,438	1	,006	1,017
	AUM	,525	,127	17,068	1	,000	1,690
	Tuổi	,032	,012	6,657	1	,010	1,032
	Giới tính	-1,755	,516	11,586	1	,001	,173
	TC THA	2,003	,452	19,644	1	,000	7,408
	Rượu			6,422	2	,040	
	Rượu(1)	1,263	,520	5,902	1	,015	3,534
	Rượu(2)	,378	,627	,363	1	,547	1,459
	Constant	-3,635	1,496	5,907	1	,015	,026

Apo A: Apo lipoprotein A1, Apo B: Apo lipoprotein B, TC THA: tiền căn tăng huyết áp, CN: cân nặng, BMI: body mass index, VB: vòng bụng, HATT: huyết áp tâm thu, HATT_r: huyết áp tâm trương, ĐM: đường máu, TG: triglyceride, AUM: acid uric máu, rượu (1): khi uống <1,5lon

bia/ngày và rượu(2): khi uống $\geq 1,5$ lon/ngày.

Các biến số đưa vào bước 1: Apo A1, Apo B, AUM, tuổi, giới tính, tiền căn tăng huyết áp, hút thuốc lá, uống rượu, thói quen tập thể dục.

Nhận xét: Phân tích hồi quy đa biến giữa HCCH và các biến số: tuổi, giới tính, rượu, thể

dục, hút thuốc lá, tiền căn tăng huyết áp (THA), AUM, Apo A1, Apo B. Kết quả sau khi loại biến số; ghi nhận Apo A1, AUM, tuổi, giới tính, tiền căn tăng huyết áp, thói quen uống rượu có mối tương quan độc lập với HCCH sau khi đã trung hoà những yếu tố gây nhiễu khác.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 500 người kiểm tra sức khoẻ tổng quát, chúng tôi ghi nhận HCCH chiếm 28,8% (144/500 TH), tăng AUM chiếm 33,6% (168/500 TH).

Theo kết quả nghiên cứu của Earl S. Ford và Cs⁽²⁾ ghi nhận tần suất HCCH 39,0±1,1% khi chẩn đoán dựa trên tiêu chuẩn IDF 2006 và theo tác giả này tiêu chuẩn theo IDF 2006 đánh giá tần suất HCCH cao hơn so với tiêu chuẩn chẩn đoán của NCEP-ATP III (National Cholesterol Education Program – Third Adult Treatment Panel). Theo Ebrahimpour P. và Cs⁽³⁾ ghi nhận tần suất của HCCH là 29,9% từ khảo sát trên 1.573 người khoẻ mạnh dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán của WHO (World Health Organization). Theo tác giả Onat A. và Cs⁽⁷⁾ tần suất này là 39,1% dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán ATP III. Như vậy, so sánh với những nghiên cứu nước, tần suất HCCH trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, điều này có thể giải thích do khác biệt chủng tộc, tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH.

Qua phân tích bằng phép kiểm T-Student (bảng 1) ghi nhận HCCH tương quan có ý nghĩa với các yếu tố chuyển hoá bao gồm: cân nặng, BMI, vòng bụng, HATT, HATTr, đường máu đói, cholesterol toàn phần, HDL-cholesterol, Triglyceride, AUM, Apo Lipoprotein A1, Apo Lipoprotein B ($p \leq 0,001$); tuy nhiên không ghi nhận tương quan có ý nghĩa giữa HCCH với LDL-cholesterol ($p=0,356$). Các yếu tố BMI, vòng bụng, HATT, HATTr, đường máu đói, HDL-cholesterol, Triglyceride là những thành tố của HCCH. Vì vậy, qua kết quả này đã ghi nhận thêm HCCH có mối tương quan có ý nghĩa với những yếu tố chuyển hoá khác cần phải đánh giá thêm: AUM, Apo lipoprotein A1, Apolipoprotein B

Theo kết quả của nhiều nghiên cứu nước ngoài đã ghi nhận tương quan có ý nghĩa giữa AUM và HCCH^(3,4,5,7). Bên cạnh đó, mối tương quan giữa HCCH và Apo lipoprotein A1 và Apo Lipoprotein B cần phải có khảo thêm. Theo Ebrahimpour P. và Cs⁽³⁾ ghi nhận tương quan độc lập giữa AUM và HCCH, tuy nhiên khác với nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu này không ghi nhận mối tương quan giữa AUM với đường máu đói.

Kết quả khảo sát mối tương quan đa biến bằng phân tích hồi qui logistic theo kỹ thuật backward conditional giữa HCCH với các yếu tố chuyển hoá (bảng 2) qua 3 bước. Bước 1 chúng tôi loại đi những biến số là thành tố của HCCH bao gồm: BMI, vòng bụng, HATT, HATTr, cholesterol, Triglyceride, đường máu đói; đây chính là những yếu tố gây nhiễu khi khảo sát mối tương quan bằng phân tích đa biến. Qua 3 bước khảo sát tương quan đa biến, chúng tôi ghi nhận mối tương quan có ý nghĩa giữa HCCH với các biến số: tuổi, giới tính, rượu, tiền căn tăng huyết áp, Apo lipoprotein A1, Apo lipoprotein B, AUM. Khi so sánh mức độ tương quan, chúng tôi ghi nhận HCCH tương quan với các yếu tố theo thứ tự từ cao đến thấp: tiền căn tăng huyết áp (OR=7,408), rượu (OR=3,534), AUM (OR=1,690), tuổi (OR=1,032), Apo lipoprotein B (OR=1,017), Apo lipoprotein A1 (OR=0,978), giới tính (OR=0,173). Như vậy, AUM có tương quan có ý nghĩa với HCCH, nếu AUM tăng 1 đơn vị thì tỷ số chênh tăng OR 1,69 lần nghĩa là nguy cơ HCCH tăng 1,69 lần.

Giới tính cũng có tương quan có ý nghĩa với HCCH, nhóm nữ là nhóm chuẩn, do vậy kết quả bảng 2 cho thấy nhóm nam có tỷ số chênh về nguy cơ chỉ có 0,173 lần so với nhóm nữ, tỷ số nguy cơ nữ bị HCCH cao hơn 5,78 lần so với nam ($1/0,173=5,78$). Tương tự, tiền căn tăng huyết áp có tương quan ý nghĩa với HCCH, người có tiền căn tăng huyết áp có nguy cơ cao gấp 7,408 lần so với người không có tiền căn tăng huyết áp. Tuổi tăng 1 tuổi có nguy cơ bị HCCH tăng 1,032. Khi Apo lipoprotein B tăng 1 đơn vị thì tăng nguy cơ HCCH lên 1,017.

V. KẾT LUẬN

AUM là một trong 7 yếu tố nguy cơ có tương quan ý nghĩa với HCCH và khi AUM tăng 1 đơn vị thì nguy cơ mắc HCCH tăng 1,69 lần ($p=0,000$; OR=1,69), kết quả này gợi ý AUM là một thành tố mới của HCCH.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alberti K.G.M.M., Zimmet P., Shaw J. (2006), "Metabolic syndrome – a new world-wide definition. A consensus statement from the international diabetes federation". *Diabetic Medicine*, 23, p.469-480.
2. Earl S. Ford (2005), "Prevalence of the metabolic syndrome defined by the international diabetes federation among adults in the U.S.". *Diabetes Care*, 28(11), p. 2745-2749.
3. Ebrahimpour P, Fakhrzadeh H, Heshmat R, Bandarian F, Larijani B. (2008), "Serum uric acid level and risk of metabolic syndrome in a

- population of health subjects". *Endocr. Pract.*, 14(3), p. 298-304.
4. Lin Shi-Dou, Dong-Hwa Tsai, Shang-Ren Hsu, (2006), "Association between serum uric acid level and components of the metabolic syndrome". *Journal Chin Med Assoc.*, 69(11), p. 512-516.
 5. Liou TL, Lin MW, Hsiao LC, Tsai TT, Chan WL, Ho LT, et al. (2006), "Is hyperuricemia another facet of the metabolic syndrome?". *J Chin Med Assoc.*, 69, p.104-9.
 6. Nestel P, Lyu R, Low LP, Sheu WH, Nitiyanant W, Saito I, et al. (2007), "Metabolic syndrome: recent prevalence in East and Southeast Asian populations". *Asia Pac J Clin Nutr.*, 16, p. 362-7.
 7. Onat A, Uyarel H, Hergenc G, Karabulut A, Albayrak S, Sari I, et al. (2006), "Serum uric acid is a determinant of metabolic syndrome in a population-based study". *Am J Hypertens.*, 19, p.1055-62.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DẬY THÌ SỚM TRUNG ƯƠNG VÔ CĂN Ở TRẺ GÁI BẰNG TRIPTORELIN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Lê Ngọc Duy*, Vũ Chí Dũng*, Bùi Phương Thảo*, Lê Thanh Hải*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả điều trị dậy thì sớm trung ương vô căn ở trẻ gái bằng triptorelin. **Phương pháp:** nghiên cứu can thiệp so sánh trước và sau điều trị cho 57 bệnh nhân DTSTU tại Bệnh viện Nhi trung ương từ 2013 - 2017. **Kết quả:** Thời gian điều trị trung bình là $2,5 \pm 1,1$ năm (1 đến 5,8 năm). Tuổi bắt đầu điều trị trung bình là $8,01 \pm 1,07$ tuổi và tuổi xương là $10,3 \pm 1,1$ tuổi. Tuổi kết thúc điều trị là $10,6 \pm 0,5$ tuổi. Tuổi xương khi kết thúc điều trị là $11,82 \pm 0,84$ tuổi. Thuốc có tác dụng ức chế sự tiến triển của các đặc tính sinh dục phụ, giảm kích thước tử cung, không ảnh hưởng đến BMI và làm giảm có ý nghĩa nồng độ huyết thanh của LH, FSH và estradiol cơ bản sau khi điều trị và ổn định trong suốt quá trình điều trị. Chiều cao trưởng thành dự báo ban đầu là $153,06 \pm 6,99$ cm, chiều cao di truyền dự báo là $155,61 \pm 3,34$ cm và chiều cao trưởng thành dự báo là $158,60 \pm 6,45$ cm. Tăng chiều cao (chênh lệch chiều cao trưởng thành dự báo trước và sau điều trị) là $4,91 \pm 2,86$ cm. Chiều cao dự báo lúc trưởng thành tăng cao nhất ở nhóm có tuổi bắt đầu điều trị dưới 6 tuổi, từ 6-8 tuổi và trên 8 tuổi tương ứng là $10,40 \pm 3,70$ cm; $6,13 \pm 3,85$ cm và $3,79 \pm 3,26$ cm. **Kết luận:** liệu pháp điều trị dậy thì sớm trung ương bằng triptorelin làm ngừng tiến triển dậy thì, giảm nồng độ các hormone về giới hạn trước dậy thì và đặc biệt là cải thiện chiều cao trưởng thành dự báo.

Từ khóa: Dậy thì sớm trung ương vô căn. Chiều cao trưởng thành dự báo.

SUMMARY

OUTCOME OF TREATMENT WITH TRIPTORELINE FOR IDIOPATHIC CENTRAL PRECOCIOUS PUBERTY IN GIRLS AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Aims: To evaluate the results of treatment with triptoreline for idiopathic central precocious puberty in

girls. **Methods:** uncontrolled before-after study of 57 patients with central precocious puberty at Vietnam National Children's Hospital in a period from 2013 to 2017. **Results:** the duration of treatment from 1 to 5.8 years, an average of 2.5 ± 1.1 years. The mean age at starting point of treatment was 8.01 ± 1.07 years and bone age was 10.3 ± 1.1 years. The age at the end of treatment was 10.6 ± 0.5 years. Bone age at the end of treatment was 11.82 ± 0.84 years. The drug suppressed the progression of secondary sexual characteristics, reduced the size of the uterus, did not affect BMI, and significantly reduced plasma levels of LH, FSH and estradiol and stabilization on during treatment. The initial predicted height was 153.06 ± 6.99 cm before treatment, the genetic height was 155.61 ± 3.34 cm and the predicted final height is 158.60 ± 6.45 cm after treatment. The gain in height (difference between PAH at start and FH) was 4.91 ± 2.86 cm. The highest increase in predicted final height was 10.40 ± 3.70 cm, then 6.13 ± 3.85 and 3.79 ± 3.26 cm in treated age groups as less than 6 years, 6 to 8 years and over 8 years, respectively. **Conclusion:** in girls with idiopathic central precocious puberty, treatment with triptoreline was effective in stopping the development of puberty, decreasing hormone levels as pre-puberty period, and improving the predicted final height.

Keywords: idiopathic central precocious puberty, predicted final height.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dậy thì sớm trung ương (DTSTU) 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]. 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. Bên cạnh đó, những thay đổi cơ thể nhanh chóng sẽ khiến trẻ và cha mẹ lo lắng. Nếu không điều trị, trẻ trai DTS sẽ có chiều cao khi trưởng thành thấp hơn 20cm so với trẻ bình thường, còn trẻ gái không điều trị cũng có

*Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Duy

Email: duy2411@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2017

Ngày duyệt bài: 31.8.2017

chiều cao khi trưởng thành thấp hơn 12cm so với trẻ gái không bị DTSTƯ [1]. Tại Việt Nam chưa có công trình nghiên cứu nào đánh giá về kết quả điều trị của thuốc đồng vận GnRH lên chiều cao trưởng thành. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị dậy thì sớm trung ương vô căn ở trẻ gái bằng triptorelin tại bệnh viện Nhi Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 57 trẻ gái chẩn đoán là DTSTƯ vô căn tại Khoa Nội tiết-Chuyển hóa-Di truyền, Bệnh viện Nhi trung ương trong thời gian 2013-2017.

*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. Tăng kích thước tuyến vú từ phân độ Tanner giai đoạn 2 trở lên. Tăng chiều cao trên + 2SD so với tuổi. Tuổi xương lớn hơn tuổi thực > 1 năm. Nồng độ các hormone trong huyết thanh estradiol (E2)

*Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm các trẻ gái có DTSTƯ có căn nguyên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp không có nhóm chứng và đối chứng trước sau can thiệp. Đánh giá hiệu quả bằng cách so sánh các biến số nghiên cứu trước và sau điều trị: cân nặng (kg), chiều cao (kg), chỉ số khối cơ thể (BMI), tuyến vú, lông mu, tốc

độ tăng trưởng chiều cao, tuổi xương (năm), nồng độ LH, FSH, estradiol cơ bản. Các thời điểm đánh giá: trước điều trị, sau 6 tháng và mỗi năm tiếp theo đến khi ngừng điều trị. Chiều cao dự đoán (cm) trước và sau điều trị theo bảng ước tính chiều cao của Post EM Richman dựa trên tuổi xương và chiều cao tại thời điểm đánh giá đối với trẻ chưa có kinh nguyệt và theo Headings đối với trẻ đã có kinh nguyệt. Chiều cao di truyền = {(chiều cao của bố+ chiều cao của mẹ)/2 - 6,5}(cm). Hiệu quả tăng chiều cao được tính bằng chiều cao trưởng thành dự đoán tại thời điểm sau điều trị - chiều cao trưởng thành dự đoán ban đầu (cm).

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Kết quả được ghi lại theo mẫu bệnh án thống nhất. Các biến số trình bày với giá trị trung bình (biến số định lượng), tỉ lệ phần trăm (biến số định tính), so sánh trước sau điều trị. Số liệu được nhập, làm sạch, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 57 trẻ gái kết thúc điều trị, thời gian điều trị từ 1 đến 5,8 năm, trung bình là $2,5 \pm 1,1$ năm. Tuổi bắt đầu điều trị trung bình là $8,01 \pm 1,07$ tuổi và tuổi xương là $10,3 \pm 1,1$ tuổi. Tuổi kết thúc điều trị là $10,6 \pm 0,5$ tuổi. Tuổi xương khi kết thúc điều trị là: $11,82 \pm 0,84$ tuổi. Liều thuốc triptorelin trung bình là $3,74 \pm 0,01$ mg.

Bảng 1. Tác dụng ức chế sự phát triển đặc tính sinh dục thứ phát

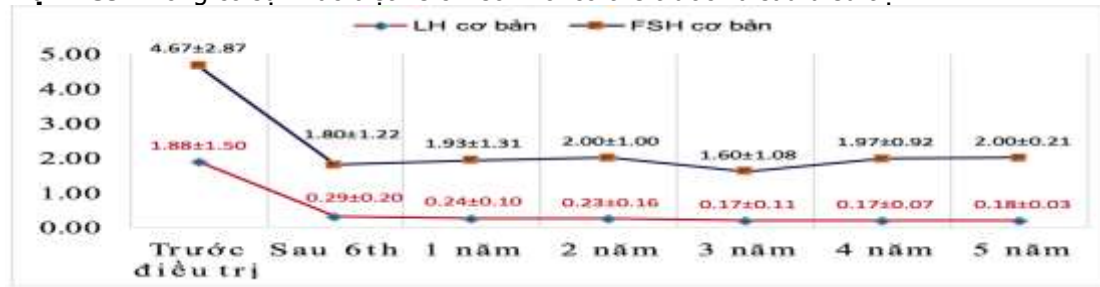
Triệu chứng	Bắt đầu điều trị n=57	Sau 6 tháng n=57	1 năm n=57	2 năm n=57	3 năm n=54	4 năm n=27	5 năm n=11	p
Mức độ vú to	B1= 0	B1= 1	B1= 1	B1= 5	B1= 2	B1= 1	B1= 0	> 0,05
	B2=17	B2= 22	B2= 22	B2= 24	B2= 25	B2= 17	B2= 7	
	B3=23	B3=24	B3=24	B3= 20	B3= 21	B3= 6	B3= 3	
	B4=17	B4=10	B4=10	B4= 8	B4= 6	B4= 3	B4= 1	
Lông mu	P1=44	P1=44	P1=44	P1=44	P1=42	P1=22	P1=11	> 0,05
	P2=12	P2=12	P2=12	P2=12	P2=10	P2=4	P2=0	
	P3=1	P3=1	P3=1	P3=1	P3=2	P3=1	P3=0	
Kinh nguyệt	6	0	0	0	0	0	0	

Nhận xét: Tác dụng ức chế các đặc tính sinh dục phụ thứ phát được thể hiện rõ trên sự ngừng sự phát triển tuyến vú và không làm phát triển lông mu. Kinh nguyệt ngừng ngay sau mũi tiêm đầu tiên ở 6 trẻ gái ($p < 0,05$).

Bảng 2. Sự thay đổi chỉ số khối cơ thể

Chỉ số	Trước điều trị n=57	Sau điều trị 6 tháng n=57	1 năm n=54	2 năm n=27	3 năm n= 24	4 năm n= 11	5 năm n=4	p
Thấp cân	3 (5,2%)	3 (5,2%)	2 (3,7%)	1 (3,7%)	1 (4,2%)	1 (9,1%)	1 (25%)	>0,05
Bình thường	37 (65%)	37 (65%)	38 (70,4%)	20 (74,1%)	18 (75%)	9 (81,8%)	3 (75%)	
Thừa cân	13 (22,8%)	13 (22,8%)	12 (22,2%)	5 (18,5)	4 (16,6%)	1 (9,1%)	0	
Béo phì	4 (7%)	4 (7%)	2 (3,7%)	1 (3,7%)	1 (4,2%)	0	0	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về chỉ số khối cơ thể trước và sau điều trị

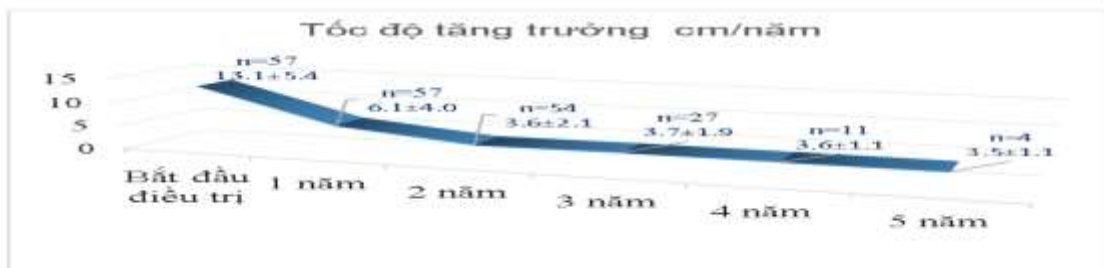


Biểu đồ 1. Giảm sự phóng thích gonadotropin trong quá trình điều trị



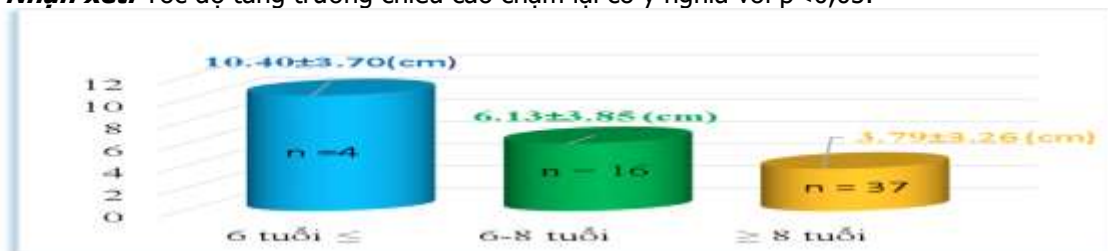
Biểu đồ 2. Sự thay đổi nồng độ huyết thanh của estradiol trong quá trình điều trị

Nhận xét: Biểu đồ 1 và 2 cho thấy nồng độ LH và FSH cơ bản một cách có ý nghĩa từ mức dậy thì là 1,88±1,50 (IU/L) và 4,67±2,87 (IU/L) tương ứng xuống dưới mức dậy thì sau 6 tháng điều trị với LH < 0,3 IU/L và tiếp tục duy trì hằng định trong suốt thời gian điều trị tiếp theo.



Biểu đồ 3. Tốc độ tăng trưởng chiều cao

Nhận xét: Tốc độ tăng trưởng chiều cao chậm lại có ý nghĩa với p<0,05.



Biểu đồ 4. Tăng chiều cao trưởng thành dự đoán theo từng nhóm tuổi

Nhận xét: Chiều cao tăng từ 0 - 15 cm sau khi kết thúc điều trị. Chiều cao dự báo tăng nhiều nhất ở nhóm tuổi bắt đầu điều trị dưới 6 tuổi là 10,40±3,70 cm, tăng ít nhất ở nhóm tuổi trên 8 tuổi là 3,79±3,26 cm và tăng 6,13± 3,85 ở nhóm trẻ từ 6- 8 tuổi. Có 01 trẻ không tăng chiều cao trước và sau điều trị vì tuổi bắt đầu điều trị là 9,5 tuổi và lý do đến khám là có kinh nguyệt.

Bảng 3. Kết quả tăng chiều cao dự báo

Chiều cao dự đoán (cm)	Chiều cao di truyền(cm)	Chiều cao cuối cùng(cm)	Chiều cao dự báo tăng trước và sau điều trị (cm)	p
153,06±6,99	155,61±3,34	158,60±6,45	4,91 ± 2,86	< 0,05

VI. BÀN LUẬN

Có 57 trẻ DTSTƯ vô căn được điều trị trong thời gian từ 1 đến 5,8 (năm), trung bình là $2,5 \pm 1,1$ (năm). Tuổi bắt đầu điều trị trung bình là $8,01 \pm 1,07$ (tuổi) và tuổi xương $10,3 \pm 1,1$ (tuổi). Tuổi ngừng trị là $10,6 \pm 0,5$ tuổi và tuổi xương khi ngừng điều trị là $11,82 \pm 0,84$ tuổi. Tuổi khởi phát dậy thì sớm và tuổi điều trị là những yếu tố cơ bản ảnh hưởng đến hiệu quả chiều cao cuối cùng. Những trẻ này ngừng điều trị ở $12,6 \pm 1$ (tuổi) và tuổi xương tại thời điểm ngừng điều trị là $13,1 \pm 0,5$ tuổi [2]. Nghiên cứu khác của Mo Kyung Jung và cộng sự (Hàn Quốc, 2014) thực hiện trên 59 trẻ gái điều trị DTSTƯ, tuổi điều trị là $8,7 \pm 0,78$ (tuổi) và tuổi xương $10,2 \pm 1,60$ (tuổi). Ngừng điều trị khi $10,60 \pm 0,76$ tuổi và tuổi xương lúc đó là $11,9 \pm 0,54$ tuổi [3]. Tuổi ngừng điều trị của chúng tôi là $10,6 \pm 0,5$ tuổi (10 - 12 tuổi) và tuổi xương khi ngừng điều trị là $11,82 \pm 0,84$ tuổi (11-14 tuổi). Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả từ nghiên cứu của tác giả Hàn Quốc, trong khi đó tuổi xương và tuổi dừng điều trị thấp hơn nghiên cứu của Pasquino, điều này được lý giải do các nghiên cứu thực hiện với các cỡ mẫu khác nhau, đặc điểm dân tộc và thiết kế nghiên cứu khác nhau nên có thể có sự khác biệt như đã phân tích.

Khi sử dụng triptorelin điều trị dậy thì sớm trung ương đạt hiệu quả sẽ ức chế được trục tuyến sinh dục - tuyến yên và biểu hiện trên lâm sàng là các đặc tính sinh dục thứ phát không phát triển thêm nữa. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100% số trẻ trước khi điều trị đều phát triển tuyến vú từ giai đoạn 2 trở lên, mức độ tăng sự phát triển của vú không thay sau khi điều trị và mỗi năm tiếp theo chúng tỏ thuốc ức chế sự phát triển tuyến vú, kết quả này tương tự trên dấu hiệu lông mu. Sự ra máu âm đạo chấm dứt ngay tuần đầu sau mũi tiêm đầu tiên ở 6 trẻ gái. Như vậy thuốc đã có hiệu quả trên các triệu chứng lâm sàng, ức chế là ngừng sự phát triển tuyến vú, lông mu. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả từ các nghiên cứu điều trị dậy thì sớm trung ương khác [1], [2], [3].

Biểu đồ 1 và 2 chứng tỏ rằng nồng độ LH, FSH cơ bản và estradiol cơ bản sau điều trị giảm một cách có ý nghĩa từ mức dậy thì là $1,88 \pm 1,50$ (IU/L), $4,67 \pm 2,87$ (IU/L) và $116,7 \pm 76,12$ pmol/L ở thời điểm trước điều trị xuống dưới mức dậy thì sau 6 tháng điều trị với LH < 0,3 IU/L, estradiol < 60 pmol/L và tiếp tục duy trì hằng định trong suốt thời gian điều trị tiếp theo ($p < 0,05$). Trong nghiên cứu này, chúng tôi chưa sử dụng test GnRH để đánh giá theo dõi quá

trình điều trị mà chỉ làm xét nghiệm LH, FSH, E2 cơ bản. Lewis và Eugster nghiên cứu trẻ đang được điều trị DTSTƯ, ghi nhận 59% giá trị LH cơ bản < 0,3 IU/L đã có tác dụng ức chế vì khi tiến hành xét nghiệm tại thời điểm làm test kích thích GnRH các giá trị xét nghiệm cũng cho thấy sự ức chế trục vùng dưới đồi, tuyến yên- tuyến sinh dục [4].

