



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 2
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

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP BỆNH SÂU RĂNG Ở ĐỐI TƯỢNG NGƯỜI CAO TUỔI TẠI TỈNH ĐẮK LẮK

Lê Nguyễn Bá Thụ*, Trương Mạnh Dũng*, Ngô Văn Toàn*
Trần Tuấn Anh**, Nguyễn Phan Hồng Ân**, Hoàng Bảo Duy*

TÓM TẮT¹

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả can thiệp bệnh sâu răng ở đối tượng người cao tuổi. **Đối tượng nghiên cứu:** 1350 người. **Phương pháp:** nghiên cứu can thiệp. **Kết quả:** Giảm tỷ lệ sâu răng từ 32,9% xuống còn 21,4%, giảm số trung bình răng sâu từ 0,78 chiếc xuống còn 0,35 chiếc. Tăng tỷ lệ răng được trám từ 3,6% lên 21,4%, tăng số trung bình răng được trám từ 0,09 chiếc lên 0,53 chiếc. Tỷ lệ sâu mới và sâu tái phát thấp lần lượt là 2,1% và 4,3%. Tỷ lệ miến trám thành công cao: 91,3%

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

SUMMARY

ASSESSING THE EFFECT OF TOOTH DECAY TREATMENT IN ELDERLY PEOPLE IN DAK LAK PROVINCE

Objective: assessing the effect of tooth decay treatment in elderly. **Study subjects:** 1350 people.

Method: intervention study. **Result:** decreased tooth decay rate from 32.9% to 21.4%, average tooth depth from 0.78 to 0.35. Increasing the rate of treated teeth from 3.6% to 21.4%, increasing the average number of teeth filled from 0.09 to 0.53. New low and deep recurrence rates were 2.1% and 4.3%, respectively. High success rate of dental treatment: 91.3%

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

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những thập kỷ gần đây do chất lượng cuộc sống ngày càng được nâng cao, công tác giáo dục và chăm sóc sức khỏe phát triển dẫn tới tuổi thọ trung bình mỗi người cũng như số lượng và tỷ lệ người cao tuổi ngày càng tăng. Ở Việt Nam, trong những năm gần đây, đời sống của nhân dân được cải thiện. Số lượng người cao tuổi cũng đã, đang và sẽ gia tăng nhanh chóng.

Trong vài thập niên gần đây, các cuộc điều tra về sức khỏe răng miệng người từ 55 và 60 tuổi trở lên được tiến hành ngày một nhiều và lan rộng ở khắp các quốc gia, châu lục. Chúng ta

có thể biết được nhiều hơn về thực trạng, nhu cầu chăm sóc, nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ đối với SKRM người cao tuổi[1]. Các nghiên cứu đã phân tích, mô tả nhiều hiện tượng SKRM nổi bật của người cao tuổi, trong đó: Sâu răng vẫn là bệnh phổ biến và là nguyên nhân chính dẫn tới tình trạng mất răng [2][3]. Các nghiên cứu cũng cho thấy xu hướng giảm tỷ lệ người mất toàn bộ răng cùng với số răng còn giữ lại trong miệng đang tăng lên. Nhu cầu 100% cần chăm sóc SKRM thấy ở nhiều cộng đồng người cao tuổi. Trong những năm gần đây, chuyên ngành RHM đã phục vụ đối tượng là người cao tuổi ngày một tăng. Mặc dù vậy, cũng như nhiều nước khác, các chương trình SKRM người cao tuổi ở nước ta vẫn còn rất hạn chế. Chưa có hệ thống cơ sở điều trị, nghiên cứu, đào tạo lão nha riêng biệt. Từ thực tế này, nhu cầu đã đặt ra nhiệm vụ, buộc chúng ta phải có nghiên cứu và chiến lược can thiệp hợp lý. Đặc biệt là sớm triển khai các nội dung can thiệp điều trị sâu răng cho người cao tuổi. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả can thiệp bệnh sâu răng ở đối tượng người cao tuổi tại tỉnh Đắk Lắk.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Là người cao tuổi (theo luật người cao tuổi 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 hai phường Tân Tiến và Thành Công, Thành phố Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk trong thời gian điều tra; Đồng ý, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

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

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp có đối chứng. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 07/2014 đến tháng 07/2017.

2.2.1. Cỡ mẫu nghiên cứu: Sử dụng công thức ước tính cỡ mẫu so sánh hai tỷ lệ:

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

Cỡ mẫu tối thiểu tính được là $n_1 = n_2 = 140$ người cho mỗi nhóm.

*Trường Đại học Y Hà Nội.

**Trường Cao đẳng Y Tế Bình Dương.

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyễn Bá Thụ

Email: lenguyenbathu@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/7/2017

Ngày phản biện khoa học: 12/8/2017

Ngày duyệt bài: 22/8/2017

2.2.2. Cách chọn mẫu

- Bước 1: Chọn chủ đích hai phường là phường Thành Công và phường Tân Tiến thuộc thành phố Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk làm địa điểm nghiên cứu. Đây là hai phường gần nhau, có điều kiện kinh tế, xã hội khá tương đồng:

- Bước 2: Trong mỗi phường, dựa vào danh sách NCT của Hội NCT mỗi phường, chọn chủ đích 140 đối tượng mỗi phường

- Bước 3: Lập danh sách đối tượng tham gia vào nghiên cứu.

2.2.3. Một số tiêu chuẩn đánh giá trong nghiên cứu:

Chỉ số sâu mất trám răng (SMTR): chỉ dùng cho răng vĩnh viễn, tính toán dựa vào tổng số răng là 28.

- Sâu (S): được tính theo hai mã số

+ Mã số 1: Sâu răng nguyên phát

+ Mã số 2: Đã trám sâu lại

- Mất (M): được tính theo hai mã số

+ Mã số 4: Mất do sâu răng

+ Mã số 5: Mất vì lý do khác

- Trám (T): Mã số 3: đã trám và không có sâu lại.

- Cách tính (theo WHO)

Số trung bình răng sâu mất trám trên 1 người:

$SMTR = TSRMS1 + TSRMS2 + TSRMS4 + TSRMS5 + TSRMS3 / TS$ người khám

Số trung bình răng sâu/người = $TSRMS1 + TSRMS2 / TS$ người khám

Số trung bình răng mất/người = $TSRMS4 + TSRMS5 / TS$ người khám

Số trung bình răng trám/người = $TSRMS3 / TS$ người khám

Tiêu chuẩn đánh giá miềng trám:

Miềng trám thành công: Bám dính tốt, không mòn

Miềng trám không thành công: Còn bám dính nhưng mòn hơn so với mặt nhai hoặc bị mòn ở bờ rìa, miềng trám đã bị bong.

2.3. Công cụ thu thập số liệu: Bộ khay khám răng: khay quả đậu, gương, thăm 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...

2.4. 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 [5].

2.5. Sai số và biện pháp không chế sai số

2.5.1. 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.

2.5.2. 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.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự chấp thuận của chính quyền tỉnh Đắk Lắk và các ban ngành liên quan tại địa phương như Sở Y tế, Trung tâm y tế tỉnh. Nghiên cứu được tiến hành với sự tự nguyện hoàn toàn của NCT. Khi đối tượng nghiên cứu không muốn tham gia có thể từ chối. Mọi thông tin thu thập được đảm bảo bí mật cho đối tượng lựa chọn, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ**Bảng 3.1. So sánh tỷ lệ sâu răng trước và sau can thiệp**** χ^2 test*

Sâu răng	Trước CT		Sau CT	
	CT n (%)	ĐC n (%)	CT n (%)	ĐC n (%)
Sâu răng	46(32,9)	44(31,4)	30(21,4)	50(35,7)
Không sâu răng	94(67,1)	96(68,6)	110(78,6)	90(64,3)
p	0,898		0,008	

Nhận xét: Trước can thiệp, tỷ lệ sâu răng của hai nhóm là tương đương nhau ($p > 0,05$). Sau can thiệp: tỷ lệ sâu răng của nhóm can thiệp thấp hơn ở nhóm chứng (21,4% so với 35,7%), có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Bảng 3.2. So sánh tỷ lệ trám răng trước và sau can thiệp** χ^2 test*

Trám răng	Trước CT		Sau CT	
	CT- n (%)	ĐC- n (%)	CT- n (%)	ĐC- n (%)
Trám răng	5(3,6)	6(4,3)	30(21,4)	5(3,6)
Không trám răng	135(96,4)	134(95,7)	110(78,6)	135(96,4)
P	0,758		0,000	

Nhận xét: Trước can thiệp, tỷ lệ trám răng của hai nhóm là tương đương nhau ($p > 0,05$). Sau can thiệp: tỷ lệ trám răng của nhóm đối chứng thấp hơn ở nhóm can thiệp (3,6% so với 21,4%), có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Bảng 3.3. Phân tích cơ cấu sâu, mất, trám răng trước can thiệp**t-test*

Chỉ số		Trước CT		p
		CT	ĐC	
Sâu	Tần số	109	110	0,9682

	Chỉ số	0,78	0,79	
Mất	Tần số	1137	1135	0,9820
	Chỉ số	8,12	8,11	
Trám	Tần số	12	13	0,9030
	Chỉ số	0,09	0,09	
SMT	Tần số	1258	1258	1,000
	Chỉ số	8,99	8,99	

Nhận xét: Trước can thiệp, chỉ số sâu, mất, trám và chỉ số SMT ở nhóm chứng và can thiệp gần tương đương nhau ($p>0,05$). Cơ cấu của chỉ số SMT của hai nhóm đều có: chỉ số mất cao nhất, tiếp đến chỉ số sâu, thấp nhất là chỉ số trám.

Bảng 3.4. Phân tích cơ cấu sâu, mất, trám răng thời điểm sau can thiệp

**t-test*

Chỉ số		Sau can thiệp		p
		CT	ĐC	
Sâu	Tần số	49	130	0,0001
	Chỉ số	0,35	0,93	
Mất	Tần số	1142	1145	0,9727
	Chỉ số	8,16	8,18	
Trám	Tần số	75	8	0,0000
	Chỉ số	0,53	0,06	
SMT	Tần số	1266	1283	0,8587
	Chỉ số	9,04	9,16	

Nhận xét: Sau can thiệp, chỉ số sâu, ở nhóm chứng và can thiệp khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$), chỉ số sâu giảm, trám tăng ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng. Chỉ số mất răng và chỉ số SMT ở nhóm chứng cao hơn nhóm can thiệp nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Cơ cấu của chỉ số SMT thay đổi ở nhóm can thiệp, thứ tự thay đổi từ Mất-Sâu-Trám thành Mất-Trám-Sâu. Trong khi nhóm chứng vẫn có thứ tự là Mất-Sâu-Trám.

Bảng 3.5. So sánh chỉ số sâu, mất, trám thời điểm trước và sau can thiệp

**t-test*

Chỉ số		CT		p	ĐC		p
		Trước	Sau		Trước	Sau	
Sâu	Tần số	109	49	0,0000	110	130	0,0014
	Chỉ số	0,78	0,35		0,79	0,93	
Mất	Tần số	1137	1142	0,1663	1135	1145	0,0248
	Chỉ số	8,12	8,16		8,11	8,18	
Trám	Tần số	12	75	0,0000	13	8	0,0957
	Chỉ số	0,09	0,53		0,09	0,06	
SMT	Tần số	1258	1266	0,0451	1258	1283	0,0004
	Chỉ số	8,99	9,04		8,99	9,16	

Nhận xét: Ở nhóm chứng, chỉ số sâu, mất, và chỉ số SMT tăng lên mang ý nghĩa thống kê ở thời điểm sau can thiệp ($p<0,01$). Ở nhóm can thiệp, chỉ số sâu giảm đi, chỉ số trám, chỉ số SMT tăng lên mang ý nghĩa thống kê ở thời điểm sau can thiệp ($p<0,01$).

Bảng 3.6. Tỷ lệ sâu mới và sâu tái phát sau can thiệp

	Sau 6 tháng (n=140)		Sau 12 tháng (n=140)	
	n	%	n	%
Sâu mới	2	1,4	3	2,1
Sâu tái phát	3	2,1	6	4,3
Tổng	5	3,5	9	6,4

Nhận xét: Sau 6 tháng và 12 tháng, tỷ lệ sâu tái phát đều cao hơn sâu mới, tuy nhiên không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 3.7. Tỷ lệ thành công và thất bại của miếng trám sau can thiệp

Miếng trám	Sau 6 tháng		Sau 12 tháng	
	Tần suất	%	Tần suất	%
Thất bại	3	4,3	6	8,7
Thành công	66	95,7	63	91,3
Tổng	69	100,0	69	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ miếng trám thất bại sau 6 tháng chỉ chiếm 4,3% thấp hơn sau 12 tháng chiếm 8,7%, tuy nhiên không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trước can thiệp, tỷ lệ sâu răng ở nhóm đối chứng và can thiệp là tương đương nhau lần lượt là 31,4% và 32,9% và sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau can thiệp, tỷ lệ sâu răng giảm ở nhóm can thiệp (từ 32,9% xuống còn 21,4% nhưng lại tăng lên ở nhóm chứng (từ 31,4% lên 35,7%) và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Tỷ lệ trám răng trước can thiệp ở nhóm đối chứng và nhóm can thiệp là rất thấp (4,3% và 3,6%). Sau can thiệp, tỷ lệ trám răng ở nhóm đối chứng giảm từ 4,3% xuống còn 3,6%, trong khi đó tỷ lệ trám răng ở nhóm can thiệp tăng từ 3,6% lên 21,4%.

Nguyên nhân của sự thay đổi này là do chúng tôi tiến hành trám răng cho các đối tượng nhóm can thiệp. Nhóm đối chứng tăng tỷ lệ sâu răng do sâu răng cũ không được điều trị, sâu tái phát bên dưới các miếng trám cũ và sâu mới; tỷ lệ trám răng giảm là do các miếng trám cũ bị bong, mòn, sâu tái phát. Nhóm can thiệp tăng tỷ lệ trám răng vì chúng tôi tiến hành trám các răng sâu ngà (những trường hợp không thể điều trị do răng bị phá hủy lớn, sâu ở những vị trí không thể trám được hoặc những triệu chứng của hoại tử tủy, chúng tôi xếp vào nhóm chưa được điều trị). Tỷ lệ răng sâu còn lại của nhóm can thiệp bao gồm các răng chưa được điều trị, sâu tái phát và sâu mới.

Trước can thiệp, cơ cấu chỉ số SMT của cả hai nhóm gần như nhau với thành phần mất răng là chủ yếu, tiếp theo là sâu rồi đến răng được trám tốt. Sau can thiệp ở nhóm can thiệp có trị số SMT tăng lên do quá trình mất răng của NCT theo thời gian. Các răng được trám tăng cao, răng sâu giảm, cơ cấu chỉ số SMT có sự thay đổi từ Mất-Sâu-Trám thành Mất-Trám-Sâu. Ở nhóm đối chứng thì số răng sâu tăng, răng trám giảm, răng mất vẫn tiếp tục tăng. Các thành phần trong chỉ số vẫn không thay đổi như trước nghiên cứu với thứ tự là Mất-Sâu-Trám. Kết quả của chúng tôi là hoàn toàn tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Việt [6]. Nhìn vào cơ cấu của chỉ số SMT, chúng ta có thể thấy tác động tích cực của hoạt động can thiệp, sự quan tâm chăm sóc SKRM ở NCT đã được cải thiện.

Mất răng là thành phần có trị số cao nhất trong chỉ số SMT. Đây là một thực tế ở NCT. Cùng với việc tuổi thọ trung bình ngày một tăng cao, sự gia tăng NCT trong cộng đồng ngày càng

nhều. Đối tượng NCT suy giảm trầm trọng về chức năng nhai do mất răng nhiều, dẫn đến rối loạn về khớp cắn. Hơn nữa, đây là nhóm tuổi cũng có nhiều hạn chế về kinh tế cũng như sức khỏe nên hết sức cần được sự chăm sóc của chuyên ngành răng hàm mặt nói riêng và y tế nói chung. Các tổn thương ở răng tích lũy theo thời gian dẫn tới tình trạng các răng bị vỡ nhiều mặt, còn chân răng, hở lộ chân răng do tụt lợi... thường dẫn tới chỉ định phải nhổ bỏ. Trong nhóm can thiệp, các biện pháp điều trị phục hồi được tăng cường, răng phải nhổ bỏ ít hơn. Ở nhóm đối chứng, do giải pháp điều trị thường là nhổ nên số răng mất tăng nhiều hơn. Từ thực tế này, chúng ta cần phải tăng cường điều trị răng sâu bằng biện pháp trám, chữa tủy kịp thời để hạn chế tình trạng mất răng ở NCT. Nếu chỉ nhổ răng thì cùng với tỷ lệ mất mới, bệnh sâu răng sẽ không được giải quyết. Số răng nhổ sẽ đẩy nhanh quá trình mất răng toàn bộ. Tuy vậy, có thể do thời gian theo dõi còn ngắn nên chưa đánh giá đúng được tình trạng mất răng giữa hai nhóm. Để có thể hiểu rõ vấn đề này, chúng ta cần thời gian theo dõi dài hơn.

Chúng tôi đánh giá hiệu quả can thiệp bệnh sâu răng bằng cách tính tỷ lệ sâu mới và sâu tái phát sau 6 tháng, sau 12 tháng ở nhóm can thiệp. Chúng tôi không thể so sánh với nhóm chứng ở thời điểm này vì các đối tượng ở nhóm chứng chưa được tiến hành hoạt động can thiệp vào thời điểm này. Tỷ lệ sâu mới sau 6 tháng là 1,4% và sâu tái phát là 2,1%. Sau 12 tháng, tỷ lệ sâu mới tăng từ 1,4% lên 2,1%, sâu tái phát tăng từ 2,1% lên 4,3%.

Ngoài ra, chúng tôi còn đánh giá tỷ lệ thành công của miếng trám sau can thiệp: tỷ lệ miếng trám thành công sau 6 tháng là 95,7%, sau 12 tháng giảm xuống còn 91,3%. Sự thành công của miếng trám ngoài phụ thuộc vào kỹ thuật trám của nha sỹ còn phụ thuộc vào vật liệu trám và loại lỗ trám. Có thể thấy trám răng với GIC là kỹ thuật thích hợp áp dụng cho điều trị tại trường học và cộng đồng, đặc biệt thích hợp cho răng sữa. Tuy nhiên, GIC không thích hợp với tất cả các loại lỗ trám vì độ cứng không đủ của vật liệu, dễ mòn trong môi trường miệng hơn các vật liệu khác.

V. KẾT LUẬN

Điều trị sâu răng là có hiệu quả ở nhóm can thiệp: Giảm tỷ lệ sâu răng từ 32,9% xuống còn 21,4%, giảm số trung bình răng sâu từ 0,78 chiếc xuống còn 0,35 chiếc. Tăng tỷ lệ răng được

trám từ 3,6% lên 21,4%, tăng số trung bình răng được trám từ 0,09 chiếc lên 0,53 chiếc. Tỷ lệ sâu mới và sâu tái phát thấp lần lượt là 2,1% và 4,3%. Tỷ lệ miếng trám thành công cao: 91,3%.

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*, Vinh Phúc, 02/12/2015.
2. **Ủy 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*, Vinh Phúc, 02/12/2015.
4. **World Health Organization (1984).** Prevention methods and programmes for oral diseases: report of a WHO expert committee meeting held in Geneva from 12 to 16 September 1983.
5. **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.
6. **Phạm Văn Việt (2004).** *Nghiên cứu tình trạng, nhu cầu chăm sóc sức khỏe răng miệng và đánh giá kết quả hai năm thực hiện nội dung chăm sóc răng miệng ban đầu ở người cao tuổi tại Hà Nội*, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.

HIỆU QUẢ CỦA SẢN PHẨM HEBI-MAM ĐẾN TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG Ở TRẺ TỪ 24 ĐẾN 59 THÁNG TUỔI TẠI MỘT SỐ XÃ THUỘC HUYỆN YÊN BÌNH, TỈNH YÊN BÁI

Trần Thúy Nga*, Nguyễn Thị Kim Tiến**

BINH DISTRICT, YEN BAI PROVINCE

The study on effectiveness of HEBI-Mam was carried out on children 24 to 59 months in some communes, Yen Binh district, Yen Bai province in 4 months from to examine the effects of HEBI-Mam on nutrition status in children 24 to 59 months. The total 602 children with WHZ in the range from 0 to -2 were divided into intervention and control groups. The children in the intervention group (HEBI-group) was given 46 g HEBI-Mam/day in 4 months, the children in control group did not eat. Weight and height were collected monthly to assess nutritional status of children. Blood samples were tested before and after the intervention to assess hemoglobin level. The results of the study showed that, after 4 months of intervention, HAZ, WHZ index of children in the HEBI group (-1.37±0.69 and -1.43±0.93) were significantly higher compared to the control group (-1.51±0.76 and -1.63±0.92) with $p < 0.05$ and $p < 0.01$. The concentration of hemoglobin among children in the HEBI group increased (3.0 g/l) significantly higher than in the control group (0.3 g/l) with $p < 0.001$.

Key word: HEBI-Mam, children, anemia, nutrition status.

TÓM TẮT

Nghiên cứu hiệu quả của bổ sung HEBI-Mam được tiến hành trên trẻ 24-59 tháng tuổi tại một số xã huyện Yên Bình, tỉnh Yên Bái trong 4 tháng nhằm đánh giá hiệu quả sản phẩm cao năng lượng và tăng cường vi chất đến tình trạng dinh dưỡng ở trẻ 24-59 tháng tuổi. Tổng số 602 trẻ có WHZ từ 0 đến -2 được chia làm 2 nhóm can thiệp và Chứng. Trẻ ở nhóm can thiệp (nhóm HEBI-Mam) được bổ sung 46 gam HEBI-mam/ngày trong 4 tháng liên tục, trẻ ở nhóm Chứng không được ăn. Cân nặng, chiều cao, được thu thập hàng tháng để đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ. Mẫu máu được thu thập trước và sau khi kết thúc can thiệp để đánh giá nồng độ hemoglobin. Kết quả nghiên cứu cho thấy sau 4 tháng can thiệp chỉ số WAZ, HAZ của nhóm HEBI-Mam (-1,37±0,69 và -1,43±0,93) cao hơn có ý nghĩa so với nhóm Chứng (-1,51±0,76 và -1,63±0,92) với ($p < 0,05$) và $p < 0,01$. Nồng độ hemoglobin của nhóm HEBI-Mam tăng 3,0 ± 9,3 g/l cao hơn có ý nghĩa so với nhóm Chứng tăng 0,3 ± 7,1 g/L với $p < 0,001$.

Từ khóa: HEBI-Mam, trẻ em, thiếu máu, tình trạng dinh dưỡng.

SUMMARY

EFFECTS OF PRODUCTS HEBI - MAM ON NUTRITION STATUS IN CHILDREN 24 TO 59 MONTHS IN SOME COMMUNES, YEN

*Viện Dinh dưỡng

**Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thúy Nga

Email: tranthuynga@dinhduong.org.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam, từ 2002 đến 2015, mặc dù đã đạt được những thành công đáng kể trong việc giảm tỉ lệ SDD thể nhẹ cân (từ 30.3% xuống 14.1%) và tỉ lệ SDD thấp còi (33% xuống 24.6%) ở trẻ em dưới 5 tuổi trên toàn quốc, tuy nhiên, tỷ lệ suy dinh dưỡng thể cấp tính hầu như không thay đổi (từ 7.9% xuống 7.8%) [4]. Tại những vùng sâu vùng xa, vùng núi khó khăn, thường xuyên có thiên tai, mất an ninh, lương thực, thực phẩm như một số tỉnh miền núi phía

Bắc như Bắc Cạn, Yên Bái, Lạng Sơn, Sơn La, tỷ lệ SDD cấp vẫn ở mức cao > 10%, là mức cần phải có can thiệp cấp cứu [4].

Quản lý suy dinh dưỡng cấp tính nặng cần sự phối hợp chặt chẽ giữa điều trị trong mô hình bệnh viện và điều trị trên cộng đồng. Các hướng dẫn quản lý trẻ suy dinh dưỡng cấp nặng trong bệnh viện đã được công bố bởi tổ chức Y tế thế giới (WHO) và phương pháp điều trị vẫn đang tiếp tục được cập nhật [1]. Đối với việc quản lý suy dinh dưỡng cấp vừa (MAM), một số tài liệu hướng dẫn đã công bố [5] và đang có những phản ứng giữa các nhà nghiên cứu và những người thực hành cũng như các tiêu chuẩn chính sách; mặc dù vậy không có một phương pháp chuẩn nào cho việc quản lý suy dinh dưỡng cấp vừa.

Sản phẩm RUSF-HEBI-Mam là sản phẩm được sản xuất với mục tiêu là điều trị SDD cấp vừa và dự phòng SDD cấp. Sản phẩm đáp ứng tốt về giá trị năng lượng và các vi chất dinh dưỡng theo như khuyến cáo của WHO. Sản phẩm cũng đã được đánh giá cảm quan trên trẻ em 2-5 tuổi tại huyện Sơn Động, tỉnh Bắc Giang. Trong khuôn khổ nghiên cứu này, nhóm nghiên cứu muốn thử nghiệm hiệu quả của sản phẩm này trong việc phòng SDD cấp tính tại một tỉnh khó khăn thuộc vùng núi phía Bắc là Yên Bái. **Mục tiêu.** Đánh giá hiệu quả can thiệp bổ sung thực phẩm RUSF HEBI-Mam đến sự thay đổi các chỉ số nhân trắc và tình trạng dinh dưỡng của trẻ 24 đến 59 tháng tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu: Trẻ em từ 24 đến 59 tháng tuổi có nguy cơ bị suy dinh dưỡng cấp (chỉ số WHZ trong khoảng từ -2 đến 0) sinh sống tại 4 xã được chọn thuộc huyện Yên Bình tỉnh Yên Bái. Thời gian tiến hành nghiên cứu tại thực địa từ tháng 3 năm 2014 đến tháng 12 năm 2014

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

2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu thử nghiệm can thiệp tại cộng đồng ngẫu nhiên, có đối chứng.

2.2. Cỡ mẫu: tính theo công thức Được tính theo công thức tính cỡ mẫu nghiên cứu thử

nghiệm can thiệp cộng đồng, so sánh sự khác biệt mong muốn về chỉ số HAZ, WHZ và chỉ số Hb trước và sau can thiệp:

$$n = \frac{2 \times [(Z_{(1-\alpha/2)} + Z_{(1-\beta)}) \sigma]^2}{\Delta^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu của mỗi nhóm can thiệp, với độ tin cậy 95% $\rightarrow Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; với lực của kiểm định là 90% $\rightarrow Z_{(1-\beta)} = 1,28$; $\delta = 14,3$ là độ lệch chuẩn trung bình về nồng độ Hb [7] và $\Delta = \mu_1 - \mu_2 = 4$ g/l sự khác biệt về chỉ số Hb giữa 2 nhóm ở cuối nghiên cứu. Ta có n = 268, cộng thêm 12% dự phòng ta có n = 300 trẻ/nhóm

3.3. Chọn mẫu, phân nhóm: Chọn chủ đích huyện Yên Bình thuộc tỉnh Yên Bái để tiến hành nghiên cứu. Tại huyện này chọn ngẫu nhiên 4 xã là Vĩnh Kiên, Yên Bình, Bạch Hà, Vũ Linh có điều kiện kinh tế, xã hội tương đồng.

Phân nhóm nghiên cứu theo phương pháp ngẫu nhiên cụm, mỗi cụm là một xã.

-Nhóm can thiệp (HEBI, n=300): ăn thực phẩm bổ sung HEBI-Mam 1/2 gói (46 gam) hàng ngày trong 4 tháng liên tục.

-Nhóm Chứng (Chứng, n=300): không ăn thực phẩm bổ sung.

4. Phương pháp thu thập số liệu và đánh giá

Tình trạng dinh dưỡng của trẻ: Cân nặng và chiều cao được đo bằng cân điện tử SECA và thước gỗ UNICEF vào các thời điểm trước khi can thiệp, sau 2 và 4 tháng can thiệp.

Tình trạng thiếu máu: Trẻ được lấy máu đầu ngón tay để làm xét nghiệm nồng độ Hemoglobin tại thời điểm trước can thiệp và khi kết thúc 4 tháng can thiệp. Hemoglobin được định lượng bằng phương pháp cyanmethemoglobin, trẻ được đánh giá là thiếu máu khi nồng độ Hemoglobin máu < 110g/l theo tiêu chuẩn của WHO, 2001.

6. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch trước và sau khi nhập số liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 15.0. Số liệu được trình bày ở dạng số và tỷ lệ phần trăm. Biến liên tục, trình bày ở dạng Mean $\pm$ SD.

Bảng 1: Thành phần dinh dưỡng của khẩu phần bổ sung (46 gam HEBI-Mam):

Thành phần	Đơn vị	Tối thiểu	Thành phần	Đơn vị	Tối thiểu
Năng lượng	kcal	225	Vitamin A	μ g	450
Protein	g	6,7	Vitamin D	μ g	4,5
Lipid	g	11,8	Vitamin E	mg	6,75
Carbonhydrat	g	23,1	Vitamin K	μ g	1,13
Sắt	mg	4,1	Vitamin B1	mg	0,23
Kẽm	mg	4,5	Vitamin B2	mg	0,9
Canxi	mg	225,0	Vitamin B6	mg	0,45
Phot pho	mg	191,3	Vitamin B12	μ g	1,13
Đồng	mg	0,2	Folate	μ g	90

I ốt	µg	33,8	Niacin	mg	5,63
Selen	µg	7,9	Vitamin C	mg	33,8
Mangan	mg	0,2	Biotin	µg	4,5

7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được phê duyệt của Hội đồng Khoa học và Hội đồng đạo đức của Viện Dinh dưỡng trước khi triển khai.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: Tổng số đối tượng sau 4 tháng can thiệp là 602 trẻ, nhóm Chứng 299 trẻ và nhóm HEBI 303 trẻ đủ

tiêu chuẩn để đưa vào phân tích thống kê. Tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu, hai nhóm tương đồng nhau về tuổi, giới, cân nặng, chiều cao, chỉ số WAZ và nồng độ Hb. Tuy nhiên nhóm HEBI có chỉ số HAZ cao hơn, chỉ số WHZ thấp hơn và tỷ lệ trẻ có chỉ số HAZ < -2 và < -3 thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm Chứng (với $p < 0.05$).

2. Hiệu quả can thiệp đến sự thay đổi các chỉ số nhân trắc của trẻ

Bảng 2: Thay đổi các chỉ số WAZ, HAZ và WHZ của trẻ sau 4 tháng can thiệp

Chỉ số	Thời điểm	Nhóm Chứng (n=299)	Nhóm HEBI-mam (n=303)	p (t test)
WAZ	T0	-1.55±0.70	-1.50±0.69	>0.05
	T2	-1.55±0.74	-1.47±0.71	>0.05
	T4	-1.51±0.76	-1.37±0.69	<0.05
	T4-T0	0.03±0.37	0.13±0.33	<0.01
HAZ	T0	-1.71±0.94	-1.51±0.97	<0.05
	T2	-1.64±0.90	-1.50±0.92	>0.05
	T4	-1.63±0.92	-1.43±0.93	<0.01
	T4-T0	0.07±0.36	0.08±0.37	>0.05
WHZ	T0	-0.83±0.60	-0.93±0.53	<0.05
	T2	-0.83±0.63	-0.88±0.58	>0.05
	T4	-0.77±0.68	-0.81±0.66	>0.05
	T4-T0	0.04±0.60	0.13±0.50	>0.05

Kết quả ở bảng trên cho thấy: Nhóm Chứng không có sự thay đổi chỉ số WAZ sau 2 tháng can thiệp, cho đến sau 4 tháng can thiệp mới thấy có sự tăng chỉ số này, trong khi đó ở nhóm HEBI sau 2 tháng đã có sự thay đổi và sau 4 tháng thì có sự thay đổi từ -1.50±0.69 trước can thiệp đến -1.37±0.69 sau 4 tháng can thiệp (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0.001$). Mức chênh chỉ số WAZ sau 4 tháng can thiệp của nhóm HEBI (0,13±0,33) cũng cao hơn có ý nghĩa so với nhóm Chứng (0,03±0,37) với $p < 0,01$.

Tại thời điểm trước can thiệp chỉ số HAZ của nhóm HEBI (-1,51±0,97) cao hơn có ý nghĩa so với nhóm Chứng (-1,71±0,94) với $p < 0,05$. Tuy nhiên sau 4 tháng can thiệp thì chỉ số HAZ của nhóm HEBI (-1,43±0,93) cao hơn nhóm Chứng (-1,63±0,92) ở mức ý nghĩa cao hơn $p < 0,01$.

Tại thời điểm trước can thiệp, nhóm HEBI có chỉ số WHZ -0,93±0,53 thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm Chứng -0,83±0,60 với $p < 0,05$. Sau can thiệp 2, 4 tháng chỉ số WHZ của nhóm HEBI đã có sự cải thiện và không còn khác biệt so với nhóm Chứng với $p > 0,05$.

Bảng 3: Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân của hai nhóm trước và sau can thiệp

Chỉ số	Thời điểm	Nhóm Chứng		Nhóm HEBI		χ^2 test
		n	%	n	%	
WAZ < -2	T0	68	22,7	69	22,8	>0,05
	T2	79	26,4	68	22,4	
	T4	72	24,1	50	16,5	<0,05
	Hiệu quả CT thô		6,3		38,2	
	Hiệu quả CT thực				31,9	

Tại thời điểm trước can thiệp, hai nhóm không có sự khác biệt về tỷ lệ SDD thể nhẹ cân (22,7% ở nhóm Chứng và 22,8% ở nhóm HEBI) với $p > 0,05$. Sau 2 và 4 tháng can thiệp, tỷ lệ SDD thể nhẹ cân của nhóm HEBI có xu hướng giảm xuống trong khi nhóm Chứng lại có xu hướng tăng lên và sau 4 tháng can thiệp thì tỷ lệ SDD thể nhẹ cân của nhóm HEBI (16,5%) thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm Chứng (24,1%) với $p < 0,05$. Hiệu quả của can thiệp đến tỷ lệ SDD thể nhẹ cân là giúp làm giảm 31,9% số trẻ bị SDD thể nhẹ cân.

3. Hiệu quả của can thiệp đến nồng độ hemoglobin và tình trạng thiếu máu của trẻ

Bảng 4: Thay đổi nồng độ hemoglobin trước và sau 4 tháng can thiệp

Thời điểm	Nhóm Chứng (n= 284)	Nhóm HEBI (n=283)	p (t test)
T0	116,1 ± 11,2	115,0 ± 10,5	>0,05
T4	116,6 ± 8,8	118,1 ± 10,4***	>0,05

T4-T0	0,3 ± 7,1	3,0 ± 9,3	<0,001
-------	-----------	-----------	--------

***: $p < 0,001$ giữa T0 và T4 (t ghép cặp)

Bảng trên cho thấy tại thời điểm trước can thiệp, nồng độ hemoglobin của nhóm Chứng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau 4 tháng can thiệp nồng độ hemoglobin của nhóm HEBI được cải thiện có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước can thiệp (từ $115,0 \pm 10,5$ g/l lên $118,1 \pm 10,4$ g/l) với $p < 0,001$, Nồng độ hemoglobin sau 4 tháng can thiệp của nhóm HEBI ($118,1 \pm 10,4$ g/l) có xu hướng cao hơn so với nhóm Chứng ($116,6 \pm 8,8$ g/l), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tuy nhiên so sánh mức chênh nồng độ hemoglobin sau 4 tháng can thiệp thì có sự khác biệt rõ ràng giữa nhóm HEBI ($3,0 \pm 9,3$ g/l) và nhóm Chứng ($0,3 \pm 7,1$) với $p < 0,001$.

Bảng 5: Hiệu quả của can thiệp đến tỷ lệ thiếu máu

Thời điểm	Chỉ số	Nhóm Chứng	Nhóm HEBI	p (t test)
T0	Số trẻ xét nghiệm máu	297	299	
	Số trẻ bị thiếu máu	79 (26,6)	87 (29,1)	> 0,05
T4	Số trẻ xét nghiệm máu	284	283	
	Số trẻ bị thiếu máu	61 (21,5)	54 (19,1)	> 0,05
Hiệu quả thô		23,7	52,4	
Hiệu quả can thiệp		28,7		

Bảng trên cho thấy: Tại thời điểm trước can thiệp, tỷ lệ thiếu máu ở nhóm Chứng là 26,6% không khác biệt so với nhóm HEBI là 29,1% với $p > 0,05$, Sau 4 tháng can thiệp, tỷ lệ thiếu máu của hai nhóm đều giảm xuống, nhóm HEBI giảm được 10% nhiều hơn nhóm Chứng (5,1%) nhưng tỷ lệ thiếu máu cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm. Tuy nhiên đánh giá hiệu quả của can thiệp đến cải thiện tỷ lệ thiếu máu cho thấy can thiệp có hiệu quả giúp làm giảm 28,7% số trẻ bị thiếu máu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hiệu quả can thiệp bổ sung thực phẩm RUSF HEBI-mam đến sự thay đổi các chỉ số nhân trắc của trẻ: Sau 4 tháng can thiệp, cả hai nhóm Hebi và nhóm Chứng đều có sự cải thiện có ý nghĩa cả về cân nặng và chiều cao (với $p < 0,001$). Tuy nhiên mức tăng cân nặng, chiều cao trung bình trong từng tháng của trẻ ở cả hai nhóm vẫn thấp hơn so với nghiên cứu theo dõi theo chiều dọc của tác giả Lê Thị Hợp tại Hà Nội [6]. Điều này có thể giải thích có thể do điều tra của tác giả Lê Thị Hợp được tiến hành tại Hà Nội, nơi mà chế độ ăn, điều kiện sống tốt hơn rất nhiều so với các xã tại một huyện miền núi của Yên Bái trong nghiên cứu này. Sau 4 tháng can thiệp chỉ số WHZ không còn sự khác biệt, điều này chứng tỏ nhóm Hebi đã có sự cải thiện chỉ số WHZ tốt hơn so với nhóm Chứng. Bổ sung RUSF Hebi-Mam chưa thấy có sự cải thiện về tỷ lệ SDD cấp.

So sánh với kết quả của một systematic review tổng kết 201 nghiên cứu về tác động của thực phẩm tăng cường vi chất đến sức khỏe phụ nữ và trẻ em cho thấy: bổ sung thực phẩm tăng cường đa vi chất không thấy có tác động có ý nghĩa đến các chỉ số Z-score cân nặng theo tuổi,

chiều cao theo tuổi và cân nặng the chiều cao mặc dù nhóm bổ sung có xu hướng tốt hơn so với nhóm Chứng [7].

4.2. Hiệu quả can thiệp bổ sung thực phẩm RUSF HEBI-mam đến hàm lượng hemoglobin và tình trạng thiếu máu của trẻ: Bổ sung RUSF Hebi-mam cho thấy, mặc dù hàm lượng hemoglobin trung bình của hai nhóm trước và sau can thiệp không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên so sánh mức tăng nồng độ hemoglobin thì thấy nhóm Hebi (tăng $3,0 \pm 9,3$ g/L) tốt hơn có ý nghĩa so với nhóm Chứng (tăng $0,3 \pm 7,1$ g/L) với $p < 0,001$ và có sự giảm có ý nghĩa tỷ lệ trẻ bị thiếu máu sáu 4 tháng can thiệp (nhóm Hebi giảm 52,4% số trẻ bị thiếu máu). Kết quả này cũng tương tự kết quả một số nghiên cứu bổ sung thực phẩm được tăng cường vi chất.

Một systematic review tổng kết 201 nghiên cứu về tác động của thực phẩm tăng cường vi chất đến sức khỏe phụ nữ và trẻ em. Các nghiên cứu này bao gồm các bổ sung thực phẩm có tăng cường với một, hai hoặc đa vi chất và tác động của tăng cường này đến các đầu ra về sức khỏe. Kết quả cho thấy bổ sung các thực phẩm tăng cường vi chất cho trẻ em đã chỉ ra có tác động có ý nghĩa đến việc tăng nồng độ các vi chất trong huyết thanh. Các marker về máu cũng có sự cải thiện trong đó có nồng độ hemoglobin. Những trường hợp được bổ sung thực phẩm có tăng cường với vitamin A, sắt hoặc đa vi chất đều chỉ ra có sự cải thiện có ý nghĩa nồng độ hemoglobin [7]. Như vậy có sự cải thiện nồng độ hemoglobin ở nhóm Hebi là với liều bổ sung là 46 gam Hebi-mam đã cũng cấp không chỉ tối thiểu 4 gam sắt nguyên tố cho trẻ mà còn cung cấp thêm các vi chất khác thường thiếu như acid folic (như trong nghiên cứu này mới chỉ đáp ứng

khoảng 30% nhu cầu khuyến nghị, vitamin B12, vitamin A, và riboflavin (vitamin B2) là những vitamin cần thiết trong quá trình tạo hồng cầu.

V. KẾT LUẬN

5.1 Đã cải thiện có ý nghĩa tình trạng dinh dưỡng của trẻ: Chỉ số WAZ, HAZ ($-1,37 \pm 0,69$ và $-1,43 \pm 0,93$) cao hơn có ý nghĩa so với nhóm Chứng ($-1,51 \pm 0,76$ và $-1,63 \pm 0,92$) với ($p < 0,05$) và $p < 0,01$. Tỷ lệ SDD thể nhẹ cân được cải thiện tốt hơn có ý nghĩa so với nhóm Chứng chỉ còn 16,5% trong khi nhóm Chứng là 24,1% với $p < 0,05$.

5.2. Cải thiện nồng độ hemoglobin ở trẻ: Nồng độ hemoglobin của nhóm HEBI tăng $3,0 \pm 9,3$ g/l cao hơn có ý nghĩa so với nhóm Chứng tăng $0,3 \pm 7,1$ g/L với $p < 0,001$. Can thiệp có hiệu quả giúp làm giảm 28,7% số trẻ bị thiếu máu.

KHUYẾN NGHỊ: Bổ sung 46 gam HEBI-mam đã thấy có hiệu quả trong cải thiện các chỉ số nhân trắc và nồng độ hemoglobin ở trẻ. Vì vậy nên triển khai trên diện rộng để cải thiện tình trạng dinh dưỡng và thiếu máu cho trẻ, đặc biệt là những vùng khó khăn, vùng núi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO (2013).** Guideline update: Technical aspects of the management of severe acute malnutrition in infants and children. Geneva: World Health Organization.
2. **Bank U-W-TW (2012).** Levels and Trends in Child Malnutrition: UNICEF-WHO-The World Bank Joint Child Malnutrition Estimates. Washington D.C.
3. **Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, Mathers C, Rivera J (2008).** Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*, 371(9608): 243-260
4. **National Institute of Nutrition (NIN). (2012).** Prevalence of children under 5 years-old Malnutrition 2012. Retrieved from: <http://viendinhduong.vn/news/vi/106/61/a/so-lieu-thong-ke-ve-tinh-trang-dinh-duong-tre-em-qua-cac-nam.aspx>.
5. **WHO (2012).** Technical note: Supplementary foods for the management of moderate acute malnutrition in infants and children 6-59 months of age. Geneva: World Health Organization.
6. **Huybregts L, Hougbe F, Salpe'teur C, Brown R, Roberfroid D, et al. (2012).** The Effect of Adding Ready-to-Use Supplementary Food to a General Food Distribution on Child Nutritional Status and Morbidity: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *PLoS Med* 9(9): e1001313. doi:10.1371/journal.pmed.1001313
7. **Lê Thị Hợp (2000).** Tình trạng dinh dưỡng của trẻ em từ sơ sinh đến 60 tháng tuổi nghiên cứu theo chiều dọc tại Hà Nội. Một số công trình nghiên cứu về dinh dưỡng và an toàn thực phẩm. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 86-100.

KHẢO SÁT MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ, ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG THẬN DO THUỐC CẢN QUANG Ở 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 TẮT³

Đối tượng và phương pháp: Thực hiện nghiên cứu tiến 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. Các chỉ tiêu nghiên cứu gồm một số yếu tố nguy cơ, đặc điểm bệnh thận do thuốc cản quang ở nhóm nghiên cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ tổn thương thận do thuốc cản quang gặp trong nghiên cứu: giới với 36,4%, thiếu máu và

tăng CRP máu cùng 32,1%, nguy cơ liên quan đến thuốc cản quang chiếm 30,9%, suy tim (EF < 50%) chiếm 29,4%, đái tháo đường chiếm 28,9%, tuổi ≥ 70 chiếm 26,5% và thấp nhất là MLCT < 60ml/phút/1,73m² trước can thiệp với tỷ lệ 4,1%. Có 85,8% bệnh nhân có ít nhất 1 yếu tố nguy cơ, tỷ lệ bệnh nhân có 2 yếu tố nguy cơ là cao nhất 28,1%, chỉ có 3,4% bệnh nhân có từ 5 yếu tố nguy cơ trở lên. Tỷ lệ bệnh nhân suy thận cấp sau thủ thuật chiếm 6,3%, trong các bệnh nhân suy thận cấp có 53,6% độ 3, 39,3% độ 2 và độ 1 chỉ 7,1%. Một số biểu hiện của suy thận cấp: vô niệu, thiếu niệu chiếm 57,1%, giảm natri máu là 25,0%, giảm kali máu là 32,1%, không có bệnh nhân nào tăng kali máu. **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ đồng thời khá cao, tuy nhiên tỷ lệ suy thận cấp không cao.

Từ khóa: Yếu tố nguy cơ bệnh thận do thuốc cản quang (BTTCQ), bệnh mạch vành (BMV).

SUMMARY

INVESTIGATING THE CHARACTERISTICS OF SOME RISK FACTORS, CHARACTERISTICS OF

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: 22/7/2017

Ngày duyệt bài: 15/8/2017

CONTRAST INDUCED NEPHROPATHY IN PATIENTS UNDERGOING CORONARY ANGIOGRAPHY OR PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

Subjects and methods: A prospective, cross-sectional study of over 445 patients undergoing coronary angiography or PCI were enrolled at the Heart Intervention Clinic, Tam Duc Hospital from January 1, 2016 to January 1, 2017. Survey on some risk factors, features of contrast induced nephropathy. **Results:** The percentage of risk factors for renal damage caused by contrast: highest percentage is female gender with 36.4%, followed by anemia and hyperkalemia with 32.1%, risk relate with contrast agent is 30.9%, heart failure EF <50% accounted for 29.4%, diabetes accounted for 28.9%, age ≥ 70 accounted for 26.5%, and lowest was EGFR <60 ml/min/c. 85.8% of patients had at least one risk factor, the proportion of patients with two risk factors was the highest at 28.1%; only 3.4% had over five risk factors. The rate of patients with acute renal failure after the procedure accounted for 6.3%, in patients with acute renal failure degree 3 is 53.6%, 39.3% degree 2 and 7.1% degree 1. Some manifestations of acute kidney failure: anuria, oliguria with 57.1%, hyponatremia 25.0%, hypocalcaemia 32.1%, no hyperkalemia. **Conclusion:** The proportion of patients with multiple risk factors was at the same time high, but rate of contrast induced nephropathy is not high.

Key words: Risk factor, 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%[7]. Và hậu quả là gây kéo dài thời gian nằm viện, thúc đẩy bệnh thận giai đoạn cuối, làm gia tăng tỷ lệ tử vong và chi phí điều trị[4]. Do đó, nếu chúng ta dự đoán sớm các yếu tố nguy cơ (YTNC) thì sẽ có biện pháp phòng ngừa biến

chứng này. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu sau: *Khảo sát một số yếu tố nguy cơ, đặc điểm tổn thương thận do thuốc cản quang ở bệnh nhân sau chụp và can thiệp động mạch vành tại khoa Tim Mạch can thiệp, Bệnh viện Tâm Đức, TP. Hồ Chí Minh.*

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.
- *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.

*Tất cả các bệnh nhân chụp mạch vành sẽ được định lượng creatinin huyết thanh trước khi làm thủ thuật và sau khi làm thủ thuật 48 giờ. Chuẩn bị bệnh nhân có suy thận: cho truyền dịch 500-1000ml Glucose 5% hoặc nước muối sinh lý 24 giờ trước khi làm thủ thuật và ngay sau khi làm thủ thuật; cho uống N-Acetyl Cystein 200mg 3 gói x 2 lần (đêm trước làm thủ thuật và sáng ngày làm thủ thuật). Ngưng các loại thuốc viên hạ đường huyết hoặc ngưng tiêm Insulin buổi sáng hôm làm thủ thuật.

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

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

*Phân chia mức độ suy thận cấp theo KDIGO

Mức độ	Tiêu chí creatinin huyết thanh
1	Khi creatinin: 136,5 - < 220 $\mu\text{mol/l}$
2	Khi Creatinin từ 220 đến 353,6 $\mu\text{mol/l}$
3	Khi Creatinin từ > 353,6 $\mu\text{mol/l}$

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

3. 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

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới

Nhóm tuổi (năm)	Nữ		Nam		Chung	
	n	%	n	%	n	%
< 70	106	23,8	221	49,7	327	73,5
≥ 70	56	12,58	62	13,93	118	26,5
Tổng	162	36,4	283	63,6	445	100
Tuổi trung bình	66,5 ± 10,6		61,8 ± 11,9		63,5 ± 11,6	

Nhận xét: Nam chiếm đa số: 63,6%, nữ : 36,4%. Có 73,5% bệnh nhân có tuổi từ 70 trở lên. Tuổi trung bình là 63 ± 11,6.

Bảng 2. Phân nhóm mức lọc cầu thận nền

Phân nhóm MLCT nền	Số BN	Tỉ lệ %
<60 ml/phút/1,73 m ²	18	4,1
≥60 ml/phút/1,73 m ²	427	95,9
Nồng độ creatine huyết thanh trung bình	102,5 ± 77,3 (thấp nhất:48 μmol/l, cao nhất 359 μmol/l)	

Nhận xét: Bệnh nhân có MLCT nền ≥ 60 ml/phút/1,73 m² chiếm 95,9 %. Giá trị trung bình của creatinin huyết thanh nền là:102,5 ± 77,3 μmol/l.

Bảng 3. Phân bố tần suất thể tích thuốc cản quang dùng trong thủ thuật

	Trung bình	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Thể tích thuốc cản quang dùng	87,7 ± 60,2	10	300
Thể tích thuốc cản quang theo cân nặng	1,4 ± 1,0	0,6	5,0
Tỉ số thể tích thuốc cản quang / MLCT	1,7 ± 1,3	0,15	8,0
Tỉ số Cigarroa	1,8 ± 3,1	0,2	44,5

Nhận xét: Thể tích thuốc cản quang trung bình dùng trong thủ thuật là 87,7 ± 60,2 ml. Thể tích thuốc cản quang trung bình theo cân nặng là 1,4 ± 1,00 ml/kg. Chỉ số Cigarroa trung bình: 1,8 ± 3,1.

Bảng 4. Đặc điểm tổn thương ĐMV

Số nhánh ĐMV tổn thương	Số BN	Tỷ lệ %
0 nhánh	128	28,9
1 nhánh	111	24,9
2 nhánh	103	23,1
≥ 3 nhánh	103	23,1
Tổng	445	100

Nhận xét: Bệnh nhân hẹp 1 nhánh chiếm 24,9%, hẹp 2 nhánh và trên 3 nhánh bằng nhau chiếm 23,1% cho mỗi nhóm.

Bảng 5. Đặc điểm số nhánh ĐMV được đặt stent (số stent)

Số nhánh ĐMV được	n	%
-------------------	---	---

đặt (số stent)		
0 stent	195	43,8
1 stent	125	28,1
2 stent	81	18,2
≥ 3 stent	44	9,9
Tổng	445	100

Nhận xét: Số BN đặt ≥3 stent chiếm 9,9%, đặt 2 stent chiếm 18,2 %, đặt 1 stent là 28,1%.

2. Đặc điểm một số yếu tố nguy cơ và tổn thương thận cấp ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Bảng 6. Tỷ lệ bệnh nhân theo các yếu tố nguy cơ (n=445)

Yếu tố nguy cơ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
MLCT < 60ml/phút/1,73m ² trước can thiệp	18	4,1
Nữ giới	162	36,4
Tuổi ≥ 70	118	26,5
Đái tháo đường	129	28,9
Thiếu máu	143	32,11
Suy tim (EF<50%)	131	29,44
CRP máu > 5 mg/l	143	32,1
Thuốc cản quang >150ml	78	17,5
Chỉ số cigarroa > 5	10	2,2
Thể tích thuốc cản quang / MLCT > 3,7	40	9,0
Thể tích thuốc cản quang theo cân nặng >5ml/kg	1	2,2%

Nhận xét: Bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ cao nhất 36,4%. Khoảng 1/3 số bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ như: suy tim EF% < 50%, thiếu máu, tuổi ≥70, đái tháo đường và tăng CRP máu. Riêng nguy cơ suy thận cấp liên quan đến thuốc cản quang chiếm 30,9%.

Bảng 7. Phân bố bệnh nhân theo số yếu tố nguy cơ (n=445)

Số các yếu tố nguy cơ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
0 có yếu tố nào	63	14,2
1 yếu tố	109	24,5
2 yếu tố	125	28,1
3 yếu tố	87	19,6
4 yếu tố	46	10,3
≥ 5 yếu tố	13	3,4
Tổng	445	100

Nhận xét: Bệnh nhân có 2 yếu tố là nhiều nhất, chiếm 28,1 %.

Bảng 8. Tỷ lệ và mức độ suy thận cấp ở bệnh nhân STCCQ (n=28)

Mức độ suy thận cấp	Số BN	Tỷ lệ %
Số BN suy thận cấp	28	6,3
Độ 1	2	7,1
Độ 2	11	39,3
Độ 3	15	53,6

Nhận xét: Tỷ lệ BN suy thận cấp độ 3 chiếm chủ yếu 53,6%.

Bảng 9. Đặc điểm nước tiểu ở nhóm bệnh nhân suy thận cấp (n=28)

Đặc điểm nước tiểu	Số BN	Tỷ lệ %
Bảo tồn nước tiểu	12	42,9
Vô niệu và thiếu niệu	16	57,1
Tổng	28	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ vô niệu là chủ yếu chiếm 57,1%.

Bảng 10. Đặc điểm nồng độ Natri và Kali máu ở bệnh nhân STCCQ (n=28)

Nồng độ trong máu		Số BN	Tỷ lệ %
Nồng độ Natri	< 135 mmol/l	7	25
	136 – 145 mmol/l	21	75
	> 145 mmol/l	0	0
	TB	137,6 ± 3,5 (nhỏ nhất:1,81; lớn nhất:?)	
Nồng độ Kali	< 3,5 mmol/l	9	32,1
	3,5 – 5,0 mmol/l	19	67,9
	> 5,0 mmol/l	0	0
	TB	3,6 ± 0,6 (nhỏ nhất:1,81; lớn nhất: ?)	

Nhận xét: Bệnh nhân STC do thuốc cản quang rối loạn điện giải chủ yếu là giảm natri và kali máu.

IV. BÀN LUẬN

1. 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.

- Các yếu tố nguy cơ tim mạch rất hay gặp ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu, các yếu tố này góp phần gây nên tình trạng xơ cứng như hẹp mạch vành.

- Lượng thuốc cản quang trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi gần giống nghiên cứu của Trần Lê Minh Thái với lượng thuốc cản quang trung bình là 120,39 ± 48,48ml[3], nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của hai tác giả Nguyễn Đức Công và Nguyễn Đình Quốc Anh [1],[2].

- Đặc điểm tổn thương ĐMV: đa số bệnh nhân bị hẹp ít nhất 1 nhánh ĐMV chiếm tỷ lệ 72,3%. Về số lượng stent trong thủ thuật, đa số

các trường hợp được đặt 1 stent chiếm tỷ lệ 28,1%, kể đến là 2 stent chiếm tỷ lệ 18,2% và 3 stent với tỷ lệ là 9,9%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Công ghi nhận tổn thương 3 nhánh ĐMV chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 40%, kể đến là tổn thương 2 nhánh ĐMV với tỷ lệ lần lượt là 24% và 34,7% [2].

2. Đặc điểm một số yếu tố nguy cơ:

- Có nhiều yếu tố nguy cơ gây STC ở bệnh nhân chụp và can thiệp ĐMV qua da. Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận các yếu tố nguy cơ sau: Chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm bệnh nhân có MLCT bình thường trước can thiệp chiếm 95,9%. Mức độ gấp khoảng 1/3 số bệnh nhân là các yếu tố nguy cơ như: nữ giới, suy tim EF < 50%, thiếu máu, tuổi ≥ 70, ĐTĐ và tăng CRP máu. Riêng nguy cơ liên quan đến thuốc cản quang chiếm tỷ lệ tới 30,9%, chỉ đứng sau yếu tố nguy cơ là giới tính. Trong 7 yếu tố nguy cơ bệnh STCCQ được khảo sát nhóm bệnh nhân có 2 yếu tố là nhiều nhất với 28,1%. Nhóm bệnh nhân có 1 yếu tố nguy cơ chiếm 24,5%, riêng nhóm không có yếu tố nguy cơ nào chiếm 14,2%. Kết quả của chúng tôi cho thấy phù hợp với các nghiên cứu trước đó[1],[3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 bệnh nhân với MLCT giảm nặng trong khoảng từ 15 đến <30ml/phút/1,73 m² và không ghi nhận bệnh nhân nào có MLCT <15ml/phút/1,73m². Trong khi đó, nồng độ CreatininHT nền trung bình của dân số chung là $1,12 \pm 0,34$ mg/dl.

3. Đặc điểm suy thận cấp do thuốc cản quang: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mới mắc STCCQ là 6,3%, tương tự với nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Đức Công, Trần Lê Minh Thái, Nguyễn Đình Quốc Anh [2],[3], đồng thời thấp hơn nghiên cứu của đa số các tác giả ngoài nước. Điều này có thể do mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ, chưa phản ánh đúng tỷ lệ STCCQ ở những bệnh nhân được can thiệp ĐMV.

- Phân chia mức độ STC theo KDIGO 2013, chúng tôi nhận thấy nhóm bệnh nhân STC độ 3 chiếm tỷ lệ cao (>50%). Cho thấy mức độ tổn thương thận do thuốc cản quang rất trầm trọng và nặng nề. Nhóm bệnh nhân STC do thuốc cản quang, tỷ lệ vô niệu chiếm chủ yếu 57,1%. Bệnh nhân STC do thuốc cản quang rối loạn điện giải chủ yếu là giảm Natri và Kali máu. Theo y văn, cũng như theo nhiều nghiên cứu, biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân STC do thuốc cản quang thường nghèo nàn. Ngay cả rối loạn chức năng bài niệu cũng là biểu hiện không điển hình. Tỷ lệ bệnh nhân thiếu niệu, vô niệu chiếm khoảng 1/2 số bệnh nhân STC do thuốc cản quang [7].

V. KẾT LUẬN

+ Có nhiều yếu tố nguy cơ của bệnh thận do thuốc cản quang xuất hiện trong nhóm bệnh

nhân nghiên cứu, đồng thời tỷ lệ bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ đồng thời khá cao. Có 85,8% bệnh nhân có ít nhất 1 yếu tố nguy cơ, tỷ lệ bệnh nhân có 2 yếu tố nguy cơ là cao nhất 28,1%, chỉ có 3,4% bệnh nhân có từ 5 yếu tố nguy cơ trở lên.

+ Tỷ lệ suy thận cấp do thuốc cản quang là 6,3%, và suy thận cấp độ 3 chiếm tỷ lệ chủ yếu 53,6%. Thể vô niệu và thiếu niệu chiếm 57,1%.

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. Cigarroa R. G., et al. (1989), "Dosing of contrast material to prevent contrast nephropathy in patients with renal disease", *Am J Med*, 86(6 Pt 1), 649-52.
6. Jorgensen A. L. (2013), "Contrast-induced nephropathy: pathophysiology and preventive strategies", *Crit Care Nurse*, 33(1), 37-46.
7. McCullough P. A., et al. (2016), "Contrast-Induced Acute Kidney Injury", *J Am Coll Cardiol*, 68(13), 1465-1473.

KHẢO SÁT THỰC TRẠNG CÔNG TÁC TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE TẠI BỆNH VIỆN E NĂM 2016-2017

Nguyễn Phương Thảo*, Đỗ Mai Hoa**

TÓM TẮT⁴

Mở đầu: Truyền thông, giáo dục sức khỏe (GDSK) là một hoạt động quan trọng và không thể tách rời của chăm sóc sức khỏe đặc biệt là ở các bệnh viện lớn. **Mục tiêu:** Mô tả thực trạng công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh tại các khoa lâm sàng, Bệnh viện E năm 2017. **Phương pháp**

*Bệnh viện E

**Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phương Thảo

Email:

Ngày nhận bài: 17/7/2017

Ngày phản biện khoa học: 16/8/2017

Ngày duyệt bài: 23/8/2017

nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Thực trạng tổ chức công tác TTGDSK theo nhóm tại 17 khoa lâm sàng: Phần lớn các khoa lâm sàng thực hiện tốt công tác tư vấn nhóm cho người bệnh. Thực trạng tổ chức tư vấn cá nhân tại 17 khoa lâm sàng trong BV: Còn một số khoa chưa tổ chức tư vấn cá nhân đều đặn cho bệnh nhân. Chưa tuân thủ đủ các bước của qui trình tư vấn, chưa ghi chép đầy đủ vào hồ sơ bệnh án sau khi tư vấn. Kết quả công tác TTGDSK qua khảo sát trên BN: Tuyệt đại đa số bệnh nhân hài lòng với công tác TTGDSK tại 17 khoa lâm sàng BVE. **Kết luận:** Cần nghiên cứu thêm về các yếu tố ảnh hưởng đến công tác TTGDSK tại BVE để có thể xây dựng một kế hoạch TTGDSK phù hợp trong thời gian tới.

Từ khóa: Truyền thông, giáo dục sức khỏe, khoa lâm sàng, tư vấn nhóm, tư vấn cá nhân.

SUMMARY**STUDY ON THE STATUS OF HEALTH EDUCATION AND COMMUNICATION FOR PATIENTS IN CLINICAL FACULTIES, HOSPITAL E**

Introduction. Communication and health education is an integral and indispensable activity of health care especially in major hospitals. **Objectives:** To describe the status of health education and communication for patients in clinical faculties, Hospital E 2016-2017. **Methods:** Cross-sectional description. **Results:** Situation of organizing group health communication in 17 clinical departments: The majority of clinical departments perform well in group counseling for patients. Situation of individual counseling organizations in 17 clinical departments in hospitals: There are some departments do not organize personal counseling regularly for patients. Not fully follow the steps of the consultation process, not fully recorded in the medical records after consultation. Results of communicable health education through patient surveys: Most patients satisfied with health education and communication in 17 clinical departments of Hospital E. **Conclusion:** More research is needed. Factors influencing health communication and education at E Hospital so that a suitable health communication and education plan could be developed in the future.

Key words: Communication and health education, clinical practice, group counseling, personal counseling.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Truyền thông, giáo dục sức khỏe (GDSK) là một hoạt động quan trọng và không thể tách rời của chăm sóc sức khỏe. Bên cạnh hình thức GDSK cộng đồng thì GDSK tại các cơ sở Y tế, đặc biệt là ở các bệnh viện lớn, cũng đóng một vai trò quan trọng do số lượng bệnh nhân đến khám chữa bệnh đông, bệnh lý cụ thể và đối tượng cần được GDSK đã được xác định, đội ngũ tham gia GDSK có trình độ chuyên môn cao, kỹ năng GDSK chuyên nghiệp cũng như tính thiết thực trong nhu cầu gìn giữ, nâng cao sức khỏe của người bệnh khi phải đến bệnh viện nên việc GDSK có hiệu quả cao hơn.

Trong thời gian qua, Bệnh viện E, với số lượng bệnh nhân hàng năm tương đối ổn định, đang phấn đấu theo hướng nâng cao chất lượng khám và điều trị, đặc biệt tập trung vào khu vực bệnh nhân nội trú. Tuy nhiên, công tác truyền thông GDSK của bệnh viện hiện vẫn chưa được tổ chức một cách có hệ thống, chuyên nghiệp. Vì vậy rất cần có một sự khảo sát, đánh giá toàn diện, đầy đủ về công tác TTGDSK và các yếu tố ảnh hưởng từ đó đưa ra một giải pháp xây dựng mạng lưới TTGDSK trong bệnh viện cho phù hợp với tình hình mới vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Thực trạng công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh tại các

khoa lâm sàng, Bệnh viện E năm 2016-2017" với mục tiêu: *Mô tả thực trạng công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh tại các khoa lâm sàng, Bệnh viện E năm 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

2.1.1. Định lượng: Các sổ sách, tài liệu, báo cáo liên quan đến các hoạt động truyền thông GDSK tại Bệnh viện E. Bệnh nhân nội trú tại bệnh viện E để tìm hiểu phản hồi của họ về công tác TTGDSK tại BV đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

2.1.2. Định tính: Đại diện Lãnh đạo Bệnh viện phụ trách về chuyên môn, Đại diện lãnh đạo bệnh viện phụ trách về tài chính, Trưởng/phó phòng Quản lý chất lượng: Là đơn vị được phân công kiểm tra, kiểm soát các tiêu chí chất lượng trong công tác TTGDSK BV, Trưởng/phó Phòng Điều dưỡng: Là đơn vị được phân công thực thi hoạt động TTGDSK trực tiếp, gián tiếp tại BV (pano, áp phích...). Các khoa lâm sàng: Đại diện đầu mối phụ trách công tác TTGDSK (Bác sĩ, điều dưỡng trưởng, điều dưỡng viên, nữ hộ sinh) tại các khoa lâm sàng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính.

Phát phiếu khảo sát cho người bệnh:

- Công thức tính cỡ mẫu: Phần mềm tính cỡ mẫu *Sample Size 2.0.* được sử dụng để hỗ trợ quá trình tính toán cỡ mẫu. Công thức tính cỡ mẫu ước lượng 1 tỷ lệ được sử dụng:

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

Thay các giá trị vào công thức, cỡ mẫu tối thiểu $n=213$. Ước lượng tỷ lệ đối tượng bỏ cuộc, từ chối tham gia nghiên cứu là khoảng 10%. Vậy, cỡ mẫu cần thu thập tối thiểu là 234.

- *Phương pháp chọn mẫu:* Sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên.

2.3. Địa điểm: Nghiên cứu này được tiến hành trên toàn bệnh viện và các hoạt động cụ thể triển khai tại 17 khoa lâm sàng đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

2.4. Các bước tiến hành: Xây dựng công cụ nghiên cứu. Lựa chọn và tập huấn cho đội ngũ nghiên cứu viên. Tiến hành thu thập số liệu.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý bằng phần mềm SPSS (Statistical Package for Social Sciences) phiên bản 18.0 và phần mềm Microsoft Excel.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức của trường Đại học Y tế Công Cộng. Được sự đồng ý của Lãnh đạo

Bệnh viện E. Nghiên cứu không gây ảnh hưởng gì đối với người tham gia nghiên cứu cũng như đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung của bệnh nhân tham gia nghiên cứu: Độ tuổi trung bình nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 57,6

$\pm 17,5$. Phần lớn bệnh nhân trên 60 tuổi (53%). Gần 60% bệnh nhân là nữ. Tỷ lệ bệnh nhân đã nghỉ hưu chiếm tỷ lệ cao (41,45%). Phần lớn bệnh nhân vào viện lần đầu tiên (53,4%) và nằm viện dưới 10 ngày (71,79%). 72,22% bệnh nhân tham gia nghiên cứu từ các khoa thuộc khối nội.

3.2. Thực trạng công tác TTGDSK tại các khoa lâm sàng bệnh viện E năm 2016-2017

3.2.1. Thực trạng tổ chức công tác TTGDSK theo nhóm tại 17 khoa lâm sàng

Bảng 3. 1. Số buổi thực hiện tư vấn nhóm ở các khối chuyên khoa

Khối	Số khoa	Tổng số buổi thực hiện 2016	Tổng số buổi thực hiện quý I-2017
Khối Chuyên khoa lẻ	3	49	7
Khối Ngoại	3	58	8
Khối Nội	11	233	51
Tổng	16	340	66

Nhận xét: Có tất cả 16/17 khoa thực hiện tư vấn nhóm. Tổng số buổi thực hiện Tư vấn nhóm trong năm 2016 là 340 buổi và tính đến quý 1-2017 là 66 buổi.

Bảng 3. 2. Kết quả quan sát quá trình thực hiện tư vấn nhóm (n=14)

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Không thực hiện hoặc thực hiện không đạt $\geq 12/24$ tiêu chí quan sát	0	0,00
Thực hiện ở mức độ đạt trở lên $\geq 12/24$ tiêu chí quan sát	14	100,00
Thực hiện ở mức độ tốt $\geq 12/24$ tiêu chí quan sát	4	28,57
Không thực hiện hoặc thực hiện không đạt cả 24 tiêu chí	0	0,00
Thực hiện cả 24 tiêu chí ở mức độ đạt trở lên	2	14,29
Thực hiện đủ cả 24 tiêu chí ở mức độ tốt	0	0,00

Nhận xét: 100% các khoa quan sát được đều thực hiện tư vấn nhóm thực hiện trên 50% các hoạt động từ mức đạt trở lên.

3.2.2. Thực trạng tổ chức tư vấn cá nhân tại 17 khoa lâm sàng trong BV

Bảng 3.3. Kết quả quan sát quy trình thực hiện tư vấn cá nhân (n=17)

Nội dung	2/3 lần quan sát		Cả 3 lần	
	n	%	n	%
Không thực hiện hoặc thực hiện trên 50% các tiêu chí quan sát (9/17 tiêu chí)	0	0,00	0	0,00
Thực hiện ở mức độ đạt trở lên 50% các tiêu chí quan sát (9/17)	17	100	16	94,12
Thực hiện ở mức độ tốt 50% các tiêu chí quan sát (9/17)	13	76,47	4	23,53
Không thực hiện hoặc thực hiện không tốt cả 17 tiêu chí	0	0,00	0	0,00
Thực hiện cả 17 tiêu chí ở mức độ đạt trở lên	6	35,29	3	17,65
Thực hiện đủ cả 17 tiêu chí ở mức độ tốt	0	0,00	0	0,00

Nhận xét: Trong 2/3 lần quan sát, 100% các khoa thực hiện trên 50% các tiêu chí quan sát từ mức độ đạt trở lên.

3.2.3. Kết quả công tác TTGDSK qua khảo sát trên BN

3.2.3.1. Kết quả về hoạt động tư vấn nhóm

Bảng 3.4. Đánh giá của bệnh nhân về hoạt động tư vấn nhóm (n=171)

Nội dung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Cách tư vấn của CBYT	Đễ hiểu	170	99,42
	Khó hiểu	1	0,58
Về hàm lượng nội dung thông tin	Đầy đủ	168	98,25
	Không đầy đủ	3	1,75
Về tính bổ ích của nội dung thông tin	Rất bổ ích	96	56,14
	Bổ ích	75	43,86
Đánh giá về cuộc tư vấn	Rất hài lòng	90	52,63
	Hài lòng	77	45,03
	Bình thường	4	2,34

Nhận xét: Trong tổng số 171 bệnh nhân được tư vấn nhóm, có tới 99,42% bệnh nhân cho rằng cách tư vấn của CBYT dễ hiểu, 98,25% cho rằng nội dung tư vấn đầy đủ, 56,14 và 43,86% cho rằng nội dung tư vấn rất bổ ích và bổ ích. 52,45 bệnh nhân cảm thấy rất hài lòng và 45,03% bệnh nhân cảm thấy hài lòng về cuộc tư vấn.

Bảng 3.5.Đánh giá của bệnh nhân về hoạt động tư vấn cá nhân (n=232)

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Cách CBYT tư vấn	Dễ hiểu	228
	Không biết, không trả lời	4
Về hàm lượng nội dung thông tin	Đầy đủ	218
	Không đầy đủ	6
	Không biết, không trả lời	8
Về tính bổ ích của nội dung thông tin	Rất bổ ích	130
	Bổ ích	99
	Không bổ ích	3
Đánh giá về cuộc tư vấn	Rất hài lòng	114
	Hài lòng	99
	Bình thường	18
	Không hài lòng	1

Nhận xét: 98,28% bệnh nhân cho rằng cách CBYT tư vấn khá dễ hiểu, 94% cho rằng nội dung tư vấn đầy đủ. Có 56,03% và 42,67% bệnh nhân cho rằng nội dung tư vấn rất bổ ích và bổ ích. Có 49,14% bệnh nhân cảm thấy rất hài lòng và 42,67% bệnh nhân cảm thấy hài lòng về nội dung tư vấn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung nhóm bệnh nhân vào nghiên cứu: Để đánh giá cụ thể một phần kết quả cụ thể của công tác TTGDSK trên đối tượng đích, chúng tôi đã tiến hành tuyển lựa và mời 234 BN tham gia nghiên cứu. Do xấp xỉ 50% số BN này là bảo hiểm hưu trí nên độ tuổi trên 60 chiếm tới 53% dẫn tới độ tuổi trung bình khá cao ($57,6 \pm 17,5$). Bệnh nhân tuổi cao, bệnh lý mãn tính phải ra vào viện nhiều lần nên tỷ lệ tái nhập viện là 46,6% với thời gian điều trị trung bình xấp xỉ 10 ngày.

4.2. Thực trạng công tác TTGDSK tại các khoa lâm sàng Bệnh viện E năm 2016 và quý I năm 2017

4.2.1. Thực trạng tổ chức công tác TTGDSK theo nhóm tại 17 khoa lâm sàng

Về số buổi thực hiện tư vấn nhóm ở các khối chuyên khoa: Tổng số buổi TVN theo kế hoạch là 48 buổi/năm (2016) và 12 buổi (quý 1- 2017), tổng cộng là 60 buổi (chưa trừ các tuần lễ, tết).

Thống kê của chúng tôi cho thấy, việc thực hiện TVN trong giai đoạn từ tháng 1.2016 đến hết tháng 3. 2017, không khoa nào đạt mức kế hoạch. Trung bình chung: khối Nội là 40%, khối Ngoại 38% và khối CK lẻ chỉ đạt xấp xỉ 30%. Có nhiều lý do để giải thích tình trạng trên như: khối ngoại có đặc thù là BN chấn thương, BN sau mổ, sau sinh không thể đến phòng hành chính để nghe tư vấn. Đây thực sự là những lý do khiến cho TVN khó thực hiện ở một số khoa có đặc thù riêng. Bên cạnh đó, tổng số ngày nghỉ lễ, tết cũng chiếm mất xấp xỉ 4-6 buổi TVN /năm.

Chúng tôi cũng tìm hiểu công tác TTGDSK tại một số đơn vị Y tế trong cả nước. Theo các báo cáo, công tác TTGDSK trong đó có GDSK theo nhóm đã được tổ chức đều đặn ở các khoa lâm sàng tại các bệnh viện đa khoa tỉnh Hưng Yên, Ninh Bình, Bắc Kạn và Bệnh viện E. Bảng 4.1. Thống kê kết quả tư vấn nhóm năm 2011 tại 04 bệnh viện này [1, 2]:

Bảng 4.1. Kết quả tư vấn nhóm tại 4 bệnh viện Miền Bắc năm 2011

TT	Bệnh viện	Số khoa có TVN	Số buổi TVN	Số BN được TVN
1	ĐK tỉnh Hưng Yên	07	96	900
2	ĐK tỉnh Ninh Bình	12	34	906
3	ĐK tỉnh Bắc Kạn	15	178	4490
4	Bệnh viện E	27	692	17300

Về thực trạng thực hiện quy trình chuẩn bị tư vấn nhóm: Tổng hợp lại kết quả việc thực hiện 24 bước của quá trình thực hiện 1 buổi tư vấn GDSK theo nhóm tại 14 khoa lâm sàng cho thấy không có khoa nào không thực hiện hoặc thực

hiện với mức đạt dưới 50% các tiêu chí quan sát; 100% các khoa thực hiện ở mức độ đạt trên 50% trở lên; có 4 khoa thực hiện ở mức độ tốt trên 50% các bước; không có khoa nào thực hiện tốt cả 24 bước. Việc tuân thủ đúng các

bước là yêu cầu đầu tiên để đảm bảo thành công của một buổi TTGDSK theo nhóm.

4.2.2. Thực trạng tổ chức tư vấn cá nhân tại 17 khoa lâm sàng trong BV

Nhìn chung với 17 bước thực hiện quá trình tư vấn cá nhân ở cả ba thời điểm có 2 bước là chào hỏi thân mật, giới thiệu bản thân, cảm ơn sự lắng nghe và đóng góp ý kiến của bệnh nhân được thực hiện với kết quả cao nhất. Bước sử dụng các phương tiện để hướng dẫn: tranh ảnh, hình vẽ, vật mẫu, video, brochure... được thực hiện kém nhất ở 17 khoa. Có một điều đáng nói là mặc dù không có trong qui trình tư vấn nhưng 100% các khoa không ghi chép vào hồ sơ bệnh án sau khi hoàn thành việc tư vấn cho BN trong khi tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện do BHYT ban hành tháng 11.2016, mục C.62 có ghi rõ "Người bệnh được điều dưỡng, hộ sinh nhận định nhu cầu tư vấn, giáo dục sức khỏe và ghi vào "Phiếu chăm sóc điều dưỡng".

Khảo sát về các hoạt động TTGDSK tại 6 bệnh viện tuyến tỉnh ở Long An (2016), Nguyễn Hoàng Uyên và cộng sự đã cho thấy công tác tư vấn cá nhân được tổ chức tương đối tốt với mức điểm chấm tối đa cho cả 6 cơ sở nói trên. Thông tư 07/2011/TT-BYT ngày 26 tháng 01 năm 2011 hướng dẫn công tác điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh, điều 4 quy định rõ nhiệm vụ của điều dưỡng trong việc hướng dẫn, tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh. Nhìn chung, các BV khi đánh giá công tác TTGDSK thường chỉ tập trung chú ý vào tư vấn nhóm mà không thống kê tư vấn cá nhân cũng như đánh giá việc thực hiện qui trình tư vấn này như thế nào

4.2.3. Kết quả công tác TTGDSK qua khảo sát trên bệnh nhân

4.2.3.1. Kết quả về hoạt động tư vấn nhóm: Việc đánh giá chất lượng, số lượng các buổi tư vấn truyền thông giáo dục sức khỏe theo ý kiến bệnh nhân chỉ mang ý nghĩa thời điểm chứ khó đánh giá được kết quả của công tác TTGDSK tại 17 khoa lâm sàng Bệnh viện E trong toàn bộ thời gian nghiên cứu (năm 2016, quý I năm 2017) đây là điểm hạn chế của nghiên cứu. Tuy vậy, trong 234 bệnh nhân ra vào viện từ 2 lần trở lên chiếm 46,58% và nhiều người trong số họ đã nằm viện nhiều lần trong năm 2016 nên ý kiến của họ rất có giá trị tham khảo.

4.2.3.2. Kết quả về hoạt động tư vấn cá nhân: Có tới 99,1% bệnh nhân được hỏi đã từng ít nhất 1 lần được cán bộ các khoa tư vấn cá nhân. Các nội dung tư vấn chủ yếu là về "bệnh, cách điều trị và phòng tránh" (43,1%). Có 75,4% bệnh nhân được tư vấn về cả lúc nhập

viện, khi đang điều trị và chuẩn bị ra viện. Bệnh nhân chủ yếu được tư vấn trên 3 lần (73,72%).

Về chất lượng của tư vấn cá nhân, chúng tôi đã hỏi ý kiến của 234 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, trong đó có 2 (0,9%) bệnh nhân không nhận được tư vấn cá nhân, như vậy, chỉ có 232 (99,1%) bệnh nhân nhận được tư vấn cá nhân, trong đó có 228 (98,28%) bệnh nhân cho rằng cách CBYT tư vấn khá dễ hiểu, có 218 (93,97%) bệnh nhân cho rằng nội dung tư vấn đầy đủ. Có 56,03% và 42,67% bệnh nhân cho rằng nội dung tư vấn rất bổ ích và bổ ích. Có 49,14% bệnh nhân cảm thấy rất hài lòng và 42,67% bệnh nhân cảm thấy hài lòng về nội dung tư vấn. Kết quả này cho thấy hầu hết bệnh nhân đã nhận được tư vấn cá nhân từ NVYT với kết quả tư vấn tốt mặc dù không được ghi chép lại trong hồ sơ bệnh án hoặc các giấy tờ văn bản khác. Năm 2008, phòng Điều dưỡng Bệnh viện E có tổ chức khảo sát tư vấn cá nhân về TTGDSK trong BV, chia làm bốn đợt với tổng số BN được hỏi ý kiến là 3556 người. Kết quả: 97,6% cho rằng BS và ĐD có động viên khi người bệnh đau đớn, lo sợ, 99% được giải thích về bệnh tật và phương pháp điều trị, 98,8% được hướng dẫn sử dụng thuốc, 97% được hướng dẫn cụ thể về chế độ ăn và 96,8% hài lòng với chất lượng điều trị và chăm sóc tại BV [3]. Đây là một minh chứng cho thấy, công tác tư vấn cá nhân về GDSK cho BN đã được tiến hành rất tốt tại BVE từ nhiều năm qua.

V. KẾT LUẬN

- *Thực trạng tổ chức công tác TTGDSK theo nhóm tại 17 khoa lâm sàng:* Có 14/17 khoa thực hiện tư vấn nhóm. 14/14 (100%) số khoa thực hiện ở mức độ đạt trở lên trên 50% các tiêu chí quan sát (12/24); 4/14 (28,57%) số khoa thực hiện ở mức độ tốt trên 50% các tiêu chí quan sát (12/24); 2/14 (14,29%) khoa thực hiện cả 24 tiêu chí ở mức độ đạt trở lên.

- *Thực trạng tổ chức tư vấn cá nhân tại 17 khoa lâm sàng trong BV:* Trong cả 3 lần quan sát, 16/17 (94,12%) số khoa thực hiện ở mức độ đạt trở lên trên 50% tiêu chí quan sát, nhưng chỉ có 3/17 (17,65%) số khoa thực hiện ở mức độ đạt trở lên cả 17 tiêu chí. Có 4 khoa (23,5%) thực hiện trên 50% tiêu chí quan sát ở mức độ tốt.

- *Kết quả công tác TTGDSK qua khảo sát trên BN:* Có 171/234 (73,1%) bệnh nhân nhận được tư vấn nhóm. Trong tổng số 171 bệnh nhân nhận được tư vấn nhóm, 99,42% bệnh nhân cho rằng cách tư vấn của CBYT dễ hiểu, 98,25% cho rằng nội dung tư vấn đầy đủ, 56,14 và 43,86% cho rằng nội dung tư vấn rất bổ ích và bổ ích. 52,45 bệnh nhân cảm thấy rất hài lòng và

45,03% bệnh nhân cảm thấy hài lòng về cuộc tư vấn. 99,1% bệnh nhân được hỏi đã từng ít nhất 1 lần được cán bộ các khoa tư vấn cá nhân. Bệnh nhân được tư vấn trên 3 lần chiếm 73,72%. Trong tổng số 234 bệnh nhân nhận được tư vấn cá nhân, 98,28% bệnh nhân cho rằng cách CBYT tư vấn khá dễ hiểu, 94% cho rằng nội dung tư vấn đầy đủ. Có 56,03% và 42,67% bệnh nhân cho rằng nội dung tư vấn rất bổ ích và bổ ích. Có 49,14% bệnh nhân cảm thấy rất hài lòng và 42,67% bệnh nhân cảm thấy hài lòng về nội dung tư vấn.

KIẾN NGHỊ: Tiếp tục nghiên cứu về các yếu tố ảnh hưởng đến công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh tại các khoa lâm sàng, Bệnh viện E.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Thị Ngọc (2011)**, Đánh giá công tác giáo dục

- và nâng cao sức khỏe của điều dưỡng tại Bệnh viện E 2007 - 2010, *Y học thực hành*, tr. 51 - 54.
2. **Lý Quốc Toàn (2011)**, Hoạt động bệnh viện nâng cao sức khỏe tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Kạn, *Y học thực hành*, tr. 49 - 51.
 3. **Đoàn Hữu Nghị và các cộng sự. (2008)**, Khảo sát mức độ hài lòng của người bệnh khi ra viện tại Bệnh viện E, *Y học thực hành*, tr. 37 - 43.
 4. **Nguyễn Hoàng Uyên (2016)**, *Thực trạng công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân và các yếu tố ảnh hưởng tại các bệnh viện tuyến tỉnh ở Long An năm 2016*, Thạc sỹ quản lý bệnh viện, Trường đại học y tế công cộng.
 5. **CMA Policy (2001)**, The role of physicians in prevention and health promotin update 2001, Editor^Editors, Canada, pp. 1-3.
 6. **Directorate of Public Health (2010)**, *Health Promoting Hospitals and Health Services network in Northern Ireland - Update report 2008-2009*.
 7. **Helen P. Cleary (1988)**, Health Education: The role and functions of the specialist and the generalist, *Rev. Saúde públ*, pp. 64 - 72.

CĂN NGUYÊN VÀ TÍNH KHÁNG KHÁNG SINH CỦA CÁC CHŨNG VI KHUẨN GÂY NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU PHÂN LẬP TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103 (2014-2016)

Đinh Thị Huyền Trang*, Lê Thu Hồng**, Hà Thị Thu Vân**

TÓM TẮT⁵

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ vi khuẩn và mức độ kháng kháng sinh của một số chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu phân lập được tại Bệnh viện Quân y 103 từ 1/2014 - 12/2016. **Đối tượng và phương pháp:** Tất cả các mẫu nước tiểu của các bệnh nhân có chỉ định cấy nước tiểu đến khám và điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2014 đến tháng 12/2016. Lấy bệnh phẩm, nhuộm soi, nuôi cấy, phân lập, xác định loài vi khuẩn theo hướng dẫn của WHO và thực hiện kháng sinh đồ theo CLSI. **Kết quả và kết luận:** Trong các căn nguyên vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu thì *E. coli* là loài vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất 26,8%; đứng thứ hai là *Enterococcus* spp 14,6%; *Pseudomonas* 9,2%; *S. aureus* 7,7%; *Acinetobacter* 7,3%. Kết quả cho thấy các kháng sinh thường dùng đã bị kháng ở mức cao. *E. coli* đề kháng cao với các kháng sinh như ampicillin 81,2%; ceftriaxon 69,7%; ciprofloxacin 75%. *Pseudomonas* spp đề kháng với các kháng sinh như norfloxacin 72,2%; aztreonam 66,7%; piperacillin 62,5%. Vi khuẩn chỉ còn nhạy cảm cao với colistin 72,2%.

Enterococcus spp kháng với ciprofloxacin 82,8%; erythromycin 82,4%; chloramphenicol 66,7%.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn tiết niệu, kháng kháng sinh

SUMMARY

CAUSES AND ANTIBIOTIC RESISTANCE OF BACTERIAL STRAINS CAUSING URINARY TRACT INFECTIONS ISOLATED AT 103 MILITARY HOSPITAL

Objectives: Determine bacterial proportion and antibiotic resistance levels of some bacterial strains causing urinary tract infections isolated at 103 Military Hospital from 2014 January to 2016 December. **Subjects and methods:** All urine specimens of patients with urinary culture appointed who had medical examination and treatment at 103 Military Hospital from January 2014 to December 2016. Collecting specimens, doing stain and culture, isolated and identified bacterial species according to WHO guidelines and implement antibiotic diagram according to CLSI. **Results and conclusion:** Among bacteria causing urinary tract infections, *E. coli* was the most common accounted for 26,8%; the second was *Enterococcus* spp as with 14,6%; *Pseudomonas* was of 9,2%; *S. aureus* was of 7,7%; and *Acinetobacter* was of 7,3%. Results showed that common used antibiotic were highly resisted. *E. coli* had highly resistance to antibiotics such as ampicillin (81,2%); ceftriaxon (69,7%); ciprofloxacin (75%). *Pseudomonas* spp are resistant to antibiotics such as norfloxacin (72,2%); aztreonam (66,7%); piperacillin (62,5%). Bacteria were only highly sensitive to colistin (72,2%). *Enterococcus* spp are resistant to

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

**Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Huyền Trang

Email: htrangytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 3/7/2017

Ngày phản biện khoa học 30/7/2017

Ngày duyệt bài: 15/8/2017

ciprofloxacin (82,8%); erythromycin (82,4%); and chloramphenicol (66,7%).

Keywords: Urinary tract infections, antibiotic resistance

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKTN) là một bệnh lý hay gặp của hệ tiết niệu với những diễn biến phức tạp và đa dạng, nếu không được điều trị kịp thời có thể gây nhiều biến chứng như nhiễm khuẩn huyết, suy thận. Các nghiên cứu ở trong và ngoài nước đều cho thấy căn nguyên vi khuẩn gây NKTN chiếm tỷ lệ cao là các trực khuẩn đường ruột, đứng đầu là *E. coli* [2]. Ở Việt Nam, tình trạng vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh hiện đang ở mức báo động. Sự xuất hiện các chủng *Staphylococcus aureus* kháng methicillin, các chủng *Enterobacteriaceae* sinh beta lactamase phổ rộng, các trực khuẩn Gram âm như *Pseudomonas aeruginosa* và *Acinetobacter* đa kháng làm cho việc điều trị NKTN ngày một khó khăn.

Việc nghiên cứu căn nguyên gây NKTN và tính kháng thuốc của vi khuẩn phân lập được là cần thiết, giúp cho các thầy thuốc lâm sàng có phương hướng sử dụng kháng sinh hợp lý, làm giảm chi phí điều trị NKTN. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu sau:

1. Xác định tỷ lệ vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu

2. Xác định tính kháng kháng sinh của một số chủng vi khuẩn phân lập được

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các mẫu nước tiểu của các bệnh nhân có chỉ định cấy nước tiểu đến khám và điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2014 đến tháng 12/2016.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang có phân tích kết hợp với phương pháp nghiên cứu phòng thí nghiệm.

- Bệnh phẩm được lấy theo chỉ định của bác sỹ lâm sàng, nuôi cấy và định danh vi khuẩn theo hướng dẫn của WHO [7], thực hiện kháng sinh đồ theo CLSI [4].

3. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Vi sinh - Bệnh viện Quân Y 103.

Xử lý số liệu bằng phần mềm Excel, Whonet 5.6

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 3. Tính kháng kháng sinh của *E. coli*

STT	Kháng sinh	Ký hiệu	% R	% I	% S
1	Ampicillin	AM	81,2	0	8,8

Trong giai đoạn 2014-2016, thu thập 950 mẫu nước tiểu của bệnh nhân có chỉ định cấy khuẩn, tỷ lệ phát hiện NKTN là 261 bệnh nhân (chiếm 27,5%). Chúng tôi đã tiến hành nuôi cấy, phân lập vi khuẩn và xác định tính kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn phân lập được. Các kết quả như sau:

Bảng 1. Tỷ lệ phân lập vi khuẩn gây NKTN theo nhóm vi khuẩn

Vi khuẩn	n	Tỷ lệ (%)
Gram âm	171	65,5
Gram dương	90	34,5
Tổng	261	100

Nhiễm khuẩn tiết niệu do các vi khuẩn Gram âm (65,5%) nhiều hơn so với các vi khuẩn Gram dương (34,5%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu đã công bố về căn nguyên vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu ở trong và ngoài nước [1], [6].

Bảng 2. Tỷ lệ vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu

SỐ TT	Tên loài	n	Tỷ lệ (%)
1	<i>E. coli</i>	70	26,8
2	<i>Enterococcus</i> spp	38	14,6
3	<i>Pseudomonas</i> spp	24	9,2
4	<i>S. aureus</i>	20	7,7
5	<i>Acinetobacter</i> spp	19	7,3
6	<i>Klebsiella</i> spp	17	6,5
7	<i>Streptococcus</i> spp	16	6,1
8	<i>Enterobacter</i> spp	14	5,4
9	<i>Liên cầu D</i>	12	4,6
10	<i>Proteus</i> spp	11	4,2
11	<i>Staphylococcus coagulase (-)</i>	4	1,5
12	<i>Serratia</i> spp	3	1,2
13	<i>Citrobacter</i> spp	2	0,8
14	<i>Các vi khuẩn Gram (-) khác</i>	11	4,2
	Tổng cộng	261	100

E. coli là loài vi khuẩn gây NKTN chiếm tỷ lệ cao nhất (26,8%), tiếp theo là *Enterococcus* spp (14,6%), *Pseudomonas* spp đứng thứ ba (9,2%), *S. aureus* và *Acinetobacter* spp chiếm tỷ lệ tương đương nhau (7,7% và 7,3%). Kết quả này phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu đã công bố khi chỉ ra *E. coli* là nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm khuẩn tiết niệu [2], [3], [6]. Tỷ lệ *Enterococcus* và *Pseudomonas* trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Thanh Nga tại bệnh viện Chợ Rẫy [3].

2	Amoxicillin/Clavulanic acid	AMC	41,4	37,9	20,7
3	Ceftazidime	CAZ	66,7	3,3	30,0
4	Ceftriaxone	CRO	69,7	0	30,3
5	Cefepime	FEP	65,4	3,8	30,8
6	Aztreonam	ATM	52,8	8,3	38,9
7	Imipenem	IPM	6,7	1,6	91,7
8	Meropenem	MEM	4,9	0	95,1
9	Amikacin	AN	15,9	9,1	75,0
10	Ciprofloxacin	CIP	75,0	1,9	23,1
11	Levofloxacin	LEV	70,6	0	29,4
12	Fosfomycin	FOS	11,1	2,2	86,7
13	Nitrofurantoin	NIT	19,4	9,6	71,0
14	Trimethoprim/sulfamethoxazol	SXT	76,7	0	23,3

E. coli kháng cao với các kháng sinh như: ampicillin (81,2%), nhóm cephalosporin (dao động từ 65,4-69,7%) và quinolone (dao động từ 70,6-75%), kháng trimethoprim/sulfamethoxazol (76,7%). So sánh với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Thanh Nga tại bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy vi khuẩn này cũng đề kháng cao với ciprofloxacin (79,8%), ceftriaxon (74,9%), ceftazidime (54%), nhạy với nhóm aminoglycoside và carbapenem trên 80% [3]. Theo nghiên cứu của Đặng Mỹ Hương, vi khuẩn kháng với cephalosporin trên 50%, nhạy với imipenem 97,3%; nitrofurantoin 83,5% [1]. Như vậy, kết quả của chúng tôi cũng như các tác giả khác phản ánh tình trạng của chủng *E. coli* đã đề kháng cao với hầu hết các kháng sinh thông thường và còn nhạy cảm cao với nhóm carbapenem, amikacin, fosfomycin và nitrofurantoin.

Bảng 4. Tính kháng kháng sinh của *Enterococcus spp*

STT	Kháng sinh	Ký hiệu	%R	%I	%S
1	Ampicillin	AM	38,9	5,5	55,6
2	Ciprofloxacin	CIP	82,8	13,8	3,4
3	Levofloxacin	LEV	66,7	20,0	13,3
4	Norfloxacin	NOR	80,0	13,3	6,7
5	Fosfomycin	FOS	33,3	4,2	62,5
6	Erythromycin	E	82,4	11,7	5,9
7	Nitrofurantoin	NIT	22,2	11,1	66,7
8	Vancomycin	VA	27,2	6,1	66,7
9	Chloramphenicol	CHL	66,7	9,5	23,8
10	Doxycycline	DO	54,5	13,6	31,8

Enterococcus đề kháng với nhiều loại kháng sinh: ciprofloxacin 82,8%; norfloxacin 80%; erythromycin 82,4%; chloramphenicol 66,7%; doxycycline 54,5%. Đặc biệt, *Enterococcus* đã kháng với vancomycin với tỷ lệ 27,2%. Nguy cơ lớn nhất của *Enterococcus* kháng vancomycin là chủng có khả năng truyền vật liệu di truyền kháng vancomycin cho các cầu khuẩn Gram dương khác, đặc biệt là *Staphylococcus* làm nguy cơ xuất hiện các chủng tụ cầu kháng vancomycin [5].

Bảng 5. Tính kháng kháng sinh của *Pseudomonas spp*

STT	Kháng sinh	Ký hiệu	%R	%I	%S
1	Piperacillin	PIP	62,5	12,5	25,0
2	Piperacillin/Tazobactam	TZP	35,3	0	64,7
3	Ceftazidime	CAZ	50,0	9,1	40,9
4	Cefepime	FEP	47,4	10,5	42,1
5	Aztreonam	ATM	66,7	14,3	19,0
6	Imipenem	IPM	43,5	0	56,5
7	Meropenem	MEM	39,2	4,3	56,5
8	Amikacin	AN	26,3	10,5	63,2
9	Gentamicin	CN	52,6	10,6	36,8
10	Ciprofloxacin	CIP	65,3	4,3	30,4
11	Levofloxacin	LEV	66,7	0	33,3
12	Norfloxacin	NOR	72,2	0	27,8
13	Colistin	CS	27,8	0	72,2

Pseudomonas spp đã đề kháng cao với các loại kháng sinh như: norfloxacin 72,2%; levofloxacin 66,7%; ciprofloxacin 65,3%; aztreonam 66,7%; piperacillin 62,5%; gentamicin 52,6%. Vi khuẩn

chicòn nhạy cảm cao với colistin (72,2%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu về nhiễm khuẩn tiết niệu ở bệnh viện TWQĐ 108 của Phan Thị Thu Hương [2]. *Pseudomonas* spp, đặc biệt là *P. aeruginosa* là một trong những tác nhân quan trọng trong nhiễm khuẩn bệnh viện và có tỷ lệ đề kháng kháng sinh cao trong số các vi khuẩn gây bệnh hiện nay. Các kháng sinh nhóm carbapenem đã bị kháng với tỷ lệ cao 39,2% với meropenem và 43,5% với imipenem. Điều đó có nghĩa là điều trị bệnh do vi khuẩn này cũng sẽ gặp rất nhiều khó khăn bởi kháng sinh nhóm carbapenem được coi là vũ khí hữu hiệu để điều trị bệnh do *P. aeruginosa* gây nên.

IV. KẾT LUẬN

1. Căn nguyên gây nhiễm khuẩn tiết niệu chủ yếu vẫn là vi khuẩn Gram âm (65,5%). Trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là *E. coli* 26,8%, tiếp đến là *Enterococcus* spp 14,6%, *Pseudomonas* spp 9,2%, *S. aureus* 7,7%, *Acinetobacter* spp 7,3%.

2. Tính kháng kháng sinh của một số chủng vi khuẩn thường gặp:

- *E. coli*: kháng cao với các kháng sinh như ampicillin (81,2%), nhóm cephalosporin (dao động từ 65,4-69,7%) và quinolone (dao động từ 70,6-75%), kháng trimethoprim/sulfamethoxazol (76,7%).

- *Pseudomonas* spp: đề kháng với các kháng sinh như norfloxacin 72,2%; levofloxacin 66,7%; ciprofloxacin 65,3%; aztreonam 66,7%;

piperacillin 62,5%; gentamicin 52,6%.

- *Enterococcus* spp: kháng với hầu hết các kháng sinh ciprofloxacin 82,8%; norfloxacin 80%; erythromycin 82,4%; chloramphenicol 66,7%; doxycycline 54,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Mỹ Hương** (2011), "Tỷ lệ hình kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm trùng tiết niệu tại bệnh viện Thống Nhất (1/10/2009-30/9/2010)", *Tạp chí y học dự phòng*, tập XXI, số 5(123).
2. **Phan Thị Thu Hương** (2010), "Nghiên cứu căn nguyên vi khuẩn và hiệu quả phối hợp kháng sinh trên một số chủng đa kháng gây nhiễm trùng tiết niệu tại Bệnh viện TWQĐ 108", *Luận văn Thạc sĩ Y học - Trường đại học Y Hà Nội*.
3. **Trần Thị Thanh Nga** (2014), "Tác nhân gây nhiễm trùng tiểu và tình hình đề kháng kháng sinh tại bệnh viện Chợ Rẫy 2013", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 18, phụ bản của số 4.
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. **Moellering R.C** (1998), "Vancomycin-Resistant Enterococci", *Clin Infect Dis*, 26(5), 1196-1199.
6. **Stefaniuk E** (2016), "Etiology and antibiotic susceptibility of bacterial pathogens responsible for community-acquired urinary tract infections in Poland", *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 35, 1363-1369.
7. **WHO** (2003), *Basic laboratory procedures in clinical bacteriology*.

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ CHỈ SỐ LIÊN QUAN VỚI HÌNH THÁI MỘC RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI Ở NGƯỜI VIỆT TRƯỞNG THÀNH TRÊN PHIM SỌ MẶT NGHIÊNG

Ngô Đức Mạnh*, Nguyễn Phú Thắng*

TÓM TẮT⁶

Mục tiêu: Đánh giá một số chỉ số liên quan với hình thái mọc răng khôn hàm dưới trên phim sọ mặt nghiêng ở người Việt trưởng thành. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng nghiên cứu gồm 285 bệnh nhân tuổi từ 18-25 có răng khôn hàm dưới được thăm khám lâm sàng và chụp phim kiểm tra để đánh giá các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng. Sử dụng thống kê toán học để phân tích số liệu thu thập được. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là

19,8±1 tuổi, tương đồng ở nam và nữ. Tỷ lệ đối tượng có răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm (72,6%) cao hơn tỷ lệ thẳng (27,4%). Hình thái ngầm cao nhất chiếm 43,0% (89 đối tượng), sau đó là lệch gần chiếm 39,6% (82 đối tượng). Giá trị D-Xi ở các đối tượng có răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm (19,8±2,6mm) nhỏ hơn giá trị này ở đối tượng có răng mọc thẳng (21,9±2,3mm). Giá trị D-Xi ở nam giới luôn cao hơn D-Xi ở nữ giới trong mọi hình thái lệch ngầm. Chiều rộng thân răng ở nhóm răng mọc lệch ngầm cao hơn giá trị này ở nhóm mọc thẳng. Khoảng rộng xương ở nhóm răng mọc lệch ngầm nhỏ hơn giá trị này ở nhóm răng mọc thẳng. **Kết luận:** Răng khôn hàm dưới là nguyên nhân gây nhiều biến chứng, đặc biệt những răng khôn mọc lệch. Tiên lượng và chẩn đoán sớm các răng khôn mọc lệch sẽ giúp tránh được các biến chứng gây ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ của bệnh nhân.

*Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phú Thắng

Email: phuthangdentist@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/7/2017

Ngày phản biện khoa học: 9/8/2017

Ngày duyệt bài: 23/8/2017

Từ khóa: Răng khôn hàm dưới, phim sọ mặt nghiêng.

SUMMARY

EVALUATION OF SOME INDEX RELATED TO THE MORPHOLOGY OF LOWER THIRD MOLAR OF VIETNAMESE ADULTS IN THE CEPHALOMETRIC

Objectives: This study is aimed at assessing some index related to the morphology of lower third molar in cephalometrics. **Subject and method:** A sample of 285 lower third molar patients at the age of 18-25 years old was selected and assessed by clinical examination and radiographs. Descriptive statistics were used to analyze the data. **Result:** The mean age of the subjects was 19.8 ± 1 years old. Group of angulated lower third molars (72.6%) was significantly higher than its in normal orientation group (27.4%). The highest percentage was implicit type accounted for 43.0% (89 subjects), followed by the close deviation of 39.6% (82 subjects). The D-Xi value in subjects with wisdom teeth deviated ($19.8 \pm 2.6\text{mm}$) were significantly less than those in the normal group ($21.9 \pm 2.3\text{mm}$). The D-Xi value in males was always higher than D-Xi in females in all deviation types. The width of the lower third molar crown was slightly higher than that in the normal orientation group. The width of the bone in the deviation group was less than the other group. Conclusion: Lower third molars are considered one of the most significant dental anomalies which may cause complications. Early prognosis and diagnosis are important to prevent or minimize complications.

Keywords: Lower third molars, cephalometrics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng khôn hàm dưới là răng có thời gian hình thành, phát triển và mọc cuối cùng trên cung hàm ở độ tuổi trưởng thành từ 18 tuổi đến 25 tuổi. Đây là răng gây nhiều tranh cãi nhất bởi vì chức năng của nó không rõ ràng nhưng những phiền toái nó mang lại rất phổ biến.

Trên thế giới hầu hết các nghiên cứu thấy rằng răng 8 mọc lệch, ngầm có nhiều cơ chế phức tạp. Theo nghiên cứu Richardson- 1997 có thể tiên lượng sự phát triển và trục R8 vào khoảng tuổi 16, theo Tweed có thể kết luận rằng mọc được hay không ở khoảng 17 tuổi đối với

nam và 15 tuổi đối với nữ và theo Ricketts- 1970 thì khả năng mọc R8 được đánh giá dựa trên khoảng DXi trên phim sọ mặt [1].

Hình thái và vị trí mọc răng khôn có liên quan chặt chẽ với các biến chứng của nó. Những biến chứng thường gặp như: viêm mô tế bào, sâu mặt xa và tiêu xương răng 7, sâu răng khôn, ngoài ra có thể gây đau dây thần kinh vùng đầu lan tỏa hoặc khu trú, nặng hơn nữa có thể gặp viêm tấy lan tỏa (Phlegmon) gây nguy hiểm tới tính mạng [2]. Do đó nếu chúng ta có thể dự đoán, tiên lượng sớm được sự phát triển của RKHD thì sẽ tránh được những khó chịu, tránh được những biến chứng nguy hiểm nói trên. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu sau: đánh giá một số chỉ số có liên quan tới hình thái mọc răng khôn hàm dưới trên phim sọ mặt nghiêng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 285 bệnh nhân được lựa chọn theo tiêu chuẩn: là người Việt Nam từ 18-25 tuổi. Loại trừ những bệnh nhân mất răng hàm lớn số hai hàm dưới cùng bên, bệnh nhân đang có thai, bệnh nhân không hợp tác.

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

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

- Bước 2: Chụp phim cephalometric, đánh giá các đặc điểm trên phim theo mẫu phiếu nghiên cứu.

- Bước 3: Nhập và xử lý số liệu

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

2.3. Xử lý số liệu: Tất cả bệnh án nghiên cứu sau khi kiểm tra, các số liệu sẽ được mã hóa và nhập và phân tích theo phần mềm thống kê SPSS 16.0 và Epidata 3.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố tuổi trung bình theo giới tính

Tuổi \ Giới	Nam (n=118)	Nữ (n=167)	Tổng (N=285)
Trung bình $\pm$ ĐLC	$19,9 \pm 1,2$	$19,7 \pm 0,8$	$19,8 \pm 1$
Thấp nhất	18	18	18
Cao nhất	25	23	25

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $19,8 \pm 1$ tuổi, thấp nhất là 18 tuổi, cao nhất là 25 tuổi. Tuổi trung bình của nam và nữ là tương đồng.

3.2. Hình thái răng hàm lớn thứ ba hàm dưới trên phim Xquang

Bảng 3.2. Tỷ lệ mọc răng thẳng, lệch ngầm theo giới tính

Hình thái \ Giới	Nam		Nữ		Tổng		P
	SL	%	SL	%	SL	%	

Thắng	25	21,2	53	31,7	78	27,4	<0,05
Lệch ngậm	93	78,8	114	68,3	207	72,6	
Tổng	118	100,0	167	100,0	285	100,0	

Nhận xét: Trong 285 đối tượng nghiên cứu có 78 đối tượng chiếm 27,4% có hình thái răng khôn hàm dưới mọc bình thường (thắng); tỷ lệ đối tượng có răng khôn hàm dưới mọc lệch ngậm là rất cao (207 đối tượng chiếm 72,6%). Tỷ lệ đối tượng có răng khôn hàm dưới mọc lệch ngậm cao hơn tỷ lệ thắng ở cả nam và nữ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.3. Tỷ lệ hình thái mọc răng khôn hàm dưới (lệch ngậm) theo giới tính (n=207)

Hình thái	Nam		Nữ		Tổng		P
	SL	%	SL	%	SL	%	
Lệch gần	45	48,4	37	32,5	82	39,6	>0,05
Lệch lưỡi	3	3,2	7	6,1	10	4,8	
Lệch má	11	11,8	9	7,9	20	9,7	
Lệch xa	2	2,2	4	3,5	6	2,9	
Ngậm	32	34,4	57	50,0	89	43,0	
Tổng	93	100,0	114	100,0	207	100,0	

Nhận xét: Trong 207 đối tượng nghiên cứu có RKHD mọc lệch ngậm thì hình thái ngậm cao nhất chiếm 43,0% (89 đối tượng), sau đó là lệch gần chiếm 39,6% (82 đối tượng). Các hình thái khác chiếm tỷ lệ rất thấp lần lượt là lệch má 9,7%; lệch lưỡi 4,8% và lệch xa 2,9%. Sự phân bố hình thái mọc lệch ngậm của RKHD tương tự giữa nam và nữ.

Giá trị D-Xi

Bảng 3.4: Giá trị D-Xi theo hình thái mọc răng khôn hàm dưới

D-Xi (mm)	Răng mọc thẳng (n=78)			Răng mọc lệch ngậm (n=207)			P T-test
	Thấp nhất	Cao nhất	TB±ĐLC	Thấp nhất	Cao nhất	TB±ĐLC	
D-Xi nam	19,7	29,2	23,3±2,1	15,2	26,9	20,9±2,7	<0,05
D-Xi nữ	18,9	29,0	21,4±2,1	14,9	24,6	18,8±2,0	<0,05
D-Xi chung	18,9	29,2	21,9±2,3	14,9	26,9	19,8±2,6	<0,05

Nhận xét: Giá trị D-Xi ở các đối tượng có răng khôn hàm dưới mọc lệch ngậm luôn nhỏ hơn giá trị này ở đối tượng có răng mọc thẳng. Trong đó giá trị D-Xi ở nam giới có răng mọc lệch ngậm là 20,9±2,7mm; cao hơn D-Xi ở nữ mọc lệch ngậm (18,8±2,0mm). Giá trị D-Xi chung ở đối tượng có răng khôn hàm dưới lệch ngậm là 19,8±2,6mm. Tất cả sự khác biệt D-Xi giữa hình thái RKHD ở nam và nữ đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.5: Giá trị DXi với nhóm lệch ngậm (n=207)

D-Xi (mm)	Lệch gần(82)	Lệch lưỡi(10)	Lệch má(20)	Lệch xa(6)	Ngậm(89)	P t-test
D-Xi nam	21,6±2,7	21,7±1,0	21,9±3,0	19,4±2,8	19,8±2,4	<0,05
D-Xi nữ	18,8±1,9	20,0±1,5	19,6±2,6	19,3±3,1	18,4±1,9	<0,05
D-Xi chung	20,4±2,7	20,5±1,5	20,9±2,9	19,3±2,7	18,9±2,2	<0,05

Nhận xét: Giá trị D-Xi ở nam giới luôn cao hơn D-Xi ở nữ giới trong mọi hình thái lệch ngậm. Ba hình thái lệch gần, lệch lưỡi và lệch má có giá trị D-Xi lần lượt là 20,4±2,7mm; 20,5±1,5mm và 20,9±2,9mm cao hơn giá trị này ở nhóm lệch xa (19,3±2,7mm) và lệch ngậm có giá trị D-Xi bé nhất (18,9±2,2mm). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.6: Giá trị chiều rộng thân răng (MDW) và khoảng rộng xương từ mặt xa răng 7 đến bờ trước cảnh lên XHD (RMS)

		Răng mọc thẳng (n=78)	Răng mọc lệch ngậm (n=207)	P T-test
Giá trị MDW (mm)	MDW nam	10,1±0,9	11,2±0,9	<0,05
	MDW nữ	10,1±0,8	10,5±0,9	<0,05
	MDW chung	10,1±0,8	10,8±0,9	<0,05
Giá trị RMS (mm)	RMS nam	10,4±0,8	6,7±2,5	<0,05
	RMS nữ	10,8±1,2	6,2±2,2	<0,05
	RMS chung	10,7±1,1	6,4±2,4	<0,05

Nhận xét: Khoảng rộng xương từ mặt xa răng 7 tới bờ trước cảnh lên XHD (RMS) ở nhóm răng mọc thẳng luôn cao hơn giá trị chiều rộng thân răng khôn hàm dưới (MDW); cụ thể RMS trung

bình của nhóm răng mọc thẳng là 10,7 ± 1,1mm; MDW chung của nhóm này là 10,1 ± 0,8mm.

Tuy nhiên giá trị RMS ở nhóm răng mọc lệch ngậm luôn nhỏ hơn giá trị MDW ở nhóm này. Cụ

thể RMS chung là $6,4 \pm 2,4$ mm trong khi MDW chung là $10,8 \pm 0,9$ mm.

Giá trị MDW ở nhóm răng mọc lệch ngầm luôn cao hơn giá trị này ở nhóm mọc thẳng. Giá trị RMS ở nhóm răng mọc lệch ngầm luôn nhỏ hơn RMS ở nhóm răng mọc thẳng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tuổi, giới: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $19,8 \pm 1$ tuổi, thấp nhất là 18 tuổi, cao nhất là 25 tuổi. Tuổi trung bình của nam và nữ là tương đồng trong nghiên cứu của chúng tôi. Đối tượng được lựa chọn thuộc nhóm tuổi 18-25 phù hợp với độ tuổi mọc răng số 8 thường gặp trên lâm sàng khi mà xương hàm đã ngừng tăng trưởng và phát triển. Giai đoạn này cũng thường xảy ra những biến chứng do mọc răng số 8 nhiều nhất.

4.2. Hình thái mọc răng khôn hàm dưới trên lâm sàng và X quang: Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 27,4% đối tượng có hình thái răng khôn hàm dưới mọc bình thường (thẳng); tỷ lệ đối tượng có răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm là rất cao (207 đối tượng chiếm 72,6%). Tỷ lệ đối tượng có răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm cao hơn tỷ lệ thẳng ở cả nam và nữ. Kết quả của chúng tôi cao hơn của tác giả Phạm Như Hải tỷ lệ đối tượng có RKHD mọc lệch, ngầm là 22,8% [3].

Về hình thái mọc trong nhóm lệch, ngầm thì hình thái ngầm cao nhất chiếm 43,0% (89 đối tượng), sau đó là lệch gần chiếm 39,6% (82 đối tượng). Các hình thái khác chiếm tỷ lệ rất thấp lần lượt là lệch má 9,7%; lệch lưỡi 4,8% và lệch xa 2,9%. Theo tác giả Phạm Như Hải nghiên cứu trên sinh viên thì hình thái lệch gần chiếm tỷ lệ cao nhất (35%), tỷ lệ ngầm chỉ là 5%. Sự khác biệt này là do chúng tôi xác định hình thái mọc răng khôn hàm dưới thông qua khám lâm sàng trong miệng kết hợp với cả phim X Quang.

4.3. Giá trị D-Xi, MDW và RMS: Trong nghiên cứu này, Giá trị D-Xi chung ở đối tượng có răng khôn hàm dưới lệch ngầm là $19,8 \pm 2,6$ mm. Giá trị D-Xi ở các đối tượng có răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm luôn nhỏ hơn giá trị này ở đối tượng có răng mọc thẳng. Trong đó giá trị D-Xi ở nam giới có răng mọc lệch ngầm là $20,9 \pm 2,7$ mm; cao hơn D-Xi ở nữ mọc lệch ngầm ($18,8 \pm 2,0$ mm). Năm 1959 đã có 2 nhà nghiên cứu là Tulley và Schullhof họ chỉ ra rằng với D-Xi lớn hơn 28mm thì sẽ có tiên lượng tốt cho việc mọc răng khôn hàm dưới, trong khi đó với D-Xi

nhỏ hơn 19mm thì chắc chắn rằng khôn hàm dưới mọc ngầm, kẹt [4].

Tiếp đó, vào năm 1970, nhà khoa học Ricketts R.M xác định như sau:

- 21mm thì răng mọc kẹt.
- 25mm thì răng mọc kẹt một phần.
- 30mm thì răng có thể mọc hoàn toàn và thực hiện các chức năng [5].

Khoảng rộng xương từ mặt xa răng 7 tới bờ trước cãnh lên XHD (RMS) ở nhóm răng mọc thẳng luôn cao hơn giá trị chiều rộng thân răng khôn hàm dưới (MDW); cụ thể RMS trung bình của nhóm răng mọc thẳng là $10,7 \pm 1,1$ mm. MDW trung bình của chúng tôi là $10,1 \pm 0,8$ mm. Đây là giá trị khá quan trọng trong phẫu thuật lấy bỏ răng khôn hàm dưới. Nó cũng góp phần cho bác sĩ tiên lượng được độ khó để nhổ răng. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn so với kết quả của 2 tác giả Rickne C.Scheid, Gabriela Weiss năm 2011 khi nghiên cứu trên 262 răng khôn hàm dưới [7]. Theo kết quả của 2 tác giả trên thì chiều rộng thân răng của răng khôn hàm dưới trung bình là 11,3mm và khoảng dao động của 262 răng là 8,5-14,2mm.

Sự khác biệt về giá trị trong nghiên cứu của chúng tôi so với các tác giả trên thế giới thể hiện sự khác nhau về chủng tộc, sai số xảy ra có thể do sự lựa chọn ngẫu nhiên.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $19,8 \pm 1$ tuổi, tương đồng ở nam và nữ.
- Tỷ lệ đối tượng có răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm (72,6%) cao hơn tỷ lệ thẳng (27,4%).
- Hình thái ngầm cao nhất chiếm 43,0% (89 đối tượng), sau đó là lệch gần chiếm 39,6% (82 đối tượng). Các hình thái khác chiếm tỷ lệ rất thấp lần lượt là lệch má 9,7%; lệch lưỡi 4,8% và lệch xa 2,9%.
- Giá trị D-Xi ở các đối tượng có răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm ($19,8 \pm 2,6$ mm) nhỏ hơn giá trị này ở đối tượng có răng mọc thẳng ($21,9 \pm 2,3$ mm).
- D-Xi ở nam giới có răng mọc lệch ngầm là $20,9 \pm 2,7$ mm; cao hơn D-Xi ở nữ mọc lệch ngầm ($18,8 \pm 2,0$ mm). Giá trị D-Xi ở nam giới luôn cao hơn D-Xi ở nữ giới trong mọi hình thái lệch ngầm.
- Giá trị MDW ở nhóm răng mọc lệch ngầm cao hơn giá trị này ở nhóm mọc thẳng.
- Giá trị RMS ở nhóm răng mọc lệch ngầm nhỏ hơn RMS ở nhóm răng mọc thẳng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ricketts R. M. (1961), *Cephalometric analysis and synthesis*, Angle Orthod. 31, 141-145.

2. **Võ Thế Quang (1986)**, *Phẫu thuật miệng và hàm mặt*, Vol. tập I.
3. **Phạm Như Hải (1999)**, *Nhận xét tình hình răng khôn hàm dưới mọc lệch ngấm ở sinh viên lứa tuổi 18-25 và xử trí*, Luận văn thạc sỹ Y học Trường ĐH Y Hà Nội.
4. **Tulley WJ (1959)**, The role of extractions in orthodontic treatment, *British Dental Journal* 107, 199 - 209.
5. **J.M. Korbendau và cộng sự (2003)**, *Lower third molar surgery* Quintessence publishing.
6. **Loredana Golovcencu, Georgeta Zegan và Gabriela Gelețu (2012)**, Comparative Analysis Regarding Two Methods For Predicting Lower Third Molar Impaction, *Romanian Journal of Oral Rehabilitation*. 4(1), 22 - 27.
7. **Rickne C.Scheid, Gabriela Weiss (2011)**. *Woelfel's Dental Anatomy* 161 - 163.

TÌM HIỂU CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN MỆT Ở NGƯỜI BỆNH SUY TIM MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA TIM MẠCH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH

Nguyễn Thị Linh*, Vũ Đức Định**, Trần Văn Long*

TÓM TẮT

Mở đầu: Mệt là triệu chứng phổ biến hay gặp trên người bệnh suy tim. Nhận biết được mức độ mệt và những yếu tố liên quan đến mệt để nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim. **Mục tiêu:** Xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng mệt của người bệnh suy tim mạn tính điều trị tại khoa tim mạch Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, dữ liệu được thu thập thông qua bộ câu hỏi phỏng vấn trực tiếp. **Kết quả:** Trong số 264 đối tượng tham gia nghiên cứu có 169 người chiếm 64% mệt còn lại 36% không mệt. Mệt có liên quan đến các yếu tố như: Tuổi, giới, mức độ suy tim, trầm cảm, mất ngủ, hỗ trợ xã hội và chưa tìm thấy mối liên quan giữa mệt và bệnh phổi hợp, hoạt động thể chất. **Kết luận và khuyến nghị:** Cần quan tâm hơn nữa về đánh giá mức độ mệt và các yếu tố liên quan đến mệt của người bệnh suy tim mạn tính, từ đó biết được tình trạng của người bệnh để điều chỉnh kịp thời chế độ chăm sóc và điều trị cho người bệnh nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Từ khóa: Suy tim mạn tính, mệt mỏi, các yếu tố liên quan.

SUMMARY

STUDY ON FACTORS RELATED TO FATIGUE OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AT CARDIOLOGY DEPARTMENT OF NAM DINH GENERAL HOSPITAL

Introduction: Fatigue is a common symptom of patient with heart failure. Identifying level of fatigue and fatigue-related factors to improve the quality of life of heart failure patients. **Objectives:** To determine the level of fatigue and factors related to fatigue of patients with chronic heart failure at cardiology department of Nam Dinh General Hospital. **Methodology:** Descriptive research, data was collected by using questionnaire to direct interview. **Results:** data from 264 subjects showed that 169 subjects equal 64% were fatigue and 36% were not fatigue. Factors related to fatigue of patients with chronic heart failure such as age, gender, level of heart failure, depression, insomnia, social support. The relationship between fatigue and combined disease, physical activity have not found yet. **Conclusions and Recommendations:** More attention should be

paid to level of fatigue and fatigue-related factors in patients with chronic heart failure, thus to assess the patient's status for adjusting timely of caring and treatment to enhancing the quality of life of heart failure patients.

Key words: Chronic heart failure, fatigue, fatigue-related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là diễn biến cuối cùng của bệnh tim mạch, làm giảm hoặc mất hẳn sức lao động của bệnh nhân và là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến tử vong [3] và có số người mắc trên thế giới ngày càng tăng [7]. Mệt là một trong hai triệu chứng phổ biến nhất (cùng với khó thở) và xuất hiện đầu tiên trên bệnh nhân suy tim, tác động tiêu cực đến chất lượng cuộc sống và hiệu suất hoạt động hàng ngày của người bệnh [1],[4]. Có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến mệt ở người bệnh suy tim mạn tính bao gồm các yếu tố về nhân khẩu học (tuổi, giới...), yếu tố sinh học (NYHA, phân suất tống máu, nồng độ hemoglobin trong máu, thuốc chẹn beta...), các yếu tố tâm lý (trầm cảm, hỗ trợ xã hội, mất ngủ, hoạt động thể chất...). Hiểu được những yếu tố liên quan và sự ảnh hưởng của chúng như thế nào đến mệt ở người bệnh suy tim mạn có thể giúp các nhân viên y tế đưa ra các biện pháp can thiệp để giảm mệt cho người bệnh STM từ đó nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc cũng như chất lượng cuộc sống cho người bệnh STM [6]. Vậy nghiên cứu là cần thiết để đánh giá những yếu tố liên quan đến mệt để điều dưỡng đưa ra các can thiệp nhằm ngăn chặn và giảm mệt vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá các yếu tố liên quan đến mệt ở bệnh nhân suy tim mạn tính điều trị tại Khoa Tim mạch bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định" với mục tiêu: *Xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng mệt của người bệnh suy tim mạn tính điều trị tại khoa tim mạch bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh suy tim mạn tính điều trị tại Khoa tim mạch Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định từ đầu tháng 2 đến hết tháng 4/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả

*Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

**Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đức Định

Email: drvuducdinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 7/7/2017

Ngày phản biện khoa học: 2/8/2017

Ngày duyệt bài: 21/8/2017

2.3. Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu:

2.3.1. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, chọn người bệnh có chẩn đoán bị suy tim mạn tính điều trị tại Khoa Tim Mạch bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. Lấy đối tượng nghiên cứu theo tiêu chuẩn lựa chọn.

2.3.2. Cỡ mẫu: $n = 264$

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

$n =$

d^2

Theo công thức trên, cỡ mẫu cần thu thập tối thiểu là 264 bệnh nhân suy tim vào nghiên cứu.

2.3.3. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu cắt ngang.

2.3.4. Công cụ thu thập số liệu: Sử dụng bộ câu hỏi đánh giá mức độ mệt,

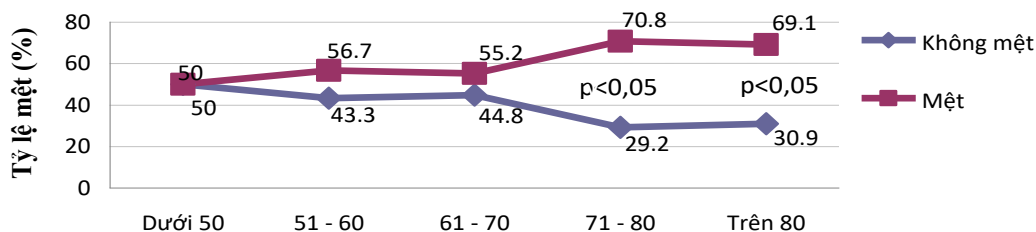
2.4. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân vào nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân vào nghiên cứu

Đặc điểm	Số người bệnh	Tỷ lệ %
Tuổi: Dưới 50	14	5,3
51-60	30	11,4
61-70	58	22
71-80	65	24,6
Trên 80	97	36,7
Tuổi trung bình + độ lệch chuẩn: 73.96 + 12.812		
Giới: Nam	135	51.1
Nữ	129	48.9
Tình trạng hôn nhân:		
Đã lập gia đình	187	70.8
Độc thân	7	2.7
Ly thân/ly thân	3	1.1
Góa vợ (chồng)	67	25.4
Trình độ học vấn:		
Không đi học	3	1.1
Cấp 1	74	28.0
Cấp 2	68	25.8

3.2. Mệt và các yếu tố liên quan**3.2.1. Môi liên quan giữa mệt và tuổi**

Biểu đồ 3.1: Môi liên quan giữa mệt và tuổi

Cấp 3	88	33.3
Trung cấp	15	5.7
Cao đẳng	5	1.9
Đại học	7	2.7
Sau đại học	4	1.5
Sống chung với ai:		
Một mình	31	11.7
Chỉ 2 ông bà	92	34.8
Khác	141	53.4
Hình thức thanh toán viện phí: Thẻ bảo hiểm	240	90.9
Tự chi trả	24	9.1
Mức độ suy tim: Độ I	10	3,8
Độ II	110	41,7
Độ III	121	45,8
Độ IV	23	8,7
Bệnh kèm theo: Có	233	88.3
Không	31	11.7
Mức độ mệt: Có	169	64
Không	96	36

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là 73,96±12,812; trong tổng số 264 đối tượng tham gia nghiên cứu có 97 người (36,7%) chiếm gần một nửa đối tượng tham gia nghiên cứu độ tuổi trên 80 tuổi, thấp nhất là ở độ tuổi dưới 50 có 14 người chiếm 5,3%. Tỷ lệ nam và nữ gần bằng nhau với nam có 135 người chiếm 51,1%, và nữ có 129 người chiếm 48,9%. Về tình trạng hôn nhân số người lập gia đình và đang sống cùng gia đình cao nhất chiếm 70,8%. Có đến 88,2% người tham gia nghiên cứu có trình độ học vấn từ giáo dục phổ thông trở xuống (trung học phổ thông, trung học cơ sở, tiểu học, không đi học). Hơn nửa đối tượng tham gia nghiên cứu sống cùng con cháu hoặc người thân chiếm 53,5%. Hầu hết có tham gia bảo hiểm y tế có 240 người chiếm 90,9%. Những người suy tim mạn tính phần lớn đều có bệnh kèm theo có 233 người chiếm 88,3%. Mức độ suy tim độ III có tỷ lệ cao nhất chiếm 45,8%. Phần lớn người bệnh đều cảm thấy mệt chiếm 64%. Còn lại 36% người bệnh không mệt.

Nhận xét: Tỷ lệ mệt ở các nhóm tuổi có sự khác biệt nhưng chỉ có nhóm tuổi từ 71 – 80 và nhóm trên 80 sự khác biệt mới có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

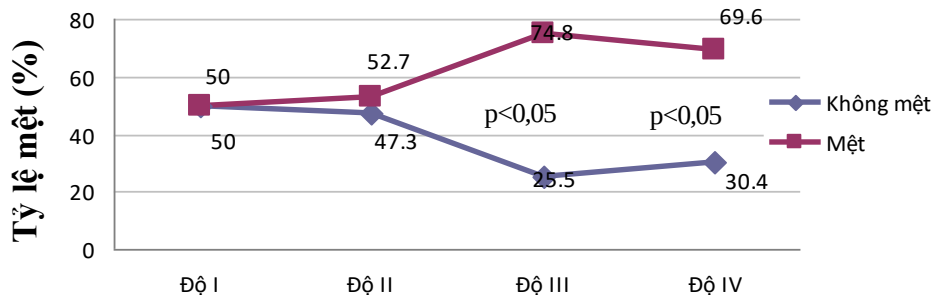
3.2.2. Môi liên quan giữa mệt và giới tính

Bảng 3.2. Môi liên quan giữa mệt và giới

Giới tính	Mức độ mệt				P (test χ^2)
	Không mệt		Mệt		
	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	
Nam (n = 135)	60	44,4%	75	55,6%	< 0.05
Nữ (n = 129)	35	27,1%	94	72,9%	

Nhận xét: Nam giới có tỷ lệ mệt 72,9% cao hơn nữ giới 55,6%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.3. Môi liên quan giữa mệt và mức độ suy tim



Biểu đồ 3.2. Môi liên quan giữa mệt và mức độ suy tim

Nhận xét: Sự khác biệt giữa mệt và không mệt ở nhóm suy tim độ III mới có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các nhóm khác chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa.

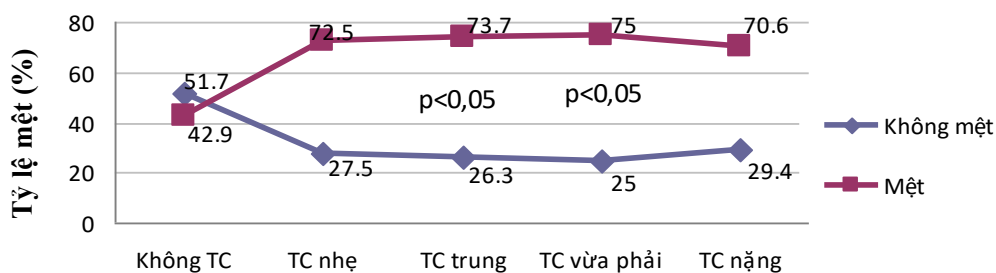
3.2.4. Môi liên quan giữa mệt và bệnh kèm theo

Bảng 3.3. Môi liên quan giữa mệt và bệnh kèm theo

Bệnh kèm theo	Mức độ mệt				P (test χ^2)
	Không mệt		Mệt		
	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	
Có bệnh (n = 233)	84	36,1%	149	63,9%	>0.05
Không có bệnh (n = 31)	11	35,5%	20	64,5%	

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh mệt ở người bệnh có và không có bệnh kèm theo có sự khác biệt nhẹ lần lượt là 63,9% và 64,5% sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.5. Môi liên quan giữa mệt và trầm cảm



Biểu đồ 3.3. Môi liên quan giữa mệt và trầm cảm

Nhận xét: Tỷ lệ mệt và không mệt ở các nhóm khác nhau tuy nhiên chỉ có nhóm trầm cảm trung bình và trầm cảm vừa sự khác biệt mới có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; còn các nhóm khác sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

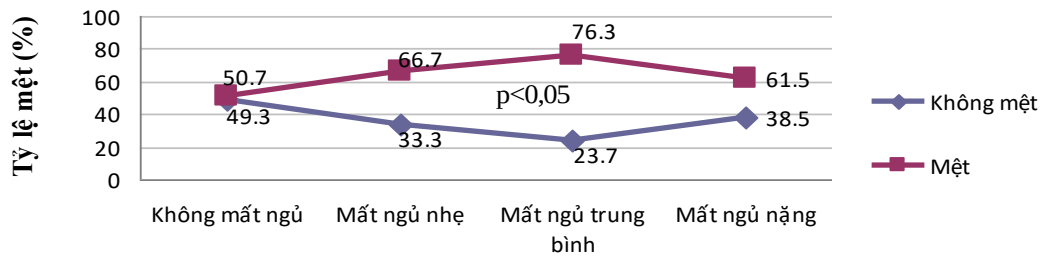
3.2.6. Môi liên quan giữa mệt và hỗ trợ xã hội

Bảng 3.4. Môi liên quan giữa mệt và hỗ trợ xã hội

Phân loại hỗ trợ xã hội	Mức độ mệt				P (test χ^2)
	Không mệt		Mệt		
	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	
Trung bình (n = 122)	34	27.9%	88	72.1%	P<0,05
Cao (n = 142)	61	43%	81	57%	

Nhận xét: Tỷ lệ người mệt nhận được mức hỗ trợ xã hội trung bình cao hơn mức hỗ trợ xã hội cao sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

3.2.7. Môi liên quan giữa mệt và mất ngủ

**Biểu đồ 3.4. Môi liên quan giữa mệt và mất ngủ**

Nhận xét: Tỷ lệ mệt và không mệt giữa các nhóm mất ngủ trung bình có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Các nhóm còn lại sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.2.8. Môi liên quan giữa mệt và hoạt động thể chất

Bảng 3.5. Môi liên quan giữa mệt và hoạt động thể chất

Phân loại hoạt động thể chất	Mức độ mệt				P (test χ^2)
	Không mệt		Mệt		
	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	
Thấp (I) (n = 244)	85	34,8 %	159	65,2%	$P_{I,II}>0,05$
Vừa (II) (n = 10)	5	50%	5	50%	$P_{II,III}>0,05$
Cao (III) (n = 10)	5	50%	5	50%	$P_{III,I}>0,05$

Nhận xét: Tỷ lệ người mệt và không mệt ở các mức độ hoạt động thể chất là khác nhau và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung nhóm BN vào nghiên cứu: Bảng 3.1. nêu một số đặc điểm của nhóm BN vào nghiên cứu. Các đặc điểm này cũng là các yếu tố có liên quan đến mệt ở BN suy tim.

4.2. Các yếu tố có liên quan đến mệt

4.1.1. Giới tính: Nghiên cứu có 264 đối tượng tham gia nghiên cứu. Tỷ lệ nam 51,1% và nữ 48,9% gần như nhau. Kết quả cho thấy mệt có sự khác nhau ở nam giới và nữ giới và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Phù hợp với nghiên cứu của tác giả Chen năm 1986 cho thấy có sự khác nhau về mệt giữa nam giới và nữ giới trong đó nữ giới báo cáo tỷ lệ mệt 20% trong khi nam giới báo cáo là 14%.

4.1.2. Tuổi: Trong nghiên cứu này chúng tôi tuổi của đối tượng tham gia nghiên cứu được chia nhóm tuổi theo WHO gồm 5 nhóm tuổi dưới 50 tuổi, 51-60 tuổi, 61-70 tuổi, 71-80 tuổi và trên 80 tuổi. Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự

liên quan có ý nghĩa giữa mệt và tuổi của người bệnh kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Tang et al (2009). Biểu đồ 3.2 cho thấy tuổi càng cao thì tỷ lệ người bệnh mệt càng nhiều. Tỷ lệ mệt và không mệt các nhóm tuổi của đối tượng tham gia nghiên cứu là khác biệt tuy nhiên sự khác biệt có ý nghĩa thống kê là ở nhóm tuổi 71-80 tuổi và nhóm trên 80 tuổi với $p<0,05$.

4.1.3. Mức độ suy tim: Biểu đồ 3.3 cho thấy mệt và mức độ suy tim có mối liên quan có ý nghĩa với $p<0,05$. Mức độ suy tim càng cao thì tỷ lệ mệt càng nhiều. Phù hợp với nghiên cứu của Tang và cộng sự năm 2009 do mức độ suy tim càng cao khả năng cung cấp oxy và dinh dưỡng đến cơ quan giảm. Tuy nhiên mệt ở nhóm đối tượng suy tim độ III cao hơn 1 chút so với nhóm suy tim độ IV điều này có thể lý giải do nhóm suy tim độ III có thể mệt bị chi phối bởi các yếu tố khác nữa chứ không riêng về mức độ suy tim và sự ảnh hưởng bởi các yếu tố đó có

thể làm cho đối tượng mệt hơn so với nhóm đối tượng suy tim độ IV. Trong khi nhóm Suy tim độ IV có thể bị ảnh hưởng bởi các yếu tố gây mệt ít hơn [5].

4.1.4. Các bệnh kèm theo: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng trong số đối tượng tham gia nghiên cứu thì số người suy tim mắc bệnh kèm theo chiếm tỷ lệ lớn 88,3% và chỉ có 11,7% là không có bệnh kèm theo hoặc chưa tìm ra. Và không có mối liên quan giữa mệt và bệnh kèm theo với $p > 0,05$.

4.1.5. Trầm cảm: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng gần nửa các đối tượng nghiên cứu mắc trầm cảm nhẹ có 131 người chiếm 49,6%. Phù hợp với kết quả Tang và cộng sự (2009). Ngoài ra kết quả cho thấy trầm cảm có mối liên quan có ý nghĩa đến mệt với $p < 0,05$. Biểu đồ 3.4 cho thấy nhóm đối tượng ở mức độ trầm cảm càng cao thì tỷ lệ mệt càng nhiều. Tuy nhiên ở nhóm đối tượng bị trầm cảm nặng tỷ lệ mệt thấp hơn nhóm đối tượng trầm cảm nhẹ, trầm cảm trung bình và trầm cảm vừa.

4.1.6. Hỗ trợ xã hội: Vai trò của hỗ trợ xã hội rất quan trọng cho việc làm giảm mệt cho người bệnh suy tim đặc biệt là vai trò của gia đình. Theo truyền thống, văn hóa của người Việt Nam dựa trên các giá trị truyền thống của lòng hiếu thảo luôn khuyến khích các thành viên trong gia đình chăm sóc người già đến khi qua đời [2]. Trong nghiên cứu này, kết quả cho thấy sự hỗ trợ xã hội có liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ mệt ở người bệnh suy tim mạn tính $p < 0,05$. Có thể thấy rằng có sự liên quan đáng kể về hỗ trợ xã hội và mệt với 3 nhóm là hỗ trợ xã hội từ gia đình, hỗ trợ xã hội từ bạn bè và hỗ trợ xã hội từ người thân trong đó người bệnh nhận được nhiều sự hỗ trợ thì mức độ mệt càng giảm.

4.1.7. Mất ngủ: Mất ngủ hạn chế sự minh mẫn và suy nhược cơ thể từ đó đem lại cảm giác mệt mỏi cho người bệnh. Nghiên cứu chỉ ra rằng mất ngủ và mệt có mối liên quan có ý nghĩa với $p < 0,05$. Có thể ở những người mất ngủ nặng trong đối tượng nghiên cứu của nghiên cứu này bị ảnh hưởng bởi các yếu tố gây mệt ít hơn những người bị mất ngủ trung bình và mất ngủ nhẹ do đó tỷ lệ mệt sẽ ít hơn. Tỷ lệ mệt và không mệt ở các nhóm mất ngủ là khác nhau tuy nhiên chỉ ở nhóm mất ngủ trung bình thì sự khác biệt mới có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.1.8. Hoạt động thể chất: Hoạt động thể chất thường xuyên với cường độ vừa phải như là đi bộ, đi xe đạp, hoặc chơi thể thao có lợi ích đáng kể cho sức khỏe. Ở tất cả các lứa tuổi hoạt động thể chất đúng mức sẽ rất có lợi cho sức

khỏe. Không chỉ đối với người khỏe mạnh, với người bệnh suy tim mạn tính hoạt động thể chất cũng đóng vai trò quan trọng. Nếu hoạt động thể chất mức thấp và duy trì thường xuyên thì mức độ mệt của người bệnh sẽ giảm điều đó cho thấy những người bệnh suy tim nên thực hiện hoạt động thể chất nhẹ nhàng đảm bảo duy trì sức khỏe.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu, chúng tôi đã tìm thấy một số yếu tố ảnh hưởng đáng kể đến mức độ mệt trên người bệnh suy tim mạn tính: Tuổi, giới tính, mức độ suy tim, trầm cảm, hỗ trợ xã hội và mất ngủ. Nghiên cứu này cho thấy không có sự ảnh hưởng giữa mệt và các yếu tố như: bệnh phối hợp và hoạt động thể chất.

KHUYẾN NGHỊ

Trong quá trình chăm sóc người bệnh suy tim mạn tính cần nhận biết các yếu tố ảnh hưởng đến mệt. Từ đó có thể đánh giá, lập kế hoạch và điều chỉnh phương pháp chăm sóc và điều trị người bệnh phù hợp cho người bệnh.

Để có kết quả chính xác hơn các nghiên cứu sau nên lấy mẫu thêm từ các bệnh viện khác và có thể lấy ở cộng đồng và các nghiên cứu sau có thể áp dụng 1 thiết kế nghiên cứu theo chiều dọc. Là cơ sở để phát triển đề tài về can thiệp để giảm mệt cho người bệnh suy tim mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Quý Châu và cộng sự (2012)**, Suy tim, *Bệnh học Nội khoa*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
2. **Nguyễn Thành Tuyên, Võ Thị Xuân Hoa và Nguyễn Hoàng Minh Phương (2012)**, khảo sát đặc điểm người bệnh suy tim cấp tính, bệnh viện tim mạch An Giang
3. **Nguyễn Duy Toà, Nguyễn Oanh Oanh và Nguyễn Lâm Hiếu (2015)**, Nghiên cứu tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân suy tim mạn tính có rung nhĩ, Tạp chí Y-Dược học quân sự số 4: 96-102.
4. **Ann. E (2013)**, *Fatigue as a Symptom of Coronary Heart Disease*, the degree of Doctor of Philosophy in Nursing Sciences in the Graduate College of the University of Illinois at Chicago.
5. **Anna E, Inger E (2002)**, "Fatigue in chronic heart failure – does gender make a difference", *European Journal of Cardiovascular Nursing* 1(2002), tr. 77-82.
6. **Anna. M (2001)**, Fatigue and congestive heart failure: A qualitativ study, Nursing doctoral theses, university of Gonzaga.
7. **Bennett R.M, Russell J, Cappelleri J.C, et al (2010)**. Identification of symptom and functional domains that fibromyalgia patients would like to see improved: A cluster analysis. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2010;11:134.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ THAY THỂ XƯƠNG HÀM DƯỚI BẰNG XƯƠNG MÁC CẰNG CHÂN VỚI KỸ THUẬT VI PHẪU CÓ NỐI CUỐNG MẠCH

Trần Cao Bính*, Nguyễn Mạnh Hà*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả vi phẫu trong phục hồi khuyết đoạn xương hàm dưới (XHD) bằng vật xương mạc căng chân có cuống mạch nuôi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu 30 bệnh nhân có khuyết đoạn xương hàm hoặc bệnh lý có chỉ định cắt đoạn XHD được thay thế bằng xương mạc căng chân với kỹ thuật vi phẫu có nối cuống mạch nuôi tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ 3/ 2012-12/2014. **Kết quả:** tái tạo hình thái tăng dưới mặt trên trung bình là 96,7%; không đạt yêu cầu 3,3%. Sau 01 năm kết quả tốt: 100%. Cấy ghép Implant cho 5 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 16,6%. Với phục hình implant 80% bệnh nhân hài lòng phục hồi khả năng ăn-nhai tốt. Tuy nhiên đối với phục hình tháo lắp việc phục hồi chức năng nhai là kém. **Kết luận:** tái tạo khuyết hổng XHD bằng vật xương mạc có nối cuống mạch nuôi đem lại hiệu quả cao trong phục hồi thẩm mỹ và chức năng cho người bệnh.

Từ khóa: Khuyết hổng xương hàm dưới, vi phẫu thuật.

SUMMARY

EVALUATION OF MANDIBULAR RECONSTRUCTION WITH FIBULAR OSTEOCUTANEOUS FREE FLAP AND MICROSURGICAL TECHNIQUE

Objective: To evaluate the results 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 Odonto-Stomatology, Hanoi from March, 2012 to December, 2014. **Results:** Reconstructed results were good (96,7%), excepted only one case (3,3%). After one year, 100% of patients had good results. 5 patients were placed dental implants (16,6%). This group (implant-prosthetic rehabilitation) had good masticatory functional recovery (80%). In contrast, removable prosthodontics had worse result. **Conclusions:** The authors discussed about the lesion of the donor and the recipient site. Mandibular reconstruction with a fibular free flap is the gold standard for functional and esthetic rehabilitation. From initial results, we will continue to improve and perfect the present technique and hope to deal large defects of tissue by microsurgery in the future.

*Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Trần Cao Bính
Email: dr.binhnhos@gmail.com
Ngày nhận bài: 3/7/2017
Ngày phản biện khoa học: 28/7/2017
Ngày duyệt bài: 15/8/2017

Keywords: Mandibular defect, microsurgery

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. U men xương hàm (Ameloblastoma) là loại bệnh lý gây phá hủy xương hàm và hay tái phát nếu không điều trị triệt để. Đây là loại bệnh lý thường gặp ở Việt Nam trong khi ở các nước khác ít gặp. Do bệnh hay tái phát nên bệnh nhân thường được các phẫu thuật viên cắt bỏ đoạn xương hàm và để lại hậu quả là khuyết đoạn xương hàm. Bệnh nhân bị cắt bỏ đoạn xương hàm dù do bất cứ loại nguyên nhân nào đều gây 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.

Việc 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, phần còn lại để thay thế phần xương bị cắt bỏ giúp cải thiện được phần nào hình thể khuôn mặt. 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: *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật phục hồi khuyết đoạn XHD từ xương mạc căng chân có cuống mạch nuôi bằng kỹ thuật vi phẫu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Là 30 bệnh nhân có khuyết đoạn xương hàm hoặc bệnh nhân bệnh lý xương hàm có chỉ định cắt đoạn XHD và được thay thế

bằng xương mác cẳng chân với kỹ thuật vi phẫu nối cuống mạch nuôi tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ 2012- 2014.

2. Phương pháp: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng tiến cứu

Cỡ mẫu: thuận tiện, n=30

Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Khám lâm sàng: Bệnh nhân khuyết đoạn xương hàm hoặc có kế hoạch cắt bỏ đoạn xương hàm do nhiều nguyên nhân.

- 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 [6].

- Xác định phần xương mác có cuống mạch để thay thế cho đoạn xương hàm.

- Phẫu thuật vi phẫu:

Nhóm 1: Kíp gây mê

Nhóm 2: cắt bỏ đoạn xương hàm, sửa soạn 2 đầu xương hàm, tìm và bộc lộ động mạch nuôi cho phần xương ghép và tĩnh mạch

Nhóm 3: phẫu thuật tìm, thiết kế, bộc lộ và lấy đoạn xương mác cẳng chân có cuống mạch. Phần xương mác lấy ra được sửa soạn để có

hình dạng giống với hình thể XHD và dễ dàng ghép vào phần khuyết đoạn xương hàm. Tiếp theo là ghép phần xương mác đã được sửa soạn để thay thế vùng khuyết đoạn xương hàm cũng đã được sửa soạn và có tiến hành nối mạch dưới kính hiển vi phẫu thuật.

- 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 χ^2

- 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

Đánh giá kết quả phục hồi khuyết đoạn XHD từ vật liệu là xương mác cẳng chân bằng kỹ thuật vi phẫu có nối cuống mạch:

Bảng 1: Kết quả tái tạo hình thái tầng dưới mặt

n=30	Tốt	Trung bình	Kém
Số lượng	21	8	1
Tỷ lệ (%)	70,01	26,66	3,33

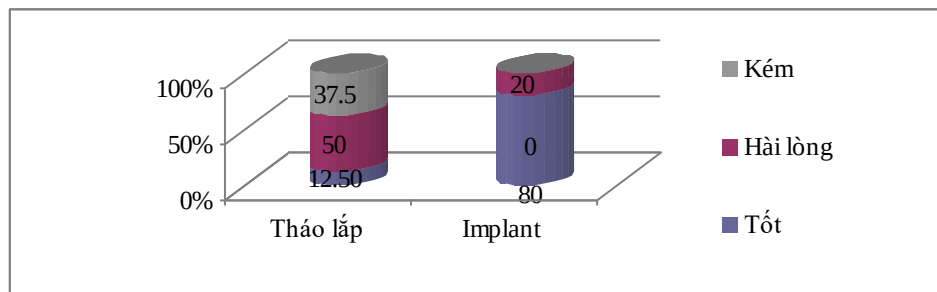
Kết quả tái tạo hình thái tầng dưới mặt trên trung bình là 96,7% chỉ có 01 trường hợp không đạt yêu cầu chiếm tỷ lệ 3,3%

Bảng 2: Kết quả phục hình răng giả sau phẫu thuật 01 năm

Loại phục hình	Số lượng	Tỷ lệ %
Phục hình răng giả tháo lắp	16	53,4
Phục hình Implant	5	16,6
Chưa phục hình răng giả	9	30
N	30	100

Kết quả sau 1 năm với tỷ lệ 100% các trường hợp có kết quả phẫu thuật tốt. Với kết quả này chúng tôi có tiến hành cấy ghép Implant cho 5 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 16,6%. Tỷ lệ này khá khiêm tốn, do giá thành Implant cao là lý do chính.

Biểu đồ 3. Mức độ hài lòng sau phục hình răng



Với phục hình implant hầu hết bệnh nhân hài lòng với việc phục hồi khả năng ăn-nhai. Trong đó 80% bệnh nhân trả lời là phục hồi khả năng ăn nhai tốt. Tuy nhiên đối với phục hình tháo lắp việc phục hồi chức năng nhai là kém.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả phẫu thuật sau 24 giờ có 01 trường hợp có vấn đề về cấp máu cho vật. Với biểu hiện vật hơi chuyển màu xám nhạt, khi kiểm tra bằng kim châm vật da (monitor) chảy máu kém. Buộc chúng tôi phải đưa bệnh nhân trở lại phòng mổ để mở ra kiểm tra. Phát hiện động mạch sau chỗ nối với ĐM mặt bị gập và có cục máu đông. Tiến hành xử trí loại bỏ máu đông, nối lại mạch. Còn lại 29 trường hợp, chiếm tỷ lệ 96,66% có kết quả phẫu thuật tốt.

Kết quả sau 7 ngày có 01 trường hợp nhiễm trùng, trường hợp này không phải là trường hợp có vấn đề cấp máu trong 24 giờ đầu. Trường hợp này, có tụ dịch sau 03 ngày, kèm theo có sốt cao. Bệnh nhân được dẫn lưu dịch, hạ sốt thay đổi kháng sinh. Sau 15 ngày điều trị bệnh nhân lành thương vật xương mác tốt.

Kết quả phẫu thuật sau 6 tháng là rất tốt 100% bệnh nhân được tái tạo khuyết đoạn XHD bằng vật xương mác đều thành công. Trên hình ảnh X-quang các đầu xương ghép liền tốt. So sánh với nghiên cứu của Klaus D. Wolff, tác giả thực hiện 66 trường hợp tái tạo XHD bằng vật xương mác, chỉ có 1 trường hợp phải tháo và loại bỏ vật.

Phục hồi khuyết hổng XHD bằng vật xương mác bản thân nó đã phục hồi khả năng vận động của XHD. Trên phần xương đã tái tạo cho phép phục hình răng, qua đó phục hồi chức năng ăn – nhai cho người bệnh. Trong nghiên cứu này có hai cách phục hình răng được lựa chọn: đó là phục hình tháo lắp có 16 trường hợp và phục hình implant có 5 trường hợp. Tuy nhiên phục hồi tháo lắp có nhiều khó khăn cho cả thầy thuốc và người bệnh. Vì khả năng lưu giữ hàm giả trên xương ghép kém. Do đó phục hồi tháo lắp nhằm tái tạo sức nhai là hạn chế. Trong 16 trường hợp phục hình tháo lắp chỉ có 50% số bệnh nhân tạm hài lòng với việc phục hồi chức năng nhai. Và có tới 37,5% không chấp nhận việc dùng hàm tháo lắp.

Trong khi đó chỉ có 5 bệnh nhân được phục hình răng giả bằng cấy ghép Implant và tất cả đều hài lòng với loại phục hình răng này. Chúng tôi cho rằng phục hình răng giả bằng cấy ghép Implant là lựa chọn tối ưu. Việc phục hình răng trên Implant sẽ tái tạo sức nhai tối đa. Qua đó phục hồi tốt chức năng ăn nhai cho người bệnh.

Các biến chứng toàn thân là rất hiếm gặp. Có thể khẳng định biến chứng về cấp máu cho vật, chảy máu hay nhiễm trùng sau phẫu thuật có thể xảy ra, nhưng tỷ lệ thấp, nếu theo dõi sát, xử trí kịp thời chúng ta có thể đảm bảo sự sống của vật.

Chúng tôi tuân thủ và áp dụng đúng các bước kỹ thuật theo quy trình đã tham khảo của các tác giả đã nghiên cứu [1],[2],[3],[4],[5],[7]. Tuy nhiên ở bước 6 sau khi nhận dạng các thành phần dưới da và tổ chức dưới da, cũng như khảo sát và nhận dạng nhánh xiên nuôi da. Chúng tôi tiến hành ngay việc phẫu tích bóc lộ các nhánh xiên này từ động mạch mác tới da. Nhằm đảm bảo các nhánh này không bị tổn thương trong quá trình bóc vật xương mác. Vì 100% các trường hợp trong nghiên cứu này có sử dụng vật da.

Việc để chờ đến khi cắt vật da mới bóc lộ nhánh xiên sẽ gây khó khăn trong quá trình bóc vật xương mác. Đôi khi trong quá trình bóc vật xương mác, chúng ta gây tổn thương nhánh xiên này. Rõ ràng, tái tạo khuyết hổng XHD bằng vật xương mác mang lại hiệu quả tối đa trong phục hồi thẩm mỹ và chức năng cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Đây là lựa chọn tốt nhất để phục hồi hình thái giải phẫu XHD, nhờ đó phục hồi được các chức năng của vùng hàm dưới.

Việc phục hồi khuyết hổng có thể tiến hành cùng một thì với phẫu thuật cắt đoạn XHD mà thời gian phẫu thuật không tăng lên nhiều.

Vật xương mác là một vật hằng định, dễ bóc tách mà không ảnh hưởng tới chức năng của cẳng chân. Xương mác dài và dày nên dễ tạo hình theo hình dáng XHD.

Sau khi ghép xương có thể phục hình Implant để phục hồi chức năng ăn nhai.

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. **F. Ho" Izle et al (2007)** "Clinical outcome and patient satisfaction after mandibular reconstruction with free fibular flaps" J. Oral Maxillofac. Surg.; 36: 802–806.
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.

ĐỘ BAO PHỦ SỬ DỤNG VIÊN ĐA VI CHẤT Ở PHỤ NỮ CÓ THAI, CHO CON BÚ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI MỘT SỐ XÃ THUỘC HAI TỈNH KON TUM VÀ CÀ MAU

Nguyễn Thị Kim Tiến*, Trần Thúy Nga**

TÓM TẮT

Tổ chức Y tế thế giới khuyến nghị bổ sung viên đa vi chất dinh dưỡng (ĐVC) để cải thiện tình trạng vi chất dinh dưỡng cho các đối tượng có nguy cơ thiếu vi chất, đặc biệt ở những vùng bị thiên tai. Nghiên cứu tiến hành nhằm xác định tỷ lệ bao phủ sử dụng ĐVC ở phụ nữ có thai và phụ nữ cho con bú và một số yếu tố liên quan trong chương trình can thiệp dinh dưỡng tại 4 xã thuộc 2 tỉnh Kon Tum và Cà Mau bị ảnh hưởng bởi hạn hán và xâm nhập mặn. Kết quả cho thấy tỷ lệ Độ bao phủ Thông tin của sản phẩm ĐVC là 96,3%; Độ bao phủ Tiếp xúc là 91,8%; Độ bao phủ Hiệu quả là 78,3%. Một số yếu tố liên quan đến độ bao phủ của sản phẩm ĐVC bao gồm Kinh tế hộ gia đình, nghề nghiệp của bà mẹ và yếu tố nhận được lời khuyên sử dụng sản phẩm ĐVC của cán bộ y tế. Những bà mẹ nhận được lời khuyên sử dụng sản phẩm ĐVC của cán bộ y tế có độ bao phủ Tiếp xúc, độ bao phủ Hiệu quả cao hơn so với những bà mẹ không nhận được lời khuyên sử dụng của cán bộ y tế với OR lần lượt là: 6,52 (95% CI: 3,63-11,71) và 4,81 (95% CI: 3,23-7,16). Nghiên cứu khuyến nghị cần nhân rộng mô hình can thiệp bổ sung ĐVC cho phụ nữ có thai và bà mẹ cho con bú kết hợp với truyền thông dinh dưỡng thông qua mạng lưới cán bộ y tế tại các vùng có thiên tai gây ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của phụ nữ có thai và cho con bú.

Từ khóa: Độ bao phủ, viên đa vi chất, yếu tố nguy cơ, phụ nữ có thai, phụ nữ cho con bú

SUMMARY

COVERAGE OF MULTI-MICRONUTRIENT TABLET IN PREGNANT AND LACTATING WOMEN AND RELATED FACTORS IN 4 COMMUNES IN KON TUM AND CA MAU PROVINCES

Multiple micronutrient supplementation is recommended by the World Health Organization to improve micronutrient status among pregnant and lactating women affected by an emergency. A study was conducted to determine the coverage of micronutrient tablet (MNT) in pregnant and lactating women and some related factors in the nutrition intervention program in four communes in Kon Tum and Ca Mau provinces affected by natural disasters. The results showed that the message coverage rate of

MNT products was 96.3%; the contact coverage rate of MNT was 91.8%; the effective coverage rate of MNT was 78.3%. Some factors related to the coverage of MNT products include household economic factors, maternal age and occupation, receiving advice on MNT product from health workers. Mothers who received the advice on using MNT products from health workers increased the contact coverage rate and effective coverage rate with OR of 6.52 (95% CI: 3.63-11.71) and 4.81 (95% CI: 3.23-7.16), respectively. There is a need to scale up the intervention model of MNT supplement in combination with nutritional communication through a network of health workers to other areas affected by natural disasters to improve health and nutrition status of pregnant and lactating women.

Key words: Coverage, multiple micronutrient tablets, risk factors, pregnant and lactating women

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu vi chất dinh dưỡng như thiếu máu thiếu sắt, thiếu vitamin A, thiếu kẽm... ở phụ nữ có thai là vấn đề có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng ở Việt Nam [1], [2]. Theo báo cáo của Viện Dinh dưỡng năm 2014-2015, tỷ lệ thiếu máu, thiếu sắt, thiếu kẽm, ở phụ nữ có thai vẫn ở mức cao có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng. Tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ có thai là 32,8%, tỷ lệ thiếu sắt là 47% và thiếu kẽm là 80,3% [2]. Bổ sung viên đa vi chất dinh dưỡng (ĐVC) cho các đối tượng có nguy cơ thiếu vi chất đã được Tổ chức Y tế thế giới khuyến nghị ở những vùng có tình trạng khẩn cấp như thiên tai, bão, lũ, hạn hán... [3].

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng phụ nữ có thai (PNCT) và bà mẹ cho con bú (BMCCB) là đối tượng dễ bị tổn thương nhất về dinh dưỡng.

Được sự hỗ trợ của UNICEF, Viện Dinh dưỡng đã tham gia tiến hành bổ sung viên đa vi chất dinh dưỡng cho PNCT và BMCCB ở những vùng bị hạn hán và có tình trạng nước mặn xâm nhập nặng với mục tiêu là phòng chống thiếu vi chất dinh dưỡng cho PNCT và BMCCB thông qua cung cấp miễn phí sản phẩm ĐVC kết hợp với truyền thông dinh dưỡng được thực hiện bởi mạng lưới của hệ thống y tế. Sản phẩm ĐVC được phân phối đến cấp xã thông qua sự tham gia của các nhân viên y tế tại địa phương.

Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu mô tả độ bao phủ sử dụng viên đa vi chất ở phụ nữ

*Bộ Y tế

**Viện Dinh dưỡng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thúy Nga

Email: tranthuynga@dinhduong.org.vn

Ngày nhận bài: 12/6/2017

Ngày phản biện khoa học: 11/7/2017

Ngày duyệt bài: 31/7/2017

có thai, phụ nữ cho con bú và tìm hiểu một số yếu tố liên quan tại 4 xã thuộc 2 tỉnh Kon Tum và Cà Mau. Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp số liệu để mở rộng chương trình dinh dưỡng trong trường hợp khẩn cấp cũng như phát triển các hướng dẫn về việc triển khai các chương trình can thiệp dinh dưỡng trong tình trạng khẩn cấp do thiên tai lũ lụt gây ra.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Phụ nữ có thai và phụ nữ đang cho con bú đang sinh sống trên địa bàn tại 4 xã

2.2. Sản phẩm nghiên cứu: Viên đa vi chất dinh dưỡng được sản xuất dưới dạng viên nén, có chứa 15 vitamin và khoáng chất thiết yếu, đáp ứng đủ nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị hàng ngày về vi chất dinh dưỡng cho PNCT và BMCCB theo khuyến nghị của UNICEF và WHO cho nhóm đối tượng dễ bị tổn thương trong trường hợp khẩn cấp như thiên tai, bão, lũ, hạn hán [4].

2.3. Thời gian và địa điểm:

Thời gian: Nghiên cứu được triển khai từ tháng 9/2016 đến tháng 5/2017.

Địa điểm: Nghiên cứu được tiến hành tại 2 xã Tân Lộc và Rạch Chèo thuộc tỉnh Cà Mau và 2 xã Dakroong và Daktokan thuộc tỉnh Kon Tum.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích được tiến hành vào cuối can thiệp.

Cỡ mẫu: Toàn bộ phụ nữ có thai và phụ nữ cho con bú dưới 18 tháng tại 4 xã được lựa chọn tham gia nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn chủ đích 2 tỉnh Kon Tum và Cà Mau là 2 tỉnh đã tham gia chương trình. Tại mỗi tỉnh, lập danh sách tất cả các xã, sau đó chọn ngẫu nhiên mỗi tỉnh 2 xã tham gia vào nghiên cứu.

Chọn đối tượng tại các xã: Chọn toàn bộ phụ nữ có thai và phụ nữ cho con bú dưới 18 tháng trong xã tham gia vào nghiên cứu. Kết quả cỡ mẫu cuối cùng là 672 phụ nữ có thai và cho con bú dưới 18 tháng tham gia nghiên cứu.

Phương pháp và công cụ thu thập số liệu, tiêu chuẩn đánh giá: Sử dụng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn để phỏng vấn thông tin của PNCT và BMCCB. Phiếu phỏng vấn được thử nghiệm trước khi triển khai nhằm thu thập các thông tin liên quan đến tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, điều kiện kinh tế hộ gia đình.

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. Số liệu được phân tích, trình bày theo số trung bình, tỷ lệ, tỷ suất chênh (OR), bảng tần số, biểu đồ. Sử dụng các test thống kê tham số và phi tham số phù hợp. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức trong 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 262/QĐ-VDD ngày 1/3/2017.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có tổng số 138 phụ nữ có thai và 534 phụ nữ cho con bú dưới 12 tháng tham gia nghiên cứu tại 4 xã Tân Lộc, Rạch Chèo, Daktokan, Dakroong.

Bảng 1. Thông tin chung về phụ nữ có thai và bà mẹ cho con bú

Các chỉ số		Cà Mau		Kon Tum		Chung	
		n	%	n	%	n	%
Nhóm tuổi	< 25 tuổi	101	33,8	139	37,7	240	35,9
	≥ 25 tuổi	198	66,2	230	62,3	428	64,1
	Chung	299	100	369	100	668	100
Trình độ học vấn	Không đi học	4	1,3	51	13,8	55	8,2
	Tiểu học	62	20,5	105	28,5	167	24,9
	Trung học cơ sở	167	55,1	170	46,1	337	50,1
	Trung học phổ thông, trung cấp, đại học	70	2,1	43	11,6	113	16,8
	Chung	303	100	369	100	672	100
Nghề nghiệp	Làm ruộng	43	14,2	365	99,2	408	60,9
	Chăn nuôi	98	32,5	0	0,0	98	14,6
	Nội trợ	93	30,8	0	0,0	93	13,9
	Khác (buôn bán nhỏ, công nhân, cán bộ...)	68	22,5	3	0,8	71	10,6
	Chung	302	100	368	100	670	100
Hộ nghèo	Có sổ hộ nghèo	18	6,1	265	71,8	283	42,6
	Không có sổ hộ nghèo	277	93,9	104	28,2	381	57,4
	Chung	295	100	369	100	664	100

Tuổi trung bình của PNCT và BMCCB tham gia nghiên cứu là $27,6 \pm 6,1$ tuổi (không trình bày số liệu). Ở cả 4 xã bà mẹ có trình độ học vấn đến trung học cơ sở đều chiếm tỷ lệ cao nhất, và một số rất ít các bà mẹ học đến trung cấp- đại học. Tại tỉnh Cà Mau, tỷ lệ bà mẹ không đi học chiếm tỷ lệ thấp (1,3%). Tại tỉnh Kon Tum, tỷ lệ bà mẹ không đi học là 13,8%. Tại tỉnh Cà Mau, cả 2 xã đều có tỷ lệ hộ gia đình có số hộ nghèo rất thấp 6,1%. Tuy nhiên tại tỉnh Kontum, tỷ lệ hộ gia đình có số hộ nghèo rất cao 71,8%.

3.1. Tỷ lệ bao phủ viên đa vi chất dinh dưỡng

Bảng 2. Tỷ lệ bao phủ viên đa vi chất dinh dưỡng của phụ nữ có thai và cho con bú tại 4 xã ở tỉnh Cà Mau và Kon Tum

Độ bao phủ	Cà Mau (n=304)		Kon Tum (n=369)		Chung (n=673)		p*
	n	%	n	%	n	%	
Độ bao phủ Thông tin							
Biết sản phẩm	279	92,1	368	99,7	647	96,3	<0,001
Độ bao phủ Tiếp cận							
Đã từng sử dụng	257	84,5	361	97,8	618	91,8	<0,001
Độ bao phủ Một phần							
Sử dụng <7 viên/tuần qua	40	13,2	63	17,1	103	15,3	>0,05
Độ bao phủ Hiệu quả							
Sử dụng 7 viên trong tuần qua	225	74,0	302	81,8	527	78,3	<0,001

* χ^2 -test

Tỷ lệ PNCT và BMCCB biết về sản phẩm ĐVC hay độ bao phủ Thông tin của sản phẩm là 99,7% tại 2 xã của Kon Tum và 92,1% tại 2 xã của Cà Mau ($p < 0,001$). Độ bao phủ Tiếp cận của sản phẩm ĐVC tại 2 xã ở Kon Tum (97,8%) cao hơn tại Cà Mau (84,5%) ($p < 0,001$). Độ bao phủ tiếp xúc chung của 4 xã là 91,8%. Độ bao phủ Một phần của sản phẩm ĐVC tại 4 xã (15,3%), tại Cà Mau (13,2%) và tại Kon Tum (17,1%) ($p > 0,05$). Độ bao phủ Hiệu quả của sản phẩm ĐVC tại 2 xã ở Kon Tum 81,8% cao hơn tại 2 xã ở Cà Mau (74,0%) ($p < 0,001$). Độ bao phủ Hiệu quả chung của 4 xã là 78,3%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến độ bao phủ sản phẩm ĐVC

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan tới độ bao phủ Thông tin của sản phẩm ĐVC

Yếu tố liên quan		Độ bao phủ Thông tin		OR	95% CI
		n	%		
Nhóm tuổi (n=668)	<25 (n=240)	235	97,9	2,30	0,85-6,22
	≥ 25 (n=428)	408	95,3		
Trình độ học vấn của bà mẹ (n=672)	THPT/Trung cấp/ Đại học (n=222)	215	96,8	1,28	0,53-3,11
	Dưới THCS /THCS (n=450)	432	96,0		
Nghề nghiệp (n=670)	Làm ruộng (n=408)	405	99,3	11,76	3,47-39,85
	Nghề khác (n=262)	241	92,0		
Kinh tế hộ gia đình (n=664)	Có số hộ nghèo (n=283)	279	98,6	4,07	1,38-11,99
	Không có số hộ nghèo (n=381)	360	94,5		

Yếu tố nghề nghiệp của bà mẹ và kinh tế hộ gia đình có ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê tới độ bao phủ Thông tin của sản phẩm ĐVC với OR lần lượt là 11,76 (95% CI: 3,47-39,85) và 4,07 (95% CI: 1,38-11,99). Yếu tố nhóm tuổi và trình độ học vấn của bà mẹ không ảnh hưởng tới độ bao phủ Thông tin của sản phẩm ĐVC.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan tới độ bao phủ Tiếp xúc của sản phẩm ĐVC

Yếu tố liên quan		Độ bao phủ-Tiếp xúc		OR	95% CI
		n	%		
Nhóm tuổi (n=668)	<25 (n=240)	222	92,5	1,13	0,63-2,04
	≥ 25 (n=428)	392	91,6		
Trình độ học vấn của bà mẹ (n=672)	Dưới THCS, THCS (n=450)	412	91,6	0,84	0,46-1,55
	THPT, Trung cấp, Đại học (n=222)	206	92,8		
Nghề nghiệp (n=670)	Làm ruộng (n=408)	390	95,6	3,34	1,85-6,04
	Nghề khác (n=262)	227	86,6		
Kinh tế hộ gia đình	Có số hộ nghèo (n=283)	275	97,2		

(n=664)	Không có sổ hộ nghèo (n=381)	336	88,2	4,60	2,13-9,93
Nhận được lời khuyên của cán bộ y tế (n=668)	Có (n=507)	487	96,1	6,52	3,63-11,71
	Không (n=161)	127	78,9		

Cả 3 yếu tố Nhận được lời khuyên sử dụng sản phẩm của cán bộ y tế, nghề nghiệp của bà mẹ và Kinh tế hộ gia đình có ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê tới độ bao phủ Tiếp xúc của sản phẩm ĐVC với OR lần lượt là 6,52 (95% CI: 3,63-11,71), 3,34 (95% CI: 1,85-6,04) và 4,60 (95% CI: 2,13-9,93).

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan tới độ bao phủ Hiệu quả của sản phẩm ĐVC

Yếu tố liên quan		Độ bao phủ-Hiệu quả		OR	95% CI
		n	%		
Nhóm tuổi (n=668)	<25 (n=240)	201	83,8	1,65	1,10-2,49
	≥ 25 (n=428)	324	75,7		
Trình độ học vấn của bà mẹ (n=672)	Dưới THCS, THCS (n=450)	357	79,3	1,174	0,80-1,73
	THPT, Trung cấp, Đại học (n=222)	170	76,6		
Nghề nghiệp (n=670)	Làm ruộng (n=408)	331	81,1	1,48	1,02-2,14
	Nghề khác (n=262)	195	74,4		
Kinh tế hộ gia đình (n=664)	Có sổ hộ nghèo (n=283)	233	82,3	1,51	1,02-2,21
	Không có sổ hộ nghèo (n=381)	288	75,6		
Nhận được lời khuyên của cán bộ y tế (n=668)	Có (n=507)	434	85,6	4,81	3,23-7,16
	Không (n=161)	89	55,3		

Có 4 yếu tố nhận được lời khuyên sử dụng sản phẩm của cán bộ y tế, nhóm tuổi, nghề nghiệp của bà mẹ và Kinh tế hộ gia đình đều có ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê tới độ bao phủ Hiệu quả của sản phẩm ĐVC với OR lần lượt là 4,81 (95% CI: 3,23-7,16), 1,65 (95% CI: 1,10-2,49), 1,48 (95% CI: 1,02-2,14) và 1,51 (95% CI: 1,02-2,21).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các mức độ bao phủ của sản phẩm

ĐVC: Đã có tổng cộng 672 phụ nữ có thai và bà mẹ cho con bú tham gia nghiên cứu thuộc 4 xã Tân Lộc, Rạch Chèo, Dakroong và Daktokan.

Độ bao phủ của sản phẩm ĐVC được chia làm 4 mức thể hiện các mức độ tiếp cận với sản phẩm ĐVC khác nhau [4]. Trong đó, độ bao phủ Thông tin thể hiện việc bà mẹ có nhận biết sản phẩm ĐVC hay không. Tiếp theo là độ bao phủ Tiếp cận thể hiện việc bà mẹ đã từng sử dụng thử sản phẩm ĐVC bao giờ chưa? Thứ 3 là độ bao phủ Một phần thể hiện trong thời gian 1 tuần gần đây bà mẹ vẫn đang được sử dụng sản phẩm ĐVC. Cuối cùng là độ bao phủ Hiệu quả thể hiện bà mẹ đã sử dụng sản phẩm ĐVC đúng với liều khuyến nghị (7 viên/tuần) trong tuần vừa qua. tỷ lệ các độ bao phủ đều cao tại cả 4 xã tham gia nghiên cứu trừ độ bao phủ Một phần. Nguyên nhân là do tỷ lệ các bà mẹ sử dụng đúng liều ĐVC (7 viên/tuần) tức độ bao phủ Hiệu quả chiếm đa số nên tỷ lệ các bà mẹ sử dụng 1-7 viên/tuần tức độ bao phủ Một phần còn lại là rất thấp.

Kết quả nghiên cứu ở Bảng 2 cho thấy độ bao phủ Hiệu quả cao hơn rất nhiều so với bao phủ

Một phần tuy nhiên vẫn thấp hơn độ bao phủ Thông tin. Điều này thể hiện việc sử dụng sản phẩm có hiệu quả (như liều khuyến nghị) trong một thời gian dài là không hề dễ dàng, nhưng các công tác tư vấn của cán bộ y tế, các công cụ cung cấp thông tin về ĐVC như loa đài, áp phích... đã có những tác động tích cực đến độ bao phủ Hiệu quả. Ngoài ra, việc dự án phát ĐVC miễn phí cho các bà mẹ thay vì họ phải mua cũng có tác động không nhỏ đến độ bao phủ Hiệu quả này.

Tuy vậy, trong bối cảnh các nghiên cứu về độ bao phủ sử dụng sản phẩm ĐVC trong tình hình hỗ trợ dinh dưỡng khẩn cấp còn rất ít như hiện nay, trong khi đây cũng là chương trình hỗ trợ dinh dưỡng trong tình trạng khẩn cấp đầu tiên, lớn nhất triển khai trong 20 năm qua tại Việt Nam nên rất khó tìm được bất kỳ nghiên cứu nào tương tự để so sánh.

4.2. Một số yếu tố liên quan tới độ bao phủ của sản phẩm ĐVC:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các mức độ bao phủ của sản phẩm ĐVC là khác nhau tại 4 xã của 2 tỉnh nghiên cứu, tuy vậy sự khác nhau này có thể được lý giải bởi sự khác nhau về trình độ học vấn của bà mẹ và mức kinh tế hộ gia đình giữa

các xã. Chính vì vậy, không nên đưa sự khác nhau về địa phương vào như một yếu tố ảnh hưởng tới các mức độ bao phủ của sản phẩm ĐVC. Yếu tố ảnh hưởng quyết định tới tất cả các mức độ bao phủ của sản phẩm ĐVC là việc bà mẹ có nhận được lời khuyên sử dụng sản phẩm từ cán bộ y tế hay không, điều này là phù hợp các nghiên cứu trước đó dù là bà mẹ phải mua sản phẩm thay vì được phát miễn phí hay không [4], [5].

Theo như kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì mức kinh tế hộ gia đình và bà mẹ có nghề nghiệp là làm ruộng có ảnh hưởng rất lớn tới độ bao phủ Thông tin, độ bao phủ Tiếp cận và độ bao phủ Hiệu quả của sản phẩm ĐVC. Những bà mẹ thuộc hộ gia đình có kinh tế khó khăn (có sổ hộ nghèo) và làm ruộng thì tỷ lệ các mức bao phủ đều cao hơn. Với những gia đình có kinh tế khó khăn (có sổ hộ nghèo) thì việc phải bỏ một khoản tiền để sử dụng ĐVC là không hề đơn giản, do vậy khi dự án triển khai phát miễn phí ĐVC thì việc vừa được thụ hưởng sản phẩm mà lại không ảnh hưởng đến kinh tế gia đình nên tỷ lệ các mức độ bao phủ ở những hộ gia đình có kinh tế khó khăn cao hơn cũng là điều dễ hiểu. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy phụ nữ ≥ 25 tuổi có tỷ lệ sử dụng ĐVC cao hơn. Điều này có thể được giải thích là phụ nữ trưởng thành hơn có thể quan tâm hơn đến sức khỏe và kết quả thai nghén và có kinh nghiệm tốt hơn trong việc phòng chống thiếu máu và thiếu vi chất dinh dưỡng. Kết quả này cũng tương tự như kết quả của các nghiên cứu trước đây ở Etiopia và Ấn Độ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, việc tiếp cận với phụ nữ có thai và bà mẹ cho con bú tại các vùng thiên tai thông qua sử dụng mạng lưới cán bộ y tế tuyến cơ sở để truyền thông và cung cấp sản phẩm ĐVC đã đạt được hiệu quả rất tốt khi hầu hết các PNCT và BMCCB đã sử dụng sản phẩm (91,8%) sau khi được nghe cán bộ y tế tư vấn. Tuy nhiên vẫn cần đa dạng hóa các hình thức tuyên truyền, tư vấn để giúp PNCT và BMCCB hiểu rõ về lợi ích của sản phẩm ĐVC để từ đó sử dụng một cách tự giác và hiệu quả hơn.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Hầu hết các độ bao phủ của sản phẩm ĐVC đều tương đối cao trừ độ bao phủ Một phần: Độ bao phủ Thông tin của sản phẩm ĐVC là 96,3%; Độ bao phủ Tiếp xúc của sản phẩm ĐVC là 91,8%; Độ bao phủ Một phần của sản phẩm ĐVC là 15,3%; Độ bao phủ Hiệu quả của sản

phẩm ĐVC là 78,3%. Một số yếu tố liên quan đến độ bao phủ của sản phẩm ĐVC bao gồm Yếu tố Kinh tế hộ gia đình, nghề nghiệp làm ruộng và tuổi của bà mẹ. Yếu tố nhận được lời khuyên sử dụng ĐVC của cán bộ y tế có mối liên quan tới tất cả các độ bao phủ của sản phẩm ĐVC.

Can thiệp bổ sung viên đa vi chất cho phụ nữ có thai và bà mẹ cho con bú trong tình trạng khẩn cấp sử dụng mạng lưới cán bộ y tế theo hệ thống mạng lưới của Chương trình Phòng chống suy dinh dưỡng là giải pháp có khả năng thực thi và đạt độ bao phủ cao trong tình trạng khẩn cấp. Cần nhân rộng mô hình ra các vùng có thiên tai gây ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của bà mẹ trong cả nước.

Lời cảm ơn: Nhóm nghiên cứu xin gửi lời cảm ơn chân thành tới Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Kon Tum và Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh Cà Mau, Ủy ban Nhân dân xã, Trạm Y tế xã, các cộng tác viên, các phụ nữ có thai và phụ nữ cho con bú đã giúp đỡ và tham gia nghiên cứu. Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn UNICEF Hà Nội đã hỗ trợ kinh phí để tiến hành nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO (2015)**, The global prevalence of anaemia in 2011.
2. **Viện Dinh Dưỡng (2015)**, Đánh giá tình trạng thiếu máu, thiếu một số vi chất dinh dưỡng ở phụ nữ và trẻ em năm 2014. Hội nghị Công bố kết quả Tổng điều tra vi chất dinh dưỡng tháng 10 năm 2015.
3. **WHO, WFP và UNICEF (2006)**, Preventing and controlling micronutrient deficiencies in populations affected by an emergency, WHO.
4. **Suchdev PS et al (2013)**, Sustainability of market-based community distribution of Sprinkles in western Kenya, *Matern Child Nutr.* 9 Suppl 1, pp. 78-88.9.
5. **Alia Poonawala, Marie Nguyen, Magali Leyvraz, Jacques Berger, Dominic Schofield, Tran Thuy Nga, Tran Khan Van, Do Thi Bao Hoa, Frank Tammo Wiering (2016)**, A Delivery Model for Home Fortification of Complementary Foods with Micronutrient Powders: Innovation in the Context of Vietnamese Health System Strengthening, *Nutrients.* 8(5), pp. 259.
6. **Gebremedhin S, Samuel A, Mamo G, Moges T, Assefa T (2014)**, Coverage, compliance and factors associated with utilization of iron supplementation during pregnancy in eight rural districts of Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 14:607. doi: 10.1186/1471-2458-14-607
7. **Arega Sadore A, Abebe Gebretsadik L, Aman Hussen M (2015)**, Compliance with Iron-Folate Supplement and Associated Factors among Antenatal Care Attendant Mothers in Misha District, South Ethiopia: Community Based Cross-Sectional Study. *J Environ Public Health.* 2015:781973. doi: 10.1155/2015/781973.