Siêu âm tử cung đã được chứng minh là có giá trị chẩn đoán và theo dõi điều trị DTSTƯ. Khi theo dõi điều trị 31 trẻ gái DTSTƯ. Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá kích thước tử cung trên chiều cao và chiều rộng tử cung sau 6 tháng điều trị và sau đó mỗi năm ít nhất 1 lần cho kết quả tương tự là kích thước tử cung giảm đáng kể trước và sau 6 tháng điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Những năm tiếp theo chiều dài tử cung gần như không thay đổi và ổn định cho đến khi ngừng điều trị.

Kết quả của chúng tôi (biểu đồ 3) thấy chiều cao tại thời điểm chẩn đoán tăng cao trung bình $13,1 \pm 5,4$ cm/năm, sau 1 năm điều trị còn $6,1 \pm 4,0$ cm/năm và năm thứ 2, 3, 4 và 5 lần lượt là $3,6 \pm 2,1$ cm/năm, $3,7 \pm 1,9$ cm/năm, $3,6 \pm 1,1$ cm/năm và $3,5 \pm 1,1$ cm/năm. Như vậy, khi điều trị bằng thuốc triptorelin, thuốc làm tốc độ tăng trưởng chiều cao chậm lại một cách có ý nghĩa ($p < 0,05$), kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu của các tác giả khác [2], [3].

Các dữ liệu đã công bố cho thấy có sự tăng chỉ số BMI trong quá trình điều trị với GnRHa, trong khi các báo cáo khác cho thấy giảm BMI khi thực hiện liệu pháp ức chế gonadotropin hoặc tăng cân không liên quan đến điều trị chất đồng vận GnRH [3]. Kết quả của chúng tôi (bảng 2) cho thấy các chỉ số khối cơ thể trước điều trị có 7% béo phì, 22,8% thừa cân, 5,2% thiếu cân và 65% trong giới hạn bình thường, không có sự khác biệt trước và sau điều trị, như vậy chưa có bằng chứng là có sự ảnh hưởng đến chỉ số khối cơ thể sau khi điều trị bằng triptoreline. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng tỉ lệ tuổi xương ở thời điểm trước điều trị và những năm tiếp theo giảm dần tiến gần tới 1, lần lượt là 1,29; 1,22; 1,12; 1,06; 1,08. Kết quả này cũng tương tự các nghiên cứu về điều trị dậy thì sớm của một số tác giả khác [2],[3],[4].

Chiều cao dự đoán ban đầu (bảng 3) là $153,06 \pm 6,99$ cm, chiều cao di truyền là $155,61 \pm 3,34$ cm và chiều cao trưởng thành dự đoán là $158,60 \pm 6,45$ cm. Như vậy sau khi điều trị chiều cao dự đoán tăng là $4,91 \pm 2,86$ cm. Chiều cao tăng nhiều nhất ở nhóm dưới 6 tuổi trung bình là $10,40 \pm 3,70$ cm, ở nhóm trẻ từ 6-8 tuổi chiều tăng trung bình $6,13 \pm 3,85$ cm và nhóm trên 8 tuổi có chiều cao tăng ít nhất là

3,79±3,26cm. Có 01 trẻ không tăng chiều cao trước và sau điều trị vì tuổi bắt đầu điều trị tương đối lớn là 9,5 tuổi và đến khám khi đã có kinh nguyệt. Kết quả này cũng phù hợp với kết luận của hội nghị đồng thuận sử dụng thuốc đồng vận GnRH điều trị cho trẻ DTS rằng nếu điều trị từ lứa tuổi <6 tuổi sẽ cải thiện chiều cao trưởng thành dự đoán là 9-10 cm, còn nếu điều trị từ 6 đến 8 tuổi thì cải thiện chiều cao trưởng thành dự đoán chỉ là 4,5 đến 7,2 cm [0].

V. KẾT LUẬN

Liệu pháp điều trị dậy thì sớm vô căn ở trẻ gái bằng thuốc tritorelin đã ức chế có hiệu quả sự tiến triển các đặc tính sinh dục thứ phát, làm giảm nồng độ LH, FSH và estradiol một cách có ý nghĩa, giảm kích thước tử cung, quá trình tăng trưởng chiều cao chậm lại và đặc biệt là tăng chiều cao dự đoán khi trưởng thành ở hầu hết các trẻ em được nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mark AS (2008). Pediatric Endocrinology, chapter

- 14, p.530. Saunders, 3rd ed.
2. Carel JC, Leger J (2008). Precocious Puberty. N Engl J Med.358(22):2366-2377.
3. Pasquino AM et al (2008). Long-term observation of 87 girls with idiopathic central precocious puberty treated with gonadotropin-releasing hormone analogs: impact on adult height, body mass index, bone mineral content, and reproductive function. J Clin Endocrinol Metab.93(1):190-5.
4. Mo Kyung Jung et al (2014). Adult height in girls with central precocious puberty treated with gonadotropin-releasing hormone agonist with or without growth hormone. Ann Pediatr Endocrinol Metab.19:214-219.
5. Lewis KA, Eugster EA (2013). Random luteinizing hormone often remains pubertal in children treated with the histrelin implant for central precocious puberty. J Pediatr; 162:562-5.
6. De Varies L, Phillip M (2011) Pelvic ultrasound examination in girls with precocious puberty is a useful adjunct in gonadotrophin-releasing hormone analogue therapy monitoring. Clin Endocrinol (Oxf);75(3):372-7
7. Carel JC, Eugster EA, Rogol A, et al (2009). Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children. Pediatrics. 123(4):752-62.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA PHÁC ĐỒ ARV BẬC 2 Ở BỆNH NHÂN HIV/AIDS TẠI BỆNH VIỆN ĐỒNG ĐA – HÀ NỘI

Phạm Bá Hiền*, Trần Viết Tiến**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu hiệu quả điều trị của phác đồ ARV bậc 2 ở bệnh nhân HIV/AIDS tại Bệnh viện Đồng Đa Hà Nội. **Đôi tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả, cắt ngang, tiến cứu trên 43 bệnh nhân HIV/AIDS thất bại phác đồ điều trị bậc 1 được chuyển điều trị phác đồ bậc 2 tại khoa Truyền nhiễm Bệnh viện Đồng Đa – Hà Nội từ tháng 7/2011 đến 12/2016. **Kết quả và kết luận:** Sau 48 tháng theo dõi điều trị ARV bậc 2, bệnh nhân còn duy trì điều trị chiếm tỷ lệ cao 40/43 (93%), 2 bệnh nhân tử vong (4,7%) và 1 bệnh nhân thất bại điều trị (2,3%). Điều trị phác đồ bậc 2 có cải thiện rõ về lâm sàng, miễn dịch và tải lượng vi rút. Tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn lâm sàng 1 tăng dần, ban đầu là 7% sau 48 tháng là 97,4% (37/38). Tỷ lệ bệnh nhân suy giảm miễn dịch nặng giảm dần và sau 36 tháng, tỷ lệ bệnh nhân có CD4 > 200 tế bào/mm³ chiếm 97,4%. Sau 6 tháng điều trị, tải lượng vi rút giảm xuống rõ rệt và duy trì

ổn định đến thời điểm kết thúc nghiên cứu.

Từ khóa: phác đồ điều trị ARV bậc 2, bệnh nhân HIV/AIDS, Bệnh viện Đồng Đa

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF SECOND – LINE ANTIRETROVIRAL THERAPY ON HIV/AIDS PATIENTS AT DONG DA HOSPITAL–HA NOI

Objectives: to study effectiveness of second – line therapy on HIV/AIDS patients at Dong Da hospital – Ha Noi. **Subjects and methods:** Cross-sectional, descriptive, prospective study on 43 first-line antiretroviral treatment failure patients who were switched to second – line therapy at Infectious department, Dong Da hospital – Ha Noi during period from 7/2011 to 12/2016. **Results and conclusions:** in 48th week of treatment, there were 93% patients, still following regimen; 2 patients died (4,7%); 1 patient had treatment failure. Second – line ARV had positive outcomes on clinical features, immune and viral load. The percentage of patients with the first clinical stage 1 increased gradually and kept stable, started at 7%, after 48 weeks was 97,4%. The proportion of severe immunocompromised patients decreased steadily and after 36 months there was 97,5% patients with CD4 > 200 cells/mm³. After 6 months of treatment, the mean viral loads fell dramatically, and remained constant at the time of finishing research.

*Bệnh viện Đồng Đa

**Học viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Bá Hiền

Email: phambahien.bvdd@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2017

Ngày duyệt bài: 30.8.2017

Keywords: second-line therapy, HIV/AIDS patients, Dong Da hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của Cục Phòng chống HIV/AIDS - Việt Nam (VAAC), trong năm 2015, đã phát hiện 10.195 trường hợp nhiễm mới HIV số bệnh nhân chuyển sang AIDS là 6130, tử vong do AIDS 2130 trường hợp. Tính đến cuối năm 2015 cả nước hiện có 227.154 trường hợp nhiễm HIV còn sống và ước tính hiện có 254.000 người nhiễm HIV trong cộng đồng. Số người nhiễm HIV phát hiện mới 12.000-14.000 ca mỗi năm. Thuốc ARV ra đời đã góp phần hình thành một hướng đi mới trong chiến lược phòng ngừa và điều trị HIV/AIDS, đồng thời làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV và cải thiện chất lượng cuộc sống của những bệnh nhân AIDS. Do việc điều trị ARV là điều trị suốt đời và độ bao phủ điều trị ARV ngày càng tăng lên nên việc xuất hiện và lan tràn kháng thuốc HIV là không thể tránh khỏi. Khi gặp phải kháng thuốc đồng nghĩa với bệnh nhân sẽ thất bại điều trị và phải chuyển sang các phác đồ bậc cao hơn. Hiện nay, tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phác đồ bậc 1 nhưng số lượng các nghiên cứu đề cập đến hiệu quả điều trị của thuốc ARV phác đồ bậc 2 còn chưa nhiều. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị của thuốc kháng vi rút phác đồ ARV bậc 2 ở bệnh

nhân HIV/AIDS về lâm sàng, số lượng tế bào CD4 và tải lượng vi rút.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 43 bệnh nhân được chẩn đoán thất bại điều trị phác đồ ARV bậc 1 và được chuyển điều trị phác đồ ARV bậc 2 tại khoa Truyền nhiễm bệnh viện Đống Đa, từ tháng 7/2011 đến 12/2016.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Tuổi ≥ 18 .

- Được chẩn đoán nhiễm HIV đang được điều trị phác đồ ARV bậc 1 và được chẩn đoán thất bại điều trị theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS của Bộ Y tế ban hành ngày 19/8/2009 [1]

- Đồng ý điều trị phác đồ ARV bậc 2 và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Không đến khám, xét nghiệm, lĩnh thuốc theo hẹn

- Không hợp tác (tuân thủ) trong quá trình nghiên cứu

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, tiến cứu. Mỗi bệnh nhân được lập 1 phiếu theo mẫu chung. Toàn bộ bệnh nhân nghiên cứu đều được khám lâm sàng và làm các xét nghiệm miễn dịch, xét nghiệm huyết học, sinh hóa, đo tải lượng virus ngay trước khi điều trị và trong quá trình nghiên cứu.

Xử lý số liệu theo phần mềm thống kê y học SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Kết quả điều trị phác đồ ARV bậc 2

Bảng 1. Kết quả điều trị phác đồ ARV bậc 2

Thời điểm- Số BN	T0	T6	T12	T18	T24	T30	T36	T42	T48
ĐT, chưa TB	43	43	43	42	41	40	40	39*	37**
TB ĐT cộng dồn	0	0	0	1	2	3	3	3	3
TV cộng dồn	0	0	0	1	1	2	2	2	2

ĐT: Bệnh nhân đang điều trị không thất bại điều trị, TBĐT: Bệnh nhân đang điều trị có thất bại điều trị, TV: Tử vong.

*Tại thời điểm 42 tháng, 1 bệnh nhân đang tiếp tục điều trị tuy nhiên đã kết thúc thời điểm lấy mẫu nghiên cứu.

**Tại thời điểm 48 tháng, 3 bệnh nhân tiếp tục điều trị nhưng đã kết thúc thời điểm lấy mẫu nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 41 bệnh nhân hiện tại vẫn đang tiếp tục duy trì điều trị (tại thời điểm nghiên cứu tháng 48, có 3 bệnh nhân vẫn tiếp tục điều trị nhưng đã kết thúc thời điểm nghiên cứu nên không đánh giá), trong đó có 1 bệnh nhân được chẩn đoán thất bại phác đồ điều trị ARV bậc 2 (chiếm tỷ lệ 2,3%). Bệnh nhân thất bại điều trị này vẫn được tiếp tục điều

trị bằng phác đồ ARV bậc 2 do tại Việt Nam hiện chưa có thuốc ARV phác đồ bậc 3. Tại thời điểm tháng thứ 18 và tháng thứ 30, có 2 bệnh nhân tử vong (chiếm tỷ lệ 4,6% trong tổng số bệnh nhân được điều trị phác đồ ARV bậc 2) và không có trường hợp bệnh nhân nào bỏ trị trong quá trình theo dõi.

Kết quả này cũng tương tự như của một số tác giả khác: nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thành Dũng năm 2012, tại Thành Phố Hồ Chí Minh, nghiên cứu 129 bệnh nhân điều trị bằng các phác đồ ARV bậc 2 trong 12 tháng, nhận thấy tỷ lệ thất bại lâm sàng 1,8%, tỷ lệ thất bại miễn dịch 6,8%; 3,1% bệnh nhân tử vong, bỏ tái khám 6,2% và tỷ lệ bệnh nhân còn tiếp tục điều trị là 90,6% [6].

Đối với bệnh nhân tử vong tại thời điểm 18 tháng và tháng thứ 30, tìm hiểu nguyên nhân tử vong chúng tôi nhận thấy cả hai bệnh nhân này tử vong do mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội, lao toàn thể kháng thuốc và suy kiệt nặng. Bệnh nhân thất bại điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi có tiền sử nghiện chích ma túy lâu

năm. Tiêm chích ma túy có thể làm cho tuân thủ điều trị kém, dẫn đến làm tăng nguy cơ kháng thuốc. Ngoài ra, tiêm chích ma túy nếu dùng chung bơm kim tiêm có thể dẫn đến bị nhiễm thêm các chủng vi rút kháng thuốc và làm lan truyền chủng vi rút kháng thuốc ra cộng đồng, gây khó khăn cho điều trị, dẫn đến thất bại điều trị.

2. Hiệu quả của phác đồ bậc 2 về lâm sàng, số lượng tế bào CD4 và tải lượng vi rút

Bảng 2. Thay đổi giai đoạn lâm sàng tại các thời điểm đánh giá

Số BN \ Thời điểm	T0	T6	T12	T18	T24	T30	T36	T42	T48
GDLS 1	3	25	39	39	39	39	40	39	37
GDLS 2	26	14	4	3	2	0	0	0	0
GDLS 3	11	4	0	0	1	2	1	1	1
GDLS 4	3	0	0	1	0	1	0	0	0

Theo dõi sau điều trị, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn lâm sàng 3, 4 giảm nhanh sau 12 tháng điều trị và tiếp tục giảm sau đó. Sau 6 tháng điều trị, không có bệnh nhân nào mắc các nhiễm trùng cơ hội thuộc giai đoạn 4, tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn lâm sàng 3 chỉ còn 4/43 BN (chiếm 9,3%). Ghi nhận sau 12 tháng điều trị, không có bệnh nhân mắc các nhiễm trùng cơ hội ở giai đoạn lâm sàng 3 và 4. Tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn lâm sàng 1 và 2 tăng dần theo thời gian điều trị. Tại thời điểm tháng thứ 18 và 30, hai trường hợp tử vong, được chẩn đoán mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội thuộc giai đoạn lâm sàng 4. Tại thời điểm 36 tháng, có 1 trường hợp xuất hiện nấm Candida miệng, xét nghiệm CD4 < 100 tế bào/mm³, tiếp tục theo dõi và được chẩn đoán thất bại về miễn dịch. Đây là bệnh nhân đã được đánh giá thất bại điều trị với phác đồ ARV bậc 2.

Bảng 3. Kết quả CD4 trung bình tại các thời điểm đánh giá

Thời điểm CD4	T0	T6	T12	T18	T24	T30	T36	T42	T48
$\bar{X} \pm SD$	100 ± 63	197 ± 96	284 ± 104	360 ± 129	412 ± 131	440 ± 139	446 ± 138	464 ± 120	482 ± 144
Min	12	101	127	52	87	48	87	89	91
Max	317	394	473	588	689	752	862	818	846

Tại thời điểm bắt đầu điều trị bằng phác đồ ARV bậc 2, chúng tôi nhận thấy số lượng tế bào CD4 trung bình của các bệnh nhân là 100 ± 63 tế bào/mm³ (12 – 317 tế bào/mm³). Kết quả này thấp hơn rất nhiều so với tác giả Nguyễn Danh Đức (117 ± 118 tế bào/mm³) [3] và đặc biệt là tác giả Đoàn Thu Trà (số lượng TB CD4 trung bình 123 tế bào/mm³) [2]. Nghiên cứu của Laurent Ferradini (2010), thấy số lượng tế bào CD4 trung bình ở thời điểm đối sang phác đồ ARV bậc 2 là 106 tế bào/mm³ (42 – 168 tế bào/mm³) [4]. Kết quả này được lý giải do các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi sau thất bại về miễn dịch hoặc lâm sàng mới được đo tải lượng vi rút học và khẳng định thất bại điều trị dựa vào thất bại vi rút học.

Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, số lượng tế bào CD4 trung bình tăng lên rõ rệt sau điều trị. Số lượng tế bào CD4 trung bình sau 6 tháng điều trị là 197 ± 96 tế bào/mm³, sau 12 tháng tăng lên 284 ± 104 tế bào/mm³, sau 24 tháng là 412 ± 131 tế bào/mm³ và sau đó tiếp tục tăng lên và giữ ổn định ở mức trên 350 tế bào/mm³. Số lượng tế bào CD4 tăng nhanh nhất là trong 6 tháng đầu sau điều trị. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu của Laurent Ferradini, năm 2010, tại Campuchia, thấy số lượng tế bào CD4 trung bình sau 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng điều trị bằng phác đồ ARV bậc 2 có LPV/r lần lượt là 197, 258 và 372 tế bào/mm³ [4].

Bảng 4. Thay đổi miễn dịch tại các thời điểm đánh giá

CD4 \ Thời điểm	T0	T6	T12	T18	T24	T30	T36	T42	T48
< 50	4	0	0	0	0	1	0	0	0
50 - 99	21	0	0	1	1	1	1	1	1
100 - 199	14	21	9	3	2	1	0	0	0
200 - 349	4	16	5	5	2	3	4	2	2
≥ 350	0	6	29	34	37	36	36	37	35

Chúng tôi thấy tỷ lệ bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch nặng (số lượng CD4 < 200 tế bào/mm³) khi bắt đầu điều trị bằng phác đồ ARV bậc 2 là 39/43 (chiếm 90,6%), sau đó giảm dần theo thời gian điều trị, sau 6 tháng điều trị còn 21/43 BN (chiếm 48,8%), sau 12 tháng điều trị còn 9/43 (20,9%), sau 24 tháng điều trị còn 2,3% và duy trì đến thời điểm 48 tháng. Ngược lại, tỷ lệ bệnh nhân có số lượng tế bào CD4 ≥ 350 tế bào/mm³ tăng dần theo thời gian điều trị, tại thời điểm bắt đầu điều trị không có bệnh nhân nào, sau 24 tháng tỷ lệ 37/43 (chiếm 86%) và duy trì ổn định đến thời điểm 48 tháng.

Bảng 5. Tải lượng vi rút tại các thời điểm đánh giá

Thời điểm TLVR	T0	T6	T12	T18	T24	T30	T36	T42	T48
> 5000	36	0	0	1	1	2	1	1	1
1000 - 50000	7	0	0	0	0	0	0	0	0
< 1000	0	43	43	42	41	40	40	39	37

Tải lượng vi rút HIV giảm nhanh sau điều trị, đặc biệt là sau 6 tháng đầu sau điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có tải lượng vi rút thấp (VL < 1.000 bản sao/ml) và dưới ngưỡng phát hiện chiếm tỷ lệ 100% rồi duy trì ổn định. Tỷ lệ bệnh nhân có VL ≥ 5.000 bản sao/ml chỉ xuất hiện tại các thời điểm 18 tháng và 24 tháng (chiếm tỷ lệ 1/43BN; 2,3%). Tại thời điểm tháng thứ 36, có 1 bệnh nhân được chẩn đoán thất bại với phác đồ ARV bậc 2 và hiện tại vẫn tiếp tục duy trì phác đồ ARV bậc 2, VL luôn ≥ 5.000 bản sao/ml. Kết quả

này cũng tương tự với một số nghiên cứu của các tác giả khác. Nghiên cứu của Matthew P. Fox (2010) trên 328 bệnh nhân HIV/AIDS được điều trị phác đồ ARV bậc 2 có LPV/r nhận thấy, sau 1 năm điều trị có 203/262 (77%) bệnh nhân có tải lượng vi rút dưới ngưỡng phát hiện (VL < 400 bản sao/mL) [5]. Theo Laurent Ferradini (2010), nghiên cứu tại Campuchia, thấy tỷ lệ bệnh nhân có tải lượng vi rút dưới ngưỡng (VL < 250 bản sao/mL) sau 2 năm điều trị bằng phác đồ ARV bậc 2 là 60/65 (92,3%) [4].

Bảng 6. Thay đổi một số chỉ huyết học tại các thời điểm đánh giá

Thời điểm Xét nghiệm	T0	T6	T12	T18	T24	T30	T36	T42	T48
HC (T/L) $\bar{x} \pm SD$	3,7± 0,9	4,3± 0,7	4,5± 0,6	4,5± 0,6	4,6± 0,7	4,6± 0,6	4,6± 0,5	4,6± 0,5	4,5± 0,6
Hb (g/l) $\bar{x} \pm SD$	122,6 ± 30,0	141,0 ± 32,5	145,0 ± 21,8	145,3 ± 19,1	143,3 ± 20,4	144,6 ± 19,5	147,5 ± 14,1	148,1 ± 16,0	145,4 ± 15,0
TC (G/L) $\bar{x} \pm SD$	217,8 ± 105,3	251,7 ± 83,2	229,7 ± 67,5	252,4 ± 125,2	259,4 ± 93,6	264,1 ± 96,1	229,2 ± 88,9	256,7 ± 118,6	240,3 ± 101,2

Chúng tôi nhận thấy, số lượng hồng cầu trung bình trong máu ngoại vi tại thời điểm sau 6 tháng điều trị là 4,3 ± 0,7 T/L tăng lên rõ rệt so với tại thời điểm bắt đầu điều trị là 3,7 ± 0,9 T/L. Tương tự, nồng độ hemoglobin trung bình trong máu ngoại vi tại thời điểm sau 6 tháng điều trị là 141,0 ± 32,5g/l cũng tăng lên rõ rệt so với tại thời điểm bắt đầu điều trị là 122,6 ± 30,0 g/l. Số lượng tiểu cầu đều trong giới hạn bình thường và không có sự khác biệt rõ rệt. Tại các thời điểm sau 12 tháng, số lượng hồng cầu cũng như nồng độ hemoglobin và tiểu cầu trong máu ngoại vi của các bệnh nhân đều trong giới hạn sinh lý bình thường ở các thời điểm đánh giá. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với kết quả của tác giả Nguyễn Danh Đức, Đoàn Thu Trà [2], [3]. Như vậy có thể thấy rằng, sau khi chuyển sang điều trị phác đồ bậc 2, đa phần bệnh nhân đều có đáp ứng tốt xét trên các chỉ số huyết học.

V. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân còn duy trì điều trị chiếm tỷ lệ cao

40/43 (93%), 2 bệnh nhân tử vong (chiếm 4,7%) và 1 bệnh nhân thất bại điều trị (chiếm 2,3%).

- Điều trị phác đồ bậc 2 có sự cải thiện rõ rệt về lâm sàng, miễn dịch cũng như tải lượng vi rút.

- Tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn lâm sàng 1 tăng dần và ổn định theo thời gian, ban đầu là 7% sau 48 tháng là 97,4% (37/38).

- Tỷ lệ bệnh nhân suy giảm miễn dịch nặng giảm dần và sau 36 tháng, tỷ lệ bệnh nhân có CD4 > 200 tế bào/mm³ chiếm 97,4%. Sau 6 tháng điều trị, tải lượng bệnh nhân giảm xuống rõ rệt và duy trì ổn định đến thời điểm kết thúc nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2009), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
2. Đoàn Thu Trà (2016), Xác định tính kháng thuốc của HIV ở bệnh nhân thất bại với phác đồ bậc 1 và đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ thuốc kháng vi rút bậc 2 trên bệnh nhân HIV, Viện nghiên cứu khoa học và y dược học lâm sàng 108.
3. Nguyễn Danh Đức (2012), Đánh giá kết quả

- điều trị của phác đồ bậc 2 TDF + 3TC + LPV/r ở bệnh nhân HIV/AIDS tại bệnh viện bệnh Nhiệt đới Trung ương, Đại học Y Hà Nội.
4. Ferradini L., Ouk V., Segeral O., et al. (2011), "High efficacy of lopinavir/r-based second-line antiretroviral treatment after 24 months of follow up at ESTHER/Calmette Hospital in Phnom Penh, Cambodia", J Int AIDS Soc, 14, 14.
 5. Fox M. P., Ive P., Long L., et al. (2010), "High rates of survival, immune reconstitution, and virologic suppression on second-line antiretroviral therapy in South Africa", J Acquir Immune Defic Syndr, 53(4), 500-6.
 6. Nguyễn Thành Dũng, Nguyễn Trần Chính, Võ Minh Quang (2014), "Kết quả điều trị phác đồ ARV bậc 2 ở bệnh nhân HIV/AIDS tại bệnh viện Nhiệt đới", Y Học TP. Hồ Chí Minh * Tập 18 * Phụ bản của Số 1 * 2014.

MỐI TƯƠNG QUAN VÀ MỨC ĐỘ THỐNG NHẤT GIỮA KẾT QUẢ ĐO MẬT ĐỘ XƯƠNG Ở CỘT SỐNG THẮT LƯNG VÀ VÙNG CỔ XƯƠNG ĐÙI BẰNG PHƯƠNG PHÁP DXA

Nguyễn Đình Khoa*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: 1) Xác định tỷ lệ loãng xương và thiếu xương trong số các bệnh nhân được chỉ định đo mật độ xương (MĐX) tại bệnh viện Chợ Rẫy và 2) Đánh giá mối tương quan và mức độ thống nhất trong kết quả đo MĐX giữa hai vị trí là cột sống thắt lưng và vùng cổ xương đùi. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, cắt ngang mô tả trên những bệnh nhân trên 18 tuổi được chỉ định đo MĐX tại Phòng khám và Khoa Nội Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Chợ Rẫy, từ tháng 3 đến tháng 7 năm 2017. MĐX được đo ở cột sống thắt lưng (CSTL) và vùng cổ xương đùi (CXĐ) bằng phương pháp DXA, trên máy Hologic QDR 4500W. Kết quả phân loại MĐX giữa các vị trí được coi là không thống nhất ít khi chênh nhau 1 mức và không thống nhất nhiều khi chênh nhau 2 mức trong 3 mức phân loại loãng xương của WHO. **Kết quả:** Nghiên cứu thu nhận 311 bệnh nhân, trong đó có 295 nữ (94,9%) và 16 nam (5,1%), tuổi trung bình là 65,2 ± 13,0. Tỷ lệ loãng xương chiếm 63,3% và thiếu xương là 30,5%. Có sự tương quan khá chặt chẽ giữa mật độ xương đo ở CSTL và vùng CXĐ. Về tính thống nhất trong phân loại MĐX, giữa CSTL và vùng cổ xương đùi (neck), có 36% không thống nhất ít và 3,5% không thống nhất nhiều; giữa CSTL và vùng hông toàn bộ, tỷ lệ không thống nhất ít là 41,5% và không thống nhất nhiều là 5,8%. Mức độ thống nhất trong kết quả đo MĐX ở các vị trí khác nhau có liên quan đến độ tuổi, không thấy liên quan có ý nghĩa với chỉ số BMI. **Kết luận:** Hầu các bệnh nhân được đo MĐX có loãng xương và thiếu xương. MĐX ở vùng CSTL có tương quan khá chặt với vùng CXĐ, song có tỷ lệ cao có kết quả phân loại MĐX không thống nhất giữa hai vị trí đo.