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RỐI LOẠN TÂM THẦN TRONG VIÊM NÃO HERPES Ở NGƯỜI LỚN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Văn Dũng*, Nguyễn Thị Minh Hương*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Một trong các nguyên nhân thường gặp gây rối loạn tâm thần là các tổn thương tại não như viêm não, u não, tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não. **Mục tiêu:** "Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn tâm thần trong viêm não Herpes ở người lớn được điều trị tại bệnh viện Bạch Mai". **Phương pháp:** Mô tả tiến cứu đặc điểm lâm sàng 46 BN là người lớn (≥ 18 tuổi) được chẩn đoán viêm não herpes có rối loạn tâm thần, điều trị nội trú tại khoa thần kinh bệnh viện Bạch Mai, thời gian từ tháng 1/2013 đến tháng 10/2014. Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê Y học, sử dụng phần mềm SPSS 16.0. **Kết quả:** Viêm não herpes ở người lớn gặp ở mọi lứa tuổi, trong đó hay gặp ở nhóm tuổi từ 36 đến 55, ở nam nhiều hơn nữ với tỉ lệ 27/19. Bệnh xảy ra rải rác trong năm, nhưng nhiều hơn vào mùa xuân. Bệnh thường khởi phát cấp tính (65,2%) với các triệu chứng không đặc hiệu như đau đầu, sốt. Ở giai đoạn này đã gặp nhiều các triệu chứng rối loạn tâm thần như rối loạn tư duy 76%, rối loạn hành vi 56,5%, rối loạn cảm xúc 32,6%, rối loạn trí nhớ 43,5%. Ngoài ra có thể gặp một số dấu hiệu thần kinh: cơn động kinh 32,6%, liệt nửa người 19,6%, rối loạn cơ tròn 15,2%. Giai đoạn toàn phát: sốt vẫn là triệu chứng thường gặp (84,7%), các triệu chứng rối loạn tâm thần nổi bật mang đặc điểm của rối loạn tâm thần thực tổn: Hoang tưởng chiếm 30/46 bệnh nhân (65,2%), Ảo giác gặp ở 32/46 bệnh nhân nghiêm cứu (69,7%), Rối loạn hành vi tác phong chiếm 65. Rối loạn cảm xúc có ở 34/46 bệnh nhân (73,9%), trong đó đau khổ 77,8%, sợ hãi 70,3%, trầm cảm 55,6%, hưng cảm 14,8%. **Kết luận:** HSE là một bệnh nặng, có tỷ lệ tử vong và di chứng thần kinh cao, nếu không được điều trị đặc hiệu sớm thì tỷ lệ tử vong do HSE có thể lên tới 70% và chỉ có 2,5% bệnh nhân sống phục hồi được chức năng thần kinh

Từ khóa: HSE: Herpes simplex Encephalitis

SUMMARY

DESCRIBE CLINICAL FEATURES OF MENTAL DISORDERS IN HERPES ENCEPHALITIS IN ADULTS TREATED AT BACH MAI HOSPITAL

Problem: One of the common causes of mental disorders is brain damage such as encephalitis, brain tumor, cerebrovascular accident, brain injury. **Objective:** "Describe the clinical manifestations of mental disorders in encephalitis encephalitis in adults treated at Bach Mai Hospital". **Methods:** Descriptive clinical characteristics 46 patients who were adults ($\geq$

18 years) were diagnosed with mental illness with mental illness, hospitalized in neurological department of Bach Mai Hospital, 1/2013 to 10/2014. Data processing by statistical methods using SPSS 16.0 software. **Results:** Hepatitis encephalopathy was found in all age groups in adults, with more frequent occurrences in the 36-55 age group, in men than in women at 27/19. The disease occurs scattered throughout the year, but more in the spring. The onset is usually acute (65.2%) with non-specific symptoms such as headache, fever. At this stage, many mental disorders such as mental disorders 76%, behavior disorders 56.5%, emotional disorders 32.6%, memory disorders 43.5%. In addition, there may be some neurological signs: seizure 32.6%, hemiplegic 19.6%, circulatory disorders 15.2%. Full-blown fever is a common symptom (84.7%), and prominent psychiatric disorders are characterized by ventricular dysfunction: Parasites account for 30/46 patients (65, Hallucinations are found in 32/46 study patients (69.7%), Behavioral Disorders occupy 65. Emotional disturbances are seen in 34/46 patients (73.9%), in That is 77.8% irritability, 70.3% fear, 55.6% depression, 14.8% mesothelioma. **Conclusion:** HSE is a serious disease with high morbidity and mortality. If not treated early, mortality from HSE may be as high as 70% and only 2.5% Human life restores the nerve function.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm não là thuật ngữ để chỉ các trường hợp có tổn thương não bộ trong quá trình nhiễm khuẩn. Có nhiều nguyên nhân gây viêm não như: Virus, vi khuẩn, ký sinh trùng, nấm. Trong các nguyên nhân gây viêm não cấp tính, hay gặp nhất là do virus có ái tính với tổ chức não như các virus viêm não Nhật Bản, virus *Herpes simplex*, ngoài ra còn một số virus khác có thể gây viêm não như: Virus sởi, virus cúm, virus quai bị, virus thủy đậu, virus đường ruột (*Poliovirus*). Vào những thập niên đầu của thế kỷ 20, viêm não từng là một trong những nỗi kinh hoàng đối với con người trên thế giới bởi những vụ dịch mà nó gây nên, như năm 1924 một vụ dịch viêm não lớn đã xảy ra trên toàn nước Nhật Bản với số bệnh nhân lên đến 6000 người và tỉ lệ tử vong tới 60%.

Các triệu chứng rối loạn tâm thần trong HSE có khi âm thầm kín đáo, nhưng nhiều khi rầm rộ, nổi bật chiếm phần lớn trên lâm sàng làm che lấp các dấu hiệu thần kinh, dễ nhầm lẫn với các bệnh tâm thần nội sinh dẫn đến việc điều trị khó khăn, không hiệu quả, nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân. Vì vậy, việc phát hiện sớm, điều trị

*Viện sức khỏe tâm thần- Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng
Email: drdungbm@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 17.5.2017
Ngày phản biện khoa học: 1.8.2017
Ngày duyệt bài: 10.8.2017

đặc hiệu kịp thời HSE là vô cùng cần thiết nhằm tránh cho người bệnh những hậu quả đáng tiếc hoặc những di chứng nặng nề về sau. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn tâm thần trong viêm não herpes ở người lớn" với mục tiêu sau: "Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn tâm thần trong viêm não Herpes ở người lớn được điều trị tại bệnh viện Bạch Mai".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng và địa điểm nghiên cứu. mô tả cắt ngang có hồi cứu 46 BN là người lớn (≥ 18 tuổi) được chẩn đoán viêm não herpes có rối loạn tâm thần, điều trị nội trú tại khoa thần kinh bệnh viện Bạch Mai, thời gian từ tháng 1/2013 đến tháng 10/2014.

2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu nghiên cứu "ước tính tỷ lệ trong một quần thể" được tính theo công thức:

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu tối thiểu. α : Mức ý nghĩa thống kê.

$Z^2_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy. Khi α bằng 0,05 (độ tin cậy 95%) thì $Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96^2$.

$P=54\%$ là tỷ lệ triệu chứng hoang tưởng gặp trong viêm não theo nghiên cứu của Caroff (2001).

e : Độ sai lệch mong muốn tương đối giữa mẫu và quần thể, trong thực tế thường chọn từ 0,1 đến 0,4. Ở nghiên cứu này chúng tôi chọn bằng 0,3.

Áp dụng vào công thức trên tính được $n = 35$. Như vậy, cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 35 bệnh nhân.

Bảng 3.3. Phân tích các triệu chứng tâm thần trong giai đoạn khởi phát

Triệu chứng	Số BN (n=46)	%
Rối loạn cảm xúc	Trầm	13
	Lo lắng	25
	Cáu kỉnh	24
	Hưng cảm	4
Rối loạn hành vi	Tăng hoạt động	13
	Giảm hoạt động	9
	Dị kỳ	11
Rối loạn tư duy và tri giác	Rối loạn ngôn ngữ	30
	Có hoang tưởng, ảo giác	14
Rối loạn ý thức	U ám	6
	Lú lẫn	14
	Mê sảng	6
	Bán hôn mê	2
Rối loạn trí nhớ	20	43,5

Nhận xét: Trong rối loạn tư duy thì RL ngôn ngữ chiếm 65,2%. Về RL cảm xúc thì Lo lắng, cáu kỉnh chiếm xấp xỉ 54%, rồi trầm cảm chiếm 21,7%, hưng cảm ít gặp nhất với 8,7%. Trong RL hành vi: tăng hoạt động chiếm 28,3%, giảm hoạt động chiếm 19,6% và hành vi dị kỳ chiếm 23,9%.

3.1.2. Giai đoạn toàn phát (BN đã vào viện)

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

3.1.Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Giai đoạn khởi phát

Bảng 3.1.Tính chất khởi phát

Tính chất khởi phát	n	%
Cấp (< 1 tuần)	30	65,2
Bán cấp (1 tuần đến 1 tháng)	11	23,9
Kéo dài (> 1 tháng)	5	10,8

Nhận xét: Khởi phát trong HSE ở người lớn phần lớn là cấp tính (30/46 BN) sau đó là bán cấp với 11/46 BN.

Bảng 3.2. Đặc điểm triệu chứng chung

Đặc điểm	Số lượng (n=46)	Tỷ lệ %
Đau đầu	41	89,1
Mệt mỏi	22	47,8
Chán ăn	10	21,7
Nôn, buồn nôn	16	34,7
Chóng mặt	14	30,4
Rối loạn giấc ngủ	19	41,3
Sốt	36	78,2
Các triệu chứng khác	1	2,2

Nhận xét: Giai đoạn khởi đầu có rất nhiều triệu chứng không đặc hiệu. Trong đó đau đầu gặp hầu hết các ở bệnh nhân (41/46) chiếm tỷ lệ cao (89,1%). Sau đó đến sốt (78,2%), mệt mỏi 22/46 BN (47,8%) rối loạn giấc ngủ (41,3%), còn gặp chóng mặt, nôn và buồn nôn.

Bảng 3.4. Các biểu hiện chung

Đặc điểm	Số lượng (n=46)	Tỷ lệ %
Đau đầu	30	65,2
Mệt mỏi	36	78,3
Chán ăn	20	43,5
Nôn	17	37,0
Chóng mặt	17	37,0

Rối loạn giấc ngủ	20	43,5
Sốt	39	84,7

Nhận xét: Giai đoạn này nổi bật nhất là sốt chiếm 39/46 BN và mệt mỏi 36/46. Dấu hiệu đau đầu ở giai đoạn này có ở 30/46 BN (có thể do rối loạn ý thức nên không phát hiện được). Ngoài ra còn gặp nôn là biểu hiện của tăng áp lực nội sọ và viêm màng não gặp với một tỷ lệ 17/46 BN. Nhìn chung các biểu hiện đều tăng lên so với giai đoạn khởi phát.

3.2 Rối loạn tư duy

Bảng 3.5. Các loại hoang tưởng trên đối tượng nghiên cứu

Hoang tưởng	n = 30	%
Nhận nhầm	17	56,7
Bị hại	6	20,0
Ghen tuông	1	3,3
Tự cao	2	6,7
Tự buộc tội	4	13,3

Nhận xét: Trong 30 BN có hoang tưởng thì HT nhận nhầm gặp cao nhất 17/30 trường hợp, rồi đến HT bị hại 6/30, HT tự buộc tội 4/30, ít nhất là HT ghen tuông 1/30 trường hợp.

3.3 Rối loạn tri giác

Bảng 3.6. Các loại rối loạn tri giác thường gặp trên đối tượng nghiên cứu

Loại ảo giác	n = 32	%
Ao thanh	14	44,4
Ao thị	18	55,6
Ao xúc	4	12,5
Ao khứu	4	12,5
Ao vị	2	6,25

Nhận xét: Trong 32 BN có ảo giác, gặp cao nhất là ảo thị 18/32 BN, rồi đến ảo thanh 14/32 BN (chủ yếu là ảo thanh thật).

3.3 Đặc điểm Rối loạn cảm xúc.

Bảng 3.7. Đặc điểm rối loạn cảm xúc trên nhóm BN nghiên cứu

Triệu chứng cảm xúc	n = 34	%
Cáu gắt	23	67,6
Sợ hãi	21	61,8
Tăng khí sắc	4	11,8
Giảm khí sắc	13	38,2
Lo lắng	10	29,4
Khóc cười vô cớ	4	11,8
Trầm cảm	15	44,1
Hưng cảm	4	11,8
Không ổn định	5	14,7
Bàng quan, thờ ơ	17	50,0
Rối loạn cảm xúc khác	2	5,9

Nhận xét: Gặp cao nhất là cáu gắt 23/34 BN, tiếp theo sợ hãi 21/34 BN, lo lắng 10/34 BN, trầm cảm 15/34 BN, ít gặp nhất là rối loạn cảm xúc khác 2/34 BN.

3.4 Đặc điểm Rối loạn hành vi tác phong.

Bảng 3.8. Đặc điểm rối loạn hành vi tác phong trên nhóm nghiên cứu.

Triệu chứng	n = 30	%
Tăng hoạt động	16	53,3
Giảm hoạt động	10	33,3
Kích động	10	33,3
Dị kỳ khó hiểu	19	63,3
Căng trương lực	19	63,3
Khác	4	13,3

Nhận xét: hành vi dị kỳ khó hiểu và căng trương lực là hai triệu chứng hay gặp đều có ở 19/30 BN, giảm hoạt động, kích động đều gặp ở 10/30 BN.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, chúng tôi thấy gặp ở nam 27/46 chiếm (58,7%) nhiều hơn so với nữ 19/46 (41,3%). Tỷ lệ nam/nữ là 27/19. Với tuổi trung bình của bệnh nhân là $45 \pm 18,4$ tuổi. Cao nhất là 79 tuổi, thấp nhất là 18 tuổi.

4.2. Đặc điểm lâm sàng HSE

4.2.1. Đặc điểm tính chất khởi phát: Qua nghiên cứu phần lớn các bệnh nhân khởi phát cấp (65,2%) với triệu chứng đau đầu và sốt cao trong những ngày đầu của bệnh, diễn biến bán cấp với các dấu hiệu sốt từ từ tăng dần, nhức đầu và xuất hiện các rối loạn thần kinh, tâm thần là 23,9%. Còn lại 10,8% là khởi phát từ từ. Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu của tác giả Lương Thúy Hiền (2011) với khởi phát cấp 71,4% và từ từ 28,6

4.2.2. Bệnh cảnh lâm sàng giai đoạn khởi phát: Giai đoạn khởi đầu có rất nhiều triệu chứng không đặc hiệu. Trong đó đau đầu gặp ở hầu hết các bệnh nhân (89,1%), sau đó đến sốt (78,2%), rối loạn giấc ngủ (41,3%), chóng mặt (30,4%), nôn- buồn nôn (34,1%). Ngay trong giai đoạn đầu đã có thể gặp một số triệu chứng về thần kinh khu trú, trong đó nổi bật là biểu hiện các cơn động kinh (32,6%) và rối loạn cơ tròn (21,7%), liệt nửa người (19,6%). Đặc biệt là rất nhiều bệnh nhân trong giai đoạn đầu đã có các triệu chứng tâm thần, trong đó thường gặp là rối loạn ngôn ngữ (65,2%), rối loạn hành vi (56,5%), rối loạn cảm xúc (32,6%), rối loạn ý thức (60,9%), rối loạn trí nhớ (52,2%) và có hoang tưởng, ảo giác chiếm (30,4%). Tính chất của sốt thường là sốt nóng từ từ tăng dần có lúc gai rét, bệnh nhân có thể có sốt từ 38°C - 39°C. Các triệu chứng chúng tôi gặp ở giai đoạn khởi phát tương tự như kết quả nghiên cứu của tác giả khác. Biểu hiện rối loạn hành vi ở giai đoạn này: tăng hoạt động 28,3%, giảm hoạt động

19,6% và hành vi dị kỳ khó hiểu là 23,9%. Theo nghiên cứu của chúng tôi rối loạn hành vi hay gặp trong nhóm nghiên cứu mang tính chất xuất hiện đột ngột, có tính xung động mất định hướng (do rối loạn ý thức), rồi cũng nhanh chóng chấm dứt.

4.2.3. Đặc điểm lâm sàng giai đoạn toàn phát: Qua nghiên cứu 46 bệnh nhân viêm não Herpes, chúng tôi thấy ở giai đoạn toàn phát sốt vẫn là triệu chứng thường gặp. Các biểu hiện rối loạn tâm thần trở nên rầm rộ với nhiều hình thái khác nhau gồm: Lú lẫn, rối loạn cảm xúc, rối loạn hành vi, nhiều bệnh nhân kích động-loạn thần. Rối loạn ngôn ngữ cũng là triệu chứng hay gặp. Rối loạn ý thức chiếm (86,9%), ở các mức độ khác nhau, trong đó hôn mê chỉ chiếm một tỷ lệ nhỏ (6,0%). Động kinh là triệu chứng thường gặp, chủ yếu là cơn động kinh cục bộ, hoặc cơn động kinh cục bộ toàn thể hóa chiếm 49,25%. Dấu hiệu màng não gặp ở gần một phần ba số bệnh nhân (32,6%).

4.2.3.1. Đặc điểm rối loạn tư duy trong HSE: Trong nghiên cứu của chúng tôi rối loạn hình thức tư duy chiếm 80,4% (37/46 BN), trong đó tư duy ngắt quãng và nói một mình đều gặp với tỷ lệ cao tới 89,2%, tư duy không lô gíc 35,1%, tư duy lai nhai 32,4% và tư duy chậm chạp 8,1%. Nhiều BN trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có biểu hiện nói lảm bảm một mình những câu vô nghĩa, như đang tính toán một việc bí hiểm nào đó. Có những BN nói rời rạc, đang nói vài từ thì dừng lại một lúc rồi lại tiếp tục vài từ mà nội dung không liên quan với nhau khiến cho người nghe không hiểu. Hỏi lại BN cũng không biết mình vừa nói gì.

4.2.3.2. Đặc điểm hoang tưởng trong nhóm BN nghiên cứu: Tỷ lệ các loại hoang tưởng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn của Phan Thị Yến nghiên cứu về đặc điểm hoang tưởng, ảo giác ở BN sa sút trí tuệ: hoang tưởng nhận nhầm 35,7%, hoang tưởng bị hại 40,5%. Cùng trong nhóm thực tổn nhưng có lẽ do tổn thương não trong HSE cấp tính hơn và tuổi trung bình bị bệnh cũng trẻ hơn trong sa sút trí tuệ. Về thời gian tồn tại và diễn biến của hoang tưởng: qua kết quả cho thấy hơn một nửa diễn biến của HT là tăng về chiều tối (61,9%), diễn biến liên tục ít gặp nhất với 6,7% các trường hợp, còn từng lúc là 33,3%. Đặc điểm này cũng phù hợp với đặc điểm lâm sàng rối loạn tâm thần thực tổn nói chung.

4.2.3.3. Đặc điểm ảo giác trên BN nghiên cứu: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 32/46 BN (69,6%) xuất hiện ảo giác các loại,

trong đó gặp cao nhất là ảo thị với 18 BN chiếm 55,6%, rồi đến ảo thanh 8/46 BN chiếm 44,4%, ảo khứu 12,5%, ảo xúc 12,5%, ảo vị 6,25%

Ảo thanh trong nghiên cứu của chúng tôi thường gặp thứ hai sau ảo thị, chiếm 44,4%, trong đó đa số là ảo thanh thật. Bệnh nhân thường nghe thấy những tiếng nói rõ ràng như tiếng người thật, lúc thì ở xa, lúc thì ở gần, có khi ở ngay bên cạnh... Nhưng đại đa số bệnh nhân đều cho rằng những tiếng nói đó có một vị trí nhất định trong không gian và ở ngoài cơ thể của họ. Nội dung ảo thanh trong nghiên cứu chiếm đa số là ảo thanh đàm thoại, bình phẩm. Chỉ có 2/14 BN có ảo thanh ra lệnh. Về ảo giác xúc giác trong nghiên cứu của chúng tôi có 4/14 BN (chiếm tỉ lệ 12,5%). BN thường cảm thấy có sâu, kiến bò trên da thịt mình khiến họ khó chịu, tức tối và hay gặp ở bệnh nhân lú lẫn nặng, sáng. Diễn biến của ảo giác cũng như hoang tưởng, diễn biến tăng về chiều tối chiếm tỉ lệ cao nhất 68,8%, sau đó diễn biến từng lúc 25,0% và liên tục là 6,25%. Đặc điểm này cũng như ở hoang tưởng, chúng tôi thấy thường xuất hiện trên những bệnh nhân có rối loạn ý thức như mê sảng, lú lẫn.

4.2.3.4. Đặc điểm rối loạn cảm xúc trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy. Trong số 34/46 (chiếm 73,9%) bệnh nhân có rối loạn cảm xúc thì sợ hãi, cáu gắt chiếm 61 đến 67%, trầm cảm 44,1%, hưng cảm 11,8%, ngoài ra khóc cười vô cớ 11,8%, cảm xúc không ổn định 14,7%, bàng quan thờ ơ 50,0%. Rối loạn cảm xúc trong HSE cũng giống như trong các bệnh lý thực tổn cấp khác, thường do hoang tưởng, ảo giác chi phối. Những bệnh nhân rối loạn cảm xúc trong nghiên cứu của chúng tôi thường biểu hiện đột nhiên thay đổi thái độ với mọi người, trở nên cáu gắt, có lúc lại lo sợ hoảng hốt, la hét, có khi lại bàng quan, thờ ơ với mọi việc xung quanh, và hay có hoang tưởng bị hại, tự buộc tội, ảo giác đi kèm.

4.2.3.7. Đặc điểm rối loạn hành vi trên nhóm nghiên cứu: Cũng như rối loạn cảm xúc, rối loạn hành vi trong nghiên cứu của chúng tôi hay gặp trên bệnh nhân có hoang tưởng, ảo giác và chịu sự chi phối của nó, nhất là hành vi kích động. Bệnh nhân thường có hành vi không rõ mục đích, lặp đi lặp lại một cách định hình như sắp xếp đồ đạc, gói - mở quần áo nhiều lần. Có những bệnh nhân có hành vi mang tính xung động: Đột ngột chống đối, tấn công người khác hoặc vùng chạy bỏ trốn, hay gặp ở BN mê sảng. Có những trường hợp hành vi lại mang tính chất kích thích tại chỗ, bệnh nhân vật vã, chân tay

quờ quạng xung quanh hoặc lẫn sờ gấu áo và thường ở trên bệnh nhân có rối loạn ý thức u ám, lú lẫn. Hành vi căng trương lực cũng hay gặp trong lâm sàng HSE.

V. KẾT LUẬN

- Bệnh thường khởi phát cấp tính (65,2%) với các triệu chứng không đặc hiệu như đau đầu, sốt. Ở giai đoạn này đã gặp nhiều các triệu chứng rối loạn tâm thần như rối loạn tư duy 76%, rối loạn hành vi 56,5%, rối loạn cảm xúc 32,6%, rối loạn trí nhớ 43,5%.

- Giai đoạn toàn phát: sốt vẫn là triệu chứng thường gặp (84,7%), các triệu chứng rối loạn tâm thần nổi bật mang đặc điểm của rối loạn tâm thần thực tổn:

- Hoang tưởng chiếm 30/46 bệnh nhân, trong đó thường gặp là hoang tưởng nhận nhầm 56,7%, hoang tưởng bị hại 20,0%, tự buộc tội 13,3%, tự cao 6,7% và ghen tuông 3,3%.

- Ảo giác gặp ở 32/46 bệnh nhân nghiên cứu (69,7%), trong đó ảo thị hay gặp nhất với 55,6%, rồi đến ảo thanh 44,5% (chủ yếu là ảo thanh thật), ảo giác xúc giác và ảo giác khứu giác lần lượt là 16,7% và 22,3%.

- Rối loạn hành vi tác phong chiếm 65,2%, trong đó hay gặp tình trạng căng trương lực 63,3%, dị kỳ khó hiểu 63,3%.

- Rối loạn cảm xúc có ở 34/46 bệnh nhân (73,9%), trong đó cáu gắt 77,8%, sợ hãi 70,3%, trầm cảm 55,6%, hưng cảm 14,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kononenko VV. (2001)**, Etiological diagnosis and classification of herpes virus – associated disturbances of the central nervous system. *Lik Sprava*. (5 – 6): 24 – 30.
2. **Riera-Mestre A, Gubieras L, Martinez-Yelamos S. (2009)** "Adult herpes simplex encephalitis: Fifteen years experience. *Infect Microbiol Clin*: 27:143-7
3. **Raschilas F, Wolff M, Delatour F, ... et al (2002)**. "Outcome of and results of a multicenter study". *Clin Infect Dis*; 35:254-260.
4. **Otto B, Hermans M, Seifried C, Buchkremer M, Lanfermann H, Sitzer M (2007)**, Neurosyphilis: important differential diagnosis of herpes simplex encephalitis. *Nervenarzt*. 78(8): 944 – 7.
5. **Patel R, Jha S, Yadav RK, Kumar V. (2004)**, Clinical spectrum, pitfalls in diagnosis and therapeutic implications in herpes simplex encephalitis. *J Assoc Physicians India*; 52: 24 – 6.
6. **Boivin G (2004)**, Diagnosis of herpes virus infections of the central nervous system. *Herpes*. 11(Suppl 2): 48A – 56A.
7. **Gaviani P, Leone M, Mula M, Naldi P, Macchiarulo E, Brustia D, Monaco F. (2004)**, Progression of MRI abnormalities in herpes simplex encephalitis despite clinical improvement: natural history or disease progression?. *Neurol Sci*; 25(2): 104 – 7.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO HỆ CẢNH CÓ VỮA XƠ HẸP TẮC ĐỘNG MẠCH CẢNH ĐOẠN NGOÀI SỌ

Lê Na*, Võ Hồng Khôi**

TÓM TẮT

Nhồi máu não chiếm 80% bệnh nhân đột quỵ não. Một trong những nguyên nhân nhồi máu hệ cảnh hay gặp là do vữa xơ động mạch cảnh. **Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học ở bệnh nhân nhồi máu não hệ cảnh có vữa xơ hẹp tắc động mạch cảnh đoạn ngoài sọ. **Phương pháp nghiên cứu:** 50 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là nhồi máu não hệ cảnh có vữa xơ động mạch cảnh đoạn ngoài sọ trong giai đoạn cấp (dưới 1 tháng) được khám và điều trị tại Khoa Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7 năm 2016 đến tháng 7 năm 2017. **Kết quả và kết luận:** Triệu chứng lâm sàng thường gặp: liệt vận

động (100%), rối loạn cảm giác (72%), bán manh (56%), thất ngôn (46%), rối loạn ý thức nặng và vừa (26%), mất đập, đập yếu hoặc tiếng thổi động mạch cảnh (38%). Vị trí mảng vữa xơ hay gặp nhất ở phình cảnh. Hẹp động mạch cảnh trên 50% do mảng vữa xơ: 56%, trong đó tắc hoàn toàn: 24%, hẹp nặng (70-99%): 18%, hẹp vừa (50- 69%): 14%, không hẹp và hẹp nhẹ (dưới 50%): 44%. Về đặc điểm nhồi máu: nhồi máu dưới vỏ (36%), nhồi máu toàn bộ vùng cấp máu của động mạch: 34%, còn lại là nhồi máu vùng vỏ (14%), vùng giáp ranh (10%).

Từ khóa: nhồi máu não, vữa xơ mạch, động mạch cảnh đoạn ngoài sọ.

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL AND IMAGING MANIFESTATIONS OF PATIENTS SUFFERING FROM ANTERIOR CIRCULATION ISCHEMIC STROKE WITH EXTRACRANIAL CAROTID ARTERY DISEASE

Ischemic stroke accounted for 80% of stroke patients. One of the common causes of ischemic

*Đại học Y Hà Nội.

**Bệnh viện Bạch Mai.

Chịu trách nhiệm chính: Lê Na

Email: tuantranganhna@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2017

Ngày duyệt bài: 30.8.2017

stroke is due to atherosclerosis of carotid arteries.

Objective: To describe clinical and imaging manifestations of patients with ischemic stroke due to atherosclerosis of extra-cranial carotid arteries.

Method: We studied on 50 anterior circulation acute ischemic stroke patients with carotid atherosclerosis admitted to the Neurology Department of Bach Mai Hospital from July 2016 to July 2017. **Results and Conclusions:** the most common clinical manifestations were: contralateral hemiplegia (100%), sensory disorders (72%), hemianopia (56%), aphasia (46%), moderate or severe unconsciousness (26%), loss or weakening of carotid pulse, or carotid bruits (38%). The most common site of stenosis was in the carotid bifurcation (38.4%). The proportion of stenosis over 50% of carotid artery was as follows due to plaque 56%, total occlusion 24%, severe stenosis (70-99%) was 18%, moderate stenosis (50-69%) 14%, no stenosis or mild stenosis (<50%) 44%. In terms of lesion's location, subcortical infarctions' rate was 36%, total infarctions accounted for 34%, 14% was cortical territorial infarctions, the others were watershed infarctions (10%) and multiple infarctions (6%).

Key words: ischemic stroke, atherosclerosis, extracranial carotid artery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là bệnh lý thường gặp, đang có chiều hướng gia tăng và là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật nghiêm trọng ở người trưởng thành. Nhồi máu não chiếm 80% các trường hợp, trong đó nhồi máu não hệ cảnh khoảng 75%. Một trong những nguyên nhân gây nhồi máu não là do vữa xơ động mạch cảnh, hay gặp nhất ở vị trí phình cảnh đoạn ngoài sọ. Đánh giá tình trạng vữa xơ có ý nghĩa lớn trong điều trị. Siêu âm Doppler là một phương pháp đánh giá tình trạng vữa xơ rất tốt vì có thể tiến hành rộng rãi, độ chính xác cao mà không gây biến chứng. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học ở bệnh nhân nhồi máu não hệ cảnh có vữa xơ hẹp tắc động mạch cảnh đoạn ngoài sọ trên siêu âm Doppler.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 50 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là nhồi máu não hệ cảnh có vữa xơ động mạch cảnh đoạn ngoài sọ trong giai đoạn cấp (dưới 1 tháng) được khám và điều trị tại Khoa thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7 năm 2016 đến tháng 7 năm 2017.

2.1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Dựa theo định nghĩa đột quỵ não của Tổ chức Y tế Thế giới (1990).
- Dựa vào đặc điểm lâm sàng: Khởi đầu đột ngột, cấp tính và nặng dần, có biểu hiện tổn thương thần kinh khu trú, các triệu chứng tồn tại hơn 24 giờ, không do chấn thương.

- Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) hoặc cộng hưởng từ (CHT) sọ não có tổn thương dạng nhồi máu não thuộc khu vực tưới máu của động mạch cảnh.

- Siêu âm Doppler mạch có mảng vữa xơ động mạch cảnh đoạn ngoài sọ gây hẹp tắc mạch với các mức độ khác nhau.

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ: Không thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trên và/ hoặc có bệnh tim gây huyết khối xác định qua thăm khám lâm sàng, điện tim, siêu âm tim và hoặc có các nguyên nhân khác gây nhồi máu não. Có nhiều bệnh lý toàn thân nặng như: suy tim, suy thận, xơ gan...

2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Nội dung nghiên cứu: Chẩn đoán nhồi máu não:

- ❖ **Lâm sàng:** Liệt nửa người, rối loạn ý thức, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn cảm giác, liệt VII trung ương, bán manh cùng tên, rối loạn cơ tròn, mất đập, đập yếu hoặc tiếng thổi động mạch cảnh, đau đầu, co giật..., các yếu tố nguy cơ.

- Đánh giá tri giác dựa vào thang điểm Glasgow.

- Mức độ liệt đánh giá qua thang điểm Henry.

- ❖ **Hình ảnh nhồi máu não:** phải nhìn thấy ổ tổn thương trên CLVT/CHT sọ não.

- Phân tích đặc điểm tổn thương trên CLVT/CHT sọ não: nhồi máu vỏ não, nhồi máu dưới vỏ, nhồi máu vỏ não- dưới vỏ, nhồi máu nhiều ổ rải rác, nhồi máu vùng giáp ranh.

Đánh giá mảng xơ vữa trên siêu âm động mạch cảnh

- Có mảng vữa xơ động mạch cảnh (theo Hội tăng huyết áp Châu Âu/Hội tim mạch Châu Âu năm 2003) khi độ dày nội tâm mạc trên 1,5mm.

- Xác định mức độ hẹp động mạch cảnh theo NASCET % đoạn hẹp = $[(Dn - Ds)/Dn] \times 100\%$

- Đánh giá mức độ hẹp theo nghiên cứu của Zavanone (2012): không hẹp hoặc hẹp nhẹ (dưới 50%), hẹp vừa (từ 50 đến 69%), hẹp nặng (từ 70 đến 99%) và tắc hoàn toàn (100%).

3. Xử lý số liệu theo phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Đặc điểm tuổi và giới của các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm tuổi và giới		Nhóm nghiên cứu (n = 50)
Tuổi (Năm)	Trung bình	66, 0 ± 9,2
	≥ 60	38 (76,0%)
	< 60	12 (24,0%)
Giới	Nam	40 (80%)
	Nữ	10 (20%)

Nhận xét: Tuổi trung bình là 66 tuổi, nhóm tuổi thường gặp nhất: trên 60 tuổi, chiếm tỷ lệ

76%. Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ = 4,0.

Bảng 3.2: Một số yếu tố nguy cơ liên quan đến nhồi máu não có vữa xơ động mạch cảnh

Yếu tố nguy cơ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp (THA)	36	72,0
Rối loạn lipid máu	23	46,0

Đái tháo đường typ2 (ĐTĐ)	10	20,0
Hút thuốc lá	21	42,0
Nghiện rượu	16	32,0
Tiền sử đột quỵ não	22	44,0

Nhận xét: Những yếu tố nguy cơ hay gặp nhất là: tăng huyết áp (72%), rối loạn lipid máu (46%), tiền sử có đột quỵ não (44%), nghiện rượu (32%), đái tháo đường (20%).

Bảng 3.3: Một số triệu chứng lâm sàng lúc nhập viện.

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Rối loạn ý thức (theo thang điểm Glasgow)	G > 12 điểm	74
	G : 8- 12	22
	G < 8	4
Mức độ lâm sàng (theo thang điểm NIHSS)	Nặng	18
	Vừa	46
	Nhẹ	36
Liệt nửa người		100
Mức độ liệt nửa người	Không hoàn toàn	74
	Liệt hoàn toàn	26
Rối loạn ngôn ngữ (Thất ngôn)	Kiểu Broca	24
	Kiểu Wernicke	10
	Toàn bộ	12
Rối loạn cảm giác		72
Nhìn mờ, mù thoáng qua		16
Mất đập, đập yếu/thối động mạch cảnh		38
Bán manh cùng tên		56

Nhận xét: Liệt nửa người chiếm 100%, chủ yếu liệt không hoàn toàn (mức độ liệt từ 1 đến 4 theo Henry và CS (1984) chiếm 74%). Rối loạn cảm giác (72%) và bán manh đồng danh (56%) cũng thường gặp. Thất ngôn gặp 46 %, chủ yếu là thất ngôn Broca (24%). Mất đập, đập yếu hoặc tiếng thổi động mạch cảnh chỉ có 28/50 bệnh nhân, chiếm 38%. Rối loạn ý thức vừa và nặng chiếm 26%, trong đó rối loạn ý thức nặng chỉ có 4/50 trường hợp (4%). Dấu hiệu nhìn mờ, mù thoáng qua chiếm 16%.

Bảng 3.4: Đặc điểm nhồi máu não trên chụp CLVT/ CHT sọ não

Đặc điểm nhồi máu	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nhồi máu vỏ não	7	14
Nhồi máu dưới vỏ	18	36
Nhồi máu vỏ- dưới vỏ	17	34
Nhồi máu nhiều ổ	3	6
Nhồi máu vùng giáp ranh	5	10

Nhận xét: Nhồi máu não dưới vỏ (bao gồm cả nhân xám trung ương, đồi thị, bao trong) chiếm tỉ lệ cao nhất (36%). Nhồi máu toàn bộ vùng cấp máu của động mạch chi phối (nhồi máu kết hợp vỏ và dưới vỏ) thường gặp (34%), còn nhồi máu vùng vỏ, vùng giáp ranh hay nhiều ổ ít gặp hơn.

Bảng 3.5: Mức độ hẹp tắc do vữa xơ động mạch cảnh đoạn ngoài sọ

Mức độ hẹp tắc	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Không hẹp và hẹp nhẹ	22	44
Hẹp vừa (50-69%)	7	14
Hẹp nặng (70- 99%)	9	18
Tắc hoàn toàn (100%)	12	24
Tổng	50	100

Nhận xét: Trong các bệnh nhân có mảng vữa xơ ở động mạch cảnh đoạn ngoài sọ không gây hẹp hoặc hẹp nhẹ (dưới 50% tính theo NASCET) chiếm tỷ lệ cao nhất (44%), mảng vữa xơ gây tắc hoàn toàn chiếm 24%, trong khi đó hẹp vừa là 14% và hẹp nặng là 18%.

Bảng 3.6: Vị trí vữa xơ động mạch cảnh đoạn ngoài sọ

Vị trí	Số mạch cảnh vữa xơ	Tỷ lệ (%)
Động mạch cảnh chung	20	27,4
Phình cảnh	28	38,4
Động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ	24	32,9
Động mạch cảnh ngoài	1	1,3
Tổng	73	100,0

Nhận xét: Nghiên cứu 100 động mạch cảnh của 50 đối tượng nghiên cứu cho thấy: Có 73/100 mảng vữa xơ (73%). Vị trí hay gặp nhất ở phình cảnh (38, 4%), ở động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ (32,9%).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Một số đặc điểm lâm sàng: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là $66,0 \pm 9,2$. Tuổi càng cao tỷ lệ nhồi máu não càng tăng, tập trung từ 60 tuổi trở lên, chiếm 76%. Nam giới chiếm 80%. Tuổi từ 60 trở lên và giới nam là các yếu tố nguy cơ của đột quỵ não đã được công nhận. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Đặng Vĩnh Hiệp [1]. Những yếu tố nguy cơ hay gặp nhất là: tăng huyết áp (72%), rối loạn lipid máu (46%), tiền sử có đột quỵ não (44%), nghiện rượu (32%), đái tháo đường (20%). Theo Nguyễn Văn Đăng [2] tỷ lệ tăng huyết áp là 59,3% và là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất. Theo nhiều tác giả, tỷ lệ đái tháo đường trong bệnh nhân nhồi máu não hệ cảnh từ 12 đến 23%. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của các tác giả đã nêu trên.

Ý thức của bệnh nhân được đánh giá theo thang điểm Glasgow: Nhóm không rối loạn ý thức hoặc rối loạn ý thức nhẹ (điểm Glasgow từ 12 điểm trở lên), chiếm 74%. Nhóm có rối loạn ý thức vừa (Glasgow 8 đến 12 điểm): 22%. Nhóm có rối loạn ý thức nặng (Glasgow dưới 8) chỉ gặp 2/50 bệnh nhân (4%). Theo Nguyễn Công Hoan, điểm Glasgow trên 12 điểm chiếm 64%; từ 8 đến 12 điểm là 32% và dưới 8 điểm cũng là 4% [3].

Nghiên cứu này chúng tôi thấy toàn bộ bệnh nhân (50/50) có liệt vận động nửa người, trong đó 74% liệt không hoàn toàn. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Công Hoan với 100% bệnh nhân có liệt vận động, trong đó có 72% là liệt không hoàn toàn [3]. Mai Hữu Phước gặp tỷ lệ liệt nửa người là 93,88% [4]. Rối loạn ngôn ngữ trong nghiên cứu này là 46%, thất ngôn Broca chiếm 24%. Nguyễn Công Hoan thấy rối loạn ngôn ngữ ở 64% bệnh nhân [3]. Rối loạn cảm giác khách quan và chủ quan gặp ở 36/50 bệnh nhân (72%). Dấu hiệu bán manh cùng tên chiếm 56%, thấp hơn của Nguyễn Công Hoan (70%) [3]. Nhưng một số tác giả trong nước nghiên cứu về nhồi máu não thấy dấu hiệu bán manh thấp hơn, từ 10 đến 30% [4]. Rối loạn cảm giác và bán manh khác nhau ở các nghiên cứu vì phụ thuộc nhiều vào tình trạng ý thức, khả năng hiểu ngôn ngữ cũng như sự hợp tác của bệnh nhân. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ giảm, mất đập hoặc tiếng thổi động mạch cảnh chiếm 38%. Theo Longstreth, 50% hẹp mạch cảnh sẽ bị bỏ sót nếu chỉ chẩn đoán qua bắt và nghe mạch cảnh [5]. Triệu chứng mù thoáng qua có 8/50 bệnh nhân (16%), là triệu chứng điển hình

của tắc hoàn toàn động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ. Theo Nguyễn Hoàng Ngọc, có 12,28% bệnh nhân có triệu chứng này [6].

4.2 Một số đặc điểm hình ảnh học: Vị trí mảng xơ hay gặp nhất ở phình cảnh (38,4%), sau đó đến động mạch cảnh trong (32,8%). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Công Hoan [3]. Theo Đặng Vĩnh Hiệp [1], vị trí tổn thương hay gặp nhất cũng ở phình cảnh (67,8%) và động mạch cảnh trong là 20,4%.

Số bệnh nhân có mảng xơ ở động mạch cảnh đoạn ngoài sọ không gây hẹp hoặc hẹp nhẹ (dưới 50% tính theo NASCET) chiếm tỉ lệ cao nhất (44,0%). Mảng xơ gây tắc hoàn toàn chiếm tỷ lệ khá cao (24,0%), trong khi đó mức độ hẹp vừa là 14,0% và hẹp nặng là 18,0%. Reith (2013) cho kết quả động mạch vừa xơ không hẹp và hẹp dưới 50% là 48,86%, hẹp 50-69% là 22,73%, hẹp trên 70% là 28,41% [7]. Chúng tôi thấy nhồi máu não dưới vỏ chiếm tỷ lệ cao nhất (36%). Nhồi máu toàn bộ vùng cấp máu của động mạch chi phối cũng thường gặp (34%), còn nhồi máu vùng vỏ, vùng giáp ranh hay nhiều ổ ít gặp hơn.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng: Tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là $66,0 \pm 9,2$, tuổi từ 60 trở lên chiếm tỷ lệ 76%, bệnh nhân nam gặp nhiều hơn bốn lần so với nữ. Những yếu tố nguy cơ hay gặp nhất là: tăng huyết áp (72%), rối loạn lipid máu (46%), tiền sử có đột quỵ não (44%), nghiện rượu (32%), đái tháo đường (20%).

Triệu chứng lâm sàng thường gặp là liệt vận động (100%), rối loạn cảm giác (72%), rối loạn ý thức nặng và vừa (26%), thất ngôn (46%), bán manh (56%), mất đập, đập yếu hoặc tiếng thổi động mạch cảnh (38%), mức độ lâm sàng nặng và vừa (64%).

2. Đặc điểm hình ảnh học: Mảng xơ hay gặp nhất ở vị trí phình cảnh. Hẹp động mạch cảnh trên 50% do mảng xơ là 56%, trong đó tắc hoàn toàn: 24%, hẹp nặng (70- 99%): 18%, hẹp vừa (50- 69%): 14%; không hẹp và hẹp nhẹ (dưới 50%): 44%.

Đặc điểm nhồi máu não trên chụp cắt lớp vi tính và/ hoặc cộng hưởng từ sọ não cho thấy: nhồi máu dưới vỏ (36%), nhồi máu toàn bộ vùng cấp máu của động mạch: 34%, còn lại là nhồi máu vùng vỏ (14%), vùng giáp ranh (10%) và nhiều ổ (6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Vĩnh Hiệp, Nguyễn Quốc Dũng, Đặng Tú Tâm (2012), Nhận xét hình ảnh động mạch

- cảnh ngoài sọ ở bệnh nhân có nhồi máu não, *Tạp chí Y học thực hành*. 4 (816), 21- 22.
2. **Nguyễn Văn Đăng (2003)**, "*Tai biến mạch máu não*", Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr 13-61.
 3. **Nguyễn Công Hoan (2008)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học của nhồi máu não do vỡ xơ hệ động mạch cảnh trong, *Tạp chí nghiên cứu y học*. 63(4), 60-65.
 4. **Mai Hữu Phước, Hoàng Khánh (2007)**: *Nghiên cứu tương quan giữa đặc điểm lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính ở bệnh nhân nhồi máu não hệ cảnh giai đoạn cấp*, Luận án Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Huế.
 5. **Longstreth W.T (1998)**: Asymptomatic internal carotid artery stenosis defined by ultrasound and the risk of subsequent stroke in the elderly, *Stroke* (29), pp 2371 – 2376.
 6. **Nguyễn Hoàng Ngọc (2002)**, *Nghiên cứu thực trạng hẹp động mạch cảnh ở bệnh nhân nhồi máu não và hẹp động mạch cảnh không triệu chứng bằng siêu âm Doppler*, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y.
 7. **Reith W. (2013)**, [Extracranial carotid stenosis: diagnostics, therapy and follow- up], *Radiologe*. 53(6), 64.

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ VÀ ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA VI KHUẨN GÂY NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG NIỆU TRÊN BỆNH NHÂN ĐẶT THÔNG TIỂU

Đinh Vạn Trung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: tìm hiểu các vi khuẩn gây bệnh thường gặp trong nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên những bệnh nhân có đặt thông tiểu và đánh giá sự đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn đó tại Bệnh viện TWQĐ108. **Đối tượng và phương pháp:** Tiến cứu mô tả 183 mẫu nước tiểu của những bệnh nhân nhiễm khuẩn đường niệu do đặt thông tiểu. **Kết quả:** Tỷ lệ gây bệnh của *E.coli* là cao nhất với 41,53%, tiếp đến là *K.pneumoniae* chiếm tỷ lệ hơn 15%, trực khuẩn mủ xanh là 10,38% và *A.baumannii* là 4,37%. Tỷ lệ kháng cephalosporin thế hệ 3,4 của *E.coli* dao động trong khoảng 40-61,5%, chưa thấy kháng với nhóm Carbapenems. *K.pneumoniae* có tỷ lệ kháng cao với nhóm quinolone, cephalosporin thế hệ 3, tỷ lệ kháng với Imipenem là 9,4% và Meropenem là 6,5%. *P.aeruginosa* có tỷ lệ đề kháng rất cao với hầu hết các kháng sinh, kháng Cefepime và Amikacin là 36,7% và 22,7%. Tỷ lệ kháng của *A.baumannii* với Imipenem là 40%, Meropenem là 39,1% và Colistin là 4,0%.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn tiết niệu, kháng kháng sinh, đặt thông tiểu

SUMMARY

RESEARCH ANTIBIOTIC RESISTANCE AND RATE OF BACTERIA CAUSE URINARY TRACT INFECTIONS IN PATIENTS PLACED URINARY CATHETER

Objective: Learn about the pathogenic bacteria in urinary tract infections in patients with urinary catheters and evaluated their antibiotic resistance at 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** Descriptive study, 183 urine specimens of patients with urinary tract infections due to urinary catheterization. **Results:** The incidence of *E.coli* was highest at 41.53%, followed by *K. pneumoniae* at more than 15%, *P.aeruginosa*

were 10.38% and *A.baumannii* were 4.37%. The third and fourth generation cephalosporins resistance rates of *E. coli* ranged from 40% to 61.5%. We have not seen resistance to carbapenems. *K.pneumoniae* has a high rate of resistance to quinolone and third generation cephalosporins, the prevalence of resistance to Imipenem is 9.4% and Meropenem is 6.5%. *P.aeruginosa* has a very high rate of resistance to most antibiotics, resistance to Cefepime and Amikacin was 36.7% and 22.7%. The resistance rate of *A.baumannii* with Imipenem was 40%, Meropenem was 39.1% and Colistin was 4.0%.

Keywords: Urinary tract infections (UTI), Antimicrobial resistance, urinary catheter

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên những bệnh nhân đặt thông tiểu là biến chứng thường gặp trong bệnh viện, sự đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh diễn biến rất phức tạp trong điều trị. Hậu quả của sử dụng kháng sinh không hợp lý sẽ dẫn đến nhiều chủng vi khuẩn kháng thuốc và mức độ kháng ngày càng cao nhất là các chủng vi khuẩn sinh ESBL. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: tìm hiểu các vi khuẩn gây bệnh thường gặp trong nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên những bệnh nhân có đặt thông tiểu và đánh giá sự đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn đó tại Bệnh viện TWQĐ108.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 183 mẫu xét nghiệm vi khuẩn trên các bệnh nhân có chẩn đoán nhiễm khuẩn đường niệu do đặt thông tiểu.

2.2. Vật liệu nghiên cứu: ống nghiệm được sấy tiệt trùng để lấy bệnh phẩm, que cấy, giá để ống nghiệm, kính hiển vi, lam kính, đèn gas, tầm bông vô khuẩn, máy lắc, tủ ủ, các dụng cụ chứa mẫu khác...

*Bệnh viện TWQĐ108

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Vạn Trung

Email: drtrung108@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2017

Ngày duyệt bài: 17.8.2017

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, thực hành labo.

- Nước tiểu được lấy theo hướng dẫn lấy nước tiểu giữa dòng áp dụng cho BN có đặt thông tiểu (WHO 1991)

- Các bước định danh và làm kháng sinh đồ: trên hệ thống máy VITEK 2 (Mỹ). Đánh giá độ

nhạy cảm của vi khuẩn với kháng sinh: Kháng-Trung gian-Nhạy.

2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 1-4 năm 2017. Tại labo khoa Vi sinh vật - Bệnh viện TWQĐ108

2.5. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ phân bố vi khuẩn gây bệnh trong trong các mẫu nước tiểu của bệnh nhân viêm đường niệu do đặt thông tiểu

Số TT	Vi khuẩn	n = 183	%
1.	<i>Escherichia coli</i>	76	41,53
2.	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	29	15,85
3.	<i>Enterococcus faecalis</i>	28	15,30
4.	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	19	10,38
5.	<i>Acinetobacter baumannii</i>	8	4,37
6.	<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	7	3,83
7.	<i>Enterobacter cloacae</i>	4	2,19
8.	<i>Proteus mirabilis</i>	3	1,64
9.	<i>Burkholderia cepacia</i>	2	1,09
10.	<i>Morganella morganii</i>	2	1,09
11.	<i>Pseudomonas putida</i>	2	1,09
12.	<i>Enterobacter aerogenes</i>	2	1,09
13.	<i>Citrobacter freundii</i>	1	0,55

Nhận xét: Có 13 loài vi khuẩn khác nhau gây nhiễm khuẩn tiết niệu với các tỷ lệ khác nhau, trong đó *E.coli* chiếm tỷ lệ cao nhất với 41,53%.

Bảng 2. Tỷ lệ nhạy cảm với kháng sinh của *E.coli*

TT	Kháng sinh	Tỷ lệ (%) (n= 76)			%R95%CI
		R	I	S	
1.	Ampicillin/Sulbactam	0	0	100	0-69,0
2.	Amoxicillin/Clavulanic acid	25,0	40,0	35,0	9,6-49,4
3.	Piperacillin/Tazobactam	10	10	80	0,5-45,9
4.	Amikacin	0	0	100	0,0-34,5
5.	Gentamicin	20	20	60	3,5-55,8
6.	Ciprofloxacin	32,0	11,8	56,2	9,0-69,1
7.	Levofloxacin	50	12,5	37,5	17,4-82,6
8.	Cefuroxime sodium	50,0	0	50,0	13,9-86,1
9.	Ceftriaxone	56,9	8,1	35,0	29,6-81,2
10.	Cefotaxime	61,5	7,7	30,8	32,2-84,8
11.	Ceftazidime	50,0	14,3	35,7	24,0-76,0
12.	Cefepime	40,0	20,0	40,0	13,7-72,6
13.	Carbenicillin	100	0	0	19,8-100
14.	Tobramycin	35,7	14,3	50,0	14,0-64,4
15.	Ertapenem	0	3,5	96,5	0,0-43,9
16.	Imipenem	0	0	100	0,0-26,8
17.	Meropenem	0	0	100	0,0-32,1

Nhận xét: Tỷ lệ kháng cephalosporin thế hệ 3,4 của *E.coli* dao động trong khoảng 40-61,5%. Đối với các Fluoroquinolones, tỷ lệ kháng cao như Ciprofloxacin (33,3%), Levofloxacin (50,0%), chưa thấy kháng với nhóm Carbapenems.

Bảng 3. Tỷ lệ nhạy cảm với kháng sinh của *K.pneumoniae*

TT	Kháng sinh	Tỷ lệ (%) (n= 76)			%R95%CI
		R	I	S	
1.	Ampicillin/Sulbactam	57,1	28,6	14,3	20,2-88,2
2.	Amoxicillin/Clavulanic acid	35,3	17,6	47,1	20,3-53,3
3.	Amikacin	20,5	0	79,5	0,0-18,5

4.	Gentamicin	25,0	3,6	71,4	11,4-45,2
5.	Levofloxacin	23,8	4,8	71,4	9,1-47,5
6.	Tobramycin	28,1	3,1	68,8	14,4-47,0
7.	Ceftriaxone	28,1	12,5	59,4	14,4-47,0
8.	Cefotaxime	37,1	22,9	40,0	22,0-55,0
9.	Ceftazidime	29,4	14,7	55,9	15,7-47,7
10.	Cefepime	15,8	21,1	63,2	4,2-40,5
11.	Ciprofloxacin	27,3	4,5	68,2	11,6-50,5
12.	Ertapenem	7,7	0	92,3	0,4-37,9
13.	Imipenem	9,4	0	90,6	2,5-26,2
14.	Meropenem	6,5	0	93,5	1,1-22,9

Nhận xét: các chủng *K.pneumoniae* phân lập được có tỷ lệ kháng cao với các kháng sinh thông thường như quinolone, cephalosporin thế hệ 3. Tỷ lệ kháng với Imipenem là 9,4% và Meropenem là 6,5%. Kháng với Ertapenem là 7,7%.

Bảng 4. Tỷ lệ nhạy cảm với kháng sinh của *P.aeruginosa*

TT	Kháng sinh	Tỷ lệ (%) (n= 76)			%R95%CI
		R	I	S	
1.	Ampicillin/Sulbactam	85,7	14,3	0	42,0-99,2
2.	Amoxicillin/Clavulanic acid	100	0	0	56,1-100
3.	Piperacillin/Tazobactam	36,0	20,0	44,0	23,3-50,9
4.	Amikacin	22,7	13,6	63,9	8,7-45,8
5.	Gentamicin	47,1	17,6	35,3	23,9-71,5
6.	Cefuroxime sodium	100	0	0	65,5-100
7.	Cefotaxime	100	0	0	46,3-100
8.	Ceftriaxone	100	0	0	62,9-100
9.	Ceftazidime	28,6	9,5	61,9	12,2-52,3
10.	Cefepime	36,7	30	33,3	20,6-56,1
11.	Ciprofloxacin	53,8	15,4	30,8	26,1-79,6
12.	Tobramycin	60	5	35	36,4-80,0
13.	Norfloxacin	77,8	0	22,2	40,2-96,1
14.	Imipenem	22,7	9,1	68,2	8,7-45,8
15.	Meropenem	47,4	10,5	42,1	25,2-70,5

Nhận xét: các chủng trực khuẩn mủ xanh phân lập được có tỷ lệ kháng cao với hầu hết các kháng sinh thường dùng trong bệnh viện. Các kháng sinh chuyên điều trị trực khuẩn mủ xanh như Cefepime, Amikacin có tỷ lệ kháng là 36,7% và 22,7%.

Bảng 5. Tỷ lệ nhạy cảm với kháng sinh của *A.baumannii*

TT	Kháng sinh	Tỷ lệ (%) (n= 76)			%R95%CI
		R	I	S	
1.	Ampicillin/Sulbactam	50	25	25	9,2-90,8
2.	Amoxicillin/Clavulanic acid	60,9	21,7	17,4	38,8-79,6
3.	Piperacillin/Tazobactam	48,4	12,9	38,7	30,6-66,6
4.	Amikacin	45,0	10,0	45,0	23,8-68,0
5.	Gentamicin	69,0	0	31,0	49,1-84,1
6.	Cefuroxime sodium	50,0	16,7	33,3	13,9-86,1
7.	Cefotaxime	56,7	26,7	16,7	37,7-74,1
8.	Ceftriaxone	63,6	27,3	9,1	40,8-81,9
9.	Ceftazidime	51,7	20,7	27,6	32,9-70,1
10.	Cefepime	37,5	16,7	45,8	19,5-59,2
11.	Norfloxacin	42,9	28,6	28,6	11,8-79,8
12.	Imipenem	40,0	4,0	56,0	21,8-61,1
13.	Meropenem	39,1	4,3	56,5	20,4-61,2
14.	Colistin	0	4,0	96,0	0,0-16,6

Nhận xét: *A.baumannii* kháng cao với hầu hết các kháng sinh, đặc biệt tỷ lệ kháng với nhóm Carbapenems như Imipenem tới 40% và Meropenem 39,1%. Với Colistin, tỷ lệ kháng thấp (96,0%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 183 mẫu nước tiểu của những bệnh nhân bị nhiễm trùng đường niệu do đặt thông tiểu, kết quả ở bảng 1 cho thấy có 13 loài vi khuẩn khác nhau gây nhiễm khuẩn tiết niệu với các tỷ lệ khác nhau, trong đó *E.coli* chiếm tỷ lệ cao nhất với 41,53%, tiếp đến là *Klebsiella pneumoniae* và *Enterococcus faecalis* chiếm tỷ lệ hơn 15%, trực khuẩn mủ xanh (*Pseudomonas aeruginosa*) là 10,38% và *Acinetobacter baumannii* là 4,37%. Còn lại là các loài vi khuẩn khác chiếm tỷ lệ thấp hơn từ 1-3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Trần Thị Thanh Nga tại Bệnh viện Chợ Rẫy: có 29 loài vi khuẩn gây bệnh viêm đường tiết niệu, trong đó vi khuẩn có tỉ lệ gây bệnh nhiều nhất là: *E.coli* (49.6%), *Enterococcus faecalis* (13.2%), *Klebsiella spp.* (11.3%), *P.aeruginosa* (8.4%), *A.baumannii* (5.5%).

Về tỷ lệ kháng kháng sinh, kết quả nghiên cứu ở bảng 2 cho thấy, tỷ lệ kháng cephalosporin thế hệ 3,4 của *E.coli* dao động trong khoảng 40-61,5%. Đối với các Fluoroquinolones, tỷ lệ kháng cao như Ciprofloxacin (33,3%), Levofloxacin (50,0%), chưa thấy kháng với nhóm Carbapenems. Cơ chế đề kháng quan trọng của họ vi khuẩn đường ruột là sinh men β -lactamase. Trong đó men β -lactamase phổ rộng (ESBL) là vấn đề nghiêm trọng hiện nay vì vi khuẩn sinh men ESBL sẽ đề kháng trên lâm sàng hết tất cả các thế hệ Cephalosporin [1]. Vi khuẩn sinh ESBL cũng sẽ kháng chéo các kháng sinh nhóm Aminoglycosides, Fluoroquinolones. Theo các khuyến cáo hiện nay, Carbapenem là kháng sinh đầu tay điều trị các vi khuẩn sinh ESBL [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3 cho thấy, tỷ lệ đề kháng của *Klebsiella* cũng rất cao, các chủng *K.pneumoniae* phân lập được có tỷ lệ kháng cao với các kháng sinh thông thường như quinolone, cephalosporin thế hệ 3. Tỷ lệ kháng với Imipenem là 9,4% và Meropenem là 6,5%. Kháng với Ertapenem là 7,7%. Việc sử dụng kháng sinh Cephalosporin rộng rãi và lạm dụng đã làm gia tăng các chủng sinh ESBL và các chủng đa kháng. Chỉ còn Carbapenem là kháng sinh vẫn còn nhạy cảm cao (>90%). *P.aeruginosa* là một trong những tác nhân quan trọng trong nhiễm khuẩn niệu bệnh viện và có tỉ lệ đề kháng kháng sinh rất cao, qua kết quả nghiên cứu ở bảng 4 chúng tôi thấy, các chủng trực khuẩn mủ xanh phân lập được có tỷ lệ kháng cao với hầu hết các kháng sinh thường

dùng trong bệnh viện. Các kháng sinh chuyên điều trị trực khuẩn mủ xanh như Cefepime, Amikacin có tỷ lệ kháng là 36,7% và 22,7%. Còn đối với *Acinetobacter baumannii*, hiện nay đây là vi khuẩn phổ biến nhất tại các khoa hồi sức tích cực của các bệnh viện. Vấn đề đề kháng kháng sinh là vấn đề nan giải vì sự gia tăng nhanh chóng chủng kháng cao với hầu hết các kháng sinh, kết quả ở bảng 5 cho thấy, tỷ lệ kháng với nhóm Carbapenems như Imipenem lên tới 40% và Meropenem 39,1%. Với Colistin, tỷ lệ kháng vẫn thấp (4,0%).

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ gây bệnh của *E.coli* là cao nhất với 41,53%, tiếp đến là *Klebsiella pneumoniae* và *Enterococcus faecalis* chiếm tỷ lệ hơn 15%, trực khuẩn mủ xanh là 10,38% và *Acinetobacter baumannii* là 4,37%.
- Tỷ lệ kháng Cephalosporin thế hệ 3,4 của *E.coli* dao động trong khoảng 40-61,5%. Đối với các Fluoroquinolones, tỷ lệ kháng cao như Ciprofloxacin (33,3%), Levofloxacin (50,0%), chưa thấy kháng với nhóm Carbapenems.
- Các chủng *K.pneumoniae* phân lập được có tỷ lệ kháng cao với các kháng sinh thông thường như quinolone, cephalosporin thế hệ 3. Tỷ lệ kháng với Imipenem là 9,4% và Meropenem là 6,5%. Kháng với Ertapenem là 7,7%.
- *P.aeruginosa* có tỉ lệ đề kháng kháng sinh rất cao với hầu hết các kháng sinh thường dùng trong bệnh viện. Các kháng sinh chuyên điều trị trực khuẩn mủ xanh như Cefepime, Amikacin có tỷ lệ kháng là 36,7% và 22,7%.
- *Acinetobacter baumannii* có tỷ lệ kháng với Imipenem là 40% và Meropenem là 39,1%. Với Colistin, tỷ lệ kháng vẫn thấp (4,0%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Thanh Nga (2011).** Nhiễm khuẩn và đề kháng kháng sinh tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2008-2009. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, Tập 15, Phụ bản số 4, p 545-549.
2. **Clinical and laboratory standards institute (2008)** "Performance standards for antimicrobial disk susceptibility tests", M100-S18, Vol.28, No1, Wayne, PA, USA, 113.
3. **Paterson DL et al (2004).** Antibiotic Therapy for *Klebsiella pneumoniae* Bacteremia: Implications of Production of Extended-Spectrum β -Lactamases. Clinical Infectious Diseases; 39:31-7.
4. **Paterson DL and Bonomo (2005),** RA-Extended-Spectrum β -Lactamases: a Clinical Update. American Society for Microbiology. Vol.18, No. 4, p. 657-686.
5. **Pankuch GA (2008).** Activity of Meropenem with and without Ciprofloxacin and Colistin against *Pseudomonas aeruginosa* and *Acinetobacter baumannii*. ANTIMICROBIAL AGENTS AND CHEMOTHERAPY, Jan, p.333-336.

GIÁ TRỊ CỦA BẢO HÒA OXY TÍNH MẠCH TRUNG TÂM (ScvO₂) VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NÔNG NGHIỆP

Đặng Hắc Dương*, Hà Hữu Tùng *

TÓM TẮT

Để xác định vai trò của chỉ số bảo hòa oxy trong máu tại tĩnh mạch trung tâm trong việc chẩn đoán, theo dõi và tiên lượng của những bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Nghiên cứu được tiến hành hồi cứu mô tả trên 42 bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp. Kết quả cho thấy: Kỹ thuật đo ScvO₂ ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn dễ thực hiện; Nguy cơ tử vong từ thời điểm T0 đến T5 tăng cao ở nhóm có ScvO₂ <70% so với nhóm ScvO₂ ≥70% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Từ thời điểm T1 mà duy trì được ScvO₂ luôn ≥70% qua các thời điểm tiếp theo thì tỷ lệ sống là 91,67%, còn nếu không đưa được ScvO₂ ≥ 70% thì tỷ lệ tử vong là 100%. Từ đó đưa ra khuyến cáo: Nên sử dụng ScvO₂ để theo dõi điều trị và tiên lượng sốc nhiễm khuẩn. Khi đo ScvO₂ cần chú ý xác định vị trí của đầu ống thông tĩnh mạch trung tâm nằm ở tĩnh mạch chủ trên.

Từ khóa: sốc nhiễm khuẩn; bảo hòa oxy tĩnh mạch trung tâm

SUMMARY

THE VALUE OF CENTRAL VENOUS OXYGEN SATURATION AND SOME RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH BACTERIAL SEPTIC SHOCK TREATED AT THE GENERAL HOSPITAL OF AGRICULTURE

To determine the role of the oxygen saturation index in the central venous blood in the diagnosis, monitoring and prognosis of septic shock patients. Retrospective study was conducted on 42 patients at the intensive care unit at the General Hospital of Agriculture. Results showed that: ScvO₂ measurement technique in patients with septic shock is easy to perform; The risk of death from T0 to T5 was higher in the ScvO₂ group <70% vs. ScvO₂ group ≥ 70%. The difference was statistically significant ($p < 0.05$). From the time T1 to maintain ScvO₂ is always ≥ 70% over the next time the survival rate is 91.67%, and if ScvO₂ ≥ 70% is not delivered, the mortality rate is 100%. From that recommendation: ScvO₂ should be used to monitor the treatment and prognosis of septic shock. When measuring ScvO₂, attention should be

paid to determining the location of the central venous catheter in the upper.

Keywords: bacterial septic shock, central venous oxygen saturation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc nhiễm khuẩn (SNK) là tình trạng bệnh nặng, diễn biến phức tạp, thường tiến triển đến suy đa tạng và được coi là nguyên nhân chính gây tử vong trên bệnh nhân điều trị tại khoa hồi sức. Nhiều nghiên cứu cho thấy khi có sốc sẽ xuất hiện sự mất cân bằng giữa cung cấp và nhu cầu oxy của cơ thể, dẫn đến thiếu oxy tổ chức. Khi thiếu oxy tổ chức kéo dài sẽ dẫn đến suy chức năng các cơ quan và tử vong. Để đánh giá điều trị và tiên lượng bệnh nhân SNK người ta đã sử dụng nhiều biện pháp như: đánh giá tình trạng lâm sàng (tri giác, mạch, huyết áp, lưu lượng nước tiểu...), đánh giá dựa vào đo khả năng cung cấp oxy (DO₂) và tiêu thụ oxy (VO₂) của cơ thể, đánh giá tình trạng thiếu oxy tổ chức như: đo lactat máu động mạch, đo pHi niêm mạc dạ dày, đo PaCO₂ niêm mạc lưỡi và đo độ bão hòa oxy tĩnh mạch trộn (SvO₂), độ bão hòa oxy tĩnh mạch chủ trên (ScvO₂). Chỉ số SvO₂, ScvO₂ thấp liên quan với tiên lượng xấu.

Về mặt kỹ thuật việc đo SvO₂ đòi hỏi phải đặt một ống thông Swan-Ganz vào động mạch phổi để đo SvO₂. Đặt ống thông Swan- Ganz là kỹ thuật khó, tốn kém, có thể có biến chứng nặng nề (chảy máu, tổn thương van tim, nhiễm khuẩn...). Việc đo ScvO₂ tương đối dễ làm chỉ cần đặt một ống thông tĩnh mạch chủ trên (ống thông tĩnh mạch trung tâm), qua đó có thể đo được giá trị ScvO₂ liên tục trên máy hoặc có thể được đo ngắt quãng tại một số các thời điểm. River và cộng sự (2001) nghiên cứu ngẫu nhiên ở bệnh nhân NKN và SNK, ngoài việc duy trì CVP trên 8-12mmHg, Huyết áp trung bình (HATB) trên 65mmHg, nước tiểu trên 0,5ml/kg/h, việc duy trì ScvO₂ ở trên 70% cho kết quả giảm tỷ lệ tử vong gần 15%. Mục tiêu điều trị SNK cần đạt trong 6 giờ đầu là: HATB trên 65mmHg, CVP trên 8-12mmHg (10-15cmH₂O). Do ScvO₂ có giá trị tốt để định hướng sớm cho điều trị và tiên lượng bệnh nhân SNK. Hiện nay, tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp (BVĐKNN) chưa có nghiên cứu nào chỉ ra mối tương quan của ScvO₂ và một

*Bệnh viện Đa khoa nông nghiệp

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Hắc Dương

Email: duonghstc.bvnn@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2017

Ngày duyệt bài: 30.8.2017

số yếu tố liên quan với mức độ nặng của SNK. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá mối tương quan của ScvO₂ và một số yếu tố liên quan với mức độ nặng của Shock nhiễm khuẩn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

- Bệnh nhân được chẩn đoán SNK, điều trị tại khoa Hồi sức tích cực BVĐKNN từ 1/2015 đến 8/2016 (theo tiêu chuẩn của Hội Lồng ngực Mỹ, Hội Hồi sức Mỹ, Hội Hồi sức Châu Âu (ACCP/SCCM) năm 2003); Có chỉ định đặt ống thông tĩnh mạch trung tâm SIRS khi có 2 trong 4 dấu hiệu sau:

- + Nhiệt độ > 38°C hoặc < 36°C
- + Mạch nhanh > 90 lần/phút
- + Thở nhanh > 20 lần/phút hay tăng thông khí với PaCO₂ < 32mmHg
- + Bạch cầu tăng > 12.000/mm³ hoặc giảm < 4.000/mm³ hoặc bạch cầu dĩa chiếm > 10%.
- + Huyết áp tâm thu < 90mmHg hoặc huyết áp giảm > 40mmHg so với huyết áp nền của bệnh nhân, không đáp ứng với bù dịch hoặc phải dùng thuốc vận mạch để duy trì huyết áp.

- Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- + Bệnh nhân sốc khác: sốc tim, sốc phản vệ, sốc giảm thể tích, sốc chấn thương.

+ Bệnh nhân phù phổi cấp, suy tim mạn tính, suy thận mạn.

+ Chống chỉ định đặt ống thông tĩnh mạch trung tâm, đặt ống thông tĩnh mạch trung tâm sai vị trí.

+ Thu thập không đủ số liệu.

- **Tiêu chuẩn thoát sốc:** Mạch ≤ 110 lần/phút, HA tâm thu > 110mmHg, HA trung bình > 60mmHg, PVC < 12cmH₂O và ngừng thuốc vận mạch ≥ 2 giờ mà huyết động ổn định.

2. Phương pháp nghiên cứu:

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

- Cỡ mẫu: Toàn bộ bệnh nhân SNK điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - BVĐKNN, trong đó có đo ScvO₂.

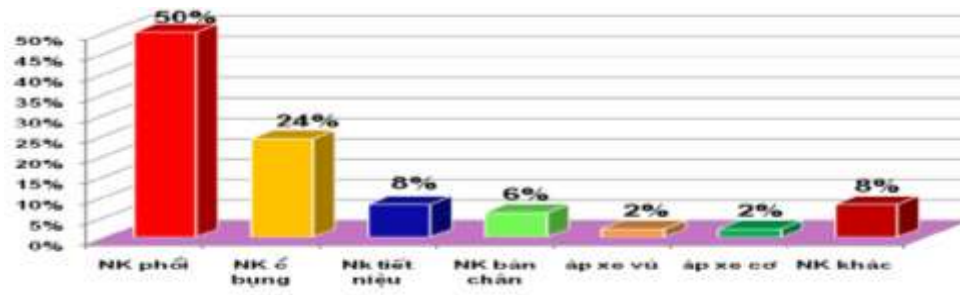
3. Chọn mẫu: Tất cả những bệnh nhân của được chẩn đoán SNK (phù hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ) đều được chọn vào nghiên cứu.

4. Xử lý và phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 42 bệnh nhân nghiên cứu có đặc điểm:

- Tuổi trung bình 56,95±17,39 tuổi (23–90 tuổi)
- Phân bố theo giới: Nam 69%; Nữ 31%
- Nguyên nhân gây sốc nhiễm khuẩn.



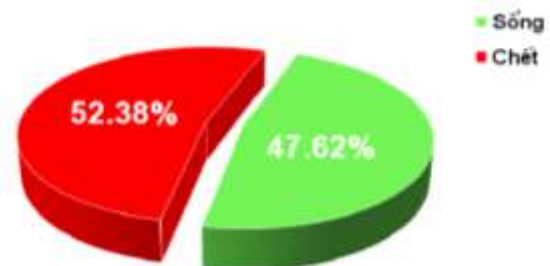
Biểu đồ 1: Nguyên nhân gây sốc nhiễm khuẩn

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu nguyên nhân gây SNK nhiều nhất là nhiễm khuẩn ở phổi (50%), sau đó là nhiễm khuẩn ổ bụng (24%).

Bảng 3.1: Thời gian thở máy và thời gian điều trị SNK

	• ± sd	Min	Max
Thời gian thở máy (ngày)	6,17 ± 6,11	1	38
Thời gian điều trị SNK (ngày)	4,00 ± 2,36	1	10
Thời gian điều trị tại Hồi sức tích cực (ngày)	9,02 ± 8,64	1	38

Nhận xét: Thời gian điều trị SNK trung bình là 4 ngày.



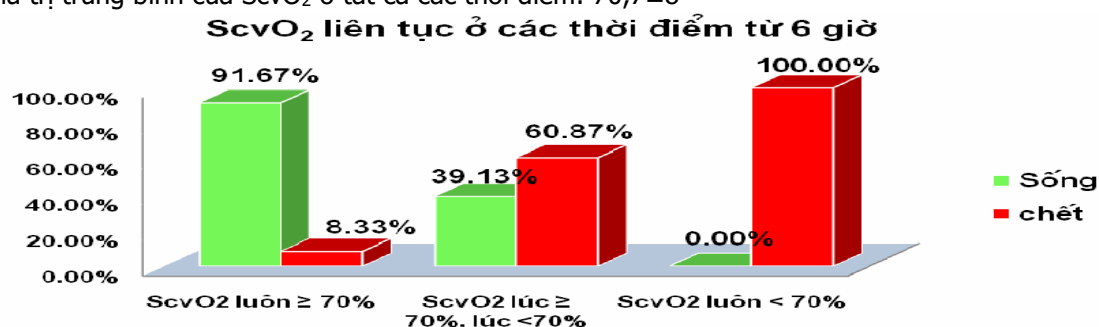
Biểu đồ 2: Kết quả điều trị.

Nhận xét: Có 22 bệnh nhân tử vong chiếm tỷ lệ 52,38%.

Bảng 3.2: ScvO₂ trong tiên lượng tử vong.

Thời điểm	Kết quả điều trị ScvO ₂ (%)	Chết	Sống	OR; p
T0 (n=42)	<70%	18	10	OR =4,5 p<0,05
	≥70%	4	10	
T1 (n=42)	<70%	16	5	OR =8 p<0,05
	≥70%	6	15	
T2 (n=40)	<70%	13	2	OR =13,81 p<0,05
	≥70%	8	17	
T3 (n=36)	<70%	12	3	OR =10 p<0,05
	≥70%	6	15	
T4 (n=33)	<70%	10	1	OR =34 p <0.05
	≥70%	5	17	
T5(n=22)	<70%	4	2	OR =14 p<0,05
	≥70%	2	14	
T6 (n=15)	<70%	4	3	p<0,05
	≥70%	0	8	
T7 (n=13)	<70%	2	3	OR =2 p>0.05
	≥70%	2	6	
T8 (n=7)	<70%	2	2	OR =2 p>0,05
	≥70%	1	2	
T9 (n=5)	<70%	1	0	p>0,05
	≥70%	1	3	

Nhận xét: Tại các thời điểm tỷ lệ tử vong đều có nguy cơ tăng cao ở nhóm có ScvO₂ <70%. Giá trị trung bình của ScvO₂ ở tất cả các thời điểm: 70,7±8

**Biểu đồ 3. Kết quả điều trị với diễn biến của ScvO₂ từ thời điểm 6 giờ.**

Nhận xét: Xét từ thời điểm 6 giờ ở những bệnh nhân có ScvO₂ luôn ≥70% qua các thời điểm có tỷ lệ sống 91,67%, còn ScvO₂ luôn <70% thì tỷ lệ tử vong 100%

IV. BÀN LUẬN

Tuổi: Kết quả này tương đối phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Khuê - Nguyễn Thị Dụ (1996–1997) tuổi trung bình bệnh nhân SNK là 51,9 tuổi. River nghiên cứu trên bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng, SNK tại phòng khám cấp cứu trên 263 bệnh nhân thấy tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là: 64,4 tuổi, nhóm chứng 67,1 tuổi. Marjut Varpula nghiên cứu trên 111 bệnh nhân SNK thấy tuổi trung bình 50,9 tuổi. Simru Turnaoglu tuổi trung bình của nhóm SNK 50 tuổi.

Phân bố theo giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi số bệnh nhân nam chiếm 69%. Kết quả này phù hợp với Sharma bệnh nhân SNK thường gặp ở nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ ở nam chiếm 52 - 66%. Kết quả của chúng tôi thấy cao

hơn nghiên cứu của River nam (50,4%) ở nhóm điều trị, (50,8%) ở nhóm chứng. Marjut Varpula nam chiếm 59%, Simru Turnaoglu nam chiếm 52%. Nhưng các tác giả đều nhận xét tỷ lệ nhân nam bị SNK cao hơn ở nữ.

Nguyên nhân gây sốc nhiễm khuẩn: Kết quả biểu đồ 2, nguyên nhân gây SNK trong nghiên cứu của chúng tôi gặp nhiều nhất nhiễm khuẩn từ phổi chiếm tỷ lệ 50%, thứ hai là nhiễm khuẩn ổ bụng chiếm tỷ lệ 24%, tiếp sau là nhiễm khuẩn tiết niệu chiếm tỷ lệ 8%... Theo Annatte trong các đơn vị điều trị tích cực nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp là viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn tiết niệu. Mayhall nhận xét viêm phổi là nguyên nhân phổ biến nhất trong các đơn vị điều trị tích cực, chủ yếu gặp ở bệnh

nhân đặt nội khí quản và thở máy (viêm phổi liên quan đến thở máy).

Thời gian thở máy và thời gian điều trị sốc nhiễm khuẩn: Thời gian thở máy trung bình $6,17 \pm 6,11$ ngày, thời gian điều trị SNK trung bình $4 \pm 2,36$ ngày, thời gian bệnh nhân nằm khoa Hồi sức tích cực là $9,02 \pm 8,64$ ngày. Thời gian thở máy trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của River: thời gian thở máy ở nhóm điều trị là $9,0 \pm 13,1$ ngày, ở nhóm chứng: $9,0 \pm 11,4$ ngày.

Kết quả điều trị: Bệnh nhân tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm những bệnh nhân tử vong tại khoa và những bệnh nhân nặng xin về được coi là tử vong. Có 22 bệnh nhân tử vong (chiếm tỷ lệ 52,38%), tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với Reinhart nghiên cứu trên 11 bệnh nhân SNK điều trị tại phòng hồi sức thấy tỷ lệ tử vong 7/11 (63%). Nghiên cứu của Marjut Varpula thấy tỷ lệ tử vong là 55,3%. Kortgen nghiên cứu trên bệnh nhân sốc, tỷ lệ tử vong của nhóm điều trị (gồm điều trị sớm, kiểm soát đường huyết tốt, điều trị hydrocortisone và sử dụng protein C hoạt hoá) là 27% trong khi nhóm chứng (điều trị thông thường) tỷ lệ tử vong là 53%.

Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các tác giả Nguyễn Thị Khuê - Nguyễn Thị Dụ nghiên cứu trên bệnh nhân sốc tỷ lệ tử vong chung 44% (trong nhóm SNK là: 46%), River tỷ lệ tử vong tại bệnh viện 46,5%, ở nhóm chứng 30,5%, ở nhóm điều trị, tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các tác giả trên có lẽ do bệnh nhân SNK trước khi đến khoa thường đã điều trị tại cơ sở không hiệu quả mới chuyển đến khoa Hồi sức tích cực do vậy tình trạng sốc đã nặng, suy đa tạng, phải dùng ít nhất 2 loại thuốc vận mạch do vậy hiệu quả điều trị không cao.

Giá trị trung bình của ScvO₂ ở tất cả các thời điểm là $70,7 \pm 8\%$. Kết quả này phù hợp với các tác giả Zsolt nghiên cứu trên 53 bệnh nhân nặng được theo dõi ScvO₂ bằng 2 phương pháp: Theo dõi liên tục và đo ngắt quãng qua các thời điểm cho kết quả: $72,2 \pm 9,9\%$, $71,9 \pm 9,6\%$; River $70,4 \pm 10,7\%$; Bracht giá trị bình thường của ScvO₂ là $70 \pm 12\%$; Lakshmir nghiên cứu trên 53 BN trong đó có 32 BN sau mổ $73,9 \pm 9,7\%$ và Petros $78,6 \pm 10,2\%$.

ScvO₂ trong tiên lượng tử vong:

- ScvO₂ <70% đánh giá tình trạng mất cân bằng giữa cung cấp và nhu cầu oxy của cơ thể dẫn tới thiếu oxy tổ chức hậu quả là suy tạng và tử vong. Tại các thời điểm từ T0 đến T5 với

ScvO₂ <70% rất có giá trị trong tiên lượng tử vong. Từ thời điểm T6 (72 giờ) ScvO₂ < 70% không có giá trị trong tiên lượng tử vong, có lẽ khi đó bệnh nhân tử vong còn do nguyên nhân suy tạng chứ không đơn thuần là tình trạng thiếu oxy tổ chức, mặt khác từ thời điểm T6 cỡ mẫu còn rất nhỏ.

- Nghiên cứu của Dương Thị Hoan trên bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng và SNK thấy nguy cơ tử vong tăng cao ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu (OR = 5,71 với $p < 0,05$), Marjut Varpula nghiên cứu trên 111 bệnh nhân SNK điều trị tại phòng hồi sức nhận thấy: ScvO₂ với mốc 70%, HATB với mốc 65mmHg có mức tiên lượng tử vong trong vòng 30 ngày có độ chính xác lớn tại thời điểm 48 giờ sau nhập khoa hồi sức trong khi đó không có liên quan tới tiên lượng tử vong tại thời điểm 6 giờ đầu nhập khoa hồi sức. Trong nghiên cứu này chúng tôi lại thấy ở thời điểm T4 (24h) nguy cơ tử vong ở nhóm ScvO₂ <70% cao hơn nhiều so với nhóm ScvO₂ ≥70% và có ý nghĩa thống kê (OR = 34; $p < 0,05$).

- Kết quả điều trị với diễn biến của ScvO₂ từ thời điểm 6 giờ. Do ScvO₂ đánh giá được tình trạng oxy hóa của tổ chức, ScvO₂ <70% được chứng tỏ là tình trạng thiếu oxy tổ chức, chuyển hóa yếm khí, dẫn đến suy đa tạng và tử vong. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nếu xét từ thời điểm 6 giờ tức là thời điểm sau khi vào khoa và được điều trị theo phác đồ của khoa Hồi sức tích cực sau 6 giờ (kết quả ở biểu đồ 3) mà duy trì được ScvO₂ luôn ≥ 70% qua các thời điểm tiếp theo thì tỷ lệ bệnh nhân sống là 91,67%, còn ScvO₂ luôn <70% thì tỷ lệ tử vong là 100%. Còn ở nhóm bệnh nhân với ScvO₂ có thời điểm ≥70%, có thời điểm <70% thì tỷ lệ sống còn 39,13%.

Ảnh hưởng đến kết quả điều trị của bệnh nhân còn phụ thuộc bởi nhiều yếu tố như: Sử dụng kháng sinh, kiểm soát huyết động, kiểm soát tình trạng suy tạng, chống stress... Nhưng từ kết quả nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy việc duy trì ScvO₂ ≥70% cho tỷ lệ thành công rất cao trong kết quả điều trị SNK.

V. KẾT LUẬN

- Kỹ thuật đo ScvO₂ ở bệnh nhân SNK dễ thực hiện và có tỷ lệ thành công cao.

- ScvO₂ trong tiên lượng tử vong: Nguy cơ tử vong từ thời điểm T0 đến T5 tăng cao ở nhóm có ScvO₂ <70% so với nhóm ScvO₂ ≥70%, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Từ thời điểm T1 mà duy trì được ScvO₂ luôn ≥70% qua các thời điểm tiếp theo thì tỷ lệ sống là 91,67%, còn nếu không đưa được ScvO₂ ≥70% thì tỷ lệ tử vong là 100%.

KHUYẾN NGHỊ

- Nên sử dụng ScvO₂ để theo dõi điều trị và tiên lượng sốc nhiễm khuẩn.
- Khi đo ScvO₂ cần chú ý xác định vị trí của đầu ống thông tĩnh mạch trung tâm nằm ở tĩnh mạch chủ trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Gia Bình, Vũ Văn Đính (1993), "Một số nhận xét trên 40 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại A9 Bệnh viện Bạch Mai". *Tài liệu hội thảo quốc gia lần thứ 5 về hồi sức cấp cứu tại Hà Nội*:80-86.
2. Vũ Văn Đính (1997), "Kỹ thuật đặt catheter tĩnh mạch trung tâm", *Kỹ thuật hồi sức cấp cứu*, Đại học Y Hà Nội: 35-39.
3. Vũ Văn Đính (2003), "Sốc nhiễm khuẩn", *Hồi sức cấp cứu toàn tập*: 202-209.
4. Dương Thị Hoan (2006), "Đánh giá vai trò của ScvO₂ trên bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn", *Luận văn bác sĩ nội trú bệnh viện*, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Annane D, Bellissant Etal (2005), "Septicshock", *Lancet*:365:63-87.
6. Denys B.G, Barry F. Uretsky, Reddy P.S, (1993) "Ultrasound- Assisted Cannulation of the Internal Jugular Vein A Prospective Comparison to the External Landmark-Guided Technique", *Circulation*:87:1557-1562.
7. Berridge J.C (1992), "Influence of cardiac output on the correlation between mixed venous and central venous oxygen saturation", *British Journal of Anaesthesia*, 69:409-410.

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

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 tỷ 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 tỷ 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 tỷ 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 kỳ 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.*

* 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: 1.7.2017
 Ngày phản biện khoa học: 14.8.2017
 Ngày duyệt bài: 30.8.2017

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 nghiên cứu:* Tháng 1/ 2016 đến tháng 12/2016.

- *Địa điểm nghiên cứu:* Khoa Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội.

2.2 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

3.1 Thực trạng bệnh sâu răng của đối tượng nghiên cứu

3.1.1 Tỷ lệ sâu răng của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Tỷ 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%. Tỷ 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. Tỷ 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 tỉ 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, tỉ 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 tỉ 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 tỉ 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, tỉ 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 tỉ lệ sâu răng ngày một giảm. Theo các nghiên cứu [1],[2],[4] thì tỉ lệ sâu răng tăng dần theo tuổi, còn trong nghiên cứu của tôi tỉ 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 tỉ 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 $\geq$

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 tỉ 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.

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 kì hằng năm, điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của khám sức khỏe răng miệng định kì 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. Tỉ lệ 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 động 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 Ẩn, 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, Barazil. *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.

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ VÀ TÍNH AN TOÀN CỦA CYCLOPHOSPHAMID TRUYỀN TĨNH MẠCH TRONG ĐIỀU TRỊ XƠ CỨNG BÌ CÓ VIÊM PHỔI KẾ

Phạm Ngọc Dương¹, Nguyễn Thị Phương Thủy²

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Đánh giá hiệu quả điều trị của cyclophosphamid truyền tĩnh mạch ở bệnh nhân xơ cứng bì có viêm phổi kẽ. 2. Đánh giá tính an toàn của liệu pháp điều trị này. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu can thiệp điều trị, hồi cứu và tiền cứu, gồm 20 bệnh nhân được chẩn đoán xơ cứng bì theo tiêu chuẩn hội khớp học Mỹ (ACR) 2013 và có viêm phổi kẽ chẩn đoán theo tiêu chuẩn tổ chức y tế thế giới, điều trị tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12/2015 đến 7/2017. **Kết quả và kết luận.** Sau 6 đợt điều trị với cyclophosphamid truyền tĩnh mạch, các triệu chứng tổn thương ngoài da của bệnh nhân giảm rõ rệt sau các đợt truyền, trong đó, các tổn thương loét đầu ngón, sưng nề bàn ngón tay, khó há miệng và điểm dày da MRSS (Modified Rodnan Skin Score) thuyên giảm nhiều nhất. Những triệu chứng tại phổi, đặc biệt là tình trạng khó thở, ho khan và tức ngực của bệnh nhân thuyên giảm rõ rệt. Các tổn thương mô kẽ đều thuyên giảm sau quá trình điều trị, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Một số tác dụng phụ hay gặp trong quá trình điều trị gồm: buồn nôn, rụng tóc.

Từ khóa: Xơ cứng bì, viêm phổi kẽ, cyclophosphamid.

SUMMARY

INITIAL EVALUATION OF EFFICACY AND SAFETY OF INTRAVENOUS CYCLOPHOSPHAMIDE PULSE THERAPY IN THE TREATMENT OF SYSTEMIC SCLEROSIS RELATED INTERSTITIAL LUNG DISEASE

¹Trường đại học Y Hà Nội

²Bộ môn Nội tổng hợp trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy

Email: phuongthuybm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 2.8.2017

Ngày duyệt bài: 10.8.2017

Objective: 1. To assess the effectiveness of intravenous cyclophosphamide in the treatment of interstitial lung disease associated with systemic sclerosis. 2. To identify the effectiveness of this therapy.

Subjects and Methods: Experimental study, prospective study, retrospective study, 20 patients were diagnosed with scleroderma according to diagnostic criteria American College of Rheumatology (ACR) 2013, associated with interstitial lung disease, according to the diagnostic criteria of the World Health Organization at the Bach Mai Hospital from December 2015 to July 2017. **Results and conclusions:** After six month intravenous cyclophosphamide therapy, skin symptoms distinctly decrease among them the symptoms digital tip ulcers, puffy fingers, difficulty open mouth and Modified Rodnan Skin Score are the most. Symptoms in the lungs, especially dyspnea, dry cough and chest tightness of the patient significantly improve remission. These C.T.Scanner abnormalities like ground-glass opacity and pulmonary fibrosis improve remission after treatment, but these changes were not statistically significant with $p > 0.05$. Some of the more common side effects may include: nausea, alopecia.

Keywords: scleroderma, interstitial lung disease, cyclophosphamide.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ cứng bì được xếp vào nhóm bệnh tự miễn với tổn thương cơ bản là tình trạng xơ hóa da và các cơ quan nội tạng. Trên lâm sàng, bệnh nhân thường có biểu hiện về da như da dày, cứng, giảm độ đàn hồi và teo da. Bệnh gặp chủ yếu ở nữ giới (chiếm tỷ lệ 75 – 80%) và hay gặp nhất trong lứa tuổi từ 30 đến 50 tuổi. Tổn thương phổi thường gặp trong bệnh xơ cứng bì và có một vai trò quan trọng trong tiên lượng bệnh. Theo nhiều nghiên cứu, khoảng 80% bệnh nhân xơ cứng bì có các tổn thương phổi gồm: tăng áp động mạch phổi, tràn dịch màng phổi, giãn phế

quản, u phổi, viêm phổi và viêm phổi kẽ, trong đó, viêm phổi kẽ và tăng áp động mạch phổi là hai tổn thương phổi hay gặp nhất. Viêm phổi kẽ gặp chủ yếu ở các bệnh nhân bị xơ cứng bì toàn thể (khoảng 53% bệnh nhân), còn tăng áp động mạch phổi gặp nhiều hơn ở những bệnh nhân xơ cứng bì thể khu trú. Hai tổn thương phổi này là nguyên nhân chính dẫn tới tử vong ở bệnh nhân xơ cứng bì. Tỷ lệ sống sau 10 năm của bệnh nhân xơ cứng bì từ khi chẩn đoán là 74,9%. Tuy nhiên, tỷ lệ này sẽ giảm xuống đáng kể ở những bệnh nhân có tổn thương viêm phổi kẽ (khoảng 29- 69%).