Từ khóa: Mật độ xương, loãng xương, mức độ thống nhất

SUMMARY

CORRELATION AND DISCORDANCE BETWEEN LUMBAR SPINE AND HIP BONE MINERAL DENSITY MEASUREMENT USING DXA

Objectives. To determine the rate of osteoporosis among patients having bone mineral density (BMD) measurement at Cho Ray Hospital and evaluate the correlation and discordance between lumbar spine and hip BMD. **Patients and Methods.** Prospective, cross-sectional study was carried out on patients who underwent BMD measurement at Cho Ray Hospital during the period from March to July, 2017. BMD was measured at both lumbar spine and proximal hip by DXA using Hologic DQ machine. **Results.** The study recruited 311 patients (295 females and 16 males) with mean age of 65.2 ± 13.0. The rates of osteoporosis and osteopenia were 63.3% and 30.5%, respectively. The was a high correlation between lumbar and hip BMD. However, the rates of minor and major discordance in T-score classification between lumbar spine and femoral neck were 36% and 3.5%, and between lumbar spine and total hip were 41.5% and 5.8%, respectively. This discordance is associated with high age, but not BMI. **Conclusions.** Discordance between spine and hip BMD measurement is highly prevalent in diagnosis of osteoporosis.

Keywords: Osteoporosis, BMD, discordance

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với tuổi thọ của người dân ngày càng cao, bệnh loãng xương ngày càng phổ biến và tỷ lệ gãy xương do loãng xương ngày càng gia tăng. Chẩn đoán và chỉ định điều trị loãng xương hiện nay vẫn chủ yếu căn cứ vào kết quả đo mật độ xương (MĐX). Việc đánh giá mật độ xương có vai trò quan trọng giúp dự đoán nguy cơ gãy xương và định hướng các can thiệp điều trị để cải thiện mật độ xương và ngăn ngừa gãy xương.

Trong số nhiều phương pháp đo mật độ xương, phương pháp hấp thu tia x năng lượng kép (Dual energy X-ray Absorptiometry, DXA)

*Khoa Nội Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Chợ Rẫy
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Khoa
Email: kn386@nyu.edu
Ngày nhận bài: 1.7.2017
Ngày phản biện khoa học: 24.8.2017
Ngày duyệt bài: 31.8.2017

được coi là phương pháp nhạy, chính xác nhất và được Tổ chức Y tế thế giới (WHO) khuyến cáo là tiêu chuẩn vàng trong đánh giá mật độ xương và chẩn đoán loãng xương. Vùng hông (cổ xương đùi) và cột sống thường là vị trí quan trọng trong đo MĐX vì kết quả đo ở những vị trí này tiên đoán tốt nhất nguy cơ gãy xương ở cổ xương đùi và cột sống, là những vị trí thường gặp của gãy xương do loãng xương. Chỉ số T (T-score), một chỉ số thường sử dụng trong đánh giá MĐX, được tính toán dựa trên so sánh giá trị MĐX trung bình của người được đo với giá trị MĐX trung bình tối đa ở những người trẻ khỏe mạnh cùng giới tính và chủng tộc. Dựa trên trị số T-score, kết quả đo MĐX được phân loại là bình thường, thiếu xương hay loãng xương nếu.

Các nghiên cứu về MĐX trước đây cho thấy T-score là công cụ hữu ích đánh giá nguy cơ gãy xương, cũng như so sánh tương quan của MĐX cột sống và xương đùi với nguy cơ gãy xương ở người lớn tuổi. Mặc dù MĐX ở các vị trí đo khác nhau thường có tương quan với nhau, tuy nhiên một số nghiên cứu cho thấy mức độ thống nhất giữa các vị trí thường thấp khi phân loại MĐX có ở mức loãng xương hay không. Điều này dẫn đến khó khăn cho thầy thuốc lâm sàng trong việc nhận định kết quả và quyết định điều trị loãng xương. Đồng thời do sự không thống nhất giữa các vị trí đo, việc chẩn đoán loãng xương có thể bị bỏ sót nếu như chỉ đánh giá ở một vị trí, cũng như làm cho việc kết quả dự đoán nguy cơ gãy xương có thể sai lệch. Những nghiên cứu này cho thấy sự không thống nhất trong các kết quả đo MĐX xảy ra phổ biến. Để tìm hiểu thực trạng việc chỉ định và đánh giá kết quả đo MĐX tại bệnh viện Chợ Rẫy và góp phần chẩn đoán bệnh lý loãng xương chính xác hơn, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm các mục tiêu sau: 1) Xác định tỷ lệ loãng xương và thiếu xương trong số các bệnh nhân được chỉ định đo MĐX tại bệnh viện Chợ Rẫy và 2) Đánh giá mối tương quan và mức

độ thống nhất trong kết quả đo MĐX giữa hai vị trí là cột sống thắt lưng và vùng cổ xương đùi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân nam hoặc nữ từ 18 tuổi trở lên, đến khám và điều trị tại Khoa Nội Cơ Xương Khớp hoặc phòng khám Nội Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Chợ Rẫy, trong thời gian từ tháng 2 đến tháng 7 năm 2017, được chỉ định và có kết quả đo mật độ xương ở cả hai vị trí cột sống thắt lưng (CSTL) và cổ xương đùi (CXĐ) và đồng ý tham gia nghiên cứu. Việc chỉ định đo MĐX hoàn toàn do bác sĩ điều trị quyết định (không phụ thuộc vào nghiên cứu) nhằm mục đích tầm soát hoặc chẩn đoán loãng xương với sự đồng ý của người bệnh.

Loại trừ những bệnh nhân chỉ đo được MĐX ở một vị trí, bệnh nhân có gãy cổ xương đùi, loãng xương thứ phát (do thuốc, do bệnh lý), bệnh nhân có phẫu thuật can thiệp cột sống và cổ xương đùi trước đây.

2. Phương pháp nghiên cứu:

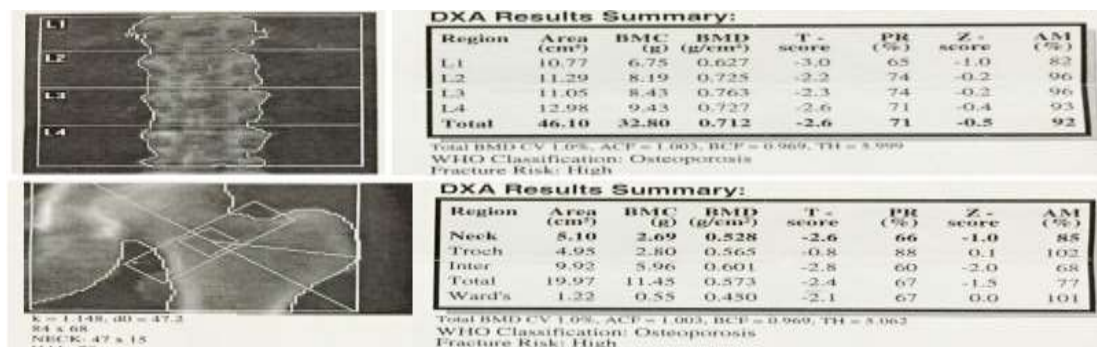
- Nghiên cứu tiến cứu, cắt ngang mô tả, chọn mẫu thuận lợi.

- Nội dung nghiên cứu: Bệnh nhân được ghi nhận tuổi, giới tính (nam, nữ), chiều cao (cm), cân nặng (kg), tính chỉ số khối cơ thể BMI, đo và ghi nhận kết quả MĐX.

- MĐX được đo bằng phương pháp DXA trên máy Hologic QDR 4500W, tại Phòng đo mật độ xương, Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Chợ Rẫy. Vị trí đo gồm cột sống thắt lưng (CSTL) từ L1 đến L4 và vùng đầu trên xương đùi. Ghi nhận các kết quả MĐX (g/cm^2), giá trị T-score ở CSTL và xương đùi, kết quả chi tiết các vùng khác nhau ở mỗi vị trí đo:

+ Cột sống: Giá trị của mỗi đốt sống L1-L4 và toàn bộ (Total)

+ Cổ xương đùi: Vùng cổ (neck), vùng tam giác Ward (Ward), mẫu chuyển (Troch), liên mẫu chuyển (Inter) và toàn bộ cổ xương đùi (Total hip) (Hình 1).



Hình 1. Minh họa kết quả đo MĐX ở cột sống và cổ xương đùi

- Chẩn đoán loãng xương ở mỗi vị trí đo theo tiêu chuẩn do WHO đề nghị: Bình thường (T-score ≥ -1); thiếu xương (osteopenia, T-score $> -2,5$ và < -1); loãng xương (osteoporosis, T-score $\leq -2,5$)

- Chẩn đoán bệnh nhân có loãng xương khi có T-score $\leq -2,5$ ở ít nhất một 3 vị trí là CSTL (toàn bộ), cổ xương đùi (neck), hoặc toàn bộ đầu trên xương đùi (total hip).

- Đánh giá mức độ thống nhất giữa kết quả phân loại MĐX giữa vùng CSTL và cổ xương đùi, dựa vào việc so sánh kết quả giữa các vị trí đo, bệnh nhân được xếp vào 3 nhóm: Thống nhất; Không thống nhất ít và Không thống nhất nhiều.

Xử lý số liệu: Nhập số liệu và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0. Kiểm định mối tương quan giữa 2 biến định lượng bằng tương

quan Pearson và tương quan hạng Spearman.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Các đặc điểm chung: Nghiên cứu thu nhận 311 bệnh nhân, trong đó có 295 nữ (94,9%) và 16 nam (chiếm 5,1%). Các bệnh nhân có tuổi trung bình là $65,2 \pm 13,0$, nhỏ nhất là 19 tuổi, lớn nhất là 97 tuổi. Đa số bệnh nhân ở độ tuổi trên 60 (bảng 1).

Bảng 1. Phân bố tuổi của các đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
<50	28	9,0
50-59	54	17,4
60-69	116	37,3
≥ 70	113	36,3
Tổng số	311	100,0

2. Kết quả đo mật độ xương và tỷ lệ loãng xương

Bảng 2. Kết quả đo mật độ xương ở nhóm nghiên cứu (n=311)

	Mật độ xương (g/cm ²)		T-score	
	Trung bình $\pm$ ĐLC	min-max	Trung bình $\pm$ ĐLC	min-max
Cổ xương đùi				
CXD (neck)	0,553 $\pm$ 0,127	0,253-0,994	-2,34 $\pm$ 1,17	-5,1-1,8
Mẫu chuyên	0,545 $\pm$ 0,113	0,261-1,012	-0,99 $\pm$ 1,16	-3,9-3,8
Tam giác Ward	0,423 $\pm$ 0,149	0,083-0,929	-2,31 $\pm$ 1,39	-5,5-2,5
Toàn bộ hông	0,661 $\pm$ 0,145	0,311-1,034	-1,68 $\pm$ 1,24	-4,7-1,6
Cột sống thắt lưng				
L1	0,681 $\pm$ 0,134	0,32-1,315	-2,49 $\pm$ 1,16	-5,6-3,0
L2	0,704 $\pm$ 0,152	0,377-1,172	-2,39 $\pm$ 1,32	-5,2-1,7
L3	0,746 $\pm$ 0,169	0,349-1,371	-2,47 $\pm$ 1,49	-5,9-3,0
L4	0,773 $\pm$ 0,179	0,299-1,456	-2,17 $\pm$ 1,57	-6,3-3,8
Toàn bộ CSTL	0,723 $\pm$ 0,177	-0,958-1,235	-2,41 $\pm$ 1,30	-5,7-2,0

Nhìn chung MĐX trung bình ở vùng cổ xương đùi thấp hơn so với ở cột sống thắt lưng, tuy nhiên trị số T-score ở vùng xương đùi lại có xu hướng cao hơn ở CSTL. Riêng ở vùng thắt lưng, MĐX có xu hướng tăng dần từ các đốt sống L1 đến L4 (Bảng 2).

Bảng 3. Tỷ lệ loãng xương chung và phân loại mật độ xương đo ở các vị trí

	Tỷ lệ chung	CXD (neck)	Toàn bộ hông	CSTL
Bình thường	19 (6,1%)	41 (13,2%)	90 (28,9%)	49 (15,8%)
Thiếu xương	95 (30,5%)	125 (40,2%)	132 (42,4%)	101 (32,5%)
Loãng xương	197 (63,3%)	145 (46,6%)	89 (28,6%)	161 (51,8%)

Hầu hết bệnh nhân được đo mật độ xương có loãng xương (63,3%) hoặc thiếu xương (30,5%). Chỉ có 6,1% bệnh nhân có MĐX bình thường. Tính theo vị trí, tỷ lệ loãng xương ở vùng CXĐ (neck) và cột sống là tương tự nhau (lần lượt là 46,6% và 51,8%), cao hơn so với tỷ lệ loãng xương ở toàn bộ vùng hông (total hip).

3. Mối tương quan và mức độ thống nhất trong kết quả đo MĐX ở các vị trí



Hình 2. Mối tương quan giữa MĐX ở CSTL với MĐX ở CXĐ và toàn bộ vùng hông

Mật độ xương đo ở cột sống thắt lưng có tương quan thuận, mức độ khá chặt chẽ với mật độ xương ở vùng cổ xương đùi (femoral neck), cũng như MĐX toàn bộ vùng hông (r lần lượt là 0,62 và 0,65, $p < 0,01$) (Hình 2).

Bảng 4. Mức độ thống nhất trong phân loại MĐX (T-score) ở CSTL và cổ xương đùi

Mức độ thống nhất	Giữa CSTL và vùng CXĐ (neck) [n(%)]	Giữa CSTL và toàn bộ hông (total hip) [n(%)]
Thống nhất	188 (60,5%)	164 (52,7%)
Không thống nhất ít	112 (36,0%)	129 (41,5%)
Không thống nhất nhiều	11 (3,5%)	18 (5,8%)

Mức độ thống nhất trong phân loại MĐX giữa CSTL và vùng cổ xương đùi (60,5%) cao hơn mức độ thống nhất giữa CSTL với kết quả toàn bộ hông (52,7%). Tương tự, tỷ lệ không thống nhất (mức độ ít và nhiều) giữa cột sống và vùng toàn bộ hông (47,3%) cao hơn so với tỷ lệ không thống nhất giữa vùng cột sống và cổ xương đùi (39,5%). Sự không thống nhất trong kết quả phân loại MĐX giữa các vị trí chủ yếu ở mức độ ít, tức chênh nhau 1 bậc trong phân loại của WHO (Bảng 4).

Bảng 5. Mức độ thống nhất trong phân loại MĐX giữa vùng hông toàn bộ và cột sống theo độ tuổi

Độ tuổi	Thống nhất	Không thống nhất ít	Không thống nhất nhiều	Tổng số	p
<50	17 (60,7%)	8 (28,6%)	3 (10,7%)	28	0,018
50-59	28 (51,6%)	26 (48,1%)	0 (0)	54	
60-69	52 (44,8%)	52 (44,8%)	12 (10,3%)	116	
≥70	67 (59,3%)	43 (38,0%)	3 (2,7%)	113	
Tổng số	164 (52,7%)	129 (41,5%)	18 (5,8%)	311	

Có sự khác biệt về mức độ thống nhất giữa các độ tuổi trong phân loại MĐX giữa vùng hông toàn bộ và CSTL ($p < 0,05$). Nhóm tuổi 60-69 có tỷ lệ bệnh nhân không thống nhất cao nhất (55,2%) (Bảng 5).

Bảng 6. Mức độ thống nhất MĐX giữa vùng CSTL và vùng hông toàn bộ theo BMI

BMI	Thống nhất	Không thống nhất ít	Không thống nhất nhiều	Tổng số	p
Gầy	20 (50,0%)	20 (50,0%)	0 (0%)	40	0,066
Bình thường	82 (55,8%)	51 (34,7%)	14 (9,5%)	147	
Thừa cân	35 (50,7%)	33 (47,8%)	1 (1,4%)	69	
Béo phì	27 (40,1%)	25 (45,5%)	3 (5,5%)	55	
Tổng số	164	129	18	311	

Bệnh nhân béo phì có xu hướng có mức độ thống nhất giữa kết quả phân loại MĐX cột sống với vùng toàn bộ hông thấp nhất (40,1%) so với những đối tượng có phân loại BMI khác. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các nhóm BMI không có ý nghĩa thống kê (Bảng 6).

IV. BÀN LUẬN

Khảo sát kết quả đo mật độ xương của 311 bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy hầu hết là bệnh nhân nữ và lớn tuổi, đa số trên 60. Điều này cũng phù hợp với thực tế, bởi vì ngoại trừ loãng xương thứ phát, còn loãng xương nguyên phát gặp ở người lớn tuổi và phụ nữ sau mãn kinh là chủ yếu. Đáng lưu ý là kết quả phân loại MĐX chung cho thấy hầu hết bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có loãng xương hoặc thiếu xương và chỉ có rất ít người được đo MĐX có kết quả bình thường. Điều này cho thấy việc chỉ định đo MĐX ở bệnh nhân đến khám tại chuyên khoa cơ xương khớp tại Bệnh viện Chợ Rẫy nhìn chung là tương đối hợp lý, đã tập trung vào những đối tượng trên lâm sàng thầy thuốc nghi ngờ có loãng xương hoặc có các yếu tố nguy cơ của loãng xương, cho nên tỷ lệ loãng xương trong nhóm nghiên cứu rất cao. Trên thực tế, và qua kết quả nghiên cứu này cho thấy việc lựa chọn đối tượng được

tầm soát loãng xương nhìn chung đã tuân thủ theo khuyến cáo của thể giới [0].

Khi so sánh kết quả phân loại MĐX (tỷ lệ thiếu xương, loãng xương) ở các vị trí đo khác nhau là cột sống, vùng cổ xương đùi và toàn bộ vùng hông thì có sự khác biệt nhất định. Kết quả phân loại ở vùng CSTL gần với vùng CXĐ hơn là kết quả ở toàn bộ vùng hông. Như vậy, nếu chỉ đo và lấy kết quả toàn bộ vùng hông, có lẽ trên lâm sàng sẽ bỏ sót bệnh nhân loãng xương.

Khi phân tích tương quan kết quả đo MĐX giữa các vị trí, kết quả cho thấy MĐX đo ở các vùng cột sống và cổ xương đùi, tuy có khác nhau; với mật độ ở cột sống luôn cao hơn vùng cổ xương đùi, song nhìn chung có tương quan tuyến tính thuận, khá chặt chẽ với nhau. Thực tế sự tương quan MĐX giữa các vị trí đo đã được nhiều nghiên cứu khẳng định.

Mặc dù có sự tương quan như thế, song khi xét đến phân loại MĐX theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới (bình thường, thiếu xương,

loãng xương) dựa trên giá trị T-score, kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ có 50-56% bệnh nhân có sự thống nhất trong kết quả phân loại này. Nếu đánh giá mức độ thống nhất giữa kết quả phân loại ở CSTL và vùng cổ (femoral neck), có 36% bệnh nhân không thống nhất mức độ ít (tức cách biệt một mức trong phân loại của WHO) và 3,5% bệnh nhân không thống nhất mức độ nhiều (tức cách biệt 2 mức trong phân loại của WHO), trong khi đó khi so sánh giữa vùng CSTL với kết quả lấy là toàn bộ vùng hông (total hip), thì mức độ không thống nhất còn cao hơn, với tỷ lệ 41,5% không thống nhất ít và 5,8% không thống nhất nhiều. Như vậy, kết quả nghiên cứu cho thấy sự không thống nhất trong kết quả T-score giữa cột sống và vùng cổ xương đùi là tình trạng thường gặp.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng với một số nghiên cứu của một số tác giả nước ngoài. Chẳng hạn, nghiên cứu của Moayyeri ở Iran (2005) trên 4188 người (trong đó 3848 phụ nữ), tuổi trung bình 53.4 ± 11.8 , cho thấy tỷ lệ không thống nhất nhiều giữa MĐX cột sống và xương đùi ở giá trị T-score chiếm 2,7%, không thống nhất ít chiếm 38,9% và thống nhất chiếm 58,3%.

Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác lại cho thấy kết quả tỷ lệ không thống nhất ở mức cao hơn, vượt quá 50% số bệnh nhân. Như nghiên cứu của Younes và CS, trong 1780 bệnh nhân có tuổi trung bình 59, tỷ lệ thống nhất, không thống nhất ít và không thống nhất nhiều lần lượt là 49,9%, 45,7% và 4,8% và trong số các trường hợp có sự không thống nhất, MĐX ở cột sống thấp hơn so với toàn bộ vùng hông [0].

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến kết quả đo MĐX và tính thống nhất trong kết quả đo ở các vị trí. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuy chưa có điều kiện tìm hiểu đầy đủ các yếu tố liên quan, song những phân tích bước đầu về mức độ thống nhất trong kết quả đo MĐX trong mối liên quan với độ tuổi và BMI, đã cho thấy ở các lứa tuổi khác nhau, có thể ảnh hưởng khác nhau đến mức độ thống nhất, có lẽ do những thay đổi sinh – bệnh lý liên quan đến tuổi làm ảnh hưởng đến kết quả đo MĐX ở các vùng khác nhau. Đánh giá về ảnh hưởng của BMI, tuy chưa thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê, song kết quả cũng cho thấy những người có BMI quá cao, đặc biệt ở mức béo phì cũng có thể có xu hướng làm gia tăng sự không thống nhất khi đo MĐX ở các vị trí khác nhau. Thực tế, một số tác giả khác cũng đã ghi nhận một số yếu tố ảnh hưởng đến tính thống nhất trong đo MĐX như tuổi cao, tình

trạng mãn kinh, béo phì hay tiền căn có gãy xương [0,0,0]. Về các lý do cũng như những yếu tố nguy cơ được cho là ảnh hưởng đến mức độ thống nhất trong kết quả phân loại MĐX, nhìn chung được các tác giả chia thành 5 nhóm nguyên nhân, bao gồm do sinh lý học, do bệnh lý, do giải phẫu, do nhiễu tín hiệu và vấn đề phương tiện và kỹ thuật. Chẳng hạn, tình trạng calci hóa động mạch và những thay đổi do thoái hóa cột sống, gây xẹp đốt sống làm cho kết quả đo MĐX ở cột sống thắt lưng được cho là có thể tăng một cách giả tạo ở người lớn tuổi.

Như vậy, có thể khẳng định sự không thống nhất là tình trạng phổ biến trong thực hành đo MĐX, do vậy thầy thuốc cần có sự nhận định đầy đủ và thấu đáo hơn trong chẩn đoán và chỉ định điều trị loãng xương khi phân tích kết quả MĐX. Sự không thống nhất giữa các vị trí đo cũng chính là một trong các lý do trên lâm sàng khuyến cáo nên đo ít nhất hai vị trí là cột sống và CXĐ và lấy kết quả đo thấp nhất để chẩn đoán và ra quyết định điều trị. Sự không thống nhất này cũng cho thấy trong đánh giá, chẩn đoán loãng xương cũng như quyết định điều trị không chỉ nên dựa thuần túy vào kết quả đo MĐX mà còn cần phải đánh giá những vấn đề khác, đặc biệt là các yếu tố nguy cơ loãng xương cũng như những đặc điểm sinh lý, bệnh lý cụ thể trên mỗi người bệnh.

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ loãng xương trong số bệnh nhân được chỉ định đo MĐX là 63,3% và tỷ lệ thiếu xương là 30,5%.

2. Có sự tương quan khá chặt chẽ giữa mật độ xương đo ở cột sống thắt lưng và vùng cổ xương đùi. Tuy nhiên, có sự không thống nhất cao giữa kết quả phân loại MĐX (T-score) đo ở cột sống và cổ xương đùi. Giữa CSTL và vùng cổ xương đùi (neck), có 36% không thống nhất ít và 3,5% không thống nhất nhiều; giữa CSTL và vùng hông toàn bộ, tỷ lệ không thống nhất ít là 41,5% và không thống nhất nhiều là 5,8%.

3. Mức độ thống nhất trong kết quả đo MĐX ở các vị trí khác nhau có liên quan đến độ tuổi, không thấy liên quan có ý nghĩa với chỉ số BMI.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alarkawi D, Bliuc D, Nguyen TV, Eisman JA, Center JR (2016). Contribution of Lumbar Spine BMD to Fracture Risk in Individuals With T-Score Discordance. *J Bone Miner Res*. 31(2):274-80.
2. Cosman F, de Beur SJ, LeBoff MS, et al; National Osteoporosis Foundation (2014). Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. *Osteoporos Int*. 5(10):2359-81

3. Maghraoui AE, Abayi DAM, Ghazlani I (2007). Prevalence and risk factors of discordance in diagnosis of osteoporosis using spine and hip bone densitometry. *Ann Rheum Dis*, 66:271-272.
4. Moayyeri A, Soltani A, Tabari NK (2005). Discordance in diagnosis of osteoporosis using spine and hip bone Densitometry. *BMC Endocrine Disorders* 5:3:1-6
5. Mounach A, Abayi DA, Ghazi M et al. (2009). Discordance between hip and spine bone mineral density measurement using DXA: prevalence and risk factors. *Semin Arthritis Rheum*. 38(6):467-71.
6. Seok H, Kim KJ, Kim KM, Rhee Y, Cha BS, Lim SK (2014). High prevalence of spine-femur bone mineral density discordance and comparison of vertebral fracture risk assessment using femoral neck and lumbar spine bone density in Korean patients. *J Bone Miner Metab*. 32(4):405-10
7. Younes M, Ben Hammouda S, Jguirim M, et al. (2014). Discordance between spine and hip Bone Mineral Density measurement using DXA in osteoporosis diagnosis: prevalence and risk factors. *Tunis Med*. 92(1):1-5.a

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA KỸ THUẬT ĐẶT ĐƯỜNG HẦM DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TRONG TÁN SỎI THẬN QUA DA

Nguyễn Thuỳ Linh*, Phạm Hồng Đức**, Bùi Văn Giang***

TÓM TẮT

Mục đích: đánh giá hiệu quả của việc sử dụng siêu âm hướng dẫn tạo đường vào cho tán sỏi thận qua da. **Đối tượng và phương pháp:** Từ 1/2016 – 4/2017 tại bệnh viện Xanh Pôn, 130 bệnh nhân được tán sỏi qua da, gồm 88 nam và 42 nữ, tuổi trung bình 52.4 ± 11.5 , cỡ kích thước sỏi trung bình $30,82 \pm 11,47\text{mm}$. Các sỏi đều ở bể thận có ứ nước nhẹ và vừa thấy trên siêu âm và cắt lớp vi tính hệ tiết niệu. Đặt dẫn lưu niệu quản qua nội soi bàng quang, và truyền dịch muối vào đài bể thận nếu cần. Chọc vào đài bể thận bằng kim 18-G, quá trình chọc gồm cả nong đều có siêu âm hướng dẫn. **Kết quả:** Vị trí vào: 95% nhóm đài dưới, 5% chọc vào nhóm đài giữa, không có trường hợp nào vào nhóm đài trên. Thời gian chọc và tạo đường hầm trung bình là $12,4 \pm 3,7$ phút. Số lần chọc trung bình là $1,25 \pm 32$ lần. Có sự liên quan giữa số lần chọc với chỉ số BMI của BN với $p = 0,016$. Biến chứng: 13 ca (10%) chảy máu đáng kể phải truyền máu, 10 ca (7,7%) sốt sau phẫu thuật, 1 ca (0,8%) giả phình mạch sau 7 ngày và 1 ca (0,8%) tụ dịch quanh thận. **Kết luận:** Dùng siêu âm hướng dẫn chọc và nong tạo đường hầm là kỹ thuật an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: tán sỏi thận qua da (PCNL), siêu âm, sỏi thận.