Hiện nay, chưa có phương pháp nào điều trị đặc hiệu bệnh xơ cứng bì, chủ yếu là điều trị triệu chứng. Các thuốc thường được dùng trong điều trị bệnh gồm: corticoid, methotrexat, chloroquin, mycophenolat mofetil, cyclophosphamid và immunoglobulin... Từ những năm 1990, thuốc cyclophosphamid đã được nghiên cứu dùng trong điều trị viêm phổi kẽ ở các bệnh nhân xơ cứng bì. Kết quả của nhiều nghiên cứu cho thấy, cyclophosphamid có hiệu quả cao trong điều trị các tổn thương viêm phổi kẽ ở bệnh nhân xơ cứng bì. Chức năng hô hấp của các bệnh nhân được cải thiện và giảm tình trạng khó thở khi gắng sức [1]. Trong một nghiên cứu gồm 158 bệnh nhân xơ cứng bì bị viêm phổi kẽ, những bệnh nhân tham gia nghiên cứu được điều trị bằng cyclophosphamid đường uống, liều 2mg/kg/ngày trong 12 tháng. Kết quả nghiên cứu cho thấy, dung tích sống gắng sức và dung tích phổi toàn bộ của các bệnh nhân được cải thiện rõ rệt [2]. Tại Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh xơ cứng bì nhưng chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị của truyền cyclophosphamid tĩnh mạch trong điều trị xơ cứng bì có viêm phổi kẽ. Vì vậy, chúng tôi tiến

hành nghiên cứu với 2 mục tiêu: 1. Đánh giá kết quả điều trị cyclophosphamid truyền tĩnh mạch ở bệnh nhân xơ cứng bì có viêm phổi kẽ. 2. Đánh giá tính an toàn của liệu pháp điều trị này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định xơ cứng bì theo tiêu chuẩn của Hội khớp học Mỹ (ACR) 2013 và có viêm phổi kẽ được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của tổ chức y tế thế giới.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân khỏi nghiên cứu

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định xơ cứng bì có tổn thương phổi do nguyên nhân khác như ung thư, lao, nấm phổi, kí sinh trùng.

- Bệnh nhân chẩn đoán XCB kèm theo các bệnh hệ thống khác.

- Bệnh nhân có chống chỉ định dùng cyclophosphamid và glucocorticoid.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân hồi cứu chẩn đoán xác định xơ cứng bì nhưng không đủ giấy tờ, tư liệu do thất lạc.

2. Phương pháp nghiên cứu

Can thiệp điều trị theo dõi dọc: hồi cứu và tiến cứu

Địa điểm tiến hành nghiên cứu: Bệnh viện Bạch Mai.

Thời gian tiến hành nghiên cứu từ tháng 11/2015 đến 10/2017.

3. Phương pháp xử lý số liệu: số liệu thu thập được xử lý bằng chương trình SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu:

Trong 20 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, nữ giới chiếm đa số với tỷ lệ 65%. Tỷ lệ mắc bệnh của nữ/nam = 13/7.

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm chung	n	Kết quả
Tuổi trung bình (năm)	20	54,6 ± 11,3
Chỉ số khối trung bình (BMI)	20	19,9 ± 0,4
Thời gian mắc bệnh trung bình (năm)	20	3,6 ± 1,53

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 54,6 ± 11,3 tuổi với thời gian mắc bệnh trung bình là 3,6 ± 1,53 năm, trong đó bệnh nhân có thời gian mắc bệnh kéo dài nhất là 7 năm và thời gian mắc bệnh ngắn nhất là 3 tháng.

2. Đánh giá hiệu quả của cyclophosphamid truyền tĩnh mạch trong điều trị xơ cứng bì có viêm phổi kẽ

Bảng 3.2: Đánh giá tổn thương da sau các đợt truyền tĩnh mạch cyclophosphamid

Các tổn thương ở da	T0	T1	T2	T3	T4	T5	T6	p
Số bệnh nhân nghiên cứu (n = 20)								
Sưng nề bàn tay,	9(45)	9(45)	7(35)	1(5)	1(5)	0(0)	0(0)	0,004

ngón tay								
Sẹo rỗ đầu ngón	9(45)	9(45)	9(45)	4(20)	2(10)	3(15)	1(5)	0,01
Loét đầu ngón	2(10)	3(15)	2(10)	0(0)	1(5)	0(0)	0(0)	0,163
Hội chứng Raynaud	17(85)	17(85)	18(90)	16(80)	13(65)	13(65)	11(36,7)	0,104
Khó há miệng	14(70)	16(80)	12(60)	12(60)	6(30)	5(16,7)	3(15)	0,003
Điểm dày da MRSS	26,9 ± 11,77	23,8 ± 11,18	20,7 ± 10,98	18,8 ± 9,04	15,6 ± 8,4	13,2 ± 7,6	9,41 ± 6,4	0

Nhận xét: Các triệu chứng tổn thương ngoài da của bệnh nhân giảm dần sau mỗi lần truyền cyclophosphamide tĩnh mạch và giảm rõ rệt sau 6 đợt truyền. Trong đó, các tổn thương loét đầu ngón, sưng nề bàn ngón tay, khó há miệng và điểm dày da MRSS (Modified Rodnan Skin Score) thuyên giảm nhiều nhất.

Bảng 3.3: Đánh giá tổn thương phổi sau các đợt truyền tĩnh mạch cyclophosphamid

Triệu chứng	T0	T1	T2	T3	T4	T5	T6	p
	Số bệnh nhân nghiên cứu (n = 20)							
Đau ngực	4(20)	4(20)	5(25)	1(5)	1(5)	1(5)	1(5)	0,042
Ho khan	14(70)	14(70)	12(60)	4(20)	4(20)	3(15)	1(5)	0
Khó thở	12(60)	12(60)	5(25)	1(5)	1(5)	1(5)	1(5)	0
Rales tại phổi	20(100)	20(100)	17(85)	18(90)	8(40)	7(35)	7(35)	0

Nhận xét: Các triệu chứng tại phổi, đặc biệt là tình trạng khó thở và ho khan của bệnh nhân thuyên giảm rõ rệt nhất sau 6 đợt truyền cyclophosphamide tĩnh mạch.

Bảng 3.4: Đánh giá sự thay đổi trên phim chụp C.T.Scanner phổi lớp mỏng sau các đợt truyền tĩnh mạch cyclophosphamid

Tổn thương phổi	Số bệnh nhân nghiên cứu (n = 12)			
	T0		T6	
	n	%	n	%
Hình kính mờ	4	33,3	2	16,7
Hình tổ ong	2	16,7	2	16,7
Giãn phế quản, phế nang	6	50	7	58,3
Tổn thương mô kẽ	10	83,3	9	75
Dạng lưới	0	0	0	0
Không tổn thương	0	0	1	8,3

Nhận xét: Trong 20 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 12 bệnh nhân được chụp C.T.Scanner phổi trước khi truyền và sau khi truyền đủ 6 đợt cyclophosphamid tĩnh mạch. Các tổn thương phổi trên phim chụp C.T.Scanner không thay đổi nhiều sau 6 đợt điều trị với cyclophosphamid ($p > 0,05$).

Bảng 3.5: Đánh giá tác dụng không mong muốn sau các đợt truyền tĩnh mạch cyclophosphamid

Tác dụng phụ	T1	T2	T3	T4	T5	T6	p
	Số bệnh nhân nghiên cứu (n = 20)						
Đau đầu	2(10)	2(10)	1(5)	1(5)	0(0)	0(0)	
Rụng tóc	3(15)	6(30)	3(15)	5(25)	4(20)	4(20)	0,042
Tức ngực	2(10)	1(5)	1(5)	1(5)	1(5)	1(5)	0,331
Buồn nôn, nôn	4(20)	4(20)	2(10)	1(5)	2(10)	2(10)	0,163
Giảm bạch cầu	1(5)	1(5)	2(10)	1(5)	0(0)	1(5)	1
Nhiễm trùng	0(0)	0(0)	1(5)	2(10)	2(10)	0(0)	1

Nhận xét: Triệu chứng buồn nôn và nôn xuất hiện ngay sau lần truyền đầu tiên với tỷ lệ cao nhất trong các tác dụng phụ của thuốc cyclophosphamid (20%) và giảm dần sau mỗi đợt truyền (T6:10%). Các tác dụng phụ khác của thuốc như giảm bạch cầu, rụng tóc, đau đầu ít gặp hơn.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân có tuổi trung bình là $54,6 \pm 11,3$ tuổi, trong đó nhóm tuổi hay gặp nhất từ 30 đến 50 tuổi (chiếm tỷ lệ 60%). Bệnh gặp nhiều hơn ở nữ giới với tỷ lệ mắc bệnh của nữ/nam = 13/7. Kết

quả một số nghiên cứu cho thấy, nội tiết tố nữ có một vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của xơ cứng bì. Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có thời gian mắc bệnh trung bình là $3,6 \pm 1,53$ năm, trong đó thời gian mắc bệnh kéo dài nhất là 7 năm và thời gian mắc bệnh ngắn nhất là 3 tháng.

Sau 6 tháng điều trị với cyclophosphamid truyền tĩnh mạch, tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều có cải thiện triệu chứng bệnh rõ ràng. Các triệu chứng về da như sưng nề bàn ngón tay, loét đầu ngón tay hết hẳn sau 6 đợt truyền. Hội chứng Raynaud gặp nhiều nhất trong các biểu hiện về da từ tháng đầu tiên trước khi bắt đầu điều trị (85%), tuy nhiên, sau 6 đợt truyền giảm xuống còn 36,7%. Thang điểm đánh giá độ dày da MRSS cũng có sự cải thiện đáng kể. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Valentini G trên 12 bệnh nhân xơ cứng bì toàn thể được truyền tĩnh mạch cyclophosphamid với liều 500mg/tháng kết hợp với uống prednisolon 10mg/ngày, sau 6 tháng thấy điểm dày da MRSS giảm từ 23 xuống 15,5 [3].

Trong điều trị xơ cứng bì, cyclophosphamid truyền tĩnh mạch không chỉ làm thuyên giảm các tổn thương xơ cứng da và loét da ở đầu ngón mà còn có hiệu quả cao trong kiểm soát sự tiến triển của tổn thương viêm phổi kẽ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng về tổn thương phổi cải thiện nhiều sau 6 tháng điều trị. Triệu chứng rales nổ tại phổi gặp với tỷ lệ cao nhất (100%), sau các đợt truyền có sự cải thiện đáng kể, giảm xuống còn 35%. Các triệu chứng khác như ho khan, khó thở, đau tức ngực cũng giảm xuống có ý nghĩa thống kê sau các đợt điều trị. Trong nghiên cứu của Varai G gồm 5 bệnh nhân xơ cứng bì được truyền tĩnh mạch cyclophosphamid, thấy thang điểm đánh giá khó thở giảm 42% sau 48 tuần [4].

Kết quả nhiều nghiên cứu cho thấy, cyclophosphamid có tác dụng hạn chế sự tiến triển của quá trình xơ hóa phổi, không làm tình trạng viêm phổi kẽ tiến triển nặng thêm trong các bệnh lý tự miễn có viêm phổi kẽ. Sau khi điều trị với cyclophosphamid, tỷ lệ tử vong do suy hô hấp của các bệnh nhân có viêm phổi kẽ sẽ giảm xuống đáng kể và chất lượng cuộc sống được cải thiện. Trong 20 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 12 bệnh nhân được đo chức năng hô hấp trước khi truyền và sau khi truyền đủ 6 đợt cyclophosphamid tĩnh mạch, thấy có FVC tăng từ $2,07 \pm 0,61$ lên $2,28 \pm 0,67$ ($p = 0,284$). Trên phim chụp C.T.Scanner phổi, các tổn thương phổi như hình ảnh kính mờ, viêm mô kẽ đều thuyên giảm sau quá trình điều trị, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Trong nghiên cứu của Ajay Wanchu trên 36 bệnh nhân xơ cứng bì có viêm phổi kẽ, cyclophosphamid được truyền tĩnh mạch với liều 750mg/m² da/tháng trong vòng 6 tháng kết hợp

với prednisolon đường uống, thấy FVC từ $1,73 \pm 0,38$ tăng lên $1,79 \pm 0,37$ ($p = 0,096$) và các tổn thương phổi trên phim C.T.Scanner thấy có 24 bệnh nhân vẫn ổn định, 7 bệnh nhân có cải thiện và 5 bệnh nhân tổn thương phổi xấu đi [5].

Mặc dù, thuốc cyclophosphamid có hiệu quả cao trong điều trị bệnh xơ cứng bì có viêm phổi kẽ nhưng thuốc cũng gây ra một số tác dụng phụ cho bệnh nhân trong quá trình điều trị lâu dài. Các tác dụng không mong muốn hay gặp gồm: rụng tóc, giảm bạch cầu, buồn nôn- nôn, viêm bàng quang chày máu, nhiễm trùng cơ hội, vô sinh do viêm- teo buồng trứng, ung thư. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các tác dụng phụ hay gặp ở bệnh nhân gồm: buồn nôn, rụng tóc. Có 5 bệnh nhân xuất hiện nhiễm trùng đường hô hấp trên, được điều trị bằng thuốc kháng sinh, và không có sự gián đoạn trong quá trình điều trị.

V. KẾT LUẬN

- Các triệu chứng tổn thương ngoài da của bệnh nhân giảm rõ rệt sau các đợt truyền, trong đó, các tổn thương loét đầu ngón, sưng nề bàn ngón tay, khó há miệng và điểm dày da MRSS thuyên giảm nhiều nhất.

- Những triệu chứng tại phổi, đặc biệt là tình trạng khó thở, ho khan và tức ngực của bệnh nhân thuyên giảm rõ rệt.

- Các tổn thương phổi như hình ảnh kính mờ, tổn thương mô kẽ đều thuyên giảm sau quá trình điều trị, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Một số tác dụng phụ hay gặp trong quá trình điều trị gồm: buồn nôn, rụng tóc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Silver R.M, et al, *Cyclophosphamide and low-dose prednisone therapy in patients with systemic sclerosis (scleroderma) with interstitial lung disease*. J Rheumatol, 1993. **20**(5): p. 838-44.
2. Tashkin D.P, et al, *Cyclophosphamide versus placebo in scleroderma lung disease*. N Engl J Med, 2006. **354**(25): p. 2655-66.
3. Valentini G, et al, *Low-dose intravenous cyclophosphamide in systemic sclerosis: an open prospective efficacy study in patients with early diffuse disease*. Scandinavian Journal of Rheumatology, 2006. **35**(1): p. 35-38.
4. Varai G, et al, *A pilot study of intermittent intravenous cyclophosphamide for the treatment of systemic sclerosis associated lung disease*. J Rheumatol, 1998. **25**(7): p. 1325-9.
5. Wanchu A, et al, *High-dose prednisolone and bolus cyclophosphamide in interstitial lung disease associated with systemic sclerosis: a prospective open study*. Int J Rheum Dis, 2009. **12**(3): p. 239-42.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM THIẾU MÁU Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN

Nguyễn Trọng Hà*, Đỗ Phương Hương*,
Nguyễn Văn Bằng*, Lê Việt Thắng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định đặc điểm thiếu máu và mối liên quan với nguyên nhân, giai đoạn xơ gan. **Đối tượng và phương pháp:** 103 bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan Child B, C được xác định nguyên nhân xơ gan, tỷ lệ, đặc điểm thiếu máu. **Kết quả:** Tỷ lệ thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan là 71,8%, mức độ thiếu máu chủ yếu là vừa và nhẹ. Nồng độ hemoglobi và số lượng hồng cầu trung bình nhóm bệnh nhân xơ gan Child C thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân Child B ($p < 0,05$). Tỷ lệ thiếu máu nhóm bệnh nhân Child C cao hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân xơ gan Child B ($p < 0,05$). Không có mối liên quan giữa thiếu máu với nguyên nhân xơ gan. **Kết luận:** Thiếu máu là biểu hiện thường gặp ở bệnh nhân xơ gan, có liên quan với giai đoạn xơ gan.

Từ khóa: Xơ gan, tỷ lệ thiếu máu, đặc điểm thiếu máu.

SUMMARY

STUDYING ON FEATURES OF ANEMIA IN LIVER CIRRHOSIS PATIENTS

Objective: Survey features of anemia and its relation with cause and stage of liver cirrhosis. **Patients and Methods:** 103 liver cirrhosis patients with Child B, C were determined causes of liver cirrhosis, rate and features of anemia. **Results:** Ratio of anemia of liver cirrhosis patients is 71.8%, almost is mild and moderate anemia. Average concentration of blood cells, hemoglobin of patients with Child C is lower significantly than those of patients with Child B ($p < 0.05$). Rate of anemia in patients with Child C is significantly higher than that of patients with Child B ($p < 0.05$). No relation between anemia and causes of liver cirrhosis. **Conclusion:** Anemia is common in liver cirrhosis patients and related to stages of liver cirrhosis.

Key words: Liver cirrhosis, ratio of anemia, features of anemia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là bệnh thường gặp ở Việt nam cũng như nhiều nước trên thế giới, thống kê ở khoa nội bệnh viện Bạch Mai, xơ gan chiếm 3,4% các bệnh nội khoa và chiếm tỉ lệ khá lớn trong các bệnh gan mật. Xơ gan gặp cả ở 2 giới nhưng nam có phần nhiều hơn nữ. Ngoài những biến chứng nặng nề có thể dẫn tới tử vong như hôn mê gan, xuất huyết tiêu hoá, ung thư, hội chứng

gan thận bệnh nhân xơ gan thường có biểu hiện thiếu máu.

Thiếu máu là biểu hiện thường gặp ở bệnh nhân xơ gan có thể do nhiều nguyên nhân gây ra như: xuất huyết tiêu hóa, thiếu các yếu tố tạo máu, cường lách, tan máu... và tình trạng thiếu máu có thể làm cho diễn biến bệnh xơ gan trở nên phức tạp và nặng nề hơn. Trên thế giới có nhiều nghiên cứu về đặc điểm, tính chất thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan. Những kết quả nghiên cứu này làm cơ sở cho việc hiểu rõ cơ chế bệnh sinh, cũng như tính chất thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan. Tại Bệnh viện 103, xơ gan là một bệnh thường gặp, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào về đặc điểm thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan. Để góp phần đánh giá đặc điểm thiếu máu trên nhóm bệnh nhân xơ gan, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: *Khảo sát đặc điểm thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan Child B và Child C điều trị nội trú tại Bệnh viện quân y 103.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là 103 bệnh nhân được chẩn đoán xác định xơ gan và điều trị nội trú tại khoa Nội tiêu hóa- Bệnh viện quân y 103 từ tháng 10/ 2016 đến tháng 5/ 2017.

- Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu
- + Bệnh nhân xơ gan có biến chứng xuất huyết tiêu hóa cấp, hôn mê gan.
- + Bệnh nhân xơ gan kèm theo bệnh lý về máu và cơ quan tạo máu
- + Bệnh nhân được truyền máu trong vòng 120 ngày

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.
- Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án thống nhất
- *Bệnh nhân được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm huyết học, sinh hoá máu, vi sinh vật.*
- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định xơ gan khi có các hội chứng: Hội chứng suy chức năng gan. Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Triệu chứng thay đổi hình thái gan.

- *Tiêu chuẩn chẩn đoán giai đoạn xơ gan:* Đánh giá giai đoạn của xơ gan dựa vào tiêu chuẩn của Child – Pugh năm 1973 chia 3 giai đoạn: Child A, B, C.

- Xác định và phân loại nguyên nhân xơ gan theo 3 nhóm nguyên nhân: do rượu, do vi rút

*Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Hà
Email: bshaa7@gmail.com
Ngày nhận bài: 22.6.2017
Ngày phản biện khoa học: 2.8.2017
Ngày duyệt bài: 10.8.2017

viêm gan và phổi hợp do rượu + vi rút.

- Chẩn đoán thiếu máu theo WHO

- **Số liệu sau khi thu thập** sẽ được xử lý bằng phần mềm SPSS.

trung bình là $54,02 \pm 10,52$ tuổi, nữ chiếm 8,7%, nam chiếm 91,3%. Có 64,1% bệnh nhân xơ gan do rượu, 21,4% bệnh nhân xơ gan do vi rút viêm gan B,C và 14,6% bệnh nhân xơ gan do rượu và vi rút. Về giai đoạn xơ gan có 44,7% bệnh nhân xơ gan giai đoạn Child-Pugh B và 55,3% Child-Pugh C.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nhóm nghiên cứu gồm 103 bệnh nhân, tuổi

2.1. Đặc điểm thiếu máu ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm HC, nồng độ Hb ở bệnh nhân xơ gan (n=103)

Chỉ số nghiên cứu	Nồng độ		TB $\pm$ SD	Giá trị bình thường
	Min	Max		
HC (T/l)	2,24	5,57	$3,68 \pm 0,73$	4,0 – 5,5
Hemoglobin (g/l)	66,7	155	$115,04 \pm 21,52$	120 – 160

Nhận xét: Ở bệnh nhân xơ gan số lượng hồng cầu, lượng Hb trung bình ở mức thấp hơn so với giá trị bình thường. Số lượng hồng cầu trung bình ở bệnh nhân xơ gan là: $3,68 \pm 0,73$ T/l. Lượng Hb trung bình là $114,77 \pm 21,68$ g/l.

Bảng 2. Tỷ lệ thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan

Tình trạng thiếu máu	Bệnh nhân (n=103)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có	74	71,8
Không	29	28,2

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân xơ gan có tình trạng thiếu máu mạn tính chiếm 71,8% và 28,2% không có thiếu máu.

Bảng 3. Tỷ lệ BN theo mức độ thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan (n=103)

Mức độ thiếu máu	Số lượng BN	Tỷ lệ (%)
Nhẹ	32	31,1
Vừa	37	35,9
Nặng	5	4,9
Không thiếu máu	29	28,2

Nhận xét: Tỷ lệ thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan là 71,8% chủ yếu là thiếu máu mức độ nhẹ và trung bình trong đó thiếu máu mức độ nhẹ chiếm 31,1%, thiếu máu mức độ trung bình chiếm 35,9% và thiếu máu mức độ nặng là 4,9%.

Bảng 4. Tỷ lệ BN theo tính chất thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan (n=74)

Tính chất thiếu máu	Số lượng	Tỷ lệ
HC nhỏ, nhược sắc	10	13,5
HC bình thường, đẳng sắc	25	33,8
HC to, ưu sắc	39	52,7

Nhận xét: Ở bệnh nhân xơ gan, tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu hồng cầu to chiếm 52,7%, bệnh nhân thiếu máu đẳng sắc là 33,8% và thiếu máu nhược sắc chiếm 13,5%.

3.2. Liên quan tình trạng thiếu máu với nguyên nhân và giai đoạn xơ gan.

Bảng 5. Liên quan HC, Hb với các nguyên nhân xơ gan

Nguyên nhân Chỉ số NC	Rượu (n = 66)	Virus (n = 22)	Rượu + Virus (n = 15)	p
HC (T/l)	$3,70 \pm 0,69$	$3,80 \pm 0,76$	$3,43 \pm 0,85$	$> 0,05$
Hb (g/l)	$115,92 \pm 21,80$	$113,05 \pm 20,14$	$114,07 \pm 23,41$	$> 0,05$

Nhận xét: Ở nhóm bệnh nhân có nguyên nhân xơ gan khác nhau, chỉ số HC, Hb, trung bình khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 6. So sánh chỉ số HC, Hb theo giai đoạn xơ gan

Thông số	Giai đoạn	Child- Pugh B (n = 46)	Child- Pugh C (n = 57)	p
HC (T/l)		$4,06 \pm 0,75$	$3,37 \pm 0,55$	$p < 0,05$
Hb (g/l)		$125,93 \pm 22,84$	$106,25 \pm 15,76$	$p < 0,05$

Nhận xét: Số lượng HC, Hb ở giai đoạn xơ gan Child-Pugh C thấp hơn nhóm Child-Pugh B, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 7. Tỷ lệ mức độ thiếu máu theo giai đoạn xơ gan

Giai đoạn Mức độ thiếu máu	Child- Pugh B		Child- Pugh C		Tổng	
	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%
Không thiếu máu	24	52,2	5	8,8	29	28,2
Thiếu máu nhẹ	8	17,4	24	42,1	32	31,1
Thiếu máu trung bình	13	28,3	24	42,1	37	35,9
Thiếu máu nặng	1	2,2	4	7,0	5	4,9
pANOVA	< 0,05					

Nhận xét: Ở bệnh nhân xơ gan giai đoạn càng nặng thì tỷ lệ thiếu máu càng tăng. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ giữa các mức độ thiếu máu ở giai đoạn xơ gan với ($p < 0,05$)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân và đặc điểm thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan:

Kết quả nghiên cứu cho thấy nguyên nhân xơ gan liên quan đến rượu hay gặp nhất chiếm 78,7% (64,1% do rượu đơn thuần và 14,6% kết hợp rượu với virus), trong khi đó xơ gan do virus viêm gan (B,C) gặp ở 21,4% bệnh nhân. Như vậy có thể nhận thấy rằng không chỉ ở Việt Nam mà ngay cả trên thế giới rượu đang trở thành nguyên nhân ưu thế gây xơ gan. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, mức độ xơ gan theo thang điểm Child-Pugh có 44,7% bệnh nhân xơ gan Child-Pugh B, 55,3% bệnh nhân xơ gan Child-Pugh C.

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân xơ gan có thiếu máu chiếm tỷ lệ khá cao với 71,8%. Số lượng hồng cầu, Hb, trung bình ở bệnh nhân xơ gan tương ứng là: $3,68 \pm 0,73$; $115,04 \pm 21,52$, các giá trị này đều giảm so với chỉ số bình thường. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với một số nghiên cứu trong và ngoài nước: tác giả Đoàn Thị Thùy Ninh và Soheila Zareifar.

Ở bệnh nhân xơ gan chủ yếu gặp thiếu máu mức độ nhẹ và trung bình chiếm 68%, thiếu máu mức độ nặng chỉ chiếm tỷ lệ thấp 4,9%. Thiếu máu là một trong những biến chứng hay gặp của xơ gan. Cơ chế của thiếu máu trong xơ gan có thể do: Xuất huyết tiêu hóa, cường lách, huyết tán, thiếu các yếu tố tạo máu... trong đó cơ chế do thiếu dưỡng đóng vai trò rất quan trọng. Dinh dưỡng ảnh hưởng rất lớn đến kết quả tạo tế bào máu của cơ thể, những người thiếu dưỡng kéo dài gây giảm albumin và các yếu tố tạo máu khác: sắt, acid folic, vitamin B12 gây nên tình trạng thiếu máu.

Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân xơ gan tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu hồng cầu to chiếm 52,7%, bệnh nhân thiếu máu đẳng sắc là 33,8% và thiếu máu nhược sắc chiếm 13,5%. Thiếu máu ưu sắc thường liên quan đến rượu và thiếu hụt vitamin B12, acid folic. Thiếu máu nhược sắc

hồng cầu nhỏ ở bệnh nhân xơ gan chủ yếu liên quan đến tình trạng thiếu sắt trong cơ thể. Xuất huyết tiêu hóa và dinh dưỡng kém gây nên hậu quả thiếu sắt dẫn đến thiếu máu nhược sắc ở bệnh nhân xơ gan.

4.2. Mối liên quan giữa thiếu máu với nguyên nhân và giai đoạn xơ gan

Chúng tôi không nhận thấy mối liên quan giữa thiếu máu với các nguyên nhân xơ gan. Khi so sánh với các kết quả của các tác giả khác chúng tôi nhận thấy có sự tương đồng. Chúng tôi cho rằng, thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan thường do giảm cung cấp nguyên liệu, chảy mất máu, chứ không bị ảnh hưởng bởi nguyên nhân xơ gan.

Liên quan với giai đoạn xơ gan lại cho kết quả khác. Kết quả nghiên cứu cho thấy số lượng hồng cầu, Hb giảm theo mức độ nặng của xơ gan, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đồng thời giai đoạn xơ gan càng nặng thì tỷ lệ thiếu máu càng tăng. Sự khác biệt về tỷ lệ giữa các mức độ thiếu máu ở giai đoạn xơ gan có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,05$). Điều này phù hợp nguyên nhân thiếu máu trong xơ gan đã được biết đến là do kết hợp của nhiều cơ chế: Xuất huyết tiêu hóa, cường lách, tan máu, thiếu nguyên liệu tạo máu (protein, sắt, acid folic, vitamin B12)... và xơ gan giai đoạn càng nặng càng có nhiều biến chứng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan là 71,8%, mức độ thiếu máu chủ yếu là vừa và nhẹ. Trong số bệnh nhân thiếu máu, tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu hồng cầu to chiếm 52,7%, bệnh nhân thiếu máu đẳng sắc là 33,8% và thiếu máu nhược sắc chiếm 13,5%.

- Ở giai đoạn xơ gan càng nặng thì HC, Hb càng giảm và tỷ lệ thiếu máu càng tăng, $p < 0,05$. Không có mối liên quan giữa thiếu máu với nguyên nhân xơ gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đoàn Thị Thùy Ninh (2015), nghiên cứu điểm chỉ

- số huyết học và sinh hóa bệnh nhân xơ gan tại bệnh viện trung ương quân đội 108, khóa luận tốt nghiệp cử nhân xét nghiệm y học, đại học kỹ thuật y tế hải Dương. *đặc*
2. **Đặng Thị Kim Oanh** (2007), "Nhân xét sự thay đổi sắt và Ferritin huyết thanh ở bệnh nhân xơ gan", *tạp chí khoa học tiểu hoá Việt nam*, tập II, số 5, tr 291-295.
 3. **Eleana Gkamprela, Melanie Deutsch, Dimitrios Pectasides** (2017), "Iron deficiency anemia in chronic liver disease: etiopathogenesis, diagnosis and treatment", *Annals of Gastroenterology*, 30(4): 405-413.
 4. **G. Anbazhagan, P. Mohan Raj, S. Kalaivalli, Vishnuprasanth**, (2015), "red blood cell abnormalities in decompensated chronic liver disease", *Journal of Evidence based Medicine and Healthcare*, 2(7), 826-833.
 5. **Gemma Lewis** (2007), "A case of persistent anemia and alcohol abuse", *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol*, 4(9):521-6.
 6. **Gonzalez-Casas R, Jones EA, Ricardo Moreno-Oter** (2009), "Spectrum of anemia associated with chronic liver disease". *World J Gastroenterol*, 15(37), 4653-4658.
 7. **Soheila Zareifar1, et al.** (2014), "Prevalence of Iron deficiency anemia in children with liver cirrhosis: A cross-sectional study", *International Journal of Hematology- Oncology and Stem Cell Research*, 9(3)129- 32.

ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ CỦA HÓA TRỊ BỔ TRỢ TRƯỚC KẾT HỢP PHẪU THUẬT BẢO TỒN TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN II

Trần Văn Thuấn*

TÓM TẮT

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 đáp ứng điều trị 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 tháng 12/2014. Đáp ứng trên lâm sàng dựa trên tiêu chuẩn RECIST và đánh giá đáp ứng trên mô bệnh học dựa trên phân loại Chevallier sau 6 đợt điều trị. **Kết quả:** Đường kính lớn nhất trung bình của u nguyên phát giảm từ 3,2 cm xuống 0,5 sau 6 chu kỳ điều trị ($p < 0,001$). Tất cả các u sau điều trị đều có đường kính $< 2,5$ cm và có thể bảo tồn. Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ trên lâm sàng là 93,2%, trong đó có 50,8% đáp ứng hoàn toàn. Có 14 bệnh nhân chiếm 23,7% đạt được đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học (pCR), 8 bệnh nhân (13,4%) chỉ còn ung thư tại chỗ.

Từ khóa: đáp ứng điều trị; hóa trị bổ trợ trước phẫu thuật, ung thư vú giai đoạn II

SUMMARY

RESPONSE OF PREOPERATIVE 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 response 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. Response of treatment was evaluated by RECIST and Chevallier after 6 circle of treatment. **Results:** Rate of full response in clinical was 93.2%; 23.7% fully response in histology. The biggest diameter of tumor decreasing from 3.2 cm to 0.6 cm after 6 circle of treatment ($p < 0.001$). All tumors had diameter less than 2.5 cm after treatment and can be preserved.

Keywords: response of treatment; 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. 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].

Ung thư vú là bệnh có tiên lượng tốt đặc biệt là ở giai đoạn sớm. Điều trị hoá chất bổ trợ trước

*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: 16.8.2017

(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 thoái 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 hoá 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 hoá chất được dùng điều trị UTV trong đó nhóm Taxanes và anthracyclin là hai hoá chất hay được sử dụng. Nhất là đối với ung thư vú giai đoạn không mổ được, phác đồ phối hợp hai hoá 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 hoá 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 hoá 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 hoá 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 hoá 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.
- Mặc các bệnh nội khoa nặng nề (suy tim, cao huyết áp không kiểm soát được...).
- Mặc 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:

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

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. Quy trình nghiên cứu

- Chọn bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn nghiên cứu: những BN nữ, được chẩn đoán là UTV T1N1M0 và T2,N0,1,M0, T3N0M0 (qua khám lâm sàng, tế bào học, X-quang vú) có nhu cầu bảo tồn.

- Bệnh nhân được làm các xét nghiệm cần thiết trước điều trị theo quy định, giải thích cho bệnh nhân về nghiên cứu. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu ký vào bản thỏa thuận đồng ý tham gia nghiên cứu.

- BN được điều trị hoá chất phác đồ TA, cụ thể như sau: Doxorubicin 50 mg/m² diện tích da, pha với 200 ml dung dịch glucose 5%, truyền TM, ngày 1; Paclitaxel 160 mg/m² diện tích bề mặt cơ thể pha với 300 ml dung dịch glucose 5%, truyền TM trong 3 giờ, ngày 1. Chu kỳ 21 ngày, điều trị tối đa 6 đợt.

2.7. 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.

- Tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng trên lâm sàng, dựa trên RECIST.

- Tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng trên mô bệnh học, theo phân loại của Chevallier.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua và chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu. Chỉ các bệnh nhân tự nguyện hợp tác tham gia mới được đưa vào

nghiên cứu. Quá trình giải thích cùng với cam kết của bệnh nhân được lưu trong hồ sơ. Các thông tin về tình trạng bệnh và thông tin cá nhân khác của bệnh nhân được bảo mật.

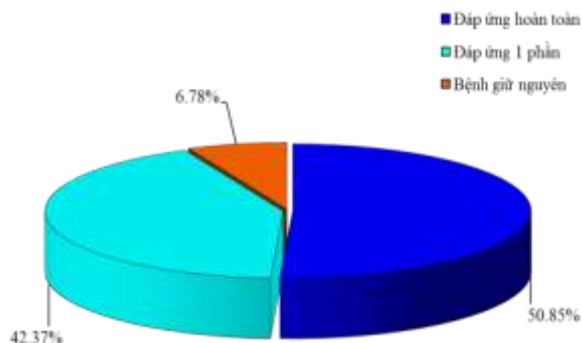
III. KẾT QUẢ

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 3,15cm. 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%.

Bảng 3.1. Đáp ứng của u sau 6 đợt hóa chất

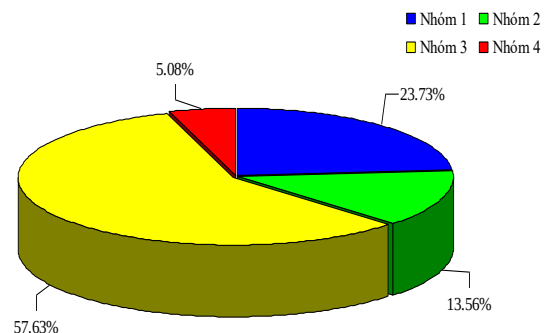
Đường kính lớn nhất của u		Trước điều trị				Sau 6 chu kỳ			
		n	%	$\bar{x} \pm SD$	Min, max	n	%	$\bar{x} \pm SD$	Min, max
Lâm sàng	0	0	0	0	0	30	50,8	0	0
	0,1 – 1,9	0	0	0	0	25	42,4	0,79±0,32	0,5-1,5
	2 – 2,9	17	28,8	2,39±0,14	2,2-2,5	4	6,8	2,18±0,24	2-2,5
	3 – 3,9	29	49,2	3,15±0,18	3-3,5	0	0	0	0
	4-5	13	22,0	4,15±,38	4-5	0	0	0	0
p = 0,001									
Siêu âm	0	0	0	0	0	15	25,4	0	0
	0,1 – 1,9	0	0	0	0	40	67,8	0,65±0,23	0,5-1
	2 – 2,9	32	54,2	2,38±0,29	2-2,9	4	6,8	2,05±0,1	2-2,2
	3 – 3,9	22	37,3	3,12±0,2	3-3,5	0	0	0	0
	4 - 5	5	8,5	4,24±0,43	4-5	0	0	0	0
p = 0,003									

Sau 6 chu kỳ điều trị, có tới 30 bệnh nhân chiếm 50,8% không sờ thấy u (đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng). Đường kính lớn nhất trung bình của u giảm từ 3,1cm (khoảng từ 2-5 cm) xuống còn 0,3 cm (khoảng từ 0-2cm) với $p < 0,001$. Trên siêu âm có 15 bệnh nhân chiếm 25,4% không còn thấy u. Đường kính lớn nhất trung bình của u giảm từ 2,8cm (khoảng từ 2-5 cm) xuống còn 0,5cm (khoảng từ 0-2 cm) với $p < 0,003$.



Biểu đồ 3.1 Tỷ lệ đáp ứng lâm sàng của bệnh nhân sau hóa trị (theo RECIST)

Biểu đồ 3.1. cho thấy tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn đạt 50,8%, đáp ứng một phần đạt 42,4%. Có 4 bệnh nhân chiếm 6,8% kích thước u có giảm nhưng $< 30\%$ (bệnh giữ nguyên), không có bệnh nhân nào tiến triển.



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ đáp ứng trên mô bệnh học theo Chevallier

Biểu đồ 3.2. cho thấy tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học đạt 23,7%. Bên cạnh đó có 13,6% đạt mức thoái lui còn lại ung thư tại chỗ, 57,6% có thay đổi diện mạo u.

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa đáp ứng lâm sàng và các đặc điểm mô bệnh học

Yếu tố		Đáp ứng		Tổng	p
		Hoàn toàn	Không hoàn toàn		
Thể mô học	Ổng xâm nhập	25	26	51	0,48
		49,0%	51,0%	100%	
	Tiểu thủy xâm nhập	5	3	8	
		62,5%	37,5%	100%	
Độ mô học	1 hoặc 2	27	22	49	0,15
		55,1	44,9	100	
	3	3	7	10	
		30,0	70,0	100	
ER và/hoặc PR	Dương tính	15	19	34	0,23
		44,1	55,9	100	
	Âm tính	15	10	25	
		60	40	100	
Her2/neu	Âm tính	16	16	32	0,73
		50	50	100	
	Dương tính	11	9	20	
		55	45	100	

Bảng 3.2. cho thấy các đặc điểm mô bệnh học không ảnh hưởng đến tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn lâm sàng.

IV. BÀN LUẬN

Sau khi thành công trong việc sử dụng hóa chất hỗ trợ trước đối với ung thư vú giai đoạn không mổ được, góp phần hạ giai đoạn chuyển bệnh nhân từ không mổ được thành mổ được tăng thời gian sống thêm. Trong nghiên cứu của chúng tôi điều trị 6 chu kỳ TA giúp giảm kích thước và biến mất các tổn thương. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau 6 đợt là 50,8%, đáp ứng 1 phần là: 42,4%, Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ đạt trên 90% (93,2%) Chỉ có 4 bệnh nhân chiếm 6,8% u có giảm kích thước nhưng ko đủ để đánh giá đáp ứng một phần, kích thước u sau điều trị 6 đợt của 3 bệnh nhân này đều <3cm (bệnh giữ nguyên). Không có bệnh nhân nào bệnh tiến triển. Trên siêu âm cũng cho một kết quả đáp ứng tương tự kích thước tổn thương lớn nhất trước điều trị trung bình là 2,8 cm, sau 3 đợt còn lại 1,3 cm, sau 6 đợt còn 0,5 cm ($p < 0,0001$). Anelli và CS (2003) trên 73 bệnh nhân thấy tỷ lệ đáp ứng toàn bộ 83,5%, đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng là 34,2% [6]. Theo Lê Thanh Đức (2014) nghiên cứu trên 137 bệnh nhân giai đoạn 3 ko mổ được tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 92%, đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng là 31,4%, 94,2% chuyển sang giai đoạn mổ được trong đó có 19% bệnh nhân đủ điều kiện bảo tồn [7]. Von Minckwitz và CS nghiên cứu trên 42 bệnh nhân (gđ II và III) điều trị hóa chất hỗ trợ trước AD (adriamycin kết hợp docetaxel) 4 đợt, chu kỳ 2 hoặc 3 tuần cho tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 93%,

đáp ứng hoàn toàn lâm sàng là 33%, đánh giá trên siêu âm tỷ lệ giảm là 67%. Kích thước trung bình khối u nguyên phát giảm từ 4 cm xuống 2cm trên lâm sàng và 3,4cm xuống 1,8 cm trên siêu âm ($p < 0,001$). Tỷ lệ bảo tồn vú tăng từ 36% lên 59%. Ganem và CS trên 48 bệnh nhân (gđ T2, 3N0, 2M0), điều trị AD 6 đợt cho tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 85%, đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng là 23%, tỷ lệ bảo tồn tăng từ 11% lên 69%. Fumoleau và CS trên 232 bệnh nhân giai đoạn T2, 3N0, 1M0 điều trị 4 đợt hoặc 6 đợt PA cho tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 82% và 86%, đáp ứng hoàn toàn lâm sàng là 20% và 32%. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi có thể do chúng tôi chỉ chọn các bệnh nhân có kích thước u thuộc giai đoạn T2.

Bên cạnh đánh giá đáp ứng lâm sàng, kết quả đáp ứng mô bệnh học thường xuyên được quan tâm sau điều trị hóa chất hỗ trợ trước. Kết quả này chỉ được xác định trên các bệnh nhân sau phẫu thuật. Quan trọng nhất của đáp ứng mô bệnh học là tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn mô bệnh học (pCR), đây là yếu tố độc lập dự báo kết quả điều trị liên quan đến tỷ lệ sống thêm không bệnh (DFS) và sống thêm toàn bộ (OS) của bệnh nhân. Nghiên cứu của Von Minckwitz và cộng sự (2012) trên 6377 bệnh nhân được điều trị hóa chất hỗ trợ trước Taxanes và Anthracyclin cho thấy thời gian sống thêm không bệnh ở nhóm không còn ung thư xâm lấn cũng như ung thư tại chỗ ở u và hạch cao hơn đáng kể so với các nhóm

còn lại (kể cả nhóm chỉ còn ung thư tại chỗ), và đưa ra kết luận pCR chỉ nên gồm nhóm này.

Hầu hết các nghiên cứu cho thấy mặc dù tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn lâm sàng cao nhưng tỷ lệ pCR chỉ đạt 10-20%. Trong nghiên cứu của chúng tôi với 59 bệnh nhân tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học là 23,7%, có 8 bệnh nhân (13,6%) chỉ còn tồn tại ung thư biểu mô tại chỗ.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ trên lâm sàng là 93,2%, trong đó có 50,8% đáp ứng hoàn toàn. Đường kính lớn nhất trung bình của u nguyên phát giảm từ 3,2 cm xuống 0,5 sau 6 chu kỳ điều trị ($p < 0,001$). Tất cả các u sau điều trị đều có đường kính $< 2,5$ cm và có thể bảo tồn. Có 14 bệnh nhân chiếm 23,7% đạt được đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học (pCR), 8 bệnh nhân (13,4%) chỉ còn ung thư tại chỗ.

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. Anelli A, Brentani RR, et al (2003). Correlation of p53 status with outcome of neoadjuvant chemotherapy using paclitaxel and doxorubicin in stage IIIB breast cancer, *Ann Oncol*, 14, 428-432.
7. Lê Thanh Đức (2014), *Nghiên cứu hiệu quả hóa trị bổ trợ trước phẫu thuật phúc đồ AP trong ung thư vú giai đoạn III*, Luận án Tiến sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội.

KAP CỦA HỌC SINH TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ THÁI NGUYÊN VỀ BỆNH NHIỄM VIRUS ZIKA

Nguyễn Công Hoàng*, Nguyễn Thị Thái Hà*

TÓM TẮT

Đây là nghiên cứu cắt ngang nhằm mô tả kiến thức, thái độ, thực hành của sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên về bệnh nhiễm virus Zika. Với cỡ mẫu 85 học sinh tham gia phỏng vấn từ tháng 9/2016 đến tháng 3/2017. Kết quả cho thấy: 100% học sinh đã từng nghe về bệnh nhiễm virus Zika. Nguồn thông tin chủ yếu của học sinh là từ vô tuyến, đài, báo 62.5%. Chỉ có 12.9% học sinh nhận thông tin từ internet. 71.8% học sinh có kiến thức đúng về vector truyền bệnh nhiễm virus Zika. 23.5% học sinh trả lời không biết. 42 em học sinh chiếm tỉ lệ 49.4% trả lời sai về con đường lây truyền bệnh nhiễm virus Zika. Không có học sinh nào trả lời đúng đủ các dấu hiệu của bệnh nhiễm virus Zika, có 62 học sinh (72.9%) trả lời đúng một phần đáp án, và có 23 học sinh trả lời sai (27.1%). 8 học sinh trả lời đúng tiến triển của bệnh nhiễm virus Zika (9.4%), có 47 học sinh (55.3%) trả lời không đúng và có 30 học sinh không biết về tiến triển của bệnh (35.3%). 75.3% học sinh có kiến thức về bệnh nhiễm virus Zika ở mức độ chưa đạt, chỉ có 24.7 học sinh có kiến thức ở mức độ đạt. 68 học sinh (80%) có thái độ với bệnh nhiễm

virus Zika được đánh giá ở mức độ đạt và 17 học sinh (20.2%) có thái độ chưa đạt. Thực hành của sinh viên về phòng bệnh nhiễm virus Zika ở mức độ đạt là 52 học sinh (61.2%), có 33 học sinh (38.8%) ở mức độ chưa đạt về thực hành.

Từ khóa: Zika, Cao đẳng Y tế Thái Nguyên, học sinh

SUMMARY

THE KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND PRACTICE OF THAI NGUYEN MEDICAL COLLEGE'S STUDENT ON ZIKA VIRUS DISEASE

This is a cross-sectional study to describe the knowledge, attitude and practice of Thai Nguyen Medical College's students on Zika virus infection. With 85 students as sample size interviewed from September 2016 to March 2017. The result shows that 100% of the students have heard of Zika Virus. The main source of information for students is TV, radio, magazine accounted for 62.5%. Only 12.9% of students received information from the internet. 71.8% of the students have the correct knowledge about Zika Virus. 23.5% of the students answer that they don't know. 42 students accounted for 49.4% having false answer about the transmission of Zika virus. There is no student having correct respond to the signs of Zika virus infection, 62 students (72.9%) having partly correct answer, and 23 students answer incorrectly (27.1%). 8 students answer correctly the progression of Zika virus infection (9.4%), 47 students (55.3%) answer incorrectly and 30 students don't know about disease progression (35.3%). 75.3% of the students with knowledge of ZIKA infection have

*Đại học y dược Thái nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn công Hoàng

Email: nguyenconghoang@tnmc.udu.vn

Ngày nhận bài: 28.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 2.8.2017

Ngày duyệt bài: 11.8.2017

failed, with only 24.7 students with satisfactory level of knowledge. 68 students (80%) are attuned to ZIKA infection and 17 students (20.2%) have attrition. Student practice on the prevention of Zika infection is at the level of 52 students (61.2%), 33 students (38.8%) at the unsatisfactory level of practice.

Key words: Zika, Thai Nguyen Medical College, students.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Virus được phát hiện ra vào năm 1947 từ khi *Macaca mulatta* trong rừng Zika của Uganda và vào năm 1968 đã được phát hiện trên con người ở Nigeria. Năm 2015, ở Trung và Nam Mỹ đã phải ban bố tình trạng đại dịch đối với tình trạng nhiễm virus Zika. Đặc biệt, Brazil là quốc gia chịu ảnh hưởng nặng nề nhất với 1.500.000 số ca mắc chiếm 0,72% dân số. Cho đến nay, virus Zika đã có mặt ở hơn 80 quốc gia và vùng lãnh thổ. Hậu quả nặng nề nhất mà virus Zika gây ra là chứng đầu nhỏ ở trẻ sơ sinh. Theo số liệu của Bộ Y tế Brazil, các bác sĩ đang theo dõi 4.222 trường hợp có nguy cơ bị đầu nhỏ trường hợp trẻ bị đầu nhỏ đã tăng 10% chỉ trong một tuần. Tổ chức WHO cảnh báo dịch Zika có thể diễn biến tồi tệ hơn trước khi được kiểm soát và khuyến cáo người dân thực hiện các biện pháp chống muỗi và tránh bị muỗi đốt.[4]

Trước diễn biến phức tạp của các vụ dịch, đòi hỏi người cán bộ y tế phải cập nhật thường xuyên kiến thức về bệnh nhiễm virus Zika để kịp thời tư vấn cách phòng và điều trị bệnh cho bệnh nhân và người dân trong cộng đồng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Kiến thức, thái độ, thực hành của học sinh trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên về bệnh nhiễm virus Zika*" với các mục tiêu như sau:

1. *Mô tả thực trạng kiến thức thái độ thực hành phòng chống bệnh nhiễm virus Zika của học sinh năm thứ hai trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên.*

2. *Đề xuất một số giải pháp nâng cao kiến thức thái độ thực hành phòng bệnh nhiễm virus Zika của học sinh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Học sinh khối Y sĩ năm thứ hai của trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

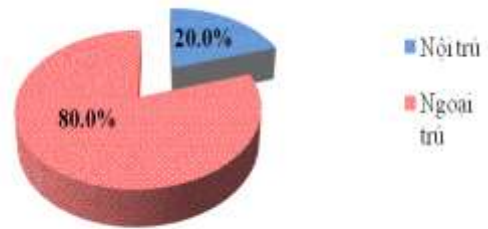
Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả, thiết kế nghiên cứu cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Lấy toàn bộ 85 học sinh khối Y8A khóa học 2015-2017

III. KẾT QUẢ

1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Đối tượng nghiên cứu xếp theo chỗ ở

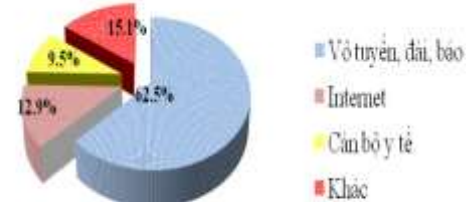
Nhận xét: Đa số sinh viên khối Y8 ở ngoại trú 68 học sinh (80.0%) chỉ có 17 em ở nội trú (20.0%)

2. Kiến thức, thái độ, thực hành của học sinh về bệnh nhiễm virus Zika

Bảng 1. Học sinh đã từng nghe đến bệnh nhiễm virus Zika

Nghe về bệnh nhiễm virus Zika	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Đã từng nghe	85	100%
Chưa từng nghe	0	0
Tổng số	85	100

Nhận xét: Qua nghiên cứu thấy tất cả học sinh đã từng nghe đến bệnh nhiễm virus Zika 85 học sinh (100.0%)



Biểu đồ 2. Nguồn cung cấp thông tin về bệnh nhiễm virus Zika của học sinh

Nhận xét: Biểu đồ 2 cho thấy thông tin về bệnh nhiễm virus Zika mà học sinh tiếp nhận chủ yếu từ vô tuyến, đài, báo 53 học sinh (62.5%), từ internet là 11 học sinh (12.9%), từ cán bộ y tế là 8 học sinh (9.5%)

Bảng 2. Kiến thức về vector truyền bệnh nhiễm virus Zika của học sinh

Kiến thức về vector truyền bệnh	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Đúng	61	71.8
Sai	4	4.7
Không biết	20	23.5
Tổng số	85	100.0

Nhận xét: Đa số học sinh có kiến thức đúng về vector truyền bệnh nhiễm virus Zika 61 học sinh

(71.8%), 4 học sinh trả lời sai (4.7%). Bên cạnh đó có 20 học sinh trả lời không biết (23.5%)

Bảng 3. Kiến thức về đường lây truyền bệnh nhiễm virus Zika của học sinh

Kiến thức về đường lây bệnh	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Đúng	3	3.5
Đúng một phần	40	47.1
Sai	42	49.4
Tổng số	85	100.0

Nhận xét: Qua nghiên cứu thấy số lượng học sinh trả lời đúng và đủ các đường lây truyền bệnh nhiễm virus Zika rất ít 3 học sinh (3.5%), hầu hết học sinh trả lời đúng một phần 40 học sinh (47.1%), có 42 học sinh trả lời sai (49.4%).

Bảng 4. Kiến thức về dấu hiệu bệnh nhiễm virus Zika của học sinh

Kiến thức về dấu hiệu của bệnh	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Đúng	0	0
Đúng một phần	62	72.9
Sai	23	27.1
Tổng số	85	100.0

Nhận xét: Bảng 4 cho thấy không có học sinh nào trả lời đúng đủ các dấu hiệu của bệnh nhiễm virus Zika, có 62 học sinh (72.9%) trả lời đúng một phần đáp án, và có 23 học sinh trả lời sai (27.1%)

Bảng 5. Kiến thức về tiến triển bệnh nhiễm virus Zika của học sinh

Kiến thức về tiến triển bệnh	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Đúng	8	9.4
Sai	47	55.3
Không biết	30	35.3
Tổng số	85	100.0

Nhận xét: Qua nghiên cứu thấy 8 học sinh trả lời đúng tiến triển của bệnh nhiễm virus Zika (9.4%), có 47 học sinh (55.3%) trả lời không đúng và có 30 học sinh không biết về tiến triển của bệnh (35.3%)

Bảng 6. Kiến thức chung bệnh nhiễm virus Zika của học sinh

Kiến thức	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Đạt	21	24.7
Chưa đạt	64	75.3
Tổng số	85	100.0

Nhận xét: Bảng 6 cho thấy có 75.3% học sinh có kiến thức về bệnh nhiễm virus Zika ở mức độ chưa đạt, chỉ có 24.7 học sinh có kiến thức ở mức độ đạt

Bảng 7. Thái độ của học sinh với bệnh nhiễm virus Zika

Thái độ	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Đạt	68	80.0
Chưa đạt	17	20.0
Tổng số	85	100.0

Nhận xét: Qua nghiên cứu thấy 68 học sinh (80%) có thái độ với bệnh nhiễm virus Zika được đánh giá ở mức độ đạt và 17 học sinh (20.2%) có thái độ chưa đạt

Bảng 8. Thực hành của học sinh với bệnh nhiễm virus Zika

Thực hành	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Đạt	52	61.2
Chưa đạt	33	38.8
Tổng số	85	100.0

Nhận xét: Bảng trên cho thấy thực hành của sinh viên về phòng bệnh nhiễm virus Zika ở mức độ đạt là 52 học sinh (61.2%), có 33 học sinh (38.8%) ở mức độ chưa đạt về thực hành.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy tất cả học sinh được phỏng vấn đều trả lời đã từng nghe đến bệnh nhiễm virus Zika 85 học sinh (100.0%). Nguồn thông tin các em học sinh cập nhật được từ rất nhiều kênh truyền thông. Biểu đồ 2 cho thấy học sinh tiếp nhận thông tin về bệnh nhiễm virus Zika chủ yếu từ vô tuyến, đài, báo 53 học sinh (62.5%), từ internet là 11 học sinh (12.9%), từ cán bộ y tế là 8 học sinh (9.5%). Hiện nay, tỉ lệ học sinh truy cập internet rất lớn nhưng tỉ lệ các em tiếp nhận thông tin từ về bệnh Zika từ internet là không cao, phải chăng các trang thông tin mà học sinh truy cập không đăng tải về bệnh này hoặc các em học sinh chưa chủ động để tìm đến những trang cung cấp các thông tin về bệnh học.

Nghiên cứu sâu hơn về kiến thức của học sinh chúng tôi quan sát thấy có 61 học sinh (71.8%) khẳng định vector truyền bệnh virus Zika là muỗi Aedes. Có 4 học sinh trả lời sai chiếm tỉ lệ 4.7%. Điều đáng chú ý là có tới 20 học sinh trả lời không biết chiếm tỉ lệ 23.5%. Có thể các em học sinh chưa thật sự chú ý tới vector truyền bệnh. Tuy nhiên việc xác định chính xác vector truyền bệnh nhiễm virus Zika sẽ giúp các em học sinh định hình được thái độ và phương pháp dự phòng bệnh tốt hơn.

Virus Zika xâm nhập vào cơ thể người và tồn tại trong máu nên đường lây truyền bệnh nhiễm virus Zika chủ yếu qua ba con đường: đường máu, mẹ sang con, qua quan hệ tình dục không an toàn. Đây là các con đường lây truyền rất phổ biến của các loại bệnh do virus gây ra. Tuy nhiên, trong nghiên cứu chúng tôi thấy số lượng học sinh trả lời đúng và đủ các đường lây truyền bệnh nhiễm virus Zika rất ít 3 học sinh (3.5%), hầu hết học sinh chỉ trả lời đúng một phần 40 học sinh (47.1%). Thậm chí có đến 49.4% học

sinh trả lời sai. Đây là con số mà chúng ta phải quan tâm vì các em học sinh trong nhóm nghiên cứu này chỉ một thời gian ngắn nữa thôi sẽ trở thành những người cán bộ y tế trực tiếp điều trị và chăm sóc sức khỏe cho mọi người, các em cần phải cập nhật các kiến thức mới. Đặc biệt, cùng với sự phát triển của khoa học công nghệ thì sự xuất hiện của các bệnh mới nổi như nhiễm virus Zika càng cần được quan tâm hơn nữa.

Người cán bộ y tế làm công tác chẩn đoán, điều trị việc nắm chắc các kiến thức về bệnh bao gồm kiến thức về dấu hiệu của bệnh rất quan trọng. Vậy nhưng trong nghiên cứu này không một em học sinh nào trả lời đúng đủ các dấu hiệu chính của bệnh nhiễm virus Zika. Hầu hết các em chỉ trả lời đúng một phần đáp án 62 học sinh chiếm tỉ lệ 72.9%. Thực tế là trong chương trình học của các em đã có một số bài về các bệnh nhiễm virus như sốt xuất huyết, sốt rét, cúm... Vì nhiễm virus Zika là bệnh mới nổi nên có lẽ bộ môn chưa cập nhật kịp thời trong chương trình học của các em học sinh.

Bệnh nhiễm virus Zika thường biểu hiện các triệu chứng rầm rộ nhưng ở mức độ nhẹ, thường khỏi hoàn toàn sau 2-7 ngày. Bảng 5 cho thấy chỉ có 8 học sinh trả lời đúng về tiền triệu của bệnh (9.4%). Có đến hơn một nửa đối tượng nghiên cứu (55.3%) trả lời sai. Thậm chí có đến 35.5% trả lời không biết về tiền triệu của bệnh nhiễm virus Zika. Việc tiên lượng được tiến triển của bệnh sẽ giúp người cán bộ y tế theo dõi tình trạng của bệnh nhân để có kế hoạch điều trị, chăm sóc đúng và phù hợp.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá kiến thức chung của học sinh về bệnh nhiễm virus Zika thấy rằng chỉ có 21 học sinh chiếm tỉ lệ 24.7% có kiến thức được đánh giá ở mức độ đạt yêu cầu của nghiên cứu. Có đến 75.3% chưa đạt yêu cầu. Đây là con số đáng báo động đối với nhóm học sinh năm cuối. Các em cần phải tích cực hơn nữa trong việc cập nhật bổ sung kiến thức cho mình để có thể đáp ứng công việc sau này.

Tuy nhiên, trái ngược với kiến thức, hầu hết các em học sinh trong nhóm nghiên cứu có thái độ tốt đối với bệnh nhiễm virus Zika, có đến 80% học sinh trong nhóm nghiên cứu có thái độ ở mức độ đạt yêu cầu. Thực tế là bệnh nhiễm virus Zika cũng tương tự một số bệnh nhiễm virus khác như sốt phát ban, sốt xuất huyết nên mặc dù chưa có nhiều kiến thức về bệnh nhiễm virus Zika nhưng thái độ của các em học sinh

cũng tương tự như với thái độ của các bệnh nhiễm virus khác.

Việc phòng bệnh nhiễm virus Zika cũng giống với các bệnh do muỗi truyền khác nên tỉ lệ học sinh đạt yêu cầu đối với thực hành ở mức 61.2%. Chỉ có 38.8% em học sinh chưa đạt. Cần tăng cường hơn nữa công tác tuyên truyền về thực hành phòng bệnh nhiễm virus Zika để các em học sinh bảo vệ sức khỏe của mình và những người xung quanh.

V. KẾT LUẬN

100% học sinh đã từng nghe về bệnh nhiễm virus Zika. Nguồn thông tin chủ yếu của học sinh là từ vô tuyến, đài, báo 62.5%. Chỉ có 12.9% học sinh nhận thông tin từ internet. 71.8% học sinh có kiến thức đúng về vector truyền bệnh nhiễm virus Zika. 23.5% học sinh trả lời không biết. 49.4% trả lời sai về con đường lây truyền bệnh nhiễm virus Zika. Không có học sinh nào trả lời đúng đủ các dấu hiệu của bệnh nhiễm virus Zika, có 62 học sinh (72.9%) trả lời đúng một phần đáp án, và có 23 học sinh trả lời sai (27.1%). 8 học sinh trả lời đúng tiến triển của bệnh nhiễm virus Zika (9.4%), có 47 học sinh (55.3%) trả lời không đúng và có 30 học sinh không biết về tiến triển của bệnh (35.3%). 75.3% học sinh có kiến thức về bệnh nhiễm virus Zika ở mức độ chưa đạt, chỉ có 24.7 học sinh có kiến thức ở mức độ đạt. 68 học sinh (80%) có thái độ với bệnh nhiễm virus Zika được đánh giá ở mức độ đạt và 17 học sinh (20.2%) có thái độ chưa đạt. Thực hành của sinh viên về phòng bệnh nhiễm virus Zika ở mức độ đạt là 61.2%, 38.8% ở mức độ chưa đạt

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quyết định số 439/QĐ-BYT** ban hành ngày 5 tháng 2 năm 2016 về việc hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh do virus Zika.
2. **Bennett và cs (2014)** Principles and Practice of Infectious Diseases, Elsevier Health Sciences. tr. 1881.
3. **Harapan Harapan và cs, (2017)** Healthcare workers' knowledge towards Zika virus infection in Indonesia: A survey in Aceh, Asian Pacific Journal of Tropical Medicine, Volume 10, Issue 2, P.189–194
4. **Juan A. Sabogal-Roman (2016)**, Healthcare students and workers' knowledge about transmission, epidemiology and symptoms of Zika fever in four cities of Colombia, Travel Medicine and Infectious Disease
5. **WHO (2016)** "Knowledge, Attitudes and Practice surveys Zika virus disease and potential complications" resource pack

ĐỊNH HƯỚNG HỌC TẬP VÀ VIỆC LÀM SAU TỐT NGHIỆP CỦA CÁC TÂN BÁC SỸ TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Dương Huy Lương*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả định hướng học tập và việc làm sau tốt nghiệp của tân bác sỹ trường Đại học Y Hà Nội năm 2011. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 166 tân sinh viên cho thấy có 139 sinh viên (83,7%) có mong muốn được học tiếp. Trong đó, nội trú chiếm tỉ lệ cao nhất với 79 sinh viên (47,6%). Có 112 sinh viên (67,5%) mong muốn được làm việc tại các bệnh viện, cơ sở y tế nhà nước. Tính chất công việc được sinh viên lựa chọn cao nhất là làm lâm sàng với 153 sinh viên (92,2%). Hà Nội là nơi mà các sinh viên mong muốn ở lại làm việc nhiều nhất với 114 sinh viên (69%), chỉ có 30 sinh viên (18%) mong muốn trở về tỉnh nhà làm việc. **Kết luận:** Cần đưa chương trình đào tạo cụ thể và thực tế về định hướng nghề nghiệp cho tân bác sỹ trước khi ra trường.

Từ khóa: tân bác sỹ, định hướng học tập, định hướng việc làm.

SUMMARY

STUDY ORIENTATION AND JOB ORIENTATION OF NEWLY GRADUATED DOCTORS IN HA NOI MEDICAL UNIVERSITY

Objectives: Describe the study and post-graduation work orientation of the newly graduated doctors of Hanoi Medical University in 2011. **Methods:** a cross-sectional descriptive study was conducted among 166 new doctors. **Results:** A total of 139 students (83.7%) were expected to continue their studies. Of which, being residents occupied the highest rate with 79 students (47.6%). 112 students (67.5%) would like to work in public hospitals and health facilities. The highest number of jobs selected by the students was related to clinical practice with 153 students (92.2%). Hanoi was the place where students expected to work most with 114 students (69%), only 30 students (18%) wished to return to work in provinces. **Conclusion:** Detailed and practical occupational orientation trainings need to be introduced to medical students before graduation.

Keywords: newly graduated doctors, study orientation, job orientation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nguồn nhân lực là một vấn đề trọng tâm trong hệ thống y tế và là mối quan tâm lớn cho toàn nền y tế của cả các nước phát triển và nước đang phát triển [1]. Việc cân bằng giữa cung và

cầu trong hệ thống y tế là rất quan trọng. Điều này liên quan đến việc ước tính số lượng nhân viên y tế cần được đào tạo để bù đắp lại số nhân viên y tế mất đi do các nguyên nhân như hưu trí, tử vong, tàn tật, di dân và rời khỏi ngành nghề y tế. Bên cạnh đó, hầu hết các bác sỹ sau khi ra trường đều mong muốn được ở lại các thành phố lớn để làm việc. Điều này làm cho các khu vực nông thôn và vùng sâu vùng xa trở nên thiếu về số lượng cũng như về chuyên môn của bác sỹ [2]. Theo Tổ chức Y tế Thế Giới, có khoảng một nửa số người dân sống ở nông thôn, trong khi đó chỉ có dưới 25% tổng số các bác sỹ công tác ở khu vực này [3]. Mặc dù đã có một số chương trình nhằm thu hút các bác sỹ về các tuyến dưới nhưng vẫn chưa đạt được nhiều hiệu quả. Để tìm hiểu mong muốn về định hướng học tập và việc làm của tân bác sỹ, từ đó đưa ra các chiến lược thu hút nhằm phân bố đều các bác sỹ tới các vùng miền, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu "Mô tả định hướng học tập và việc làm của tân bác sỹ Đại học Y Hà Nội năm 2011".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tân bác sỹ mới tốt nghiệp của trường Đại học Y Hà Nội năm 2011.

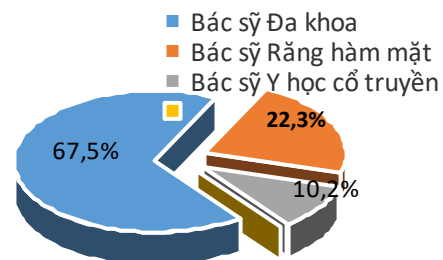
2.2. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu: Tất cả các tân bác sỹ có mặt trong buổi lễ tốt nghiệp trường Đại học Y Hà Nội và đồng ý tham gia nghiên cứu đều được lựa chọn. Có tổng số 166 tân bác sỹ đã tham gia vào nghiên cứu này.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch và nhập vào máy tính rồi được phân tích bằng phần mềm STATA 10.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



*Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế
Chịu trách nhiệm chính: Dương Huy Lương
Email: dr.luong.vn@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.6.2017
Ngày phản biện khoa học: 3.8.2017
Ngày duyệt bài: 14.8.2017

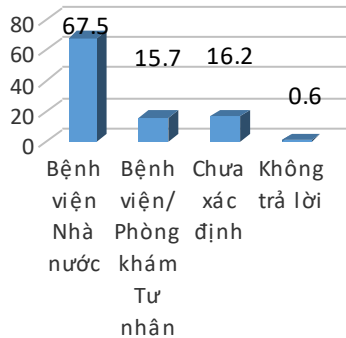
Biểu đồ 1: Đặc điểm của đối tượng theo ngành đào tạo

Biểu đồ 1 cho thấy Bác sỹ đa khoa chiếm phần lớn tỷ lệ đào tạo là 67,5%, tiếp đến bác sỹ Răng - hàm - mặt (RHM) chiếm 22,3% và Y học cổ truyền (YHCT) chiếm 10,2%.

3.2. Định hướng học tập và làm việc của tân bác sỹ**Bảng 1: Định hướng học tập của các đối tượng nghiên cứu (n=166)**

Dự định học tập	Số lượng(N)	Tỷ lệ (%)
Chưa định học tiếp ngay	27	16,3
Thi nội trú	79	47,6
Học cao học	29	17,5
Học định hướng	24	14,4
Du học	7	4,2
Tổng	166	100

Về định hướng học tập sau ra trường, cao nhất có 47,6% tân bác sỹ có dự định thi nội trú. Ngoài ra, có 17,5% tân bác sỹ dự định sẽ học cao học 14,4% dự định sẽ học định hướng, và tỷ lệ tân bác sỹ chưa định học tiếp ngay chiếm 16,3%.

**Biểu đồ 2: Dự định về cơ quan sẽ làm việc của tân bác sỹ**

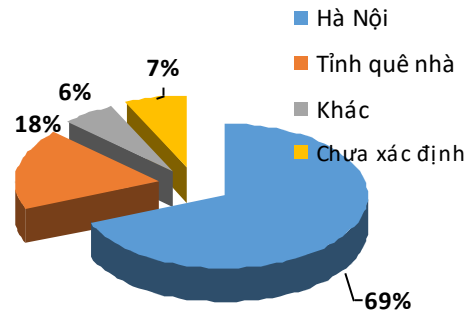
Đa số các tân bác sỹ dự định làm việc tại các bệnh viện, cơ sở y tế nhà nước chiếm 67,5%, 15,7% tân bác sỹ dự định làm việc ở các cơ sở y tế tư nhân. Bên cạnh đó, 16,2% chưa xác định loại hình cơ quan và 0,6% đối tượng không trả lời.

Bảng 2: Dự định về tính chất công việc của tân bác sỹ (n=166)

Tính chất công việc	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Lâm sàng	153	92,2
Cận lâm sàng	6	3,6
Giảng dạy/ nghiên cứu	3	1,8
Khác	4	2,4
Tổng	166	100

Các tân bác sỹ có dự định về tính chất công việc ưu tiên nhất là lâm sàng chiếm tỷ lệ 92%,

cận lâm sàng là 4%, giảng dạy nghiên cứu và các loại khác chiếm tỷ lệ 2%.

**Biểu đồ 3: Dự định về địa phương sẽ làm việc**

Đa số các tân bác sỹ (69%) dự định làm việc tại Hà Nội, 18% dự định làm việc tại tỉnh quê nhà, 7% chưa xác định địa phương sẽ làm việc sau tốt nghiệp, 6% khác (chủ yếu bao gồm dự định làm ở các thành phố khác và dự định đi nước ngoài, không trả lời).

IV. BÀN LUẬN

Về dự định học tập của các tân sinh viên, nghiên cứu này chỉ ra có 47,6% tân bác sỹ có dự định thi nội trú, 14,4% dự định sẽ học định hướng, 17,5% dự định sẽ học cao học. Đào tạo nội trú là một loại hình bồi dưỡng và đào tạo nhân tài của ngành rất đặc biệt đã có từ thời Pháp thuộc được duy trì và phát triển cho tới nay. Các bác sỹ nội trú là những bác sỹ có tay nghề cao, sẽ đóng vai trò là những chuyên gia đầu ngành cho cung cấp các dịch vụ khám chữa bệnh, đặc biệt trong chỉ đạo tuyến và đào tạo nhân lực y tế. Chính vì vậy, bác sỹ nội trú là mong muốn của đại đa số các sinh viên trường y. Tuy nhiên, tỷ lệ đào tạo bác sỹ nội trú cũng rất ít (khoảng 10%) và có sự mất cân đối giữa các chuyên khoa, đó là sự thiếu hụt bác sỹ ở những chuyên khoa được coi là kém hấp dẫn vì công việc vất vả, thu nhập thấp hơn. Bên cạnh đó nhiều tân bác sỹ dự định học định hướng, học cao học vì các lý do kinh tế, muốn ổn định cuộc sống, thời gian đào tạo ngắn hơn...

Với loại hình cơ quan sẽ làm việc sau tốt nghiệp, đa số tân bác sỹ dự định làm việc tại các bệnh viện, cơ sở y tế nhà nước với tỷ lệ 67,5%; bên cạnh đó, có 15,7% tân bác sỹ dự định làm việc ở các cơ sở y tế tư nhân, và có 16,2% đối tượng chưa xác định loại hình cơ quan. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu "Thực trạng và nhu cầu sử dụng bác sỹ và cử nhân điều dưỡng sau tốt nghiệp" của Viện Chiến lược và Chính sách y tế đã đưa ra thông tin liên quan đến tình trạng có việc làm của các bác sỹ mới ra trường

như sau: 85,6% bác sỹ có việc làm tại các cơ sở y tế nhà nước, 6,7% bác sỹ làm việc ở các cơ sở y tế tư nhân [4]. Đa số tân bác sỹ dự định làm việc tại các cơ sở y tế nhà nước vì môi trường làm việc ổn định, an toàn hơn, có đầy đủ cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế, có nhiều bệnh nhân và vấn đề về y đức trong các cơ sở y tế công lập cũng được đề cao hơn. Bên cạnh đó các bác sỹ vẫn có thể tham gia thực hành tư nhân để tăng thêm thu nhập.

Dự định về tính chất công việc, các tân bác sỹ có ưu tiên nhất là lâm sàng chiếm tỷ lệ 92%, cận lâm sàng là 4%, giảng dạy nghiên cứu và các loại khác chiếm tỷ lệ 2%. Kết quả nghiên cứu cho thấy dự định về tính chất công việc của tân bác sỹ cũng có sự mất cân bằng nghiêm trọng. Dự định làm công việc liên quan tới cận lâm sàng, giảng dạy nghiên cứu, y tế công cộng chỉ chiếm 8% là quá thấp. Các tân bác sỹ chia sẻ rằng công việc lâm sàng hấp dẫn hơn, trực tiếp giúp đỡ được bệnh nhân và gia đình, thu nhập cao hơn bao gồm cả khả năng làm thêm ngoài công lập so với công tác ngoài lâm sàng.

Khi được hỏi về địa phương dự định công tác, đa số các tân bác sỹ (69%) mong muốn làm việc tại Hà Nội, 18% dự định làm việc tại tỉnh quê nhà, 7% chưa xác định địa phương sẽ làm việc sau tốt nghiệp, 6% khác (chủ yếu bao gồm dự định làm ở các thành phố khác và dự định đi nước ngoài, không trả lời). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu tại Croatia khi mà phần lớn các tân bác sỹ sau khi ra trường đều lựa chọn các thành phố lớn để làm việc [5]. Kết quả trong nghiên cứu này có thể được giải thích là do Hà Nội là trung tâm văn hóa - kinh tế - chính trị của cả nước, là nơi tập trung những bệnh viện lớn đầu ngành, có các điều kiện thuận lợi về việc làm, đào tạo, sinh sống... Bên cạnh đó lại gây ra tình trạng một bộ phận không nhỏ các bác sỹ không làm đúng nghề đã được đào tạo do không tìm được việc làm ở thành phố lớn, hoặc

sẵn sàng làm không công tại các cơ sở y tế công hoặc tư để chờ cơ hội. Tuy nhiên, ở nhiều bệnh viện lớn vẫn xảy ra tình trạng thiếu bác sỹ do hiện tượng quá tải bệnh viện.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Đa số các tân bác sỹ đều có dự định học lên tiếp với 83,7%. Trong đó, 47,6% dự định thi nội trú, 14,4% dự định học định hướng, 17,5% dự định học cao học. Loại hình cơ quan mong muốn làm việc chủ yếu là cơ sở y tế nhà nước (67,5%). Phần lớn các tân bác sỹ dự định làm việc ở Hà Nội (69%), chỉ 18% dự định làm việc tại tỉnh quê nhà. Dự định tính chất công việc của tân bác sỹ là lâm sàng chiếm 92%. Cần có chương trình hướng nghiệp cho các tân bác sỹ trước khi ra trường.

Kết quả từ nghiên cứu này cho thấy vẫn còn sự mất cân bằng về mảng chuyên môn và địa phương dự định công tác sau khi ra trường của các bác sỹ mới tốt nghiệp của trường Đại học Y Hà Nội về. Bởi vậy, cần có những chương trình hướng nghiệp cụ thể và sát với thực tế giúp định hướng các sinh viên y khoa sắp tốt nghiệp có lựa chọn phù hợp sau khi ra trường. Ngoài ra, cũng cần những chương trình và chính sách đãi ngộ nhằm thu hút các bác sỹ về công tác ở các chuyên ngành dự phòng công cộng và các địa phương vùng sâu vùng xa thiếu nhân lực y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz M. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *Human Resources for Health*. 1:3. doi: 10.1186/1478-4491-1-3. 2003.
2. Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*. 2004;2:13. doi: 10.1186/1478-4491-2-13.
3. World Health Organization (2006), "Working Together for Health", *The World Health Report 2006*.
4. Viện Chiến lược và Chính sách y tế (2011), "Bảo vệ cấp cơ sở để tài thực trạng và nhu cầu sử dụng bác sỹ và cử nhân điều dưỡng sau tốt nghiệp".
5. Steinman L. Maldistribution of physicians in Yugoslavia. *Journal of Medical Education*. 1974;49:182.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG QUÁ KÍCH BUỒNG TRỨNG NẶNG SAU THỤ TINH ỨNG NGHIỆM

Hanh Sokanha¹, Nguyễn Xuân Hợi²

TÓM TẮT

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hợi

Email: doctorhoi@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.6.2017

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân quá kích buồng trứng nặng và đánh giá kết quả điều trị quá kích buồng trứng nặng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu trên 74 bệnh nhân quá kích buồng trứng

Ngày phản biện khoa học: 9.8.2017

Ngày duyệt bài: 16.8.2017

nặng nằm điều trị tại khoa hồi sức cấp cứu bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ 11/2016 đến 06/2017. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $28,5 \pm 3,5$. Số nôn trung bình chọc hút được là $17,34 \pm 6,95$ nôn. Tỷ lệ bệnh nhân buồn nôn và nôn là 87,8%, tỷ lệ bệnh nhân có dấu hiệu đau tức bụng là 97,3%, tỷ lệ bệnh nhân có thiếu niệu là 51,4%. Đa số bệnh nhân có 3 hoặc 4 triệu chứng đau bụng, buồn nôn, nôn và khó thở. Tỷ lệ bệnh nhân có hematocrit tăng $\geq 45\%$ là 41,9%. Tỷ lệ bệnh nhân phải chọc dịch màng bụng là 74,3% đa số bệnh nhân chọc 1-2 lần chiếm tỷ lệ 56,7%. Tỷ lệ bệnh nhân truyền albumin là 90,5%, truyền NaCl 9‰ là 94,5%. Thời gian điều trị trung bình $9,61 \pm 6$ ngày. Tỷ lệ bệnh nhân khỏi hoàn toàn khi ra viện là 59,5%. **Kết luận:** Đa số bệnh nhân quá kích buồng trứng nặng có dấu hiệu đau tức bụng, buồn nôn, nôn, khó thở, 41,9% bệnh nhân có dấu hiệu cô đặc máu (hematocrit $\geq 45\%$). Tỷ lệ bệnh nhân truyền albumin là 90,5%. Tỷ lệ bệnh nhân khỏi hoàn toàn khi ra viện là 59,5%.

Từ khóa: Quá kích buồng trứng nặng, thụ tinh trong ống nghiệm.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF SEVERE OVARIAN HYPERSTIMULATION SYNDROME AFTER IN VITRO FERTILIZATION

Objective: To describe the clinical and subclinical characteristics of patients with severe ovarian hyperstimulation and to evaluate results of treatment severe ovarian hyperstimulation. **Subjects and Methods:** a prospective study including 74 patient of severe ovarian hyperstimulation treated in Emergency - Intensive Care Department at National Hospital of Obstetrics and Gynecology from 11/2016 to 06/2017. **Results:** mean age of patients was 28.5 ± 3.5 years. The rate of nausea and vomiting was 87.8%, abdominal pain rate was 97.3% and oliguria was 51.4%. Most patients have three or four symptoms of abdominal pain, nausea, vomiting and difficulty in breathing. Elevated hematocrit rate ($\geq 45.0\%$) was 41.9%. Patients with paracentesis were 74.3%, most patients had 1-2 times, the rate was 56.7%. The rate of albumin infusions was 90.5%, NaCl 0.9% was 94.5%. Average time treatment was 9.61 ± 6 days. The percentage of patients who completely recovered from hospital was 59.5%. **Conclusions:** The majority of patients with ovarian hyperstimulation showed abdominal pain, nausea, vomiting, dyspnea. Of those patients, 41.9% had hematocrit $\geq 45\%$. The rate of albumin infusion was high (90.5%). The percentage of patients who completely recovered from hospital was 59.5%.

Key words: Severe ovarian hyperstimulation, IVF.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng quá kích buồng trứng là hậu quả của việc kích thích buồng trứng quá mức. Tỷ lệ quá kích buồng trứng vừa phải đến mức cao là từ 0,6% đến 5% chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm gây ra hiện tượng tăng tính thấm thành mạch và thoát dịch ra khoang thứ 3 [1],

[2]. Tình trạng này được đặc trưng bởi sự chuyển dịch từ khoang trong lòng mạch đến khoang thứ ba, dẫn đến giảm khối lượng tuần hoàn, giảm tưới máu các cơ quan trong đó có thận, ruột, gây thiếu niệu và rối loạn nhu động ruột, gây kết dính tiểu cầu, hình thành cục máu đông trong lòng mạch và nguy cơ tắc mạch. Nếu tình trạng giảm khối lượng tuần hoàn kéo dài gây nên giảm tưới máu thận không hồi phục gây suy thận cấp, vô niệu, tăng kali, ure [3], [4]. Ngoài ra sự thoát dịch vào khoang thứ 3 gây tràn dịch đa màng, tràn dịch màng bụng nhiều, giảm tưới máu các cơ quan ổ bụng, chèn ép cơ hoành gây giảm thông khí, giảm lưu lượng máu về tim. Tràn dịch màng phổi gây khó thở. Nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị có thể dẫn đến tử vong [5],[6]. Do vậy để tăng hiệu quả điều trị quá kích buồng trứng nặng chúng tôi thực hiện đề tài "Đánh giá kết quả điều trị hội chứng quá kích buồng trứng mức độ nặng sau thụ tinh ống nghiệm" với mục tiêu

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân quá kích buồng trứng nặng sau thụ tinh ống nghiệm.

2. Đánh giá kết quả điều trị hội chứng quá kích buồng trứng nặng sau thụ tinh ống nghiệm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 74 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng quá kích buồng trứng nặng nhập viện điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ 11/2016 đến 06/2017 phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Là những bệnh nhân được chẩn đoán quá kích buồng trứng nặng theo tiêu chuẩn của Golan (2010) sau thụ tinh trong ống nghiệm được điều trị tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương: nhiều dịch ổ bụng + khó thở, cô đặc máu (hematocrit $\geq 45\%$), thiếu niệu, kích thước buồng trứng ≥ 12 cm, phù [2]. Đồng ý tham gia nghiên cứu

*Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân quá kích buồng trứng do kích thích trên bệnh nhân IUI.

- Bệnh nhân quá kích buồng trứng mức độ nhẹ.

- Bệnh nhân quá kích buồng trứng mức độ trung bình.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu theo phương pháp mô tả tiến cứu.

2.3 Cỡ mẫu nghiên cứu: Lấy mẫu thuận tiện, trong thời gian từ tháng 11/2016 đến

6/2017, tổng số đối tượng nghiên cứu là 74 trường hợp điều trị quá kích buồng trứng nặng.

2.4 Các biến số nghiên cứu: Tuổi của bệnh nhân, thời gian vô sinh, BMI, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của quá kích buồng trứng nặng, phương pháp điều trị lượng albumin, dịch truyền, lượng dịch chọc hút, thời gian điều trị và kết quả điều trị điều trị được đánh giá theo triệu

chứng lâm sàng giảm, siêu âm thấy các nang nhỏ đi, hematocrit giảm và lượng nước tiểu tăng.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu được sự đồng ý tham gia của bệnh nhân, thông tin của bệnh nhân được đảm bảo giữ kín bí mật và trung thực theo các quy định về nghiên cứu y sinh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Biến số	$X \pm SD$	Min - Max
Tuổi trung bình (năm)	$28,5 \pm 3,54$	19 - 38
Thời gian vô sinh trung bình (năm)	$5,01 \pm 3,24$	1-18
BMI trung bình	$20,05 \pm 1,9$	16,02 - 25,63
Số nang noãn chọc hút trung bình	$17,34 \pm 6,59$	5 - 43

Tuổi trung bình của bệnh nhân là $28,5 \pm 3,54$ tuổi nhỏ nhất là 19 tuổi, tuổi lớn nhất 38 tuổi. Thời gian vô sinh trung bình là $5,01 \pm 3,24$ năm. Thời gian ngắn nhất là 1 năm, dài nhất là 18 năm. BMI trung bình của bệnh nhân là $20,05 \pm 1,9$, BMI nhỏ nhất là 16,02 và lớn nhất là 25,63. Số nang noãn chọc hút được nhiều trung bình là $17,34 \pm 6,59$ trong đó ít nhất là 5 noãn và nhiều nhất là 43 noãn.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân quá kích buồng trứng nặng

Bảng 3.1. Thời gian xuất hiện quá kích buồng trứng

Thời gian xuất hiện QKBT (ngày)	$X \pm SD$	Min	max
Sau chọc hút noãn	$3,7 \pm 1,9$	0,24 ngày	7 ngày
Sau chuyển phôi	$8,6 \pm 3,5$	1 ngày	16 ngày
P	0,01		

Tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện quá kích buồng trứng sau chọc hút noãn trung bình là sau $3,7 \pm 1,9$, thời gian xuất hiện quá kích buồng trứng nhóm sau chuyển phôi là $8,6 \pm 3,5$ ngày. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,01$.

Bảng 3.2 Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	Có triệu chứng (n;%)	Không có triệu chứng (n;%)
Đau bụng	71 (95,9%)	3 (4,1%)
Buồn nôn, nôn	65 (87,8%)	9 (12,2%)
Khó thở	70 (94,6%)	4 (5,4%)
Thiếu niệu	38 (51,4%)	36 (48,6%)

Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau bụng là 97,3%, tỷ lệ bệnh nhân buồn nôn, nôn 87,8%, tỷ lệ bệnh nhân khó thở 94,6%, tỷ lệ bệnh nhân thiếu niệu 51,4%.

Bảng 3.3. Tình trạng cô đặc máu

HCT	n	%
<42,0%	18	24,3%
42,0% - 44,9%	25	33,8%
45,0% - 50,0%	23	31,1%
>50,0%	8	10,8%

Tỷ lệ bệnh nhân tăng hematocrit $\geq 45,0\%$ là 41,9%. Tỷ lệ bệnh nhân hematocrit tăng mức độ nặng $>50\%$ là 10,8%.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 3.4. Điều trị nội khoa

Loại dịch truyền	n	Tỷ lệ %	$X \pm SD$ (ml)
Albumin 20%	67	90,5%	370 ± 280
Ringerlactac	4	5,4%	2500 ± 700
NaCl 9‰	70	94,5%	3150 ± 2350
Gelafundin 4%	50	67,6%	2250 ± 850

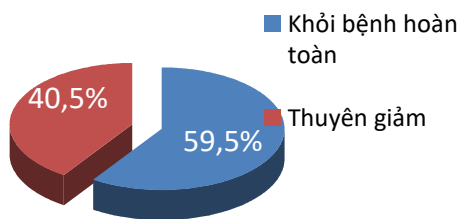
Tỷ lệ bệnh nhân truyền Albumin là 90,5% với lượng albumin trung bình là $370 \pm 280\text{ml}$. Tỷ lệ bệnh nhân truyền Ringer lactate là 5,4%. Tỷ lệ bệnh nhân truyền NaCl 9‰ là 94,5% với lượng dịch trung bình là $3150 \pm 2350\text{ml}$. Tỷ lệ bệnh nhân truyền dung dịch cao phân tử Gelafundin 4% là 67,6% với lượng dịch trung bình là $2250 \pm 850\text{ml}$.

Bảng 3.5. Số lần chọc dịch ổ bụng, dịch màng phổi và lượng dịch trung bình.

Số lần	n	Tỷ lệ %	$X \pm SD$ (ml)	(min;max)
Chọc dịch ổ bụng	0	25,7%	0	0
	1	40,5%	2136 ± 826	300;4000
	2-3	28,4%	4595 ± 2441	1300;10700
	≥ 4	5,5%	8755 ± 1480	7300;10320
Chọc dịch màng phổi	1	4,1%	983 ± 475	500 : 1450

Có 25,7% bệnh nhân không phải chọc dịch ổ bụng, tỷ lệ chọc dịch ổ bụng 1 lần 40,5% với lượng dịch trung bình $2136 \pm 826\text{ml}$. Tỷ lệ chọc dịch 2-3 lần là 28,4% với lượng dịch trung bình là $4595 \pm 2441\text{ml}$. Tỷ lệ chọc ≥ 4 lần là 5,5% với lượng dịch trung bình là $8755 \pm 1480\text{ml}$.

Có 3 bệnh nhân phải chọc dịch màng phổi chiếm 4,1%, lượng dịch trung bình là $983 \pm 475\text{ml}$, số dịch chọc nhiều nhất của bệnh nhân là 1450 ml, cả 3 bệnh nhân đều chọc 1 lần.



Biểu đồ 3.1 Tỷ lệ khỏi hoàn toàn trước khi xuất viện

Tỷ lệ bệnh nhân suy giảm là 40,5%, có 59,5% tỷ lệ bệnh nhân khỏi trước khi ra viện.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi trên 74 bệnh nhân quá kích buồng trứng nặng cho thấy: độ tuổi chung bình là $28,25 \pm 3,57$ tuổi nhỏ nhất là 19 tuổi và tuổi lớn nhất là 38 tuổi, nhóm tuổi 25-29 tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất 59,5% đây là nhóm tuổi có đáp ứng buồng trứng tốt. Số nang noãn chọc hút được $17,34 \pm 6,95$ nhỏ nhất là 5 nang và nhiều nhất là 43 nang. Nghiên cứu của Ryan G.Steward và cs (2014) phân tích trên 2563 chu kỳ thụ tinh ống nghiệm cho kết quả tương tự với số noãn chọc hút được > 15 nang dự báo nguy cơ quá kích buồng trứng (0-5: 0,09%; 6-10: 0,37%; 11-15: 0,93%; 16-20: 1,67%; 21-25: 3,03% và > 25 noãn 6,34%) [3]. Cho thấy nhóm đối tượng của chúng tôi chủ yếu là có đáp ứng buồng trứng tốt và quá mức.

4.2. Bàn luận về triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng: 74 bệnh nhân của chúng tôi chủ

yếu gặp 4 triệu chứng đau bụng, buồn nôn, nôn và khó thở, tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng là 51,4%. Chúng tôi không gặp trường hợp bị suy hô hấp, suy đa tạng, rối loạn tiêu hóa. Tỷ lệ bệnh nhân gặp 3 triệu chứng lâm sàng là 45,9%. Tỷ lệ này cao là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi trên nhóm bệnh nhân quá kích buồng trứng nặng lượng dịch thoát ra ở bụng lớn đẩy cơ hoành lên cao, mặt khác dịch thoát ra ngoài màng phổi gây cho bệnh nhân khó thở, mặt khác buồng trứng do đáp ứng quá mức nên kích thước to nên luôn tạo cho bệnh nhân cảm giác căng tức và đau bụng. Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của một số tác giả khác về quá kích buồng trứng nặng. Theo Delvigne A (2002) nghiên cứu trên 128 bệnh nhân quá kích buồng trứng nặng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đau bụng là 86,7%, tỷ lệ bệnh nhân tràn dịch màng phổi 21%, tràn dịch màng ngoài tim 3% [4].

Quá kích buồng trứng gây ra tình trạng thoát dịch ra khoảng thứ 3, gây ra hiện tượng cô đặc máu, theo nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân có hiện tượng cô đặc máu là 41,9%. Kết quả của chúng tôi tương tự tác giả Kazem Nouri (2014), nghiên cứu trên 201 bệnh nhân quá kích buồng trứng nặng thấy nồng độ hematocrit trung bình là 42,3% [5]. Điều này cho thấy nhiều bệnh nhân quá kích buồng trứng nặng không tăng nồng độ hematocrit kết quả này có thể do thời gian xuất hiện triệu chứng lâm sàng sớm, theo nghiên cứu của chúng tôi nhóm quá kích buồng trứng sau chọc hút noãn $3,7 \pm 1,9$ ngày, nhóm sau chuyển phôi $8,6 \pm 3,5$ ngày nên bệnh nhân chưa có biểu hiện của cô đặc máu.

4.3. Kết quả điều trị. Nguyên tắc điều trị quá kích buồng trứng nặng là duy trì lượng máu trong mạch, điều chỉnh sự dịch cân bằng điện giải, làm giảm các biến chứng, ngăn ngừa các hiện tượng huyết khối tắc nghẽn. Theo nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân truyền Albumin 20% là 90,5%, tỷ lệ bệnh nhân truyền dung dịch cao phân tử Gelafundin 4% là 67,6%. Sở dĩ tỷ lệ bệnh nhân dùng Albumin 20% và

Gelafundin 4% cao vì albumin có cả chức năng thẩm thấu và vận chuyển. Nó đóng góp khoảng 75% áp suất lòng mạch dùng 50g dung dịch albumin của con người sẽ thu được hơn 800 ml dịch ngoại bào vào trong tuần hoàn trong 15 phút. Mặt khác albumine có thể ngăn ngừa giải phóng VEGF nên duy trì khối lượng dịch trong lòng mạch do đó ngăn ngừa các di chứng của giảm thể tích máu, cổ trướng [6]. Trong phân tích gộp trên thư viện Cochran năm 2016 trên 7 nghiên cứu so sánh tách dụng của albumine so sánh giả được cho thấy liều và thời gian của các can thiệp khác nhau giữa các nghiên cứu nhưng tất cả đều được đưa ra trong một giai đoạn tương đối sớm để ngăn ngừa khởi phát sớm quá kích buồng trứng. Tác giả Gokmen (2001) và Isikoglu (2007) đã sử dụng albumine 10g ngay sau khi chọc trứng, Bellver 2003 đã sử dụng 40g albumine ngay sau khi lấy chọc trứng giảm tỷ lệ quá kích buồng trứng vừa và nặng [7].

Thời gian nằm điều trị với bệnh nhân quá kích buồng trứng phụ thuộc vào mức độ quá kích và có thai ở chu kỳ đó hay không. Nếu theo dõi tốt bệnh nhân sẽ hồi phục sau 7-10 ngày điều trị. Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $9,61 \pm 6$ ngày, trong đó nhóm có thời gian nằm viện < 15 ngày chiếm đa số với 85,1%.

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ bệnh nhân buồn nôn và nôn là 87,8%, tỷ lệ bệnh nhân có dấu hiệu đau tức bụng là 97,3%, tỷ lệ bệnh nhân có tiểu niệu là 51,1%. Đa số bệnh nhân có 3 hoặc 4 triệu chứng đau bụng, buồn nôn, nôn và khó thở. Tỷ

lệ bệnh nhân có cô đặc máu (hematocrit tăng $\geq 45\%$) là 41,9%.

2. Tỷ lệ bệnh nhân phải chọc dịch màng bụng là 74,3%, đa số bệnh nhân chọc 1-2 lần chiếm tỷ lệ 56,7%. Tỷ lệ bệnh nhân phải truyền albumin là 90,5%, truyền dung dịch cao phân tử gelafundin 4% là 67,6%. Thời gian nằm viện trung bình $9,61 \pm 6$ ngày. Tỷ lệ bệnh nhân khỏi hoàn toàn khi ra viện là 59,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nastri, et al (2010)**, Ovarian hyperstimulation syndrome: pathophysiology and prevention, *J Assist Reprod Genet*, Vol 27(2-3), pp: 121-8.
2. **Abraham Golan, Ariel Weissman (2010)**, A modern classification of OHSS, **Reproductive BioMedicine, Vol 19, No 1, pp: 28-32.**
3. **Ryan G. Steward, Lan Lan, Anish A. Shah, et al (2014)**, Oocyte number as a predictor for ovarian hyperstimulation syndrome and live birth: an analysis of 256,381 in vitro fertilization cycles, *Fertil Steril*, Volume 101, Issue 4, Pages 967-973.
4. **Delvigne A, Rozenberg S (2002)**, Epidemiology and prevention of ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS): a review. *Hum Reprod Update*. Nov-Dec;8(6): pp 559-77.
5. **Kazem Nouri, Clemens B Tempfer, Christian Lenart, et al (2014)**, Predictive factors for recovery time in patients suffering from severe OHSS, *Reprod Biol Endocrinol*. Vol 1; pp12: 59.
6. **Aboulghar M, Evers JH, Al-Inany H, et al (2002)**, Intravenous albumin for preventing severe ovarian hyperstimulation syndrome: a Cochrane review. *Hum Reprod*. Dec;17(12):3027-32.
7. **Youssef MA, Mourad S (2016)**, Volume expanders for the prevention of ovarian hyperstimulation syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. Aug 31;(8):CD001302

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU MỔ CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN ĐƯỜNG BỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP GIẢM ĐAU NGOÀI MÀNG CỨNG DO BỆNH NHÂN TỰ ĐIỀU KHIỂN VỚI BUPIVACAIN VÀ FENTANYL

Nguyễn Đức Lam*

TÓM TẮT

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng trên 60 bệnh nhân phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn đường bụng, được giảm đau sau mổ bằng gây tê ngoài màng cứng với dung dịch bupivacain 0,1% và Fentanyl 2mcg/ml, chia thành hai nhóm:

*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: 31.7.2017

Ngày duyệt bài: 8.8.2017

Nhóm 1, sử dụng 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:** Hiệu quả giảm đau sau mổ của hai nhóm tương đương nhau (điểm VAS ở trạng thái tỉnh và trạng thái động tương đương nhau ở 24 giờ đầu và 24 giờ tiếp theo, điểm VAS tính luôn ≤ 2 và điểm VAS động luôn ≤ 4 ở tất cả các thời điểm của cả hai nhóm nghiên cứu). Độ hài lòng của bệnh nhân với hiệu quả giảm đau cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nghiên cứu (mức độ hài lòng và rất hài lòng của nhóm 1 là 93,3% so với 90% của nhóm 2). Lượng bupivacain và Fentanyl tiêu thụ

trong thời gian giảm đau của nhóm 1 thấp hơn nhóm 2 với $p < 0,05$. **Kết luận:** Hiệu quả giảm đau sau mổ cắt tử cung hoàn toàn đường bụng của phương pháp giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển (PCEA) tương đương với phương pháp giảm đau ngoài màng cứng truyền thuốc tê liên tục (CEI) nhưng lượng thuốc tê và Fentanyl ít hơn ($p < 0,05$).

Từ khóa: Giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển, giảm đau ngoài màng cứng truyền thuốc tê liên tục, cắt tử cung hoàn toàn.

SUMMARY

EVALUATION THE EFFICACY POSTOPERATIVE ANALGESIA OF PATIENT – CONTROLLED EPIDURAL ANALGESIA WITH BUPIVACAINE AND FENTANYL IN ABDONINAL TOTAL HYSTERECTOMY

Study randomized clinical trials, 60 women patients on abdominal total hysterectomy, analgesia postoperative with epidural anesthesia bupivacaine 0,1% and Fentanyl 2mcg/ml, divided into two groups: Group 1, used patient-controlled epidural analgesia (PCEA) and Group 2: used continuous epidural infusion (CEI). **Results:** The effective postoperative analgesia of group 1 equivalent with group 2 (VAS static and dynamic equivalent status in the first 24 hours and second 24 hours; VAS static ≤ 2 and VAS dynamic ≤ 6 at all times in both study groups). The patients' satisfaction with the analgesic effects also no statistical significance difference between the two study groups (level of satisfaction and very satisfaction of group 1 was 93,3% compared with 90% of the group 2). **Conclusion:** The efficacy postoperative analgesic of laparotomy total hysterectomy of epidural anesthesia using PCEA method equivalent to using CEI method.

Keywords: patient-controlled epidural analgesia, continuous epidural infusion, laparotomy total hysterectomy, bupivacaine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị đau sau mổ là một trong những nhiệm vụ hàng đầu của ngành Gây mê hồi sức. Phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn đường bụng là một phẫu thuật phụ khoa lớn có tỷ lệ đau sau mổ ở mức nhiều đến đau dữ dội, nên cần phải được giảm đau tốt sau mổ. Gây tê ngoài màng cứng là phương pháp giảm đau sau mổ rất tốt, có thể được coi như tiêu chuẩn vàng trong giảm đau hiện nay. Trong đó giảm đau ngoài màng cứng bệnh nhân tự điều khiển (PCEA) được coi là biện pháp hữu hiệu nhất [1],[5]. Phương pháp giảm đau do bệnh nhân tự điều khiển là phương pháp tiên tiến dựa trên ý tưởng: bệnh nhân là người biết rõ nhất về mức độ đau và sự thay đổi của nó theo thời gian, nên họ có thể tham gia một cách tích cực vào quá trình điều trị đau. Do hiểu biết về cách làm chủ của mình và ít phải phụ thuộc vào các nhân viên y tế, phương pháp này giúp giảm thời gian chờ đợi nhân viên y tế,

giảm liều thuốc tê, thuốc opiod nên giảm các tác dụng không mong muốn. Giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển đã được sử dụng phổ biến ở các nước phát triển nhưng ở nước ta, chưa có nhiều nghiên cứu về phương pháp này đối với phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn đường bụng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ cắt tử cung hoàn toàn đường bụng bằng hỗn hợp bupivacain - fentanyl qua catheter ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển.

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 40mg 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 9mg bupivacain và 40mcg 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 2mcg/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 2ml mỗi 3 phút, đảm bảo bệnh nhân có VAS < 4 .

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... trong suốt thời gian nghiên cứu (48 giờ).

III. KẾT QUẢ 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

Bảng 3.2. Đặc điểm về giảm đau ngoài màng cứng

Thông số	Nhóm 1 (n = 30) $\bar{X} \pm SD$ (min-max)	Nhóm 2 (n = 30) $\bar{X} \pm SD$ (min-max)	p
Thời gian yêu cầu liều giảm đau đầu tiên (phút)	207,4 $\pm$ 48,2 (130 - 360)	202,3 $\pm$ 32,9 (136 - 270)	> 0,05
Thời gian chờ tác dụng giảm đau của liều giảm đau đầu tiên (phút)	6,4 $\pm$ 2,4 (3 - 12)	5,9 $\pm$ 1,9 (4 - 11)	> 0,05
Lượng dung dịch thuốc tê liều đầu tiên (ml)	6,7 $\pm$ 1,7	6,4 $\pm$ 1,6	> 0,05
Lượng bupivacain tiêu thụ 24 giờ đầu (mg)	97,3 $\pm$ 18,3 (83 - 124)	142,8 $\pm$ 22,5 (128 - 160)	< 0,05
Lượng fentanyl tiêu thụ 24 giờ đầu (mcg)	194,6 $\pm$ 34,2 (166 - 248)	285,6 $\pm$ 44,9 (256 - 320)	< 0,05
Lượng bupivacain tiêu thụ 24-48 giờ (mg)	80,9 $\pm$ 14,7 (72 - 84)	120,3 $\pm$ 20,6 (98 - 156)	< 0,05
Lượng fentanyl tiêu thụ 24-48 giờ (mcg)	160,7 $\pm$ 28,5 (124 - 178)	240,6 $\pm$ 38,9 (210 - 288)	< 0,05
Tỷ lệ phải truyền thêm paracetamol 24 giờ đầu (n %)	3 (10%)	2 (6,7%)	> 0,05
Tỷ lệ phải truyền thêm paracetamol 24-48 giờ (n %)	0 (0%)	0 (0%)	> 0,05

- *Nhóm 1*: Số lần bấm máy PCEA trung bình của 1 bệnh nhân trong 48 giờ giảm đau sau mổ là: 4,35 $\pm$ 2,12 lần (min - max: 3 - 12).

- *Nhóm 2*: Số lần tiêm thêm 5 ml dung dịch thuốc tê vào khoang ngoài màng cứng trong 48 giờ giảm đau sau mổ là: 1,33 $\pm$ 0,40 lần (min - max: 0 - 4).

Bảng 3.3. Hiệu quả giảm đau của hai nhóm

Thông số	Nhóm 1 (n = 30) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm 2 (n = 30) $\bar{X} \pm SD$	p
Điểm VAS 24 giờ khi nghỉ	1,9 $\pm$ 0,6	2,3 $\pm$ 0,9	> 0,05
Điểm VAS 24-48 giờ khi nghỉ	1,4 $\pm$ 0,5	1,8 $\pm$ 0,7	> 0,05
Điểm VAS 24 giờ khi ho	3,5 $\pm$ 0,8	4,2 $\pm$ 0,9	> 0,05
Điểm VAS 24-48 giờ khi ho	2,3 $\pm$ 0,5	2,8 $\pm$ 0,7	> 0,05

Bảng 3.4. Mức độ hài lòng của bệnh nhân

Nhóm	Nhóm 1 (n=30)		Nhóm 2 (n=30)		p
Mức độ hài lòng	Số BN	%	Số BN	%	
Không hài lòng	0	0,0	0	0,0	>0,05
Hài lòng ít	2	6,7	3	10,0	
Hài lòng	5	16,7	8	26,7	
Rất hài lòng	23	76,6	19	63,3	

IV. BÀN LUẬN

Theo bảng 3.1, các bệnh nhân ở hai nhóm trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng về các đặc điểm chung: tuổi, chiều cao, cân nặng, chỉ số BMI... Đa số các bệnh nhân được mổ cắt tử cung hoàn toàn do u xơ tử cung nên tuổi trung bình của bệnh nhân của hai nhóm nghiên cứu đều > 45 tuổi ($48,2 \pm 5,9$ tuổi ở nhóm 1 và $48,5 \pm 4,9$ tuổi ở nhóm 2, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê). Thời gian trung tiện và thời gian xuất viện ở hai nhóm là tương đương nhau. Theo y văn, giảm đau ngoài màng cứng giúp bệnh nhân trung tiện sớm hơn do nhu động ruột trở lại nhanh hơn so với dùng các thuốc giảm đau họ morphin đường toàn thân. Đây cũng là ưu điểm của các phương pháp gây tê vùng để giảm đau sau mổ.

Về đặc điểm của giảm đau bằng gây tê ngoài màng cứng: không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian yêu cầu liều thuốc giảm đau đầu tiên, lượng dung dịch thuốc tê tiêm vào khoang ngoài màng cứng liều đầu tiên và thời gian chờ để liều này có tác dụng giảm đau. Kết quả ở bảng 3.2 cho thấy: liều bupivacain 24 giờ đầu trung bình ở nhóm 1 là $97,3 \pm 18,3$ mg thấp hơn so với nhóm 2 là $142,8 \pm 22,5$ mg, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Thomas Standl [3] khi dùng bupivacain 0,125% phối hợp với sufentanil 0,5mcg/ml để giảm đau ngoài màng cứng sau phẫu thuật lớn ổ bụng (nhóm CEI tiêu thụ 325 ± 56 mg bupivacain cao hơn rõ rệt so với nhóm PCEA 137 ± 44 mg). Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở ngày thứ hai sau mổ, lượng bupivacain tiêu thụ ở nhóm 1 cũng thấp hơn nhóm 2 có ý nghĩa thống kê ($80 \pm 14,7$ mg so với $120,3 \pm 20,6$ mg). Bệnh nhân là người biết rõ nhất về cảm giác đau của mình và chủ động dùng thuốc khi cần nên việc để bệnh nhân tham gia trực tiếp vào quá trình giảm đau (PCEA) đã hạn chế được lượng thuốc tê đưa vào cơ thể người bệnh mà vẫn đảm bảo được hiệu quả giảm đau tương đương với phương pháp truyền liên tục vào khoang ngoài màng cứng. Tuy nhiên, lượng bupivacain tiêu thụ ở nhóm 1 của chúng tôi thấp hơn so với của một số tác giả khác (Claude Mann [2] dùng 169 mg bupivacain 0,125%; Yvan Pouzeratte [4] 176 mg trong 24 giờ đầu sau mổ). Có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những phụ nữ châu Á với chiều cao, cân nặng thấp hơn các phụ nữ châu Âu trong nghiên cứu của các tác giả này,

và chúng tôi dùng thuốc tê bupivacain nồng độ thấp hơn (0,1%.)

Số lần giải cứu đau: Trong 24 giờ đầu sau mổ, tỷ lệ bệnh nhân cần "giải cứu đau" cả 2 nhóm rất thấp (nhóm 1: 10%, nhóm 2: 6,7% $p > 0,05$) và ở ngày thứ 2 sau mổ không bệnh nhân nào cần bổ xung paracetamol truyền tĩnh mạch. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Kim SH tiến hành giảm đau cho 2276 trường hợp phẫu thuật bụng sử dụng PCEA đã đưa ra kết luận: trong thời gian giảm đau sau mổ, điểm VAS và số lượng thuốc bệnh nhân yêu cầu thường tăng cao hơn trong 24 giờ đầu [1].

Theo bảng 3.3, điểm đau VAS trong 24 giờ đầu tiên và trong 24 giờ tiếp theo cả ở trạng thái động và trạng thái tĩnh đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở hai nhóm. Điều này cho thấy tác dụng giảm đau của hai phương pháp sử dụng thuốc tê ngoài màng cứng này là tương đương nhau. Cả hai phương pháp giảm đau ngoài màng cứng này không những có hiệu quả giảm đau tốt lúc nghỉ ngơi mà còn giảm đau tốt khi ho, khi vận động. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu khác [3],[5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, với thể tích thuốc tê và thuốc họ morphin tiêu thụ trong 48 giờ sau mổ của nhóm bệnh nhân tự điều khiển (nhóm 1) thấp hơn nhóm truyền liên tục (nhóm 2), mức độ giảm đau của hai nhóm ở các thời điểm nghiên cứu không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Có thể nói giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển là phương pháp tốt giúp kiểm soát đau sau mổ mà tiết kiệm được thuốc tê, thuốc họ morphin, do đó hạn chế tai biến và tác dụng không mong muốn của các thuốc này.

Đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân, trong nghiên cứu của chúng tôi có 28 bệnh nhân trong nhóm 1 (93,3%) và 27 bệnh nhân trong nhóm 2 (90%) rất hài lòng và hài lòng về phương pháp giảm đau sau mổ, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Đa số bệnh nhân ở cả hai nhóm đều rất hài lòng vì phương pháp này đã làm giảm sự đau đớn sau mổ, giúp họ phục hồi sức khỏe tốt, xuất viện sớm. Họ sẵn sàng làm giảm đau sau mổ nếu có phải phẫu thuật lần khác trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển (PCEA) bằng bupivacain 0,1% và fentanyl 2 mcg/ml sau mổ cắt tử cung hoàn toàn đường bụng có hiệu quả giảm đau

tốt, tương đương với phương pháp giảm đau ngoài màng cứng truyền liên tục (CEI): Điểm VAS trung bình khi nghỉ và khi ho không có sự khác biệt giữa hai nhóm (VAS trong 24 giờ đầu là: $1,9 \pm 0,6$ và $3,5 \pm 0,8$ ở nhóm 1 so với $2,3 \pm 0,9$ và $4,2 \pm 0,9$ ở nhóm 2; VAS trong 24 giờ sau là: $1,4 \pm 0,5$ và $2,3 \pm 0,5$ ở nhóm 1 so với $1,8 \pm 0,7$ và $2,8 \pm 0,7$ ở nhóm 2). Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng và rất hài lòng về hiệu quả giảm đau của hai nhóm cũng không có sự khác biệt (93,3% ở nhóm 1 so với 90% ở nhóm 2). Tuy nhiên, lượng thuốc tê và Fentanyl tiêu thụ ở nhóm 1 thấp hơn nhóm 2 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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.
2. Mann C., Pouzeratte Y., Boccara G., Peccoux C. (2000), "Comparison of intravenous or epidural patient-controlled analgesia in the elderly after major abdominal surgery", *Anesthesiology*, 92 (2), pp. 433-441.
3. Standl T, Burmeister MA, Ohnesorge H, Wilhelm S, Striepeke 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.
4. Yvan Pouzeratte., Jean M. Delay., Georges Brunat. (2001), "Patient-Controlled Epidural Analgesia After Abdominal Surgery: Ropivacaine Versus Bupivacaine", *Anesth Analg*, 93, pp. 1587-1592.
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.

NỒNG ĐỘ BNP HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC GIANG

Đỗ Ngọc Thịnh*, Nguyễn Như Phấn**,
Nguyễn Trọng Hiếu*, Nguyễn Tiến Dũng*, Bùi Thị Thu Hương*

TÓM TẮT

Định lượng BNP huyết tương để phát hiện sớm suy tim ở giai đoạn im lặng có tầm quan trọng đối với hiệu quả quản lý điều trị bệnh nhân đái tháo đường kể cả những bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ. Nghiên cứu được tiến hành nhằm. **Mục tiêu:** Xác định nồng độ BNP huyết tương ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 không tăng huyết áp và thiếu máu cục bộ cơ tim điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả, cắt ngang trên 83 bệnh nhân đái tháo đường typ 2. **Kết quả:** Nồng độ BNP huyết tương trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $33,07 \pm 27,79$ ng/ml; Nồng độ BNP huyết tương ở nhóm kiểm soát đường máu không tốt (glucose máu lúc đói $\geq 7,2$ mmol/l; HbA1C $\geq 7\%$) tăng cao hơn so với nhóm được kiểm soát tốt ($p < 0,05$); Có mối tương quan thuận, khá chặt giữa nồng độ BNP huyết tương với glucose máu lúc đói ($r = 0,6$, $p < 0,01$) và HbA1C ($r = 0,5$; $p < 0,01$). **Kết luận:** Nồng độ BNP huyết tương trung bình tăng ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 kiểm soát đường huyết không tốt.

Từ khóa: Đái tháo đường typ 2, BNP huyết tương, Glucose máu lúc đói, HbA1C

SUMMARY

BNP PLASMA LEVELS IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS AT BAC GIANG GENERAL HOSPITAL

Measure plasma BNP level for early detection of silent heart failure stage is important for effective management of diabetes mellitus. The aims of this study to: "Determination of plasma BNP levels in patients with type 2 diabetes mellitus at Bac Giang general hospital". **Method:** Levels of plasma BNP, fasting plasma glucose (FPG), glycosylated hemoglobin (HbA1c) and lipid parameters were measured in a cross sectional study of 83 diabetic type 2 patients without hypertension and ischemic heart disease at Bac Giang general hospital. **Results:** The increase levels of BNP in type 2 diabetic patients with poorly glycemic control in groups with FPG $\geq 7,2$ vs HbA1C $\geq 7,0$ ($p < 0,05$). The plasma BNP levels was correlated with HbA1c ($r = 0,6$, $p < 0,05$) and FPG ($r = 0,52$, $p < 0,05$). **Conclusions:** The increase levels of BNP in type 2 diabetic patients with poorly glycemic control.

Key words: Glycemic control, diabetes, BNP-Brain Natriuretic Peptid, FPG- fasting plasma glucose, HbA1C- hemoglobin A1c.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh nội tiết và rối loạn chuyển hóa phổ biến nhất ở nhiều nước. Theo tổ chức Y tế Thế giới, năm 2002 có 200 triệu người bị ĐTĐ, đến năm 2010 đã tăng lên 246 triệu người và dự đoán đến năm 2025 số bệnh nhân ĐTĐ trên toàn thế giới vào khoảng

*Trường đại học Y Dược Thái Nguyên

**Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Thu Hương

Email: huongbui979@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 4.8.2017

Ngày duyệt bài: 15.8.2017

300- 330 triệu, trong đó trên 90% là ĐTĐ tít 2. Việt Nam là nước được xếp vào hàng những quốc gia có tỷ lệ gia tăng bệnh ĐTĐ cao nhất thế giới. Bệnh gây nhiều biến chứng, đặc biệt là biến chứng tim mạch, cần phát hiện sớm để cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Peptip lợi niệu thải natri (BNP- Brain Natriuretic Peptid) được bài tiết từ tâm thất do tăng áp lực buồng thất, sức căng thành cơ tim, do vậy BNP lưu thông trong máu với nồng độ cao hơn phản ánh được tình trạng suy tim. BNP đã trở thành công cụ hữu ích giúp cho các bác sĩ chẩn đoán xác định, đánh giá mức độ suy tim và theo dõi hiệu quả điều trị. Việc định lượng BNP để phát hiện sớm suy tim ở giai đoạn im lặng có tầm quan trọng đối với hiệu quả quản lý điều trị bệnh nhân đái tháo đường kể cả những bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ tim mạch nào khác ngoài tăng đường máu. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: *Xác định nồng độ BNP huyết tương ở bệnh nhân đái tháo đường tít 2 không tăng huyết áp và thiếu máu cục bộ cơ tim điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 83 bệnh nhân đái tháo đường tít 2 áp dụng theo tiêu chuẩn ADA 2015 và tiêu chuẩn IDF 2012 [4].

Tiêu chuẩn loại trừ: đái tháo đường tít 1 và tít khác; tăng huyết áp; bệnh tim thiếu máu cục bộ (phát hiện bằng tiền sử đau ngực trái, điện tim và siêu âm tim); bệnh tim không do đái tháo đường; suy thận (creatinin máu $>110\mu\text{mol/l}$); đang mắc bệnh cấp tính: đột quỵ, nhiễm trùng, biến chứng cấp tính...

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang, thời gian từ tháng 05/2016 đến tháng 05/2017.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả

***Kỹ thuật chọn mẫu:** Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.3.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi, giới tính, thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ, nồng độ glucose máu, HbA1c, nồng độ BNP huyết tương.

2.3.5. Kỹ thuật thu thập số liệu: Tất cả đối tượng nghiên cứu sau khi được lựa chọn vào mẫu nghiên cứu đều được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết theo mẫu phiếu nghiên cứu. Các kết quả được ghi đầy đủ vào phiếu nghiên cứu.

***Xét nghiệm sinh hóa:** Thực hiện tại khoa Sinh hóa bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang trên máy xét nghiệm sinh hoá máu tự động Olympus AU 680 do Nhật Bản sản xuất.

- Glucose máu lúc đói, HbA1c: định lượng glucose bằng phương pháp quang phổ với enzyme đặc hiệu hexokinase. Giá trị bình thường: 3,9 – 6,4 (mmol/l); HbA1c: Định lượng HbA1c bằng phương pháp miễn dịch đo độ đục. Giá trị bình thường $<6,5\%$.

- Các thông số lipid máu bao gồm: cholesterol toàn phần, triglycerid, HDL-c, LDL-c. Mức độ rối loạn lipid máu dựa vào phân loại ATP III (Adult Treatment Panel III) của chương trình giáo dục cholesterol quốc gia Hoa kỳ (NCEP: National Cholesterol Education Program) tháng 5 năm 2001. Rối loạn lipid máu là khi có rối loạn một trong các thành phần lipid máu.

- Định lượng nồng độ BNP: xét nghiệm định lượng nồng độ BNP trong huyết tương được thực hiện tại Khoa sinh hoá Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang trên máy xét nghiệm sinh hoá miễn dịch UNICEL DxI 800 và thuốc thử Access Triage® BNP của hãng Beckman Coulter (Mỹ) theo phương pháp ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay); Giá trị bình thường chuẩn theo máy là $<100\text{pg/ml}$.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học sử dụng chương trình xử lý số liệu thống kê SPSS 16.0. Tương quan giữa các trị số hiển thị bằng hệ số r, kiểm định bằng hệ số p.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành một cách trung thực và nghiêm túc. Đối tượng nghiên cứu được thông báo, giải thích rõ về mục đích nghiên cứu và đồng ý tham gia. Những kết quả nghiên cứu, ý kiến đề xuất được sử dụng vào mục đích nâng cao sức khoẻ hạn chế sự xuất hiện và tiến triển của bệnh cho cộng đồng, không phục vụ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ

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

Đặc điểm chung	Tổng cộng (n=83)	Nam (n=47) (1)	Nữ (n=36) (2)	P 1-2
Số lượng bệnh nhân	83	47 (56,6%)	36 (43,4%)	-
Tuổi trung bình (năm)	59,07 $\pm$ 8,17	58,36 $\pm$ 7,88	60,00 $\pm$ 8,55	$>0,05$

Thời gian phát hiện bệnh trung bình (năm)	6,25±3,64	5,83±3,64	6,81±3,62	>0,05
BMI trung bình (kg/m ²)	23,02±2,63	23,48±2,50	22,42±2,70	>0,05

Nhận xét: Trong 83 đối tượng nghiên cứu, có 47/83 bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 56,6%, có 36 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 43,4%. Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 59,07±8,17 tuổi. Không có sự khác biệt về tuổi, BMI, thời gian mắc bệnh trung bình giữa giới nam và giới nữ ($p>0,05$).

Bảng 2. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm cận lâm sàng	Tổng cộng (n=83)	Nam (n=47) (1)	Nữ (n=36) (2)	p 1-2
Glucose máu lúc đói (mmol/l)	7,69 ± 3,04	7,88 ± 3,22	7,44 ± 2,80	>0,05
HbA1C (%)	7,54 ± 1,87	7,15 ± 1,85	8,05±1,81	>0,05
Cholesterol (mmol/l)	4,99 ± 1,0	4,93 ± 1,02	5,07 ± 0,99	>0,05
Triglycerid (mmol/l)	2,22 ± 1,19	2,24 ± 1,37	2,2 ± 0,92	>0,05
HDL-C (mmol/l)	1,19 ± 0,24	1,16 ± 0,25	1,22 ± 0,24	>0,05
LDL-C (mmol/l)	2,98 ± 0,72	2,93 ± 0,76	3,06 ± 0,66	>0,05

Nhận xét: Giá trị trung bình glucose máu lúc đói, HbA1C cao hơn bình thường. Không có sự khác biệt về giá trị trung bình glucose máu lúc đói, HbA1C, các thành phần lipid máu giữa giới nam và nữ ($p>0,05$).

Bảng 3. Nồng độ BNP huyết tương của đối tượng nghiên cứu

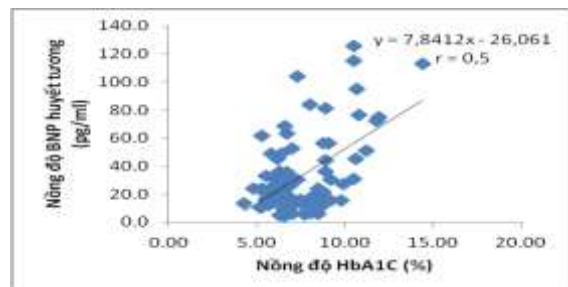
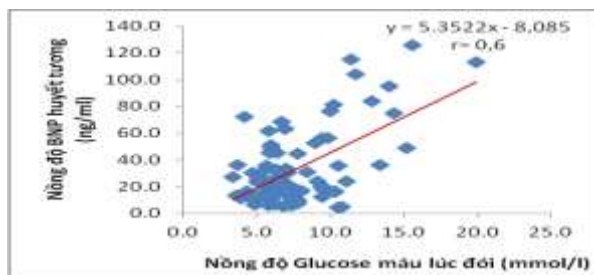
	BNP (pg/ml)			
	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	Trung bình ($\bar{x} \pm SD$)	Trung vị
Mẫu nghiên cứu	4,4	125,62	33,07 ± 27,79	23,81
Nam	4,7	115,31	31,6 ± 28,35	21,4
Nữ	4,4	125,62	34,9 ± 27,32	28,67
p	>0,05			

Nhận xét: Nồng độ BNP huyết tương trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 33,07 ± 27,79ng/ml, trung vị là 23,81ng/ml, thấp nhất là 4,4ng/ml, cao nhất là 125ng/ml. Không có sự khác biệt về nồng độ BNP huyết tương trung bình giữa giới nam và giới nữ.

Bảng 4. Nồng độ BNP huyết tương phân bố theo tuổi, BMI, thời gian phát hiện bệnh và giới

Chỉ số		Nồng độ BNP (pg/ml)	p
Nhóm tuổi	< 60 tuổi (n=43)	30,94 ± 27,84	>0,05
	≥ 60 tuổi (n=40)	35,35 ± 27,89	
Thời gian phát hiện bệnh	≤ 10 năm (n=64)	34,08 ± 25,79	>0,05
	> 10 năm (n=19)	29,67 ± 34,25	
BMI	≤ 23 (n=42)	37,38 ± 31,06	>0,05
	> 23 (n=41)	28,65 ± 23,56	

Nhận xét: Có sự thay đổi giá trị trung bình BNP huyết tương theo nhóm tuổi (trên và dưới 60 tuổi), theo thời gian mắc bệnh của nhóm bệnh nhân phát hiện ĐTĐ (trên và dưới 10 năm) và theo chỉ số khối cơ thể (BMI trên và dưới 23), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).



Biểu đồ 1,2. Tương quan giữa nồng độ BNP huyết tương với nồng độ glucose máu lúc đói và HbA1C

Nhận xét: Có mối tương quan thuận, khá chặt giữa nồng độ glucose máu lúc đói với nồng độ BNP huyết tương theo phương trình $y = 5,3522x - 8,085$, hệ số tương quan $r = 0,6$ ($p<0,01$). Có mối tương quan thuận, khá chặt giữa nồng độ HbA1C với nồng độ BNP huyết tương theo phương trình $y = 7,8412x - 26,061$, hệ số tương quan $r = 0,5$ ($p<0,01$).

Bảng 5. Nồng độ BNP huyết tương phân bố theo mức độ kiểm soát đường huyết và tình trạng rối loạn lipid máu

Chỉ số	Nồng độ BNP (pg/ml)	p
Glucose máu lúc đói (mmol/l)	Tốt (<7,2mmol/l) (n=49)	25,78 ± 16,66
	Không tốt (≥ 7,2mmol/l) (n=34)	43,58 ± 36,36
HbA1C (%)	Tốt (< 7%) (n=43)	25,49 ± 15,21
	Không tốt (≥ 7%) (n=40)	41,22 ± 35,25
Rối loạn lipid máu	Có (n=59)	34,99 ± 30,41
	Không (n=24)	28,35 ± 19,72

Nhận xét: Nồng độ BNP huyết tương ở nhóm kiểm soát không tốt (glucose máu lúc đói $\geq 7,2$ mmol/l; HbA1C $\geq 7\%$) tăng cao hơn so với nhóm được kiểm soát tốt (glucose máu lúc đói <7,2mmol/l; HbA1C < 7) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không có sự khác biệt về nồng độ BNP huyết tương giữa nhóm có và không có rối loạn lipid máu ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong 83 đối tượng nghiên cứu, có 47/83 bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 56,6%, có 36 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 43,4%. Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $59,07 \pm 8,17$ tuổi. Không có sự khác biệt về tuổi, BMI, thời gian mắc bệnh trung bình giữa giới nam và giới nữ ($p > 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của tác giả Lê Thị Quyên [3].

Kết quả bảng 2 cho thấy giá trị trung bình glucose máu lúc đói ($7,69 \pm 3,04$ mmol/l), HbA1C ($7,54 \pm 1,87\%$) của các đối tượng nghiên cứu cao hơn bình thường. Không có sự khác biệt về giá trị trung bình glucose máu lúc đói, HbA1C, các thành phần lipid máu giữa giới nam và nữ ($p > 0,05$). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Thanh Hóa trên 111 bệnh nhân ĐTĐ tít 2 là $7,99 \pm 1,95$ mmol/l. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Kim Lương (2002) đường huyết trung bình là $12,7 \pm 4,2$ mmol/l. Có sự khác biệt này có thể là do thời điểm nghiên cứu khác nhau, quan điểm kiểm soát đường huyết, mức độ quan tâm của thầy thuốc và người bệnh những năm gần đây đã thay đổi [1].

Nồng độ BNP huyết tương trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $33,07 \pm 27,79$ ng/ml, trung vị là 23,81 ng/ml, thấp nhất là 4,4 pg/ml, cao nhất là 125 pg/ml. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Naoto và cộng sự (2013) $19,7 \pm 12,9$ pg/ml, nghiên cứu của Toshihiro và cộng sự (2007) [7], thấp hơn nhiều nghiên cứu khác như nghiên cứu của Kursat Dal và cộng sự (2013) là 95 (4,0–1807)pg/ml, nghiên cứu của Turfan M. và cộng sự (2012) là 76 ± 20 pg/ml [5], [6]. Có sự khác biệt này là do 3 vấn đề chính có thể gây sai lệch kết quả khi đưa ra chẩn đoán dựa trên xét nghiệm peptide natri lợi niệu đó là: bản chất cũng như vai trò sinh bệnh học trong suy tim của các đồng phân

BNP khác nhau, kỹ thuật định lượng của mỗi phòng xét nghiệm khác nhau và sự ảnh hưởng qua lại của một số yếu tố bệnh lý và tình trạng sinh lý trong thời điểm khám bệnh trong cơ thể của bệnh nhân [2]. Chính vì vậy kết quả nghiên cứu này là cơ sở khoa học để xác định giá trị cắt phù hợp (trong điều kiện hiện có tại phòng xét nghiệm) đánh giá nguy cơ bệnh lý tim mạch áp dụng riêng cho bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt về nồng độ BNP huyết tương trung bình giữa giới nam và giới nữ. Có sự thay đổi giá trị trung bình BNP huyết tương theo nhóm tuổi (trên và dưới 60 tuổi), theo thời gian mắc bệnh của nhóm bệnh nhân phát hiện ĐTĐ (trên và dưới 10 năm) và theo chỉ số khối cơ thể (BMI trên và dưới 23), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu khác [3].

Có sự khác biệt về nồng độ BNP huyết tương giữa nhóm có nồng độ glucose máu lúc đói <7,2 mmol/l và >7,2 mmol/l; giữa nhóm có HbA1C <7% và nhóm HbA1C $\geq 7\%$, ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về nồng độ BNP huyết tương giữa nhóm có và không có rối loạn lipid máu ($p > 0,05$). Có mối tương quan thuận, khá chặt giữa nồng độ glucose máu lúc đói với nồng độ BNP huyết tương theo phương trình $y = 5,3522x - 8,085$, hệ số tương quan $r = 0,6$. Có mối tương quan thuận, khá chặt giữa nồng độ HbA1C với nồng độ BNP huyết tương theo phương trình $y = 5,3522x - 8,085$, hệ số tương quan $r = 0,5$. Kết quả nghiên cứu này cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa nồng độ BNP huyết tương với mức độ kiểm soát đường huyết thông qua các giá trị đường máu lúc đói, HbA1C. Kiểm soát đường máu kém, tăng BNP huyết tương đồng nghĩa với tăng nguy cơ biến chứng tim mạch.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ BNP huyết tương trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $33,07 \pm 27,79$ ng/ml. Có sự khác biệt về nồng độ BNP huyết tương giữa nhóm kiểm soát đường máu tốt và không tốt ($p < 0,05$). Có mối tương quan thuận chặt chẽ giữa nồng độ BNP huyết tương với mức độ kiểm soát đường huyết.

LỜI CẢM ƠN: Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban Giám đốc, Khoa Sinh hóa, Khoa chẩn đoán hình ảnh, Khoa Nội, Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang đã giúp tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thị Thanh Hóa, Vũ Thị Thanh Huyền (2017), Đánh giá hiệu quả kiểm soát glucose máu sau ăn 2h của thuốc glucobay thông qua chỉ số HbA1C ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương, *Tạp chí Nội tiết và Đái tháo đường*, số 23: 130 – 139.

- Đỗ Quang Huân, Đặng Duy Phương (2010), Sử dụng peptids lợi niệu natri (BNP và NT-proBNP) trong chẩn đoán suy tim, Website: www.cardiology.vn hoặc www.Timmachhoc.vn.
- Lê Thị Quỳ (2012), Mối liên quan giữa chức năng thất trái và một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường typ2 có tăng huyết áp, *Tạp chí Y dược lâm sàng 108*, tập 7 số đặc biệt, 139-45.
- International Diabetes Federation (2012), IDF Global Guideline for Type 2 Diabetes.
- Kursat Dal et al (2014), The relationship between glycemic control and BNP levels in diabetic patients, *Cardiology Journal*, Vol. 21, No. 3, pp. 252–256.
- Murat Turfan et al (2012), Correlation of the myocardial performance index with plasma B-type natriuretic peptide levels in type 2 diabetes mellitus and impaired glucose tolerance, *Kardiologia Polska*, 70, 6: 556–562.
- Naoto Seki et al (2013), Relationship between BNP level and renal function in diabetic nephropathy with microalbuminuria, *Journal of Diabetes and Its Complications*, 27: 92–97.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC VÀ TỶ LỆ TỬ VONG CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO TRONG BỐN TUẦN ĐẦU

Chu Bá Chung*, Võ Hồng Khôi**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhồi máu não là thể hay gặp nhất của tai biến mạch não, chiếm tới 85%, vì vậy số lượng bệnh nhân tử vong do nhồi máu não là rất quan trọng. Bên cạnh đó, biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của nhồi máu não cũng vô cùng phong phú. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và tỷ lệ tử vong của bệnh nhân nhồi máu não trong bốn tuần đầu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 107 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não điều trị nội trú tại Khoa Thần Kinh Bệnh Viện Bạch mai từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 08 năm 2017. Nghiên cứu mô tả có phân tích. **Kết quả:** Kết quả cho thấy nhồi máu não hay gặp ở nam giới trên 50 tuổi, trong đó nhồi máu hệ sống nên chiếm 32,7%, hệ động mạch cảnh chiếm 67,3%. Tỷ lệ tử vong do nhồi máu não trong bốn tuần đầu chiếm khoảng 15%. **Kết luận:** Biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu não rất đa dạng và phong phú. Ngoài ra, tỷ lệ tử vong chiếm tới 15%.

Từ khóa: Nhồi máu não, tỷ lệ tử vong của nhồi máu não

SUMMARY

* Đại học Y Hà Nội

**bệnh viện bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Chu Bá Chung

Email: chubachungtk@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2017

Ngày duyệt bài: 17.8.2017

RESEARCH ABOUT CHARACTERISTICS OF CLINICAL SYMPTOMES, IMAGES AND MORTALITY RATE OF ISCHEMIC STROKE DURING THE FIRST FOUR WEEKS ONSET

Introduction: Ischemic stroke is the most common type of cerebral vascular accidents, accounting for 85% of stroke cases. Therefore, the number of deaths resulted from ischemic stroke is important. Moreover, the clinical and paraclinical characteristics of ischemic stroke are extremely diversified. **Objective:** To describe the clinical and paraclinical manifestation of ischemic stroke and to determine the mortality rate in the first four weeks from onset. **Subjectives:** 107 patients diagnosed as ischemic stroke, hospitalized in the Neurology Department of Bach Mai Hospital during the period from January 2017 to August 2017. **Methods:** Descriptive and study analytic. **Results:** The results indicated that ischemic stroke had been common in middle-aged male patients (aged 50 and over), vertebrobasilar stroke accounted for 67,3% and the figure for anterior circulation stroke was 32,7%. **Conclusions:** The clinical and paraclinical manifestations of cerebral infarction patients were varied. In addition, the mortality rate of cerebral infarction patients was not small, accounted up to 15%.

Keyword: Infarction, the number of deaths resulted from ischemic stroke

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch não đã, đang và sẽ là vấn đề thời sự của y học hiện đại vì số người mắc lớn,

chi phí điều trị, chăm sóc hết sức tốn kém, làm giảm chất lượng cuộc sống và gây nên tỷ lệ tàn tật, tử vong cao.

Nhồi máu não là thể hay gặp nhất trong tai biến mạch não, chiếm 85%. Vì vậy, số bệnh nhân tử vong do nhồi máu não cũng khá lớn.

Hiện nay đã có nhiều nghiên cứu về tỷ lệ tử vong do tai biến mạch não nói chung và chảy máu não nói riêng. Tuy nhiên, các nghiên cứu về tỷ lệ tử vong do nhồi máu não còn hạn chế. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và tỉ lệ tử vong của nhồi máu não trong bốn tuần đầu".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

❖ Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bao gồm các bệnh nhân độ tuổi từ 18 trở lên được chẩn đoán nhồi máu não trong vòng 72 giờ từ khi khởi phát bệnh, điều trị nội trú tại khoa thần kinh bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 08 năm 2017. Có đầy đủ tiêu chuẩn về lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ: Nhồi máu não có liên quan đến bệnh lý khác: chấn thương sọ não, viêm não-màng não, u não... Nhồi máu não kèm theo các bệnh lý nặng thúc đẩy bệnh nhân tới tử vong: Ung thư giai đoạn cuối, suy thận mạn giai đoạn cuối, xơ gan... Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2 Phương pháp nghiên cứu

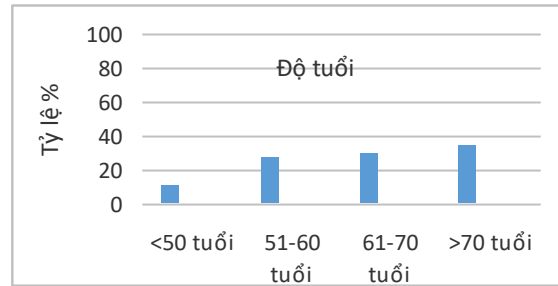
- *Thiết kế nghiên cứu*: nghiên cứu mô tả, có phân tích

- *Cỡ mẫu*: thuận tiện

- *Phương pháp xử lý số liệu*: SPSS 16.0

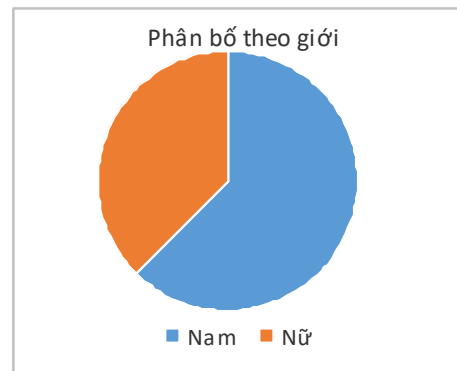
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Phân bố theo tuổi



Nhận xét: Thường gặp ở bệnh nhân trên 50 tuổi (89,7%). Tuổi trung bình 64,5. Bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 30 và bệnh nhân cao tuổi nhất là 85 tuổi.

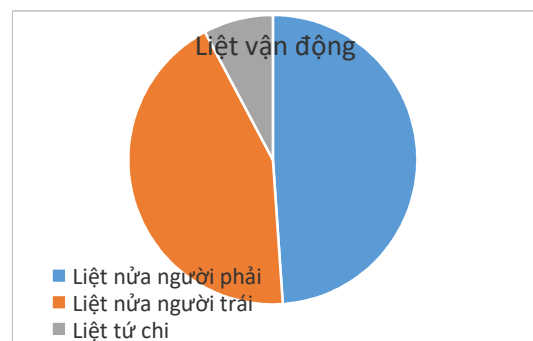
1. Phân bố theo giới



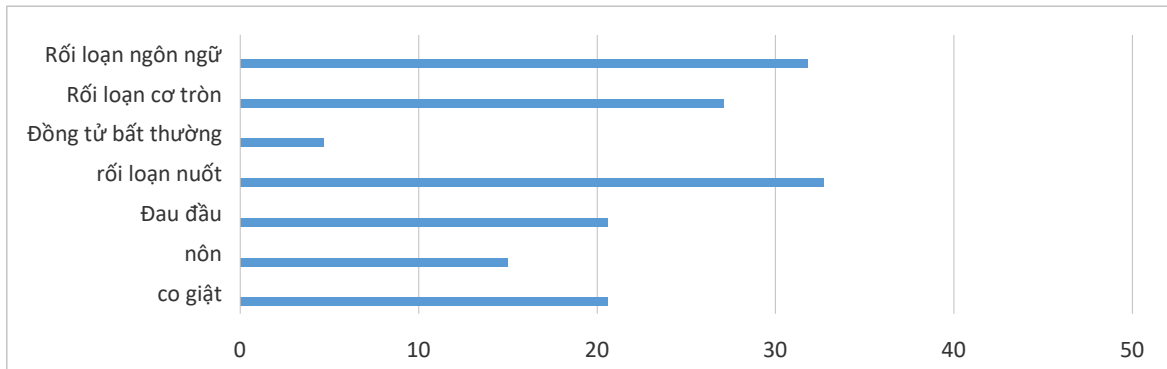
Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ = 1,675. Tỷ lệ bệnh nhân nam 62,6%, tỷ lệ bệnh nhân nữ 37,4%.

2. Đặc điểm liệt vận động

Nhận xét: Liệt vận động là triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất (84,1%), trong đó liệt nửa người phải chiếm 48,9%, liệt nửa người trái chiếm 43,3% và liệt tứ chi là 7,8%.



3. Các triệu chứng lâm sàng khác



Nhận xét: Trong số các triệu chứng lâm sàng, rối loạn ngôn ngữ (31,8%) và rối loạn nuốt (32,7%) chiếm tỷ lệ cao hơn so với các triệu chứng khác

4. Vị trí và kích thước tổn thương nhồi máu não

Nhận xét: Bệnh nhân nhồi máu hệ động mạch cảnh chiếm 67,3% trong đó tỷ lệ bệnh nhân có điểm ASPECT 7-10 chiếm 54,2%. Bệnh nhân nhồi máu não hệ sống nền chiếm 32,7% trong đó tỷ lệ bệnh nhân có điểm pcASPECT < 7 chiếm 7,5%.

Vị trí	Hệ động mạch cảnh		Hệ động mạch sống- nền	
	Điểm Aspect > = 7	Điểm Aspect < 7	Điểm pcAspect > = 7	Điểm pcAspect < 7
Số bệnh nhân	58	14	27	8
Tỷ lệ	54,2	13,1	25,2	7,5

5. Tỷ lệ bệnh nhân viêm phổi

Viêm phổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Có	25	23,4
Không	82	76,6

Nhận xét: Tỷ lệ viêm phổi chiếm 23,4 % tổng số bệnh nhân nhồi máu não trong vòng 4 tuần điều trị tại bệnh viện

6. Tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não tử vong trong 4 tuần đầu

Kết cục	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Sống sót	91	85
Tử vong	16	15

Nhận xét: Theo nghiên cứu thì tỷ lệ tử vong của bệnh nhân nhồi máu não chiếm khoảng 15% tổng số bệnh nhân nhồi máu não.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu 107 bệnh nhân nhồi máu não chúng tôi thấy tuổi trung bình là 64,5, lứa tuổi hay gặp nhất là trên 50 tuổi chiếm 89,7%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu khác; theo Suk Y.Kang tuổi trung bình là 65,1 [7]. Tai biến mạch não nói chung và nhồi máu não nói riêng có thể gặp ở mọi lứa tuổi và "tuổi càng cao thì tỷ lệ tai biến càng nhiều". Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ là 1,675. Theo Suk Y.Kang là 1,3 [7]. Nhìn chung nam giới có xu hướng mắc cao hơn nữ giới, có thể do tần suất các yếu tố nguy cơ như: Tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, uống rượu.... xuất hiện ở nam cao hơn nữ.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, liệt vận động là triệu chứng phổ biến nhất trong số các triệu chứng lâm sàng chiếm 84,1%.

Trong số 107 bệnh nhân nhồi máu não có 72 trường hợp nhồi máu não thuộc hệ động mạch cảnh (chiếm 67,3%) và 35 trường hợp nhồi máu não thuộc hệ sống-nền (chiếm 32,7%). Trong số đó những bệnh nhân có điểm ASPECT < 7 và pcASPECT < 7 lần lượt là 13,1% và 7,5%. Đó cũng là những bệnh nhân có kết cục xấu để lại di chứng nặng nề, thậm chí tử vong. Theo như nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tử vong của bệnh nhân nhồi máu não trong 4 tuần đầu xấp xỉ 15%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu trước đó của Lê Tự Phương Thảo là 15,5% [2] và cũng khác biệt không nhiều so với nghiên cứu của Châu Nam Huân là 10,7% [3].

V. KẾT LUẬN

Nhồi máu não gặp chủ yếu ở người trên 50 tuổi, nam gặp nhiều hơn nữ. Liệt vận động là triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất. Số bệnh nhân nhồi máu não thuộc vùng cấp máu của hệ động mạch cảnh trong cao hơn nhiều so với bệnh nhân nhồi máu não thuộc vùng cấp máu hệ động mạch sống-nền, tỉ lệ đó xấp xỉ 2/1. Tỷ lệ tử vong do nhồi máu não cũng là một con số không hề nhỏ xấp xỉ khoảng 15%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Đức Hình và nhóm chuyên gia (2008), *Tai biến mạch máu não*, Nhà xuất bản Y học, 29-47, 61-73, 84-105, 217-240
2. Phan Văn Mừng, Lê Tự Phương Thảo (2009), Những yếu tố tiên lượng hậu quả chức năng trên bệnh nhân nhồi máu não tại BVND Gia Định. Y học TPHCM, tập 13, số 6, tr. 52-58
3. Vũ Anh Nhị, Châu Nam Huân (2009 -2010), Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng tử vong trên bệnh nhân tai biến mạch máu não tại bệnh viện đa khoa Long An, *Luận án chuyên khoa cấp II*, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
4. Cao Thị Phong, Lê Duy Phong (2011 – 2012), Tiên lượng tử vong tai biến mạch máu não trong hai tuần đầu ở bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương, *Luận án chuyên khoa cấp II* (pp. 50), Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
5. Johnston KC et al (2000), "A predictive risk model for outcomes of ischemic stroke". *Stroke*, 31, pp. 448-455.
6. Arboix A, Garcia-Eroles L et al (2003), "Predicting spontaneous early neurological recovery after acute ischemic stroke". *Eur J Neurol*, 10(4), pp. 429-435.
7. Suk Y. Kang, MD and Jong S (2008), Anterior cerebral artery infarction :Stroke mechanism and clinical-imaging study in 100 patients, *Neurology* 70, 2386- 2393.

NHẬN XÉT MỐI LIÊN QUAN GIỮA TRIỆU CHỨNG RỐI LOẠN TÂM THẦN VỚI VÙNG TỔN THƯƠNG NÃO VIÊM

Nguyễn Văn Dũng*, Nguyễn Thị Minh Hương*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: HSV gây nên bệnh cảnh viêm não hoại tử và xuất huyết, điển hình là tổn thương khu trú vùng thái dương hoặc thái dương – trán một bên não. Tiến triển tự nhiên của bệnh rất nặng, tỷ lệ tử vong hơn 70%, di chứng thần kinh nặng nề. **Mục tiêu:** "Nhận xét mối liên quan giữa triệu chứng rối loạn tâm thần với vùng tổn thương não viêm". Phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang, có hồi cứu và sử dụng một số trắc nghiệm để đánh giá 46 BN là người lớn (≥ 18 tuổi) được chẩn đoán viêm não herpes có rối loạn tâm thần, điều trị nội trú tại khoa thần kinh bệnh viện Bạch Mai, thời gian từ tháng 1/2013 đến tháng 10/2014. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. **Kết quả:** Do ái lực của virus herpes đối với các vùng đặc hiệu, hay gặp nhất là thùy thái dương 56,5%, thùy trán 39,1%, sau đó đến các thùy khác. Rối loạn cảm xúc gặp ở các trường hợp tổn thương thùy trán cao gấp 2,37 lần các vị trí khác. Khi phối hợp tổn thương thùy trán và thái dương thì rối loạn cảm xúc tăng lên 5,4 lần. Tỷ lệ gặp hoang tưởng trong các bệnh nhân tổn thương thùy thái dương cao hơn tổn thương các vị trí khác 3,33 lần. Khi phối hợp với tổn thương thùy trán thì tỷ lệ này tăng lên 4,56 lần. Tổn thương thùy trán xuất hiện ảo giác cao gấp 3,24 lần tổn thương thùy khác. Đặc biệt những bệnh nhân tổn thương phối hợp thùy trán- thái dương xuất hiện ảo giác cao gấp 5,78 lần những bệnh nhân tổn thương phối hợp thùy khác. Tỷ lệ gặp rối loạn ý thức ở những bệnh nhân có tổn thương phối hợp hai thùy trán và

thái dương cao gấp 12,4 lần những bệnh nhân tổn thương phối hợp thùy khác. **Kết luận:** Qua nghiên cứu của chúng tôi thấy tổn thương các thùy của não liên quan rõ rệt với các hình thái rối loạn tâm thần. Các rối loạn này liên quan nhiều đến thùy thái dương và thùy trán.

Từ khóa: HSE: Herpes simplex Encephalitis (Viêm não do virus Herpes simplex)

SUMMARY

COMMENT ON THE RELATIONSHIP BETWEEN TANGLED SYMPTOMS PSYCHOSIS WITH INFLAMED BRAIN INJURY

Rationale. HSV causes necrotic and hemorrhagic necroinflammatory disease, typically localized to the temporal or temporal lobe of the brain. Natural progression of the disease is very severe, mortality more than 70%, severe neurological sequelae.

Objective: "To examine the association between mental disorder symptoms and inflammatory brain injury". **Methods:** A cross-sectional, retrospective descriptive study, and the use of a number of tests to assess 46 patients (≥ 18 years of age) diagnosed with mental illness, Department of neurology Bach Mai Hospital, period from January 2013 to October 2014. Data processing using SPSS 16.0 software. **Results:** Due to the affinity of the herpes virus for specific areas, the most common are the 56.5% temporal lobe, the frontal lobe 39.1%, and then the other lobes. The frontal lobe injury was 2.37 times higher than in other sites. Combination of frontal and temporal lesions increased emotional distress by 5.4 times. The rate of myopia in patients with temporal lobe injury was 3.33 times greater than that of other sites. When combined with frontal lobe damage, the incidence increased to 4.56 times. The frontal lobes showed an average of 3.24 times more hallucinations. In particular, patients with frontal-frontal lobar-type

*Viện sức khỏe tâm thần- Bệnh viện Bạch Mai 78
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng
 Email: drdungbm@yahoo.com.vn
 Ngày nhận bài: 17.6.2017
 Ngày phản biện khoa học: 10.8.2017
 Ngày duyệt bài: 18.8.2017

lesions exhibited a 5.64-fold greater risk of hallucinations. The incidence of cognitive dysfunction in patients with combined temporal and temporal lobes was 12.4 times that of other lobocytic lesions.

Conclusion: In our study, lesions of the lobes of the brain were significantly associated with mental disorders. These disorders are more related to the temporal lobe and frontal lobe.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các nguyên nhân thường gặp gây rối loạn tâm thần là các tổn thương tại não như viêm não, u não, tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não...v.v. Viêm não là thuật ngữ để chỉ các trường hợp có tổn thương não bộ trong quá trình nhiễm khuẩn. Virus Herpes là loại virus gây viêm não hoại tử vì vậy bệnh cảnh lâm sàng thường cấp tính, diễn biến nặng và có tỷ lệ tử vong cao, để lại di chứng nặng nề ảnh hưởng tới cuộc sống của người bệnh. Cơ chế bệnh sinh của HSE còn nhiều điểm chưa thật rõ ràng, tuy nhiên có hai giả thiết sinh bệnh học là: Cơ chế nhiễm trùng tiên phát. Người bệnh bị nhiễm HSV1 khởi đầu từ họng mũi, rồi xâm nhập đến vùng hành khứu, đến thùy thái dương trong, thùy trán và ổ mắt. Xét nghiệm máu lúc đầu không có kháng thể kháng HSV1. Cơ chế nhiễm trùng thứ phát sau tái hoạt hóa: Người bệnh nhiễm HSV1 rồi từ hầu

họng lan đến hạch sinh ba, hạch cổ hoặc hạch cạnh sống và tiềm ẩn ở đó. Sau đó virus tái hoạt hóa lan ra mặt gây herpes môi, lan lên hố sọ giữa và trước gây HSE. Xét nghiệm lúc đầu có kháng thể kháng HSV1, tuy nhiên chỉ gợi ý được 25% các trường hợp. Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng rối loạn tâm thần trong viêm não herpes ở người lớn. Để góp phần làm rõ hơn các mối liên quan giữa rối loạn tâm thần và các vùng tổn thương trong viêm não ở người lớn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn tâm thần trong viêm não herpes ở người lớn" với mục tiêu sau: "Nhận xét mối liên quan giữa triệu chứng rối loạn tâm thần với vùng tổn thương não viêm".

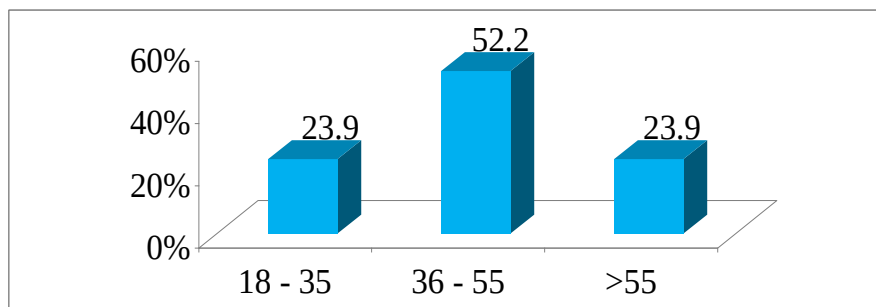
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng và địa điểm nghiên cứu. mô tả cắt ngang có hồi cứu 46 BN là người lớn (≥ 18 tuổi) được chẩn đoán viêm não herpes có rối loạn tâm thần, điều trị nội trú tại khoa thần kinh Bệnh viện Bạch Mai, thời gian từ tháng 1/2013 đến tháng 10/2014. có sử dụng một số các trắc nghiệm để đánh giá. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

3.1.2. Đặc điểm về tuổi



Biểu đồ 3.1: Đặc điểm về tuổi của nhóm nghiên cứu

Nhận xét: tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là $45,8 \pm 18,4$ tuổi, thấp nhất là 18 tuổi và cao nhất là 79 tuổi. Trong đó thường gặp nhất ở nhóm từ 36 đến 55 tuổi.

3.2. Mối liên quan giữa vùng tổn thương não viêm và triệu chứng tâm thần

Bảng 3.2.1: Mối liên quan giữa tổn thương thùy trán và rối loạn cảm xúc:

Biểu hiện	Có RLCX	Không RLCX	Tổng	OR
Thùy viêm				
Thùy Trán	15	3	18	2,37 95%CI:0,55÷10,46
Thùy khác	19	9	28	
Tổng	34	12	46	
Trán- Thái dương	27	5	32	5,40 95%CI:1,31÷22,27
Phối hợp thùy khác	7	7	14	
Tổng	34	12	46	

Nhận xét: Bệnh nhân có tổn thương thủy trán có nguy cơ RLCX cao gấp 2,37 lần bệnh nhân có tổn thương thủy khác, với khoảng tin cậy 95%: $0,55 \div 10,46$ ($p > 0,05$). Bệnh nhân có tổn thương phổi hợp thủy trán-thái dương có nguy cơ RLCX cao gấp 5,40 lần bệnh nhân có tổn thương thủy trán- thủy khác, khoảng tin cậy 95%: $1,31 \div 22,27$ ($p < 0,05$).

Bảng 3.2.2. Mối liên quan giữa tổn thương thủy thái dương và hoang tưởng

Biểu hiện Thủy viêm	Có hoang tưởng	Không hoang tưởng	Tổng	OR
Thủy thái dương	20	6	26	3,33 95%CI:0,94÷11,80
Thủy khác	10	10	20	
Tổng	30	16	46	
Thái dương-Trán	23	9	32	4,56 95%CI:1,70÷9,39
Phối hợp thủy khác	7	7	14	
Tổng	30	16	46	

Nhận xét: Bệnh nhân có tổn thương thủy thái dương có nguy cơ hoang tưởng cao gấp 3,33 lần bệnh nhân có tổn thương thủy khác, khoảng tin cậy 95%: $0,94 \div 11,80$. Bệnh nhân tổn thương phổi hợp thủy thái dương-trán nguy cơ có hoang tưởng cao gấp 4,56 lần bệnh nhân tổn thương phổi hợp thủy thái dương-thủy khác, khoảng tin cậy 95%: $1,70 \div 9,39$ ($p < 0,05$).

Bảng 3.2.3. Mối liên quan giữa tổn thương thủy thái dương (TD) và rối loạn trí nhớ (RLTN)

Biểu hiện Thủy viêm	Có RLTN	Không RLTN	Tổng	OR
Thái dương	22	4	26	2,26 95%CI:0,59÷8,63
Thủy khác	13	7	20	
Tổng	35	11	46	
Thủy TD-trán	26	6	32	1,98 95%CI:0,5÷7,85
Phối hợp thủy khác	9	5	14	
Tổng	35	11	46	

Nhận xét: Bệnh nhân tổn thương thủy thái dương có nguy cơ RLTN cao gấp 2,26 lần bệnh nhân tổn thương thủy khác, với khoảng tin cậy 95%: $0,59 \div 8,63$ ($p > 0,05$). Bệnh nhân có tổn thương phổi hợp thủy thái dương – trán có nguy cơ RLTN cao gấp 1,98 lần bệnh nhân có tổn thương phổi hợp thủy khác, với khoảng tin cậy 95%: $0,5 \div 7,85$ ($p > 0,05$).

Bảng 3.2.4. Mối liên quan giữa tổn thương thủy trán và ảo giác

Biểu hiện Thủy viêm	Có Ảo giác	Không Ảo giác	Tổng	OR
Thủy Trán	15	3	18	3,24 95%CI:0,76÷13,85
Thủy khác	17	11	28	
Tổng	32	14	46	
Thủy trán - TD	26	6	32	5,78 95%CI:1,45÷23,0
Phối hợp thủy khác	6	8	14	
Tổng	32	14	46	

Nhận xét: Bệnh nhân có tổn thương thủy trán có nguy cơ ảo giác gấp 3,24 lần bệnh nhân có tổn thương thủy khác, với khoảng tin cậy 95%: $0,76 \div 13,85$ ($p > 0,05$). Bệnh nhân tổn thương phổi hợp thủy trán-thái dương có nguy cơ có ảo giác cao gấp 5,78 lần bệnh nhân tổn thương thủy khác, với khoảng tin cậy 95%: $1,45 \div 23,0$ ($p < 0,05$).

Bảng 3.2.5. Mối liên quan giữa tổn thương phổi hợp thủy thái dương-trán và rối loạn ý thức

Biểu hiện Thủy viêm	Có RLYT	Không RLYT	Tổng	OR
Thủy TD-Trán	30	2	32	12,40 95%CI:1,24÷124,18
Thủy khác	10	4	14	
Tổng	40	6	46	

Nhận xét: Bệnh nhân có tổn thương phổi hợp thủy thái dương-trán có nguy cơ RLYT cao gấp 12,4 lần bệnh nhân có tổn thương thủy khác, khoảng tin cậy 95%: $1,24 \div 124,18$ ($p < 0,05$).

Bảng 3.2.6. Mối liên quan giữa tổn thương thủy trán và rối loạn hành vi (RLHV)

Biểu hiện Thủy viêm	Có RLHV	Không RLHV	Tổng	OR
Thủy Trán	14	4	18	1,95

Thùy khác	16	12	28	95%CI:0,55÷6,97
Tổng	30	16	46	
Thùy trán-TD	25	7	32	5,40 95%CI:1,39÷20,93
Phối hợp thùy khác	5	9	14	
Tổng	30	16	46	

Nhận xét: Bệnh nhân có tổn thương thùy trán có nguy cơ RLHV gấp 1,95 lần bệnh nhân có tổn thương thùy khác, với khoảng tin cậy 95%: 0,55÷6,97 ($p>0,05$). Bệnh nhân có tổn thương phối hợp thùy trán-thái dương có nguy cơ RLHV gấp 5,4 lần bệnh nhân có tổn thương thùy khác, với khoảng tin cậy 95%: 1,39÷20,93 ($p<0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu: Qua nghiên cứu chúng tôi thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là $45 \pm 18,4$ tuổi. Cao nhất là 79 tuổi, thấp nhất là 18 tuổi. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Ích là $44 \pm 20,45$ tuổi, của tác giả Lương Thúy Hiền nghiên cứu HSE ở người lớn ở bệnh viện Bạch Mai là: Bệnh nhân gặp nhiều ở tuổi thanh niên và trung niên từ 31 đến 45 tuổi (42,9%) trung bình 43 tuổi. Nhưng lại thấp hơn của tác giả nước ngoài như của Riera-Mestre ở Tây Ban Nha là $54,9 \pm 20,52$ tuổi. Của AC. Hui ở Hồng Kông là tuổi từ 24 -71, trung bình 51 tuổi. Có sự khác biệt này có thể là do tuổi thọ trung bình ở nước ta thấp hơn so với các nước phát triển. Tìm hiểu đặc điểm phân bố theo nhóm tuổi chúng tôi thấy bệnh có thể gặp ở các nhóm tuổi, nhiều nhất ở nhóm tuổi 36 đến 55 (52,2%), hai nhóm tuổi 18 – 35 và trên 55 có tỷ lệ như nhau là 23,9%. Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của tác giả Lương Thúy Hiền. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gặp chủ yếu nhóm > 40 tuổi, đó là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi ≥ 18 tuổi.

4.2. Nhận xét mối liên quan giữa vùng tổn thương não viêm với các rối loạn hoạt động tâm thần: Mặc dù những năm gần đây, khoa học công nghệ nói chung và khoa học trong y học nói riêng phát triển mạnh mẽ. Tuy nhiên việc nghiên cứu định khu chức năng các rối loạn hoạt động tâm thần còn chưa rõ ràng.

Ngoài ra việc phân chia các hoạt động tâm thần (tư duy, cảm xúc, hành vi...) trong lâm sàng chỉ mang tính ước lệ nhằm phục vụ cho công việc thăm khám, đánh giá. Còn trong thực tế chúng có liên quan mật thiết với nhau, không thể tách rời. Rối loạn hoạt động này có thể là nguyên nhân hoặc là điều kiện cho rối loạn hoạt động khác xuất hiện, như hoang tưởng bị hại thường gây nên cảm xúc lo sợ, hành vi phòng thủ hoặc tấn công người khác...

4.4.1. Liên quan giữa rối loạn cảm xúc với các thùy não viêm: Thùy trán là thùy bị

tổn thương nhiều thứ hai sau thùy thái dương trong viêm não herpes, trong nghiên cứu của chúng tôi tổn thương thùy trán gặp ở 18/46 bệnh nhân chiếm 39,1%. Qua nghiên cứu chúng tôi thấy những bệnh nhân có tổn thương viêm thùy trán có nguy cơ rối loạn cảm xúc cao gấp 2,37 ($p>0,05$) những bệnh nhân có tổn thương viêm thùy khác. Đặc biệt với tổn thương kết hợp thùy trán- thái dương thì nguy cơ có rối loạn cảm xúc cao gấp 5,40 lần những trường hợp tổn thương kết hợp khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Điều này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu cho rằng thùy trán liên quan nhiều đến hoạt động của cảm xúc.

Những bệnh nhân có tổn thương thùy trán trong nghiên cứu của chúng tôi thường có biểu hiện rối loạn cảm xúc bàng quan, thờ ơ với mọi người xung quanh, hay cáu gắt, khí sắc trầm, đôi khi hoảng sợ la hét.

4.4.2. Liên quan giữa Hoang tưởng với các thùy não viêm: Thùy thái dương là thùy hay bị tổn thương nhất trong viêm não Herpes do virus Herpes có ái tính cao với thùy này. Nhiều tác giả cũng nhận thấy thùy thái dương có liên quan nhiều đến các hoạt động tâm thần. Trong nghiên cứu của chúng tôi tổn thương viêm thùy thái dương chiếm 56,5% các trường hợp (26/46 BN).

Kết quả nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân tổn thương thùy thái dương có nguy cơ xuất hiện hoang tưởng cao gấp 3,33 lần những bệnh nhân tổn thương thùy khác ($p>0,05$). Những bệnh nhân tổn thương phối hợp thùy thái dương- thùy trán có nguy cơ xuất hiện hoang tưởng cao gấp 4,56 lần những bệnh nhân tổn thương phối hợp khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Như vậy trong tổn thương phối hợp thùy thái dương- trán thì nguy cơ có hoang tưởng cao hơn hẳn so với các tổn thương phối hợp khác.

4.4.3. Liên quan giữa rối loạn trí nhớ với các thùy não viêm

Kết quả nghiên cứu cho thấy tổn thương thùy thái dương có nguy cơ bị rối loạn trí nhớ cao gấp

2,26 lần bệnh nhân có tổn thương thủy khác (với $p > 0,05$), những bệnh nhân có tổn thương viêm phổi hợp hai thủy thái dương - trán có nguy cơ rối loạn trí nhớ cao gấp 1,98 lần bệnh nhân có tổn thương phổi hợp thủy khác ($p > 0,05$). Kết quả này phù hợp với tác giả Cao Tiến Đức và Nguyễn Văn Xiêm: thủy thái dương cũng là thủy chi phối nhiều hoạt động trí nhớ, đặc biệt là vùng hải mã.

4.4.4. Liên quan giữa ảo giác với các thủy não viêm: Qua nghiên cứu chúng tôi thấy, trong viêm não herpes ở người lớn bệnh nhân tổn thương thủy trán có nguy cơ xuất hiện ảo giác cao gấp 3,24 lần những bệnh nhân tổn thương thủy khác với $p > 0,05$. Đặc biệt những bệnh nhân tổn thương viêm phổi hợp thủy trán-thái dương có nguy cơ xuất hiện ảo giác cao gấp 5,78 lần những bệnh nhân tổn thương viêm phổi hợp thủy khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu của chúng tôi thường là ảo thanh thật, bệnh nhân hay nghe thấy tiếng nói ở trên mái nhà hoặc góc nhà... bình phẩm, nói chuyện, đôi khi đe dọa bệnh nhân khiến cho bệnh nhân lo lắng sợ hãi và có hành vi bỏ chạy, trốn tránh...v.v.

4.4.5. Liên quan giữa rối loạn ý thức với các thủy não viêm: Trong viêm não herpes người lớn, hai thủy thái dương và thủy trán hay bị tổn thương viêm nhất do những thủy này có ái tính cao với virus herpes, nghiên cứu của chúng tôi thấy tổn thương phổi hợp hai thủy này chiếm 69,5% các trường hợp. Kết quả nghiên cứu cho chúng ta thấy những bệnh nhân có tổn thương phổi hợp thủy thái dương - trán có khả năng xuất hiện rối loạn ý thức ở các mức độ khác nhau cao gấp 12,4 lần những bệnh nhân có tổn thương phổi hợp thủy khác, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.4.6. Liên quan giữa rối loạn hành vi với các thủy não viêm: Thực tế lâm sàng, nhiều khi rối loạn hành vi còn chịu sự chi phối của hoang tưởng, ảo giác. Tuy nhiên theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho chúng ta thấy những bệnh nhân có tổn thương thủy trán có nguy cơ rối loạn hành vi cao gấp 1,95 lần bệnh nhân có tổn thương thủy khác, với $p > 0,05$. Bệnh nhân có tổn thương phổi hợp thủy trán-thái dương có nguy cơ rối loạn hành vi cao gấp 5,4 lần bệnh nhân có tổn thương phổi hợp thủy khác, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Rối loạn hành vi ở những bệnh nhân tổn thương viêm thủy trán trong nghiên cứu của chúng tôi

thường mang tính chất chậm chạp, kích thích tại chỗ, bệnh nhân vật vã, quờ quạng chân tay hoặc lờn sờ gấu áo...

V. KẾT LUẬN

- Viêm não herpes ở người lớn gặp ở mọi lứa tuổi, trong đó hay gặp ở nhóm tuổi từ 36 đến 55, ở nam nhiều hơn nữ với tỉ lệ 27/19. Bệnh xảy ra rải rác trong năm, nhưng nhiều hơn vào mùa xuân.

- Rối loạn cảm xúc gặp ở các trường hợp tổn thương thủy trán cao gấp 2,37 lần các vị trí khác. Đặc biệt khi phổi hợp tổn thương thủy trán và thái dương thì rối loạn cảm xúc tăng lên 5,4 lần.

- Tỷ lệ gặp hoang tưởng trong các bệnh nhân tổn thương thủy thái dương cao hơn tổn thương các vị trí khác 3,33 lần. Khi phổi hợp với tổn thương thủy trán thì tỷ lệ này tăng lên 4,56 lần.

- Tổn thương thủy trán xuất hiện ảo giác cao gấp 3,24 lần tổn thương thủy khác. Đặc biệt những bệnh nhân tổn thương phổi hợp thủy trán-thái dương xuất hiện ảo giác cao gấp 5,78 lần những bệnh nhân tổn thương phổi hợp thủy khác.

- Những bệnh nhân tổn thương thủy trán có khả năng rối loạn hành vi cao gấp 1,95 lần bệnh nhân tổn thương thủy khác. Trong trường hợp tổn thương phổi hợp hai thủy trán và thái dương thì khả năng trên cao gấp 5,4 lần.

- Đặc biệt, tỷ lệ gặp rối loạn ý thức ở những bệnh nhân có tổn thương phổi hợp hai thủy trán và thái dương cao gấp 12,4 lần những bệnh nhân tổn thương phổi hợp thủy khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alborzi A, Ziyaeyan M, Borhani Haghighi A, Jamalidoust M, Moeini M, Pourabbas B. (2011), Diagnosis and quantitative detection of HSV DNA in samples from patients with suspected herpes simplex encephalitis. *Braz J Infect Dis.* 15(3): 211 – 4.
2. Hồ Huỳnh Thủy Dương (2003), *Sinh học phân tử*, Nxb Giáo dục Hà Nội, 57–64.
3. Lương Thúy Hiền (2011), Nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm dịch não tủy của viêm não Herpes. *Kỷ yếu hội nghị khoa học quốc tế thần kinh học Việt Nam lần thứ 15*, Hà Nội, 90 – 93.
4. Li XF, Guo YJ, Wang ML, Zhang DM, Li YH, Wang YF, Tao YF, Zhang SL, Dong JH, Li LL, Zhao L (2011), *Inducing-apoptotic activity of the ethanol extract of Duchesnea indica Focke on treatment of herpes simplex encephalitis.* *Int J Immunopathol Pharmacol.* 24(3): 631 – 8.
5. Riera-Mestre A, Gubieras L, Martinez-Yelamos S. (2009) "Adult herpes simplex encephalitis: Fifteen years experience." *Infect Microbiol Clin*: 27: 143-7
6. Hui A.C, Cheung K.F, Lui C, et al (2005). Herpes simplex encephalitis in Hong Kong. *Neurology Asia*; 10: 35-38.

NHẬN XÉT VỀ HIỆU QUẢ CỦA HỆ THỐNG CAMERA TRONG GIÁM SÁT TUẦN THỦ VỆ SINH TAY TẠI BỆNH VIỆN TWQĐ108

Vũ Mai Lan*, Đinh Vạn Trung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thông qua hệ thống camera, xác định tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế làm việc tại đơn vị Hồi sức tích cực. **Đối tượng và phương pháp:** Nhân viên y tế làm việc tại khoa Hồi sức tích cực. Mô tả cắt ngang có phân tích trên tất cả các mẫu thuận tiện. Từ tháng 4 đến tháng 9 năm 2016. **Kết quả:** Tỷ lệ tuân thủ VST đo lường bằng phương pháp quan sát camera ở giai đoạn chưa có phản hồi tăng từ 41,0% lên 70,1% sau khi có phản hồi ($p < 0,05$). Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay khi sử dụng găng quan sát camera có phản hồi là 86,6% cao hơn so với không có phản hồi là 55,6% ($p < 0,01$). Đa số nhân viên y tế chỉ chú trọng kỹ thuật VST từ bước 1 đến bước 3. Từ bước 4 đến bước 6, tỷ lệ thực hiện thấp trong cả 2 phương pháp quan sát qua camera ($p < 0,05$). **Kết luận:** Camera quan sát là giải pháp hỗ trợ hiệu quả nỗ lực cải thiện tuần thủ vệ sinh tay trong chăm sóc người bệnh.

Từ khóa: Giám sát camera, vệ sinh tay, phản hồi

SUMMARY

COMMENT ON THE EFFECTIVENESS OF CAMERA SYSTEMS IN MONITORING HAND HYGIENE COMPLIANCE IN 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objectives: Through the camera system, determine the rate of hand hygiene compliance of medical staff working in the intensive care unit. **Subject and Method:** Medical staff working in the intensive care unit. Cross sectional description is analyzed on all convenient samples. From April to September 2016. **Results:** The percentage of hand hygiene compliance measured by observation method for camera at an unposted period, it increased from 41.0% to 70.1% after feedback. The rate of hand hygiene when using glove through feedback camera observation was 86.6% higher than non-response rate of 55.6% ($p < 0.01$). Most medical staff focus only on hand hygiene techniques from step 1 to step 3. From step 4 to step 6, the rate of technical implementation was low in both camera observation ($p < 0.05$). **Conclusion:** Camera observation is an effective way to support efforts to improve hand hygiene compliance in patient care

Key words: monitoring camera, hand hygiene, feedback.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

*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: 10.8.2017

Ngày duyệt bài: 18.8.2017

Trong các nỗ lực cải thiện tuần thủ vệ sinh tay (VST), đã có nhiều phương pháp khác nhau được áp dụng. Quan sát trực tiếp được coi là "tiêu chuẩn vàng" tuy nhiên các dữ liệu thu được thường trong một khoảng thời gian rất ngắn so với các hoạt động thường xuyên của nhân viên y tế (NVYT), mặt khác lại chịu ảnh hưởng của "Hiệu ứng Hawthorne" – một hiệu ứng quan sát làm kết quả tuần thủ chịu tác động khách quan bởi sự có mặt của người quan sát và thực tế chỉ có một phần nhỏ các cơ hội VST được quan sát. Phương pháp quan sát sử dụng kiểm toán từ xa video (RVA) là phương pháp đo lường qua các đoạn video ghi lại được từ các camera gắn tại các vị trí cần quan sát, đồng thời phản hồi các thông tin về thời gian thực, về các thực hành VST đã có tác động tới thực hành của NVYT. Nghiên cứu tại Đại học North Shore cho thấy; trong 4 tuần đầu tiên sử dụng RVA không có phản hồi, tỷ lệ tuân thủ là 30,42% theo dõi trong 16 tuần liên tục không có phản hồi tỷ lệ tuân thủ cải thiện không đáng kể. Từ tuần thứ 17 đến tuần 48 bằng việc sử dụng phương pháp RVA và phản hồi thì tỷ lệ tuân thủ được ghi nhận tăng lên 80% [3].

Tại Bệnh viện TWQĐ 108, hệ thống camera đã được kết nối với mạng nội bộ ghi lại hình ảnh các hành động của NVYT khi làm việc tại đơn vị Hồi sức tích cực. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: qua hệ thống camera xác định tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế làm việc tại đơn vị Hồi sức tích cực.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nhân viên y tế làm việc tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện TWQĐ108.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 4 đến tháng 9 năm 2016

2.3 Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích trên tất cả các mẫu thuận tiện.

Quan sát các nhân viên y tế thực hiện qua camera:

- 5 thời điểm vệ sinh tay khi chăm sóc bệnh nhân
- 6 bước vệ sinh tay với dung dịch chứa cồn
- Vệ sinh tay khi mang găng và tháo găng

Điền vào bảng kiểm thiết kế theo mẫu của Bộ Y tế ban hành

2.4. Xử lý số liệu: Bằng phần mềm Epi Data 3.1

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. So sánh tỷ lệ tuân thủ VST qua camera theo 2 phương pháp

Chỉ định VST		Quan sát không phản hồi	Quan sát có phản hồi	p
Trước khi tiếp xúc với BN (n: số cơ hội VST)	n	225/674	324/417	< 0,05
	%	33,4	77,7	
Trước khi làm thủ thuật vô khuẩn (n: số cơ hội VST)	n	61/128	247/286	< 0,05
	%	47,7	86,4	
Sau khi tiếp xúc với dịch tiết của BN (n: số cơ hội VST)	n	85/101	102/112	> 0,05
	%	84,2	91,1	
Sau khi tiếp xúc với BN (n: số cơ hội VST)	n	281/652	301/384	< 0,05
	%	43,1	78,4	
Sau khi tiếp xúc với môi trường xung quanh BN (n: số cơ hội VST)	n	256/659	355/697	< 0,05
	%	35,8	50,9	
Tổng số cơ hội được thực hiện/Tổng số cơ hội quan sát được	n (%)	908/2.214 (41,0)	1.329/1.896 (70,1)	< 0,05

Nhận xét: Khi quan sát camera không phản hồi lại, chỉ có 41% cơ hội được thực hiện. Sau khi quan sát có phản hồi lại, tỷ lệ cơ hội được thực hiện tăng lên rõ rệt là 70,1% ($p < 0,05$).

Bảng 2. So sánh tỷ lệ tuân thủ VST khi mang găng qua camera

Thời điểm		Quan sát không phản hồi n = 135	Quan sát có phản hồi n = 129	p
Trước khi mang găng (n: số cơ hội VST)	n	67	104	< 0,05
	%	49,6	80,6	
Sau khi mang găng (n: số cơ hội VST)	n	83	107	> 0,05
	%	61,5	82,9	
Trung bình (%)		55,6	81,6	< 0,01

Nhận xét: Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay khi sử dụng găng quan sát camera không có phản hồi là 55,6% thấp hơn sau khi có phản hồi là 81,6% ($p < 0,05$).

Bảng 3. So sánh về kỹ thuật VST qua camera theo 2 phương pháp

Kỹ thuật thực hiện	Quan sát không phản hồi n = 384	Quan sát có phản hồi n = 347	p
Bước 1 n(%)	334 (86,9%)	307 (88,5%)	> 0,05
Bước 2 n(%)	284 (74,2%)	263 (75,8%)	> 0,05
Bước 3 n(%)	162 (42,2%)	220 (63,4%)	> 0,05
Bước 4 n(%)	56 (14,5%)	159 (45,8%)	< 0,05
Bước 5 n(%)	31 (8,1%)	137 (39,5%)	< 0,05
Bước 6 n(%)	39 (10,2%)	147 (42,4%)	< 0,05
Đúng kỹ thuật và đủ 6 bước n(%)	20 (5,2%)	101 (29,1%)	< 0,05

Nhận xét: quan sát camera qua 2 phương pháp, từ bước 1 đến bước 3 có sự khác nhau nhưng không rõ rệt ($p > 0,05$). Từ bước 4 đến bước 6 và toàn bộ kỹ thuật VST có sự khác nhau rõ rệt ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi quan sát 4.110 cơ hội vệ sinh tay theo 5 thời điểm của Tổ chức y tế Thế giới, 264 cơ hội VST khi mang và tháo găng, 731 cơ hội cơ hội VST để xác định các kỹ thuật. Kết quả nghiên cứu ở bảng 1 cho thấy, khi quan sát camera không phản hồi lại, chỉ có 41% cơ hội được thực hiện. Sau khi quan sát có phản hồi lại, tỷ lệ cơ hội được thực hiện tăng lên rõ rệt là 70,1% ($p < 0,05$). Ở thời điểm trước khi tiếp xúc với bệnh nhân, tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay qua quan sát camera là 33,4%, sau khi phản hồi kết quả lại cho khoa, tỷ lệ tuân thủ VST đạt 77,7%, sự khác nhau là rất rõ rệt ($p < 0,05$). Trước khi làm thủ thuật vô khuẩn, tỷ lệ tuân thủ

vệ sinh tay qua quan sát camera là 47,7%, sau khi phản hồi kết quả lại cho khoa, tỷ lệ tuân thủ VST đạt 86,4% ($p < 0,05$). Sau khi tiếp xúc với dịch tiết của bệnh nhân, tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay qua quan sát camera là 84,2%, sau khi phản hồi kết quả lại cho khoa, tỷ lệ tuân thủ VST đạt 91,1% ($p > 0,05$). Sau khi tiếp xúc với BN, tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay qua quan sát camera là 43,1%, sau khi phản hồi kết quả lại cho khoa, tỷ lệ tuân thủ VST đạt 78,4% ($p < 0,05$). Sau khi tiếp xúc với môi trường xung quanh BN, tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay qua quan sát camera là 35,8%, sau khi phản hồi kết quả lại cho khoa, tỷ lệ tuân thủ VST đạt 50,9% ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Đặng Thị Thu Hương và Lê Kiến Ngải ở Bệnh

viện Nhi TW cũng cho thấy, tỷ lệ tuân thủ VST đo lường bằng phương pháp quan sát qua camera ở giai đoạn chưa có phản hồi tăng từ 33,5% lên 66,4% sau khi có phản hồi [1]. Kết quả nghiên cứu ở bảng 2 cho thấy, ở thời điểm trước khi mang găng, tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay qua quan sát camera là 49,6%, sau khi phản hồi kết quả lại cho khoa, tỷ lệ tuân thủ VST quan sát qua camera tăng lên 80,6%, sự khác nhau giữa hai thời điểm là rất rõ rệt ($p < 0,05$). Ở thời điểm tháo bỏ găng, tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay qua quan sát camera là 61,5%, sau khi phản hồi kết quả lại cho khoa, tỷ lệ tuân thủ VST đạt 82,9%, có sự khác nhau giữa hai thời điểm nhưng không rõ rệt ($p > 0,05$). Các kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học North Shore – New York khi sử dụng máy quay video để đo lường tỷ lệ tuân thủ VST của NVYT tại các đơn vị Hồi sức tích cực (ICU), trong 16 tuần quan sát camera mà không có phản hồi, tỷ lệ VST được ghi nhận ít hơn dưới 10%, giai đoạn phản hồi 16 tuần sau đó, tỷ lệ tuân thủ VST tăng lên 81,6% [3].