SUMMARY

EFFECTIVE EVALUATION OF USING ULTRASOUND-GUIDED RENAL ACCESS FOR PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY

Purposes: To evaluate the effective of using ultrasound-guided renal access for percutaneous

nephrolithotomy (PCNL). **Subjects and Methods:** Between Janvier 2016 and Avril 2017, at Saint Paul hospital, 130 patients were treated, 88 men and 42 women, with a mean age of 52.4 ± 11.5 years and a mean stone size of $30,82 \pm 11,47\text{mm}$. All stones were located in the renal pelvis with mild to moderate hydronephrosis seen on ultrasound or on uroscanner. A ureteral catheter was inserted cystoscopically, and saline was injected for more localization of the pelvicaliceal system (PCS), if needed. Puncture of the PCS was performed with an 18-gauge nephrostomy needle through the calyx, and all the stages, including dilatation, were performed under ultrasonography guidance. **Results:** Pyelocaliceal access: 95% of the lower caliceal group, 5% of the middle caliceal group, no case in the upper caliceal group. The intervention time was 12.4 ± 3.7 minutes. The average number of punctures was 1.25 ± 32 . There was a correlation between the number of punctures and the patient's BMI with $p = 0.016$. Complications: 13 cases (10%) significant bleeding have to blood transfusions, 10 cases (7.7%) postoperative fever, one case (0.8%) pseudo-aneurysm after 7 days and one case (0.8%) perirenal fluid collection. **Conclusion:** ultrasound guidance for renal access and tract dilation in PCNL is effective technique and less complications; however, more experience is needed.

Keywords: percutaneous nephrolithotomy (PCNL), renal stones, sonography guidance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tán sỏi đài bể thận qua da (TSĐBTQD) được mô tả lần đầu tiên năm 1977 bởi Frenström và Johansson [1], đến nay đã trở thành phương pháp đầu tay trong điều trị các sỏi đài bể thận lớn nhờ có đặc điểm xâm lấn tối thiểu và tỷ lệ hết sỏi cao. Chọc và nong tạo đường hầm qua da vào bể thận để đưa ống nội soi vào tán sỏi là một bước quan trọng quyết định sự thành công của kỹ thuật. Quá trình này được thực hiện dưới sự hướng dẫn của hình ảnh, phổ biến là màn huỳnh quang tăng sáng và siêu âm. Hiện nay ở nhiều nước màn huỳnh quang vẫn được sử dụng

* Phòng khám Vietlife

**Bệnh viện Xanh Pôn

***bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thuỳ Linh

Email: thuylinh144@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2017

Ngày duyệt bài: 30.8.2017

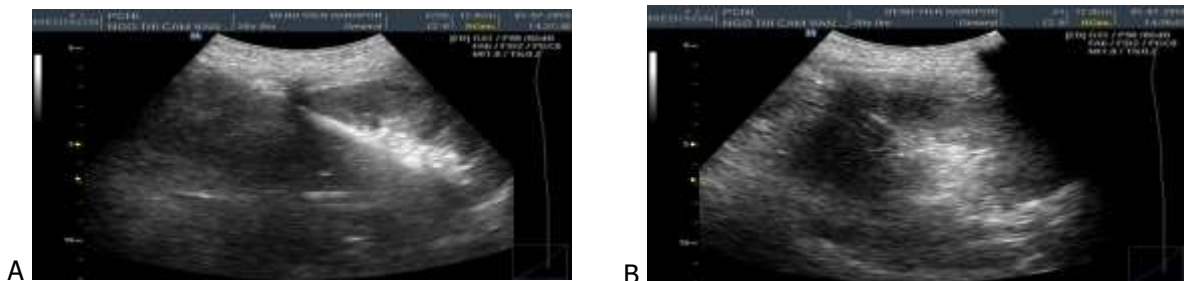
rộng rãi, tuy nhiên có nhược điểm là gây nhiễm xạ đối với nhân viên y tế và bệnh nhân [2]. Do đó nhiều nghiên cứu sử dụng siêu âm hướng dẫn tạo và nong giãn đường hầm để khắc phục tính nhiễm xạ này đang được tiến hành. Ở Việt Nam, để trang bị máy tăng sáng trong phòng mổ là hiếm do tốn kém, hơn nữa sử dụng siêu âm hướng dẫn chọc và nong giãn đường hầm cũng chỉ triển khai ở một số bệnh viện lớn, dù đã có những ghi nhận tích cực tuy nhiên chưa có kết quả nào được công bố về vấn đề này. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả chọc và nong tạo đường hầm về mặt tỷ lệ thành công, mức độ an toàn của kỹ thuật này và bàn luận các yếu tố có liên quan đến kỹ thuật chọc và tạo đường hầm cũng như các biến chứng có thể gặp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Từ tháng 1/2016 đến tháng 4/2017, tại bệnh viện Xanh Pôn chúng tôi đã dùng siêu âm hướng dẫn tiến hành chọc và nong tạo đường hầm cho 130 bệnh nhân (BN) để TSĐBTQD. Đối tượng được lựa chọn là các bệnh nhân có chẩn đoán sỏi đài bể thận với các tiêu chuẩn sau sỏi đài bể thận, sỏi vị trí nổi có kích thước $\geq 20\text{mm}$, sỏi nhóm đài dưới $> 15\text{mm}$, sỏi san hô, sỏi điều trị không hiệu quả bằng tán sỏi ngoài cơ thể [3]. Các BN bị loại trừ khỏi nghiên cứu bao gồm: không đủ sức khỏe để gây mê toàn thân, nhiễm khuẩn tiết niệu chưa được điều trị, rối loạn đông máu, phụ nữ có thai, thận lạc chỗ hoặc thận xoay bất thường.

Kỹ thuật tạo đường hầm qua da đều được thực hiện bởi hai bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm can thiệp dưới siêu âm. Quy trình kỹ thuật: sau khi gây mê toàn thân và đặt ống thông niệu quản, BN được đặt nằm sấp có gối kê dưới bụng, 2 tay giang ngang. Dùng đầu dò convex 3,5 MHz (Medison X6 sonoache), vị trí đặt đầu dò: vùng góc tạo bờ ngoài khối cơ thắt lưng và xương sườn 12; chếch đầu dò tìm nhóm

đài phù hợp để chọc, thông thường hướng chọc tạo góc 45° ra trước và lên trên theo mặt phẳng nằm ngang. Nhóm đài lựa chọn tùy thuộc vào vị trí sỏi và liên quan của thận với các tạng lân cận, thường chọn chọc nhóm đài dưới hoặc nhóm đài giữa. Kim chọc sẽ đi vào đỉnh của đài thận vì khi chọc như vậy, kim chọc sẽ đi vào vùng vô mạch của thận và đường đi của kim sẽ qua vùng nhu mô thận mỏng nhất [4]. Dùng kim 18 G chọc vào nhóm đài vừa xác định, quan sát hướng đi và đầu kim chọc trên siêu âm là một đường sáng đi từ nhu mô vào bể thận (H.1A). Trong những trường hợp đài bể thận không giãn hoặc giãn nhẹ, quan sát đầu kim đoạn trong nhu mô khá dễ dàng, tuy nhiên khi kim đi vào bể thận quan sát đầu mũi kim sẽ khó hơn do đầu kim bị nhiễu lẫn vào tổ chức mỡ bể thận và sỏi vì vậy chúng tôi làm giãn bể thận hơn bằng cách bơm nước qua sonde niệu quản vào bể thận, tạo cửa sổ tốt cho siêu âm, dễ dàng xác định và kiểm soát mũi kim chọc vào. Các dấu hiệu xác nhận kim vào bể thận: 1) siêu âm thấy đầu kim trong bể thận; 2) có dịch tiểu màu vàng chảy ra khỏi đốc kim; 3) kim chọc vào sỏi tạo bọt [5]. Sau khi xác nhận kim chọc đã vào bể thận, luồn một dây dẫn qua kim vào đến đoạn cao của niệu quản, quan sát đường đi của dây dẫn liên tục trên siêu âm. Khi dây dẫn vào đến niệu quản đoạn trên một cách chắc chắn, rút kim và luồn qua dây dẫn ống nong đầu tiên vào bể thận dưới siêu âm (H.1B). Khi trên siêu âm quan sát thấy ống nong vào đến bể thận, chúng tôi xác định lại một lần nữa thấy dịch tiểu chảy ra ngoài ống nong (có thể bơm nước qua sonde niệu quản vào bể thận). Lần lượt thay thế ống nong này bằng các ống nong lớn hơn đến 16 Fr. Amplatz gắn vào ống nong 18Fr là bước cuối cùng của quá trình được đưa vào tương tự các ống nong trước đó. Khi chắc chắn ống nong trong bể thận, ống nong được rút ra để lại Amplatz, đây là đường hầm được tạo ra để đưa ống soi vào tán sỏi đài bể thận.



Hình 1: Siêu âm hướng dẫn,
(A). dài tăng âm của kim chọc vào bể thận và (B). ống nong đặt trong bể thận

Chúng tôi tiến hành đánh giá bệnh nhân về: tuổi, giới, bên thận tán sỏi, loại sỏi, vị trí sỏi, kích thước sỏi, BMI bệnh nhân, vị trí chọc kim, số lần chọc, loại biến chứng và tần xuất của mỗi loại đặc biệt nhấn mạnh đến biến chứng chảy máu trong đó chảy máu nặng được định nghĩa là chảy máu buộc phải ngừng tán sỏi và chảy máu bắt buộc phải truyền máu. Hematocrit và Creatinin huyết thanh được định lượng trước và sau phẫu thuật để đánh giá sự biến đổi của chức năng thận cũng như tình trạng mật máu. Thời gian chọc và nong tạo đường hầm (tính từ lúc bắt đầu chọc kim đến lúc ống soi tiếp cận được với sỏi), thời gian toàn bộ cuộc phẫu thuật được thống kê để đánh giá và so sánh kết quả tán sỏi. Sau tán sỏi 3 ngày bệnh nhân được chụp lại X quang hệ tiết niệu không chuẩn bị, kết quả được đánh giá ở 3 mức độ: hết sỏi, còn sỏi không đáng kể (có sỏi trên X quang với kích thước <5mm), còn sỏi đáng kể.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả, tiến cứu.

Xử lý số liệu: Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Bệnh án được thu thập, quản lý và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ

Trong 130 bệnh nhân có 88 nam và 42 nữ, tuổi trung bình 52.4 ± 11.5 (24 - 83); BMI trung bình là 21.65 ± 2.78 (14,13 - 28,3) trong đó tỷ lệ BN nhẹ cân, trung bình và thừa cân lần lượt là 31,5%, 55,4% và 13,1%. Có 31/130 ca đã có tiền sử điều trị sỏi thận bao gồm 21 ca mổ cũ, 9 ca tán sỏi ngoài cơ thể và 1 ca mổ cắt thận do sỏi. Kích thước sỏi trung bình là $30,82 \pm 11,47$ mm (14 - 82mm). Chỉ có 23,1% các bệnh nhân có một sỏi duy nhất, còn lại 76,9% là sỏi san hô hoặc sỏi phức hợp (nhiều sỏi ở các nhóm đài và bể thận).

Có 26/130 ca có ứ nước mức độ từ trung bình đến nặng (độ III - IV). 23% BN có nhu mô mỏng (dưới 10mm). 1 bệnh nhân có một thận duy nhất. Có 2 BN không đặt được sonde niệu quản lên bể thận, trong đó 1 BN không có giãn đài bể thận. Phần lớn các trường hợp được chọn chọc vào nhóm đài dưới, chiếm (123/130), chỉ có 5,4% (7/130) chọc vào nhóm đài giữa và không có BN nào được chọc vào nhóm đài trên.

Thời gian chọc và nong giãn tạo đường hầm trung bình là $12,4 \pm 3,7$ (phút). Thời gian cuộc mổ trung bình là 135 ± 25 (phút). Số lần chọc trung bình là $1,25 \pm 32$, trong đó có 29 ca chọc 2 lần, 2 ca chọc 3 lần. Có sự liên quan giữa số lần chọc với chỉ số BMI của BN với $p = 0,016$ (Bảng 1), 2 ca phải chọc 3 lần đều nằm trong nhóm thừa cân.

Bảng 1: Tương quan giữa BMI với số lần chọc tạo đường hầm

Số lần chọc BMI	1 lần	2 lần	3 lần	Tổng
Nhẹ cân	14	3	0	17
Bình thường	61	10	1	72
Thừa cân	24	16	1	41
Tổng	99	29	2	130

$p = 0,016$ (Fisher's Exact Test)

Về mặt biến chứng, chúng tôi ghi nhận có 26 BN (20%) có biến chứng ở các mức độ trong đó hay gặp nhất là chảy máu trong phẫu thuật có 13 ca (10%), 1 ca chảy máu muộn sau tán 7 ngày được chụp mạch thận và phát hiện giả phình động mạch thận, sau đó tiến hành nút mạch thành công. Sốt sau phẫu thuật có 10 ca (7,7%). Có 1 ca (0,8%) tụ dịch quanh thận, tuy nhiên lượng dịch không nhiều và hết sau khi dẫn lưu (Bảng 2).

Bảng 2: Biến chứng do nong tạo đường hầm

Biến chứng	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Sốt	10	7,7
Chảy máu phải truyền máu	13	10
Phình mạch	1	0,8
Tụ dịch quanh thận	1	0,8
Rò đường bài xuất	0	0
Tổn thương tạng lân cận	0	0
Tổn thương màng phổi	0	0
Tử vong	0	0

So sánh kết quả Hematocrit trước và sau tán thấy Hematocrit trung bình trước tán sỏi là $41,3 \pm 4,3$, sau tán sỏi là $38,9 \pm 4,6$, kết quả cho thấy có sự thay đổi đáng kể về Hematocrit (với $p = 0,001$). Creatinin trung bình trước và sau mổ lần lượt là $95,8 \pm 36,8$ và $94,8 \pm 32,9$, cho thấy không có sự thay đổi đáng kể về Creatinin trước và sau tán sỏi. Sau tán sỏi, có 70/130 bệnh nhân hết sỏi hoàn toàn, 44 bệnh nhân chiếm 33,8% còn sỏi không đáng kể (kích thước < 5mm trên x quang hệ tiết niệu không chuẩn bị sau tán 3 ngày), có 16 bệnh nhân chiếm 12,4% còn sỏi đáng kể.

IV. BÀN LUẬN

TSDBTQD là chỉ định điều trị ưu tiên cho những BN có sỏi lớn không phù hợp để tán sỏi ngoài cơ thể hoặc điều trị bằng các phương pháp khác. Chọc và nong tạo đường hầm là một bước đầu tiên, tuy nhỏ nhưng rất quan trọng và quyết định sự thành công của kỹ thuật. Siêu âm cung cấp các thông tin về các tạng lân cận tránh tổn thương các tạng và màng phổi trong quá trình

chọc. Siêu âm Doppler giúp xác nhận thêm vùng ít mạch của nhu mô thận, từ đó định hướng kim chọc. Một số trường hợp bể thận giãn nhẹ, khó xác định đưa kim vào bể thận, cần bơm nước qua sonde niệu quản ngược dòng [5]. Tuy nhiên không phải trường hợp nào cũng đặt được, chúng tôi có 2 ca như vậy, trong đó 1 BN không có giãn đài bể thận, đây là một ca tương đối khó, tuy vậy quá trình đặt thành công và không có biến chứng nào xảy ra.

Nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có chỉ số BMI trung bình là 21,65 thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu của Thomas Chi (2016) [5] là $26,1 \pm 7,3$. So với một số nghiên cứu của thế giới về chọc và nong giãn đường hầm dưới hướng dẫn của siêu âm, nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi có chỉ số BMI thấp hơn rõ rệt. Đây là một lợi thế khi là dưới hướng dẫn của siêu âm, do BMI có tương quan tỷ lệ thuận với độ dày lớp mỡ dưới da, lớp mỡ này càng dày thì việc chọc và điều chỉnh kim càng khó do mức độ di động của thận tăng lên. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự tương quan tỷ lệ thuận giữa BMI với số lần chọc và thời gian tạo đường hầm. Điều này giúp giải thích thời gian nong tạo đường hầm trong nghiên cứu là $12,4 \pm 3,7$ phút, ngắn hơn so với nghiên cứu của Thomas Chi (trung bình là 14 phút) [5].

Về mặt kỹ thuật, chúng tôi chọn chọc vào nhóm đài dưới là chủ yếu, đây là đường chọc cho phép tiếp cận với cả sỏi ở bể thận, sỏi nhóm đài giữa và sỏi nhóm đài trên. Hơn nữa khi lựa chọc vào nhóm đài dưới, trường siêu âm để chọc tương đối rộng, ít bị ảnh hưởng bởi các xương sườn, tránh được tổn thương màng phổi. Không có đường chọc nào vào nhóm đài trên, đây là sự khác biệt so với các nghiên cứu của thế giới như trong nghiên cứu của Thomas Chi (2016) [5] ông chọn chọc nhóm đài trên lên tới 42% các ca được chọc. Nguyên nhân của sự khác biệt này là do đường chọc vào nhóm đài trên thường áp dụng để tán các sỏi ở niệu quản đoạn 1/3 trên, nhưng trong nghiên cứu của mình, chúng tôi không lựa chọn nhóm bệnh nhân này vào đối tượng nghiên cứu. Mặt khác trường siêu âm để tiếp xúc với nhóm đài trên tương đối hẹp do vướng xương sườn và nguy cơ tai biến cao, kỹ thuật được tiến hành lần đầu tiên nên chúng tôi lựa chọn đường chọc tương đối kỹ lưỡng.

Biến chứng hay gặp nhất trong TSĐBTQD là chảy máu. Tỷ lệ này là 5,1% theo nghiên cứu của Vũ Nguyễn Khải Ca (2009) [6]; Chúng tôi ghi nhận có 13 ca (10%) có biến chứng chảy máu đáng kể đòi hỏi phải truyền máu. Tỷ lệ này cao

hơn so với nghiên cứu của Vũ Nguyễn Khải Ca [6], tuy nhiên phần lớn các ca này đều chảy máu nhẹ, tự hồi phục không cần can thiệp gì. Trong 13 ca này có 1 ca chảy máu nhiều từ cổ đài, không giảm sau khi bơm rửa bể thận, phẫu thuật viên không thể quan sát được trường phẫu thuật do đó phải dừng quá trình tán sỏi. Bệnh nhân này sau đó 1 tuần được tán sỏi qua da lần 2 và thành công. Có 1 bệnh nhân chảy máu muộn sau tán 5 ngày, chụp mạch thận thấy có hình ảnh giả phình mạch, bệnh nhân được tiến hành nút mạch thành công sau đó. Biến chứng chảy máu gặp nhiều ở các bệnh nhân có nhu mô thận dày, kích thước sỏi lớn, đài bể thận giãn ít và chọc nhiều lần. Biến chứng phổ biến thứ hai trong TSĐBTQD là sốt. Chúng tôi gặp 10 ca (7,7%) có sốt sau tán sỏi, với sốt kéo dài từ 2 – 4 ngày và hết sốt sau khi dùng kháng sinh. Chúng tôi không gặp biến chứng tổn thương tạng lân cận, các nghiên cứu cũng chỉ ra là biến chứng ít gặp, dao động từ 0 đến 4,4% [7].

V. KẾT LUẬN

TSĐBTQD có sử dụng siêu âm hướng dẫn chọc và nong tạo đường hầm là một kỹ thuật an toàn, tỷ lệ chọc thành công cao, đặc biệt kỹ thuật này phù hợp với người Việt nam có thể trạng nhỏ, lớp mỡ dưới da không quá dày, hình ảnh siêu âm rõ ràng. Biến chứng chảy máu là hay gặp (10%), để giảm nguy cơ biến chứng này cần xác định tốt vị trí chọc qua nhu mô thận, tránh chọc nhiều lần hoặc chọc vào vùng mạch máu lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fernstrom I. và Johansson B. (1976).** Percutaneous pyelolithotomy. A new extraction technique. *Scand J Urol Nephrol*, 10 (3), 257-259.
2. **Kumari G., Kumar P., Wadhwa P. và cộng sự (2006).** Radiation exposure to the patient and operating room personnel during percutaneous nephrolithotomy. *Int Urol Nephrol*, 38 (2), 207-210.
3. **Turk C., Petrik A., Sarica K. và cộng sự (2016).** EAU Guidelines on Interventional Treatment for Urolithiasis. *Eur Urol*, 69 (3), 475-482.
4. **David R Webb (2016).** Percutaneous Renal Surgery. Springer International Publishing, 1-17.
5. **Chi T., Masic S., Li J. và cộng sự (2016).** Ultrasound Guidance for Renal Tract Access and Dilation Reduces Radiation Exposure during Percutaneous Nephrolithotomy. *Adv Urol*, 2016, 3840697.
6. **Vũ Nguyễn Khải Ca (2009).** *Nghiên cứu ứng dụng phương pháp tán sỏi qua da trong điều trị sỏi thận tại bệnh viện Việt Đức*, Luận án tiến sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
7. **Taylor E., Miller J., Chi T. và cộng sự (2012).** Complications associated with percutaneous nephrolithotomy. *Transl Androl Urol*, 1 (4), 223-228.

KẾT QUẢ SỚM SAU SỬ DỤNG BÓNG PHỦ THUỐC PACLITAXEL CHO BỆNH NHÂN TÁI HẸP LẠI TRONG STENT ĐỘNG MẠCH VÀNH TẠI VIỆN TIM MẠCH VIỆT NAM

Nguyễn Minh Hùng*, Phạm Mạnh Hùng*, Nguyễn Lâm Việt*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và độ an toàn của bóng phủ thuốc paclitaxel (PEB) cho điều trị tái hẹp lại trong stent (ISR). **Phương pháp:** Đây là nghiên cứu can thiệp, một nhóm, có so sánh trước sau can thiệp với 30 bệnh nhân bị ISR được sử dụng PEB để điều trị. Các bệnh nhân được chụp mạch vành trước - sau và sau 6 tháng can thiệp. **Kết quả:** Thành công về thủ thuật đạt 100%. Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 66,9 (tuổi) với 24 nam (80%). Kết quả ngay sau can thiệp cho thấy lòng mạch được mở rộng đáng kể sau nong bóng phủ thuốc với kích thước lòng mạch nhỏ nhất so sánh trước và sau can thiệp tương ứng là $0,52 \pm 0,20$ (mm) và $2,24 \pm 0,37$ (mm) với $p < 0,0001$. Tỷ lệ % mức độ hẹp so sánh trước và sau tương ứng là $79,5 \pm 7,81$ (%) và $17,2 \pm 6,84$ (%) với $p < 0,0001$. Thời gian theo dõi trung bình nhóm nghiên cứu là $23,1 \pm 13,01$ tháng. Tỷ lệ tái hẹp lại 12,5%. Mức độ mất lòng mạch muộn là $0,39 \pm 0,79$ (mm). Tỷ lệ tái can thiệp tổn thương đích là 6,7%. Chúng tôi không thấy có các biến chứng nặng khác cần phẫu thuật cầu nối hay tử vong. **Kết luận:** nghiên cứu này cho thấy kết quả sớm sau sử dụng bóng phủ thuốc cho điều trị tái hẹp lại trong stent động mạch vành có hiệu quả và an toàn sau 6 tháng theo dõi.

Từ khóa: tái hẹp lại trong Stent, bóng phủ thuốc paclitaxel, động mạch vành.

SUMMARY

EARLY RESULTS OF PACLITAXEL ELUTING BALLOON FOR THE TREATMENT OF IN-STENT RESTENOSIS AT THE VIETNAM NATIONAL HEART INSTITUTE

Objectives: To assess the safety and efficacy of paclitaxel-eluting balloon (PEB) in the treatment of in-stent restenosis (ISR). **Methods:** In this prospective, single-center observational study, there were 30 in-stent restenosis patients using a Paclitaxel-eluting balloon (PEB) at the Vietnam Heart Institute. Serial angiographic measurement was performed before the procedure, after the procedure and 6 months after the procedure. **Results:** Procedural success was achieved in 100% of all patients. Mean age of patients was 66.9 years; 80% were men. The pre and post procedure parameter difference had a significantly larger minimal lumen diameter (MLD; $2,24 \pm 0,37$ mm vs. $0,52 \pm 0,20$ mm; $P < 0.0001$) and lower percent diameter stenosis

($79.5\% \pm 7.81$ (%) vs. $17.2\% \pm 6.84\%$; $P < 0.0001$) in comparison. The mean duration of follow-up was 23.1 ± 13.01 months, angiography showed that the mean ($\pm$ SD) in-segment late luminal loss was 0.39 ± 0.79 (mm). The need for target-lesion revascularization was in two patients (6.7%). No other MACEs was observed in these patients. **Conclusion:** Early result of PEB intervention for ISR was a safe and effective after 6 month flow-up.

Keyword: paclitaxel-eluting balloon, In-stent stenosis, coronary artery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, việc sử dụng Stent trong điều trị bệnh lý động mạch vành (ĐMV) ngày càng được áp dụng rộng rãi. Tuy nhiên, tái hẹp lại trong Stent (ISR) và điều trị tái hẹp trong Stent vẫn là những thách thức lớn. Tỷ lệ tái hẹp sau nong ĐMV bằng bóng từ 30%-60% và sau đặt stent kim loại trần hay stent thường (BMS) là 16-44% [1]. Trong kỉ nguyên của Stent phủ thuốc (DES) với việc được sử dụng trong nhiều loại tổn thương khác nhau, tỷ lệ ISR đã được báo cáo chiếm khoảng 12% tùy theo các nghiên cứu [2]. Bóng phủ thuốc paclitaxel (PEB) được đánh giá như một biện pháp can thiệp có hiệu quả qua nhiều nghiên cứu và đã khẳng định hiệu quả lâu dài cho điều trị tái hẹp trong stent theo thời gian [3-6]. Hiệu quả và độ an toàn sau nong PEB đối với tổn thương ISR ở bệnh nhân Việt Nam còn chưa được nghiên cứu. Bởi vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu hiệu quả và độ an toàn của PEB cho điều trị ISR trên đối tượng bệnh nhân Việt Nam tại Viện Tim mạch VN- Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu can thiệp một nhóm có so sánh trước và sau và chụp lại động mạch vành (ĐMV) từ sau 6 tháng can thiệp hoặc bất cứ thời điểm nào khi có chỉ định. Từ năm 2011 đến 2014, có 30 bệnh nhân tổn thương ISR được điều trị với PEB với tổn thương tái hẹp ổ (nhóm Ic) và tái hẹp lan toả trong Stent (nhóm II) theo phân loại của Mehran (đăng trên tạp chí Circulation 1999; 100: 1872-1877), với đường kính lòng mạch hẹp lại không nhỏ hơn 70%.