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3 cho thấy, quan sát camera qua 2 phương pháp, từ bước 1 đến bước 3 có sự khác nhau nhưng không rõ rệt ($p > 0,05$). Từ bước 4 đến bước 6 và toàn bộ kỹ thuật VST có sự khác nhau rõ rệt ($p < 0,05$), điều này cho thấy các NVYT chỉ coi trọng các bước đầu tiên vì thực hiện dễ dàng, dễ nhớ. Đối với kỹ thuật VST ở bước 1, khi quan sát nhưng không phản hồi lại đạt 86,9% thao tác đúng, khi quan sát có phản hồi lại, tỷ lệ thao tác đúng đạt 88,5%. Đối với kỹ thuật VST ở bước 2, khi quan sát nhưng không phản hồi lại đạt 74,2% thao tác đúng, khi quan sát có phản hồi lại, tỷ lệ thao tác đúng đạt 75,8%. Đối với kỹ thuật VST ở bước 3, khi quan sát nhưng không phản hồi lại đạt 42,2% thao tác đúng, khi quan sát có phản hồi lại, tỷ lệ thao tác đúng đạt 63,4%, tỷ lệ thao tác đúng 3 kỹ thuật đầu tiên có sự khác nhau giữa 2 phương pháp quan sát qua camera nhưng không rõ rệt ($p > 0,05$).

Đối với kỹ thuật vệ sinh tay ở bước 4, khi quan sát nhưng không phản hồi lại đạt 14,5% thao tác đúng, khi quan sát có phản hồi lại, tỷ lệ thao tác đúng đạt 45,8%. Đối với kỹ thuật vệ sinh tay ở bước 5, khi quan sát nhưng không phản hồi lại đạt 8,1% thao tác đúng, khi quan sát có phản hồi lại, tỷ lệ thao tác đúng đạt 39,5%. Đối với kỹ thuật vệ sinh tay ở bước 6, khi quan sát nhưng không phản hồi lại đạt 10,2% thao tác đúng, khi quan sát có phản hồi lại, tỷ lệ thao tác đúng đạt 42,4%, tỷ lệ thao tác đúng 3

kỹ thuật 4,5,6 có sự khác nhau rõ rệt giữa 2 phương pháp quan sát camera ($p < 0,05$). Đối với toàn bộ kỹ thuật vệ sinh bao gồm đúng kỹ thuật, đủ 6 bước, khi quan sát nhưng không phản hồi lại đạt 5,2% thao tác đúng, khi quan sát có phản hồi lại, tỷ lệ thao tác đúng đạt 29,1%, tỷ lệ thao tác đúng có sự khác nhau rõ rệt giữa 2 phương pháp ($p < 0,05$).

Như vậy sử dụng phương pháp quan sát tuân thủ VST qua camera và phản hồi thông tin về thực hành VST áp dụng tại Bệnh viện TWQĐ 108 là một trong các cách tiếp cận đa phương thức, là giải pháp hỗ trợ hiệu quả trong nỗ lực cải thiện tuân thủ vệ sinh tay trong chăm sóc người bệnh để ngăn ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện đã được áp dụng và đạt hiệu quả cao.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu quan sát 2.733 cơ hội VST nhưng không phản hồi và 2.372 cơ hội vệ sinh tay có phản hồi trong chăm sóc người bệnh tại khoa Hồi sức tích cực của các nhân viên y tế:

- Tỷ lệ tuân thủ VST đo lường bằng phương pháp quan sát camera ở giai đoạn chưa có phản hồi tăng từ 41,0% lên 70,1% sau khi có phản hồi ($p < 0,05$).

- Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay khi sử dụng găng quan sát camera có phản hồi là 86,6% cao hơn so với không có phản hồi là 55,6% ($p < 0,01$).

- Đa số nhân viên y tế chỉ chú trọng kỹ thuật VST từ bước 1 đến bước 3. Từ bước 4 đến bước 6, tỷ lệ thực hiện thấp trong cả 2 phương pháp quan sát qua camera.

- Camera quan sát là giải pháp hỗ trợ hiệu quả nỗ lực cải thiện tuân thủ vệ sinh tay trong chăm sóc người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Thị Thu Hương, Lê Kiến Ngải (2015)**, "Đánh giá tác động của hệ thống giám sát qua camera trong cải thiện tuân thủ vệ sinh tay tại Bệnh viện Nhi Trung ương", Tạp chí Y học lâm sàng, Bệnh viện TW Huế, số 27-2015, tr 40-46.
2. **Boyce, JM (2011)**, "Measuring healthcare works hand hygiene activity; current practices and emerging technologies", Infect Control Hosp Epidemiol; 32; 1016-1028.
3. **Diller T, Kelly JW, Blackhurst D, Steed C, Boeker S, McElveen DC (2014)**; "Estimation of hand hygiene opportunities on an adult medical ward using 24-hour camera surveillance: validation of the HOW2 Benchmark Study" Am J Infect Control, 42(6): 602-7: 10.1016/j.ajic.2014.02.020. PubMed PMID: 24837110.
4. **Nishimura S, Kagehira M, Kono F, Nishimura M, Taenaka N (1999)**, "Handwashing before entering the intensive care unit: what we learned from continuous video-camera surveillance", Am J Infect Control; 27 (4): 367-9. PubMed PMID: 10433677.

5. Marra AR, Edomond MB (2104) "New technologies to monitor healthcare worker handhygiene", Clin Microbiol Infect; 20 (10; 29-33.

doi: 10.1111/1469-0691.12458. Review. PubMed PMID: 24245809.

ĐÁNH GIÁ MỐI LIÊN QUAN GIỮA TỶ LỆ CÓ THAI VỚI THỜI GIAN KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG

Hồ Sỹ Hùng*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mối liên quan giữa thời gian kích thích buồng trứng với tỷ lệ có thai trong số các bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm. **Mục tiêu:** Nhận xét mối liên quan giữa tỷ lệ có thai với thời gian kích thích buồng trứng. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu 421 bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm chia vào 3 nhóm theo thời gian kích thích buồng trứng (KTBT) 8 ngày, 9 ngày và 10 ngày. **Kết quả và bàn luận:** tuổi trung bình $31,30 \pm 5,0$ tuổi, dự trữ buồng trứng tốt và không khác nhau giữa các nhóm. Số noãn chọc hút, số phôi tốt tạo thành nhóm kích thích buồng trứng 8 ngày ít hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm kích thích buồng trứng 9 và 10 ngày. Tỷ lệ có thai không khác nhau giữa 3 nhóm. **Kết luận:** Thời gian kích thích buồng trứng không ảnh hưởng đến tỷ lệ có thai ở các bệnh nhân điều trị thụ tinh trong ống nghiệm.

Từ khóa: thời gian kích thích buồng trứng; tỷ lệ có thai

SUMMARY

RELATION BETWEEN PREGNANCY RATE AND DURATION OF OVARIAN STIMULATION

Study the relation between pregnancy rate and duration of ovarian stimulation in IVF patients. **Objectives:** assess association between pregnancy rate and duration of ovarian stimulation. **Object and method:** 421 IVF patients divided into 3 groups according to duration of ovarian stimulation 8 days, 9 days and 10 days. **Results and discussion:** Mean age 31.30 ± 5.0 years, good ovarian reserve and no difference ovarian reserve between groups. The number of oocytes, number of good embryo quality in 8 days ovarian stimulation was significantly fewer than 2 others group, pregnancy rate was equivalent in 3 groups. **Conclusion:** duration of ovarian stimulation was not affect the pregnancy rate in IVF patient.

Keyword: duration of ovarian stimulation; pregnancy rate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiêu chuẩn để trưởng thành noãn khi kích thích buồng trứng trong thụ tinh ống nghiệm là dựa vào kích thước nang noãn chứ không dựa vào thời gian kích thích buồng trứng [1]. Thông thường thời gian kích thích để nang noãn đạt tiêu chuẩn là 9-10 ngày, tuy nhiên có những trường hợp nang noãn đạt kích thước sớm hơn.

*Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Sỹ Hùng

Email: Trường ĐHY Hà nội

Ngày nhận bài: 2.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2017

Ngày duyệt bài: 30.8.2017

Vậy thời gian kích thích buồng trứng có ảnh hưởng đến chất lượng phôi và tỷ lệ có thai không. Để trả lời câu hỏi này chúng tôi nghiên cứu đề tài: "Đánh giá mối liên quan giữa tỷ lệ có thai với thời gian kích thích buồng trứng" với mục tiêu: Nhận xét mối liên quan giữa tỷ lệ có thai với thời gian kích thích buồng trứng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Trong thời gian từ 01/01/2015 đến 31/12/2015 thu thập được 421 bệnh nhân thụ tinh ống nghiệm tại trung tâm HTSS-BVPSTW đủ tiêu chuẩn nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm có đủ thông tin về thời gian kích thích buồng trứng, chất lượng phôi và tỷ lệ có thai.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân lắt thường tử cung, hồ sơ không đủ thông tin, xin hoãn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu so sánh, chọn tất cả các bệnh nhân kích thích buồng trứng 8 ngày đủ tiêu chuẩn. Sau đó lấy ngẫu nhiên các bệnh nhân kích thích buồng trứng 9 ngày và 10 ngày cho đủ số mẫu tương đương với số bệnh nhân kích thích 8 ngày. Các bệnh nhân hai nhóm sau được lựa chọn tương đồng về độ tuổi.

2.3. Các biến số nghiên cứu: Tuổi, dự trữ buồng trứng: nồng độ FSH ngày 3, AMH, nang thứ cấp. Kết quả kích thích buồng trứng: tổng liều FSH, nồng độ E₂, số noãn chọc hút. Số noãn thụ tinh. Tỷ lệ thụ tinh = số phôi/số noãn thụ tinh. Số phôi thu được. Chất lượng phôi: Độ 4 (Phôi rất tốt): Có 8 tế bào, các tế bào đồng đều, không có mảnh vỡ hoặc tỷ lệ mảnh vỡ < 10%. Độ 3 (Phôi tốt): Có 6 - 8 tế bào, các tế bào không đồng đều hoặc tỷ lệ mảnh vỡ lớn hơn 10% và ít hơn 25%. Độ 2: Có ≤ 5 tế bào hoặc tỷ lệ mảnh vỡ trên 25%. Độ 1: Có ≤ 4 tế bào hoặc tỷ lệ mảnh vỡ trên 50%. Tỷ lệ có thai lâm sàng.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. So sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ bằng kiểm định χ^2 , so sánh sự khác biệt giữa các trung bình bằng kiểm định ANOVA, $p < 0,05$ biểu thị sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: can thiệp nào vào bệnh nhân. Đây là nghiên cứu hồi cứu nên không có bất cứ

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Tuổi trung bình và dự trữ buồng trứng

Chỉ số	Nhóm	8 ngày	9 ngày	10 ngày	Chung	p
Tuổi trung bình		32,76 ± 5,0	30,57 ± 4,9	30,58 ± 4,8	31,30 ± 5,0	
FSH (UI/L)		6,32 ± 1,8	6,10 ± 1,5	6,29 ± 1,7	6,24 ± 1,7	0,50
AMH (ng/ml)		4,19 ± 3,4	5,54 ± 4,0	5,31 ± 3,6	5,01 ± 3,7	0,43
AFC (nang)		9,87 ± 5,1	11,10 ± 5,4	10,44 ± 4,8	10,47 ± 5,1	0,14

Tuổi trung bình nhóm 8 ngày là 32,76 ± 5,0 năm, nhóm 9 ngày là 30,57 ± 4,9 năm và 10 ngày là 30,58 ± 4,8 năm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Không khác biệt về đặc điểm dự trữ buồng trứng giữa ba nhóm kích thích buồng trứng 8 ngày, 9 ngày và 10 ngày.

3.2. Kết quả kích thích buồng trứng

Bảng 3.2. Kết quả kích thích buồng trứng và thụ tinh

Chỉ số	Nhóm	8 ngày	9 ngày	10 ngày	p
Tổng liều FSH (UI)		1935,71 ± 758,9	1816,07 ± 642,4	2067,64 ± 37,7	0,22*; 0,42**; 0,14***
E ₂ ngày hCG (pg/ml)		4758,44 ± 2451,0	5192,41 ± 3171,3	5378,39 ± 3054,3	0,20*; 0,06**; 0,61***
Số noãn trung bình		9,98 ± 5,4	13,49 ± 7,5	13,12 ± 6,5	0,00*; 0,00**; 0,65***
Số phôi trung bình		6,16 ± 3,39	8,19 ± 4,27	8,74 ± 4,27	0,00*; 0,00**; 0,30***
Tỷ lệ thụ tinh (%)		89,8 ± 17	93,2	93,0	> 0,05

Ghi chú: *: giữa nhóm 8 ngày và 9 ngày; **: giữa nhóm 8 ngày và 10 ngày; ***: giữa nhóm 9 ngày và 10 ngày.

Tổng liều FSH trung bình nhóm giữa 3 nhóm kích thích buồng trứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Số noãn trung bình thu được sau chọc hút nhóm kích thích buồng trứng 8 ngày ít hơn có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ thụ tinh ở cả ba nhóm kích thích buồng trứng 8 ngày, 9 ngày và 10 ngày đều cao lần lượt là 90%, 93,2% và 93%. Sự khác biệt về tỷ lệ thụ tinh của ba nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3. Số lượng phôi và chất lượng phôi

3.3.1. Số lượng phôi theo thời gian kích thích buồng trứng

Bảng 3.3. Số lượng phôi theo thời gian kích thích buồng trứng

Phôi	Nhóm	8 ngày	9 ngày	10 ngày	p
Phôi độ 4		1,64 ± 2,1	2,17 ± 2,1	2,38 ± 2,3	0,04*; 0,00**; 0,43***
Phôi độ 3		2,28 ± 1,7	3,31 ± 2,5	3,30 ± 2,6	0,00*; 0,00**; 0,99***
Phôi độ 2		1,44 ± 1,4	1,80 ± 1,8	1,96 ± 1,9	0,07*; 0,01**; 0,46***
Phôi độ 1		0,84 ± 1,4	0,85 ± 1,6	0,91 ± 1,7	0,81*; 0,28**; 0,39***
Phôi tốt		3,92 ± 3,0	5,47 ± 3,6	5,68 ± 4,0	0,00*; 0,00**; 0,65***

Ghi chú: *: giữa nhóm 8 ngày và 9 ngày; **: giữa nhóm 8 ngày và 10 ngày; ***: giữa nhóm 9 ngày và 10 ngày.

Nhóm kích thích buồng trứng 8 ngày có số phôi trung bình ít nhất so với nhóm kích thích buồng trứng 9 ngày và 10 ngày. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Số phôi trung bình của nhóm kích thích buồng trứng 9 ngày và 10 ngày khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Số phôi tốt (độ 4 + độ 3) trung bình của nhóm kích thích buồng trứng 8 ngày ít hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm kích thích buồng trứng 9 ngày và 10 ngày với $p < 0,05$. Sự khác biệt về số phôi tốt thu được của nhóm kích thích buồng trứng 9 ngày và 10 ngày không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3.2. Chất lượng phôi theo thời gian kích thích buồng trứng

Bảng 3.4. Tỷ lệ phôi theo thời gian kích thích buồng trứng

Chất lượng phôi	Nhóm	8 ngày	9 ngày	10 ngày	Chung	p
Phôi độ 4 (%)		23,2 ± 25	25,6 ± 22	25,5 ± 20	24,7 ± 23	0,4*; 0,4**; 0,96***
Phôi độ 3 (%)		34,3 ± 24	40,5 ± 22	39,2 ± 25	38,1 ± 24	0,03*; 0,1**; 0,66***
Phôi độ 2 (%)		28,1 ± 25	23,7 ± 21	24,8 ± 23	25,5 ± 23	0,12*; 0,26**; 0,67***

Phôi độ 1 (%)	14,4 ± 22	9,6 ± 16	10,1 ± 16	11,4 ± 18	0,04*; 0,07**; 0,8***
Phôi tốt (%)	56,7 ± 32	66,1 ± 27	60,8 ± 30	62,5 ± 29	0,01*; 0,03**; 0,67***

Ghi chú: *: giữa nhóm 8 ngày và 9 ngày; **: giữa nhóm 8 ngày và 10 ngày; ***: giữa nhóm 9 ngày và 10 ngày.

Tỷ lệ phôi độ 4 chiếm khoảng 24,7%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ phôi độ 4 giữa các nhóm kích thích buồng trứng 8 ngày, 9 ngày và 10 ngày. Tỷ lệ phôi tốt (độ 4 + độ 3) nhóm kích thích buồng trứng 8 ngày thấp hơn nhóm kích thích buồng trứng 9 ngày và 10 ngày có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không có sự khác biệt giữa nhóm kích thích buồng trứng 9 ngày và 10 ngày với $p = 0,67 > 0,05$.

3.3.3. Tỷ lệ có thai lâm sàng theo thời gian kích thích buồng trứng

Bảng 3.5. Tỷ lệ có thai lâm sàng theo thời gian kích thích buồng trứng

Nhóm	8 ngày	9 ngày	10 ngày	Chung	p
Thai lâm sàng					
Có thai	57 (41%)	71 (51%)	65 (46%)	194 (46,1%)	0,07*
Không có thai	83 (59%)	69 (49%)	76 (54%)	226 (53,9%)	0,36**
Tổng	140 (100%)	140 (100%)	140 (100%)	420 (100%)	0,37***

Ghi chú: *: giữa nhóm 8 ngày và 9 ngày; **: giữa nhóm 8 ngày và 10 ngày; ***: giữa nhóm 9 ngày và 10 ngày. Tỷ lệ có thai lâm sàng của 3 nhóm kích thích buồng trứng 8 ngày, 9 ngày và 10 ngày lần lượt là 41%, 51% và 46%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm tuổi bệnh nhân và dự trữ buồng trứng: Tuổi trung bình bệnh nhân vô sinh là $31,30 \pm 5,0$ tuổi, so với độ tuổi các bệnh nhân được điều trị IVF/ICSI trong nghiên cứu của Mai Quang Trung (2010) là $33,1 \pm 4,9$ tuổi thì độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn không đáng kể [2], nghiên cứu của Hồ Sỹ Hùng (2014) độ tuổi trung bình của người vợ là $31,14 \pm 3,3$ tuổi [1]. So sánh tuổi trung bình giữa ba nhóm nghiên cứu, chúng tôi thấy tuổi trung bình nhóm kích thích buồng trứng 8 ngày là $32,76 \pm 5,0$ tuổi, nhóm kích thích buồng trứng 9 ngày là $30,57 \pm 4,9$ tuổi và nhóm kích thích buồng trứng 10 ngày là $30,58 \pm 4,8$ tuổi khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Nồng độ FSH, AMH, Estradiol và AFC đầu chu kỳ kinh lần lượt là $6,24 \pm 1,7$ UI/L, $5,01 \pm 3,7$ ng/ml, $40,32 \pm 21,3$ pg/ml và $10,47 \pm 5,1$ nang. Nhìn chung các chỉ số đánh giá dự trữ buồng trứng đều trong giới hạn bình thường. Không có sự khác biệt nồng độ FSH ở ba nhóm với $p = 0,50$. Một số tác giả cho rằng nồng độ FSH cơ bản là yếu tố giúp các nhà lâm sàng tiên lượng đáp ứng của buồng trứng và tư vấn cho bệnh nhân trước điều trị.

Nồng độ AMH ở nhóm kích thích buồng trứng 8 ngày là $4,19 \pm 3,4$ ng/ml thấp hơn nhóm kích thích buồng trứng 9 ngày là $5,54 \pm 4,0$ ng/ml và 10 ngày là $5,31 \pm 3,6$ ng/ml, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,43$. Số nang thứ cấp nhóm kích thích buồng trứng 8 ngày là $9,87 \pm 5,1$ nang thấp hơn nhóm kích thích buồng trứng 9 ngày là $11,1 \pm 5,4$ nang và nhóm 10 ngày là $10,44 \pm 4,8$ nang. Sự khác biệt không có ý

nghĩa thống kê $p = 0,14$. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Nghị (2013), AFC phác đồ ngắn là $7,66 \pm 3,8$ nang, phác đồ dài là $10,92 \pm 4,1$ nang, phác đồ antagonist là $12,36 \pm 5,4$ nang [4].

4.1.2. Kết quả kích thích buồng trứng và tạo phôi: So sánh ba nhóm nghiên cứu cho thấy nhóm kích thích buồng trứng 10 ngày tiêm tổng liều FSH cao nhất. Nghiên cứu của Lê Hoàng (2016) tổng liều FSH của nhóm kích thích buồng trứng 8 ngày là $1984,11 \pm 749$ UI thấp hơn cả so với nhóm kích thích buồng trứng 9 ngày là $2111,12 \pm 825$ UI, nhóm 10 ngày là $2205,16 \pm 861$ UI, thời gian kích thích buồng trứng càng dài thì đòi hỏi càng dùng nhiều thuốc [5]. Nghiên cứu của Hồ Sỹ Hùng (2014) nhận thấy tổng liều FSH nhóm kích thích buồng trứng phác đồ ngắn là $2227,03 \pm 830,6$ UI cao hơn phác đồ dài là $1917,75 \pm 592,9$ UI và phác đồ đối vận là $1710,19 \pm 403,2$ UI [1]. Kết quả này tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi bởi nghiên cứu của chúng tôi 69,2% nhóm kích thích buồng trứng 8 ngày sử dụng phác đồ ngắn.

Nồng độ E₂ ngày tiêm hCG ở nhóm kích thích buồng trứng 8 ngày là $4758,44 \pm 2451,0$ pg/ml thấp hơn nhóm kích thích buồng trứng 9 ngày là $5192,41 \pm 3171,3$ pg/ml và nhóm kích thích buồng trứng 10 ngày là $5378,39 \pm 3054,3$ pg/ml. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,19$.

Số noãn chọc hút được cũng như số phôi tạo thành nhóm ngày 8 thấp nhất và thấp hơn cả nhóm kích thích buồng trứng 9 và 10 ngày. Số dĩ số lượng noãn ít ở nhóm kích thích 8 ngày vì bản thân buồng trứng ít nang thứ cấp ngay từ đầu kỳ kinh nên thời gian kích thích buồng trứng sẽ nhanh hơn.

4.2. Chất lượng phôi và kết quả có thai

theo thời gian kích thích buồng trứng**4.2.1. Tỷ lệ thụ tinh theo thời gian kích thích buồng trứng**

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thụ tinh của ba nhóm kích thích buồng trứng 8 ngày, 9 ngày và 10 ngày lần lượt là $89,8 \pm 17\%$, $93,2 \pm 10,6\%$ và $93 \pm 12\%$. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Đào Lan Hương là $76 \pm 15\%$ [3], của Hồ Sỹ Hùng là $69,1 \pm 22\%$ [1].

4.2.2. Chất lượng phôi và tỷ lệ có thai theo thời gian kích thích buồng trứng: Tỷ lệ phôi độ 4 chúng tôi thấy không có sự khác biệt giữa ba nhóm kích thích buồng trứng 8 ngày, 9 ngày và 10 ngày với $p > 0,05$. Tuy nhiên có sự khác biệt về tỷ lệ phôi tốt (độ 4 + độ 3) giữa ba nhóm kích thích buồng trứng 8 ngày, 9 ngày và 10 ngày. Tỷ lệ phôi tốt nhóm kích thích buồng trứng 8 ngày là $56,7 \pm 32,8\%$, thấp hơn nhóm kích thích buồng trứng 9 ngày là $66,1 \pm 27\%$ có ý nghĩa thống kê với $p = 0,01$; so với nhóm kích thích buồng trứng 10 ngày tỷ lệ này không có sự khác biệt với $p = 0,08$. Kết quả này khác với nghiên cứu của Lê Hoàng tỷ lệ phôi tốt ba nhóm ngày 8, 9, 10 lần lượt là: $65 \pm 33\%$, $70 \pm 28\%$ và $72 \pm 28\%$, không khác biệt số phôi tốt giữa ba nhóm nghiên cứu [5].

Tỷ lệ có thai lâm sàng của nhóm kích thích buồng trứng 8 ngày là 41% thấp hơn nhóm kích thích buồng trứng 9 ngày là 51% và nhóm 10 ngày là 46%, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$, nghiên cứu của Lê Hoàng cho thấy tỷ lệ có thai thấp nhất (40%) ở nhóm kích thích buồng trứng 8 ngày so với nhóm kích thích buồng trứng 9 ngày (43,5%) và nhóm kích thích buồng trứng 10 ngày (48,1%) [5]. Giải thích cho số lượng cũng như

chất lượng phôi nhóm kích thích buồng trứng 8 ngày thấp nhất nhưng tỷ lệ có thai vẫn tương đương nhau vì khi chuyển phôi thường chọn các phôi tốt để chuyển. Như vậy dù ít phôi hơn nhưng vẫn có thừa phôi tốt chuyển nên kết quả có thai cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Thời gian kích thích buồng trứng không ảnh hưởng đến tỷ lệ có thai ở các bệnh nhân điều trị thụ tinh trong ống nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Sỹ Hùng (2013).** *Nghiên cứu hiệu quả phương pháp tiêm tinh trùng vào bào tương noãn bằng tinh trùng lấy từ mào tinh trong điều trị vô sinh*, Luận án tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
2. **Mai Quang Trung (2010).** *Đánh giá kết quả kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương noãn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ ngày 01/01/2007 đến 31/12/2008*, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
3. **Đào Lan Hương (2014).** *Nghiên cứu hiệu quả của phác đồ ngắn/ hMG và phác đồ ngắn/rFSH để xử trí buồng trứng đáp ứng kém trong thụ tinh ống nghiệm*, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Hữu Nghị (2013).** *Nghiên cứu ảnh hưởng của thời điểm lấy noãn đến chất lượng noãn và phôi trong thụ tinh trong ống nghiệm tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Lê Hoàng, Nguyễn Thị Liên Hương (2016).** *Đánh giá mối liên quan giữa thời gian kích thích buồng trứng và tỷ lệ có thai của thụ tinh trong ống nghiệm*, Hội nghị sản phụ khoa Việt- Pháp 2016;101-105.
6. **Martin JR, Mahutte NG, Arici A, Sakkas D (2006).** *Impact of duration and dose of gonadotrophins on IVF outcomes*, Reprod Biomed Online,13(5),645-650.
7. **Kristen A et al (2003).** *Effect of length of stimulation in ART cycles on pregnancy rate, Fertility and Sterility*,80,181-182.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ HOẠT ĐỘNG THỂ LỰC CỦA CỬ NHÂN DINH DƯỠNG TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Đặng Thị Thu Hằng¹, Nguyễn Quang Dũng¹

TÓM TẮT

Kiến thức, thái độ về hoạt động thể lực (HĐTL) có ảnh hưởng tới việc thực hiện một HĐTL nào đó. Tuy

nhiên, ít nghiên cứu được tiến hành mô tả HĐTL của sinh viên. Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 96 cử nhân dinh dưỡng, đại học Y Hà Nội được tiến hành nhằm mô tả kiến thức, thái độ về HĐTL. Đối tượng được yêu cầu tự điền vào một bộ câu hỏi gồm 10 câu khảo sát về kiến thức và 10 câu về HĐTL. 52,1% sinh viên trả lời đúng câu hỏi HĐTL là tất cả cử động của cơ thể gây tiêu hao năng lượng. 71,9% sinh viên trả lời đúng câu hỏi HĐTL là hoạt động thể thao, tập luyện có chủ đích nhằm nâng cao thể chất. 100% sinh viên trả lời đúng câu hỏi HĐTL làm tăng chất lượng cuộc sống. Hầu hết sinh viên có thái độ tích cực đối với HĐTL, điểm thái độ về câu "truyền thông, giáo dục

¹*Viện đào tạo Y học dự phòng và y tế công cộng, Đại học Y Hà Nội*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Dũng

Email: Dungpcd@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 17.8.2017

Ngày duyệt bài: 30.8.2017

về vai trò của HĐTL trong phòng bệnh mạn tính không lây là rất quan trọng" là 3,35 điểm. Kiến thức về khái niệm HĐTL của sinh viên cử nhân dinh dưỡng đại học Y Hà Nội còn hạn chế, nhưng sinh viên lại có thái độ rất tốt về HĐTL.

Từ khóa: hoạt động thể lực, kiến thức, thái độ, sinh viên, thể thao.

SUMMARY

KNOWLEDGE, ATTITUDES OF PHYSICAL ACTIVITY AMONG THE BACHELORS OF NUTRITION, HANOI MEDICAL UNIVERSITY

Knowledge, attitudes towards physical activity influence the practice of a physical activity. However, few studies are conducted to describe the physical activity of students. The descriptive cross-sectional study on 96 bachelors of nutrition, Hanoi medical university was carried out to describe their knowledge and attitudes towards physical activity. Subjects were asked to fill in the questionnaire containing 10 items on the knowledge and 10 items on attitudes. 52.1% of students gave the correct answer on the concept of physical activity "any body movement produced by skeletal muscles that results in energy expenditure". 71.9% of students gave the correct answer "physical activity is the active exercise or sports". 100% of students gave the correct answer "physical activity improves the quality of life". Most of the students had the positive attitudes towards physical activity, the score of the item "communication, education on the roles of physical activity in preventing the non-communicable diseases are very important" was 3.35 points. The knowledge with regard to the concept of physical activity among the bachelors in nutrition of Hanoi medical university is still limited, however their attitudes towards physical activity are good.

Keywords: physical activity, knowledge, attitude, students, sport.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hoạt động thể lực (HĐTL) có nhiều lợi ích với sức khỏe, nâng cao chất lượng cuộc sống, dự phòng và hỗ trợ điều trị một số bệnh như thừa cân, béo phì, đái tháo đường type 2, tăng huyết áp [1,2]. Tại các nước phát triển và đang phát triển, các bệnh mạn tính không lây ngày càng gia tăng, trở thành gánh nặng bệnh tật toàn cầu, là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong hiện nay [2]. Chính vì vậy, để phòng chống các bệnh mạn tính không lây liên quan tới lối sống tĩnh tại, tổ chức y tế thế giới và nhiều quốc gia đã đưa ra khuyến nghị về HĐTL cho các đối tượng ở lứa tuổi khác nhau.

Thực hành HĐTL của một cá thể có thể chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố trong đó có kiến thức, thái độ về HĐTL của bản thân người đó [3]. Sinh viên cử nhân dinh dưỡng là những người sẽ làm việc trong lĩnh vực y tế dự phòng. Kiến thức, thái độ về HĐTL của sinh viên có vai trò quan trọng tới thực hành HĐTL của bản thân,

thực hành tư vấn về lối sống HĐTL cho khách hàng, bệnh nhân sau này. Khảo sát kiến thức, thái độ liên quan tới HĐTL của đối tượng này vì thế là hết sức cần thiết. Kết quả của nghiên cứu cung cấp bằng chứng về thực trạng kiến thức, thái độ về HĐTL của sinh viên cử nhân dinh dưỡng. Qua đó chương trình giảng dạy đại học, chiến lược truyền thông giáo dục sức khỏe có thể được điều chỉnh, giúp thay đổi lối sống HĐTL của người dân trong cộng đồng, giảm lối sống tĩnh tại, tích cực HĐTL, giảm được bệnh mạn tính không lây. *Nghiên cứu này nhằm mô tả kiến thức, thái độ về HĐTL của sinh viên cử nhân dinh dưỡng tại trường đại học Y Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu, đối tượng, địa điểm và thời gian thu thập số liệu

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả.

Đối tượng: sinh viên cử nhân dinh dưỡng từ năm thứ nhất đến năm thứ tư, đại học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn chọn: khỏe mạnh, tình nguyện tham gia nghiên cứu.

Thời gian thu thập số liệu: 9/2016-3/2017.

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

Cỡ mẫu nghiên cứu: lấy từ một nghiên cứu mô tả về thực trạng HĐTL của sinh viên cử nhân dinh dưỡng, cỡ mẫu được tính toán dựa vào công thức tính mẫu như sau:

$$n = z_{1-\alpha/2}^2 \frac{P(1-P)}{d^2} = 1,96^2 \frac{0,5 \times (1-0,5)}{0,1^2} = 96$$

Trong đó, P là tỷ lệ sinh viên có HĐTL đạt được mức khuyến nghị về HĐTL trên 600 MET-phút/tuần của WHO. Ước tính P = 50%, với sai số tuyệt đối d = 10% và ở độ tin cậy 95% ứng với $z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ thì cỡ mẫu tối thiểu là 96 người. Tiến hành lập danh sách sinh viên cử nhân dinh dưỡng của 4 khóa năm học 2016-2017, tổng cộng có 189 người. Sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn để chọn 96 đối tượng cho nghiên cứu.

2.3. Thu thập số liệu: Đối tượng nghiên cứu được yêu cầu tự điền vào phiếu phỏng vấn bao gồm 20 câu, trong đó phần khảo sát kiến thức về HĐTL gồm 10 câu và thái độ đối với HĐTL gồm 10 câu. Câu hỏi về kiến thức là các nội dung liên quan tới: 1) khái niệm về HĐTL; 2) lợi ích của HĐTL với sức khỏe; 3) khuyến nghị của tổ chức y tế thế giới về HĐTL. Với các câu hỏi về thái độ đối với HĐTL, đối tượng có thể lựa chọn một trong bốn đáp án ứng với các mức độ: "rất đồng ý", "đồng ý", "không đồng ý" và "rất không đồng ý".

2.4. Xử lý số liệu: Tiến hành nhập số liệu phần mềm SPSS 22.0 for Windows. bằng phần mềm Epidata 3.1, xử lý số liệu bằng

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Kiến thức về HĐTL của đối tượng nghiên cứu

Câu khảo sát kiến thức HĐTL	Tần suất (n = 96)	Tỷ lệ trả lời đúng (%)
HĐTL là tất cả cử động của cơ thể gây tiêu hao năng lượng	50	52,1
HĐTL là các hoạt động thể thao, tập luyện có chủ đích nhằm nâng cao thể chất	69	71,9
Nấu cơm, quét nhà, rửa bát, đánh răng cũng là HĐTL	67	69,8
HĐTL làm tăng chất lượng cuộc sống	96	100
HĐTL giúp giảm cân nặng ở người thừa cân béo phì	91	94,8
HĐTL giúp dự phòng và hỗ trợ điều trị bệnh ĐTDĐ typ2	85	88,5
HĐTL hỗ trợ điều trị lo âu trầm cảm	87	90,6
Biết đúng về lượng thời gian HĐTL tối thiểu trong 1 tuần theo khuyến nghị của WHO	5	5,2

Kiến thức về HĐTL được trình bày trong Bảng 1. 52,1% sinh viên trả lời đúng câu hỏi HĐTL là tất cả cử động của cơ thể gây tiêu hao năng lượng. 71,9% sinh viên trả lời đúng câu hỏi HĐTL là hoạt động thể thao, tập luyện có chủ đích nhằm nâng cao thể chất. 100% sinh viên trả lời đúng câu hỏi HĐTL làm tăng chất lượng cuộc sống. Chỉ 5,2% sinh viên trả lời đúng về khuyến nghị thời gian HĐTL tối thiểu trong 1 tuần của WHO.

Bảng 2. Thái độ về hoạt động thể lực^a

STT	Câu khảo sát về thái độ liên quan tới HĐTL	RĐY	ĐY	KĐY	RKĐY	Tổng điểm	Điểm TB
1	Người tích cực HĐTL sống lâu hơn so với không HĐTL	38	56	2	0	324	3,38
2	Người thường xuyên HĐTL luôn có suy nghĩ tích cực	25	62	9	0	304	3,17
3	Tôi là người không thích thực hiện HĐTL	4	22	54	16	206	2,15
4	Thường xuyên HĐTL làm người ta khỏe mạnh	44	52	0	0	332	3,46
5	HĐTL giúp phòng và hỗ trợ điều trị bệnh đái tháo đường, béo phì	44	52	0	0	332	3,46
6	Tôi cảm thấy vui vẻ, thoải mái khi thực hiện HĐTL	31	61	3	1	314	3,27
7	Tôi thích đọc các tài liệu, sách báo về HĐTL	4	51	38	3	248	2,58
8	Các bạn gái trẻ tuổi, chưa có gia đình không nên thực hiện HĐTL	4	8	45	39	169	1,76
9	HĐTL giúp làm tăng tuần hoàn máu	32	64	0	0	320	3,33
10	Truyền thông, giáo dục về vai trò của HĐTL để phòng bệnh mạn tính không lây là rất quan trọng	38	54	4	0	334	3,35
	Chung						2,99

^aRĐY: Rất đồng ý; ĐY: Đồng ý; KĐY: Không đồng ý; RKĐY: Rất không đồng ý, TB: trung bình.

Bảng 2 trình bày thái độ của sinh viên đối với các vấn đề liên quan đến HĐTL. Điểm trung bình chung của 10 câu hỏi về thái độ với HĐTL là 2,99. Có 2 câu có số điểm đạt cao nhất là "Thường xuyên tham gia HĐTL khiến người ta khỏe mạnh", và "HĐTL giúp phòng và hỗ trợ điều trị bệnh đái tháo đường, béo phì": đều đạt 3,46 điểm. Câu có điểm thấp nhất là câu "Các bạn gái trẻ tuổi chưa có gia đình không nên tham gia các HĐTL": 1,76 điểm. Câu "Bản thân tôi là người không thích tham gia HĐTL" đạt 2,15 điểm.

IV. BÀN LUẬN

Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm mô tả kiến thức và thái độ đối với HĐTL của sinh viên cử nhân dinh dưỡng. Chỉ có khoảng hơn một nửa (52,1%) số sinh viên trả lời đúng về khái niệm HĐTL là các cử động của cơ thể gây tiêu hao năng lượng. Tất cả sinh viên (100%) đều cho rằng HĐTL làm tăng chất lượng cuộc sống. Hầu hết sinh viên có thái độ tích cực với HĐTL.

HĐTL là mọi cử động của cơ thể dẫn tới sự tiêu hao năng lượng. HĐTL không chỉ đơn thuần là tập thể thao, tập luyện có chủ đích, mà ngay cả những việc nhà đơn giản như nấu cơm, rửa bát, quét nhà cũng là một loại HĐTL. Chính vì chưa hiểu rõ bản chất của HĐTL như trên, nên chỉ có 52,1% sinh viên trả lời đúng câu HĐTL là mọi cử động của cơ thể dẫn tới tiêu hao năng lượng; 69,8% sinh viên trả lời đúng câu “nấu cơm, quét nhà, rửa bát, đánh răng cũng là HĐTL”. Trong khi đó, tỷ lệ sinh viên trả lời đúng khái niệm về HĐTL như trên trong nghiên cứu tại Oklahoma là 91,8% [5]. Muốn giảm cân, cần tích cực HĐTL, tránh lối sống tĩnh tại bằng cách chủ động tập luyện thể dục, thể thao và tham gia các công việc vặt trong gia đình.

HĐTL có vai trò quan trọng trong phòng bệnh, kéo dài tuổi thọ [1]. Do đó, truyền thông, giáo dục sức khỏe về tác dụng của HĐTL với sức khỏe là hết sức cần thiết. Kết quả nghiên cứu cho thấy, sinh viên có thái độ tích cực khi nhận định về vai trò của truyền thông, giáo dục sức khỏe về vai trò của HĐTL trong phòng bệnh mạn tính. 38 sinh viên (39,6%) có thái độ “rất đồng ý” và 54 sinh viên (56,3%) có thái độ “đồng ý” với nhận định vai trò của truyền thông, giáo dục về vai trò của HĐTL như trên. Do đó, để dự phòng bệnh mạn tính liên quan tới lối sống tĩnh tại và ít HĐTL, chiến lược dựa vào truyền thông, giáo dục sức khỏe vẫn là cách tiếp cận phù hợp.

Trong nghiên cứu này, 100% sinh viên cho rằng HĐTL làm tăng chất lượng cuộc sống, 94,8% trả lời HĐTL có tác dụng làm giảm cân ở người béo phì, và 88,5% trả lời HĐTL có tác dụng dự phòng và hỗ trợ điều trị bệnh đái tháo đường type 2 (Bảng 1). Nghiên cứu tại trường đại học Oklahoma cho kết quả tương tự: 100% sinh viên đồng ý với nhận định HĐTL làm tăng chất lượng cuộc sống, 96,7% đồng ý cho rằng HĐTL làm giảm béo phì và xuất hiện bệnh đái tháo đường type 2 [5].

Có 22 sinh viên (22,9%) trả lời họ có biết tới khuyến nghị của WHO về mức độ, thời lượng HĐTL của người trưởng thành trong 1 tuần. Kết quả này thấp hơn so với một nghiên cứu tại Anh trên người trưởng thành: 27,5% [6]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trong số người biết tới khuyến nghị HĐTL của WHO, chỉ có 5 người trả lời chính xác (cần thực hiện HĐTL mức vừa tối thiểu 30 phút mỗi ngày, ít nhất 5 ngày trong một tuần). Điểm trung bình đối với 10 câu khảo sát về thái độ với HĐTL là 2,99 điểm, cao hơn ngưỡng 2,5 điểm tiêu chuẩn. Điều đó chứng tỏ các cử nhân dinh dưỡng đại học Y Hà Nội có thái

độ tích cực với HĐTL. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu trước đây trên sinh viên tại Nigeria [4]. Nghiên cứu tại Nigeria [4] cho thấy sinh viên có thái độ tích cực về HĐTL với câu “Người tích cực HĐTL sống lâu hơn so với không HĐTL”: điểm của câu này đạt 3,43 điểm, cao hơn so với mọi câu khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm của câu này đạt 3,38 điểm. Câu “HĐTL giúp phòng và hỗ trợ điều trị bệnh đái tháo đường, béo phì” và “Thường xuyên HĐTL làm người ta khỏe mạnh” là 2 câu có điểm cao nhất: 3,46 điểm. Điều đó chứng tỏ, đối tượng nghiên cứu có thái độ rất tích cực với vai trò của HĐTL trong việc nâng cao sức khỏe và phòng bệnh mạn tính như đái tháo đường và béo phì.

Thái độ với HĐTL và thể thao được nghiên cứu trong một nghiên cứu trên người trưởng thành tại Úc. Trước khi tham gia can thiệp, 6,7% đối tượng có thái độ với HĐTL ở mức “trung tính”, 40% ở mức “quan trọng” và 53,3% ở mức “rất quan trọng”. Sau can thiệp, tỷ lệ đối tượng có thái độ với HĐTL ở mức “rất quan trọng” tăng lên thành 73,3% [7]. Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát thái độ với 10 câu liên quan tới HĐTL, chia thành 4 mức độ “rất đồng ý”, “đồng ý”, “không đồng ý” và “rất không đồng ý”. Kết quả của chúng tôi cho thấy, với các câu mang tính tích cực của HĐTL, hầu hết đối tượng đều có thái độ “tích cực”, phù hợp với nghiên cứu của O’dea 2016 [7]. Thái độ với HĐTL như trên là điều kiện hết sức thuận lợi cho những can thiệp thay đổi HĐTL nhằm phòng chống bệnh mạn tính không lây có liên quan tới lối sống tĩnh tại, ít HĐTL.

Thái độ của sinh viên với câu “Tôi là người không thích thực hiện HĐTL” đạt 2,15 điểm, thấp hơn ngưỡng 2,5 điểm theo tiêu chuẩn. Có 54 sinh viên (56,3%) có thái độ “không đồng ý” và 16 sinh viên (16,7%) có thái độ “rất không đồng ý”. Điều đó chứng tỏ sinh viên có thái độ không đồng tình với việc cho rằng mình là người không yêu thích thực hiện HĐTL. Sở dĩ điểm thái độ với câu này thấp là vì có tới 22 sinh viên có thái độ “đồng ý” cho rằng mình là người không thích thực hiện HĐTL, thậm chí có tới 4 người có thái độ “rất đồng ý”. Đây rất có thể sẽ là những sinh viên có lối sống ít HĐTL, ít tham gia hoạt động thể thao, thể dục. Điều đó gợi ý các nghiên cứu định tính tiếp theo nhằm tìm hiểu lý do sinh viên không thích thực hiện HĐTL.

Tài liệu, sách báo về HĐTL không phải là mối quan tâm của nhiều sinh viên. Có tới 38 sinh viên (39,6%) có thái độ “không đồng ý” và 3 sinh viên (3,1%) có thái độ “rất không đồng ý” cho rằng mình là người thích đọc sách báo về HĐTL.

Điều này có thể được giải thích do sinh viên trường y nói chung và cử nhân dinh dưỡng nói riêng phải dành nhiều thời gian cho học tập, thi cử. Thời gian đọc sách, sự hứng thú đọc sách về HDTL vì thế chưa nhiều.

V. KẾT LUẬN

Sinh viên cử nhân dinh dưỡng đại học Y Hà Nội có kiến thức hạn chế về khái niệm liên quan tới HDTL, nhưng kiến thức về lợi ích của HDTL như nâng cao chất lượng cuộc sống, giảm cân nặng ở người béo phì, dự phòng bệnh đái tháo đường typ 2 lại khá tốt. Đa số sinh viên có thái độ tích cực về HDTL, đặc biệt có thái độ tốt về vai trò của truyền thông, giáo dục về vai trò của HDTL để phòng bệnh mạn tính không lây.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Reimers CD, Knapp G, Reimers AK** (2012). Does Physical Activity Increase Life Expectancy? A Review of the Literature. *J Aging Res*: doi:10.1155/2012/243958.
2. **Darren ER, Warburton, Whitney Nicol C, Bredin S** (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ*, 174(6): 801-9.
3. **Abula K, Groepel P, Chen K, et al.** (2016). Does knowledge of physical activity recommendations increase physical activity among Chinese college students? Empirical investigations based on the transtheoretical model. *Journal of Sport and Health Science*, doi: 10.1016/j.jshs.2016.10.010.
4. **Donatus A, Eskay M, Ezeudu F** (2014). Knowledge, attitude and practices of physical activities among undergraduate students of university of Nigeria, Nsukka. *Indian Journal of research*, 3 (8): 22-27.
5. **TaNiqua Ward** (2014). Student Knowledge of Physical Activity on Campus. *Oklahoma AHPERD*, 51(2): 23-26.
6. **The Information Centre** (2008). Health Survey for England 2007: Summary of key findings. Leeds: The Information Centre.
7. **O'dea JA** (2016). Evaluation of Nutrition and Physical Activity Knowledge, Attitudes, Self Efficacy and Behaviors in Teachers and Children after Implementation of the "Healthy Active Kids" Online Program in Australian Elementary Schools. *Health*, 8: 293-303.

HIỆN TRẠNG VÀ NGUYÊN NHÂN TỬ VONG MẸ Ở VIỆT NAM NĂM 2015 (PHẦN 2: NGUYÊN NHÂN TỬ VONG MẸ Ở VIỆT NAM NĂM 2015)

Trần Đăng Khoa*

TÓM TẮT

Nghiên cứu thực trạng và nguyên nhân tử vong mẹ năm 2015 trong phạm vi toàn quốc. **Mục tiêu** nhằm đánh giá hiện trạng và nguyên nhân tử vong mẹ năm 2015 trong toàn quốc, là cơ sở khoa học để 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 trong toàn quốc năm 2015, có 203 trường hợp tử vong mẹ. Nguyên nhân tử vong mẹ do nguyên nhân trực tiếp là 65,7%, gián tiếp là 26,9%. Nguyên nhân tử vong trực tiếp hàng đầu là chảy máu chiếm 47,9%, sau đó là do tắc mạch ôi chiếm 19,7% và tiền sản giật/sản giật chiếm 9,9%. Nguyên nhân gây chậm trễ 1 do không nhận thức được mức độ nguy hiểm của bệnh (89,1%) và do chậm phát hiện các dấu hiệu bất thường (74,5%). Tử vong mẹ liên quan đến chậm trễ 3 chiếm nhiều nhất với tỷ lệ 56%; trong đó, nguyên nhân hàng đầu gây chậm trễ 3 là do chẩn đoán/xử trí muộn với tỷ lệ 68,3%. Có 54,6% các trường hợp tử vong mẹ xảy ra trong chuyển dạ và trong thời gian 24 giờ đầu sau đẻ. **Khuyến nghị:** Bộ Y tế, ngành y tế các tỉnh cần phải tăng cường năng lực chuyên môn hồi sức và cấp cứu sản phụ khoa cho tuyến huyện và tuyến tỉnh, đặc biệt là năng lực cấp cứu chảy máu; đồng thời quán triệt cán bộ y tế thực hiện nghiêm quy chế chuyên môn, quy trình kỹ thuật trong bệnh viện, cần chẩn đoán, theo dõi, tiên lượng và xử trí kịp thời.

SUMMARY

CURRENT STATUS AND CAUSES OF MATERNAL MORTALITY IN VIET NAM BY THE YEAR OF 2015 (PART 2: CAUSES OF MATERNAL MORTALITY IN VIET NAM BY 2015)

Study on the status and cause of maternal mortality in 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 investigation in 2015, there were 203 cases of maternal mortality. The cause of maternal

mortality from direct causes is 65.7%, indirectly is 26.9%. The leading cause of death was bleeding accounted for 47.9%, followed by amniotic embolism at 19.7% and pre-eclampsia/puerperal eclampsia at 9.9%. The cause of the delay 1 (one) was due to a lack of awareness about the severity of the disease accounted for 89.1% and also due to the late detection of abnormalities accounted for 74.5%. Maternal mortality related to delay 3 (three) accounted for most of the 56%; Of which, the leading cause of delay 3 (three) was due to diagnosis/late treatment at a rate of 68.3%. 54.6% of maternal deaths occurred during beginning labour and during the first 24 hours of postpartum. **Recommendation:** The Ministry of Health and health of the provinces need to strengthen professional capacity for resuscitation and obstetrics, gynecologic and obstetric emergency care at the district and provincial levels, especially emergency capacity for bleeding; At the same time, grasping thoroughly the medical staff strictly to observe professional regulations, technical procedures in the hospital, need to diagnose, monitor, prognosticate and timely management.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam đã thực hiện khá ấn tượng, thành công trong thực hiện Mục tiêu thiên niên kỷ về giảm tử vong mẹ [1], giảm xuống còn 58,3/100.000 trẻ đẻ sống vào năm 2015 [7]. Báo cáo tóm tắt "Xu hướng tử vong mẹ từ 1990 đến 2015" của Liên hợp quốc ước tính tỷ số tử vong mẹ năm 2015 tại Việt Nam là 54/100.000 trẻ đẻ sống. Trong vòng 15 năm gần đây ở Việt Nam, tử vong mẹ đã giảm và đã có sự thay đổi theo hướng giảm dần tỷ lệ tử vong mẹ 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 tử vong mẹ 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 Sức khỏe Bà mẹ- Trẻ em, Bộ Y tế 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, 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 tử vong mẹ do các nguyên nhân gián tiếp gây ra.

Nhằm tìm hiểu thực trạng tử vong mẹ TVM ở Việt Nam như thế nào? các nguyên nhân chính

**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: 17.8.2017
Ngày duyệt bài: 25.8.2017

gây ra tử vong mẹ là gì?. Trên cơ sở đó đề xuất các giải pháp giảm thiểu tử vong mẹ, 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 nhằm giảm thiểu hơn nữa tử vong mẹ 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

3.1. Phương pháp: Điều tra mô tả cắt ngang kết hợp nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính. Thu thập số liệu định lượng theo mẫu báo cáo tử vong mẹ. Thảo luận nhóm tuyến tính- Hội đồng Thẩm định tử vong mẹ của tỉnh.

3.2. 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.

3.3. Xử lý phân tích số liệu: Tất cả các số liệu định lượng thu thập được trong quá trình nghiên cứu được làm sạch, nhập và phân tích xử lý số liệu. Các thông tin thu thập được qua thảo luận nhóm được ghi bằng và ghi chép, gỡ bằng và sau đó đọc, phân tích theo chủ đề.

3.4. Một số khái niệm, định nghĩa sử dụng trong nghiên cứu

- **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.

- Phân loại nguyên nhân tử vong mẹ

Nguyên nhân tử vong mẹ trực tiếp: tử vong do biến chứng sản khoa hoặc do can thiệp thủ thuật, sai sót trong chẩn đoán, điều trị và biến chứng của các nguyên nhân trên.

Nguyên nhân tử vong mẹ gián tiếp: tử vong do các bệnh đã có từ trước hoặc trong khi mang thai làm bệnh nặng lên do ảnh hưởng của thai nghén [2].

- 3 chậm trễ

+ Chậm trễ 1: Chậm phát hiện và quyết định tìm đến cơ sở y tế

+ Chậm trễ 2: Chậm tiếp cận dịch vụ y tế

+ Chậm trễ 3: Chậm chăm sóc và điều trị

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Hiện trạng tử vong mẹ 2015

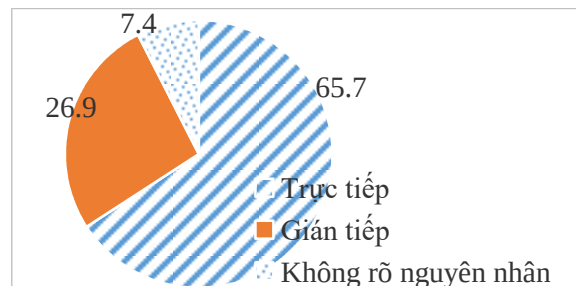
Bảng 1: Số ca tử vong mẹ theo vùng sinh thái 2015

Vùng sinh thái	12 tháng 2015	
	n	%*
Đồng bằng sông Hồng	23	11,3
Trung du và Miền núi phía Bắc	52	25,6
Bắc trung Bộ và Duyên hải miền Trung	46	22,7
Tây Nguyên	27	13,3
Đông Nam Bộ	20	9,9
Đồng bằng sông Cửu Long	35	17,2
Tổng	203	100%

*Tỷ lệ % trong tổng số ca TVM toàn quốc

Trong năm 2015, kể từ ngày 01/01/2015 đến ngày 31/12/2015 toàn quốc 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 [3].

4.2. Nguyên nhân tử vong mẹ



Biểu đồ 1. Nguyên nhân tử vong mẹ

Trong số 108 bà mẹ tử vong năm 2015, tử vong mẹ do nguyên nhân trực tiếp là 65,7% và do nguyên nhân gián tiếp là 26,9%. Có 7,4% các trường hợp tử vong không xác định được nguyên nhân.

Bảng 2. Thời điểm tử vong mẹ

Thời điểm tử vong	ĐBSH	TD&MNPB	BTB&DHMT	TN	ĐNB	ĐBSCL	Tổng số	%
Trong khi mang thai								
3 tháng đầu	0	0	1	1	0	0	2	1,9
3 tháng giữa	0	1	0	0	3	2	6	5,6
3 tháng cuối	0	1	1	0	1	3	6	5,6
Tổng số	0	2	2	1	4	5	14	13,0
Từ khi chuyển dạ đến hết 24 giờ sau đẻ								
Trong chuyển dạ	1	0	2	3	1	1	8	7,4
Sau đẻ ≤ 12 giờ	1	12	10	10	6	7	46	42,6

Thời điểm tử vong	ĐBSH	TD&MNPB	BTB&DHMT	TN	ĐNB	ĐBSCL	Tổng số	%
Từ sau 12h đến 24h sau đẻ	2	2	0	0	0	1	5	4,6
Tổng số	4	14	12	13	7	9	59	54,6
Từ sau 24 giờ								
2 - 7 ngày	2	3	3	3	3	1	15	13,9
8 - 42 ngày	2	6	6	4	0	2	20	18,5
Tổng số	4	9	9	7	3	3	35	32,4
Tổng số	8	25	23	21	14	17	108	100

Trong số **203** ca tử vong mẹ năm 2015, chỉ có **108 trường hợp** có đầy đủ hồ sơ và các thông tin cần thiết để phân tích sâu về nguyên nhân tử vong mẹ. Có 54,6% các trường hợp tử vong mẹ xảy ra trong chuyển dạ và trong thời gian 24 giờ đầu sau đẻ. Tỷ lệ tử vong từ sau 24 giờ đến hết 42 ngày sau đẻ là 32,4%. Tử vong trong thời gian mang thai là 13%.

Bảng 3. Phân loại nguyên nhân tử vong mẹ theo vùng sinh thái

Nguyên nhân tử vong mẹ	ĐBSH	TD&MNPB	BTB&DHMT	TN	ĐNB	ĐBSCL	Tổng số
Trực tiếp	n	4	17	17	13	9	11
	%	50,0	70,8	73,9	65,0	64,3	64,7
Gián tiếp	n	2	6	5	7	4	5
	%	25,0	25,0	21,7	35,0	28,6	29,4
Không rõ	n	2	2	1	1	1	1
	%	25,0	4,2	4,3	0	7,1	5,9
Tổng số	n	8	25	23	21	14	17
	%	100	100	100	100	100	100

Tỷ lệ tử vong mẹ do nguyên nhân trực tiếp có 71 trường hợp- 65,7%, và cao nhất ở BTB&DHMT là 73,9%, sau đó là ở TD&MNPB là 70,8% và Tây Nguyên là 65%, thấp nhất tại ĐBSH là 50%. Nguyên nhân gián tiếp cao nhất ở Tây Nguyên là 35%.

Bảng 4. Nguyên nhân tử vong mẹ trực tiếp

Nguyên nhân trực tiếp	ĐBSH	TD&MNPB	BTB&DHMT	TN	ĐNB	ĐBSCL	Tổng số	Tỷ lệ %
Chảy máu	3	11	5	5	4	6	34	47,9
Tắc mạch ối	1	0	7	2	3	1	14	19,7
TSG/SG	0	2	2	3	0	0	7	9,9
Vỡ tử cung	0	0	1	2	0	0	3	4,2
Nhiễm khuẩn	0	4	2	1	0	0	7	9,9
Khác	0	0	0	0	2	4	6	8,5
Tổng số	4	17	17	13	9	11	71	100

Chảy máu là nguyên nhân tử vong mẹ trực tiếp gặp nhiều nhất, chiếm 47,9%, sau đó là do tắc mạch ối chiếm 19,7% và tiền sản giật/ sản giật chiếm 9,9%. Khu vực TD&MNPB là nơi có nhiều bà mẹ tử vong do chảy máu nhất (11/34) và ít nhất là ở ĐBSH (3/34). Trong năm 2015, cả nước có 3 trường hợp tử vong vì vỡ tử cung đã được thẩm định (1 tại BTB&DHMT, 2 trường hợp tại Tây Nguyên).

Trong số 14 trường hợp tử vong do tắc mạch ối, có 7 bà mẹ sống ở khu vực BTB&DHMT, đây là nơi có tỷ lệ tử vong do nguyên nhân này cao nhất (7/17- 41,2%). Tại TD&MNPB, không có trường hợp nào tử vong vì tắc mạch ối được báo cáo nhưng là nơi có số bà mẹ tử vong do nhiễm khuẩn cao nhất (4/7).

Bảng 5. Nguyên nhân tử vong mẹ gián tiếp

Nguyên nhân gián tiếp	ĐBSH	TD&MNPB	BTB&DHMT	TN	ĐNB	ĐBSCL	Tổng số	Tỷ lệ %
Bệnh tim mạch	0	1	1	3	1	0	6	20,7
Xuất huyết não	1	1	0	0	0	1	3	10,3
Bệnh gan	0	1	0	0	0	1	2	6,9
Bệnh phổi	0	0	1	0	0	0	1	3,4
HIV	0	1	0	0	0	0	1	3,4
Bệnh thận	0	0	0	0	0	1	1	3,4
Khác	1	2	3	4	3	2	15	51,7
Tổng số	2	6	5	7	4	5	29	100

Bệnh tim mạch là nguyên nhân gây tử vong mẹ gián tiếp gặp nhiều nhất. Năm 2015, có 6/29 trường hợp tử vong do bệnh tim chiếm 20,7%. Có 3/6 bà mẹ mắc bệnh tim sống tại vùng Tây Nguyên. Trong số 29 bà mẹ tử vong do nguyên nhân gián tiếp thì có 13 bà mẹ mắc bệnh từ trước khi mang thai, trong số này có 2 trường hợp mắc bệnh tim, 2 bệnh gan, 1 thiếu máu, 1 Lupus, 2 động kinh...

Bảng 6. Tử vong mẹ liên quan đến 3 chậm trễ

Chậm trễ		ĐBSH	TD&MNPB	BTB&DHMT	TN	ĐNB	ĐBSCL	Tổng số
Chậm 1	n	0	4	3	4	3	2	16
	%	0	16,0	13,0	19,0	21,4	11,8	14,8
Chậm 3	n	0	1	6	6	6	6	25
	%	0	4,0	26,1	28,6	42,9	35,3	23,1
Chậm 1&2	n	0	6	0	2	0	1	9
	%	0	24,0	0	9,5	0	5,9	8,3
Chậm 2&3	n	0	1	1	1	1	1	5
	%	0	4,0	4,3	4,8	7,1	5,9	4,6
Chậm 1 & 3	n	0	1	4	2	1	6	14
	%	0	4,0	17,4	9,5	7,1	35,3	13,0
Chậm 1 & 2 & 3	n	2	11	2	1	0	0	16
	%	25,0	44,0	8,7	4,8	0	0	14,8
Không có thông tin	n	6	1	7	5	3	1	23
	%	75,0	4,0	30,4	23,8	21,4	5,9	21,3
Tổng số	n	8	25	23	21	14	17	108
	%	100	100	100	100	100	100	100

Có 85 trường hợp tử vong mẹ liên quan đến yếu tố chậm trễ và 23 trường hợp không có thông tin. Tử vong mẹ liên quan đến chậm trễ 3 chiếm nhiều nhất với tỷ lệ 56% (60/108), 51% (55/108) liên quan đến chậm trễ 1 và ít gặp nhất là chậm trễ 2 với 27% (29/108).

Bảng 7. Các yếu tố 3 chậm trễ

Các yếu tố chậm trễ	ĐBSH	TD&MNPB	BTB&DHMT	TN	ĐNB	ĐBSCL	Tổng số	%
Không có thông tin về 3 chậm trễ								
Không có thông tin	6	1	7	5	3	1	23	
Chậm trễ 1 (n=55)								
Chậm phát hiện bất thường	2	17	7	6	2	7	41	74,5
Không nhận thức được mức độ nguy hiểm	2	20	8	8	4	7	49	89,1
Chậm quyết định đến y tế	1	13	4	2	1	1	22	40,0
Chưa tin vào dịch vụ y tế	0	1	0	0	0	1	2	3,6
Khác	0	6	0	0	1	1	8	14,5
Tổng số chậm 1							55	
Chậm trễ 2 (n=30)								
Khoảng cách xa từ nhà đến cơ sở y tế	2	13	2	1	0	0	18	60,0
Tình trạng đường xá khó khăn	2	13	1	4	1	1	22	73,3
Không có phương tiện vận chuyển	0	9	1	2	0	0	12	40,0
Giá dịch vụ y tế cao	0	0	0	0	0	1	1	3,3
Khác	0	5	0	0	0	0	5	16,7
Tổng số chậm 2							30	
Chậm trễ 3 (n=60)								
Người bệnh không nhập viện	1	8	2	0	0	1	12	20,0
Không tuân thủ điều trị	0	2	1	0	0	0	3	5,0
Trình độ CBYT không đáp ứng/ không có mặt kịp thời	1	2	4	0	1	2	10	16,7
Không có BS (Sân/ngoại khoa/gây mê/chuyên khoa)	0	4	5	4	1	2	16	26,7
Chẩn đoán/xử trí không kịp thời	0	7	7	9	7	11	41	68,3
Chuyển tuyến muộn hoặc không chuyển tuyến được	0	6	2	3	2	3	16	26,7

Các yếu tố chậm trễ	ĐBSH	TD&MNPB	BTB&DHMT	TN	ĐNB	ĐBSCL	Tổng số	%
Không đủ máu truyền	0	1	5	2	3	4	15	25,0
Không được truyền máu kịp thời	0	2	4	2	2	6	16	26,7
Không có thông tin liên lạc tại CSYT này với CSYT khác	0	3	2	0	0	0	5	8,3
Không có p.tiện vận chuyển	0	1	1	0	0	0	2	3,3
Tổng số chậm trễ							60	
Tổng cộng cả 3 chậm trễ	2	24	16	16	11	16	85	

Chậm trễ 1: Hai nguyên nhân gây chậm trễ 1 tần số xuất hiện gặp nhiều nhất là do không nhận thức được mức độ nguy hiểm của bệnh (89,1%) và do chậm phát hiện các dấu hiệu bất thường (74,5%).

Chậm trễ 2: Nguyên nhân gây chậm tiếp cận dịch vụ y tế thường gặp nhất là do tình trạng đường giao thông khó khăn là với tỷ lệ 73,3% và do nhà ở xa cơ sở y tế với 60%. Số bà mẹ tử vong liên quan đến chậm trễ 2 gặp nhiều nhất tại khu vực TD&MNPB. Tại ĐNB và ĐBSCL, mỗi khu vực chỉ có 1 trường hợp liên quan đến chậm trễ 2, đều do giao thông khó khăn.

Chậm trễ 3: Nguyên nhân hàng đầu gây chậm trễ 3 là do chẩn đoán/xử trí muộn với tỷ lệ 68,3%. Chuyển tuyến muộn/không được chuyển tuyến chiếm 26,7%. Không có đầy đủ bác sĩ sản khoa và các bác sĩ chuyên ngành khác có liên quan như ngoại khoa, gây mê hồi sức chiếm 26,7% và không đủ máu truyền chiếm 25%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đã cho chúng ta thấy, chảy máu là nguyên nhân tử vong mẹ trực tiếp gặp nhiều nhất, chiếm 47,9%, sau đó là do tắc mạch ồi chiếm 19,7% và tiền sản giật/sản giật chiếm 9,9%. Khu vực Trung du và miền núi phía Bắc là nơi có nhiều bà mẹ tử vong do chảy máu nhất. Chảy máu, tắc mạch ồi và tiền sản giật/sản giật, đây vẫn là 03 nguyên nhân trực tiếp gây ra tử vong mẹ nhiều nhất trong những năm qua ở Việt Nam. Phân tích sâu các hồ sơ tử vong mẹ do chảy máu và hội cận bộ y tế tỉnh, chúng tôi được biết rằng: *"do bệnh viện huyện không có máu truyền kịp thời, không có đủ phương tiện cầm máu như đặt bóng chèn, chuyển viện không an toàn, chết do mất máu trên đường chuyển viện, tuyến trên không hỗ trợ cấp cứu kịp thời"*. Như vậy, ngành y tế các địa phương làm tốt, hạn chế các nguyên nhân trên thì có thể cứu sống được một số bà mẹ tử vong do nguyên nhân chảy máu, mất máu, không để xảy ra những trường hợp bà mẹ tử vong đáng tiếc do nguyên nhân chảy máu mà đáng lẽ ra có thể cứu sống được nếu có đầy đủ phương tiện và máu để truyền.

Tỷ lệ tử vong mẹ do các nguyên nhân gián

tiếp là 26,9%, cao hơn so với kết quả nghiên cứu được tiến hành tại 7 tỉnh miền núi phía Bắc năm 2015 là 18,5% [6]. Tỷ lệ này cũng cao hơn so với kết quả phân tích thẩm định tử vong mẹ năm 2012 (23,2%). Tử vong mẹ do nguyên nhân gián tiếp cao nhất tại khu vực Tây Nguyên với tỷ lệ 35%. Xu hướng tử vong mẹ do nguyên nhân gián tiếp tăng lên. Điều này cho thấy hiệu quả của các can thiệp, đầu tư nâng cao năng lực hồi sức và cấp cứu sản phụ khoa, tuy nhiên cũng cho thấy rằng cần phải quan tâm dự phòng và điều trị các bệnh là nguyên nhân gián tiếp như: bệnh tim mạch vẫn luôn là nguyên nhân gây tử vong mẹ hàng đầu trong các nguyên nhân tử vong mẹ gián tiếp ở Việt Nam, sau đó là xuất huyết não, bệnh gan và bệnh phổi.

Chậm trễ 1: Là chậm phát hiện và quyết định tìm đến cơ sở y tế. Kết quả nghiên cứu cho thấy hai nguyên nhân gây chậm trễ 1 tần số xuất hiện gặp nhiều nhất là do thai phụ và người nhà không nhận thức được mức độ nguy hiểm của bệnh (89,1%) và do chậm phát hiện các dấu hiệu bất thường (74,5%). Đây cũng là hai nguyên nhân gặp nhiều nhất trong nghiên cứu được thực hiện tại 7 tỉnh miền núi phía Bắc năm 2015, lần lượt là 77,1 và 78,6% [6]. Vấn đề đặt ra là thai phụ và người nhà thai phụ nếu quan tâm, theo dõi chặt chẽ tình trạng sức khỏe, bệnh tật, các dấu hiệu bất thường của thai phụ, nhanh chóng quyết định đến cơ sở y tế để theo dõi và xử trí kịp thời thì có thể giảm thiểu được tử vong đáng tiếc xảy ra.

Chậm trễ 3: Là chậm trong chăm sóc và điều trị. Tử vong mẹ liên quan đến chậm trễ 3 chiếm nhiều nhất với tỷ lệ 56% (60/108) trong 03 chậm trễ. Tỷ lệ tử vong mẹ liên quan đến 3 chậm trễ có sự thay đổi theo thời gian. Số liệu năm 2012 cho thấy, chậm trễ 1 gặp nhiều nhất 53,4%, sau đó là chậm trễ 3 là 46% [5]. Chậm trễ 2 ít gặp nhất là 29,1% (2012) và 27% (2015). Có 14,8% các bà mẹ tử vong liên quan đến cả 3 chậm trễ, ít hơn so với tỷ lệ này năm 2012 là 22,8%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy nguyên nhân hàng đầu gây chậm trễ 3 là do chẩn đoán/xử trí muộn với tỷ lệ 68,3%. Chuyển tuyến muộn/không được chuyển tuyến chiếm 26,7%. Không

có đầy đủ bác sĩ sản khoa và các bác sĩ chuyên ngành khác có liên quan như ngoại khoa, gây mê hồi sức chiếm 26,7% và không đủ máu truyền chiếm 25%. Kết quả còn cho thấy có 54,6% các trường hợp tử vong mẹ xảy ra trong chuyển dạ và trong thời gian 24 giờ đầu sau đẻ. Qua đây cho thấy rằng, cần phải tăng cường năng lực chuyên môn và chấn chỉnh đội ngũ cán bộ y tế, cần phải theo dõi sát sao, chẩn đoán và xử trí kịp thời, tiên lượng được cuộc đẻ đối với các trường hợp phụ nữ có thai đến sinh đẻ, cấp cứu; chuyển tuyến kịp thời và an toàn, đặc biệt là cần sự hỗ trợ chuyên môn kỹ thuật kịp thời cả về nhân lực, phương tiện, thuốc, máu, dịch truyền của tuyến trên để có thể cấp cứu được các trường hợp tử vong mẹ không đáng xảy ra tử vong.

Hạn chế của nghiên cứu: nghiên cứu mới chỉ phân tích phản ánh hiện trạng thực tế các nguyên nhân tử vong mẹ đối với các trường hợp tử vong mẹ năm 2015.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Tử vong mẹ ở Việt Nam năm 2015 do nguyên nhân trực tiếp là 65,7%, gián tiếp là 26,9%. Nguyên nhân tử vong trực tiếp hàng đầu là chảy máu chiếm 47,9%, và chảy máu cao nhất ở vùng Trung du và miền núi phía Bắc, sau đó là do tắc mạch ối chiếm 19,7% và tiền sản giật/sản giật chiếm 9,9%. Nguyên nhân gây chậm trễ 1 tần số xuất hiện gặp nhiều nhất là do không nhận thức được mức độ nguy hiểm của bệnh (89,1%) và do chậm phát hiện các dấu hiệu bất thường (74,5%). Tử vong mẹ liên quan đến chậm trễ 3

chiếm nhiều nhất với tỷ lệ 56%; trong đó, nguyên nhân hàng đầu gây chậm trễ 3 là do chẩn đoán/xử trí muộn với tỷ lệ 68,3%. Tử vong mẹ xảy ra trong thời gian chuyển dạ và trong thời gian 24 giờ đầu sau đẻ chiếm 54,6% các ca tử vong mẹ.

Bộ Y tế, ngành y tế các địa phương cần phải tăng cường năng lực chuyên môn hồi sức và cấp cứu sản phụ khoa cho tuyến huyện và tuyến tỉnh, đặc biệt là năng lực cấp cứu chảy máu; đồng thời quán triệt cán bộ y tế thực hiện nghiêm quy chế chuyên môn, quy trình kỹ thuật trong bệnh viện, cần chẩn đoán, theo dõi, tiên lượng và xử trí kịp thời.

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)**, Sổ liệu điều tra tử vong mẹ năm 2014.
5. **Bộ Y tế, Vụ Sức khỏe Bà mẹ- Trẻ em (2012)**, Báo cáo thẩm định tử vong mẹ năm 2012.
6. **Bộ Y tế (2015)**, Báo cáo điều tra Tử vong mẹ và Tử vong sơ sinh tại 7 tỉnh miền Núi phía Bắc năm 2015.
7. **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.
8. **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.

THỰC TRẠNG QUẢN LÝ CHẤT THẢI RẮN Y TẾ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN BÙ ĐĂNG TỈNH BÌNH PHƯỚC, NĂM 2017

Nguyễn Huy Mạnh¹, Lê Thị Thanh Xuân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng công tác quản lý chất thải rắn y tế tại Trung tâm y tế huyện Bù Đăng, tỉnh Bình Phước, năm 2017. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với 243 lượt quan sát trực tiếp, phỏng vấn trực tiếp theo bộ câu hỏi cấu trúc có sẵn. **Kết quả:** Trang thiết bị dụng cụ không đạt chiếm

26,41%; Tỷ lệ cán bộ Y tế phân loại đạt là: 88,89%; Tỷ lệ cán bộ Y tế thực hiện thu gom đạt là 88,89%; Tỷ lệ nhân viên y tế thực hiện trong công tác vận chuyển chất thải rắn Y tế đạt là 77,78%; Lưu giữ chất thải rắn Y tế tại 9/9 khoa đều đáp ứng yêu cầu.

Từ khóa: Chất thải rắn Y tế, trung tâm Y tế huyện Bù Đăng, 2017.

SUMMARY

SITUATION OF HEALTH SOLID WASTE MANAGEMENT AT HEALTH CENTER IN BINH PHUOC DISTRICT, BINH DINH PROVINCE, 2017

Objective: To describe the current state of health solid waste management at the Health Center of Bu Dang District, Binh Phuoc Province, 2017. **Methods:** Cross-sectional descriptive study with 243 direct

¹Trung Tâm Y tế huyện Bù Đăng tỉnh Bình Phước.

²Viện Đào tạo YHDP và YTCC, Trường Đại học Y HN

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Mạnh

Email: huymanh77@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 4.8.2017

Ngày duyệt bài: 18.8.2017

observations, direct interviews with structured questionnaire sets and 5 in-depth interviews. **Results:** Equipment and tools did not follow the standard was 26.41%; The rate of health workers who have right classification was 88.89%; The rate of health workers had right collection was 88.89%; The rate of health workers performed the right procedure of health solid waste was 77.78%; The store process in 9/9 faculty met the requirements.

Key words: Health care waste, Health center of Bu Dang district, 2017.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất thải rắn y tế (CTRYT) đã và đang là vấn đề quan tâm của toàn xã hội nói chung và của ngành y tế, môi trường nói riêng. Hiện nay, cả nước có 13.674 cơ sở y tế, trong đó có 1.253 bệnh viện; 1.037 cơ sở thuộc hệ dự phòng; 100 cơ sở đào tạo; 180 cơ sở sản xuất thuốc và 11.104. Trạm y tế xã. Chỉ tính riêng khối bệnh viện, mỗi ngày phát thải khoảng 450 tấn chất thải rắn, trong đó có khoảng 47 tấn chất thải rắn y tế nguy hại[1]. Chất thải rắn y tế từ các bệnh viện nếu không được quản lý triệt để đúng quy trình, kỹ thuật, sẽ gây ra ảnh hưởng lớn đến sức khỏe con người, môi trường không khí, đất, nước[2]. Tuy nhiên, do nguồn ngân sách nhà nước dành cho các bệnh viện còn hạn hẹp, nguồn thu viện phí chưa đủ chi nên các bệnh viện chỉ có thể ưu tiên sử dụng kinh phí cho các hoạt động thiết yếu, phục vụ trực tiếp cho công tác khám chữa bệnh[1]. Để thu gom và xử lý số chất thải trên, chỉ tính riêng số 1.253 bệnh viện đã và đang phải chi ra hơn 500 tỷ đồng mỗi năm. Trong khi đó, các bệnh viện không được cấp nguồn kinh phí riêng để chi trả cho việc xử lý chất thải [1].

Trung tâm y tế huyện Bù Đăng trực thuộc Sở Y tế tỉnh Bình Phước và là Trung tâm y tế thuộc Khu vực phía đông của tỉnh Bình Phước với quy mô 130 giường bệnh, 174 cán bộ y tế, 04 phòng chức năng, 11 khoa khối điều trị, 03 khoa khối hệ dự phòng, mỗi ngày khám khoảng 250 – 350 bệnh nhân ngoại trú và điều trị khoảng 70 – 100 bệnh nhân nội trú. Trong quá trình hoạt động, số lượng chất thải trung bình 250kg/ngày, trong đó chất thải lây nhiễm và độc hại là khoảng 300kg/tháng. Để đáp ứng yêu cầu thực tiễn trong việc thực hiện tốt quy định quản lý CTYT theo thông tư liên tịch số 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT cần có các thông tin về thực trạng quản lý chất thải rắn Y tế hiện nay như thế nào.

Bài báo này là một phần kết quả của đề tài "*Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý chất thải rắn y tế tại Trung tâm y tế huyện Bù Đăng tỉnh Bình Phước năm 2017*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Cơ sở vật chất, trang thiết bị quản lý chất thải rắn Y tế; Lãnh đạo và cán bộ Y tế có liên quan.

2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính.

3. Cỡ mẫu và Phương pháp chọn mẫu

- *Cỡ mẫu quan sát nghiên cứu định lượng:* Điều tra thực trạng quản lý CTRYT, nhân viên y tế tham gia ít nhất một trong các hoạt động quản lý CTRYT tại 9 khoa.

- *Cỡ mẫu nghiên cứu định tính:* Phỏng vấn sâu: 05 cuộc bao gồm

01 Lãnh đạo TTYT phụ trách về CTYT; 01 Tổ trưởng tổ KSNK; 01 Trưởng phòng Điều dưỡng; 01 Kỹ thuật viên xét nghiệm; 01 Nhân viên thuộc tổ KSNK quản lý khu vực lưu giữ CTRYT của TTYT và trực tiếp xử lý CTRYT nguy hại của TTYT.

4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 11/2016 đến tháng 9/2017, thời gian thu thập số liệu tại thực địa từ tháng 2 đến tháng 6 năm 2017.

5. Phương pháp thu thập số liệu:

5.1. Thu thập số liệu cho nghiên cứu định lượng:

Quan sát phân loại CTRYT khi tiêm, lấy máu cho bệnh nhân: Quan sát thực hành phân loại chất thải hoạt động tiêm tại 9 khoa, quan sát trong 3 ngày, mỗi ngày quan sát 3 lần/người, tổng số 243 lượt quan sát đã được thực hiện.

Quan sát thực hành thu gom, vận chuyển CTRYT: Toàn bộ hộ lý tại 9 khoa, mỗi khoa quan sát 1 người/1 lần trong 3 ngày tổng số 9 khoa, số lượt quan sát 27 lượt.

Quan sát việc lưu giữ CTRYT: Toàn bộ khu vực lưu giữ tạm thời tại 9 khoa trong TTYT và khu vực lưu giữ tập trung của TTYT.

5.2. Thu thập số liệu cho nghiên cứu định tính: Phỏng vấn sâu (PVS) được thực hiện chọn mẫu có chủ đích ở trên.

6. Phương pháp phân tích số liệu:

6.1. Số liệu định lượng: Sau khi thu thập, số liệu định lượng được làm sạch, mã hóa và nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm Stata12.0 áp dụng phân tích mô tả tính tỷ lệ phần trăm các chỉ số chính.

6.2. Số liệu định tính: Các cuộc PVS được ghi âm, gỡ băng, nội dung của từng bản ghi được phân tích theo chủ đề với những chủ đề chính là: Mô tả hoạt động quản lý, thu gom, vận chuyển và xử lý CTRYT tại TTYT huyện Bù Đăng năm 2017.

7. Đạo đức nghiên cứu: Các đối tượng nghiên cứu đều được giải thích đầy đủ về mục đích, nội dung nghiên cứu, những lợi ích cũng như các vấn đề có thể gặp phải và có thể từ chối

tham gia không gặp trở ngại nào. Mọi thông tin các đối tượng nghiên cứu cung cấp được giữ bí mật, kết quả nghiên cứu được trình bày với hình

thức phù hợp. Nghiên cứu hoàn toàn nhằm mục đích bảo vệ sức khỏe cán bộ y tế, người bệnh, cộng đồng và môi trường.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Kết quả quan sát dụng cụ phục vụ công tác quản lý CTRYT.

Tiêu chí	Đáp ứng tiêu chí	Khoa								
		KB	Nội	Nhi	Truyền Nhiễm	Ngoại	CSSK	C.Cứu	YHCT	XN
Có đầy đủ đạt chuẩn	Có, đạt									
	Có, không đạt	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Không									

Tại các khoa của TTYT 9/9 khoa có dán biểu tượng theo quy định, hướng dẫn các bước phân loại rác thải cho NVYT, bệnh nhân và người nhà bệnh nhân. Về phương tiện vận chuyển hiện tại toàn đơn vị không có xe vận chuyển chất thải chuyên dụng, vận chuyển bằng hình thức xách tay. Tại khu vực lưu giữ rác thải tạm thời của các khoa và khu vực lưu giữ tập trung của đơn vị thì dụng cụ đựng chất thải cũng đáp ứng phần nào theo quy định.

Bảng 2. Thực trạng trang thiết bị dụng cụ phục vụ hoạt động CTRYT.

STT	Thực trạng trang thiết bị dụng cụ	Đạt	Tỷ lệ %
1	Số lượt quan sát được trang bị đầy đủ dụng cụ thu gom chất thải rắn theo quy định	212	87,24
2	Các dụng cụ thu gom chất thải rắn có màu theo quy định	212	87,24
3	Hộp đựng vật sắc nhọn có thành và đáy cứng không bị xuyên thủng, có khả năng chống thấm	122	50,20
4	Thùng đựng các loại chất thải lây nhiễm nguy hại đều phải làm bằng nhựa có tỷ trọng cao hoặc kim loại, thể tích từ 10-25 lít, thùng 50 lít trở lên có bánh xe.	29	11,93
5	Các dụng cụ thu gom chất thải rắn y tế có biểu tượng chỉ loại chất thải phù hợp	163	66,67
6	Nhân viên y tế thực hiện đúng việc phân loại chất thải theo quy định ngay tại nơi phát sinh (Kiểm tra loại rác thải tại các thùng chứa của khoa)	243	100
7	Luôn có quy định đặt các thùng thu gom chất thải chung của khoa	210	86,42
8	Đầy đủ các thùng có màu để đựng các loại rác thải khác nhau theo quy định. Có hướng dẫn cách phân loại và thu gom	243	100

Dựa trên kết quả đánh giá thực tế tại 9 khoa lâm sàng với 243 lượt quan sát về trang thiết bị thì Tỷ lệ thùng đựng chất thải lây nhiễm nguy hại đều phải làm bằng nhựa có tỷ trọng cao hoặc kim loại, thể tích từ 10-25 lít, thùng 50 lít trở lên có bánh xe chỉ đạt 11,93%, không đạt chiếm 88,07%. 9/9 khoa đã đáp ứng cơ bản yêu cầu về dụng cụ phục vụ hoạt động quản lý CTRYT. Tuy nhiên kết quả quan sát cho thấy dụng cụ thùng đựng chất thải thì không đạt theo quy định chiếm 26,41%.

Bảng 3. Thực trạng hoạt động phân loại CTRYT chung của Trung tâm y tế.

STT	Thực hành phân loại CTRYT (n=243)	Đạt	
		Tần số	Tỷ lệ %
1	Nhân viên y tế thực hiện phân loại CTRYT ngay sau khi làm các bước của hoạt động tiêm	225	92,59
2	Sau khi bóc, túi đựng bơm kim tiêm được phân loại vào thùng có lót túi màu xanh	234	96,29
3	Sau khi lấy thuốc, ống tiêm được phân loại vào thùng có lót túi màu xanh	216	88,89
4	Sau khi được sử dụng bông dùng cho bệnh nhân được phân loại vào thùng có lót túi màu vàng	225	92,59
5	Sau khi sử dụng, kim tiêm được phân loại vào thùng/hộp chứa vật sắc nhọn màu vàng	216	88,89
6	Sau khi sử dụng, găng tay được phân loại vào thùng có lót túi màu vàng?	225	92,59
	Biến tổ hợp thực trạng phân loại CTRYT	198	81,48

Kết quả ở bảng trên cho thấy tỷ lệ lượt quan sát đạt phân loại CTRYT là 88,89 %. Chia theo 4 mức tốt, khá, trung bình, kém thì có tất cả: 22 đối tượng với 198 lượt quan sát đạt loại tốt chiếm tỷ lệ 81,48%, có 3 đối tượng với 27 lượt quan sát đạt loại khá chiếm tỷ lệ 11,11% và có 2 đối tượng với 18 lượt quan sát xếp trung bình chiếm tỷ lệ 7,41%. Không có CBYT nào thực hiện phân loại CTRYT được đánh giá ở mức kém.

Tên biến tổ hợp	Tốt		Khá		Trung bình		Kém	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Thực trạng thu gom CTRYT (n=27)	24	88,89	3	11,11	0	0	0	0

Bảng 4. Hoạt động thu gom chất thải rắn y tế của nhân viên y tế

Công tác thu gom CTRYT với việc quan sát hộ lý 9 khoa, quan sát 3 ngày liên tiếp với 27 lượt quan sát, dựa trên các tiêu chí và phân loại đánh giá theo 4 mức tốt, khá, trung bình, kém thì tất cả 24 lượt quan sát đạt loại tốt chiếm 88,89% và 3 lượt quan sát đạt loại khá đạt 11,11%.

Bảng 5. Hoạt động vận chuyển chất thải rắn y tế của nhân viên y tế

Tên biến tổ hợp	Tốt		Khá		Trung bình		Kém	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thực trạng vận chuyển CTRYT (n=27)	21	77,78	6	22,22	0		0	

Kết quả quan sát cho thấy Thực trạng vận chuyển CTRYT chiếm 77,78% cán bộ thực hành vận chuyển CTRYT đạt loại tốt, 22,22 đạt loại khá, không có thực hành vận chuyển CTRYT đạt loại trung bình và kém.

Bảng 6. Hoạt động lưu giữ chất thải rắn y tế

Tiêu chí	Đáp ứng	Khoa								
		KKB	Nội	Nhi	Nhiễm	Ngoại	CSSKSS	Cấp cứu	XN& CĐHA	PHCN
Lưu giữ chất thải rắn tại Trung tâm Y tế										
Có buồng riêng biệt lưu trữ CTRYT	Có									
	Không	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Nhà lưu giữ CTRYT có các điều kiện	Có, đầy đủ									
	Có, không đầy đủ	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Không									
Đảm bảo thời gian lưu giữ	Có	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Không									
Lưu giữ chất thải rắn tại các khoa										
Có thùng màu sắc khác nhau để chứa các loại rác thải khác nhau	Có	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Không									x
Thùng chứa có lót túi nilon có các màu sắc khác.	Có	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Không									
Thùng rác có nắp đậy	Có	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Không									
Đảm bảo thời gian lưu giữ	Có	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Không									

Qua kết quả quan sát lưu giữ tại các khoa cho thấy 9/9 khoa đều đáp ứng yêu cầu, thùng rác có lót túi với màu sắc theo quy định và được đậy nắp về thời gian lưu giữ CTRYT tại các khoa cũng được đảm bảo, hàng ngày các hộ lý vận chuyển CTRYT xuống khu vực lưu giữ của đơn vị theo quy định.

IV. BÀN LUẬN

Về cơ sở vật chất phục vụ phân loại CTRYT, theo quan sát 9 khoa lâm sàng và cận lâm sàng

của TTYT cho thấy, nhìn chung đơn vị cũng đã quan tâm cho hoạt động này. Tuy nhiên về chất lượng, quy cách theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế tại

một số tiêu chí chưa đáp ứng như: Sử dụng loại túi đa dụng bán trên thị trường và thùng đựng CTRYT một số đặc điểm như: biểu tượng chỉ loại chất thải loại túi, thùng này chưa đáp ứng được do phải in trực tiếp lên túi chỉ có loại túi, thùng chuyên dùng đựng CTRYT, việc mua túi, thùng đa dụng ngoài thị trường dẫn đến không kiểm soát được chất liệu túi, thùng theo quy định của Bộ Y tế. Tình trạng túi đựng CTRYT chưa đáp ứng được theo quy định, theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Châu và cộng sự tại một số Bệnh viện thì tỷ lệ bệnh viện sử dụng túi có biểu tượng chỉ loại chất thải đạt 21% [5], có thể thấy, tình trạng này không chỉ xảy ra tại TTYT huyện Bù Đăng mà còn phổ biến tại các bệnh viện khác.

Kết quả nghiên cứu tỷ lệ phân loại đúng CTRYT chung cho toàn TTYT đạt 81,48% với 198/243 lượt quan sát, tỷ lệ này còn thấp với bước phân loại là một bước rất quan trọng trong toàn bộ quy trình phân loại, CTRYT so với tỷ lệ phân loại tại nghiên cứu đã thực hiện là thấp hơn so với nghiên cứu của Đinh Tấn Hùng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa với tỷ lệ đúng là 91%. Kết quả quan sát có 88,89% đối tượng thực hiện thu gom đúng, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Đinh Tấn Hùng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa với tỷ lệ đúng là 100%[6].

Việc vận chuyển CTRYT đã được thực hiện đúng theo thời gian quy định của đơn vị đề ra. Tuy nhiên, quan sát hoạt động vận chuyển CTRYT của Hộ lý vận chuyển CTRYT từ khoa xuống khu vực lưu giữ cho thấy việc vận chuyển CTRYT chưa được TTYT quan tâm đầy đủ, TTYT chưa bố trí xe vận chuyển CTRYT chuyên dùng, dẫn đến việc Hộ lý xách tay đi lại nhiều lần nên không đảm bảo quy định khi vận chuyển.

Theo kết quả quan sát khu vực lưu giữ chất thải tập trung của đơn vị cho thấy việc thực hiện lưu giữ chất thải đã được TTYT Bù Đăng thực hiện tương đối cơ bản, hiện tại đơn vị chưa trang

bị được nhà lưu giữ đối với CTRYT nguy hại phải bảo quản lạnh ở nhiệt độ < 8°C theo quy định. Kết quả này cũng tốt hơn so với kết quả thu được từ nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thanh tại một số Bệnh viện Đà Nẵng: Nơi lưu giữ CTRYT tại các Bệnh viện bố trí gần nhà ăn của NVYT và bệnh nhân [7] và nghiên cứu Hoàng Thị Thúy tại bệnh viện đa khoa Đông Anh thì diện tích nhà lưu giữ CTRYT hơi chật so với nhu cầu, chỉ có 30m²[4].

V. KẾT LUẬN

Nhìn chung công tác quản lý chất thải rắn Y tế tại TTYT huyện nghiên cứu còn hạn chế, nhất là trang thiết bị dụng cụ và các hoạt động phân loại, thu gom và vận chuyển chất thải rắn Y tế. Các vấn đề này cần được quan tâm giải quyết trong thời gian tới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cục quản lý môi trường y tế - Bộ Y tế (2015)**, *Chương trình và tài liệu đào tạo liên tục "Quản lý chất thải y tế cho cán bộ quản lý"*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
2. **Lê Thị Thanh Hương và cộng sự (2015)**, "Quản lý chất thải rắn y tế tại bệnh viện Việt Nam: Nghiên cứu trường hợp tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk Lắk năm 2012", *Tạp chí Y học thực hành*. 899.
3. **Hồ Thị Nga (2013)**, *Thực trạng quản lý chất thải rắn y tế và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện đa khoa Gia Lộc tỉnh Hải Dương năm 2013*, Thạc sĩ QL BV, Đại học Y tế Công cộng Hà Nội.
4. **Nguyễn Thị Thúy (2011)**, *Thực trạng CTR và kiến thức thực hành của Nhân viên Y tế BVĐK Đông Anh* Luận văn Thạc sĩ, Đại học Y tế Công cộng Hà Nội.
5. **Nguyễn Văn Châu và cộng sự (2011)**, "Thực trạng kiến thức, thái độ thực hành của nhân viên y tế trong quản lý và xử lý CTRYT tại 10 BV khu vực phía bắc", *Tạp chí Y Dược học quân sự*, tr. 57-63.
6. **Đinh Tấn Hùng (2013)**, "Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến việc quản lý chất thải rắn y tế tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa".
7. **Nguyễn Ngọc Thanh (2010)**, *Nghiên cứu tình hình xử lý và quản lý CTYT tại một số Bệnh viện thành phố Đà Nẵng*, Luận án CKII, Đại học Y Dược Huế.

MỘT SỐ KHÓ KHĂN THƯỜNG GẶP TRONG ĐƯỜNG VÀO PHẪU THUẬT CẤY ỐC TAI ĐIỆN TỬ

Nguyễn Thị Hải Lý*, Cao Minh Thành*

TÓM TẮT

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hải Lý

Email: hailynghuyen1090@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 16.8.2017

Phẫu thuật cấy ốc tai điện tử là phương pháp điều trị cho trẻ điếc bẩm sinh, thường gặp nhiều khó khăn trong phẫu thuật và có thể ảnh hưởng tới kết quả. **Mục tiêu:** mô tả một số khó khăn thường gặp trong đường vào bọc lộ cửa sổ tròn của phẫu thuật cấy ốc tai điện tử và đề xuất một số biện pháp khắc phục.

Ngày duyệt bài: 31.8.2017

Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu can thiệp lâm sàng được thực hiện trên 53 bệnh nhân điếc bẩm sinh được phẫu thuật cấy ốc tai điện tử từ tháng 08/2016 tới tháng 06/2017 tại bệnh viện đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** khó khăn gặp phải trong đường vào bọc lộ cửa sổ tròn gặp phải ở 30 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 56.6%, tĩnh mạch bên ra trước 17%, xương ngách mặt đặc ngà 13.2%, dây VII bất thường 5.7%, ống tai ngoài ngà sau 7.5%, khối xương phần mềm che cửa sổ tròn 32.1%, vị trí cửa sổ tròn 11.3%. **Kết luận:** phẫu thuật cấy ốc tai điện tử thường gặp những khó khăn trong đường vào với tỉ lệ hơn 50%, việc khắc phục những khó khăn này đòi hỏi kiến thức chuyên môn về kỹ thuật phẫu thuật và dự tính trước thông qua cắt lớp vi tính xương thái dương.

Từ khóa: ốc tai điện tử, điếc bẩm sinh

SUMMARY

SURGICAL DIFFICULTIES OF COCHLEAR IMPLANTATION

Cochlear implantation is a recent surgical treatment of congenital deafness children, surgical difficulties may arise and has impact on outcome of implant. **Objective:** to define the difficulties encountered during access to cochlea of surgery and how the surgeon deals with them. **Subjects and methods:** prospective interventional research on 53 patients of congenital deafness who all had implantation during the period from August 2016 to June 2017 in Ha Noi medical university hospital. **Results:** difficulties encountered during access occurred in 30 patients (56.6%), Anterior displaced sigmoid sinus 17%, poorly or none pneumatized facial recess 13.2%, aberrant facial nerve 5.7%, postetior external auditory canal 7.5%, covered round window 32.1%, positions of round window 11.3%. **Conclusion:** although cochlear implant (C.I.) surgery is now well practiced, and difficulties during surgery are above 50%, the management of certain obstacles encountered during surgery demands expert knowledge of surgical technique and preoperative estimate with CT scanner for successful implantation.

Keywords: cochlear implant, congenital deafness

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cấy ốc tai điện tử là một phẫu thuật tai nâng cao phức tạp. Năm 1961, William House đã giới thiệu và chuẩn hóa các thì chính của phẫu thuật bao gồm: mở xương chũm, mở hòm nhĩ sau qua ngách mặt, mở ốc tai và đặt điện cực (1). Cấy ốc tai điện tử trên thế giới đã được áp dụng từ những năm đầu của thập kỷ 70 và đã liên tục phát triển với những bước tiến đặc biệt về công nghệ.

Ở Việt Nam, vài năm trở lại đây, cùng với sự phát triển của kinh tế và nhu cầu cấp thiết của người bệnh đặc biệt có sự hỗ trợ của các chuyên khoa như thần kinh, chẩn đoán hình ảnh, chuyên gia luyện giọng và hiệu chỉnh máy, cấy ốc tai điện tử đa kênh trở thành một phẫu thuật thường quy. Để đảm bảo cho việc cấy thành công cả về mặt kỹ thuật và khả năng nghe nói

cho bệnh nhân về lâu dài, đòi hỏi thực hiện nghiêm ngặt một bilan đầy đủ về lâm sàng, thính học, thần kinh,...

Những khó khăn khi phẫu thuật có thể xuất hiện trong đường vào bọc lộ cửa sổ tròn, cũng có thể xuất hiện khi đặt điện cực. Những khó khăn này có thể có những tác động ảnh hưởng tới sự thành công của phẫu thuật nếu phẫu thuật viên không dự tính được trước khi phẫu thuật, phát hiện và khắc phục nó trong quá trình thực hiện phẫu thuật (2). Trên thế giới đã có một số nghiên cứu về vấn đề này, tuy nhiên ở Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu nào. Đề tài này được thực hiện với mục tiêu: *mô tả một số khó khăn thường gặp trong đường vào bọc lộ cửa sổ tròn của phẫu thuật và đề xuất một số biện pháp khắc phục góp phần nâng cao tỷ lệ thành công của phẫu thuật.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- 53 bệnh nhân điếc bẩm sinh được phẫu thuật cấy ốc tai điện tử
- Bệnh nhân > =12 tháng.
- Nghe kém nặng hoặc điếc hai tai đáp ứng kém với máy trợ thính.
- Chức năng thần kinh thính giác bình thường.
- Được làm đầy đủ các thăm dò thính giác trước phẫu thuật. Được làm đầy đủ các thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng khác của bệnh án yêu cầu trước mổ cấy điện cực ốc tai.
- Chụp MRI sọ não và vùng hố não sau không phát hiện bất thường, dây VIII bình thường đầy đủ các nhánh ốc tai và tiền đình.
- Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có một trong các vấn đề sau:

- Không có dây thần kinh ốc tai. Chậm phát triển trí tuệ, bại não, tự kỷ.
- Bệnh án không ghi đầy đủ các thông tin cần nghiên cứu.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng tiến cứu nhóm bệnh nhân có cùng chẩn đoán là điếc bẩm sinh, có cùng một phương pháp phẫu thuật cấy ốc tai điện tử loại đa kênh, mô tả các khó khăn gặp phải trong đường vào bọc lộ cửa sổ tròn của phẫu thuật và biện pháp khắc phục trong quá trình thực hiện phẫu thuật.

2.3 Nội dung nghiên cứu: Trong đường vào bọc lộ cửa sổ tròn mô tả những đặc điểm giải phẫu gây khó khăn cho phẫu thuật đặt gồm: tĩnh mạch bên ra trước, dây VII bất thường ống

tai ngoài ngà sau, cửa sổ tròn bị che lấp bởi xương và phần mềm, vị trí cửa sổ tròn gây khó khăn trong việc xác định khi mở ngách mặt.

Địa điểm nghiên cứu: bệnh viện đại học Y Hà Nội

Thời gian nghiên cứu: tháng 08/2016 tới tháng 06/2017

Phương tiện nghiên cứu: Phim CT xương thái dương trước phẫu thuật, kính hiển vi phẫu thuật kết nối màn hình, máy khoan hơi Triton Port, máy khoan Rotex với các mũi khoan phá kim cương từ 0.5mm tới 2.5mm, bộ dụng cụ vi phẫu tai, thiết bị ốc tai điện tử

2.4 Xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm SPSS 20

2.5 Đạo đức nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu được thực hiện trên các bệnh nhân và cha mẹ các bệnh nhi tự nguyện tham gia phẫu thuật cấy ốc tai điện tử.

III. KẾT QUẢ

2. Những khó khăn trong đường vào bọc

Bảng 1: Tỷ lệ các khó khăn thường gặp trong đường vào của phẫu thuật

Khó khăn	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ % (n/N)
Tĩnh mạch bên ra trước	09	17
Xương ngách mặt đặc ngà	07	13.2
Dây VII bất thường (lên cao, không có vỏ xương)	03	5.7
Ống tai ngoài ngà sau	04	7.5
Khối xương hoặc tổ chức phần mềm che cửa sổ tròn	17	32.1
Vị trí cửa sổ tròn	06	11.3
Tổng số bệnh nhân (N) = 53		

3. Những khó khăn trong đường vào bọc lộ cửa sổ tròn của phẫu thuật theo nhóm tuổi

Bảng 2: Tỷ lệ khó khăn đường vào của phẫu thuật theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Bệnh nhân có khó khăn đường vào của phẫu thuật	Bệnh nhân không có khó khăn
<2 tuổi	5	4
2-5 tuổi	17	8
6-15	8	11
Tổng	30	23

Chi-square : 2.952; p=0.229

Khó khăn đường vào bọc lộ cửa sổ tròn giữa các nhóm tuổi khác nhau không có ý nghĩa thống kê $p = 0.229 > 0.05$.

IV. BÀN LUẬN

1. Tuổi bệnh nhân: Nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất 47.2% là nhóm 2- 5 tuổi. Phẫu thuật cấy ốc tai điện tử ở nhóm tuổi này dù hiệu quả không bằng nếu cấy dưới 2 tuổi, tuy nhiên vẫn mang lại lợi ích đáng kể cho trẻ, đồng thời cho trẻ có cơ hội hòa nhập với xã hội, trẻ vẫn có thể học các lớp bình thường theo đúng độ tuổi.

2. Một số khó khăn trong đường vào của phẫu thuật cấy điện cực ốc tai

❖ Tĩnh mạch bên ra trước

lộ cửa sổ tròn của phẫu thuật: Trong nghiên

cứu của chúng tôi có 30 bệnh nhân gặp ít nhất 1 khó khăn trong đường vào phẫu thuật chiếm tỷ lệ 56.6% tổng số bệnh nhân nghiên cứu, trong đó có những bệnh nhân gặp phối hợp 2 hay nhiều khó khăn.

3.1 Tuổi phẫu thuật



Biểu đồ 1: Tỷ lệ các nhóm tuổi

Độ tuổi phổ biến nhất là 2- 5 tuổi chiếm 47.2%; tiếp đến là 6-15 tuổi với 35.8%, nhóm trẻ dưới 2 tuổi ít nhất với 17%, trên 15 tuổi không có bệnh nhân nào.

- Tĩnh mạch bên ra trước có thể gây ảnh hưởng tới đường vào phẫu thuật tùy thuộc vào khoảng cách giữa nó và thành sau ống tai.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi có 9 bệnh nhân (17%) được xác định tĩnh mạch bên lấn ra trước khi mở xương chũm. Có 8 bệnh nhân được khoan làm mỏng thành sau ống tai để vào ngách mặt thành công. Còn 1 bệnh nhân do khoảng cách tĩnh mạch bên và thành sau ống tai quá hẹp nên phải cắt rời thành xương ống tai để vào ngách mặt sau đó đặt lại khi đặt được điện cực.

- Có thể xác định vị trí của tĩnh mạch bên trên CT trước mổ lát cắt axial bằng cách kẻ

đường thẳng dọc theo trục dài của ống bán khuyên sau (PS line) mở rộng ra phía sau đến mức tĩnh mạch bên trên CT tham chiếu, sau đó xác định khoảng cách ở trước nhất của tĩnh mạch bên và đường thẳng trên (4).

❖ **Ngách mặt đặc ngà**

- Trong nghiên cứu có 7 bệnh nhân chiếm 13.2% có ngách mặt đặc ngà gây khó khăn khi mở ngách mặt, có thể làm tăng nguy cơ tổn thương dây thần kinh VII và thừng nhĩ. 7 bệnh nhân trong nghiên cứu đã được mở ngách mặt thành công mà không làm tổn thương dây thần kinh.

- Việc dự đoán trước phẫu thuật có thể dựa vào phim CT, sự có mặt của thông bào xương chũm ở quanh dây mặt là yếu tố thuận lợi cho phẫu thuật, giúp cho phẫu thuật vào ngách mặt thuận lợi hơn (3)



Bệnh nhân Nguyễn Phương V. 6 tuổi phẫu thuật ngày 24.2.2017

❖ **Dây VII bất thường (lên cao, mất vỏ xương)**

- Trong 53 bệnh nhân nghiên cứu chỉ có 3 bệnh nhân (5.7%) có dây VII bất thường gây khó khăn khi mở ngách mặt. 2 bệnh nhân dây VII lên cao đều được khoan sát dây VII, mài mỏng thành sau ống tai đẩy ra trước, xoay tư thế đầu bệnh nhân để quan sát các vị trí trong ngách mặt và đều xác định được cửa sổ tròn tuy nhiên rất khó khăn do dây VII cản trở. Có 1 bệnh nhân không có vỏ xương dây VII đoạn 3 làm cản trở khi mở ngách mặt, đã tiến hành mài mỏng thành sau ống tai và đẩy thành sau ống tai ra trước để vào ngách mặt dễ hơn và bảo vệ được dây VII.

- Trước mổ có thể xác định trên CT đoạn II dây VII có vỏ xương không, đường đi đoạn 2 và 3 có bình thường không. Sennaroglu L đã nghiên cứu dây VII là một trong những khó khăn chính khi phẫu thuật dị tật tai trong, nghiên cứu dây VII trên CT rất cần thiết để xác định vấn đề này trước phẫu thuật.



Bệnh nhân Nguyễn Hà L. 02 tuổi PT ngày 23.03.2017 với đoạn III lên cao

❖ **Ống tai ngoài ngà sau**

- Có 4 bệnh nhân trong nghiên cứu chiếm tỉ lệ nhỏ 7.5% có ống tai ngoài ngà sau che một phần ngách mặt gây khó khăn cho phẫu thuật. 4 bệnh nhân này đã được khoan mài mỏng thành sau ống tai và đẩy ra trước, sau đó tiến hành mở ngách mặt thành công

- Khó khăn này có thể dự tính được trước phẫu thuật khi đánh giá thành sau ống tai trên lát cắt Axial của phim CT.



Bệnh nhân Bùi Minh Đ. 6 tuổi phẫu thuật ngày 22.3.2017

❖ **Cửa sổ tròn bị che khuất bởi gờ xương hoặc tổ chức phần mềm**

- Trong nghiên cứu, có 16 trường hợp cửa sổ tròn bị che khuất một phần, còn 1 trường hợp cửa sổ tròn gần như bị che gần hết. Cả 17 bệnh nhân (32.1%) đều được cấy điện cực thành công sau khi lấy bỏ hết tổ chức phần mềm và gờ xương để xác định cửa sổ tròn.

- Khó khăn này có thể dự đoán được trước phẫu thuật qua phim CT ở lát cắt Axial: cửa sổ tròn có lõi xương hay tổ chức phần mềm bám che khuất hay không. Cũng như khai thác tiền sử viêm tai giữa trước phẫu thuật. Tuy nhiên sự xuất hiện và mức độ của nó không tiên đoán được những khó khăn liên quan đến việc tìm và xác định cửa sổ tròn.



BN Ngô Thị Tường V. 5 tuổi PT ngày 25.08.2016 với gờ xương che toàn bộ cửa sổ tròn

❖ **Vị trí cửa sổ tròn**

- Trong 53 bệnh nhân nghiên cứu có 6 bệnh nhân khi mở ngách mặt không thấy cửa sổ tròn chiếm 11.3%

- Tiến hành khoan mỏng tường dây VII tới sát vỏ xương, mài mỏng thành sau ống tai đẩy ra trước, xoay đầu bệnh nhân quan sát từ móm thấp có 3 bệnh nhân có cửa sổ tròn nằm ngay dưới móm thấp 1mm. Còn 3 bệnh nhân còn lại

tiếp tục khoan mở ngách mặt xuống dưới vị trí góc dây VII và thừng nhĩ mới thấy cửa sổ tròn nằm cách xa mỏm thấp 3,5 đến 4mm.

- Có thể đánh giá vị trí tương quan của cửa sổ tròn với các cấu trúc xung quanh ảnh hưởng tới độ khó của phẫu thuật dựa vào CT trước phẫu thuật.



Bệnh nhân Ngô Thị Tường V. 5 tuổi pt ngày 25.08.2016 với cửa sổ tròn nằm ngay dưới mỏm thấp

3. Khó khăn đường vào phẫu thuật theo tuổi. Những khó khăn theo các nhóm tuổi trong nghiên cứu khác nhau không có ý nghĩa thống kê, như vậy độ tuổi của trẻ được phẫu thuật không ảnh hưởng tới khó khăn trong đường vào của phẫu thuật, điều này cũng tương tự báo cáo của Muhamed Dheia Ahmed (5).

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cấy ốc tai điện tử hiện nay đã được thực hiện với kỹ thuật tốt tuy nhiên những khó khăn khi phẫu thuật có thể xuất hiện gây ảnh hưởng tới kết quả phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân gặp khó khăn trong đường vào phẫu thuật chiếm 56.6%, loại khó khăn thường gặp nhất là khó bộc lộ và xác định cửa sổ tròn chiếm 32.1%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào phải dừng phẫu thuật hay chuyển sang tai bên kia, tỷ lệ phẫu thuật thành

công là 100%. Tuy nhiên trên thế giới trong một số nghiên cứu có những trường hợp ghi nhận không thể khắc phục được và phẫu thuật được tiến hành với tai còn lại. Điều này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn.

Để khắc phục những khó khăn này đòi hỏi kiến thức chuyên môn, kỹ thuật phẫu thuật và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Cần làm đầy đủ bilan trước phẫu thuật, xem xét kỹ phim CT xương thái dương trước phẫu thuật đánh giá các cấu trúc bất thường để phát hiện và khắc phục những bất thường đó trong phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. William F. House (1974) "Goals of the Cochlear implant." *The Laryngoscope*, 84, (11), pp.1883-1887.
2. Noel LC, Thomas RJ. Cochlear implant 2nd edition. Complications of cochlear implant surgery; Chapter 2006;10:126-32
3. John K.Niparko (2005). Assessment of cochlear implant candidacy. In: John K.Niparko. Cochlear Implants Principles and Practices, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, pp 173-177.
4. Orlando de melo, Junior, Klescoski, et al (2014). Predicting the presigmoid retrolabyrinthine space using a sigmoid sinus tomography classification: A cadaveric study. *Surgical neurology international*, v.5: p.131
5. Muhamed Dheia Ahmed, Muthana Saleemabdallamer (2014). Surgical Difficulties of Cochlear Implantation in Children. *The Iraqi postgraduate medical journal*, vol.13, no.4
6. Carfrae MJ, Foyt D. Intact meatal skin canal wall down approach for difficult cochlear implantation. *The Journal of Laryngology and Otology* 2009;123:903-6.
7. Kim LS, Jeong SW, Huh MJ, Park YD. Cochlear implantation in children with inner ear malformations. *The Annals of Otology, rhinology, and laryngology* 2006;115:205-14.

NHẬN XÉT MỘT SỐ YẾU TỐ DỰ BÁO KHỞI PHÁT GIAI ĐOẠN TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN TRẦM CẢM TÁI DIỄN

Phạm Xuân Thắng*, Nguyễn Văn Tuấn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số yếu tố dự báo khởi phát giai đoạn trầm cảm ở bệnh nhân trầm cảm tái diễn. **Đổi tượng:** 41 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn trầm cảm tái diễn điều trị nội trú tại Viện sức khoẻ tâm thần từ tháng 1/2017 đến 7/2017. **Phương**

pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Trong khoảng thời gian nghiên cứu trên, chúng tôi thu được 1 số kết quả sau: Tỷ lệ Nữ/Nam là 3/1; Một số đặc điểm yếu tố dự báo: Tuổi khởi phát: Nhóm tuổi từ 30 – 49 chiếm tỷ lệ cao nhất 53,6% , Số giai đoạn bệnh trước: bệnh nhân có 1 giai đoạn bệnh trước đó chiếm tỷ lệ cao nhất 70,7%; Triệu chứng tồn dư: triệu chứng tồn dư phổ biến nhất là giảm năng lượng, tăng mệt mỏi 70% và rối loạn giấc ngủ 80%; Tuổi thu điều trị: tỷ lệ tuân thủ điều trị là 58%; Sự kiện gây stress: các sang chấn gia đình chiếm cao nhất 70%. **Kết luận:** Có nhiều yếu tố là yếu tố dự báo khởi phát giai đoạn trầm cảm ở bệnh nhân trầm cảm tái diễn, với các đặc điểm đa dạng khác nhau.

*Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Xuân Thắng

Email: bs.phamxuanthang@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2017

Ngày duyệt bài: 29.8.2017

Từ khóa: Rối loạn trầm cảm tái diễn, giai đoạn trầm cảm, yếu tố dự báo khởi phát.

SUMMARY

PREDICTORS OF ONSET SUBSEQUENT EPISODE OF MAJOR DEPRESSIVE DISORDER (MDD)

Objective: To describe some predictors of onset subsequent episode in major depressive disorder (MDD). **Subjects:** 41 in-patients were diagnosed major depressive disorder at National Institute of Mental Health from 1/2017 to 7/2017. **Methods:** A cross-sectional descriptive study. **Result:** In this period, some results were obtained: Ratio Female/Male = 3/1; some characteristics of predictors of onset subsequent episode: Age of onset: Patients in the age of 30 – 49 account for the highest rate 53,6%; Number of previous episodes: Patients experienced one episode are at highest rate (70,7%); Residual symptoms: the most frequent residual symptoms are fatigued, loss of energy (70%) and sleep disturbance (80%); Adherence to treatment: Rate of adherence to treatment group is 58%, Stressful events: Stress related family account for the highest rate 70%. **Conclusion:** There are several factors as predictors of onset of subsequent depressive episode in major depressive disorder, those characteristics are varied.

Keywords: Major depressive disorder, depressive episode, predictors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm tái diễn là rối loạn đặc trưng bởi sự lặp đi lặp lại những giai đoạn trầm cảm đã được xác định như giai đoạn trầm cảm nhẹ, vừa hoặc nặng, không kèm theo bệnh sử những giai đoạn tăng khí sắc và tăng hoạt động, đủ tiêu chuẩn một cơn hưng cảm.

Rối loạn có xu hướng tiến triển mạn tính xuất hiện nhiều giai đoạn. Sự tái phát tái diễn các giai đoạn được cho rằng có sự tham gia của nhiều

yếu tố dự báo và yếu tố thúc đẩy khởi phát: các yếu tố nhân khẩu, các yếu tố xã hội, đặc điểm lâm sàng các giai đoạn bệnh trước, các yếu tố liên quan tới điều trị bệnh trong đợt cấp và điều trị duy trì, bệnh lý cơ thể.

Mặc dù trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu đề cập, tuy nhiên ở Việt Nam vẫn thiếu các nghiên cứu đầy đủ yếu tố dự báo khởi phát ở bệnh nhân trầm cảm tái diễn, do đó chúng tôi thực hiện đề tài "Nhận xét một số yếu tố khởi phát giai đoạn trầm cảm ở bệnh nhân trầm cảm tái diễn" nhằm làm rõ vấn đề này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng, địa điểm và thời gian: 41

Bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn trầm cảm tái diễn điều trị nội trú tại viện sức khỏe tâm thần, Bệnh Viện Bạch Mai, từ 01/2017 đến 07/2017, với:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn trầm cảm tái diễn theo ICD-10, điều trị nội trú tại Viện Sức Khỏe Tâm Thần

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu, các bệnh nhân có bệnh lý nội ngoại khoa mãn tính nặng, sa sút trí tuệ, chậm phát triển tâm thần.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Bệnh nhân khi vào viện sẽ được khám, làm hồ sơ và chẩn đoán. Các bệnh nhân được chẩn đoán ban đầu là rối loạn trầm cảm tái diễn sẽ tham gia vào quá trình nghiên cứu, khi kết thúc quá trình điều trị, các bệnh nhân chuyển viện do bệnh nặng, chuyển mã bệnh sẽ bị loại ra khỏi nghiên cứu.

2.3 Sử lý số liệu: Phần mềm SPSS 23.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân rối loạn trầm cảm tái diễn

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân rối loạn trầm cảm tái diễn.

Đặc điểm		n	%
Giới tính	Nam	10	24,4
	Nữ	31	75,6
Tuổi	Tuổi trung bình	48,49 ± 16,42	
Nơi cư trú	Thành thị	18	43,9
	Nông thôn	23	51,6
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	5	12,2
	Đã kết hôn	31	75,6
	Ly dị/Ly hôn	1	2,4
	Góa	4	9,8
Hoàn cảnh sống	Gia đình	38	92,7
	Người quen	3	7,3

Nhận xét: Trong 41 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ nữ/nam mắc trầm cảm tái diễn là 31/10 ~ 3/1. Độ tuổi trung bình của nhóm là 48,49 ± 16,42 (tuổi). Tỷ lệ sống ở thành thị (43,9%) và nông thôn (51,6) gần tương đương nhau. Nhóm người đã kết hôn chiếm tỷ lệ cao nhất 75,6%. Đa phần những người bệnh sống cùng với gia đình (92,7%).

3.2. Đặc điểm một số yếu tố tiền sử dự báo khởi phát giai đoạn bệnh**Bảng 3.2. Đặc điểm một số yếu tố tiền sử dự báo khởi phát giai đoạn bệnh**

Đặc điểm	n	%
Tuổi khởi phát	10 - 19	5
	20 - 29	1
	30 - 39	6
	40 - 49	16
	50 - 59	7
	≥ 60	6
	Tổng số	41
Số giai đoạn bệnh trước	1	29
	2	9
	≥ 3	3
		7,3

Nhận xét: Nhóm tuổi khởi phát trung bình thuộc lứa tuổi 30 - 49 chiếm tỷ lệ cao nhất với 53,6%. Nhóm bệnh nhân có tiền sử mắc 1 giai đoạn bệnh trước đó chiếm cao nhất 70,7%, nhóm có từ 3 giai đoạn bệnh trở lên chiếm thấp nhất trong nhóm, 7,3%

3.3. Đặc điểm các stress tâm lý dự báo khởi phát giai đoạn bệnh**Bảng 3.3. Đặc điểm các sang chấn tâm lý dự báo khởi phát giai đoạn bệnh**

Đặc điểm	n	%
Stres trước đợt bệnh	Kinh tế	3
	Gia đình	7
	Công việc	3
	Bệnh tật	1
	Tổng số	10
		100

Nhận xét: Các stress tâm lý liên quan tới gia đình chiếm phần lớn trong nhóm có sang chấn tâm lý, 70%. Các sự kiện stress về kinh tế và công việc tương đương nhau, 30%.

3.4. Đặc điểm lâm sàng giai đoạn bệnh trước dự báo khởi phát giai đoạn bệnh**Bảng 3.4. Đặc điểm lâm sàng giai đoạn bệnh trước dự báo khởi phát giai đoạn bệnh**

Đặc điểm	n	%
Triệu chứng tồn dư giai đoạn bệnh trước	Khí sắc trầm	9
	Giảm quan tâm thích thú	3
	Giảm năng lượng, tăng mệt mỏi	14
	Rối loạn giấc ngủ	16
	Tình dục sớm	3
	Chậm chạp tâm thần vận động	1
	Rối loạn cảm giác ngon miệng	4
	Thiếu tập trung, thiếu suy nghĩ	2
	Tổng số	20
		100
Sự tuân thủ điều trị	Không	7
	Không hoàn toàn	10
	Có	24
	Tổng số	41
		100

Nhận xét: Trong nhóm đối tượng có các triệu chứng tồn dư, giảm năng lượng tăng sự mệt mỏi và rối loạn giấc ngủ là 2 triệu chứng phổ biến nhất, với tỷ lệ lần lượt là 70% và 80%, khí sắc trầm là triệu chứng phổ biến, chiếm 45%, chậm chạp tâm thần vận động chỉ chiếm 5% trong nhóm. Sự tuân thủ điều trị, các bệnh nhân thuộc nhóm tuân thủ điều trị chiếm 58,5%, thấp nhất là nhóm không tuân thủ, 17,1%

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu:**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 31 bệnh nhân nữ, và có 10 bệnh nhân nam. Tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ bằng 3/1. Tỷ lệ này của chúng tôi phù hợp với các y văn trên thế giới ghi nhận tỷ lệ nữ/nam ~ 2/1. Các nguyên nhân được đưa ra

như sự thay đổi hormone theo chu kỳ, mang gene dễ bị trầm cảm, hay nghiền ngẫm suy nghĩ nhiều, bị ảnh hưởng bởi các mối quan hệ (công việc, gia đình, bạn bè), chịu đựng nhiều stress, tuổi thọ cao hơn nam giới và có xu hướng khám bệnh hơn khiến cho tỷ lệ nữ giới mắc cao hơn nam giới. Các chẩn đoán lâm sàng có tỷ lệ tương

tự như nhau. Độ tuổi trung bình của nhóm là $48,49 \pm 16,42$ (tuổi). Tỷ lệ sống ở thành thị (43,9%) và nông thôn (51,6) gần tương đương nhau. Nhóm người đã kết hôn chiếm tỷ lệ cao nhất 75,6%. Đa phần những người bệnh sống cùng với gia đình (92,7%).

4.2. Đặc điểm một số yếu tố khởi phát giai đoạn bệnh.

Tuổi khởi phát bệnh: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi khởi phát bệnh gặp cao nhất ở nhóm lứa tuổi trung niên và người trưởng thành (56,1% và 22%). Tỷ lệ của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của William W.Eaton khi tỷ nhóm khởi phát bệnh ở lứa tuổi từ 30 - 49 chiếm 51,1%, chiếm cao nhất trong các nhóm đối tượng, theo nghiên cứu của tác giả này, với việc sử dụng hình mẫu phân tích nguy cơ, tuổi khởi phát là một yếu tố dự báo trong việc khởi phát giai đoạn bệnh, với mỗi năm tăng thêm vào tuổi khởi phát, làm giảm đi nguy cơ khởi phát tái diễn là 0,96% (với độ tin cậy là 95%, 0,93-0,99).

Số giai đoạn bệnh đã mắc: Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân có tiền sử có 1-2 giai đoạn bệnh chiếm nhiều nhất, 92,7%, nhóm có từ 3 giai đoạn bệnh trở lên chiếm thấp nhất 7,3%. Nhiều nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng, một trong các yếu tố có giá trị nhất dự báo khởi phát một giai đoạn trầm cảm tiếp theo là số giai đoạn bệnh trước đó. Trong nghiên cứu của Henk Jan Conradi, thời gian tái diễn giai đoạn bệnh ở nhóm bệnh nhân có trên 3 giai đoạn trầm cảm ngắn hơn so với nhóm còn lại (OR = 1,908, p = 0,013).

Các sang chấn trong đời sống: Các sang chấn trong đời sống được đề cập đến là yếu tố thúc đẩy khởi phát bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các sang chấn về gia đình chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm bệnh nhân có stress (70%), stress công việc và kinh tế chiếm 30%. Các sự kiện thường gặp trong vấn đề gia đình là xung đột giữa các thành viên, sự tách rời, chia ly con cái. Theo Mundt C, giai đoạn 3 tháng trước một đợt bệnh, bệnh nhân có từ 2 sang chấn trở lên có thời gian ổn định bệnh ngắn hơn so với nhóm không hoặc chỉ có 1 sự kiện sang chấn., dự báo sớm khởi phát giai đoạn bệnh.

Các triệu chứng tồn dư: Đã có nhiều nghiên cứu đề cập tới yếu tố tồn dư là một trong những yếu tố dự báo khởi phát giai đoạn bệnh có giá trị nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có tới 48,8% bệnh nhân còn triệu chứng tồn dư sau giai đoạn bệnh trước. Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của E.S Paykel, 32% còn

triệu chứng tồn dư sau khi thuyên giảm giai đoạn bệnh, sự khác biệt là do phương pháp thiết kế khác nhau, cỡ mẫu khác nhau. Theo kết quả, mệt mỏi giảm năng lượng và rối loạn giấc ngủ là các triệu chứng tồn dư phổ biến nhất (70% và 80%). Bản chất của các triệu chứng tồn dư cũng cố gắng được lý giải, đó có thể là các triệu chứng chưa thuyên giảm của giai đoạn bệnh, có thể đó là hiện diện của 1 trạng thái nằm ẩn bên dưới giai đoạn bệnh. Tác giả Kennedy kết luận rằng, những bệnh nhân có triệu chứng tồn dư ngoài việc sớm tái diễn, tái phát 1 giai đoạn bệnh còn gây ra suy giảm nhiều mặt chức năng xã hội, đòi hỏi phải điều trị tích cực hơn.

Sự tuân thủ điều trị: Theo kết quả, lần lượt các nhóm tuân thủ, tuân thủ không hoàn toàn, không tuân thủ điều trị là 58,5%, 24,4%, 17,1%. Việc tuân thủ phác đồ điều trị làm giảm nguy cơ khởi phát giai đoạn bệnh. Theo Melfi CA, những bệnh nhân dùng điều trị bằng các thuốc chống trầm cảm sớm có nguy cơ cao tái diễn/tái phát (RR=1,77, P<0,1), các bệnh nhân chuyển/điều trị bổ sung không làm tăng nguy cơ tái diễn/tái phát bệnh (RR = 1,06, P = 0,67).

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 41 bệnh nhân rối loạn trầm cảm tái diễn điều trị nội trú tại Viện sức khỏe tâm thần từ tháng 1/2017 đến 7/2017 chúng tôi có nhận xét sau: Tỷ lệ Nữ/Nam là 3/1; Một số đặc điểm yếu tố dự báo khởi phát: bệnh nhân có 1 giai đoạn bệnh trước đó chiếm tỷ lệ cao nhất 70,7%; Triệu chứng tồn dư phổ biến nhất là giảm năng lượng, tăng mệt mỏi 70% và rối loạn giấc ngủ 80%; tỷ lệ tuân thủ điều trị là 58%; các sang chấn gia đình chiếm cao nhất 70%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. John R. Geddes M.G.G., C Andreasen N., and J Lopez-Ibor Jr J. (2009). Mood Disorders. New Oxford textbook of Psychiatry. 2, Oxford University Press, 629-692.
2. Eaton WW, Shao H, Nestadt G, et al. (2008). "Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder". Arch Gen Psychiatry, 65(5), 513-520.
3. Conradi H.J., de Jonge P., and Ormel J. (2008). "Prediction of the three-year course of recurrent depression in primary care patients: different risk factors for different outcomes". J Affect Disord, 105(1-3), 267-271.
4. Mundt C., Reck C., Backenstrass M., et al. (2000). "Reconfirming the role of life events for the timing of depressive episodes. A two-year prospective follow-up study". J Affect Disord, 59(1), 23-30.

5. **Paykel E.S., Ramana R., Cooper Z., et al. (1995).** "Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression". *Psychol Med*, 25(06), 1171–1180.
6. **Kennedy N. and Paykel E.S. (2004).** "Residual symptoms at remission from depression: impact on long-term outcome". *J Affect Disord*, 80(2–3), 135–144.
7. **Melfi CA, Chawla AJ, Croghan TW, et al. (1998).** "The effects of adherence to antidepressant treatment guidelines on relapse and recurrence of depression". *Arch Gen Psychiatry*, 55(12), 1128–1132.

THỰC TRẠNG VIÊM LỢI TRÊN NGƯỜI KHÁM SỨC KHỎE RĂNG MIỆNG ĐỊNH KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2016

Lê Long Nghĩa*

TÓM TẮT

Hiện nay, bệnh sâu răng và viêm lợi là hai bệnh phổ biến nhất trong cơ cấu các bệnh tật về răng miệng ở nước ta cũng như các nước khác trên thế giới. Bệnh viêm lợi có tỉ lệ mắc rất cao và có xu hướng ngày càng gia tăng trong cộng đồng. **Mục tiêu:** Xác định thực trạng bệnh viêm lợi của người đến khám sức khỏe tại khoa Răng hàm mặt bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016. **Đối tượng:** Người đến khám sức khỏe răng miệng tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội năm 2016. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** tỉ lệ mắc viêm lợi của đối tượng nghiên cứu 78,6%, viêm lợi nhẹ 39,3%, viêm lợi trung bình 35% và viêm lợi nặng 4,3%. **Kết luận:** Tỉ lệ viêm lợi tăng từ nhẹ đến trung bình và nặng. Viêm lợi tăng theo tuổi. Tỉ lệ viêm lợi ở nam và nữ tương đương nhau.

Từ khóa: viêm lợi

SUMMARY

GINGIVITIS STATUS OF PEOPLE WHO HAVE ORAL HEALTH CHECKED AT HA NOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL 2016

Nowadays, tooth decay and gingivitis are the two most common diseases in the structure of dental diseases in our country as well as in other countries in the world. The incidence of gingivitis is very high and tends to increase in the community. **Aim:** Identify the gingivitis status of people who had oral health examination at the Odonto-stomatology department of Hanoi Medical University Hospital in 2016. **Subjects:** Those who had oral health examined at the Hanoi Medical University Hospital in 2016. **Method:** cross-sectional descriptive study. **Results:** The prevalence of gingivitis was 78.6%, mild inflammation was 39.3%, moderate gingivitis was 35% and severe inflammation was 4.3%. **Conclusions:** The rate of gingivitis had increased from mild to moderate and severe. Gingivitis increases with age. The rates of gingivitis in men and women were similar.

Keyword: gingivitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam, tình trạng viêm lợi đang ở mức cao hơn 90% dân số và đang có xu hướng gia tăng vào nhưng năm gần đây, nhiều nghiên cứu cho thấy tỉ lệ mắc bệnh tăng theo lứa tuổi và theo thời gian [1]. Năm 1999 - 2001, Viện Răng

hàm mặt trung ương và trường đại học Adelaide (Australia) tổ chức điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc và kết quả là tỉ lệ bệnh viêm lợi ở mức cao, tăng dần theo tuổi [1]. Năm 2011, nghiên cứu của Trần Văn Dũng và cộng sự về thực trạng bệnh viêm lợi trong người dân thành phố Huế, kết quả là tỉ lệ người dân mắc bệnh viêm lợi là 80,1 %. Trong đó tỉ lệ viêm lợi chảy máu là 26,1%, tỉ lệ viêm lợi cao răng là 31,4%.[2]

Nhằm đem lại cơ sở đánh giá, chuẩn bị nhân lực vật lực cho khoa Răng hàm mặt bệnh viện Đại Học Y Hà Nội để điều trị tốt cho bệnh nhân nên tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Thực trạng viêm lợi trên người khám sức khỏe răng miệng định kỳ tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016" với mục tiêu: *Xác định thực trạng bệnh viêm lợi của người đến khám sức khỏe tại khoa Răng hàm mặt bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người 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: mắc các bệnh tâm thần, tự kỉ, bệnh toàn thân cấp tính, đang chỉnh nha bằng mắc cài cố định.

2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Tháng 1/ 2016 đến tháng 4/2016.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội.

2.3 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang.

Chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ đích theo tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ

Cỡ mẫu: 117 đối tượng.

2.4 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 bất kỳ lúc nào.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới

*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: 2.7.2017
Ngày phản biện khoa học: 14.8.2017
Ngày duyệt bài: 29.8.2017

Giới	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Nam	70	58,8
Nữ	47	40,2
Tổng số	117	100

Tổng số đối tượng nghiên cứu là 117 người trong đó tỉ lệ nam giới (58,8%) cao hơn nữ giới (40,2%).

Bảng 2. Tình trạng viêm lợi theo giới và nhóm tuổi

Tình trạng lợi	Lợi lành		Lợi viêm	
	N	%	N	%
Giới tính				
Nam	15	21,3	55	78,7
Nữ	10	21,4	37	78,6
Tổng số	25	21,4	92	78,6
P	P > 0,05			
Tuổi				
18 – 34	14	23,7	45	76,3
≥ 35	11	19	47	81
P	P > 0,05			

Trong 117 đối tượng tham gia nghiên cứu có 92 người bị viêm lợi chiếm 78,6%. Tỉ lệ viêm lợi ở nam và nữ tương đương nhau. Tỉ lệ viêm lợi ở độ tuổi ≥ 35 là 81% cao hơn ở nhóm tuổi 18-34 là 76,3% và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Bảng 3. Phân bố mức độ viêm lợi theo nhóm tuổi

Tình trạng lợi	Lợi lành	Lợi viêm nhẹ	Lợi viêm trung bình	Lợi viêm nặng
Số lượng				
18 - 34 tuổi	14	22	19	4
≥ 35	11	24	22	1
Tổng	25	46	41	5
Tỉ lệ (%)	21,4	39,3	35	4,3
P	>0,05			

Trong nhóm nghiên cứu có 21,4 % người có tình trạng lợi lành mạnh, trong 78,6% người bị viêm lợi thì viêm lợi nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất (39,3%), tiếp đó là viêm lợi trung bình (35%) và thấp nhất là viêm lợi nặng (4,3%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 4. Phân bố mức độ viêm lợi theo giới

Giới	Lợi lành mạnh và viêm nhẹ		Lợi viêm trung bình và nặng	
	N	%	N	%
Nam	38	54,3	32	45,7
Nữ	33	70,2	14	29,8
Tổng số	71	60,7	46	39,3
P	p>0,05			

Trong 117 đối tượng nghiên cứu có 60,7% người tình trạng lợi lành mạnh hoặc viêm nhẹ cao hơn 39,3% người có tình trạng viêm lợi trung bình hoặc nặng. Tình trạng lợi lành mạnh và viêm nhẹ ở nữ là 70,2% cao hơn ở nam giới là 54,3%.

IV. BÀN LUẬN

Để đánh giá thực trạng viêm lợi của nhóm đối tượng nghiên cứu tôi sử dụng chỉ số GI. Qua chỉ số GI tôi thu được tỉ lệ viêm lợi cũng như mức độ viêm lợi của các đối tượng nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu của tôi thu được, tỉ lệ viêm lợi chung là 78,6%, tương đương ở nam và nữ. Kết quả này thấp hơn khi so sánh với các nghiên cứu trước đây ở Việt Nam. Cụ thể, năm 1994, nghiên cứu của tác giả Lê Thị Thơm đã cho thấy tỉ lệ viêm lợi lứa tuổi 15 là 95,67% và lứa tuổi 35 – 44 là 97% [3]. Năm 2011, nghiên cứu của Trần Văn Dũng và cộng sự về tình trạng

sâu răng viêm lợi người dân thành phố Huế lứa tuổi 12, 15, 35-44, 64-74 kết quả viêm lợi chung là 80,1% và tăng dần theo tuổi [2]. Kết quả nghiên cứu của tôi vẫn cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đức Thắng trên đối tượng học sinh THPT tại Hòa Bình năm 2012 (31,9%) [4] hay nghiên cứu của Loh T, Chan J, Low C.N năm 2014 tại Trung Quốc trên sinh viên độ tuổi trung bình là 18,93 có tỉ lệ viêm lợi là 59,5% [5]. Có thể do sự khác biệt về địa lý, nhóm tuổi, cũng như điều kiện kinh tế, văn hóa, xã hội đã ảnh hưởng đến thói quen ăn uống, vệ sinh răng miệng của các đối tượng nghiên cứu tạo nên sự khác biệt trên.

Khi mô tả tỉ lệ viêm lợi của đối tượng nghiên cứu theo tuổi, kết quả cho thấy tỉ lệ viêm lợi ở nhóm tuổi ≥ 35 (81%) cao hơn ở nhóm tuổi 18 – 34 là 76,3%. Kết quả này phù hợp với xu hướng phát triển của bệnh viêm lợi và tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả trước đây.

Theo bảng 3, kết quả mức độ viêm lợi của đối tượng nghiên cứu có xu hướng giảm dần từ nhẹ đến trung bình và nặng. Viêm lợi nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất 39,3%, viêm lợi trung bình 35% và thấp nhất là viêm lợi nặng chiếm 4,3%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Thị Đợi về thực trạng sâu răng và viêm lợi ở sinh viên điều dưỡng năm nhất và năm ba tại trường cao đẳng y tế Hà Nội. Theo Hoàng Thị Đợi thì có 44,2% viêm lợi nhẹ, 13,5% viêm lợi trung bình và 3,7% viêm lợi nặng [6]. Kết quả nghiên cứu này khác hơn so với nghiên cứu của Bùi Trung Dũng năm 2013 (tốt 14%; trung bình 79%; kém 7%)[7]. Nghiên cứu này cho kết quả viêm lợi nhẹ thấp hơn và viêm lợi trung bình cao hơn nhiều so với kết quả của tôi. Điều này có thể do đối tượng của tôi được khám sức khỏe răng miệng thường xuyên, được hướng dẫn vệ sinh răng miệng. Từ đó các đối tượng có hành vi chăm sóc răng miệng tốt hơn, có thái độ quan tâm hơn với bệnh răng miệng làm cho tỉ lệ không viêm lợi và viêm lợi nhẹ tăng lên còn tỉ lệ viêm lợi trung bình và nặng giảm xuống mặc dù tỉ lệ mắc bệnh viêm lợi chung vẫn còn cao (78,6%).

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ viêm lợi là 78,6%, ở nam là 78,7% và ở nữ là 78,6%. Tỉ lệ viêm lợi tăng theo nhóm tuổi, nhóm tuổi 18 – 34 là 76,3%, nhóm tuổi ≥ 35 là 81%. Trong viêm lợi, mức độ viêm lợi nhẹ chiếm 39,3%, viêm lợi trung bình chiếm 35% và viêm lợi nặng chiếm 4,3%.

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. **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.*
3. **Lê Thị Thơm (1994).** Đánh giá hiệu quả của phương pháp lấy cao răng trong điều trị bệnh lợi mãn tính, luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội, tr 57-58.
4. **Nguyễn Đức Thắng và cộng sự (1999).** Điều tra cơ bản sức khỏe răng miệng các tỉnh phía Bắc. *Tạp chí y học Việt Nam* 10, 11. Tr 7-10.
5. **Loh T, Chan J, Low C.N (1996).** Questionnaire for high school student in tibet, China. *Singapore Dent J*, 21(1), 6-10.
6. **Hoàng Thị Đợi (2014).** Nghiên cứu thực trạng bệnh sâu răng, viêm lợi, kiến thức, thái độ và thực hành VSRM ở sinh viên điều dưỡng năm thứ 1 và năm thứ 3 trường cao đẳng y tế Hà Nội. *Luận văn thạc sĩ y học*, đại học Y Hà Nội. 50-54
7. **Bùi Trung Dũng (2013).** Thực trạng bệnh viêm lợi và đánh giá hiệu quả lấy cao răng trên sinh viên năm nhất đại học Y Hà Nội năm 2013, *luận văn thạc sĩ y học*, đại học Y Hà Nội. 49-52

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRƯỚC KHI NHẬP VIỆN CỦA BỆNH NHÂN VIÊM ĐƯỜNG HÔ HẤP DƯỚI TẠI KHOA NỘI TỔNG HỢP, BỆNH VIỆN ĐA KHOA NÔNG NGHIỆP NĂM 2015

Hà Hữu Tùng*

TÓM TẮT

Tình trạng lạm dụng kháng sinh cũng như sự kém hiểu biết của người dân dẫn đến điều trị các bệnh lý nhiễm trùng kém hiệu quả, xuất hiện nhiều hiện tượng kháng thuốc cũng như sự tồn kém cho nền kinh tế. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang về thực trạng sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện của 127 bệnh nhân mắc bệnh viêm đường hô hấp dưới vào nhập viện khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp năm 2015. Kết quả cho thấy: Thực trạng

tự sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện rất phổ biến. Chủ yếu bệnh nhân sử dụng theo tư vấn của người bán thuốc hoặc theo kinh nghiệm. Có tới 37,8 % bệnh nhân tự thay đổi kháng sinh khi tự điều trị không hiệu quả. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh không đúng liều tới 63,3%. Qua đó đưa ra khuyến cáo cho người dân, cộng đồng và các cơ quan quản lý y dược.

SUMMARY

THE USE OF ANTIBIOTICS BEFORE ADMISSION OF PATIENTS WITH LOWER RESPIRATORY TRACT INFECTIONS IN DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE, GENERAL HOSPITAL OF AGRICULTURE 2015

Abuse of antibiotics and poor knowledge of the people leading to the treatment of pathological infections ineffective, occurrence of many drug

*Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp
Chịu trách nhiệm chính: Hà Hữu Tùng
Email: tungbvn@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 17.6.2017
Ngày phản biện khoa học: 10.8.2017
Ngày duyệt bài: 28.8.2017

resistance as well as the cost of the economy. A cross-sectional descriptive study of antibiotic use before hospitalization of 127 patients with lower respiratory tract infections admitted to the Department of Internal Medicine at the General Hospital of Agriculture in 2015. Study results: The situation of self-use of antibiotics before hospitalization is very common. Mainly used by the drug dealer or by experience. Up to 37.8% of patients change their own antibiotics when self-treatment is not effective. The rate of antibiotic use is not up to 63.3%. Thereby make recommendations for people, communities and medical authorities.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong cơ chế của nền kinh tế thị trường, dược phẩm đã trở thành mặt hàng phong phú và sẵn có làm tăng cơ hội tiếp cận và lựa chọn thuốc của người bệnh thông qua các loại hình cửa hàng thuốc. Khả năng và cơ hội tiếp cận với kháng sinh cũng theo đó dễ dàng hơn rất nhiều, điều này cũng có những ưu điểm như góp phần gia tăng hiệu quả điều trị nhiều bệnh nhiễm khuẩn nhưng đồng thời cũng dẫn đến việc lạm dụng kháng sinh. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy phần nào bức tranh về thực trạng sử dụng kháng sinh tại các cơ sở y tế cũng như tình trạng kháng kháng sinh, song chưa có nhiều nghiên cứu về việc người bệnh đã tham gia vào quá trình đó bằng việc tự sử dụng kháng sinh, cũng như đánh giá việc tự sử dụng đó dựa trên các tiêu chí an toàn và thích hợp như thế nào.

Khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp hàng năm tiếp nhận khoảng hơn 2000 bệnh nhân mắc các bệnh viêm phế quản, viêm phổi. Trong đó có nhiều bệnh nhân đã từng sử dụng kháng sinh trước khi đến viện và tình trạng này ảnh hưởng không nhỏ đến thể trạng người bệnh khi nhập viện cũng như ảnh hưởng trực tiếp đến hiệu quả điều trị. Nhằm tìm hiểu tình hình sử dụng thuốc kháng sinh trước khi vào viện góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và tư vấn nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Khảo sát thực trạng sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện ở bệnh nhân viêm đường hô hấp dưới tại khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện Đa Khoa Nông nghiệp năm 2015*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân vào điều trị tại khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp. Được chẩn đoán mắc bệnh:

- + Viêm phế quản (cấp và mạn tính)
- + Viêm phổi nói chung

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu: Tuổi từ 16 đến trên 70; Không phân biệt

giới tính, nghề nghiệp; Thời gian nhập viện từ tháng 3 đến tháng 10/2015

Tiêu chuẩn loại trừ: Không phải là người bệnh thuộc đối tượng lựa chọn trên; Những bệnh nhân thuộc đối tượng trên không sẵn sàng tham gia nghiên cứu

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

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn toàn bộ bệnh nhân đến điều trị tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp có chẩn đoán viêm phế quản hoặc viêm phổi. Thỏa mãn các điều kiện tuổi và về thời gian nhập viện

Phương pháp thu thập số liệu: Hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án và bệnh nhân tự khai báo, được tổng hợp, thu thập trên một mẫu thu thập số liệu thống nhất. Điều tra viên là điều dưỡng Khoa Nội tổng hợp BVĐK Nông nghiệp.

Trước khi thu thập số liệu, phiếu thu thập thông tin được thử nghiệm để chỉnh sửa hợp lý.

2.4. Một số tiêu chuẩn đánh giá

2.4.1. Đặc điểm về mẫu nghiên cứu

- Tuổi, giới tính.
- Nghề nghiệp
- Nơi cư trú
- Bệnh mắc kèm.
- Các bệnh nhiễm khuẩn hô hấp dưới được chọn trong nghiên cứu.

2.4.2. Đánh giá sử dụng kháng sinh.

Các tiêu chuẩn phân nhóm và đánh giá liều dùng dựa trên phân loại các nhóm kháng sinh và liều dùng của từng loại do Cục Quản lý khám chữa bệnh quy định.

Hiệu quả điều trị: theo bệnh nhân tự nhận định, theo bệnh sử lúc vào viện và chỉ số xét nghiệm thời điểm nhập viện của bệnh nhân.

2.4.3. Nơi chỉ định sử dụng kháng sinh

- Khám tại phòng khám (PK)
- Khám tại bệnh viện (BV)
- Tự mua thuốc theo tư vấn (TV)
- Uống thuốc theo kinh nghiệm (KN)

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Các số liệu thu thập được làm sạch, nhập liệu và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2010 và phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1: Một số đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính: Nam	70	55,11%
Nữ	57	44,89%
Nghề nghiệp		

Công nhân	28	22,05%
Nông dân	25	19,69%
Lao động phổ thông	42	33,07%
CBCNVC	7	5,5%
Lao động khác	25	19,69%
Nơi cư trú		
Ngoại thành	93	73,22%
Nội thành	34	26,78%
Nhóm tuổi		
Dưới 20 tuổi	5	3,94%
Từ 20 đến 29 tuổi	11	8,66%
Từ 30 đến 39 tuổi	12	9,45%
Từ 40 đến 49 tuổi	12	9,45%
Từ 50 đến 59 tuổi	39	30,70%
Từ 60 đến 69 tuổi	44	34,65%
Trên 70 tuổi	4	3,15%

Nhận xét: Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 55,11% so với nữ là 44,89%. Tỷ lệ cao bệnh nhân là công nhân, nông dân và lao động phổ thông cao hơn chiếm (74,8%). So với CBCNVC, lao động khác chỉ chiếm 25,2%. Bệnh nhân nằm ở khu vực ngoại thành chiếm tỷ lệ cao 73,22% so với 26,78% ở khu vực nội thành. Tỷ lệ bệnh nhân ở độ tuổi từ 50 đến 69 tuổi chiếm 65,35% số bệnh nhân được khảo sát.

3.2. Tỷ lệ được chẩn đoán viêm phổi và viêm phế quản

Bảng 2: Tỷ lệ mắc viêm phế quản và viêm phổi ở đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	n	Tỷ lệ
Viêm phế quản	107	84,25%
Viêm phổi	20	15,75%
Tổng số	127	100%

Nhận xét: Ở các bệnh nhân vào viện trong thời gian nghiên cứu, tỷ lệ được chẩn đoán viêm phế quản chiếm tới 84,25%, trong khi viêm phổi chỉ chiếm khoảng 15,75%.

Bảng 3: Tỷ lệ có các triệu chứng điển hình

Triệu chứng	N = 127	Tỷ lệ
Đau ngực	15	11,82%
Ho	36	28,35%
Khạc đờm	10	7,87%
Khó thở	33	25,98%
Sốt	33	25,98%

Nhận xét: Các triệu chứng phổ biến nhất thường thấy ở bệnh nhân là ho (28,35%), khó thở (25,98%) và sốt (25,98%). Các triệu chứng khác như đau ngực và khạc đờm ít gặp hơn.

3.3. Thực trạng điều trị kháng sinh

Bảng 4: Thực trạng dùng kháng sinh do bệnh nhân tự khai báo

Đặc điểm	N = 127	Tỷ lệ
Có đơn thuốc	32	25,19%
Không có đơn thuốc	95	74,81%

Nhận xét: Trong số 127 bệnh nhân khai báo

từng sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện thì có 74,81% số bệnh nhân đã sử dụng kháng sinh mà không có đơn thuốc. Có 25,19% số bệnh nhân sử dụng kháng sinh theo đơn thuốc nhưng không có hiệu quả nên phải nhập viện điều trị.

Bảng 5: Nơi chỉ định sử dụng kháng sinh của bệnh nhân

Nơi chỉ định	N = 127	Tỷ lệ
Chỉ định của bệnh viện	5	3,94%
Chỉ định của phòng khám	27	21,26%
Dựa vào kinh nghiệm	34	26,77%
Dựa vào tư vấn người bán thuốc	61	48,03%

Nhận xét: Kết quả khảo sát cho thấy lý do phổ biến khiến người bệnh sử dụng kháng sinh là do tư vấn của người bán thuốc (48,03%), có 26,77% số bệnh nhân sử dụng kháng sinh dựa theo kinh nghiệm. Tỷ lệ điều trị theo đơn rất khiêm tốn, chỉ có 3,94% được bệnh viện chỉ định trong khi có tới 21,26% bệnh nhân sử dụng kháng sinh theo chỉ định của phòng khám.

Bảng 6: Thời gian sử dụng kháng sinh

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ
Sử dụng dưới 5 ngày	74	58,27%
Sử dụng từ 5 đến 10 ngày	30	23,62%
Sử dụng trên 10 ngày	23	18,11%

Nhận xét: Kết quả khảo sát cho thấy đa số bệnh nhân sử dụng kháng sinh dưới 5 ngày (chiếm 58,27%), số bệnh nhân sử dụng kháng sinh từ 5 đến 10 ngày chiếm 23,62%, cao hơn số lượng bệnh nhân sử dụng kháng sinh trên 10 ngày (18,11%).

IV. BÀN LUẬN

1. Về tình trạng tự sử dụng kháng sinh:

Tình hình bệnh nhân tự sử dụng kháng sinh cho các bệnh viêm hô hấp đường dưới trước khi nhập viện rất phổ biến. Giải thích cho vấn đề này có nhiều lý do, trong đó những khó khăn về thời gian, về tiếp cận cơ sở y tế và mong muốn giảm thiểu chi phí chi trả khi ốm đau khiến người bệnh có xu hướng tìm kiếm cách thức giản tiện nhất là tự mua thuốc điều trị [1].

Theo Nguyễn Văn Sinh (2005), nghiên cứu dựa trên cộng đồng được tiến hành năm 2003 cho biết 78% kháng sinh được mua tại các nhà thuốc tư nhân mà không có đơn, trong đó 67, 67% bệnh nhân tham khảo tư vấn của người bán thuốc trước khi sử dụng và 11% tự quyết định về việc dùng thuốc [2]. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra một tỷ lệ khiêm tốn là chỉ khoảng 27% nhân viên được có kiến thức đúng về kháng sinh và kháng kháng sinh, đó là chưa kể đến khả năng tư vấn cho bệnh nhân đúng những kiến thức đó [3].

Một trong những lý giải về việc này có lẽ liên quan đến văn hóa, thói quen của người dân chúng ta là rất muốn đặt niềm tin vào những lời khuyên dân gian, truyền miệng; Quản lý nhà thuốc còn nhiều bất cập, đặc biệt là tại các nhà thuốc ở ngoài đô thị không cần đến dược sĩ đại học quản lý, bán thuốc kháng sinh chưa được quản lý chặt chẽ nên không cần đến đơn thuốc của bác sĩ.

Điều này cho biết tình trạng tự điều trị bằng kháng sinh rất đáng lo ngại mặc dù đã có các qui chế về việc cấm bán thuốc kháng sinh không có đơn, tuy nhiên các qui chế này đến nay vẫn chưa có hiệu lực thi hành trong thực tế [1]

2. Thời gian dùng kháng sinh: Thời gian sử dụng kháng sinh dài hay ngắn phụ thuộc vào yếu tố như vi khuẩn gây bệnh, cơ địa của người bệnh, khả năng dung nạp thuốc và độ nhạy cảm của vi khuẩn đối với kháng sinh.

Trong mẫu nghiên cứu, số ngày dùng kháng sinh trong 1 đợt điều trị đa số dưới 5 ngày. Điều này cũng phù hợp với tâm lý người bệnh vì sau khi điều trị vài ngày thì họ không đỡ thì họ sẽ xin nhập viện. Mặt khác sau khi có dấu hiệu thuyên giảm như giảm sốt, trạng thái cơ thể cải thiện: ăn ngủ tốt hơn, tỉnh táo, thì bệnh nhân lại có xu hướng ngừng sử dụng thuốc, dẫn đến tình trạng sử dụng kháng sinh không đủ liều.

3. Kết quả sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện: Hiệu quả điều trị của việc tự sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện theo nhận định của bệnh nhân là rất thấp có lẽ vì khảo sát này được thực hiện trên nhóm bệnh nhân đã phải nhập viện do triệu chứng không giảm hoặc giảm chậm. Tuy nhiên, mặc dù việc tự sử dụng kháng sinh có thể đã có những tác dụng nhất định đối với bệnh nhân nhưng trong bối cảnh kiến thức về thuốc của người dân còn hạn chế và

sự phức tạp trong tương tác kháng sinh và tình trạng kháng kháng sinh nên việc tự điều trị cũng cần phải được hạn chế.

V. KẾT LUẬN

- Thực trạng tự sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện rất phổ biến.

- Chủ yếu bệnh nhân sử dụng theo tư vấn của người bán thuốc hoặc theo kinh nghiệm.

- Có tới 37,8 % bệnh nhân tự thay đổi kháng sinh khi tự điều trị không hiệu quả.

- Tỷ lệ sử dụng kháng sinh không đúng liều tới 63,3%.

KHUYẾN NGHỊ

- Tăng cường tuyên truyền vận động bệnh nhân không tự sử dụng thuốc kháng sinh mà không có đơn của bác sĩ, hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng thuốc kháng sinh an toàn tại tất cả các cơ sở y tế; Trước hết là tại cơ quan Bộ Nông nghiệp và khu vực Hà Nội.

- Phát triển các dịch vụ tư vấn từ xa, khám chữa bệnh xã hội hóa hay tự nguyện để phục vụ nhu cầu chuyên biệt hơn của bệnh nhân, giảm thiểu tình trạng bệnh nhân tự sử dụng kháng sinh do thiếu các dịch vụ thích ứng.

- Quản lý chặt chẽ hơn nữa hoạt động nhà thuốc, đặc biệt là các nhà thuốc ngoài đô thị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GARP Việt Nam (2010).** Phân tích thực trạng: Sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh ở Việt Nam; CDDP tháng 10, 2010.
2. **Nguyễn Quang Trung, Phan Vĩnh Thọ, Cao Ngọc Nga (2006),** Tình hình sử dụng kháng sinh cho bệnh viêm hô hấp cấp ở các nhà thuốc tây tại Quận 6 và Quận 8 Tp Hồ Chí Minh; *Tạp chí Y học thực hành*
3. **Nguyễn Văn Sinh (2005),** Tình hình sử dụng thuốc kháng sinh - Vai trò của dược sĩ bán thuốc; *Tạp chí Thông tin y dược.*

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM SIÊU ÂM DOPPLER ĐỘNG MẠCH CẢNH Ở BỆNH NHÂN NAM GIỚI MẮC GÚT NGUYÊN PHÁT

Nguyễn Thị Khánh Linh¹, Nguyễn Thị Phương Thủy²

TÓM TẮT

¹Trường Cao đẳng Y tế Hà Đông

²Bộ môn Nội tổng hợp, Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy

Email: phuongthuybm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 8.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.8.2017

Ngày duyệt bài: 28.8.2017

Mục tiêu: 1. Khảo sát đặc điểm siêu âm doppler động mạch cảnh ở bệnh nhân nam giới mắc bệnh gút nguyên phát. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang trên 40 bệnh nhân được chẩn đoán gút, điều trị nội trú tại khoa Cơ xương khớp - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12/2016 đến tháng 5/2017. **Kết quả và kết luận:** Các bệnh nhân có số khớp viêm trung bình là $3,3 \pm 1,8$ với điểm VAS trung bình là $5,8 \pm 0,98$. Nhóm bệnh nhân có nồng độ acid uric máu trung bình là 512,15

$\mu\text{mol/l}$, trong đó 77,5% bệnh nhân có nồng độ acid uric trong huyết thanh tăng cao trên $420\mu\text{mol/l}$. Trong những bệnh phối hợp hay gặp ở bệnh nhân gút, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ cao nhất (72,5% và 87,5%). 65% bệnh nhân có dày lớp nội trung mạc của động mạch cảnh, trong đó gặp nhiều nhất ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi (chiếm tỷ lệ 88,9%). Ở nhóm bệnh nhân gút có kèm theo các bệnh lý phối hợp khác như đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và suy thận, tỷ lệ bệnh nhân có dày lớp nội trung mạc của động mạch cảnh cao hơn so với nhóm bệnh nhân gút không có bệnh kèm theo, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Từ khóa: gút, siêu âm doppler động mạch cảnh, dày lớp nội trung mạc của động mạch cảnh.

SUMMARY

EVALUATION OF ATHEROSCLEROTIC CAROTID PLAQUE BY ULTRASONOGRAPHY IN MALE PATIENTS WITH PRIMARY GOUT

Aim: 1. To assess the carotid intima-media thickness in carotid ultrasound in male patients diagnosed with primary gout. **Subjects and methods:** in this cross-sectional study, we included 40 gout patients, hospitalized at Department of Rheumatology, Bach Mai hospital from December 2016 to May 2017.

Results and conclusions: The mean ($\pm$ SD) number of inflamed joints was 3.3 ± 1.8 and the mean ($\pm$ SD) of VAS score was 5.8 ± 0.98 . The mean serum level of uric acid was $512.15 \mu\text{mol/l}$ and 77.5% of patients had uric acid levels higher than $420 \mu\text{mol/l}$. Among the diseases commonly seen in gout patients, hypertension and dyslipidemia were the most prevalent (72.5% and 87.5% respectively). 65% of patients had increased carotid intima-media thickness (IMT), and increased IMT was most prevalent in patients older than 60 (88.9%). Regarding patients with at least one additional chronic disease (among diabetes mellitus, hypertension, dyslipidemia and chronic renal failure), the proportion of patients with increased IMT was higher compared to patients without any of these diseases, but we found no significant difference ($p>0.05$).

Keywords: Gout, carotid ultrasound, increased carotid intima-media thickness.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gút là một bệnh do rối loạn chuyển hóa nhân purin dẫn đến tăng acid uric máu. Khi acid uric bị bão hòa ở dịch ngoại bào, sẽ gây lắng đọng các tinh thể monosodium ở các mô. Bệnh gút chủ yếu gặp ở nam giới, tuổi trung niên. Hiện nay, tỷ lệ mắc bệnh ngày càng gia tăng. Bệnh có xu hướng tiến triển mạn tính, gây tổn thương ở nhiều cơ quan và làm gia tăng nguy cơ mắc các bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân gút. Bên cạnh đó, một số bệnh kết hợp do rối loạn chuyển hóa có thể gặp ở những bệnh nhân gút cũng sẽ làm tăng nguy cơ bị bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân gút như: tăng

huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu và béo phì. Các nghiên cứu gần đây cho thấy, tình trạng tăng acid uric máu và bệnh gút có liên quan chặt chẽ với sự khởi phát sớm và tiến triển của bệnh tim mạch ở bệnh nhân gút [1]. Các bệnh lý tim mạch như nhồi máu cơ tim, tắc mạch do huyết khối và tai biến mạch não là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong ở những bệnh nhân bị bệnh gút. Trong bệnh gút, các mảng xơ vữa mạch có thể xuất hiện ngay ở giai đoạn sớm của bệnh và có liên quan với mức độ tiến triển của tình trạng viêm khớp. Ở giai đoạn đầu, mảng xơ vữa có thể chưa làm thay đổi dòng chảy động mạch. Tuy nhiên, khi mảng xơ vữa lớn, có thể gây hẹp, hình thành huyết khối tại các vị trí tổn thương và gây biến chứng cho cơ quan đích như đột quỵ não, nhồi máu cơ tim, tắc mạch chi [2].

Trong các phương pháp chẩn đoán cận lâm sàng, siêu âm doppler mạch cảnh có thể phát hiện và đo được kích thước của các mảng xơ vữa cũng như tốc độ dòng máu nên biết được các tắc nghẽn mạch với độ chính xác cao. Ngoài ra, siêu âm doppler mạch còn là một phương pháp thăm dò không xâm nhập nên dễ dàng áp dụng trong chẩn đoán và theo dõi bệnh nhân gút. Ở Việt Nam, bệnh gút đã được nghiên cứu nhiều, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào sử dụng siêu âm doppler mạch cảnh để tìm hiểu các nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân gút. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: 1. Khảo sát đặc điểm siêu âm doppler động mạch cảnh ở bệnh nhân nam giới mắc bệnh gút nguyên phát.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 40 bệnh nhân được chẩn đoán gút theo tiêu chuẩn của Bennett - Wood năm 1968, điều trị nội trú tại khoa Cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12/2016 đến tháng 5/2017. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Tiến cứu, mô tả cắt ngang.
- Địa điểm tiến hành nghiên cứu: Khoa Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai.
- Thời gian tiến hành nghiên cứu từ tháng 12/2016 đến 5/2017.
- Tất cả các bệnh nhân gút tham gia nghiên cứu đều được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cần thiết và siêu âm doppler động mạch cảnh để phát hiện xơ vữa động mạch cảnh. Các chỉ tiêu nghiên cứu được tiến hành thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thiết kế sẵn.
- Các đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới, BMI, thời gian mắc bệnh, đánh giá mức độ đau khớp theo

thang điểm VAS, vị trí khớp viêm, tính chất đợt viêm cấp, số lượng khớp viêm.

- Các đặc điểm cận lâm sàng: xét nghiệm máu, siêu âm doppler động mạch cảnh được thực hiện tại phòng siêu âm doppler mạch Viện tim mạch.

- **Xử lý số liệu:** bằng phần mềm SPSS 16.0 với các test thống kê thường dùng trong y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

	Số bệnh nhân (n)	Kết quả
Tuổi trung bình (năm)	40	53,5 ± 9,7
BMI trung bình (kg/m ²)	40	22,3 ± 2,4
Cân nặng trung bình (kg)	40	61,4 ± 9,1

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 53,5 ± 9,7 tuổi, trong đó BN lớn tuổi nhất là 76. Chỉ số BMI trung bình là 22,3 ± 2,4 và 37,5% bệnh nhân nghiên cứu có BMI ≥ 23.

2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.2: Một số đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng	Trung bình	Thấp nhất	Cao nhất
Thời gian mắc bệnh (năm)	8,7 ± 5,7	1	30
Số khớp viêm	3,3 ± 1,8	1	6
Điểm VAS	5,8 ± 0,98	4	8

Nhận xét: Thời gian mắc bệnh trung bình của bệnh nhân gút trong nghiên cứu là 8,7 năm, trong đó thời gian mắc bệnh ngắn nhất là 1 năm và dài nhất là 30 năm. Các bệnh nhân có số khớp viêm trung bình là 3,3 ± 1,8 với điểm VAS trung bình là 5,8 ± 0,98.

Bảng 3.3: Đặc điểm về nồng độ acid uric trong huyết thanh của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Axit uric (mmol/l)	Bệnh nhân nghiên cứu (n = 40)	
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
≤ 240	2	5,0
240 < ≤ 360	5	12,5
360 < ≤ 420	2	5,0

Bảng 3.7: Đặc điểm lớp nội trung mạc của động mạch cảnh ở những bệnh nhân gút có bệnh lý kết hợp

Nội trung mạc		Không dày (n=14)		Dày (n=26)		p
		n	%	n	%	
Tuổi	<40	3		0	0	0,03
	40-60	10	35,7	18	64,3	
	>60	1	11,1	8	88,9	

> 420	31	77,5
Nồng độ trung bình	512,1 ± 138,99	

Nhận xét: Nhóm BN nghiên cứu có nồng độ acid uric máu trung bình là 512,15 μmol/l, trong đó 77,5% BN có nồng độ acid uric trong huyết thanh tăng cao trên 420 μmol/l.

Bảng 3.4: Đặc điểm về rối loạn lipid máu của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n = 40)

Lipid trong huyết thanh		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Rối loạn lipid máu	Có	35	87,5
	Không	5	12,5
Cholesterol	Tăng	16	40
	Không tăng	24	60
Triglyceride	Tăng	15	37,5
	Không tăng	25	62,5
HDL-C	Giảm	26	65
	Bình thường	14	35
LDL-C	Tăng	6	15
	Không tăng	34	85

Nhận xét: Trong 40 bệnh nhân gút nghiên cứu, 87,5% bệnh nhân có tình trạng rối loạn lipid trong huyết thanh, chủ yếu do giảm HDL-C, tăng cholesterol và triglyceride.

Bảng 3.5: Đặc điểm về các bệnh phổi hợp của bệnh nhân gút

Các bệnh phổi hợp	Bệnh nhân nghiên cứu (n = 40)	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	29	72,5
Đái tháo đường	9	22,5
Rối loạn lipid máu	35	87,5
Suy thận	9	22,5

Nhận xét: Trong các bệnh phổi hợp hay gặp ở bệnh nhân gút, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ cao nhất.

3. Đặc điểm siêu âm doppler động mạch cảnh của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.6: Đặc điểm lớp nội trung mạc động mạch cảnh của đối tượng nghiên cứu (n = 40)

Lớp nội trung mạc động mạch cảnh	Số lượng	Tỷ lệ %
Không dày	14	35
Dày	26	65

Nhận xét: Tình trạng dày lớp nội trung mạc của động mạch cảnh gặp ở 65% nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Rối loạn Lipid máu	Có	0	0	5	100	0,14
	Không	14	40,0	21	60,0	
Tăng HA	Có	5	25,0	15	75,0	0,19
	Không	9	45,0	11	55,0	
ĐTĐ	Có	2	22,2	7	77,8	0,45
	Không	12	38,7	19	61,3	
Suy thận	Có	4	44,4	5	55,6	0,69
	Không	10	32,3	21	67,7	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi có tỷ lệ dày lớp nội trung mạc của động mạch cảnh cao hơn so với nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi ($p < 0,05$). Ở những bệnh nhân gút có bệnh lý phối hợp, tỷ lệ dày lớp nội trung mạc của động mạch cảnh cũng cao hơn so với các bệnh nhân không có bệnh kèm theo, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $53,5 \pm 9,7$ tuổi, trong đó bệnh nhân lớn tuổi nhất là 76 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, 37,5% bệnh nhân bị thừa cân với chỉ số BMI ≥ 23 . Thời gian mắc bệnh trung bình của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 8,7 năm và bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dài nhất là 30 năm. Các bệnh nhân có số khớp viêm trung bình là $3,3 \pm 1,8$ với điểm VAS trung bình là $5,8 \pm 0,98$.

Tình trạng tăng acid uric máu sẽ gây ảnh hưởng đến lớp nội mô của mạch máu, thành của các mao mạch và nhu mô thận ngay cả khi không có lắng đọng tinh thể urat ở các cơ quan trong cơ thể. Các nghiên cứu cho thấy, acid uric có thể chống lại sự oxy hóa trong tế bào nên làm tổn thương lớp nội mô ở thành mạch. Các bệnh lý kèm theo có thể gặp ở những bệnh nhân gút gồm tăng huyết áp, suy tim, bệnh động mạch vành, đột quỵ, bệnh động mạch ngoại vi, bệnh thận mạn tính, suy thận, đái tháo đường, béo phì và rối loạn lipid máu. Kết quả của nhiều nghiên cứu cho thấy, tăng acid uric máu và bệnh gút là những yếu tố nguy cơ độc lập của các bệnh lý này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 39/40 bệnh nhân gút có kèm theo các bệnh lý phối hợp khác như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu và suy thận. Những bệnh lý kết hợp này sẽ làm gia tăng tình trạng xơ vữa mạch của bệnh nhân gút.

Các phản ứng viêm trong cơ thể có một vai trò quan trọng trong sự hình thành và tiến triển của những tổn thương xơ vữa mạch. Nồng độ acid uric máu tăng cao có mối liên quan chặt chẽ với mức độ tăng các cytokine gây viêm trong huyết thanh như: protein-C phản ứng, interleukin 6, yếu tố hoại tử α (TNF- α) [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 31/40 bệnh nhân có nồng độ acid uric trong huyết thanh tăng cao trên $420 \mu\text{mol/l}$, chiếm tỷ lệ 77,5%. Khi siêu âm

doppler động mạch cảnh, 65% bệnh nhân tham gia nghiên cứu có dày lớp nội trung mạc của động mạch cảnh, trong đó gặp nhiều nhất ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi (chiếm tỷ lệ 88,9%). Người bệnh càng lớn tuổi thì tình trạng xơ vữa mạch càng gia tăng. Những mảng xơ vữa mạch và dày lớp nội trung mạc của động mạch cảnh làm tăng nguy cơ nhồi máu cơ tim và đột quỵ của bệnh nhân gút.

Trong bệnh gút, tình trạng viêm khớp và tăng acid uric máu làm thúc đẩy sự phát triển của quá trình xơ vữa mạch. Bệnh gút làm các bệnh nhân tăng 60% nguy cơ bị bệnh mạch vành [4],[5]. Trong nghiên cứu, ở nhóm bệnh nhân gút có kèm theo các bệnh lý phối hợp khác như đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và suy thận, tỷ lệ bệnh nhân có dày lớp nội trung mạc của động mạch cảnh cao hơn so với nhóm bệnh nhân gút không có bệnh kèm theo, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

V. KẾT LUẬN

- Các bệnh nhân có số khớp viêm trung bình là $3,3 \pm 1,8$ với điểm VAS trung bình là $5,8 \pm 0,98$.

- Nhóm bệnh nhân có nồng độ acid uric máu trung bình là $512,15 \mu\text{mol/l}$, trong đó 77,5% bệnh nhân có nồng độ acid uric trong huyết thanh tăng cao trên $420 \mu\text{mol/l}$. Trong những bệnh phối hợp hay gặp ở bệnh nhân gút, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ cao nhất (72,5% và 87,5%).

- 65% bệnh nhân có dày lớp nội trung mạc của động mạch cảnh, trong đó gặp nhiều nhất ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi (chiếm tỷ lệ 88,9%). Ở nhóm bệnh nhân gút có kèm theo các bệnh lý phối hợp khác như đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và suy thận, tỷ lệ bệnh nhân có dày lớp nội trung mạc của động mạch cảnh cao hơn so với nhóm bệnh nhân gút không có bệnh kèm theo, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gancheva RN (2015)**, Ultrasonographic measurement of carotid artery resistive index and diastolic function of the heart in gout patients, *Rheumatol Int*, 35(8):1369-75.
2. **Acevedo A (2016)**, Hyperuricemia and Cardiovascular Disease in Patients with Hypertension, *Conn Med*, 80(2):85-90.
3. **Stein Harald Johnsen (2009)**, Carotid plaque compared with intima-media thickness as a predictor of coronary and cerebrovascular disease, *Current cardiology Report*, 11(1):21-27.
4. **Gancheva R, Kundurdjiev A (2017)**, Evaluation of cardiovascular risk in stages of gout by a complex multimodal ultrasonography, *Rheumatol Int*, 37(1):121-130.
5. **Claudio Borghi (2015)**, Serum uric acid and the risk of cardiovascular and renal disease. *Journal of Hypertension*, Vol 33 - Issue 9 - p 1729 -1741.

NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ SẮT, FERRITIN HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN

Nguyễn Trọng Hà*, Đỗ Phương Hương*,
Đặng Thị Lan Anh*, Lê Việt Thắng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát nồng độ sắt, ferritin huyết thanh và mối liên quan với một số đặc điểm bệnh nhân xơ gan. **Đối tượng và phương pháp:** 103 bệnh nhân xơ gan Child B,C được định lượng sắt và ferritin huyết thanh, tìm nguyên nhân xơ gan và đánh giá tình trạng thiếu máu. **Kết quả:** Nồng độ sắt trung bình là $17,38 \pm 10,83 \mu\text{mol/l}$, có 8,7% bệnh nhân có nồng độ sắt huyết thanh thấp và 17,5% bệnh nhân có nồng độ sắt huyết thanh cao. Nồng độ ferritin huyết thanh trung bình là $355,70 \pm 343,59 \text{ ng/ml}$, có 4,9% bệnh nhân có nồng độ ferritin thấp, 51,5% nồng độ ferritin cao hơn mức bình thường. Nồng độ sắt huyết thanh không liên quan đến giai đoạn xơ gan, tuy nhiên nồng độ ferritin trung bình nhóm bệnh nhân xơ gan Child C cao hơn có ý nghĩa so với nhóm Child B ($p < 0,05$). Nhóm bệnh nhân thiếu máu có nồng độ sắt huyết thanh thấp hơn có ý nghĩa so nhóm không thiếu máu ($p < 0,05$). Không thấy liên quan giữa ferritin huyết thanh với thiếu máu. Nồng độ sắt và ferritin huyết thanh không liên quan với nguyên nhân xơ gan. **Kết luận:** Ở bệnh nhân xơ gan, nồng độ sắt và ferritin huyết thanh chủ yếu là bình thường và có liên quan với thiếu máu, giai đoạn xơ gan.

Từ khóa: Xơ gan, sắt huyết thanh, ferritin huyết thanh

SUMMARY

STUDYING ON CONCENTRATION OF SERUM IRON, FERRITIN OF LIVER CIRRHOSIS PATIENTS

Objective: Survey levels of serum iron, ferritin and their relation with some features of patients diagnosed liver cirrhosis. **Patients and Methods:** 103 liver cirrhosis patients with Child B, C were determined concentration of serum iron, ferritin and found causes of liver cirrhosis, anemia state. **Results:**

Average level of serum iron is $17.38 \pm 10.83 \mu\text{mol/l}$, low level is 8.7% and 17.5% high one. Average level of serum ferritin is $355.70 \pm 343.59 \text{ ng/ml}$, there is 4.9% patients with low level and 51.5% higher than normal one. Serum iron is not relation to stages of liver cirrhosis, however average level of serum ferritin of Child C patients is higher significantly than that of Child B ($p < 0.05$). Average level of serum iron of anemia patients is significantly lower than that of non-anemia ($p < 0.05$). No relation between serum ferritin and anemia. Concentration of serum iron and ferritin is also no relation to causes of liver cirrhosis. **Conclusion:** In liver cirrhosis patients, concentration of serum iron, ferritin almost is normal and related to anemia and stage of liver cirrhosis.

Key words: Liver cirrhosis, serum iron, serum ferritin

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sắt là một chất cần thiết cho sự sống con người nhưng đồng thời nó cũng là chất gây độc khi cơ thể chứa một lượng sắt vượt quá nhu cầu cần thiết. Sắt là nguyên tố có hàm lượng rất ít trong cơ thể. Tổng lượng sắt trong cơ thể là khoảng 4,5g ở người bình thường. Trong cơ thể sắt được sử dụng trước tiên cho mục đích tổng hợp hemoglobin ngoài ra, sắt còn tham gia cấu tạo myoglobin và một số enzyme oxy hoá khử. Do vậy thiếu hụt sắt trong cơ thể sẽ gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sự tổng hợp hemoglobin và gây thiếu máu do thiếu sắt. Ngoài ra thiếu sắt cũng làm ảnh hưởng đến hoạt động chuyển hóa của tế bào do thiếu hụt các men có chứa sắt. Sắt được dự trữ nhiều nhất ở gan dưới dạng ferritin. Ferritin là protein dự trữ sắt trong cơ thể là một dạng hoà tan, nó phản ánh dự trữ sắt trong cơ thể.

Không chỉ dự trữ sắt gan còn sản sinh ra trasferin- một protein vận chuyển sắt và hepcidin một hoc-mon điều hòa trao đổi sắt. Vì một lí do nào đó sắt tập trung quá nhiều tại gan có thể gây tổn thương tế bào gan, xơ hoá và xơ gan

*Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Hà
Email: bshaa7@gmail.com
Ngày nhận bài: 22.6.2017
Ngày phản biện khoa học: 10.8.2017
Ngày duyệt bài: 25.8.2017

hình thành. Ngược lại ở một số bệnh nhân xơ gan đặc biệt là xơ gan rượu có tình trạng dư thừa sắt tại gan. Từ đó tạo vòng xoắn bệnh lý thúc đẩy quá trình xơ gan tiến triển nhanh hơn. Đồng thời ở bệnh nhân xơ gan thường gặp biểu hiện thiếu máu, có nên chỉ định bù sắt hay truyền khối hồng cầu để điều trị thiếu máu ở những bệnh nhân này. Để hiểu rõ hơn về tình trạng sắt ở bệnh nhân xơ gan chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm hai mục tiêu:

- *Khảo sát đặc điểm nồng độ sắt và ferritin huyết thanh ở bệnh nhân xơ gan Child – Pugh B và Child- Pugh C điều trị tại bệnh viện quân y 103.*

- *Tìm hiểu mối liên quan giữa biến đổi nồng độ sắt huyết thanh với một số đặc điểm trên bệnh nhân xơ gan giai đoạn Child – Pugh B và Child- Pugh C.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu là 103 bệnh nhân được chẩn đoán xác định xơ gan và điều trị nội trú tại khoa Nội tiêu hóa- Bệnh viện quân y 103 từ tháng 10/ 2016 đến tháng 5/ 2017.

- Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu: Chọn tất cả những bệnh nhân xơ gan Child – Pugh B và Child- Pugh C.

- Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu
+ Bệnh nhân xơ gan có biến chứng xuất huyết tiêu hóa cấp, hôn mê gan.

+ Bệnh nhân xơ gan kèm theo bệnh lý gây giảm hấp thu sắt: Cắt đoạn dạ dày, viêm teo niêm mạc dạ dày.

+ Bệnh nhân đang điều trị các thuốc có chế phẩm sắt

+ Bệnh nhân không thu thập đủ các số liệu theo thiết kế của nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm nồng độ sắt, ferritin huyết thanh nhóm bệnh nhân xơ gan

Bảng 1. Đặc điểm sắt và ferritin trung bình ở bệnh nhân xơ gan (n=103)

Chỉ số nghiên cứu	Đặc điểm nồng độ			Trung bình
	Thấp (n,%)	Bình thường (n,%)	Cao (n,%)	
Sắt (μmol/l)	9 (8,7%)	76 (73,8%)	18 (17,5%)	17,38 ± 10,83
Ferritin(ng/ml)	5 (4,9%)	45 (43,7%)	53 (51,5%)	355,70 ± 343,59

Nhận xét: Ở đối tượng nghiên cứu phần lớn gặp bệnh nhân có nồng độ sắt huyết thanh bình thường và nồng độ ferritin tăng.

Bảng 2. Tỷ lệ bệnh nhân theo sự biến đổi 2 chỉ số sắt và ferritin huyết thanh

Chỉ số NC	Số lượng BN	Tỷ lệ (%)
2 chỉ số đều giảm	1	1
2 chỉ số bình thường	36	35
2 chỉ số tăng	15	14,6
Giảm 1 trong 2 chỉ số	13	12,6
Tăng 1 trong 2 chỉ số	56	54,4

Nhận xét: Có 1% bệnh nhân xơ gan giảm đồng thời 2 chỉ số sắt và ferritin huyết thanh, 35% bệnh nhân có 2 chỉ số bình thường, 14,6% bệnh nhân xơ gan tăng cả 2 chỉ số. Tăng 1 trong 2 chỉ số chiếm tỷ lệ cao là 54,4%.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang.

- Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án thống nhất

- Bệnh nhân được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm huyết học, sinh hoá máu, vi sinh vật.

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định xơ gan

khi có các hội chứng: Hội chứng suy chức năng gan. Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Triệu chứng thay đổi hình thái gan.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán giai đoạn xơ gan: Đánh giá giai đoạn của xơ gan dựa vào tiêu chuẩn của Child – Pugh năm 1973 chia 3 giai đoạn: Child A, B, C.

- Xác định và phân loại nguyên nhân xơ gan theo 3 nhóm nguyên nhân: do rượu, do vi rút viêm gan và phối hợp do rượu + vi rút.

- Chẩn đoán thiếu máu theo WHO.

- Xét nghiệm sắt được tiến hành trên máy tự động AU 640 với bộ KIT của hãng Roche. Định lượng nồng độ ferritin huyết thanh bằng phương pháp điện hoá phát quang tự động trên máy AXSYM khoa sinh hóa bệnh viện Quân y 103. Xác định giá trị tăng, giảm dựa vào gợi ý của máy.

- **Số liệu sau khi thu thập** sẽ được nhập vào máy tính bằng phần mềm SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nhóm nghiên cứu gồm 103 bệnh nhân, tuổi trung bình là 54,02 ± 10,52 tuổi, nữ chiếm 8,7%, nam chiếm 91,3%. Có 64,1% bệnh nhân xơ gan do rượu, 21,4% bệnh nhân xơ gan do vi rút viêm gan B,C và 14,6% bệnh nhân xơ gan do rượu và vi rút. Về giai đoạn xơ gan có 44,7% bệnh nhân xơ gan giai đoạn Child-Pugh B và 55,3% Child-Pugh C. Có 71,8% bệnh nhân thiếu máu.

3.2. Liên quan giữa nồng độ sắt, ferritin huyết thanh với một số đặc điểm bệnh nhân xơ gan

Bảng 3. Liên quan nồng độ sắt, ferritin huyết thanh theo giai đoạn xơ gan

Chỉ số \ Giai đoạn	Child- Pugh B (n = 46)	Child- Pugh C (n = 57)	p
Sắt ($\mu\text{mol/l}$)	17,80 $\pm$ 12,28	17,04 $\pm$ 9,61	> 0,05
Ferritin (ng/ml)	251,42 $\pm$ 250,46	439,85 $\pm$ 385,33	< 0,05

Nhận xét: Nồng độ sắt huyết thanh trung bình giữa các nhóm Child-Pugh khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nồng độ ferritin trung bình ở nhóm xơ gan Child-Pugh C lớn hơn nhóm xơ gan Child-Pugh B, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 4. Chỉ số sắt, ferritin trung bình theo các nguyên nhân xơ gan

Chỉ số \ Nguyên nhân	Rượu (n = 66)	Virus (n = 22)	Rượu + Virus (n = 15)	p
Sắt ($\mu\text{mol/l}$)	17,89 $\pm$ 11,49	14,29 $\pm$ 9,48	19,66 $\pm$ 9,25	> 0,05
Ferritin (ng/ml)	366,02 $\pm$ 339,74	292,72 $\pm$ 361,05	402,65 $\pm$ 345,82	> 0,05

Nhận xét: Ở nhóm bệnh nhân có nguyên nhân xơ gan khác nhau, nồng độ sắt và ferritin huyết thanh trung bình khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 5. Mối liên quan giữa nồng độ sắt và ferritin huyết thanh với thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan

Chỉ số \ Tình trạng TM	Thiếu máu (n = 74)	Không thiếu máu (n = 29)	p
Sắt ($\mu\text{mol/l}$)	15,33 $\pm$ 9,23	22,61 $\pm$ 12,89	< 0,05
Ferritin (ng/ml)	367,64 $\pm$ 346,70	325,21 $\pm$ 339,61	> 0,05

Nhận xét: Nồng độ sắt huyết thanh ở nhóm bệnh nhân có thiếu máu thấp hơn nhóm bệnh nhân không có thiếu máu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Về nồng độ ferritin huyết thanh sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm bệnh nhân thiếu máu và không thiếu máu ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung và đặc điểm nồng độ sắt, ferritin huyết thanh ở bệnh nhân xơ gan:

Kết quả nghiên cứu cho thấy nguyên nhân xơ gan liên quan đến rượu hay gặp nhất chiếm 78,7% (64,1% do rượu đơn thuần và 14,6% kết hợp rượu với virus), trong khi đó xơ gan do virus viêm gan (B,C) gặp ở 21,4% bệnh nhân. Như vậy có thể nhận thấy rằng không chỉ ở Việt Nam mà ngay cả trên thế giới rượu đang trở thành nguyên nhân ưu thế gây xơ gan. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, mức độ xơ gan theo thang điểm Child-Pugh có 44,7% bệnh nhân xơ gan Child-Pugh B, 55,3% bệnh nhân xơ gan Child-Pugh C.