Việc chụp và can thiệp ĐMV được tiến hành tại phòng chụp mạch của Viện Tim mạch Việt Nam. Tiến trình can thiệp tiến hành theo các

*Viện Tim mạch Việt Nam – Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hùng
Email: mdhungnguyen@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.6.2017
Ngày phản biện khoa học: 3.8.2017
Ngày duyệt bài: 14.8.2017

Hướng dẫn lâm sàng chuẩn. Với tất cả các bệnh nhân, điều trị can thiệp và sử dụng các thiết bị hay các thuốc trong quá trình can thiệp do bác sĩ can thiệp quyết định. Nong trước với bóng được tiến hành cho mọi loại tổn thương ISR. Chiều dài của PEB được chọn phải phủ hết tổn thương và vượt quá hai đầu tổn thương ít nhất là 2mm.

Các bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu đều được điều trị Nội khoa chuẩn. Các thông số theo dõi lâm sàng là được thu thập ở mỗi lần tái khám tại bệnh viện hoặc qua liên lạc trực tiếp với bệnh nhân. Tái hẹp được định nghĩa khi mức độ hẹp lại > 50% đường kính lòng mạch ở mỗi lần chụp mạch lại đánh giá. Tái can thiệp tổn thương đích (TLR) được định nghĩa như cần tái tưới máu lại bằng can thiệp qua da, mổ bắc cầu chủ vành do tái hẹp (đường kính hẹp > 50%) có bằng chứng như triệu chứng lâm sàng hoặc dấu hiệu thiếu máu được đánh giá bởi điện tâm đồ gắng sức, chụp hình phóng xạ tưới máu cơ tim, hoặc đo phân suất dự trữ mạch vành. Các biến cố tim mạch chính (MACEs) được định nghĩa như các biến cố tử vong, đột quỵ, nhồi máu cơ tim (NMCT) và tái can thiệp tổn thương đích (TLR).

Đánh giá tiêu chí an toàn dựa vào tỉ lệ thành công về mặt thủ thuật, tính MACEs; tiêu chí hiệu

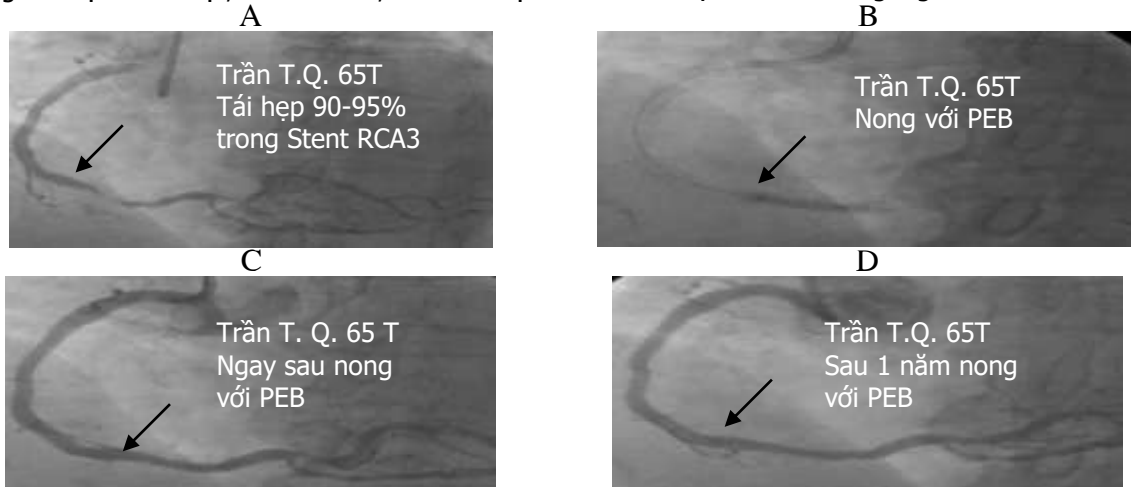
quả dựa vào, tỷ lệ thành công về hình ảnh chụp ĐMV, tỷ lệ thành công sau 6 tháng (tái hẹp, MACEs).

Các số liệu thu thập được của nghiên cứu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học trên máy vi tính bằng chương trình phần mềm SPSS 19.0-2010.

Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo Viện Tim mạch Quốc Gia Việt Nam – Bệnh viện Bạch Mai. Kết quả nghiên cứu sẽ được báo cáo với Viện, các trung tâm Can thiệp... và công bố trên Tạp chí chuyên ngành nhằm phục vụ cho công tác chẩn đoán và điều trị can thiệp tốt hơn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1 cho thấy, nam giới chiếm đa số là 80% (24 nam). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $66,9 \pm 8,69$ tuổi (thấp nhất là 51, cao nhất là 82), tỉ lệ tái hẹp sau can thiệp mạch vành bắt đầu gặp ở nhóm bệnh nhân trên 50 tuổi. Trong nhóm nghiên cứu, 27% các bệnh nhân có rối loạn lipid máu chưa được kiểm soát tốt, 33% các bệnh nhân có đái đường và 87% có tăng huyết áp. Trên lâm sàng, có 90% bệnh nhân có biểu hiện khó thở khi gắng sức với NYHA 2.



Bệnh nhân Trần Thị Q. 65 tuổi. Có tiền sử tăng huyết áp, tiểu đường type II, tai biến mạch não (2001). Bệnh nhân đặt Stent đoạn 1 LAD và đoạn 3 RCA (BMS). Bệnh nhân nhập viện do cơn đau thắt ngực, chụp mạch vành cho thấy hẹp khít trong Stent cũ RCA3 từ 90%-95% (Hình A). Bệnh nhân đã được nong với bóng SeQuent Please- Bbraun 3.0x 26 là loại bóng phủ thuốc paclitaxel (PEB) (Hình B). Hình ảnh ngay sau nong (Hình C) và sau 1 năm chụp lại (Hình D) cho thấy lòng mạch được mở rộng đáng kể và duy trì ổn định sau 1 năm.

Tuy dạng tái hẹp hay gặp liên quan đến tổn thương gây ra sau khi đặt stent nhưng các dạng tái hẹp liên quan đến các trường hợp đặt stent nhiều lớp chồng lên nhau cũng cho thấy một cơ chế khác liên quan đến tái hẹp trong stent.

Bảng 2: Trước can thiệp mức độ hẹp ĐMV trung bình là $79,5 \pm 7,81\%$ và ngay sau can thiệp là $17,2 \pm 6,84\%$ giảm rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$. Sự thay đổi kích thước lòng mạch trước và sau tương ứng là $0,52 \pm 0,20\text{mm}$ và $2,24 \pm 0,37\text{mm}$, tương ứng với $p < 0,0001$. Đường kính trung bình của PEB là $3,11 \pm 0,38\text{mm}$; chiều dài của PEB là $27,5 \pm 3,5\text{mm}$.

Bảng 1: liệt kê các đặc điểm lâm sàng, các thông số chụp mạch vành.

Đặc điểm	Nhóm ISR (n=30)	Đặc điểm	Nhóm ISR (n=30)
Tuổi (năm)	66,9 ± 8,69	NYHA1	1 (3,3%)
Nam giới	24 (80%)	NYHA2	27 (90,0%)
Hội chứng vành cấp	23 (76,6%)	NYHA3	2 (6,7%)
Rối loạn lipid máu	8 (27%)	Hút thuốc lá	23 (77%)
Tăng huyết áp	26 (87%)	Đái tháo đường	10 (33%)
Động mạch liên thất trước	10 (33,3%)	Kiểu tái hẹp trong Stent IC II	11 (36,6%) 19 (63,4%)
Động mạch mũ	4 (13,3%)		
Động mạch vành phải	16 (53,4%)		
Loại stent bị tái hẹp BMS DES	12 (40,0%) 18 (60,0%)	Kỹ thuật đặt stent trước đó Đặt 1 stent 3 stent lồng nhau 2 stent nối nhau	22(73,4%) 1(3,3%) 7(23,3%)

Tỷ lệ tổn thương khu trú trong stent kiểu tổn thương ổ (kiểu IC theo phân loại Mehran) là 36,6% (11 tổn thương) và kiểu tổn thương lan toả (kiểu II) là 63,4% (19 tổn thương). Theo vị trí tổn thương, tần suất tái hẹp hay gặp nhiều nhất là ĐMV phải (RCA) (53,3%) và đoạn 1 của động mạch liên thất trước (LAD) (20%) và ít nhất là động mạch mũ (LCx) (13,3%). Tỷ lệ ISR của Stent thường (BMS) và Stent phủ thuốc (DES) là 40% và 60% tương ứng, nghiên cứu cho thấy kiểu tổn thương tái hẹp hay gặp nhất là kiểu II, tổn thương kiểu hẹp dài (>10mm), lan tỏa trong stent (kiểu tăng sản nội mạc) và quá nửa số bệnh nhân có stent bị tái hẹp là stent phủ thuốc (chiếm 60,0%).

Bảng 2: Kết quả nghiên cứu

Đặc điểm	Trước can thiệp	Sau can thiệp	P
Kích thước lòng mạch nhỏ nhất (MLD), mm	0,52±0,20	2,24±0,37	
Sự khác biệt MLD trước-sau	-1,43[-1,55 -1,31]		0,0001
Phần trăm mức độ hẹp lòng mạch (%DS), (%)	79,5±7,81	17,2±6,84	
Sự thay đổi %DS trước-sau	54,8[51,1 - 58,6]		0,0001
Số PEB được sử dụng (n,%): 1 PEB 2 PEB	27 (90%) 3 (10%)		
Chiều dài PEB (mm)	27,5±3,50		
ĐK PEB (mm)	3,11±0,38		
Áp lực bơm bóng tối đa (atm)	11,3±3,2		
Tỷ lệ thành công về thủ thuật	30 (100%)		
Tử vong nằm viện	Không có		
Mức độ lòng mạch hẹp lại sau 6 tháng (LLL), mm	0,39±0,79		
%DS (% hẹp lại sau 6 tháng)	32,9 ± 23,9 %		
Tỷ lệ tái hẹp sau 6 tháng	12,5% (3/24)		
Tỷ lệ biến cố tim mạch chính (MACEs)	6,7%		

Chúng tôi đánh giá các biến cố tim mạch chính trong nhóm nghiên cứu, sau 30 ngày, sau 06 tháng và trong quá trình theo dõi. Thời gian theo dõi trung bình của nhóm nghiên cứu là 23,1 ± 13,01 tháng. Trong thời gian theo dõi, chúng tôi chỉ gặp có hai bệnh nhân phải can thiệp lại tổn thương đích và 1 bệnh nhân có biểu hiện xuất huyết tiêu hoá cao nhưng điều trị Nội khoa ổn định không phải can thiệp. Kết quả chụp lại mạch vành từ sau 6 tháng cho thấy tỷ lệ tái hẹp lại là 12,5% (có 3 bệnh nhân) và chỉ có 2 bệnh nhân cần phải can thiệp tổn thương đích trong nhóm nghiên cứu. Mức độ hẹp lại trung bình là 32,9 ± 23,9%.

IV. BÀN LUẬN

Điều trị tối ưu cho các bệnh nhân ISR vẫn còn là một vấn đề thách thức lớn đối với can thiệp

mạch vành qua da, và các phân tích tổng hợp chỉ ra rằng sử dụng DES hoặc PEB cho điều trị tổn thương tái hẹp là hiệu quả tốt hơn đáng kể khi so sánh với sử dụng bóng thường (POBA) trong phòng ngừa TLR [3]. Thử nghiệm PACCOATH-ISR I và II và nghiên cứu PEPCAD-DES (Treatment of DES-In-Stent Restenosis With SeQuent Please Paclitaxel-Eluting PTCA Catheter) khẳng định rằng PEB là an toàn và hiệu quả với làm giảm tỷ lệ TLR (9,3%) so sánh với nong bằng POBA cho tái hẹp trong BMS hay DES [7]. Alfonso và cs [4] đã khẳng định ưu thế của DES cho các tổn thương ISR cho kết cục sau 1 năm, tuy nhiên, kết quả cho giai đoạn lâu hơn vẫn chưa rõ ràng. Theo hướng dẫn về tái tưới máu cơ tim của Hội tim mạch Châu Âu năm 2014, DES hoặc PEB được khuyến cáo cho điều trị tái hẹp trong BMS và DES.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gợi ý rằng sử dụng PEB cho điều trị tổn thương ISR là hiệu quả và an toàn sau ít nhất 6 tháng theo dõi. Tỷ lệ biến cố tim mạch chính trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu PEPCAD-DES. Các kết quả này chỉ ra độ an toàn của PEB trong điều kiện can thiệp thực tế. Alfonso và cs [6] đã báo cáo tỷ lệ TLR muộn (> 1 năm) sau PEB cho TLR là 2,1 % trong giai đoạn 3 năm theo dõi. Ngược lại, Kufner và cs [5] báo cáo kết cục sau 3 năm của PEB cho ISR-DES và tỷ lệ TLR muộn là 14,5%. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, mức độ mất lòng mạch muộn (LLL) sau 6 tháng là $0,39 \pm 0,79$ mm (chỉ gần bằng kính thước của một lớp stent mới); tỷ lệ tái hẹp là 12,5% cho cả nhóm ISR-BMS và ISR-DES gộp lại, là khá tương đồng so với các nghiên cứu trước đó.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp ĐMV bằng bóng phủ thuốc Paclitaxel trong điều trị tái hẹp lại trong stent là phương pháp điều trị có tỷ lệ thành công cao, an toàn và hiệu quả phòng chống tái hẹp tốt. Tỷ lệ thành công thủ thuật đạt 100% ở các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu và không có bệnh nhân tử vong. Tỷ lệ tái can thiệp lại tổn thương đích là 6,7%. Tỷ lệ tái hẹp lại trên 50% đường kính lòng mạch sau 6 tháng là 12,5%. Mức độ mất lòng mạch muộn (LLL) từ sau 6 tháng là $0,39 \pm 0,79$ mm. Mức độ hẹp ĐMV giảm ngay sau can thiệp là 54,8% (95%CI: 51,1-58,6; p=0,0001).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Essentials of Restenosis for the** Interventional Cardiologist. Ducker HJ, Nabel EG, Serruys PW. Humana Press. *Epidemiology and Pathogenesis of Restenosis*. (2007). 7-28.
2. **Alfonso F, Byrne RA, Rivero F, Kastrati A.** Current treatment of in-stent restenosis. *J Am Coll Cardiol*

2014;63:2659-2673.

3. **Lee JM, Park J, Kang J,** Jeon KH, Jung JH, Lee SE, Han JK, Kim HL, Yang HM, Park KW, Kang HJ, Koo BK, Kim HS. Comparison among drug-eluting balloon, drug-eluting stent, and plain balloon angioplasty for the treatment of in-stent restenosis: a network meta-analysis of 11 randomized, controlled trials. *JACC Cardiovasc Interv* 2015;8: 382-394.
4. **Alfonso F, Perez-Vizcayno MJ,** Garcia Del Blanco B, Garcia-Touchard A, Masotti M, Lopez-Minguez JR, Iniguez A, Zueco J, Velazquez M, Cequier A, Lazaro-Garcia R, Marti V, Moris C, Urbano-Carrillo C, Bastante T, Rivero F, Cardenas A, Gonzalo N, Jimenez-Quevedo P, Fernandez C. Comparison of the efficacy of everolimus-eluting stents versus drug-eluting balloons in patients with in-stent restenosis (from the RIBS IV and V randomized clinical trials). *Am J Cardiol* 2016;117:546-554.
5. **Kufner S, Cassese S, Valeskini M, Neumann FJ, Schulz-Schupke S, Hoppmann P, Fusaro M, Schunkert H, Laugwitz KL, Kastrati A, Byrne RA.** Long-term efficacy and safety of paclitaxel-eluting balloon for the treatment of drug-eluting stent restenosis: 3-year results of a randomized controlled trial. *JACC Cardiovasc Interv* 2015;8:877-884.
6. **Alfonso F, Pérez-Vizcayno MJ,** García del Blanco B, Otaegui I, Masotti M, Zueco J, Velázquez M, Sanchís J, García-Touchard A, Lázaro-García R, Moreu J, Bethencourt A, Cuesta J, Rivero F, Cárdenas A, Gonzalo N, Jiménez-Quevedo P, Fernández C. Long-term results of everolimus-eluting stents versus drug-eluting balloons in patients with bare-metal in-stent restenosis 3-year follow-up of the RIBS V clinical trial. *JACC Cardiovasc Interv* 2016;9:1246-1255.
7. **Rittger H, Waliszewski M, Brachmann J,** Hohenforst-Schmidt W, Ohlow M, Brugger A, Thiele H, Birkemeyer R, Kurowski V, Schlundt C, Zimmermann S, Lonke S, von Cranach M, Markovic S, Daniel WG, Achenbach S, Wohrle J. Long-term outcomes after treatment with a paclitaxel-coated balloon versus balloon angioplasty: in-sights from the PEPCAD-DES study (Treatment of Drug-Eluting Stent [DES] In-stent Restenosis With SeQuent Please Paclitaxel-Coated Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty [PTCA] Catheter). *JACC Cardiovasc Interv* 2015;8:1695-1700.

NGUYÊN NHÂN TỬ VONG Ở TỈNH NGHỆ AN GIAI ĐOẠN 2005-2014

Nguyễn Văn Thương¹, Nguyễn Xuân Hồng¹, Lê Trần Ngoan²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thông tin về các nhóm nguyên nhân tử vong theo ICD-10 trong cộng đồng ở nước ta nói

chung và ở tỉnh Nghệ An nói riêng rất hạn chế. **Mục tiêu:** Mô tả nguyên nhân tử vong theo chương ICD-10 tại tỉnh Nghệ An giai đoạn 2005-2014. **Phương pháp:** Các trường hợp tử vong từ năm 2005 đến 2014 trong cộng đồng tỉnh Nghệ An được ghi nhận hàng năm và mã ICD-10. Biên số bao gồm họ và tên người mất, tuổi, giới, nguyên nhân tử vong. Tỷ lệ tử vong thô và chuẩn hóa tuổi theo cấu trúc dân số thế giới được phân tích. **Kết quả:** Tổng số tử vong ghi nhận được 140.670 trường hợp. Tỷ lệ tử vong chuẩn hóa tuổi/100.000 là 448,6 (hai giới), 619,2 (nam), và 305,9 (nữ). Chung 2 giới, nhóm bệnh tuần hoàn có tỷ lệ/100.000 cao nhất (135,4), thứ hai do ung thư

¹Sở Y tế tỉnh Nghệ An

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Thương

Email: thuongsytina@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.8.2017

Ngày duyệt bài: 14.8.2017

(102,4), thứ ba do tai nạn thương tích (56,9). Bệnh tuần hoàn và ung thư là hai nhóm cao nhất ở cả hai giới. Nhóm nguyên nhân cao thứ ba ở nam là tai nạn thương tích (88,8) nhưng ở nữ là nhóm các bệnh hô hấp (34,3). **Kết luận:** Kiểm soát các nguy cơ và nguyên nhân gây các bệnh tuần hoàn và ung thư trong cộng đồng cần được ưu tiên đầu tư cao ở tỉnh Nghệ An.

Từ khóa: Ghi nhận quần thể, tử vong, ICD-10, NCD

SUMMARY

CAUSES OF DEATH IN NGHE AN PROVINCE FOR THE PERIOD 2005-2014

Background: Information of causes of death by ICD-10 in community in general and in Nghe An province is limited. **Objectives:** to examine causes of death by ICD-10 chapter in Nghe An province for the period of 2005-2014. **Methods:** All cases of death occurred in Nghe An province from 2005 to 2014 were annually registered and coded ICD-10 followed guidelines and a trained course using the designed data collection form "Mortality registration". Five registered variables were collected as a full name, age, sex, date of death and cause of death. Crude and world age-standardized mortality rates per 100,000 (ASR) were estimated. **Results:** Registered cases were 140,670 for the 10-year period. All causes mortality ASR rates per 100,000 were 448.6 for both genders, 619.2 for men, and 305.9 for women. For men and women combined, the leading cause was circulatory (135.4), following by cancer (102.4), and injury & accident (56.9). Two leading causes of death of circulation and cancer were observed in both men and women. The third leading causes of death in men were injury & accident (88.8) but that were respiratory diseases in women (34.3). **Conclusions:** A control of causality and risk factors induced diseases of circulation and cancer should be a highly priority established in Nghe An province.

Keywords: Population-based registration, mortality, ICD-10, NCD

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh không lây nhiễm được Tổ chức Y tế thế giới (World Health Organization – WHO) phân loại thành 4 nhóm chính, bao gồm các bệnh tim mạch, các bệnh ung thư, đái tháo đường, và các bệnh mạn tính đường hô hấp (Viêm phế quản mạn, hen phế quản và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính) (1). Các chỉ số dịch tễ học mô tả các bệnh không nhiễm trùng bao gồm tỷ lệ mới mắc, tỷ lệ hiện mắc, và tỷ lệ tử vong (2). Các chỉ số này được thực hiện tốt ở các nước phát triển cao trên thế giới, ngược lại ở các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam, các chỉ số này có rất nhiều hạn chế. Năm 1990, các bệnh không nhiễm trùng là nguyên nhân chính gây tử vong cho 58% của các nguyên nhân ở mức độ toàn cầu và 50% ở các nước đang phát triển (3). Trong các bệnh không nhiễm trùng này,

hai nhóm bệnh gây tử vong cao nhất là các bệnh tim mạch (29% của tất cả các nguyên nhân) và ung thư (12% của tất cả các nguyên nhân). Nước ta hiện nay dân số hơn 90 triệu dân, có khoảng 450.000 người tử vong trong 1 năm. Theo kết quả nghiên cứu thí điểm về tử vong do ung thư năm 2006, người Việt Nam bị tử vong do bệnh này ở tuổi 55(4). Trong khi tuổi thọ trung bình của người Việt Nam năm 2006 là 71,3 tuổi. Như vậy, ung thư nói riêng và các bệnh không nhiễm trùng nói chung ảnh hưởng tới kỳ vọng sống khỏe mạnh của người Việt Nam. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này tại tỉnh Nghệ An giai đoạn 10 năm, từ 2005 đến 2014. Mục tiêu: Mô tả nguyên nhân tử vong theo chương ICD-10 tại tỉnh Nghệ An giai đoạn 2005-2014.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành tại 21 huyện, thành phố, thị xã của tỉnh Nghệ An trên địa bàn 480 xã/phường/thị trấn cho giai đoạn 10 năm từ 2005 đến 2014, với số dân trung bình của giai đoạn 10 năm này là 2.912.041 người trong năm 2009 có tổng điều tra dân số. Đối tượng nghiên cứu là các trường hợp tử vong, do tất cả các nguyên nhân, từ ngày 01/01/2005 đến ngày 31/12/2014 được điều tra theo mẫu phiếu "Báo cáo nguyên nhân tử vong", không phân biệt tuổi, giới, dân tộc, thuộc diện quản lý hộ khẩu của tỉnh Nghệ An, dù tử vong ở bất kỳ đâu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những trường hợp tử vong trên địa bàn nghiên cứu nhưng không thuộc diện quản lý nhân khẩu của tỉnh Nghệ An.

Thiết kế nghiên cứu: Vận dụng phương pháp nghiên cứu Dịch tễ học mô tả (Descriptive Epidemiology) và ghi nhận nguyên nhân tử vong quần thể theo hướng dẫn của tổ chức nghiên cứu ung thư quốc tế IARC (International Agency for Research on Cancer) (2). Cỡ mẫu là mẫu "Toàn bộ": Toàn bộ các trường hợp tử vong trong 10 năm, 2005-2014 ở tỉnh Nghệ An. Biến số: Thông tin về các trường hợp tử vong được thu thập bao gồm họ và tên; tuổi lúc tử vong tính theo dương lịch; giới; ngày-tháng-năm tử vong; nguyên nhân tử vong; và mã nguyên nhân tử vong theo ICD-10. Thông tin về quần thể nghiên cứu được thu thập: Tổng số dân của từng xã cho từng năm trong 10 năm 2005-2014. Các biến số này được thu thập định kỳ hàng năm và mã nguyên nhân theo ICD-10 được thực hiện hàng năm từ 2011 đến 2014. Có hướng dẫn cách ghi chép cho các biến số này, đặc biệt nguyên nhân tử vong được hướng dẫn ghi nguyên nhân chính theo phân loại bệnh tật quốc tế ICD-10.

Toàn bộ các biến số này được trình bày trong mẫu phiếu thu thập số liệu "Báo cáo nguyên nhân tử vong" được in trên giấy và dữ liệu điện tử trình bày trong Excel, để cùng gửi về từng trạm y tế xã/phường phục vụ thu thập số liệu. Số liệu được ghi nhận, kiểm soát logic rồi nhập vào máy tính bằng phần mềm Excel, mã hóa các nguyên nhân tử vong theo ICD-10. Sau đó phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 10.0. Tuổi được chia nhóm cách 10 năm: 0-9, 10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69. Và 70+. Đối với số liệu dân số: Số dân được thu thập hằng năm từ mỗi trạm Y tế xã/phường cho từng năm từ 2005-2014. Cấu trúc tuổi cách 10 năm như trên của tổng điều tra dân số năm 2009 được dùng để

tính cho nam, nữ và từng nhóm tuổi đó cho công trình nghiên cứu này. Tỷ lệ tử vong thô, chuẩn hóa theo tuổi /100.000 được tính theo cấu trúc dân số thế giới (Age-standardized rate, ASR) (2). Đề tài này được hội đồng Y Đức của trường Đại học Y Hà Nội thông qua ngày 25/11/2008.

III. KẾT QUẢ

Tổng số tử vong ghi nhận được 140.670 trường hợp trong 10 năm. Tỷ lệ tử vong chuẩn hóa tuổi/100.000 là 448,58 (hai giới), 619,21 (nam), và 305,85 (nữ). Chung 2 giới, nhóm bệnh tuần hoàn có tỷ lệ/100.000 cao nhất (135,45), thứ nhì do ung thư (102,43), thứ ba do tai nạn thương tích (56,92) (Bảng 1).

Bảng 1. Nhóm nguyên nhân theo ICD-10, chung 2 giới

Chung 2 giới	ICD-10	Tổng số	Tỷ lệ thô/ 100.000	ASR/ 100.000	%
Vi khuẩn	A00-A99	1.747	6,0	5,9	1,2
Virus	B00-B99	2.416	8,3	7,7	1,7
Ung thư	C00-C99	29.346	101,3	102,4	20,9
Bệnh máu, chuyển hóa	D50-E90	1.628	5,6	5,2	1,2
Tâm thần	F00-F79	312	1,1	1,0	0,2
Thần kinh	G00-G99	1.065	3,7	3,8	0,8
Tim mạch	I00-I99	44.603	154,0	135,5	31,7
Hô hấp	J00-J99	14.568	50,3	43,4	10,4
Tiêu hóa	K00-K93	3.943	13,6	13,4	2,8
Ngoài da	L00-L75	112	0,4	0,3	0,1
Xương khớp	M00-M94	429	1,5	1,4	0,3
Tiết niệu	N00-N99	1.860	6,4	6,0	1,3
Tử vong mẹ	O00-O99	89	0,3	0,3	0,1
Sơ sinh	P00-P96	1.526	5,3	7,4	1,1
Dị tật	Q00-Q99	653	2,3	2,8	0,5
Tai nạn thương tích	V01-Y99	16.885	58,3	56,9	12,0
Không rõ nguyên nhân	R00-R99	19.488	67,3	55,0	13,9
Tổng số		140.670	485,7	448,6	100

Các bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn, virus, ký sinh trùng (ICD-10: A00-B99) là nguyên nhân chính gây tử vong cho 2,9% của 140.670 trường hợp tử vong ở hai giới gộp chung. Có 13,9% của tổng số này chưa xác định được nguyên nhân chính gây tử vong (ICD-10: R00-R99). Có 89 trường hợp tử vong mẹ, chiếm 0,1% của tổng số tử vong chung 2 giới, (Bảng 1). Hai nhóm bệnh tuần hoàn và ung thư là 2 nhóm cao nhất ở riêng nam và nữ. Nhóm nguyên nhân cao thứ 3 ở nam là tai nạn thương tích (88,76) nhưng ở nữ là nhóm các bệnh hô hấp (34,26). Tử vong mẹ (89 trường hợp) và tử vong sơ sinh (1.526

ASR: Age-standardize rate, tỷ lệ chuẩn hóa tuổi (trường hợp) đã được ghi nhận trong 10 năm qua. Trong tổng số 140.670 trường hợp, nam giới có 83.404 trường hợp tử vong, chiếm 59,3%. Có 10,1% nam giới bị tử vong không xác định được nguyên nhân chính (ICD-10: R00-R99). Các bệnh nhiễm trùng là nguyên nhân của 3,9% của tổng số nam giới (ICD-10: A00-B99). Nữ giới có 19,3% không xác định được nguyên nhân chính gây tử vong, cao hơn nam giới 10,1%. Các bệnh nhiễm trùng gây tử vong ở nữ 1,6%, thấp hơn nam giới 3,9%. Có 89 trường hợp tử vong mẹ, chiếm 0,2% của tổng số tử vong ở nữ giới.

Bảng 2. Nhóm nguyên nhân theo ICD-10 ở nam giới

Nam	ICD-10	Tổng số	Tỷ lệ thô/ 100.000	ASR/ 100.000	%
Vi khuẩn	A00-A99	1.130	7,9	8,8	1,4
Virus	B00-B99	2.121	14,8	13,4	2,5

Ung thư	C00-C99	20.201	140,5	159,5	24,2
Bệnh máu, chuyển hóa	D50-E90	831	5,8	6,3	1,0
Tâm thần	F00-F79	175	1,2	1,3	0,2
Thần kinh	G00-G99	634	4,4	4,8	0,8
Tim mạch	I00-I99	24.139	167,9	179,8	28,9
Hô hấp	J00-J99	7.546	52,5	55,8	9,0
Tiêu hóa	K00-K93	2.854	19,9	21,7	3,4
Ngoài da	L00-L75	39	0,3	0,3	0,0
Xương khớp	M00-M94	195	1,4	1,5	0,2
Tiết niệu	N00-N99	952	6,6	7,0	1,1
Sơ sinh	P00-P96	832	5,8	7,8	1,0
Dị tật	Q00-Q99	358	2,5	3,0	0,4
Tai nạn thương tích	V01-Y99	12.957	90,1	88,8	15,5
Không rõ nguyên nhân	R00-R99	8.440	58,7	59,6	10,1
Tổng số		83.404	580,1	619,2	100

ASR: Age-standardize rate, tỷ lệ chuẩn hóa tuổi tai nạn thương tích. Ba nhóm nguyên nhân chính gây tử vong ở nữ khác nam giới là có các bệnh hô hấp, theo thứ tự giảm dần là các bệnh tim mạch, ung thư, và các bệnh hô hấp. Bởi vì các bệnh tim mạch và ung thư thuộc nhóm các bệnh không nhiễm trùng, kết quả nghiên cứu này gợi ý các bệnh nhiễm trùng là vấn đề sức khỏe đặc biệt quan trọng ở tỉnh Nghệ An hiện nay, là nguyên nhân tử vong trên 50% của tất cả các nguyên nhân.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này đã được thực hiện với mẫu nghiên cứu lớn (toàn bộ tỉnh Nghệ An) và trong thời gian dài (10 năm), kết quả đã mô tả được thực trạng tử vong do các nhóm bệnh theo ICD-10 theo giới ở tỉnh Nghệ An, một tỉnh ở khu vực Bắc Trung bộ. Ba nhóm nguyên nhân chính gây tử vong ở nam giới, cao nhất là các bệnh tim mạch, thứ hai là các bệnh ung thư, thứ ba là các

Bảng 3. Nhóm nguyên nhân theo ICD-10 ở nữ giới

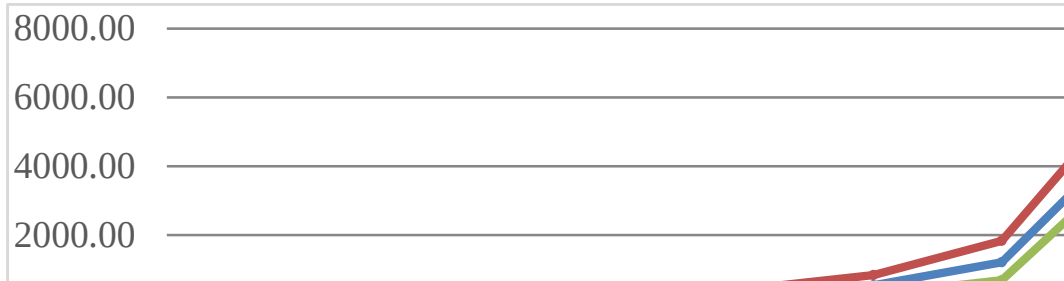
Nữ	ICD-10	Tổng số	Tỷ lệ thô/ 100.000	ASR/ 100.000	%
Vi khuẩn	A00-A99	617	4,2	3,6	1,1
Virus	B00-B99	295	2,0	1,9	0,5
Ung thư	C00-C99	9.145	62,7	56,5	16,0
Bệnh máu, chuyển hóa	D50-E90	797	5,5	4,4	1,4
Tâm thần	F00-F79	137	0,9	0,8	0,2
Thần kinh	G00-G99	431	3,0	3,0	0,8
Tim mạch	I00-I99	20.464	140,3	101,7	35,7
Hô hấp	J00-J99	7.022	48,1	34,3	12,3
Tiêu hóa	K00-K93	1.089	7,5	6,4	1,9
Ngoài da	L00-L75	73	0,5	0,3	0,1
Xương khớp	M00-M94	234	1,6	1,3	0,4
Tiết niệu	N00-N99	908	6,2	5,2	1,6
Tử vong mẹ	O00-O99	89	0,6	0,6	0,2
Sơ sinh	P00-P96	694	4,8	6,9	1,2
Dị tật	Q00-Q99	295	2,0	2,6	0,5
Tai nạn thương tích	V01-Y99	3.928	26,9	25,9	6,9
Không rõ nguyên nhân	R00-R99	11.048	75,7	50,6	19,3
Tổng số		57.266	392,6	305,9	100

Chất lượng số liệu thu thập được từ mẫu phiếu "Báo cáo nguyên nhân tử vong" đã được thẩm định tại các tỉnh Bắc Ninh, Lâm Đồng và Bến Tre: Danh sách tử vong thống kê được trên 90% của tổng số tử vong; độ nhạy và độ đặc hiệu đạt khá tốt với các bệnh về hệ thần kinh, rất tốt với các bệnh ung thư, tim mạch và tai nạn thương tích(5). Tỷ lệ tử vong tăng nhanh ở cả

ASR: Age-standardize rate, tỷ lệ chuẩn hóa tuổi nam và nữ ở nhóm tuổi 40 hoặc cao hơn gợi ý đã gợi ý cho công tác phòng bệnh cấp II nên chú trọng cho những người từ 40 tuổi trở lên, đó là sàng lọc sớm phát hiện các bệnh tăng huyết áp, sàng lọc sớm đối với các bệnh ung thư để điều trị có hiệu quả để giảm số lượng và tỷ lệ tử vong do các nhóm bệnh này. Đối với nhóm ung thư, tỷ lệ tử vong chuẩn hóa/100.000 theo cấu trúc dân

số thể giới ở Nghệ An (159,5) cao hơn số liệu tính cho cả nước (148,0) của tổ chức nghiên cứu ung thư Quốc tế IARC đối với nam giới, tỷ lệ này ở Nghệ An (56,5) lại thấp hơn số liệu cho cả nước (76,3) đối với nữ giới (6). Sự khác biệt này

có thể giải thích là số liệu tính cho cả nước của IARC đã ước tính cho Việt Nam bằng mượn số liệu của các nước trong khu vực như Trung Quốc, Thái Lan (6).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ tử vong/100.000 theo nhóm tuổi và giới

Tử vong mẹ và tử vong sơ sinh đã được ghi nhận trong 10 năm qua ở tỉnh Nghệ An với số lượng lớn, cần chú trọng đầu tư cho công tác phòng chống tử vong hai nhóm này theo chỉ tiêu phát triển của Liên Hợp quốc để bảo vệ tốt hơn sức khỏe các bà mẹ và trẻ em (7).

V. KẾT LUẬN

Kiểm soát các nguy cơ và nguyên nhân gây các bệnh tuần hoàn và ung thư trong cộng đồng cần được ưu tiên đầu tư cao ở tỉnh Nghệ An.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2014) Global status report on noncommunicable diseases 2014.

- http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/, pp. 150-161 (Geneva, World Health Organization).
2. SILVA, I. D. S. (1999) *Cancer epidemiology: Principle and methods* (Lyon, France, IARC - WHO).
3. MURRAY, C. J. & LOPEZ, A. D. (1994) Global and regional cause-of-death patterns in 1990, *Bull World Health Organ*, 72, 447-80.
4. NGOAN, L. T., LUA, N. T. & HANG, L. T. (2007) Cancer mortality pattern in Viet Nam, *Asian Pac J Cancer Prev*, 8, 535-8.
5. STEVENSON, M. R., HUNG, D. V., HUONG, H. T. et al. (2015) Evaluation of the Vietnamese A6 Mortality Reporting System: All-Cause Mortality, *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 27, 733-42.
6. IARC (2012) *Globocan 2012: Viet Nam* (IARC).
7. UNDP (2014) The Millennium Development Goals: Eight Goals for 2015 (UNDP (<http://www.undp.org/content/undp/en/home/mdgoverview.html>)).

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG BẰNG KÉO GIÃN CỘT SỐNG TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2016

Nguyễn Anh Tú¹, Đỗ Đào Vũ²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp kéo giãn cột sống tại bệnh viện Bạch Mai năm 2016. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả tiến cứu có can thiệp 30 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng đủ tiêu chuẩn. **Kết quả:** Không thấy có mối liên quan giữa

giới tính với kết quả điều trị với khoảng tin cậy CI 95% (0,32 – 6,30). không có mối liên quan nào giữa bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng có bệnh tim mạch kèm theo với kết quả điều trị với khoảng tin cậy CI 95% (0,29 - 4,82). Bệnh nhân thoát vị đĩa đệm có đái tháo đường kèm theo không ảnh hưởng đến kết quả điều trị bằng kéo giãn cột sống với khoảng tin cậy CI 95% (0,38–11,06). Loãng xương nhẹ trên bệnh nhân có thoát vị đĩa đệm không ảnh hưởng đến kết quả điều trị bằng máy kéo giãn cột sống với khoảng tin cậy 95%CI (0,03-1,10). **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy chưa thấy có mối liên quan nào giữa các yếu tố giới tính, tình trạng mắc một số bệnh mạn tính kèm theo như bệnh lý tim mạch, bệnh lý đái tháo đường và loãng xương nhẹ đến kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm bằng máy kéo giãn cột sống.

Từ khóa: thoát vị đĩa đệm, kéo giãn cột sống

¹Trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

²Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đào Vũ

Email: dodaovurehabi@yahoo.com

Ngày nhận bài: 11.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2017

Ngày duyệt bài: 31.8.2017

SUMMARY

EVALUATING SOME FACTORS AFFECTING THE OUTCOME OF TREATMENT OF LUMBAR SPINE DISC HERNIATION BY SPINE STRETCHING EXERCISES AT BACH MAI HOSPITAL IN 2016

Objectives: To describe some factors related to the result of using spine stretching exercises to treat herniated lumbar spine disc at Bach Mai hospital in 2016. **Subject and method:** a prospective, descriptive, interventional study on 30 patients with lumbar spine disc herniation meeting inclusion criteria. **Results:** there was no correlation between patients' gender, their accompanying heart-related diseases, diabetes, mild osteoporosis and the effectiveness of spine stretching exercises with CI 95% (0.32 – 6.30), CI 95% (0.29 – 4.82), CI95% (0.38 – 11.06) and 95%CI (0.03 – 1.10) respectively. **Conclusion:** The recent research findings show that the result of using spine stretcher to treat lumbar spine disc herniation might not be affected by patients' gender and their accompanying chronic diseases such as heart-related diseases, diabetes, and mild osteoporosis.

Key words: lumbar spine disc herniation, spine stretch

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thắt lưng là bệnh lý phổ biến trong thực hành lâm sàng chuyên ngành phục hồi chức năng, trong đó nguyên nhân hàng đầu là thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. Theo Lambert [6], có tới 63% bệnh nhân đau thắt lưng là do thoát vị đĩa đệm. Ở Việt Nam, thoát vị đĩa đệm chiếm tỷ lệ 63% - 73% các trường hợp đau cột sống thắt lưng và 72% bệnh nhân đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng [1-4]. Thoát vị đĩa đệm không gây nguy hiểm đến tính mạng người bệnh nhưng ảnh hưởng nhiều về kinh tế, xã hội và đặc biệt là chất lượng cuộc sống của người bệnh. Điều trị bằng phương pháp sử dụng máy kéo giãn cột sống đã giúp cải thiện triệu chứng mà không cần dùng thuốc. Theo tìm hiểu của chúng tôi, hiện nay tại các trung tâm, khoa Phục hồi chức năng đã áp dụng khá rộng rãi phương pháp này nhưng còn ít nghiên cứu được công bố. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu *mô tả một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng kéo giãn cột sống 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: (1) Bệnh nhân tuổi từ 18 đến 79; (2) Có bằng chứng về lâm sàng, cận lâm sàng thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng; (3) Theo dõi và đánh giá trước – sau điều trị đầy đủ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: (1) Bệnh nhân không được điều trị và theo dõi đúng quy trình nghiên cứu; (2) Bệnh nhân thoát vị đĩa đệm có chỉ định phẫu thuật hoặc mức độ nhẹ; (3) Bệnh nhân quá già trên 80 tuổi; (4) Các bệnh lý kết hợp: lao cột sống, loãng xương có chỉ số T score < -3 hoặc < -2,5 kèm theo tiền sử hoặc hiện tại có gãy xương, chấn thương cột sống.

2.1.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Cỡ mẫu: có 30 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

Chọn mẫu: chọn mẫu có chủ đích tất cả bệnh nhân trên 18 và dưới 80 tuổi có chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng mức độ vừa điều trị tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn chọn lựa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu có can thiệp

2.2.2. Vật liệu và các công cụ phục vụ nghiên cứu: Mẫu bệnh án nghiên cứu, thang điểm nhìn đánh giá mức độ đau VAS (Visual Analogue Scale); Máy kéo giãn cột sống thắt lưng TM-300 nhãn hiệu ITO của Nhật Bản sản xuất.

2.2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Đề tài được thực hiện tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 10 năm 2016.

2.2.4. Tiêu chuẩn chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng: Đau lan dọc đường đi dây thần kinh tọa, Lasague dương tính (góc đo dưới 90 độ); trên phim cộng hưởng từ có hình ảnh thoát vị đĩa đệm [5]. Thoát vị đĩa đệm mức độ vừa: VAS từ 3-6 điểm, hình ảnh cộng hưởng từ có hình ảnh thoát vị dưới dây chằng; Lasague cải thiện ≥ 30 độ và cải thiện mức độ hài lòng theo thang điểm (0-10) ≥ 6 điểm. Loãng xương nhẹ: $-1,5 < T \text{ score} < -2,5$. Có bệnh lý tim mạch và đái tháo đường được chẩn đoán bởi các bác sĩ chuyên khoa tim mạch và nội tiết

Đánh giá kết quả điều trị: kết quả tốt khi thang điểm VAS giảm được từ 3 điểm trở lên và bệnh nhân trở lại sinh hoạt và làm việc được sau 1 tháng điều trị.

2.2.5. Các biến số và chỉ số nghiên cứu: Tuổi, giới, thời gian bị bệnh, có bệnh tim mạch kèm theo, đái tháo đường kèm theo, loãng xương nhẹ. Đánh giá tại hai thời điểm: trước điều trị và sau 1 tháng điều trị.

2.2.6. Quy trình kéo giãn cột sống bằng máy theo Bộ Y tế ban hành

Bước 1: chuẩn bị, giải thích bệnh nhân và kiểm tra hồ sơ bệnh án;

Bước 2: xác định trọng lượng kéo theo trọng lượng của bệnh nhân, thời gian kéo;

Bước 3: tiến hành kéo cho bệnh nhân, nhân viên y tế theo dõi trong quá trình kéo;

Bước 4: kết thúc và ghi hồ sơ bệnh án.

2.4.11. Xử lý số liệu: Phân tích bằng phần mềm thống kê Stata 12.0 của Tổ chức Y tế thế giới. Thống kê mô tả nhằm tính toán chỉ số trung bình, trung vị với biến định lượng, mô tả dưới dạng tỷ lệ phần trăm với các biến định tính. Mức giá trị xác suất $P < 0.05$ được coi là có ý nghĩa thống kê, khoảng tin cậy không chứa 1.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

Giới tính	Đối tượng nghiên cứu	
	n=30	%
Nam	15	50
Nữ	15	50
Tuổi (trung bình $\pm$ SD)	67,83 $\pm$ 5,37	

Tỷ lệ nam và nữ là đương tương, tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu là 67,83 $\pm$ 5,37 (nhỏ tuổi nhất là 20 tuổi, cao nhất là 79 tuổi)

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh	Đối tượng nghiên cứu	
	n=30	%
< 14 ngày	8	26,67
14-21 ngày	10	33,33
> 21 ngày	12	40

Thời gian bị bệnh nhiều nhất là trên 21 ngày (chiếm 40%), ít nhất dưới 14 ngày với 27%.

Bảng 3. Liên quan giới tính đến kết quả điều trị

Giới tính	Kết quả điều trị (n=30)		
	Tốt n =28 (%)	Không tốt n=2 (%)	95%CI
Nam	14(50)	1(50)	0,32 - 6,30
Nữ	14(50)	1(50)	

Không thấy có mối liên quan giữa giới tính với kết quả điều trị, với khoảng tin cậy CI 95% (0,32 - 6,30).

Bảng 4. Liên quan giữa có bệnh tim mạch phổi hợp đến kết quả điều trị

Có bệnh tim mạch phổi hợp	Kết quả điều trị (n=30)		
	Tốt n =28 (%)	Không tốt n=2 (%)	95% CI
Không	12(42,86)	2(100)	0,29 - 4,82
Có	16(57,14)	0(0,00)	

Không nhận thấy có mối liên quan nào giữa bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng có bệnh tim mạch kèm theo với kết quả điều trị, với khoảng tin cậy CI 95% (0,29 - 4,82).

Bảng 5. Liên quan giữa có bệnh đái đường phổi hợp đến kết quả điều trị

Có bệnh đái tháo đường kết hợp	Kết quả điều trị (n=30)		
	Tốt n =28 (%)	Không tốt n=2 (%)	95%CI
Không	19(67,86)	2(100)	0,38 - 11,06
Có	9(32,14)	0(0,00)	

Không có mối liên quan giữa bệnh nhân bị đái tháo đường kèm theo với kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm bằng kéo giãn cột sống, với khoảng tin cậy CI 95% (0,38 - 11,06)

Bảng 6: Liên quan giữa có bệnh loãng xương đến kết quả điều trị

Loãng xương nhẹ phổi hợp	Kết quả điều trị (n=30)		
	Tốt n =28 (%)	Không tốt n=2 (%)	95%CI
Không	16(57,14)	1(50)	0,03 - 1,10
Có	12(42,86)	1(50)	

Kết quả kiểm định cho thấy loãng xương nhẹ kèm theo thoát vị đĩa đệm không ảnh hưởng đến kết quả điều trị bằng máy kéo giãn cột sống, với khoảng tin cậy CI 95% (0,03 - 1,10).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.3 cho thấy nguy cơ điều trị thất bại ở nam giới cao gấp 1,4 lần nguy cơ ở nữ, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy CI 95% (0,32 - 6,30). Như vậy, không có mối liên quan nào giữa giới tính đến kết quả điều trị chung bệnh thoát vị đĩa đệm ở đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này hoàn toàn phù hợp với kết quả trên lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi, với độ tuổi trung bình 67,83 $\pm$ 5,37 thì nam và nữ có những đặc điểm khá giống nhau, khiến của kết quả điều trị tương đồng.

Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy có tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân có bệnh lý tim mạch, đái tháo đường phổi hợp. Một vấn đề đặt ra là với những bệnh nhân có bệnh tim mạch, đái tháo đường thì kết quả điều trị bằng máy kéo giãn cột sống có bị ảnh hưởng hay không. Kết quả trong bảng 3.4, bảng 3.5 và bảng 3.6 cho phép chúng ta kết luận nguy cơ điều trị thất bại ở bệnh nhân có bệnh tim mạch, đái tháo đường hay loãng xương phổi hợp lần lượt cao gấp 1,18 lần; 2,06 lần và 0,19 lần ở bệnh nhân không có bệnh tim mạch, đái tháo đường phổi hợp và sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy CI 95%: (0,29 - 4,82), (0,38 - 11,06) và (0,03 - 1,10). Như vậy, có thể nói là những bệnh nhân có bệnh lý tim mạch hoặc đái tháo đường hay loãng xương phổi hợp có thể làm ảnh hưởng đến toàn trạng bệnh nhân, làm lu mờ các triệu chứng của bệnh lý thoát vị, nhưng kết quả điều trị không bị ảnh hưởng. Điều

này cho phép thay đổi tư duy trong thực hành lâm sàng. Trước đây, mặc dù không có chống chỉ định nhưng có không ít quan điểm lo ngại về sự không an toàn khi sử dụng máy kết giãn cột sống cho bệnh nhân có bệnh lý tim mạch, đái tháo đường hay loãng xương - một nhóm bệnh được cho là nặng. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cho thấy chúng ta vẫn có thể điều trị tốt thoát vị đĩa đệm bằng các biện pháp vật lý và kéo giãn cột sống cho những nhóm bệnh nhân này. Cần lưu ý để có được kết quả tốt, cần phải có sự giám sát, theo dõi, chỉ định các thông số kỹ thuật một cách thận trọng, điều chỉnh kịp thời cho phù hợp với từng cá thể bệnh nhân. Nếu chúng ta làm tốt công tác chuẩn bị, chẩn đoán đúng bệnh, đánh giá các yếu tố nguy cơ để ngăn ngừa tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị, tuân thủ đầy đủ các quy định trong điều trị vật lý trị liệu, bệnh nhân có thoát vị với bệnh lý kèm theo sẽ vẫn đạt được hiệu quả điều trị như mong muốn. Mặc dù nghiên cứu còn hạn chế ở cỡ mẫu chưa lớn, nhưng kết quả cũng cho những kết luận ban đầu giúp cho thầy thuốc thực hành lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy chưa thấy có mối liên quan nào giữa các yếu tố giới tính, tình

trạng mắc một số bệnh mạn tính kèm theo như bệnh lý tim mạch, bệnh lý đái tháo đường và loãng xương nhẹ đến kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm bằng máy kéo giãn cột sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thái Hà**, Đánh giá tác dụng điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp điện châm, xoa bóp kết hợp với Vật lý trị liệu, *Luận văn Thạc sỹ y học*, Trường Đại học Y Hà Nội; 2007.
2. **Vì Thị Hải, Nguyễn Vĩnh Ngọc**, "Đánh giá hiệu quả tiêm ngoài màng cứng qua khe liên đốt L4-L5 bằng hydrocortison acetat trong điều trị đau dây thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm, *Luận án thạc sỹ y học*, Trường đại học Y Hà Nội, 2014.
3. **Lê Thị Kiều Hoa**, Nghiên cứu hiệu quả phục hồi chức năng ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm thắt lưng - cùng bằng máy ELTRAC 471, *Luận văn Thạc sỹ y học*, Trường Đại học Y Hà Nội, 2001.
4. **Phan Chúc Lâm, Nguyễn Văn Thông**, Điều trị bảo tồn thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, *Kỷ yếu công trình khoa học chuyên đề Thần kinh - Tâm thần - Phẫu thuật thần kinh*, Tổng hội y dược học Việt Nam, 1991 : 94- 96.
5. **Lê Xuân Thành**, "Tác dụng giảm đau và cải thiện chức năng sinh hoạt của điện trường châm trong điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoát vị đĩa đệm; *tạp chí y học Việt Nam*, số 1, 2015: 34-38.
6. **Leonard. H. VanGelder, Barbara J, et al** . A phased rehabilitation protocol for athletes with lumbar intervertebral disc herniation, *The International Journal of Sports Physical Therapy*, 2009: (8), N° 4: 482.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHỒI MÁU NÃO CẤP DO TẮC MẠCH LỚN BẰNG DỤNG CỤ CƠ HỌC THÌ ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phan Ngọc Nhu¹, Đào Việt Phương², Mai Duy Tôn²

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá kết quả điều trị nhồi máu não cấp do tắc mạch lớn bằng dụng cụ cơ học thì đầu tại bệnh viện Bạch Mai". **Phương pháp và kết quả:** Qua hồi cứu bệnh án của các bệnh nhân điều trị trong thời gian từ tháng 07/2016 đến tháng 07/2017. Có 48 bệnh nhân bị nhồi máu não cấp, được can thiệp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học thì đầu tại bệnh viện Bạch mai. Trong đó có 24 nam và 24 nữ. Tuổi trung bình $57,9 \pm 15,2$. Tỷ lệ tái thông tốt sau can thiệp 72,9%. Tại thời điểm 3 tháng sau điều trị, 26/48 bệnh nhân phục hồi lâm sàng tốt chiếm 54,2%, 19 bệnh nhân phục hồi chậm chiếm 39,5%, 3 bệnh

nhân tử vong chiếm 6,3% và tỉ lệ chảy máu có triệu chứng là 5 bệnh nhân chiếm 10,4%. **Kết luận:** Điều trị lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học thì đầu ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc mạch lớn có nguy cơ cao là một phương pháp cho thấy hiệu quả tốt về tái thông và phục hồi lâm sàng và an toàn.

SUMMARY

EVALUATION OF EFFECTIVE OF PRIMARY MECHANICAL THROMBECTOMY FOR ACUTE ISCHEMIC STROKE DUE TO PROXIMAL ARTERY OCCLUSION

Purpose: To evaluate the effective of primary mechanical thrombectomy for acute ischemic stroke due to proximal artery occlusion at Bach Mai Hospital.

Methods and results: Patients' medical records were retrospectively reviewed from July 2016 to July 2017. There were 48 patients with acute ischemic stroke who were involved in primary mechanical thrombectomy at the Bach Mai hospital. Of which there are 24 men and 24 women, the median age was

¹Bệnh viện Phú Thọ

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Phương

Email: daovietphuong85@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2017

Ngày duyệt bài: 31.8.2017

57.9 ± 15.2, the recanalization rate after intervention 72.9%. At the time of 3 months after treatment, 26/48 patients with good clinical recovery accounted for 54.2%, 19 patients with slow recovery accounted for 39.5%, 3 patients died accounted for 6.3% and rate Symptomatic hemorrhage is 5 patients, 10.4%.

Conclusion: The primary mechanical thrombectomy for acute ischemic stroke patients due to proximal artery occlusion is a method that demonstrates good efficacy in recanalization rate, improved functional independence.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với khẩu hiệu “thời gian là não”, việc điều trị đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp tính là nhanh chóng tái thông mạch máu bị tắc nghẽn do huyết khối, nhằm cứu nhu mô não vùng đang bị tổn thương [1]. Hiện nay có hai phương pháp điều trị tái thông mạch máu não cấp, gồm sử dụng thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch trong 4,5 giờ đầu và can thiệp mạch lấy huyết khối động mạch bằng dụng cụ cơ học trong 6h đầu. Hiệu quả của tiêu huyết khối qua đường tĩnh mạch đã được khẳng định qua nghiên cứu NINDS (National Institute of Neurological Disorders and Stroke 1996) và các nghiên cứu khác sau đó. Tuy nhiên chỉ khoảng 5% số bệnh nhân thiếu máu cục bộ được chỉ định dùng thuốc tiêu huyết khối vì đến muộn và các chống chỉ định khác kèm theo khi dùng thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch. Hơn nữa khả năng tái thông các động mạch lớn khi dùng thuốc tiêu huyết khối tĩnh mạch còn khá hạn chế, 15- 20% với động mạch cảnh trong và khoảng 25% với động mạch não giữa [2].

Can thiệp nội mạch bằng dụng cụ cơ học ra đời đã phần nào khắc phục nhược điểm của điều trị tiêu huyết khối đường tĩnh mạch, tăng khả năng tái thông động mạch lớn, ít gây nguy cơ chảy máu sau khi được tái tưới máu, và tăng số bệnh nhân được điều trị. Dùng tiêu huyết khối đường tĩnh mạch kết hợp với can thiệp mạch bằng dụng cụ cơ học được chứng minh hiệu quả tốt [3]. Tuy nhiên không phải tất cả các bệnh nhân bị tắc mạch máu não lớn đều có đủ điều kiện điều trị kết hợp 2 phương pháp trên, do những bệnh nhân này đến viện muộn sau 4,5 giờ hoặc có các chống chỉ định khác với điều trị tiêu huyết khối tĩnh mạch. Vì vậy can thiệp mạch bằng dụng cụ cơ học là biện pháp duy nhất có thể tái thông trở lại các động mạch lớn. Do vậy những bệnh nhân này sẽ được can thiệp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học ngay thì đầu nhằm tái thông mạch trở lại cứu vùng não bị tổn thương.

Hiện nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả can thiệp mạch bằng dụng cụ cơ học

thì đầu trên nhóm bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc mạch lớn này, trên cơ sở đó chúng tôi tiến hành đề tài nhằm “Đánh giá kết quả điều trị nhồi máu não cấp do tắc mạch lớn bằng dụng cụ cơ học thì đầu tại bệnh viện Bạch Mai”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu dựa 48 hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân được chẩn đoán là nhồi máu não giai đoạn cấp điều trị can thiệp nội mạch bằng dụng cụ cơ học thì đầu vào điều trị nội trú tại khoa Cấp cứu - Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 7 năm 2016 đến tháng 7 năm 2017.

2.2. Tiêu chuẩn chọn và loại trừ.

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Các bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu là những bệnh nhân: Được chẩn đoán nhồi máu não giai đoạn cấp (TCYTTG 1990), có điều trị can thiệp mạch bằng dụng cụ cơ học.

2.2.2. Các tiêu chuẩn loại trừ: Loại khỏi nghiên cứu bệnh án của những bệnh nhân có một trong những tiêu chuẩn loại trừ sau:

- Được chẩn đoán nhồi máu não giai đoạn cấp (TCYTTG 1990), có điều trị bằng can thiệp mạch bằng dụng cụ cơ học nhưng kết hợp với thuốc tiêu huyết khối Alteplase đường tĩnh mạch.

- Những bệnh nhân không thu thập được đầy đủ thông tin trong quá trình điều trị và tình trạng cải thiện lâm sàng ở thời điểm 3 tháng sau khi ra viện.

2.3. Phương pháp nghiên cứu.

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả ca bệnh, chùm bệnh, hồi cứu các hồ sơ bệnh án thuộc diện nghiên cứu.

2.3.2. Cỡ mẫu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên hồ sơ bệnh án của 48 bệnh nhân.

2.3.3. Nguồn thông tin thu thập.

Tiến hành lấy thông tin từ những nguồn sau:

- Tham khảo hồ sơ bệnh án những bệnh nhân trong diện nghiên cứu tại phòng kế hoạch tổng hợp bệnh viện Bạch Mai.

- Thông tin về những bệnh nhân đã điều trị tại khoa cấp cứu từ các chuyên gia về lĩnh vực đột quỵ não, chẩn đoán hình ảnh của bệnh viện Bạch Mai.

- Tất cả số liệu được thu thập và ghi chép đầy đủ theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

2.3.4. Phương tiện nghiên cứu

- Mẫu bệnh án nghiên cứu theo các mục tiêu nghiên cứu.

- Hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân trong diện nghiên cứu.

2.3.5. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê y học.

2.3.6. Quy trình nghiên cứu.

- Tham khảo hồ sơ bệnh án của tất cả những bệnh nhân nhồi máu não cấp được điều trị can thiệp nội mạch bằng dụng cụ cơ học của khoa cấp cứu đã ra viện từ tháng 7 năm 2016 đến tháng 7 năm 2017, tại phòng kế hoạch tổng hợp của bệnh viện.

- Đối chiếu, loại trừ tất cả các hồ sơ bệnh án vi phạm tiêu chuẩn loại trừ.

- Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án. Tham khảo, thu thập thông tin của bệnh nhân từ các chuyên gia về đột quỵ não, chẩn đoán hình ảnh của Bệnh viện Bạch Mai, Ghi chép thông tin đầy đủ vào mẫu bệnh án nghiên cứu. Nhập, phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê y học:

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm nhóm Nghiên cứu:**

Giới tính	Số trường hợp (n=48)	Tỷ lệ (%)
Nam	24	50
Nữ	24	50
Tuổi	57,9 ± 15,2 (27-87)	

3.2. Vị trí động mạch tắc.

Vị trí động mạch tắc	Số trường hợp (n= 48)	Tỷ lệ (%)
Động mạch não giữa	26	54,2
Động mạch cảnh trong	10	20,8
Động mạch cảnh trong + não giữa	5	10,4
Động mạch thân nền	7	14,6

3.3. Thay đổi thang điểm NIHSS ở các thời điểm điều trị

	Trước can thiệp	Sau can thiệp 24 giờ	p
Điểm NIHSS	17,63 ± 4,93	8,96 ± 7,69	< 0,05

Thay đổi điểm NIHSS sau 24 giờ	Số trường hợp (n=48)	Tỷ lệ (%)
Điểm NIHSS giảm > 4	40	83,33
Điểm NIHSS Giảm < 4	6	12,5
Điểm NIHSS tăng	2	4,17

3.4. Hiệu quả tái thông mạch sau can thiệp.

Mức độ tái thông mạch theo điểm TICI	Số trường hợp (n=48)	Tỷ lệ (%)
Không tốt (0-2a)	13	27,1
Tốt (2b-3)	35	72,9

3.5. Biến chứng chảy máu não:

Mức độ	Số trường hợp (n=48)	Tỷ lệ (%)
Không chảy máu	39	81,3
Chảy máu não có triệu chứng	5	10,4
Chảy máu não không có triệu chứng	4	8,3

3.6. Kết quả phục hồi chức năng thần kinh sau 3 tháng.

Mức độ phục hồi theo Rankin (mRS)	Số trường hợp (n= 48)	Tỷ lệ (%)
Tốt (0-2)	26	54,2
Kém (3-5)	19	39,5
Tử vong (6)	3	6,3

IV. BÀN LUẬN

- Trong nghiên cứu có 48 bệnh nhân, gồm 24 bệnh nhân nữ (chiếm 50%) và 24 bệnh nhân nam (chiếm 50%). Kết quả này của chúng tôi cũng gần giống với các nghiên cứu về đột quỵ khác, trong SWIFT, tỉ lệ Nam là 42%, IMS III là 50% và SYNTHESIS là 59% [4].

- Tuổi trung bình là 57,9 ± 15,2, thấp hơn tỉ lệ này trong SWIFT 65,4 ± 14. Trong nghiên cứu Multi MERCI là 68 tuổi [4], [5]. Nguyên nhân có thể là trong nghiên cứu của chúng tôi có nhiều bệnh nhân trẻ tuổi mắc các bệnh lý về tim mạch đang dùng các thuốc chống đông máu.

- Vị trí động mạch tắc: Có 26 trường hợp là tắc động mạch não giữa M1 (chiếm 54,2%), 10 trường hợp động mạch cảnh trong (20,8%), 5 trường hợp tắc động mạch cảnh trong kết hợp với tắc động mạch não giữa (10,4%) và 7 trường hợp tắc động mạch thân nền (14,6%). Kết quả này cũng tương tự với các nghiên cứu trên thế giới về đột quỵ não khi tỉ lệ tắc động mạch não giữa đoạn M1 luôn chiếm số lượng lớn (TREVO 2: 60%, SWIFT: 61%) [4], [6].

- Điểm NIHSS trung bình lúc nhập viện trong nghiên cứu của chúng tôi là 17,63 ± 4,93. Kết quả này cũng gần giống với nghiên cứu của Paolo Machi và cộng sự là 15,8 [7], và nghiên cứu Muti MERCI là [5]. Điểm NIHSS giảm rõ rệt sau can thiệp 24 giờ (17,63->8,96) giảm 8,67 điểm, trong đó có 40/48 (83,3%) bệnh nhân có điểm NIHSS giảm trên 4 điểm, 6 bệnh nhân điểm NIHSS có giảm nhưng giảm dưới 4 điểm và có 2 bệnh nhân tăng điểm NIHSS.

- Hiệu quả tái thông mạch máu sau can thiệp được đánh giá dựa trên thang điểm TICI với tỉ lệ tái thông tốt (TICI 2b-3) là 35 trường hợp chiếm 72,9%, tái thông kém (TICI 0-2a) là 13 trường hợp chiếm 27,1%. Tỉ lệ tái thông tốt trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả của 1 số nghiên cứu khác: TREVO 2 (68%) và IMS III (75%) [6]. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu của SWIFT (83,3%) [4], có thể trong các nghiên cứu này chỉ sử dụng dụng cụ lấy huyết khối bằng Solitaire, còn trong nghiên cứu của chúng tôi ngoài dụng cụ Solitaire còn sử dụng cả dụng cụ hút huyết khối.

- Tỷ lệ biến chứng chảy máu có triệu chứng sau can thiệp chiếm 10,4%, cao hơn chút ít so với tỷ lệ này trong SWIFT (2%), TREVO (7%), IMS III (6.2%) [4],[6]. Nguyên nhân có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi gồm những bệnh nhân có nhiều nguy cơ chảy máu là những bệnh nhân bị bệnh tim mạch đang duy trì thuốc chống đông hoặc những bệnh nhân có tắc các mạch máu lớn đến viện muộn sau 4,5 giờ.

- Đánh giá phục hồi lâm sàng sau 03 tháng dựa trên thang điểm Rankin cải biên cho thấy có 26 bệnh nhân (54,2%) phục hồi tốt (mRS 0-2), 19 bệnh nhân (39,5%) phục hồi chậm (mRS 3-5) và 6,3% (3 bệnh nhân) tử vong. Tỷ lệ phục hồi lâm sàng tốt cao hơn so với nghiên cứu của Machi là 46%[7], thấp hơn với nghiên cứu SWIFT với tỷ lệ tương ứng là 58,2%, có thể là do nghiên cứu của chúng tôi có nhiều bệnh nhân đến viện muộn sau 4,5 giờ, nhưng tỷ lệ tử vong thấp hơn nghiên cứu SWIFT là 17,2% [4].

V. KẾT LUẬN

- Qua đánh giá trên hồ sơ bệnh án bệnh của 48 nhân nhồi máu não được can thiệp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học thì đầu cho thấy hiệu quả tái thông và phục hồi lâm sàng tốt. Tỷ lệ chảy máu có triệu chứng sau can thiệp ở mức độ chấp nhận được và tỷ lệ tử vong thấp.

- Đây là một phương pháp điều trị hiệu quả, giảm biến chứng, rất có lợi ích cho những bệnh

nhân nhồi máu não cấp do tắc các động mạch lớn có nguy cơ cao, không thể điều trị thuốc tiêu huyết khối tĩnh mạch hoặc điều trị kết hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Anh Nhị (2005).** Mạch máu não và Tai biến mạch máu não. *Thần kinh học*. Nhà xuất bản Y học TP Hồ Chí Minh.
2. **Hachinski V., Iadecola C., Petersen R.C. và cộng sự. (2006).** National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Canadian Stroke Network Vascular Cognitive Impairment Harmonization Standards. *Stroke*, **37**(9), 2220-2241.
3. **Mistry E.A., Mistry A.M., Nakawah M.O. và cộng sự. (2017).** Mechanical Thrombectomy Outcomes With and Without Intravenous Thrombolysis in Stroke Patients: A Meta-Analysis. *Stroke*, STROKEAHA.117.017320.
4. **Saver J.L., Jahan R., Levy E.I. và cộng sự. (2012).** Solitaire flow restoration device versus the Merci Retriever in patients with acute ischaemic stroke (SWIFT): a randomised, parallel-group, non-inferiority trial. *The Lancet*, **380**(9849), 1241-1249.
5. **Smith W.S., Sung G., Saver J. và cộng sự. (2008).** Mechanical Thrombectomy for Acute Ischemic Stroke. *Stroke*, **39**(4), 1205-1212.
6. **Nogueira R.G., Lutsep H.L., Gupta R. và cộng sự. (2012).** Trevo versus Merci retrievers for thrombectomy revascularisation of large vessel occlusions in acute ischaemic stroke (TREVO 2): a randomised trial. *Lancet*, **380**(9849), 1231-1240.
7. **Machi P., Costalat V., Lobotesis K. và cộng sự. (2012).** Solitaire FR thrombectomy system: immediate results in 56 consecutive acute ischemic stroke patients. *J NeuroInterventional Surg*, **4**(1), 62-66.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN XƠ CỨNG RAI RÁC THỂ TỬY SỐNG

Hồ Thị Dung*, Lê Văn Thịnh**, Võ Hồng Khôi**

TÓM TẮT

Cơ sở: Bệnh xơ cứng rải rác (XCRR) là một bệnh viêm mất myelin của hệ thần kinh trung ương, xảy ra chủ yếu ở chất trắng của não, tủy, hoặc thần kinh thị giác. Đó là một bệnh tái diễn hoặc tiến triển gây nên các thiếu sót thần kinh nhiều đợt, mạn tính. Tổn thương tủy thường gặp trong lâm sàng của bệnh, là dạng gây tàn phế nhất của XCRR. **Mục tiêu:** Đưa ra một vài nhận định về đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân xơ cứng rải rác có tổn thương tủy sống. **Phương pháp:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 33 bệnh nhân chẩn đoán XCRR theo tiêu chuẩn MacDonald

2010, được điều trị nội trú tại Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai vì một đợt tiến triển có tổn thương tủy sống. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 41,97 tuổi. Tỷ lệ giới tính là 81,8% nữ, 18,2% nam. Kiểu diễn biến tái phát – thuyên giảm gặp nhiều nhất chiếm 94%. Số đợt tái phát trung bình là 3,42 đợt. Vị trí khởi phát bệnh hay gặp nhất là ở thần kinh thị giác chiếm 57,6%, tiếp đến ở tủy sống chiếm 33,3%, và ở não chiếm 9,1%. Phản xạ bệnh lý bó tháp là dấu hiệu rất thường gặp. Triệu chứng bàng quang cũng thường xảy ra như bí tiểu khi nhập viện và tiểu gấp khi xuất viện. Tất cả các bệnh nhân đều có rối loạn cảm giác, triệu chứng này gần như không hồi phục. Điểm EDSS trung bình khi ra viện là 5 điểm. **Kết luận:** Hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng tỉ mỉ là điều kiện tiên quyết để chẩn đoán chính xác bệnh xơ cứng rải rác.

Từ khóa: xơ cứng rải rác, tủy sống

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS OF THE SPINAL CORD

*Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Thị Dung

Email: hodung.bs@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2017

Ngày duyệt bài: 31.8.2017

Aim: multiple sclerosis (MS) is a demyelinating disease of the central nervous system which appear mainly in the white matter of brain, spinal cord, or optic nerves. MS is a relapsing or progressive disease that results in episodic or chronic neurological deficits. Spinal cord dysfunction is the most easily and often found in the clinical assessment of multiple sclerosis patients. Spinal cord involvement is the most disabling of multiple sclerosis syndromes. **Methods:** To comment on the clinical characteristics of multiple sclerosis patients who had spinal cord involvement. **Results:** The average age of the patients was 41.97 years. The sex ratio was 81.8% for females, 18.2% for males. Relapsing – remitting multiple sclerosis was the most common form on presentation, comprising about 94% of cases. The average number of attacks was 3.42. The most common onset in optic nerves was 57.6%, in the spinal cord 33.3%, and brain 9.1%. Babinski sign was very common. Bladder symptoms occurred frequently for example urinary retention when hospitalized and urgency when discharge. All patients had sensory disturbance, that symptom was almost irreversible. The average EDSS score at discharge was 5 points. **Conclusions:** Careful clinical examination is very necessary to accurately diagnose multiple sclerosis.

Keywords: multiple sclerosis, spinal cord

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh xơ cứng rải rác (XCRR) là một bệnh viêm mất myelin của hệ thần kinh trung ương, xảy ra chủ yếu ở chất trắng của não, tủy, hoặc thần kinh thị giác, gây nên nhiều triệu chứng thần kinh tổn thương thành nhiều đợt, mạn tính.[1]

Tổn thương tủy thường gặp trong lâm sàng bệnh XCRR, đặc biệt ở quần thể người châu Á. Đó là dạng gây tàn tật nhất của bệnh do sự hồi phục thường không hoàn toàn và mất nhiều thời gian. Tổn thương tủy sống có thể là đợt bệnh đầu tiên, nhưng cũng có thể là biểu hiện của một đợt mới trong tiến triển của bệnh. Triệu chứng lâm sàng của tổn thương tủy trong XCRR vô cùng đa dạng, bất kỳ hội chứng tổn thương tủy kinh điển nào cũng có thể là biểu hiện của tổn thương tủy trong XCRR. Vì vậy cộng hưởng từ (CHT) tủy sống không chỉ có vai trò phát hiện tổn thương mà còn giúp loại trừ các căn nguyên khác.

Theo tiêu chuẩn McDonald 2010, tổn thương tủy sống là một trong bốn vị trí tổn thương điển hình của XCRR trên hình ảnh cộng hưởng từ.[3] Tuy chụp cộng hưởng từ tủy sống khó khăn hơn trong phát hiện tổn thương so với chụp cộng hưởng từ não. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục đích mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ ở bệnh nhân XCRR có tổn thương tủy sống. Với mong muốn giúp cho quá trình thực hành lâm sàng, tăng khả năng chẩn đoán

đúng cho bệnh nhân xơ cứng rải rác và đặt nền tảng cho việc nghiên cứu sâu hơn về căn bệnh hiểm gặp này trong tương lai.

Trong phạm vi của bài báo này, chúng tôi xin đưa ra một vài nhận định về đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân xơ cứng rải rác có tổn thương tủy sống.

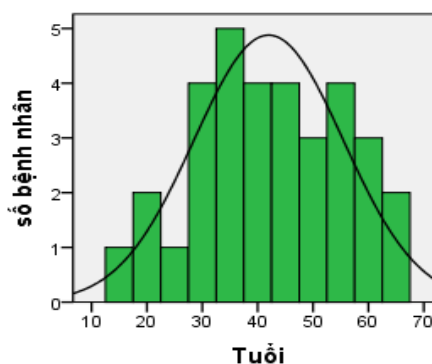
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu 33 bệnh nhân được chẩn đoán xác định XCRR theo tiêu chuẩn McDonald 2010, vào Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai điều trị nội trú vì một đợt tiến triển có tổn thương tủy sống.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu theo phương pháp cắt ngang mô tả. Đối tượng nghiên cứu được hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng tại hai thời điểm vào viện và ra viện, đồng thời được chụp cộng hưởng từ cột sống bằng máy cộng hưởng từ 1,5 Tesla tại vị trí theo định khu tổn thương trên lâm sàng.

III. KẾT QUẢ

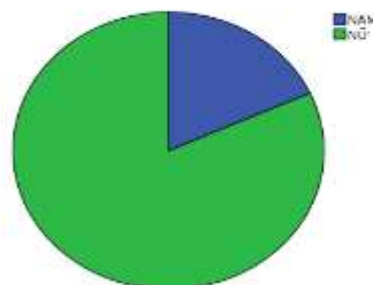
3.1 Tuổi



Biểu đồ 1: Tuổi bệnh nhân

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 41,97, trong đó bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 15 tuổi và bệnh nhân cao tuổi nhất là 64 tuổi.

3.2 Giới



Biểu đồ 2: Tỷ lệ giới tính của nhóm nghiên cứu

Trong nhóm nghiên cứu có 27 bệnh nhân nữ chiếm 81,8%, 6 bệnh nhân nam chiếm 18,2%.

3.3 Kiểu diễn biến bệnh

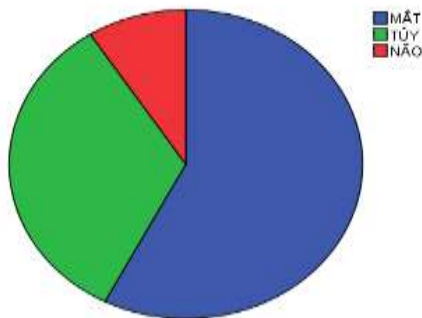
Bảng 1: Kiểu tiến triển của bệnh

Kiểu diễn biến bệnh	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Lành tính	0	0%
Tái phát thuyên giảm	31	94%
Tiến triển thứ phát	1	3%
Tiến triển nguyên phát	1	3%

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kiểu diễn biến tái phát – thuyên giảm gặp nhiều nhất chiếm 94%. Có 1 bệnh nhân (3%) diễn biến theo kiểu tiến triển thứ phát, và 1 bệnh nhân (3%) diễn biến theo kiểu tiến triển nguyên phát. Không có bệnh nhân nào diễn biến theo kiểu lành tính.

3.4 Số đợt bệnh: Số đợt tái phát trung bình là 3,42 đợt. Trong đó 1 bệnh nhân có tới 13 đợt tái phát trong vòng 12 năm mắc bệnh tính đến thời điểm nghiên cứu.

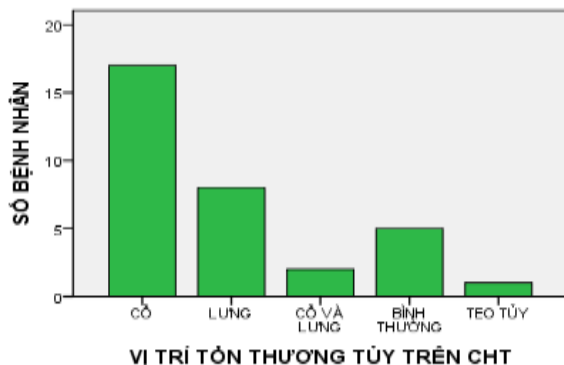
3.5 Vị trí khởi phát bệnh đợt đầu



Biểu đồ 3: Vị trí khởi phát bệnh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí khởi phát bệnh hay gặp nhất ở thần kinh thị giác chiếm 57,6%, tiếp đến ở tủy sống chiếm 33,3%, và cuối cùng ở não chiếm 9,1%.

3.6 Đặc điểm lâm sàng tổn thương tủy



Biểu đồ 4: vị trí tổn thương thủy trên cộng hưởng từ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân được chụp CHT theo định khu tổn thương trên lâm sàng. 51,5%, bệnh nhân tổn thương tủy cổ, 24,2% bệnh nhân tổn thương tủy lưng, không có bệnh nhân tổn thương tủy thắt lưng, 6,1% bệnh nhân tổn thương tủy cổ và tủy lưng. Một bệnh nhân có hình ảnh teo tủy trên CHT, chính là bệnh nhân có 13 đợt tái phát trong bệnh sử. 15,2% bệnh nhân có tổn thương tủy trên lâm sàng nhưng hình ảnh CHT bình thường.

Bảng 2: Phản xạ bệnh lý bó tháp

Phản xạ bệnh lý bó tháp	Số bệnh nhân có phản xạ bệnh lý bó tháp	Tỷ lệ %
Dấu Babinski	31	93,9
Dấu Hoffman	20	60,6

93,9% bệnh nhân có dấu hiệu Babinski, và 60,6% bệnh nhân có dấu hiệu Hoffman. Hầu như tất cả các bệnh nhân có dấu hiệu Babinski đều có dấu hiệu Hoffman.

Bảng 3: Rối loạn tiểu tiện trước và sau vào viện

Rối loạn tiểu tiện lúc vào viện	Rối loạn tiểu tiện lúc ra viện				Tổng
	Không rối loạn	Bí tiểu	Tiểu gấp	Tiểu không tự chủ	
Không rối loạn	11	0	0	0	11
Bí tiểu	6	4	5	0	15
Tiểu gấp	0	0	3	0	3
Tiểu không tự chủ	1	0	3	0	4
Tổng	18	4	11	0	33

Tại thời điểm vào viện triệu chứng rối loạn cơ tròn hay gặp nhất là bí tiểu chiếm 45,5%. Tuy nhiên tại thời điểm ra viện, loại rối loạn hay gặp nhất là tiểu gấp chiếm 33,33%. Có đến 54,5% bệnh nhân không có rối loạn tiểu tiện lúc ra viện.

Bảng 4: Rối loạn cảm giác chủ quan trước và sau vào viện

Rối loạn cảm giác chủ quan lúc vào viện	Rối loạn cảm giác chủ quan lúc ra viện		Tổng
	Tê bì	Tê bì và đau thắt	
Tê bì	15	0	15
Tê bì và đau thắt	0	18	18
Tổng	15	18	33

Tại thời điểm vào viện và ra viện triệu chứng cảm giác gần như không thay đổi. 45,5% bệnh nhân có rối loạn cảm giác kiểu tê bì, 55,5% bệnh nhân có tê bì và đau thắt, đau chói.

3.7 Điểm đánh giá tình trạng giảm năng lực (EDSS): Điểm tàn tật (EDSS) trung bình của bệnh nhân tại thời điểm nhập viện là 6,5 và tại thời điểm ra viện là 5.

IV. BÀN LUẬN

Xơ cứng rải rác từ lâu đã được mệnh danh là “kẻ đại bất chước” của chuyên ngành thần kinh vì tính đa dạng trong biểu hiện lâm sàng của nó, vì vậy việc chẩn đoán sớm và chính xác được coi như một thách thức với các thầy thuốc lâm sàng. Có nhiều hệ tiêu chuẩn chẩn đoán đã được ra đời với mục đích mô hình hóa chẩn đoán xơ cứng rải rác. Đặc điểm chung của các tiêu chuẩn này là chứng minh sự rải rác theo không gian và thời gian của bệnh. Hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng tỉ mỉ là điều kiện tiên quyết để áp dụng các tiêu chuẩn vào chẩn đoán bệnh xơ cứng rải rác.

Dữ liệu nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 41,97 tuổi, trong đó bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 15 tuổi và bệnh nhân cao tuổi nhất là 64 tuổi – là trường hợp đã được chẩn đoán bệnh từ 12 năm trước với nhiều đợt tái phát. Tỷ lệ giới tính là 81,8% nữ, 18,2% nam. Kiểu diễn biến tái phát – thuyên giảm là gặp nhiều nhất chiếm 94%. Các kết quả nghiên cứu này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước.[2]

Số đợt tái phát trung bình là 3,42 đợt[2]. Số năm bị bệnh trung bình của bệnh nhân tính đến thời điểm nghiên cứu là 3,48 năm. Như vậy trung bình cứ một năm bệnh nhân sẽ có một đợt tái phát bệnh. Đây được xem như một thách thức rất lớn với các nhà khoa học trong việc nghiên cứu các phương pháp điều trị nền cho bệnh nhân XCRR.

Vị trí khởi phát bệnh hay gặp nhất ở thần kinh thị giác (57,6%), tiếp đến ở tủy sống (33,3%), và cuối cùng là não (9,1%). Như vậy bất cứ một tổn thương thần kinh trung ương nào xuất hiện lần đầu tiên nếu không tìm được nguyên nhân nào khác đều có thể là triệu chứng khởi phát của bệnh xơ cứng rải rác. Đợt đầu tiên này thường được chẩn đoán như viêm thị thần kinh, viêm tủy, hay nhồi máu não chất trắng. Điều này cần được lưu ý với các thầy thuốc lâm sàng để thận trọng trong chẩn đoán và theo dõi bệnh nhân.

Về thăm khám lâm sàng, phản xạ bệnh lý bó tháp là dấu hiệu rất thường gặp. Rối loạn cơ tròn thường gặp nhất lúc nhập viện là bí tiểu, lúc ra viện là tiểu gấp. 66,67% bệnh nhân có rối loạn tiểu tiện lúc nhập viện và chỉ còn 45,5% bệnh nhân có rối loạn tiểu tiện lúc ra viện [6]. Điều

này phần nào phản ánh được sự hồi phục của triệu chứng rối loạn tiểu tiện sau mỗi đợt tiến triển. Tất cả các bệnh nhân đều có rối loạn cảm giác kiểu tê bì, kiến bò hoặc đau thắt, đau chói, gây ra những khó chịu vô cùng lớn cho bệnh nhân sau mỗi đợt tiến triển, trong khi đó các triệu chứng này lại gần như không có sự hồi phục.

Điểm tàn tật (EDSS) trung bình khi ra viện là 5 điểm. Điều này đồng nghĩa với việc hầu hết bệnh nhân xơ cứng rải rác buộc phải nghỉ không thể làm việc. Đây được xem như một gánh nặng kinh tế rất lớn cho gia đình và xã hội [5].

V. KẾT LUẬN

Xơ cứng rải rác là một bệnh hiếm gặp, thường xảy ra ở nữ giới, độ tuổi trung niên. Bệnh có tính chất tái phát nhiều đợt, và thường diễn biến theo kiểu tái phát - thuyên giảm. Bệnh có thể biểu hiện nhiều nơi của hệ thần kinh trung ương như não, tủy và thần kinh thị giác. Vị trí hay gặp nhất khi khởi phát bệnh là ở thần kinh thị giác, sau đó đến tủy sống và não.

Về lâm sàng ở bệnh nhân có tổn thương tủy, tổn thương hay gặp nhất là ở tủy cổ, hầu hết bệnh nhân đều có các dấu hiệu bệnh lý bó tháp, đặc biệt dấu hiệu Babinski. Triệu chứng rối loạn tiểu tiện thường gặp nhất lúc nhập viện là bí tiểu, và lúc ra viện là tiểu gấp. Tất cả các bệnh nhân đều có rối loạn cảm giác, và triệu chứng này gần như không có sự hồi phục. Điểm tàn tật (EDSS) trung bình lúc nhập viện là 6,5 và lúc ra viện là 5, chứng tỏ sự giảm sút trầm trọng về chất lượng cuộc sống và khả năng lao động của các bệnh nhân XCRR có tổn thương tủy sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **D. D. Trương, L. Đ. Hình và N. T. Hùng (2004).** Thần Kinh Học Lâm Sàng, Nhà xuất bản y học, Hà Nội
2. **Nguyễn Văn Tuấn (2012).** Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân xơ cứng rải rác tại bệnh viện Bạch Mai, luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội
3. **Polman. C. H, Reingold. S. C, Banwell. B et al (2011).** Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. Ann Neurol, 69 (2), 292-302.
4. **Zikhova. A. R, Berezgova. L. M, Tlapshokova. L. B et al (2013).** Epidemiological characteristics of multiple sclerosis in the Kabardino-Balkaria Republic. Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova, 113 (10 Pt 2), 5-7.
5. **Kurtzke JF (1983).** Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS) Neurology; 33(11):1444-1452.
6. **Bot JC, Barkhof F, Polman CH, et al (2004).** Spinal cord abnormalities in recently diagnosed MS patients: added value of spinal MRI examination. Neurology; 62(2):226-233.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 458 - THÁNG 9 - SỐ 1 2017

VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^o1 - SEPTEMBER - 2017

- 1 **T**ìm hiểu mối liên quan giữa suy thận cấp do thuốc cản quang với một số yếu tố nguy cơ và đặc điểm bệnh nhân sau chụp và can thiệp động mạch vành qua da
Relationship between acute renal insufficiency due to contrast medium and risk factors and postoperative coronary angiography 1

**Hồ Viết Lệ Diễm, Tạ Anh Hoàng,
Trương Thị Mai Hương, Lê Việt Thắng**
- 2 **N**ghiên cứu đặc điểm phân bố của các chủng *enterobacteriaceae* sinh β - lactamase phổ rộng, carbapenemase phân lập tại Bệnh viện Quân Y103 giai đoạn 2014 -2016 4
Study of the proportion, distribution of *enterobacteriaceae* producing esbl, carbapenemase isolated at 103 Military Hospital

Phạm Thị Vân, Hà Thị Thu Vân, Nguyễn Thái Sơn
- 3 **K**hảo sát đặc điểm tổn thương thận ở bệnh nhân đái tháo đường chờ ghép tụy thận đồng thời tại Bệnh viện Quân y 103 7
Investigation of kidney lesion in selected patients for simultaneuos pancreas and kidney transplantation in Military Hospital 103

Nguyễn Ngọc Châu, Hoàng Mạnh An
- 4 **L**âm sàng và X quang bệnh nhân tái tạo khuyết đoạn xương hàm dưới bằng xương mác cẳng chân với kỹ thuật vi phẫu 10
Clinical and radiographic features of mandibular reconstruction with fibular osteocutaneous free flap and microsurgical technique

Trần Cao Bính, Nguyễn Mạnh Hà
- 5 **T**hực trạng bệnh sâu răng ở học sinh trường tiểu học Vũ Thắng, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình năm 2017 14
Reality decay disease among students in Vu Thang primary school in Kien Xuong District, Thai Binh in 2017

**Nguyễn Thị Sen, Hoàng Bảo Duy, Nguyễn Văn Tiến,
Nguyễn Thị Nhân, Vũ Thị Thao, Nguyễn Thị Sơn**
- 6 **M**ột số yếu tố liên quan đến phơi nhiễm với máu, dịch tiết từ bệnh nhân của học sinh, sinh viên trường Cao đẳng y tế Hải Phòng 18
Some risk factors related to the exposure to pattients'blood, secreted fluid of students at Hai Phong Medical College

Nguyễn Thị Ngọc, Phạm Văn Trung
- 7 **K**hảo sát tình trạng kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân đái tháo đường chờ ghép tụy thận đồng thời tại Bệnh viện Quân y 103 21
Investigation of the blood glucose control in selected patients for simultaneuos pancreas and kidney transplantation in Military Hospital 103

Nguyễn Thị Phi Nga, Nguyễn Ngọc Châu
- 8 **M**ột số yếu tố liên quan tới thực trạng bệnh sâu răng, mất răng ở đối tượng người cao tuổi tại tỉnh Đắk Lắk 25
Some factors related to status of tooth decay, tooth loss in elderly peoplein Dak Lak Province

**Lê Nguyễn Bá Thụ, Trương Mạnh Dũng, Ngô Văn Toàn
Trần Văn Đáng, Nguyễn Vũ Giáp, Nguyễn Thị Kim Chung**

- 9 **Phát hiện các chủng *enterobacteriae* sinh carbapenemase và kiểu gen liên quan kháng kháng sinh của chúng phân lập tại Bệnh viện Quân y 103 năm 2015** 30
Detection *enterobacteriaceae* produces carbapenemase and their genotype in the Military Hospital 103 in 2015

**Bùi Thanh Thuyết, Hà Thị Thu Vân,
Nguyễn Văn An, Lê Thu Hồng, Nguyễn Thái Sơn**
- 10 **Nghiên cứu đặc điểm các hành vi gây nguy hiểm ở bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid** 33
Study the characteristics of endangered behaviors in patients paranoid paranoid mentality

Nguyễn Văn Dũng
- 11 **Chấp nhận và tuân thủ phương pháp điều trị thở áp lực dương liên tục trong hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ** 38
The acceptance and compliance with continuous positive airway pressure (CPAP) treatment for obstructive sleep apnea syndrome

Nguyễn Thanh Bình và cs
- 12 **Đánh giá hiệu quả vô cảm và khả năng kiểm soát đường thở khi gây mê bằng sevofluran trong nội soi can thiệp đường hô hấp ở trẻ em** 41
Evaluation of anesthesia efficient and the possibility of airway control in anesthesia with sevoflurane for respiratory endoscopy in children

Phạm Thị Hiền Hòa, Nguyễn Hữu Tú, Nguyễn Đức Lam
- 13 **Thực trạng thiếu sắt ở bà mẹ cho con bú và một số yếu tố liên quan tại huyện Trung du Miền núi Phía Bắc** 45
Tissue iron deficiency in breastfeeding mothers and related factors in a northern midland Mountainous District

Nguyễn Song Tú, Trần Thuý Nga, Lê Danh Tuyên
- 14 **Tương quan giữa nồng độ acid uric máu và hội chứng chuyển hoá ở nam và nữ** 49
Association between serum uric acid level and metabolic syndrome in men and women

Huỳnh Kim Phụng
- 15 **Khảo sát nồng độ vitamin D huyết thanh ở bệnh nhân Parkinson** 54
Study serum vitamin D in parkinson Patients

Nguyễn Thị Bích Lệ, Nguyễn Văn Liệu, Võ Hồng Khôi
- 16 **Đánh giá hình thái tiêu xương ổ răng vùng răng sau hàm trên ở những bệnh nhân có chỉ định cấy ghép Implant** 57
Evaluation of morphological characteristics alveolar bone resorption after the maxillary teeth in patients who have dental Implant indication

Phạm Hoàng Tuấn
- 17 **Kiến thức, thái độ, thực hành dinh dưỡng trên học sinh trường trung cấp y tế Bắc Giang** 61
The knowledge, attitude and practices on nutrition among students in Bac Giang secondary medical school

Nguyễn Thị Thu, Nguyễn Quang Dũng, Phạm Văn Phú
- 18 **Đánh giá tình trạng đột biến braf trên bệnh nhân ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Bạch Mai** 65
Evaluating the braf mutation in differentiated thyroid cancer at Bach Mai Hospital

Phạm Cẩm Phương, Mai Trọng Khoa
- 19 **Mối liên quan chỉ số tinh dịch đồ với tỷ lệ có thai trong điều trị bơm tinh trùng vào buồng tử cung** 69
Relationship between sperm parameters and pregnancy rate in intra uterine insemination treatment

Hồ Sỹ Hùng

20	Sống thêm không bệnh của hóa trị bổ trợ trước kết hợp phẫu thuật bảo tồn trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II Survival without disease of chemotherapy before conservation surgery in breast cancer women stage II	73
	Trần Văn Thuấn	
21	Điều trị u nguyên bào thận tại Bệnh viện Nhi Trung ương Nephroblastoma treated in National Children's Hospital	77
	Trần Đức Hậu, Nguyễn Thị Hương	
22	Nghiên cứu vi khuẩn gram âm sinh ESBL phân lập được tại Bệnh viện TW Quân đội 108 Study of gram-negative bacteria with ESBL (+) has been isolated at 108 Military Central Hospital	79
	Đinh Vạn Trung	
23	Mối liên quan giữa bệnh vùng quanh răng với một số bệnh toàn thân và lối sống Relationship between periodontal diseases with some systemic disease and living habit	82
	Lê Long Nghĩa	
24	Đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân suy tim trẻ em Clinical characteristics and causes of children with heart failure	85
	Trương Thị Mai Hồng	
25	Khảo sát chất lượng cuộc sống của bệnh nhân viêm mũi dị ứng tại TP. Hồ Chí Minh The quality of life survey in patients with allergic rhinitis in Ho Chi Minh City	88
	Trần Viết Luân	
26	Phân tích thực trạng kê đơn thuốc tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2015 Analysis of prescribing at Hanoi obstetrics and gynecology Hospital in 2015	92
	Hà Văn Thúy, Nguyễn Thị Song Hà	
27	Hiện trạng và nguyên nhân tử vong mẹ ở Việt Nam năm 2015 (Phần 1: Hiện trạng tử vong mẹ ở Việt Nam năm 2015) Current status and causes of maternal mortality in Vietnam by the year of 2015 (Part 1: Current status of maternal mortality in Viet Nam by 2015)	96
	Trần Đăng Khoa	
28	Một số đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân có hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn Clinical symptoms in patients with obstructive sleep apnea syndrome	102
	Nghiêm Thị Hồng Nhung, Nguyễn Thanh Bình	
29	Đánh giá hiệu quả giảm đau trong chuyển dạ đẻ của phương pháp gây tê cạnh cổ tử cung bằng Bupivacain 0,25% The assessment of analgesic effect in labor of paracervical block with Bupivacaine 0.25%	105
	Đỗ Khắc Huỳnh, Trần Văn Cường, Nguyễn Đức Lam	
30	Nhận xét điều trị trầm cảm có loạn thần ở những người cao tuổi Comments on depressed psychosis in elderly people	108
	Nguyễn Văn Dũng, Nguyễn Minh Hương	
31	Đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa ở bệnh nhân viêm nhiễm vùng hàm mặt do răng tại Bệnh viện Mắt- Răng Hàm Mặt Cần Thơ năm 2015 – 2017 Odontogenic infections/cellulitis: Surgical result of patient in eye-odonto stomatology Can Tho Hospital for 2015 – 2017	113
	Trương Nhật Khuê, Nguyễn Thanh Quang	
32	Dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng răng lạc chỗ vùng mũi xoang tại Khoa Tai Mũi Họng – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên Study on clinical, subclinical of ectopic tooth in nasal septum at otorhinolaryngology department – Thai Nguyen National Hospital	117
	Nguyễn Công Hoàng	

- 33 **Thực trạng bệnh lý mũi xoang của công nhân ngành than tại mỏ than Quang Hanh, Thành phố Cẩm Phả, tỉnh Quảng Ninh** 122
Research of rhinosinusitis among coal workers in Quanghanh coal mine, Campha City, Quangninh Province
Lê Văn Dương, Cao Minh Thành
- 34 **Thực trạng suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ 36-47 tháng tuổi tại trường mầm non, huyện Thanh Liêm, Hà Nam năm 2015** 125
Stuntng status in children 36-47 months old in preschool, Thanh Liem District, Ha Nam Province in 2015
Hoàng Văn Phương, Lê Danh Tuyên, Trần Thúy Nga, Nguyễn Song Tú
- 35 **Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị biến dạng môi mũi sau tạo hình thì đầu khe hở môi trên hai bên bẩm sinh theo phương pháp Veau** 129
Evaluate the result of second phase repair treatment of nose and lip defomity after closing cleft lip with Veau technique
Phạm Hoàng Tuấn
- 36 **Tình trạng dinh dưỡng và yếu tố liên quan của học sinh trường trung cấp y tế Bắc Giang năm 2016** 132
Nutritional status and associated factors among students of Bac Giang Secondary Medical School in 2016
Nguyễn Thị Thu, Phạm Văn Phú, Nguyễn Quang Dũng
- 37 **Nhận xét tình trạng đột biến gen *KRAS* của bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Bạch Mai** 136
The determination of *KRAS* mutations in colorectal cancer at Bach Mai Hospital
Phạm Cẩm Phương
- 38 **Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị sa sinh dục tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương** 139
Evaluation results of surgical treatment of prolasus at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology
Hoàng Thị Thu Huyền, Hồ Sỹ Hùng
- 39 **Chẩn đoán hình ảnh trong điều trị u nguyên bào thận theo phác đồ SIOP 2001** 142
Imaging diagnosis in treatment of nephroblastoma with protocol SIOP 2001
Trần Đức Hậu, Nguyễn Thị Hương
- 40 **Đánh giá một số độc tính của phác đồ phối hợp Pacitaxel-Carboplatin trên bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn** 145
Toxicity of regime combination Pacitaxel-Carboplatin in recurrent metastatic breast cancer women
Trần Văn Thuận
- 41 **Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện Xanh Pôn 6 tháng đầu năm 2017** 149
Situation of hospital-acquired infections at Saint Paul Hospital in the first half of 2017
Nguyễn Thu Hương, Đinh Vạn Trung
- 42 **Thực trạng bệnh sâu răng trên người khám sức khỏe răng miệng định kỳ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016** 152
Caries status in patients with periodical dental health examination at the Ha Noi Medical University Hospital in 2016
Lê Long Nghĩa
- 43 **Chẩn đoán điện - thần kinh trong giai đoạn sớm hội chứng Guillain - Barré** 155
Early electrodiagnostic findings in Guillain - Barre syndrome
Phan Tiến Lộc, Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Văn Liệu, Võ Hồng Khôi

- 44 **Đuối nước và một số yếu tố tiên lượng đuối nước ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi** 158
Drowning and some prognosis factors in children in the National Children Hospital
Trương Thị Mai Hồng
- 45 **Phân tích hoạt động tư vấn sử dụng thuốc của một số nhà thuốc trên địa bàn Thành phố Hải Dương năm 2015** 161
Analysis of the operation of drug consultancy and drug manual of some pharmacies in Hai Duong City 2015
Hà Văn Thúy, Nguyễn Thị Song Hà, Nguyễn Thị Kim Anh
- 46 **Vai trò của CT scan trong xác định chân bám của u nhú đảo ngược mũi xoang** 165
Role of CT scan in identifying the attachment of sinusal inverted papilloma
Trần Viết Luân
- 47 **Kết quả sau ra viện 3 tháng và các yếu tố tiên lượng của phẫu thuật giải ép trong chấn thương sọ não nặng** 168
3 month follow-up outcomes and some prognostic factors after decompressive craniectomy for treatment severe traumatic brain injury
Nguyễn Đình Hưng, Nguyễn Công Tô, Vũ Văn Hòe, Nguyễn Văn Hưng
- 48 **Đánh giá kết quả phục hồi chức năng sớm cho bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo sau** 171
Outcome of early rehabilitation for patients who have undergone arthroscopic posterior cruciate ligament reconstruction
Nguyễn Phương Sinh, Vũ Thị Tâm
- 49 **So sánh hiệu quả của HP-HMG và RFSH kích thích buồng trứng bằng phác đồ antagonist** 175
Comparing the efficacy of HP-HMG with RFSH for ovarian stimulation in antagonist protocol
Nguyễn Xuân Hợi, Nguyễn Mạnh Hà
- 50 **Trắc nghiệm đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu (MMSE) và trắc nghiệm thần kinh tâm lý trong chẩn đoán suy giảm nhận thức của bệnh nhân Parkinson** 179
Mini mental state examination and neuropsychological test in diagnosis cognitive impairment in parkinson Patients
Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Thị Minh Nguyệt
- 51 **Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm ở bệnh nhân điều trị nội trú Viện Sức khỏe Tâm thần- Bệnh viện Bạch Mai** 183
Describe the clinical characteristics of mixed anxiety and depression in Patients Inpatient psychiatry Clinic- Bach Mai Hospital
Nguyễn Văn Dũng
- 52 **Đánh giá sự an toàn và các tác dụng không mong muốn của phương pháp giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển với bupivacain và fentanyl sau mổ cắt tử cung hoàn toàn đường bụng** 188
Assessment of safety and side effects of patient controlled epidural anesthesia with bupivacain and fentanyl after abdominal total hysterectomy
Nguyễn Đức Lam
- 53 **Khảo sát một số đặc điểm tổn thương mắt ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có suy thận mạn tính** 191
Survey of features of eyes lesion of 2 type diabetic patients with chronic renal failure
Lê Đình Anh, Phạm Minh Đàm, Lê Việt Thắng, Nguyễn Thanh Xuân

- 54 **Biến đổi chất lượng giấc ngủ và chất lượng cuộc sống của công nhân tiếp xúc nghề nghiệp với Trinitrotoluene sau điều trị giải độc không đặc hiệu** 195
Sleep quality and quality of life changes in workers occupational exposed to Trinitrotoluene after non-specific detoxification treatment
Nguyễn Kiên Cường, Nguyễn Phúc Thái, Đỗ Phương Hương, Nguyễn Minh Phương
- 55 **Kết quả chọc ối tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng từ ngày 01/2016 - 7/2017** 199
Results of amniocentesis at Haiphong Hospital of obstetrics and gynecology from 05/01/2016 to 10/7/2017
Trương Thị Thanh Thủy, Vũ Văn Tâm
- 56 **Tìm hiểu một số yếu tố thuận lợi gây bệnh lồng ruột cấp ở trẻ em dưới 24 tháng tuổi tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp** 203
Find out some of the favorable factors that cause acute intestinal disease in children under 24 months of age at general Hospital of Agriculture
Hà Hữu Tùng
- 57 **Mối liên quan của chỉ số dẫn truyền thần kinh chi dưới với lâm sàng ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng** 207
Study on relation of some parameters nerve conduction of low extremelity with clinical in patient of lumbar disc herniation
Phan Việt Nga và cs
- 58 **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi do vi khuẩn ở trẻ HIV/AIDS điều trị tại Bệnh viện Nhi TW** 211
Study on clinical and sub-clinical characteristics of bacterial pneumonia in Children with HIV/AIDS
Nguyễn Văn Lâm
- 59 **Độ chính xác của phương pháp xét nghiệm thực hiện trên ba thông số thường quy Albumin, Protein total, Urea tại các phòng xét nghiệm** 214
The precision of analysis method in three normal parameters Albumin, Protein total, Urea at medical laboratory
Trần Hữu Tâm
- 60 **Đặc điểm kháng thể kháng lipid ở thai phụ có tiền sử sảy thai liên tiếp tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng** 217
Antiphospholipid antibodies in miscarriage pregnans at Hai Phong Hospital of obstetrics and gynecology
Vũ Văn Tâm, Lưu Vũ Dũng
- 61 **Đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm tại Bệnh viện Đại học y Hà Nội** 221
Patient satisfaction with in vitro fertilization treatment at Hanoi Medical University Hospital
Nguyễn Mạnh Hà, Nguyễn Xuân Hợi
- 62 **Thực trạng và nhu cầu đào tạo liên tục của điều dưỡng Viện Chấn thương Chỉnh hình Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2017** 225
Actual situation and demand for continuing nursing education in institute of orthopaedics and trauma surgery of Vietduc University Hospital, 2017
Trần Thị Hồng Thắm

- 63 **Tương quan giữa hội chứng chuyển hoá và nồng độ acid uric máu ở người kiểm tra sức khỏe tổng quát** 230
The association between metabolic syndrome and serum uric acid level in the health check-up examinees
- Huỳnh Kim Phụng**
- 64 **Kết quả điều trị dậy thì sớm trung ương vô căn ở trẻ gái bằng triptorelin tại Bệnh viện Nhi Trung ương** 234
Outcome of treatment with triptoreline for idiopathic central precocious puberty in girls at Vietnam national Children's Hospital
- Lê Ngọc Duy, Vũ Chí Dũng, Bùi Phương Thảo, Lê Thanh Hải**
- 65 **Đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ arv bậc 2 ở bệnh nhân HIV/AIDS tại Bệnh viện Đống Đa – Hà Nội** 238
Effectiveness of second – line antiretroviral therapy on HIV/AIDS patients at Dong Da Hospital–Ha Noi
- Phạm Bá Hiền, Trần Viết Tiến**
- 66 **Mối tương quan và mức độ thống nhất giữa kết quả đo mật độ xương ở cột sống thắt lưng và vùng cổ xương đùi bằng phương pháp DXA** 242
Correlation and discordance between lumbar spine and hip bone mineral density measurement using DXA
- Nguyễn Đình Khoa**
- 67 **Đánh giá hiệu quả của kỹ thuật đặt đường hầm dưới hướng dẫn siêu âm trong tán sỏi thận qua da** 247
Effective evaluation of using ultrasound-guided renal access for percutaneous nephrolithotomy
- Nguyễn Thuỳ Linh, Phạm Hồng Đức, Bùi Văn Giang**
- 68 **Kết quả sớm sau sử dụng bóng phủ thuốc paclitaxel cho bệnh nhân tái hẹp lại trong stent động mạch vành tại Viện Tim mạch Việt Nam** 251
Early results of paclitaxel eluting balloon for the treatment of in-stent restenosis at the Vietnam National Heart Institute
- Nguyễn Minh Hùng, Phạm Mạnh Hùng, Nguyễn Lân Việt**
- 69 **Nguyên nhân tử vong ở tỉnh Nghệ An giai đoạn 2005-2014** 254
Causes of death in Nghe An province for the period 2005-2014
- Nguyễn Văn Thương, Nguyễn Xuân Hồng, Lê Trần Ngoan**
- 70 **Đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng kéo giãn cột sống tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2016** 258
Evaluating some factors affecting the outcome of treatment of lumbar spine disc herniation by spine stretching exercises at Bach Mai Hospital in 2016
- Nguyễn Anh Tú, Đỗ Đào Vũ**
- 71 **Đánh giá kết quả điều trị nhồi máu não cấp do tắc mạch lớn bằng dụng cụ cơ học thì đầu tại Bệnh viện Bạch Mai** 261
Evaluation of effective of primary mechanical thrombectomy for acute ischemic stroke due to proximal artery occlusion
- Phan Ngọc Nhu, Đào Việt Phương, Mai Duy Tôn**
- 72 **Đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân xơ cứng rải rác thể tủy sống** 264
Clinical characteristics patients with multiple sclerosis of the spinal cord
- Hồ Thị Dung, Lê Văn Thính, Võ Hồng Khôi**