Nghiên cứu cho thấy chủ yếu gặp bệnh nhân xơ gan có nồng độ sắt trong giới hạn bình thường chiếm tỷ lệ 73,8%, nồng độ sắt huyết thanh thấp chỉ chiếm 8,7%, và có 17,5% bệnh nhân có nồng độ sắt huyết thanh tăng cao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt rõ rệt với một số nghiên cứu như: tác giả Đặng Thị Kim Oanh 2007 cho thấy tới 59% bệnh nhân nghiên cứu có nồng độ sắt huyết thanh thấp, chỉ có 9 % cao. Có sự khác biệt này là do trong nghiên cứu của tác giả có tới 49% bệnh nhân có biểu hiện xuất huyết tiêu hóa trong vòng 1 tháng trước khi nhập viện, trong khi đó tiêu chuẩn loại trừ của chúng tôi khi nghiên cứu là những bệnh nhân có xuất huyết tiêu hóa trong vòng 1 tháng.

Điều đó khẳng định sắt huyết thanh giảm là hậu quả tất yếu của tình trạng xuất huyết tiêu hóa. Thêm vào đó là tình trạng giảm hấp thu sắt do dinh dưỡng và diễn biến bệnh kéo dài.

Bệnh nhân xơ gan có tăng ferritin chiếm tỷ lệ khá cao 51,5%. Nồng độ ferritin huyết thanh trung bình ở bệnh nhân xơ gan là: 355,70 $\pm$ 343,59. Có hiện tượng này là do sự rối loạn chuyển hóa sắt ở bệnh nhân xơ gan. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng hepcidin được tiết ra chủ yếu ở gan, là chất đóng vai trò quan trọng nhất trong quá trình chuyển hóa sắt trong cơ thể. Ở bệnh nhân xơ gan hepcidin giảm làm tăng hấp thu sắt, tăng lắng đọng sắt ở tổ chức võng nội mô đặc biệt ở gan vì thế làm cho nồng độ ferritin ở bệnh nhân xơ gan tăng lên. Mặt khác khi gan bị tổn thương nó không còn khả năng phân giải sắt từ ferritin nữa, làm tăng tích tụ ferritin trong gan hậu quả làm tăng nồng độ ferritin trong gan cũng như trong máu.

4.2. Mối liên quan giữa sắt và ferritin với một số đặc điểm ở bệnh nhân xơ gan

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ sắt huyết thanh ở giai đoạn xơ gan khác nhau. Nồng độ ferritin tăng theo mức độ nặng của xơ gan, ở bệnh nhân xơ gan Child-Pugh C nồng độ ferritin cao hơn ở nhóm bệnh nhân xơ gan Child-Pugh B, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của

chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Naciye fiemnur Buyukafik, đồng thời nhận xét của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Đặng thị Kim Oanh. Như vậy có thể thấy bệnh càng nặng thì ferritin huyết thanh càng tăng, điều này có thể lý giải do tổn thương gan đã ảnh hưởng đến chuyển hóa sắt trong cơ thể. Bình thường để tổng hợp hồng cầu sắt được lấy từ ferritin trong gan. Khi gan bị tổn thương nó không còn khả năng phân giải sắt từ ferritin nữa mặt khác giảm hepcidin (chất đóng vai trò quan trọng trong chuyển hóa sắt) làm tăng tích tụ ferritin trong gan và sự tổn thương càng nặng thì sự tích tụ càng nhiều. Vì vậy theo chúng tôi việc đánh giá nồng độ ferritin huyết thanh ở bệnh nhân xơ gan cũng là một yếu tố tiên lượng bệnh, theo đó nồng độ ferritin huyết thanh càng cao thì bệnh càng nặng.

Ở nhóm bệnh nhân xơ gan có thiếu máu nồng độ sắt huyết thanh thấp hơn nhóm bệnh nhân xơ gan không có thiếu máu. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Có sự khác biệt này là do sắt có vai trò rất quan trọng tham gia vào quá trình tổng hợp Hb của hồng cầu. Do đó thiếu sắt gây ra tình trạng thiếu máu do tổng hợp Hb giảm. Trong xơ gan thiếu sắt do nhiều nguyên nhân như xuất huyết tiêu hóa, thiếu sắt do dinh dưỡng kém...vì vậy trong điều trị cần xem xét bổ sung sắt ở những bệnh nhân xơ gan có biểu hiện thiếu máu đặc biệt thiếu máu mức độ nặng. Nồng độ ferritin ở nhóm bệnh nhân có thiếu máu cao hơn ở nhóm bệnh nhân không có thiếu máu, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

- Nồng độ sắt trung bình là $17,38 \pm$

$10,83\mu\text{mol/l}$, có 8,7% bệnh nhân có nồng độ sắt huyết thanh thấp và 17,5% bệnh nhân có nồng độ sắt huyết thanh cao. Nồng độ ferritin huyết thanh trung bình là $355,70 \pm 343,59\text{ng/ml}$, có 4,9% bệnh nhân có nồng độ ferritin thấp, 51,5% nồng độ ferritin cao hơn mức bình thường.

- Nồng độ sắt huyết thanh không liên quan đến giai đoạn xơ gan, tuy nhiên nồng độ ferritin trung bình nhóm bệnh nhân xơ gan Child C cao hơn có ý nghĩa so với nhóm Child B, $p < 0,05$. Nhóm bệnh nhân thiếu máu có nồng độ sắt huyết thanh thấp hơn có ý nghĩa so nhóm không thiếu máu, $p < 0,05$. Không thấy liên quan giữa ferritin huyết thanh với thiếu máu. Nồng độ sắt và ferritin huyết thanh không liên quan với nguyên nhân xơ gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Quang Huy** (2015), *Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng, hình thái và chức năng tim ở bệnh nhân xơ gan*, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
2. **Đặng Thị Kim Oanh** (2007), "Nhận xét sự thay đổi sắt và Ferritin huyết thanh ở bệnh nhân xơ gan", *tạp chí khoa học tiêu hoá Việt nam*, tập II, số 5, tr 291-295
3. **Vũ Minh Thắng** (2011), "Xơ gan", *Bệnh học nội tiêu hóa*, Học viện Quân Y, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, tr. 275-287.
4. **Duygu Dee Harrison-Findik**(2007), "Role of alcohol in the regulation of iron metabolism" *World J Gastroenterol*, 13(37), 4925-30.
5. **Eleana Gkamprela, Melanie Deutsch, Dimitrios Pectasides** (2017), "Iron deficiency anemia in chronic liver disease: etiopathogenesis, diagnosis and treatment", *Annals of Gastroenterology*, 30(4): 405-413.
6. **Jurczyk K, Wawrzynowicz - Syczewska M, Boroń-Kaczmarek A, Sych Z**(2001), "Serum iron parameters in patients with alcoholic and chronic cirrhosis and hepatitis", *Med Sci Monit*, 7(5), 962-5.

THỰC TRẠNG BỆNH TẠI MŨI Ở HỌC SINH TRƯỜNG TRUNG HỌC CƠ SỞ QUANG TRUNG - THÁI NGUYÊN NĂM 2015

Nguyễn Công Hoàng*, Nguyễn Thị Thái Hà*

TÓM TẮT

Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm mô tả thực trạng bệnh tại mũi họng của học sinh trường Trung học cơ sở Quang Trung thành phố Thái Nguyên. Với cỡ mẫu 355 học sinh tham gia phỏng vấn từ tháng 1 đến tháng 3/2015. Kết quả cho thấy: Tỷ lệ

mắc bệnh TMH của học sinh khá cao (67,0%). Các bệnh thường gặp ở tai: bán tắc, tắc vòi nhĩ (4,2%), viêm tai giữa xẹp nhĩ, xơ nhĩ (0,8%), viêm tai giữa cũ (0,6%) và viêm tai giữa tiết dịch (0,3%). Đặc biệt 13,8% học sinh có các nút ráy tai. Các bệnh thường gặp ở mũi xoang: viêm mũi dị ứng (9,6%); viêm mũi mạn tính (9,3%). Đặc biệt 16,9% học sinh có dị hình vách ngăn mũi. Trong các bệnh về họng: bệnh gặp nhiều nhất là viêm amidan mạn tính (40,3%).

Từ khóa: tai mũi họng, học sinh, THCS.

SUMMARY

ACTUAL SITUATION OF EAR NOSE THROAT (ENT) DISEASE OF QUANG TRUNG

*Đại học y dược Thái nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Hoàng
Email: nguyenconghoang@tnmc.udu.vn
Ngày nhận bài: 28.5.2017
Ngày phản biện khoa học: 8.8.2017
Ngày duyệt bài: 25.8.2017

SECONDARY SCHOOL'S PUPIL, THAI NGUYEN IN 2015

This is a cross-sectional study to describe the actual situation of ENT disease of Quang Trung Secondary school's pupils in Thai Nguyen city. With the sample size of 355 pupils taking part in interview from January to March, 2015. The results show that: The proportion of ENT disease of pupil is quite high (67,0%). The disease is common in ears are: Clogging tuba acustica (4,2%), Otitis media in atria, atrial fibrosis (0,8%), old otitis media (0,6%) and otitis media with succus (0,3%). In particular, 13,8% of pupil have earwax buttons. Common diseases in the sinus nose: Allergic rhinitis (9,6%), Chronic rhinitis (9,3%). In particular, 16,9% of students have nasal congenital malformations. In throat diseases: the most common is chronic tonsillitis (40,3%).

Key words: Ear Nose Throat (ENT), pupil, secondary school.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tai mũi họng là một nhóm bệnh phổ biến do ảnh hưởng của khí hậu và do sự thay đổi của môi trường. Bệnh tai mũi họng ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và sẽ để lại những hậu quả, di chứng nặng nề nếu bệnh không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời [3], [6]. Các nghiên cứu đều cho thấy tỉ lệ bệnh tai mũi họng chiếm tương đối cao trong cộng đồng. Việt Nam là một nước đang phát triển và thuộc vùng khí hậu nhiệt đới gió mùa. Do đặc thù khí hậu và đặc thù của phát triển kinh tế nên tỉ lệ bệnh tai mũi họng tương đối cao. Nghiên cứu của Phùng Minh Lương (2010) cho tỉ lệ mắc bệnh tai mũi họng ở cộng đồng người dân tộc Ê-đê là 58,9%. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hà (2013) cho tỉ lệ mắc các bệnh tai mũi họng chiếm 65,0% [1]

Bệnh tai mũi họng là một bệnh thường gặp ở trẻ nhỏ, đặc biệt ở trẻ từ độ tuổi tiểu học trở xuống [3], [6]. Đã có nhiều nghiên cứu về bệnh tai mũi họng ở trẻ nhỏ [1], [4]; nhưng những nghiên cứu về bệnh tai mũi họng ở lứa tuổi trẻ lớn - lứa tuổi đang đi học (11-15 tuổi) còn ít được đề ý. Để tìm hiểu về những vấn đề trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Thực trạng bệnh tai mũi họng của học sinh trường Trung học cơ sở Quang Trung thành phố Thái Nguyên năm 2015" nhằm mục tiêu sau: Mô tả thực trạng bệnh tai mũi họng của học sinh trường Trung học cơ sở Quang Trung thành phố Thái Nguyên năm 2015.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu: 355 học sinh trường THCS Quang

Trung - Thái Nguyên trong thời gian thu thập số liệu từ tháng 1 đến tháng 3 năm 2015

2.2 Phương pháp nghiên cứu

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

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Tính cỡ mẫu theo công thức cỡ mẫu một tỷ lệ với $p=0,637$. Sử dụng phương pháp chọn mẫu phân tầng và ngẫu nhiên đơn. Chọn được 355 học sinh tham gia vào nghiên cứu.

- **Phương pháp thu thập thông tin:** Khám lâm sàng bằng phương pháp nội soi và phỏng vấn nhằm phát hiện bệnh lý TMH. Đối với các trường hợp nghi có bệnh lý ở tai được đo thính lực và nhĩ lượng. Các kết quả thăm khám được ghi trên phiếu đã thiết kế sẵn.

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Dữ liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 18 với các test thống kê thông thường như tính tỷ lệ %, sử dụng kiểm định Khi bình phương, giá trị OR, mô hình hồi quy logistics để xem xét các yếu tố liên quan.

III. KẾT QUẢ

3.1 Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính: Nam	177	49,9
Nữ	178	50,1
Dân tộc: Kinh	274	77,2
Tày	57	16,1
Nùng	14	3,9
Khác	10	2,8
Độ tuổi (Lớp): 11 (Lớp 6)	94	26,5
12 (Lớp 7)	90	25,4
13 (Lớp 8)	90	25,4
14 (Lớp 9)	81	22,8

Tổng số đối tượng đưa vào nghiên cứu là 355 học sinh trong đó có 177 nam (49,9%) và 178 nữ (50,1%). Nhóm học sinh lớp 9 (14 tuổi) có tỉ lệ 22,8%. Nhóm học sinh lớp 7 (12 tuổi) và lớp 8 (13 tuổi) có tỉ lệ 25,4%. Nhóm học sinh 11 tuổi chiếm tỉ lệ 26,5%. Phần lớn học sinh là dân tộc Kinh (77,2%).

3.2 Thực trạng bệnh Tai mũi họng của học sinh trường trung học cơ sở Quang Trung

Bảng 2: Tỷ lệ học sinh mắc bệnh tai mũi họng (n=355)

Bệnh tai mũi họng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có	238	67,0
Không	117	33,0
Tổng số	355	100

Bảng 2 cho thấy tỉ lệ học sinh mắc bệnh TMH tại thời điểm nghiên cứu là 67,0%; có 33,0% đối tượng không phát hiện bệnh lý TMH.

Bảng 3: Các bệnh đã gặp về tai

Các bệnh đã gặp về tai	SL (n=355)	Tỉ lệ (%)
Viêm tai giữa tiết dịch	1	0,3
Bán tắc, tắc vòi nhĩ	15	4,2
Viêm tai giữa xẹp nhĩ, xơ nhĩ	3	0,8
Viêm tai giữa cũ	2	0,6
Ráy tai	49	13,8
Rò luân nhĩ	3	0,8
Tổng số học sinh mắc bệnh về tai	21	5,9

Bảng 3 cho thấy tỉ lệ mắc các bệnh lý về tai tại thời điểm nghiên cứu. Bệnh lý bán tắc, tắc vòi nhĩ chiếm tỉ lệ 4,2%. Bệnh lý viêm tai giữa tiết dịch có tỉ lệ thấp nhất, chỉ có duy nhất 1 học sinh chiếm tỉ lệ 0,3%. Bên cạnh đó tình trạng học sinh có ráy tai chiếm tỉ lệ khá cao 13,8%.

Bảng 4: Các bệnh đã gặp về mũi xoang

Các bệnh đã gặp về mũi xoang	SL (n=355)	Tỉ lệ (%)
Viêm mũi cấp tính	8	2,3
Viêm mũi mạn tính	33	9,3
Viêm mũi dị ứng	34	9,6
Viêm xoang cấp tính	4	1,1
Viêm xoang mạn tính	6	1,7
Dị hình vách ngăn	60	16,9
Tổng số học sinh mắc bệnh về mũi xoang	84	23,7

Bảng 4 cho thấy tỉ lệ học sinh bị dị hình vách ngăn mũi tương đối cao 16,9%. Đây là một trong các nguyên nhân làm cho bệnh lý về tai mũi họng nặng nề hơn. Tỉ lệ bệnh nhân bị viêm mũi dị ứng chiếm 9,6% và viêm mũi mạn tính là 9,3%.

Bảng 5: Các bệnh đã gặp về họng

Các bệnh đã gặp về họng	SL (n=355)	Tỉ lệ (%)
Viêm V.A mạn tính	86	24,2
Viêm V.A mạn tính đợt cấp	39	11,0
Viêm họng mạn tính	5	1,4
Viêm họng mạn tính đợt cấp	0	0
Viêm amidan mạn tính	143	40,3
Viêm amidan mạn tính đợt cấp	8	2,3
Tổng số học sinh mắc bệnh về họng	192	54,1

Bảng 5 cho thấy, tỉ lệ bệnh viêm amidan mạn tính chiếm tỉ lệ cao nhất 40,3%; sau đó là tỉ lệ viêm V.A mạn tính chiếm 24,2% và viêm V.A mạn tính đợt cấp (11,0%). Quan sát thấy tổng số học sinh mắc bệnh về họng là 192 (chiếm 54,1%) nhỏ hơn tổng số các bệnh đã gặp về họng.

Bảng 6: Phân độ V.A

Phân độ V.A	SL (n=355)	Tỉ lệ (%)
-------------	---------------	--------------

Đã thoái triển hoàn toàn	63	17,7
Độ 1	138	38,9
Độ 2	129	36,3
Độ 3	21	5,9
Độ 4	4	1,1

Bảng 6 cho thấy ở nhóm nghiên cứu lứa tuổi từ 11-14 tuổi V.A đã thoái triển hoàn toàn chiếm tỉ lệ 17,7%; Viêm V.A độ 1 và độ 2 lần lượt là 38,9% và 36,3%. Còn tỉ lệ nhỏ tình trạng V.A độ 4 chiếm 1,1% và V.A độ 3 chiếm tỉ lệ 5,9%.

Bảng 7: Phân độ amidan

Phân độ amidan	SL (n=355)	Tỉ lệ (%)
Độ 1	275	77,5
Độ 2	72	20,3
Độ 3	6	1,7
Độ 4	2	0,6

Bảng 7 cho thấy tỉ lệ phân độ amidan có sự khác nhau rõ rệt. Phần lớn đối tượng nghiên cứu có amidan độ 1 (77,5%) và độ 2 (20,3%). Nhóm amidan độ 4 còn rất ít (0,6%) và amidan độ 3 là 1,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Thực trạng bệnh Tai mũi họng tại trường cơ sở Quang Trung: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ học sinh mắc bệnh TMH tại thời điểm nghiên cứu tương đối cao, chiếm 67,0%. Chỉ có 33,0% đối tượng không phát hiện bệnh lý TMH thông qua thăm khám nội soi. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hà (2013) trên 794 học sinh tiểu học thành phố Thái Nguyên cho tỉ lệ mắc các bệnh lý về TMH của học sinh tiểu học chiếm 65,0% [1]. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Phùng Minh Lương trên cộng đồng dân tộc Ê Đê năm 2010 với tỉ lệ bệnh TMH là 58,9% [2] và cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Viral Shah và cs (2014) về bệnh TMH ở học sinh từ 5 - 14 tuổi thuộc 6 trường công lập huyện Jamnagar, Ấn Độ cho tỉ lệ bệnh TMH chung là 46,6%. Nhìn chung cho thấy tỉ lệ mắc bệnh TMH ở lứa tuổi học sinh THCS luôn ở mức cao. Đây chính là bằng chứng cho thấy cần có những tác động, những quản lý trong việc kiểm soát bệnh TMH ở học sinh độ tuổi này nhằm nâng cao sức khỏe cũng như chất lượng học tập cho các em.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi quan sát thấy ở cả 4 nhóm 11, 12, 13, 14 tuổi tỉ lệ bệnh ở họng là cao nhất, sau đó là các bệnh lý mũi xoang và cuối cùng là các bệnh ở tai. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với cơ cấu nhóm bệnh TMH trong nghiên cứu của Trần Duy Ninh với học sinh vùng Đông Bắc và Tây Bắc [5]

Các bệnh về họng là các bệnh hay gặp trong nghiên cứu của chúng tôi. Tỉ lệ bệnh viêm

amidan mạn tính chiếm tỉ lệ cao nhất 40,3%; sau đó là tỉ lệ viêm V.A mạn tính chiếm 24,2% và viêm V.A mạn tính đợt cấp (11,0%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác biệt đôi chút so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hà và Trần Duy Ninh (2013): tỉ lệ cao nhất là viêm V.A mạn tính (41,6%) và mạn tính đợt cấp (16,9%); tỉ lệ viêm amidan mạn tính cũng chiếm khá cao: 34,1% và 12,1% viêm amidan mạn tính đợt cấp [1]. Qua đó cho thấy học sinh THCS có tỉ lệ viêm V.A thấp hơn so với học sinh tiểu học. Qua đó nhắc nhở chúng ta rằng trẻ có thể mắc phối hợp các bệnh lý TMH, vì vậy cần dự phòng đúng cách, phát hiện sớm và điều trị triệt để các bệnh lý TMH.

Đặc điểm phân độ V.A và amidan trên đối tượng nghiên cứu. Kết quả cho thấy V.A còn tồn tại với tỉ lệ khá cao ở học sinh THCS. Chủ yếu là V.A độ 1 chiếm tỉ lệ 38,9%; độ 2 chiếm tỉ lệ 36,3%. Đặc biệt có 5,9% V.A độ 3 và 1,1% V.A độ 4. Chỉ có 17,7% V.A đã thoái triển hoàn toàn. Kết quả này cần được quan tâm vì V.A còn tồn tại gây ra nhiều bệnh lý về TMH. Phần lớn đối tượng nghiên cứu có amidan độ 1 (77,5%). Nhóm amidan độ 4 còn rất ít (0,6%) và amidan độ 3 là 1,7%. Nhận xét chung cho thấy V.A và amidan còn gặp ở tất cả các độ và có xu hướng thoái triển dần. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với kết quả mà Nguyễn Lê Thủy đã đưa ra: tỉ lệ viêm V.A giảm dần theo lứa tuổi và độ quá phát của viêm V.A: độ 2 chiếm tỉ lệ cao nhất (34,0%), độ 3 (23,8%), độ 1 (17,8%), độ 4 chiếm tỉ lệ thấp nhất (0,3%)[7]. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu về amidan ở học sinh từ 4 - 17 tuổi của Akcay A. và cs (2006) cho thấy: tỉ lệ amidan độ 1 là 62,7%; amidan độ 2 là 28,4%; amidan độ 3 là 3,3% và amidan độ 4 là 0,1%. Tỉ lệ amidan độ 1 tăng dần theo tuổi trong khi tỉ lệ amidan độ 3 và độ 4 giảm dần theo tuổi. Nhìn chung, ở lứa tuổi 11-14 bắt đầu có sự thoái triển của V.A và amidan, kết quả này hoàn toàn phù hợp với sinh lý về sự thoái triển của V.A và

amidan [3], [6]. Tỉ lệ cao học sinh viêm V.A ở lứa tuổi này cần được quan tâm chú ý vì có thể gây ra biến chứng tại tim và khớp.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ mắc bệnh TMH của học sinh trường THCS Quang Trung năm 2015 khá cao (67,0%). Các bệnh thường gặp ở tai: bán tắc, tắc vòi nhĩ (4,2%), viêm tai giữa xẹp nhĩ, xơ nhĩ (0,8%), viêm tai giữa cũ (0,6%) và viêm tai giữa tiết dịch (0,3%). Đặc biệt 13,8% học sinh có các nút ráy tai. Các bệnh thường gặp ở mũi xoang: viêm mũi dị ứng (9,6%); viêm mũi mạn tính (9,3%). Đặc biệt 16,9% học sinh có dị hình vách ngăn mũi. Trong các bệnh về họng: bệnh gặp nhiều nhất là viêm amidan mạn tính (40,3%). Đặc biệt bệnh viêm V.A còn gặp ở học sinh trung học cơ sở khá cao (24,2% viêm V.A mạn tính và 11,0% mạn tính đang trong đợt cấp).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Hà, Trần Duy Ninh (2013), "Thực trạng bệnh tai mũi họng của học sinh tiểu học thành phố Thái Nguyên năm 2013", *Tạp chí Y học thực hành*, 10, tr. 108 - 113.
2. Phùng Minh Lương (2011), *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 một số biện pháp can thiệp phù hợp ở tuyến thôn bản*, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. Trần Duy Ninh (2012), *Tai Mũi Họng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. Trần Duy Ninh (2012), "Thực trạng bệnh tai mũi họng của học sinh trường Tiểu học Cẩm Giã Thành phố Thái Nguyên", *Tai mũi họng Việt Nam*, 6, tr. 60-67.
5. Trần Duy Ninh và cộng sự (1998), "Mô hình bệnh tai mũi họng của một số dân tộc miền núi phía Bắc Việt Nam", *Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học, Quyển IX, Nhà xuất bản Y học*, tr. 174 - 189.
6. Nhan Trưng Sơn (2008), *Tai mũi họng*, Vol. 1, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
7. Nguyễn Lê Thủy, Trần Duy Ninh (2013), "Nghiên cứu bệnh viêm V.A bằng phương pháp nội soi ở học sinh trường trung học cơ sở Nha Trang thành phố Thái Nguyên", *Tạp chí Y học thực hành*, 3 tr. 94-100.

ĐÁP ỨNG CỦA PHÁC ĐỒ PHỐI HỢP PACITAXEL-CARBOPLATIN TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ TÁI PHÁT DI CẦN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Trần Văn Thuận*

TÓM TẮT

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Thuận

Email: drthuan1970@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.6.2017

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 UTV tái phát di căn nhưng chưa có đánh giá tại Việt Nam. Mục tiêu: (1) Đánh giá

Ngày phản biện khoa học: 7.8.2017

Ngày duyệt bài: 16.8.2017

kết quả đáp ứng của phác đồ phối hợp Paclitaxel – Carboplatin trên bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn; (2). Mô tả một số yếu tố liên quan tới đáp ứng của phác đồ trên ở 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 sau 3 tháng; 6 tháng. Kết quả: tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn và một phần các triệu chứng cơ năng sau 3 đợt và 6 đợt tương ứng là 53,5% và 67,3%; tỷ lệ đáp ứng trên các tổn thương đích sau 3 đợt là 57,1%, sau 6 đợt là 65,4%. Tỷ lệ đáp ứng chung trên các tổn thương đích sau điều trị là 60,7%. Đáp ứng điều trị có mối tương quan tới số vị trí di căn và tình trạng HER ($p < 0,05$).

Từ khóa: ung thư vú tái phát di căn, Phác đồ Paclitaxel-Carboplatin; đáp ứng điều trị

SUMMARY

RESPONSE OF REGIME COMBINATION PACITAXEL-CARBOPLATIN IN METASTATIC RECURRENT BREAST CANCER AND RELATED FACTORS

Background: Several studies showed high response rate in treatment of recurrent metastatic breast cancer by applied regime Paclitaxel – Carboplatin. However, there is no study in evaluation in Vietnam. Objectives: (1) To evaluate responded of regime Paclitaxel – Carboplatin in recurrent metastatic breast cancer women (2) To describe some related factors to response in aboved patients. Subjects & Method: 56 recurrent metastatic breast cancer women treated at the K hospitals were reach criterias and agreed to involve in the study. Response of treatment was evaluated by RESIST 1.1 at 3 months and 6 months after treatment. Results: Response rates completely and partly physical signs after 3 months & 6 months was 53.5%; 67.3% respectively; response rate at target disorder was 57.1% after 3 months and 65.4% after 6 months of treatment. The overall response rate was 60.7%. Responses of the treatment was related to number of metastatic positions and HER (-) situation ($p < 0,05$).

Keywords: recurrent metastatic breast, Paclitaxel-Carboplatin Regime; response of treatment

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]. Phác đồ dựa trên anthracycline được sử dụng phổ biến trong điều trị UTV di căn, nhưng vì có độc tính trên tim với liều tích lũy trong giới hạn cho phép nên sẽ hạn chế trên các bệnh nhân mà trước đó đã được điều trị hỗ trợ bằng thuốc này. 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 [5].

Phác đồ phối hợp Paclitaxel - Carboplatin đã được sử dụng trên các 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: (1) *Đánh giá kết quả đáp ứng của phác đồ phối hợp Paclitaxel – Carboplatin trên bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn;* (2) *Mô tả một số yếu tố liên quan tới đáp ứng của phác đồ trên ở 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 hỗ 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/ml, tiểu cầu >100.000/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 <10,9mmol/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.

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 Fountzilas: 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. Công cụ nghiên cứu: Thu thập thông tin theo một mẫu bệnh án nghiên cứu

2.5. 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.

2.6 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%.

Bảng 1: Đánh giá đáp ứng sau điều trị

	Sau 3 đợt		Sau 6 đợt	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Đáp ứng cơ năng trên lâm sàng: Hoàn toàn	6	10,7	10	19,2
Một phần	24	42,8	25	48,1
Giữ nguyên	23	41,1	14	26,9
Tăng lên	3	5,4	3	5,8
Đáp ứng trên tổn thương đích: Hoàn toàn	7	12,5	9	17,3
Một phần	25	44,6	25	48,1
Giữ nguyên	20	35,8	13	25,0
Tiến triển	4	7,1	5	9,6

Bảng 1 cho thấy tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn và một phần các triệu chứng cơ năng sau 3 đợt và 6 đợt tương ứng là 53,5% và 57,3%. Với đáp ứng trên tổn thương đích thì tỷ lệ đáp ứng một phần và hoàn toàn sau 6 tháng là 65,4%.

Bảng 2: Đánh giá đáp ứng chung sau điều trị

Đáp ứng	n	Tỷ lệ %
Hoàn toàn	9	16,1

Một phần	25	44,6
Giữ nguyên	13	23,2
Tiến triển	9	16,1
Tổng	56	100

Tỷ lệ đáp ứng chung sau điều trị 60,7%. Trong đó, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 16,1 %, đáp ứng 1 phần 44,6% (Bảng 2).

Bảng 3. Đáp ứng điều trị và một số yếu tố liên quan

	Đáp ứng n (%)	Không đáp ứng n (%)	Giá trị p
<i>Độ mô học :</i> I	3 (42,8)	4 (57,2)	0,053
II	20 (66,6)	10 (33,4)	
III	6 (60,0)	4 (40,0)	
<i>Số vị trí di căn:</i> 1 vị trí	24(80,0)	6(20,0)	0,010
≥ 2 vị trí	10 (38,5)	16 (61,5)	
<i>Thụ thể nội tiết :</i> Dương tính	26 (61,9%)	16 (39,1)	0,448
Âm tính	8 (57,1)	6 (42,9)	
<i>Tình trạng HER2:</i> Dương tính	12 (50)	12 (50)	
Âm tính	22 (68,8)	10 (31,2)	

Bảng 3 cho thấy tỷ lệ đáp ứng với điều trị không có mối liên quan tới độ mô bệnh học và tình trạng thụ thể nội tiết. Tuy nhiên, có mối tương quan tới tình trạng thụ thể HER âm tính ($p < 0,05$) và số vị trí di căn ($p = 0,01$).

IV. BÀN LUẬN

1.Đáp ứng sau điều trị: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phác đồ phối hợp paclitaxel – carboplatin cho kết quả đáp ứng khả quan và có thể là phác đồ phù hợp để điều trị bước 1 UTV tái phát di căn đã được điều trị hỗ trợ bằng các phác đồ có anthracycline hoặc kháng với anthracycline.

Đáp ứng về các triệu chứng cơ năng: Trong ung thư vú tái phát di căn, các triệu chứng thường gặp là đau, hạn chế vận động (di căn xương), ho, tức ngực, khó thở (di căn phổi), chán ăn, mệt mỏi (di căn gan), các triệu chứng này khi xuất hiện sẽ ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [6]. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng (hoàn toàn và một phần) các triệu chứng cơ năng sau 3 đợt và 6 đợt tương ứng là 53,5% và 67,3%, tỷ lệ số bệnh nhân khỏi hoàn toàn là 19,2%. Việc điều trị hóa chất đã cải thiện đáng kể các triệu chứng với thời gian đáp ứng khá nhanh đã góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

Đáp ứng trên các tổn thương đích (đáp ứng thực thể): kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ đáp ứng sau 3 đợt là 57,1 %, sau 6 đợt là 65,4%. Tỷ lệ đáp ứng chung trên các tổn thương đích sau điều trị là 60,7%. Trong đó, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 16,1%, đáp ứng 1 phần 44,6%, tỷ lệ bệnh tiến triển là 16,1%. Nghiên cứu của Fountzilias và CS (1998) thực hiện trên 66 bệnh nhân UTV tiến triển có tỷ lệ đáp ứng chung là 53% Nghiên cứu của Perez và CS (2000) trên 53 bệnh nhân UTV di căn cho thấy tỷ lệ đáp ứng chung là 62% (95% CI=48% - 75%);

đáp ứng hoàn toàn 16% và đáp ứng một phần là 46% [4]. Loesch (2002) và CS nghiên cứu trên 100 phụ nữ UTV di căn trên 53 bệnh nhân cũng cho thấy tỷ lệ đáp ứng là 62%; 8% đáp ứng hoàn toàn, 54% đáp ứng một phần [5]. 2. Một số yếu tố liên quan với đáp ứng điều trị

Liên quan giữa đáp ứng với số vị trí di căn: Số lượng vị trí di căn là một trong các yếu tố tiên lượng đáp ứng với điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ đáp ứng đối với các tổn thương đơn độc (1 vị trí) cao hơn các tổn thương phối hợp nhiều vị trí. Hơn nữa, tổn thương nhiều vị trí còn cho thấy mức độ lan tràn và rầm rộ của bệnh, tiên lượng ở nhóm này thường xấu hơn rất nhiều so với nhóm chỉ di căn đơn độc một vị trí.

Liên quan giữa đáp ứng điều trị với HER2: HER2 dương tính có xu hướng kháng với điều trị hóa chất nhưng lại đáp ứng tốt khi phối hợp hóa chất với kháng thể đơn dòng trastuzumab mà không phụ thuộc vào tình trạng TTNT [6,7]. Nghiên cứu của Nogi (2008) trên các bệnh nhân UTV thể viêm cho thấy nhóm có PR (+) và HER2 (-) nhạy cảm với anthracycline hơn.

Liên quan giữa đáp ứng điều trị với tình trạng thụ thể nội tiết: Ngoài giá trị tiên lượng, ER và PR còn là yếu tố có giá trị dự báo đáp ứng với điều trị hệ thống. Những u càng biệt hóa cao thì càng có tỷ lệ dương tính với ER và PR cao [7]. Tuy nhiên, một nghiên cứu của Precht (2010) trên 464 bệnh nhân được điều trị hỗ trợ trước lại cho thấy nhóm bệnh nhân có TTNT (-) đáp ứng với hóa chất cao hơn nhóm có TTNT (+), 26% so với 4% [6]. Nghiên cứu của Nogi

(2008) về điều trị hóa chất trên các bệnh nhân UTV thể viêm cho thấy nhóm có PR (+) và HER2 (-) nhạy cảm với anthracycline hơn. Theo Trần Văn Thiệu (2012), nhóm có TTNT (+) có tỷ lệ đáp ứng là 70,4% so với nhóm TTNT (-) là 20,4 ($p>0,05$). Kết quả các nghiên cứu trên cho phép chúng ta lý giải rằng, mối liên hệ giữa tình trạng TTNT với đáp ứng điều trị có thể còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố và cần có thêm các nghiên cứu khác để làm sáng tỏ vấn đề này.

Liên quan giữa tỷ lệ đáp ứng và độ mô học (ĐMH): độ mô bệnh học càng cao chứng tỏ độ ác tính của khối u càng lớn, tuy nhiên theo nghiên cứu của Amat (2002) thấy các khối u có ĐMH III đáp ứng với điều trị hỗ trợ trước tốt hơn các khối u có ĐMH I. Trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy sự liên quan giữa ĐMH và tình trạng đáp ứng với phác đồ điều trị. Kết quả này có thể chưa phản ánh chính xác mối liên quan giữa đáp ứng của phác đồ điều trị với ĐMH do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi còn ít.

V. KẾT LUẬN

Điều trị ung thư vú tái phát di căn bằng phác đồ phối hợp Paclitaxel – Carboplatin cho thấy tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn và một phần các triệu chứng cơ năng sau 3 đợt và 6 đợt tương ứng là

53,5% và 67,3%; tỷ lệ đáp ứng trên các tổn thương đích sau 3 đợt là 57,1 %, sau 6 đợt là 65,4%. Tỷ lệ đáp ứng chung trên các tổn thương đích sau điều trị là 60,7%. Đáp ứng điều trị có mối tương quan tới số vị trí di căn và tình trạng HER (-) ($p<0,05$).

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. Loesch, D., et al (2002)., Phase II multicenter trial of a weekly paclitaxel and carboplatin regimen in patients with advanced breast cancer. *J Clin Oncol*. 20(18): p. 3857-64
6. Pecht, L.M., et al (2010)., Neoadjuvant chemotherapy of breast cancer: tumor markers as predictors of pathologic response, recurrence, and survival. *Breast J*. 16(4): p. 362-8.
7. Hudis, C.A (2007)., Trastuzumab--mechanism of action and use in clinical practice. *N Engl J Med*. 357(1): p. 39-51.

ĐÁNH GIÁ QUAN ĐIỂM CỦA LÃNH ĐẠO BỆNH VIỆN TUYẾN HUYỆN VỀ VIỆC THỰC HIỆN KHOẢN ĐỊNH SUẤT BẢO HIỂM Y TẾ TẠI MỘT SỐ TỈNH ĐỒNG BẰNG SÔNG CỬU LONG

Dương Huy Lương*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm tìm hiểu quan điểm của một số lãnh đạo bệnh viện tuyến huyện về thực hiện phương thức chi trả khoán định suất bảo hiểm y tế (BHYT) tại 5 tỉnh đại diện cho 12 tỉnh vùng đồng bằng sông Cửu Long năm 2008. Có 24 lãnh đạo các bệnh viện huyện đã tham gia nghiên cứu thông qua trả lời bộ câu hỏi và thực hiện phỏng vấn sâu. Kết quả cho thấy có 21/24 lãnh đạo cho biết bệnh viện của mình đã triển khai khoán định suất BHYT. Về lý do triển khai phương thức khoán định suất BHYT, có 10/21 lãnh đạo cho biết do sự ép buộc của cơ quan khác và chỉ có 2/21 bệnh viện chủ động chọn phương

thức này. Bên cạnh đó, các ý kiến cũng cho rằng khoán định suất BHYT có ảnh hưởng cả tiêu cực và tích cực đến việc cung ứng dịch vụ y tế (DVYT). Về suất phí BHYT, hơn 60% các lãnh đạo không biết cơ sở tính toán suất phí và cho rằng suất phí BHYT chưa có tính phù hợp. Về việc sử dụng kinh phí từ quỹ BHYT, có đến 19/21 lãnh đạo cho biết suất phí không đảm bảo được cho việc thanh toán chi phí khám chữa bệnh (KCB) và không kiểm soát được việc chuyển tuyến và thanh toán đa tuyến.

Từ khóa: quan điểm, khoán định suất, bảo hiểm y tế, lãnh đạo bệnh viện, Đồng bằng sông Cửu Long.

SUMMARY

THE STANDPOINT ASSESSMENT OF DISTRICT HOSPITAL LEADERS FOR HEALTH INSURANCE CAPITATION PAYMENT MECHANISM IN PROVINCES IN MEKONG DELTA

A descriptive cross-sectional study was carried out to examine the views of some district hospital leaders on the implementation of the capitation payment

*Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế
Chịu trách nhiệm chính: Dương Huy Lương
Email: dr.luong.vn@gmail.com
Ngày nhận bài:
Ngày phản biện khoa học:
Ngày duyệt bài:

mechanism of health insurance in 5 provinces representing 12 provinces in the Mekong Delta in 2008. There were 24 district hospital leaders who participated in the study through answering the questionnaires and participating in the in-depth interviews. The results showed that there were 21/24 leaders who said that their hospital has implemented the capitation payment mechanism. Regarding the reasons for applying the capitation payment mechanism, 10/21 leaders said that it was due to the pressure of other agencies and only 2/21 of hospitals actively chose this method. In addition, the opinions also suggested that the capitation payment of health insurance had both negative and positive impacts on the delivery of health services. In terms of health insurance premiums, more than 60% of managers did not know the basis for calculating fees and assumed that the premium rate was not appropriate. Regarding the use from the health insurance fund, 19 out of 21 leaders said that the fees did not cover the payment of medical expenses and hospitals could not control the transfer and payment for multiple lines.

Key words: standpoint, capitation, health insurance, hospital leaders, Mekong Delta

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày 14/11/2008, Quốc hội ban hành Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 [1]. Theo đó, một trong những phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh Bảo hiểm y tế (BHYT) là thanh toán theo định suất. Phương thức thanh toán theo định suất mang lại ưu điểm là bệnh viện được chủ động sử dụng phần kinh phí BHYT, trường hợp quỹ định suất có kết dư thì cơ sở y tế được sử dụng như nguồn thu của đơn vị sự nghiệp tối đa khoảng 20% nên các cơ sở y tế luôn quan tâm đến hiệu quả chi phí trong khám, chữa bệnh, tăng cường thái độ phục vụ người bệnh. Tuy nhiên, bên cạnh những ưu điểm, việc khoán KCB theo định suất cũng bộc lộ nhiều hạn chế như có thể sẽ làm hạn chế quyền lợi của người bệnh [2, 3]. Đến năm 2015, tất cả cơ sở y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại

địa phương đều sẽ thực hiện phương thức thanh toán theo định suất vì vậy rất cần thiết có những nghiên cứu tác động của thực hiện khoán định suất tới hoạt động bệnh viện tìm ra những tồn tại, bất cập để có những giải pháp điều chỉnh kịp thời nhằm tăng cường hoạt động hiệu quả của các bệnh viện.

Tại vùng đồng bằng sông Cửu Long hiện đang có 11 tỉnh có các cơ sở y tế thực hiện phương thức thanh toán định suất. Các cơ sở y tế thực hiện định suất tại một số tỉnh hầu hết là trạm y tế xã và bệnh viện huyện. Từ đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu "*Tìm hiểu quan điểm của lãnh đạo các bệnh viện huyện về thực hiện phương thức chi trả khoán định suất BHYT*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu: tiến hành tại 5 tỉnh đại diện cho 12 tỉnh Đồng bằng sông Cửu Long: Bạc Liêu, Sóc Trăng, An Giang, Đồng Tháp, Tiền Giang.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: 24 lãnh đạo các bệnh viện đa khoa huyện thuộc 5 tỉnh nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp thu thập số liệu định lượng và định tính.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu nghiên cứu: chọn 5 tỉnh có chủ đích đại diện cho 12 tỉnh thuộc vùng ĐBSCL, mỗi tỉnh chọn 2 huyện đã triển khai thanh toán BHYT theo định suất. Các lãnh đạo bệnh viện tuyến huyện của 10 huyện này được chọn để tham gia nghiên cứu.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu định lượng được làm sạch và phân tích bằng phần mềm STATA 12.0. Số liệu định tính thu thập qua phỏng vấn sâu được xử lý theo phương pháp mã hóa mở.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Ý kiến của lãnh đạo các bệnh viện huyện về việc triển khai phương thức chi trả khoán định suất BHYT

Quan điểm về thực hiện khoán định suất BHYT	Số lượng(n)	Tỷ lệ(%)
Biết thời điểm bệnh viện triển khai khoán định suất BHYT (n=24)		
Biết rõ thực hiện từ 2011 hoặc 2010	21	87,5
Không biết BV đã triển khai BHYT định suất	3	12,5
Lý do thực hiện khoán định suất BHYT (n=21)		
Do BV chủ động chọn	2	9,5
Thực hiện theo lộ trình của tỉnh	3	14,3
Có bàn bạc với bệnh viện huyện	6	28,6
Có sự gợi ý cơ quan khác	10	47,6
Ý kiến về các văn bản hướng dẫn cho việc khoán định suất BHYT (n=21)		
Rõ ràng	12	57,1

Không rõ ràng	9	42,9
Việc khoán định suất BHYT giúp nâng cao tính chủ động trong cung ứng DVYT (n=21)		
Có giúp nâng cao tính chủ động trong cung ứng DVYT	9	42,9
Có giúp, nhưng không nhiều	5	23,8
Không có hiệu quả, không thuận lợi	7	33,3
Việc khoán định suất có giúp BV trong việc nâng cao tính chủ động trong sử dụng kinh phí từ quỹ BHYT (n=21)		
Có giúp nâng cao tính chủ động trong sử dụng kinh phí	9	42,9
Có giúp nhưng không hiệu quả/giúp không đáng kể	4	19,0
Không giúp được gì/ không được chủ động sử dụng quỹ	8	38,1

Nguồn: Số liệu khảo sát tại 5 tỉnh Đồng bằng sông Cửu Long 2011-2012, VHEA

Trong khảo sát lãnh đạo bệnh viện, có 3/24 người không biết BV của mình đã triển khai BHYT định suất. Về lý do thực hiện khoán định suất, các lãnh đạo bệnh viện cho rằng đã có sự bàn bạc, chủ động và thực hiện theo lộ trình của tỉnh. Tuy nhiên vẫn còn 10/12 người được hỏi cho rằng có sự gợi ý của cơ quan liên quan. Chỉ có 2 bệnh viện cho biết đã chủ động lựa chọn phương thức thanh toán BHYT theo khoán định suất. Ý kiến của một bệnh viện tỉnh Đồng Tháp cho biết: "Thực hiện theo chủ trương của Sở Y tế và Bảo hiểm xã hội (BHXH) Đồng Tháp. Bệnh viện không có lựa chọn khoán với BHYT".

Liên quan tới các văn bản hướng dẫn thực hiện BHYT định suất, có 9/21 lãnh đạo cho rằng "văn bản hướng dẫn chưa rõ ràng". Các điểm không rõ ràng gây khó khăn cho bệnh viện đã được các lãnh đạo bệnh viện chỉ ra là "Giao khoán quỹ nhưng bệnh viện không thể quản lý

được". Cụ thể như: "Tuyến huyện có định suất nhưng tuyến trên lại không có định suất nên khi bệnh nhân chuyển tuyến trên để vượt tuyến thì vượt định suất. Khi vượt quỹ thì bệnh viện chỉ được BHYT thanh toán 60%, còn 40% không biết khi nào mới quyết toán trong khi vẫn phải chi phí thuốc cho người bệnh hàng ngày". Các lãnh đạo bệnh viện cũng cho biết việc thực hiện khoán định suất ảnh hưởng nhiều đến việc cung ứng DVYT: "Khoán định suất làm hạn chế rất nhiều vì khi bác sỹ cho DVYT rất dè dặt hạn chế vì lúc nào cũng sợ vượt quỹ". Bên cạnh đó, có một vài ý kiến nhìn nhận các khía cạnh tích cực của khoán định suất như giúp nâng cao trình độ chuyên môn để tránh vượt quỹ: "Việc khoán định suất giúp bệnh viện nâng cao chất lượng khám chữa bệnh bằng cách tự nâng cao trình độ chuẩn đoán, điều trị đúng theo phác đồ, mở rộng thêm các dịch vụ phục vụ bệnh nhân".

Bảng 2. Ý kiến của lãnh đạo các bệnh viện huyện về suất phí BHYT (n=21)

Y kiến về suất phí BHYT	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Biết về cơ sở tính toán suất phí		
Không biết/do cơ quan BHXH tính	13	61,9
Dựa trên suất phí trung bình của năm trước nhân với hệ số k = 1,1	5	23,8
Dựa trên đầu thẻ BHYT	3	14,3
Quan điểm về việc tính toán suất phí		
Chưa có cơ sở khoa học	13	61,9
Có khoa học nhưng dựa trên đầu thẻ BHYT	4	19,0
Việc tính suất phí có khoa học nhưng còn bị khống chế	1	4,8
Có khoa học nếu trừ phần đa tuyến	1	4,8
Có khoa học, giúp hạn chế lạm dụng	1	4,8
Có khoa học, giúp phát triển khoa học kỹ thuật	1	4,8
Bệnh viện tham gia công khai vào việc tính toán suất phí		
Không được tham gia tính toán	14	66,7
BHYT đưa ra và quyết định, không có sự thỏa thuận	2	9,5
Có được tham gia	5	23,8
Biết mức suất phí bình quân của bệnh viện		
Không biết	14	66,7
Biết mức khoán tổng kinh phí	2	9,5
Biết mức khoán suất phí điều trị ngoại trú và nội trú	5	23,8
Quan điểm về tính phù hợp của suất phí BHYT		

Không phù hợp	13	61,9
Không biết	3	14,3
Có chỗ phù hợp, có chỗ không phù hợp	4	19,0
Nhìn chung là phù hợp	1	4,8

Nguồn: Số liệu khảo sát tại 5 tỉnh Đồng bằng sông Cửu Long 2011-2012, VHEA

Kết quả khảo sát 10 bệnh viện về việc tính toán suất phí cho thấy các ý kiến của lãnh đạo bệnh viện khá thống nhất là việc tính toán suất phí ít dựa trên căn cứ khoa học: "*Việc tính suất phí chưa khoa học vì tính trung bình nhưng bệnh viện không trực tiếp quản lý điều trị bệnh ở tuyến trên*". Bên cạnh đó, một số ý kiến khác cho rằng việc tính suất phí cũng có những cơ sở khoa học nhất định, mặc dù tất cả các ý kiến đó đều không chỉ ra khoa học ở điểm nào: "*Cũng có khoa học nếu trừ phần đa tuyến ra; Chi phí theo suất là hợp lý, khoa học do cơ sở khám điều trị hạn chế lạm dụng*".

Về suất phí, đa số các lãnh đạo đều không

biết ước tính bình quân suất phí cụ thể là bao nhiêu. Bên cạnh đó, một số lãnh đạo nắm được cụ thể ước tính suất phí: "*Khám ngoại trú khoảng 140.000đ; Điều trị nội trú khoảng 400-500.000đ*"; Một bệnh viện khác cho biết: "*Ước tính khoảng 180.000 đ; Từng nhóm đối tượng bình quân 350.000 đồng*".

Đa số lãnh đạo bệnh viện đều cho rằng "*việc tính suất phí áp đặt 1 chiều từ cơ quan BHYT, không có sự thỏa thuận giữa cơ sở điều trị và cơ quan BHYT*". Bên cạnh đó, cũng có những ý kiến trong cùng một bệnh viện chưa thống nhất với nhau như có giám đốc trả lời là bị áp đặt, nhưng phó giám đốc lại cho rằng không bị áp đặt.

Bảng 3. Ý kiến của lãnh đạo các bệnh viện huyện về sử dụng kinh phí từ quỹ BHYT (n=21)

Ý kiến về suất phí BHYT	Số lượng(n)	Tỷ lệ(%)
Suất phí đảm bảo được cho việc thanh toán chi phí KCB		
- Không đảm bảo được cho việc thanh toán chi phí KCB	19	90,5
- Có đảm bảo được	2	9,5
Ước tính tỷ lệ quỹ BHYT đảm bảo được cho việc thanh toán chi phí KCB		
- Dưới 70%	9	42,9
- 70 – 90%	10	47,6
- > 90%	2	9,5
Việc chuyển tiền đảm bảo kinh phí cho hoạt động bệnh viện		
- Không đảm bảo/chậm chuyển tiền	11	52,4
- Đảm bảo được	10	47,6
Tình hình bội chi quỹ BHYT		
- Có bội chi quỹ BHYT	17	81,0
- Không bị bội chi quỹ BHYT	4	19,0
Quyền chủ động của BV trong sử dụng kinh phí BHYT		
- Không được chủ động	13	61,9
- Có chủ động	8	38,1
Kiểm soát được việc chuyển tuyến và thanh toán đa tuyến		
- Không kiểm soát được/hoàn toàn không	19	90,5
- Có kiểm soát được	2	9,5

Đa số ý kiến của các lãnh đạo đều cho rằng suất phí không đảm bảo được cho việc thanh toán chi phí KCB; bệnh viện không được chủ động trong sử dụng quỹ. Có 19/21 lãnh đạo cho rằng không kiểm soát được việc thanh toán đa tuyến. Một lãnh đạo cho biết: "*Bệnh viện thường xuyên bị áp lực nợ nần công ty dược tiền thuốc. Trong khi BHYT chỉ ứng 80% chưa kể vượt quỹ chỉ được thanh toán 60%*".

IV. BÀN LUẬN

Kết quả khảo sát cho thấy quan điểm của lãnh đạo nhiều bệnh viện đều không đồng tình với việc khoán định suất BHYT và việc thanh toán đa tuyến, nếu thừa thì BHXH chỉ cho hưởng 20% tính cả từ huyện tới xã. Nhưng nếu vượt quỹ chỉ thanh toán tối đa 60% của vượt quỹ [4,

5]. Đây chính là một trong những bất cập lớn nhất của việc thực hiện hình thức khoán định suất này [6, 7].

Các bệnh viện đều cho biết, nếu khoán định suất chỉ thực hiện trong phạm vi huyện mình thì được, nhưng nếu thanh toán bên trên gửi về thì sẽ không thể biết được. Đây là thực tế mà tất cả

các bệnh viện đều phải đối mặt với các quy định của thanh toán đa tuyến.

Hơn nữa, theo quy định của Luật BHYT, bệnh nhân (BN) vượt tuyến điều trị vẫn được thanh toán 70%; 50% và 30% chi phí điều trị, tùy thuộc vào việc vượt lên tuyến nào [1]. Chính quy định như vậy sẽ dẫn đến tình trạng bệnh viện huyện hoàn toàn không biết và không kiểm soát được tình trạng BN vượt tuyến, vô hình chung có tác động phụ là "khuyến khích" BN vượt tuyến điều trị. Việc thanh toán tiền sẽ phá vỡ nguyên tắc chuyển tuyến của BN BHYT, dẫn tới tỷ lệ chi cho thanh toán đa tuyến quá nhiều. Trong số 10 bệnh viện có những nơi chi cho đa tuyến chiếm tới trên 60% đến 70%. Như vậy bản chất của việc thực hiện khoán định suất không đúng và các mục tiêu như giúp bệnh viện chủ động hơn trong sử dụng nguồn quỹ lại có tác động ngược lại. 100% các bệnh viện đều hoàn toàn bị động và không một ai, một cơ quan nào có thể trả lời được hoặc thậm chí ước tính được năm nay chi phí cho thanh toán đa tuyến là bao nhiêu tiền, kể cả đơn vị năm quỹ là BHXH cũng không trả lời được mà câu trả lời phải "để dành" đến cuối quý I hoặc quý II năm sau.

Quá trình nghiên cứu phát hiện thấy một bệnh viện đưa đề xuất là khoán kinh phí khoán định suất giao cho BV chỉ sử dụng tại BV, còn thanh toán đa tuyến thì BHXH giữ quỹ chung, sau đó thì thanh toán. Đây là một ý kiến đáng lưu tâm và cần có các nghiên cứu khoa học để xác định hình thức khoán quỹ đảm bảo tính công bằng, khoa học.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Ý kiến từ các lãnh đạo bệnh viện huyện cho thấy khoán BHYT định suất trên thực tế chưa có căn cứ khoa học, cách tính toán phí định suất dựa vào phí dịch vụ và hệ số $k = 1,1$ chưa có

căn cứ phù hợp. Quá trình triển khai có tồn tại một số khó khăn như: Văn bản qui định không rõ ràng về thanh toán nếu vượt quỹ định suất BHYT; Quy định thanh toán đa tuyến gây khó khăn lớn cho các bệnh viện. Bên cạnh đó, một số bệnh viện chưa có sự thay đổi nhiều khi thực hiện khoán định suất BHYT và không quản lý được chi phí tuyến trên cũng như không có trần chi phí cho tuyến trên.

Từ kết quả của nghiên cứu này, một số khuyến nghị được đưa ra như sau: Cần xem xét cách tính phí BHYT định suất và cách tính hệ số k dựa trên các căn cứ khoa học; bên cạnh đó, nên xem xét lại việc thực hiện khoán định suất BHYT và có thể cho phép tạm dừng thí điểm ở những địa phương không có sự đồng thuận và triển khai không hiệu quả cũng như nghiên cứu các hình thức, cơ chế chi trả phù hợp hơn, khoa học hơn cơ chế chi trả theo khoán định suất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quốc hội (2008)**, Luật Bảo hiểm y tế, số 25/2008/QH12, ban hành ngày 14/11/2008.
2. **ActionAid Vietnam (2011)**, Tiếp cận của người nghèo đến dịch vụ y tế và giáo dục trong bối cảnh xã hội hóa hoạt động y tế và giáo dục tại Việt Nam.
3. **WHO (2011)**, Report "A health financing review of Viet Nam with a focus on social health insurance".
4. **Bộ Y tế (2009)**, Thông tư hướng dẫn đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, số 10/2009/TT-BYT, ngày 14/8/2009.
5. **Bộ Y tế & Bộ Tài chính (2012)**, Thông tư liên tịch ban hành mức tối đa khung giá một số dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh trong cơ sở chữa bệnh, khám bệnh của nhà nước, số 04/2012/TTLT-BYT-BTC, ngày 29/02/2012.
6. **Tổng Thị Song Hương, (2012)** "Bảo hiểm y tế toàn dân thực trạng và giải pháp", *Tài chính y tế hướng tới chăm sóc sức khỏe toàn dân (Kỷ yếu hội nghị khoa học kinh tế y tế lần thứ hai)*, tr. 7-24.
7. **Robert M., Hsiao W., Berman P. & Reich M. (2008)**, *Getting health Reforms Right*, Oxford University Press

ĐÁNH GIÁ ẢNH HƯỞNG LÊN TUẦN HOÀN, HÔ HẤP VÀ CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA AN THẦN BẰNG PROPOFOL TRONG GÂY TÊ TỦY SỐNG ĐỂ PHẪU THUẬT TIẾT NIỆU, SINH DỤC

Bùi Việt Lâm*, Nguyễn Đức Lâm**

TÓM TẮT

*Bệnh viện Bạch Mai

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Việt Lâm

Email: buivietlam1979@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.5.2017

Mục tiêu: Đánh giá ảnh hưởng lên tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn của an thần bằng propofol trong gây tê tủy sống để phẫu thuật tiết niệu, sinh dục. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2017

Ngày duyệt bài: 24.8.2017

trên 60 bệnh nhân chia làm 2 nhóm bằng nhau, đều được gây tê tủy sống ở L2-3 bằng bupivacain 7mg + Fentanyl 0,05mg. Nhóm có sử dụng an thần (nhóm 1): sau khi huyết áp ổn định sẽ được tiêm tĩnh mạch propofol liều đầu 0,5mg/ml sau đó duy trì 1mg/kg/giờ sao cho độ an thần đạt mức 2 theo Ramsay, ngừng truyền an thần khi kết thúc phẫu thuật. **Kết quả:** Hai nhóm không có sự khác biệt về tần số tim và huyết áp động mạch trung bình trong tất cả các thời điểm nghiên cứu. Tần số thở của các bệnh nhân nhóm 1 thấp hơn so với nhóm 2 tại các thời điểm từ khi bắt đầu phẫu thuật 10 phút (H4.3) đến khi kết thúc phẫu thuật 60 phút (H9) với $p < 0,05$, tuy nhiên, không có sự khác biệt về bão hòa oxy mao mạch giữa hai nhóm. Các tác dụng không mong muốn khác như: nôn, buồn nôn, rét run, ngứa... không có sự khác biệt giữa hai nhóm. **Kết luận:** Phương pháp an thần bằng propofol trong gây tê tủy sống để phẫu thuật tiết niệu, sinh dục ít ảnh hưởng đến tuần hoàn, hô hấp và không làm tăng các tác dụng không mong muốn như: nôn, buồn nôn, rét run, ngứa... so với gây tê tủy sống đơn thuần ($p > 0,05$).

Từ khóa: gây tê tủy sống, an thần bằng propofol, phẫu thuật tiết niệu, sinh dục.

SUMMARY

ASSESSMENT THE EFFECT ON CIRCULATION, RESPIRATION AND SIDE EFFECTS OF PROPOFOL SEDATION WITH SPINAL ANESTHESIA FOR UROLOGY AND GENITAL SURGERY

Objective: To assess the effect on circulation, respiration and the side effects of propofol sedation with spinal anesthesia for urological and genital surgery. **Subjects and methods of study:** Randomized, controlled clinical trial in 60 patients divided into two groups, were spinal anesthetized L2-3 with bupivacaine 7 mg + Fentanyl 0.05 mg. Sedation group (group 1): After stable blood pressure, intravenous propofol 0.5mg/ml is administered intravenously followed by maintenance of 1mg/kg/h, stop the sedation at the end of surgery. **Results:** Two groups had no difference in mean heart rate and arterial blood pressure at all time points. The respiratory rate of patients in group 1 was lower than in group 2 at baseline from the start of surgery for 10 minutes (H4.3) to 60 min after the end of (H9) surgery with $p < 0.05$. However, there was no difference in capillary oxygen saturation between the two groups. Other side effects such as nausea, vomiting, chills, itching ... were no difference between the two groups. **Conclusion:** Propofol sedation in spinal anesthesia for urological and genital surgery has less effect on circulation and respiration and does not increase side effects such as nausea, vomiting, chills, itching... versus spinal anesthesia alone ($p > 0.05$).

Key words: spinal analgesia, sedation with propofol, urological and genital surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây tê tủy sống là phương pháp vô cảm được áp dụng rộng rãi cho các phẫu thuật vùng dưới

lưng nói chung và phẫu thuật tiết niệu, sinh dục nói riêng vì các ưu điểm: kỹ thuật đơn giản, chất lượng vô cảm và giãn cơ tốt, hậu phẫu nhẹ nhàng, giảm chi phí điều trị... Tuy nhiên, một trong những hạn chế của gây tê tủy sống là bệnh nhân tỉnh nên biết được toàn bộ cuộc mổ, lo lắng do tác động của các yếu tố trong phòng mổ, do đó, bệnh nhân sẽ nhớ về cuộc mổ, điều này có thể gây sang chấn tinh thần kéo dài đối với họ. Vì vậy, cần phải sử dụng thuốc an thần cho bệnh nhân vô cảm bằng gây tê tủy sống để giúp họ thoải mái hơn, quên về cuộc phẫu thuật, làm tăng ngưỡng chịu đựng, ngăn chặn những kích thích có hại... Propofol là thuốc mê có tác dụng an thần êm dịu, mê nhanh, tỉnh nhanh, là thuốc được lựa chọn để an thần cho các phẫu thuật. Tuy nhiên, ảnh hưởng của thuốc trên tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn của an thần bằng propofol trong gây tê tủy sống vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: Đánh giá ảnh hưởng lên tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn của an thần bằng propofol trong gây tê tủy sống để phẫu thuật tiết niệu, sinh dục.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được gây tê tủy sống để phẫu thuật tiết niệu, sinh dục tại khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Việt Đức từ tháng 2/2012 – 8/2012.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được mổ theo chương trình; khỏe mạnh ASA I-II; tuổi 18 - 60; không chống chỉ định của gây tê tủy sống và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân khó khăn trong tiếp xúc (tâm thần, rối loạn ý thức...), có các bệnh nội khoa kèm theo (tim, phổi, gan, thận...), hoặc dị ứng với các thuốc sử dụng trong nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, can thiệp lâm sàng, ngẫu nhiên có so sánh.

- Cỡ mẫu: gồm 60 bệnh nhân chia làm 2 nhóm: nhóm gây tê tủy sống đơn thuần và nhóm gây tê tủy sống kèm theo an thần bằng propofol truyền tĩnh mạch liên tục.

2.3 Phương pháp tiến hành

- Chuẩn bị bệnh nhân: Khám bệnh nhân trước mổ 1 ngày để đánh giá các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm, giải thích cho bệnh nhân về cuộc phẫu thuật, về phương pháp vô cảm và về nội dung nghiên cứu.

- Tiến hành vô cảm: Bốc thăm ngẫu nhiên để chia bệnh nhân vào 2 nhóm nghiên cứu. Làm đường truyền tĩnh mạch ngoại vi, truyền tĩnh

mạch 200 – 300 ml dung dịch Ringer lactat trước khi tiến hành gây tê tùy sống, mắc máy theo dõi các thông số: mạch, huyết áp động mạch, tần số thở, bão hòa oxy mao mạch.

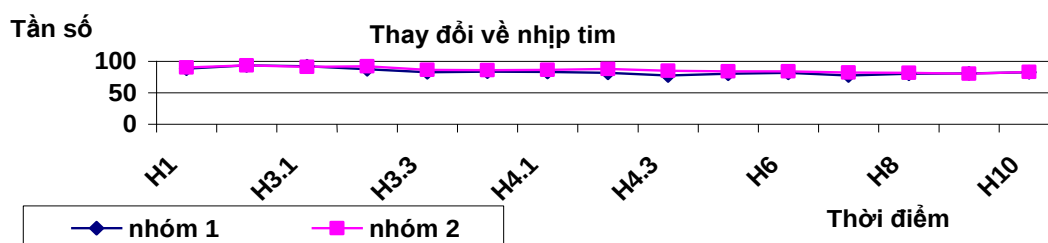
Các thời điểm nghiên cứu: H1 (trước gây tê), H2 (khi gây tê), H3 (sau gây tê, H3.1, H3.2,

H3.3: sau gây tê 5,10,15 phút), H4 (bắt đầu phẫu thuật, H4.1, H4.2, H4.3: 0;5;10 phút sau khi bắt đầu phẫu thuật), H5-H8 (sau khi bắt đầu phẫu thuật 15, 30, 60 phút), H9-H10 (sau phẫu thuật 60, 120 phút).

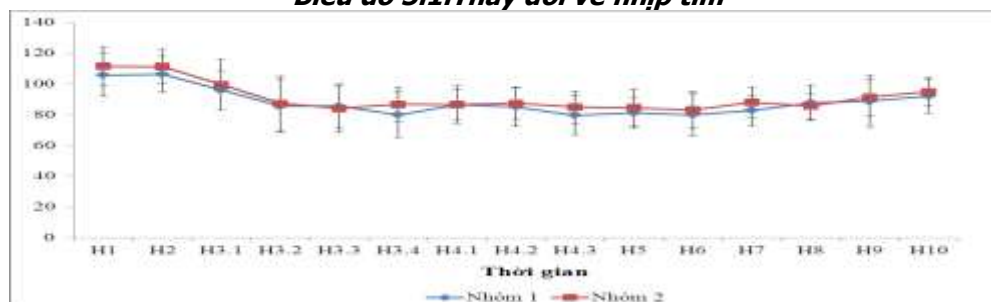
III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm 1 (n=30) $\bar{X} \pm SD$ Min -Max	Nhóm 2 (n=30) $\bar{X} \pm SD$ Min -Max	p
Tuổi (năm)	41,67 $\pm$ 13,67 (18 – 60)	44,63 $\pm$ 12,50 (18 – 60)	>0,05
Giới (nam/nữ)	19/11	20/10	>0,05
Chiều cao (cm)	161,26 $\pm$ 6,74 (147 – 173)	161,66 $\pm$ 6,50 (146 – 175)	>0,05
Cân nặng (kg)	56,56 $\pm$ 8,85 (36 – 69)	56,50 $\pm$ 9,86 (37 – 70)	>0,05
BMI	21,61 $\pm$ 2,43 (16 – 25,87)	21,48 $\pm$ 2,75 (16,13 – 27,75)	>0,05



Biểu đồ 3.1. Thay đổi về nhịp tim



Biểu đồ 3.2. Thay đổi huyết áp động mạch trung bình tại các thời điểm nghiên cứu

Bảng 3.3. Thay đổi tần số thở của bệnh nhân

Thời gian	Nhóm 1 (n=30) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm 2 (n=30) $\bar{X} \pm SD$	p
H1	26,66 $\pm$ 4,51	25,3 $\pm$ 3,82	> 0,05
H2	26,26 $\pm$ 3,57	26,23 $\pm$ 2,31	
H3.3	21,06 $\pm$ 4,53	22,73 $\pm$ 3,35	
H4.3	18,06 $\pm$ 3,27	21,53 $\pm$ 3,10	< 0,05
H5	16,2 $\pm$ 1,93	19,16 $\pm$ 2,69	
H6	15,63 $\pm$ 1,37	18,2 $\pm$ 1,71	
H7	15,4 $\pm$ 1,49	17,26 $\pm$ 1,63	
H8	15,63 $\pm$ 1,51	17,2 $\pm$ 1,29	
H9	16,03 $\pm$ 2,23	17,23 $\pm$ 1,13	
H10	16,93 $\pm$ 2,39	17,4 $\pm$ 1,24	> 0,05

Bảng 3.4. Tác dụng không mong muốn trong và sau mổ.

Tác dụng không mong muốn	Nhóm 1 (n=30)		Nhóm 2 (n=30)		p
	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)	
Nôn, buồn nôn	2	6,7	2	6,7	> 0,05
Run, rét run	9	30	5	16,7	> 0,05

Chóng mặt	0	0	2	6,7	> 0,05
Ngứa	2	6,7	0	0	> 0,05

IV. BÀN LUẬN

Các bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu khá đồng nhất về các đặc điểm chung và về bệnh lý tiết niệu, sinh dục cần phẫu thuật, do đó, ít ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu. Đối với một số loại phẫu thuật tiết niệu sinh dục, tư thế mổ có thể là tư thế nằm nghiêng, kèm theo kê gối phía dưới để bộc lộ vùng mổ, do đó, bệnh nhân sẽ rất khó chịu trong suốt cuộc mổ nếu không được an thần hiệu quả. Vì vậy, sử dụng an thần bằng truyền propofol liên tục trong gây mê tủy sống đối với loại phẫu thuật này sẽ cải thiện chất lượng vô cảm và làm tăng sự hài lòng của người bệnh.

***Ảnh hưởng lên tuần hoàn:** Kết quả ở bảng 3.2 cho thấy, tần số tim của các bệnh nhân tăng đáng kể trước khi gây mê, trong mổ có sự tăng đáng kể, sau gây mê tủy sống, tần số tim hai nhóm có xu hướng giảm nhưng không đáng kể, sau đó dần ổn định tại các thời điểm trong mổ, không có sự khác biệt tại các thời điểm của hai nhóm nghiên cứu. Propofol ít làm thay đổi tần số tim, đôi khi có nhịp chậm xoang trên người lớn tuổi, mặc dù thuốc không làm thay đổi tính nhạy cảm của các ổ cảm thụ với phản xạ áp lực, nhưng vẫn gây một sự điều chỉnh lại phản xạ áp lực dẫn đến giảm nhẹ tần số tim kèm giảm huyết áp ở mức tương ứng trên người tỉnh, mức giảm tần số tim khoảng <10%, chúng tôi không gặp trường hợp nào bị rối loạn nhịp tim [1], [2].

Một trong những điều cần quan tâm khi sử dụng an thần bằng propofol trong gây mê tủy sống là thuốc có gây tăng tỷ lệ tụt huyết áp sau gây mê tủy sống hay không? Trong nghiên cứu của chúng tôi, huyết áp động mạch trung bình giảm đáng kể sau thời điểm H2, ở đây tụt huyết áp do tác dụng giãn mạch ức chế giao cảm của gây mê tủy sống [5]. Chúng tôi chỉ bắt đầu sử dụng propofol ở nhóm 1 khi đã kiểm soát được huyết áp sau gây mê tủy sống (huyết áp tâm thu không thay đổi > 20% so với mức huyết áp nền hoặc huyết áp tâm thu >90mmHg), do đó, sẽ không làm tăng tỷ lệ tụt huyết áp so với gây mê tủy sống đơn thuần. Khi dùng an thần ở nhóm 1 và so sánh với nhóm 2, chúng tôi thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về huyết áp trung bình giữa hai nhóm nghiên cứu. Như vậy, với liều propofol đã sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi, ảnh hưởng không đáng kể tới huyết áp của bệnh nhân, có thể do chúng tôi sử dụng liều nhỏ, trên bệnh nhân khỏe mạnh và ở

nhóm bệnh nhân < 60 tuổi không có nhiều bệnh nhân cao tuổi.

***Ảnh hưởng trên hô hấp:** Kết quả ở bảng 3.3 cho thấy: tần số thở của bệnh nhân thay đổi và có xu hướng giảm sau thời điểm gây mê tủy sống (H2). Tuy nhiên, tần số thở giảm không đáng kể và vẫn trong giới hạn bình thường, kết quả của chúng tôi phù hợp với các tác giả trong và ngoài nước [3],[4]. Tần số thở của các bệnh nhân giữa hai nhóm nghiên cứu có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tại các thời điểm H4.3, H5, H6, H7, H8, H9. Tại các thời điểm này tần số thở của nhóm 1 chậm hơn so với nhóm 2. Sự khác biệt này có thể do tác dụng của propofol gây ức chế hô hấp hoặc do bệnh nhân được an thần nên cảm thấy bớt căng thẳng và lơ lửng nên thở chậm hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi liều dùng của Propofol thấp (liều duy trì 8mcg/kg/phút), nhịp thở mức độ có giảm nhưng trong giới hạn bình thường, như vậy ít có khả năng propofol ở liều an thần gây ức chế hô hấp. SpO₂ của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối ổn định ở mức cho phép, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, chúng tôi không gặp bệnh nhân nào thở chậm < 10 lần/phút hay ngừng thở hoặc SpO₂ < 92%.

***Các tác dụng không mong muốn khác:** Nôn và buồn nôn là tác dụng không mong muốn gây khó chịu nhiều cho người bệnh sau mổ. Trong nghiên cứu này, chúng tôi gặp 02 trường hợp ở mỗi cơ cao nhóm chiếm 6,7%. Có nhiều nguyên nhân gây nôn, buồn nôn trong và sau mổ, việc sử dụng opioid trong gây mê, gây mê tủy sống, giảm đau sau mổ cũng là yếu tố nguy cơ. Propofol là thuốc mê ít gây nôn và buồn nôn so với các thuốc mê khác, do đó, thuốc còn được lựa chọn cho các bệnh nhân có nguy cơ cao về nôn, buồn nôn sau mổ.

Bí tiểu: chúng tôi không gặp trường hợp nào bí tiểu, do bệnh nhân sau mổ trong thời gian này đều đang lưu thông bàng quang lên không đánh giá được bí tiểu. Các tác dụng phụ khác như: rét run, ngứa, chóng mặt... của các bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Có thể nói, các tác dụng không mong muốn này là tác dụng không mong muốn của gây mê tủy sống đơn thuần, an thần bằng propofol không làm tăng các tác dụng không mong muốn này.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp an thần bằng propofol trong gây tê tủy sống để phẫu thuật tiết niệu sinh dục ít ảnh hưởng đến tuần hoàn, hô hấp. Tỷ lệ gặp các tác dụng không mong muốn của phương pháp này như: nôn, buồn nôn, rét run, ngứa... không khác biệt với gây tê tủy sống đơn thuần ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jeanine P Wiener-Kronish, Michael A Gropper** (2001), "Conscious sedation". *Hanley & Belfus medical publishers*. 59-71.
2. **Julia E Pollock, Joseph M Neal, Spencer S Liu, Durkhead Nayak Polissar** (2000), "Sedation During Spinal Anesthesia", *Anesthesiology* 93, 728 - 34.
3. **D Hohener, S. Blumenthal and A. Brogeat** (2008), "Sedation and Regional anaesthesia in the Adult Patient", *Anaesthesia* p 8-16
4. **Tào Ngọc Sơn** (2006), "Đánh giá tác dụng an thần bằng Propofol do bệnh nhân tự điều khiển trong thủ thuật nội soi đại tràng", *Luận văn Thạc sĩ y học Đại học y Hà Nội*.
5. **FS Servin, JC Raeder** (2002). "Remifentanyl Sedation Compared With Propofol During Regional Anesthesia", *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, Vol 46 309 – 315.

THAY ĐỔI KIẾN THỨC CHĂM SÓC PHÒNG CHỐNG LOÉT CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC CHÍNH NGƯỜI BỆNH LIỆT NỬA NGƯỜI DO ĐỘT QUY NÃO TẠI KHOA THẦN KINH BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lê Xuân Đại*, Võ Hồng Khôi**, Trương Tuấn Anh*

TÓM TẮT

Theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới các bệnh nhân sau đột quỵ não thuộc loại đa tàn tật[1]. Việc phòng ngừa các thương tật thứ cấp như loét do đè ép, nhiễm khuẩn là rất quan trọng. Cải thiện kiến thức chăm sóc phòng ngừa loét cho người chăm sóc chính là việc làm cần thiết phòng ngừa biến chứng nguy hiểm cho người bệnh. **Mục tiêu:** Đánh giá sự thay đổi kiến thức chăm sóc phòng chống loét của người chăm sóc chính trên người bệnh liệt nửa người do đột quỵ não sau can thiệp giáo dục sức khỏe. **Phương pháp nghiên cứu:** chọn 40 người chăm sóc chính người bệnh liệt nửa người do đột quỵ não tại khoa Thần kinh – Bệnh viện Bạch mai, cung cấp kiến thức và đánh giá lại sau hai tuần can thiệp. **Kết quả và kết luận:** Sau can thiệp điểm trung bình kiến thức điều tăng, nghiên cứu có ý nghĩa thống kê $\bar{x} \pm SD = 4,06667 \pm 1,50630$; $p < 0,05$. Chương trình can thiệp kiến thức chăm sóc phòng chống loét NB liệt nửa người do ĐQN bước đầu đã cho thấy có hiệu quả.

Từ khóa: đột quỵ não, nhồi máu não, vữa xơ mạch, kiến thức chăm sóc đột quỵ não

SUMMARY

CHANGE IN CAREGIVER KNOWLEDGE OF CAREGIVER CARE IN PATIENT WITH HEMIPLEGIA DUE TO CEREBRAL STROKE AFTER HEALTH EDUCATION INTERVENTION

According to the World Health Organization classification of patients with cerebral stroke of the

multi-disabling type[1]. Prevention of secondary injuries such as pressure ulcers, infections, etc. is important. Improving nursing care knowledge for main carer is essential to prevent serious complications.

Objective: Evaluate the change in caregiver knowledge of caregiver care in patients with hemiplegia due to cerebral stroke after health education intervention. **Method:** Selected 40 primary caregivers of hemiplegic patients at the Department of Neurology - Bach Mai Hospital, providing knowledge and reassessment after two weeks of intervention. **Results and Conclusions:** After the intervention, the mean score increased, the study was statistically significant $\bar{x} \pm SD = 4.06667 \pm 1.50630$; $P < 0.05$. The intervention program of treatment for nosocomial septicemia was first shown to be effective.

Key words: brain stroke, cerebral infarction, atherosclerosis, brain stroke care knowledge

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch đang đứng hàng đầu trong các nguyên nhân gây tử vong trên toàn cầu, thế giới có khoảng 17,3 triệu trường hợp chết mỗi năm do bệnh tim mạch và sẽ tăng lên 23,6 triệu trường hợp vào năm 2030[3]. Nước ta có khoảng 486.400 người tàn tật và mất sức lao động do đột quỵ não. Theo số liệu của Khoa Phục hồi chức năng, Bệnh viện Bạch mai (1999), 22,41% bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa là bệnh nhân liệt nửa người do đột quỵ não.[2]. Nâng cao kiến thức chăm sóc cho người chăm sóc cũng góp phần vào sự hài lòng của bệnh nhân và giảm chi phí chăm sóc[4]. Chúng tôi thực hiện đề tài "Thay đổi kiến thức chăm sóc phòng chống loét của người chăm sóc chính người bệnh liệt nửa người do đột quỵ não tại khoa Thần Kinh Bệnh viện Bạch Mai" với mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi

*Đại học điều dưỡng Nam Định

**Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Lê Xuân Đại

Email: lexuandai.cyq@moet.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2017

Ngày duyệt bài: 31.8.2017

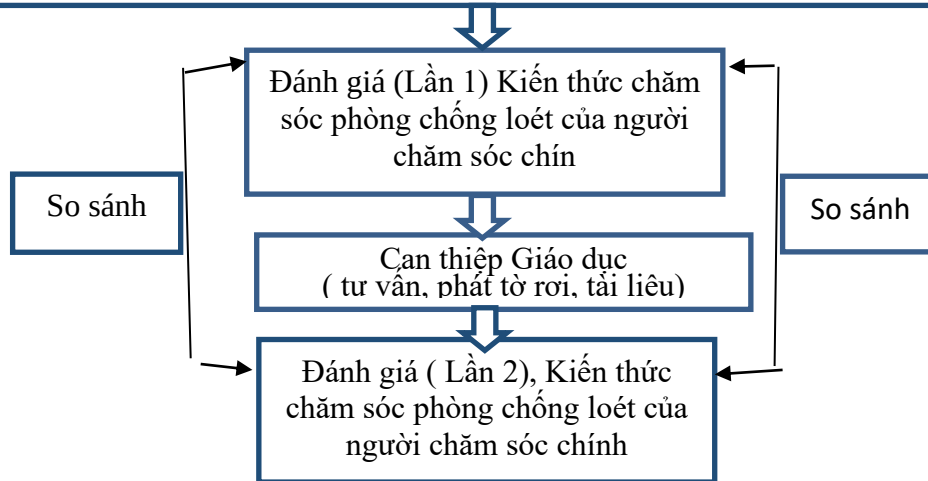
kiến thức chăm sóc phòng chống loét của người chăm sóc chính trên người bệnh liệt nửa người do đột quỵ não sau can thiệp giáo dục sức khỏe.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người chăm sóc chính người bệnh liệt nửa người do đột quỵ

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Can thiệp bằng giáo dục có đánh giá trước sau.

Lựa chọn đối tượng nghiên cứu (Cung cấp thông tin, mục đích) (NC)



2.4. Các khái niệm và tiêu chuẩn đánh giá

2.4.1. Các khái niệm: Khái niệm loét tỷ đè, người chăm sóc chính

2.4.2. Tiêu chuẩn đánh giá: Mỗi nhóm câu hỏi đánh thang điểm từ 1 đến 10. Với tỷ lệ của ba phần câu hỏi đánh giá là như nhau. Phân loại mức độ kiến thức của người chăm sóc chính

não đang được điều trị tại Khoa Thần Kinh Bệnh viện Bạch Mai.

2.3. Cỡ mẫu: Chọn toàn bộ những người chăm sóc chính người bệnh liệt nửa người do đột quỵ não nằm điều trị tại Khoa Thần Kinh Bệnh viện Bạch Mai. Dự kiến cỡ mẫu 40 người.

thành 3 mức:

- + Mức độ kém (Thiếu kiến thức) dưới 5 điểm.
- + Mức độ trung bình 5 – 7 điểm.
- + Mức độ tốt (Kiến thức đúng) trên 7 điểm.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu.

- Số liệu sau khi được làm sạch, nhập 2 lần độc lập và xử lý trên phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1 Kiến thức chăm sóc phòng ngừa loét ép trước và sau khi can thiệp.

3.1.1 Tổng số và tỷ lệ phần trăm số lượng người trả lời phần kiến thức cơ bản về loét ép:

Bảng 3.1 Bảng điểm kiến thức cơ bản về loét ép

Câu	Trước can thiệp			Sau can thiệp		
	n (%) Đúng)	n (% Sai)	n (% không biết)	n (%) Đúng)	n (% Sai)	n (%) không biết)
1. Định nghĩa loét	21(52.5)	8(20.0)	11(27.5)	37(92.5)	3(7.5)	0(0)
2. Biểu hiện của loét độ I	19(47.5)	9(22.5)	12(30.0)	29(72.5)	11(27.5)	0(0)
3. Cách xử lý vết loét	14(35.0)	12(30.0)	14(35.0)	36(90.0)	4(10.0)	0(0)
4. Đặt người bệnh nằm trên giường có đệm nước hoặc đệm hơi không thể phòng ngừa loét ép.	8(20.0)	16(40.0)	16(40.0)	27(67.5)	11(27.5)	2(5.0)
5. Bề mặt lại hoặc để thoáng tùy theo tình trạng loét mục, có thể dùng băng thấm hút, băng thoáng hơi, chiếu đèn cực tím.	12(30.0)	13(32.5)	15(37.5)	31(77.5)	8(20.0)	1(2.5)
Trung bình			Số người tham gia	Độ lệch chuẩn		
Điểm P1 Trước			3,80	40		
				2,115		

Điểm P1 Sau	7,95	40	2,148
$\bar{x} \pm SD = -4,150 \pm 2,769 ; p < 0,05$			

Trong tổng số 40 người chăm sóc chính người bệnh liệt nửa người do đột quỵ não, Phần kiến thức cơ bản về loét ép tỷ lệ người chăm sóc chính có câu trả lời đúng tăng lên so với trước can thiệp và tỷ lệ trả lời sai và không biết đã giảm xuống. ($p < 0,05$)

3.1.2 Tổng số và tỷ lệ phần trăm số lượng người trả lời phần kiến thức phòng ngừa loét ép:

Bảng 3.2 Bảng điểm kiến thức chăm sóc phòng ngừa loét ép

Câu hỏi	Trước can thiệp			Sau can thiệp		
	n (%Đúng)	n (%Sai)	n (% không biết)	n (%Đúng)	n (%Sai)	n (% Không biết)
1.Nếu kéo bệnh nhân trên giường nhiều sẽ làm tăng ma sát, tăng nguy cơ loét ép.	18(45.0)	12(30.0)	10(25.0)	33(82.5)	7(17.5)	0(0)
2.Bệnh nhân có tổn thương liệt nửa người do đột quỵ não không cần hướng dẫn để thay đổi tư thế và các yếu tố bề mặt hỗ trợ.	14(35.0)	17(42.5)	9(22.5)	11(27.5)	15(37.5)	0(0)
3.Mặt giường của người bệnh phải đảm bảo ga trải giường và đệm nằm được kéo phẳng.	24(60.0)	8(20.0)	8(20.0)	33(82.5)	3(7.5)	4(10.0)
4.Khi có thể, hàm lượng protein cao, bổ sung dinh dưỡng bằng miệng nên được sử dụng bổ sung vào chế độ ăn bình thường cho các bệnh nhân có nguy cơ cao.	13(32.5)	16(40.0)	11(27.5)	37(92.5)	2(5.0)	1(2.5)
5.Xoa bóp nhẹ nhàng từ vùng có bắp cơ dày đến vùng dễ bị mỏng mục. Thời gian xoa kéo dài khoảng 15 - 20 phút/lần và nên tiến hành đều đặn từ 1 - 2 lần/ngày.	17(42.5)	16(40.0)	7(17.5)	33(82.5)	3(7.5)	4(10.0)
6.Một bệnh nhân không tự chủ cần phải có một kế hoạch chăm sóc vệ sinh cho người bệnh là rất cần thiết.	19(47.5)	12(30.0)	9(22.5)	35(87.5)	4(10.0)	1(2.5)
7.Trong loét áp lực lớn và sâu sắc, số lượng các băng sử dụng cần phải được tính và ghi chép để đảm bảo tất cả các băng bị loại ra ở thay băng gạc tiếp theo.	11(27.5)	9(22.5)	20(50.0)	35(87.5)	3(7.5)	2(5.0)
8.Khi để người bệnh nằm ngửa phải kê dưới lưng một gối mỏng và mềm. Kê cao bắp chân bằng gối mềm để làm giảm sức đè nặng lên gót chân.	19(47.5)	17(42.5)	4(10.0)	35(87.5)	2(5.0)	3(7.5)
9.Nguyên tắc cơ bản dự phòng loét ép là tạo cho máu dễ lưu thông bằng cách tránh tỳ đè.	21(52.5)	12(30.0)	7(17.5)	34(85.0)	4(10.0)	2(5.0)
10.Lật trở người bệnh theo chương trình, đặt người bệnh nằm ở các tư thế thoải mái:	11(27.5)	21(52.5)	8(20.0)	38(95.0)	2(5.0)	0(0)

Câu hỏi	Trước can thiệp			Sau can thiệp		
	n (%Đúng)	n (%Sai)	n (% không biết)	n (%Đúng)	n (%Sai)	n (% Không biết)
nằm ngửa, nghiêng trái, nghiêng phải khoảng 8 giờ/lần.						
$\bar{X} \pm SD = - 4,250 \pm 2,048 ; p < 0,05$						
	Trung bình		Số người tham gia	Độ lệch chuẩn		
Điểm P2 Trước	4,33		40	2,358		
Điểm P2 Sau	8,58		40	1,083		

Trong tổng số 40 đối tượng nghiên cứu, Phần kiến thức chăm sóc phòng ngừa loét ép tỷ lệ người có câu trả lời đúng tăng lên và tỷ lệ trả lời sai và không biết đã giảm xuống so với trước can thiệp. ($p < 0,05$).

3.1.3 Tổng số và tỷ lệ phần trăm số lượng người trả lời phần kiến thức về chăm sóc loét ép:

Bảng 3.3 Bảng điểm về kiến thức chăm sóc loét ép

Câu hỏi	Trước can thiệp			Sau can thiệp		
	n (%Đúng)	n (%Sai)	n(%không biết)	n(% Đúng)	n (% Sai)	n(%không biết)
1.Một vết loét ép sẽ bị vỡ chậm hơn so với vùng da không có tổn thương.	19(47.5)	12(30.0)	9(22.5)	29(72.5)	11(27.5)	0(0)
2.Lau người cho bệnh nhân bằng khăn bông mềm và nước ấm, tránh những vùng da bị tổn thương.	26(65.0)	11(27.5)	3(7.5)	36(90.0)	4(10.0)	0(0)
3.Rửa sạch vết loét như một vết thương, nếu vết loét có tổ chức hoại tử, cần cắt lọc hết phần hoại tử, sau đó có thể đắp đường kính sạch lên bề mặt vết loét và thay đi khi đường tan.	11(27.5)	15(37.5)	14(35.0)	32(80.0)	7(17.5)	1(2.5)
4.Đặt người bệnh nằm trên giường có đệm nước hoặc đệm hơi có thể phòng ngừa loét ép.	20(50.0)	10(25.0)	10(25.0)	33(82.5)	6(15.0)	1(2.5)
5.Xoa bóp vùng da xung quanh vết loét, dùng băng thấm hút dịch tốt không làm cải thiện tình trạng loét ép cho người bệnh	13(32.5)	13(32.5)	14(35.0)	36(90.0)	4(10.0)	0(0)
	Trung bình		Số người tham gia		Độ lệch chuẩn	
Điểm P3 Trước	4,45		40		2,375	
Điểm P3 Sau	8,25		40		1,822	
$\bar{x} \pm SD = - 3,8 \pm 2,821 ; p < 0,05$						

Trong tổng số 40 đối tượng nghiên cứu phần kiến thức chăm sóc loét ép tỷ lệ người chăm sóc chính có câu trả lời đúng tăng lên, tỷ lệ trả lời sai và không biết đã giảm xuống so với trước can thiệp. ($p < 0,05$)

3.1.4 Kiến thức tổng chung

Bảng 3.4 Kiến thức chung về chăm sóc phòng chống loét ép:

	Trung bình	Số người tham gia	Độ lệch chuẩn
Điểm Trước	4,1917	40	1,44389
Điểm Sau	8,2583	40	1,09775
$\bar{X} \pm SD = - 4,06667 \pm 1,50630 ; p < 0,05$			

Trong tổng số 40 đối tượng nghiên cứu, kiến thức chăm sóc phòng ngừa loét sau can thiệp tỷ lệ người có câu trả lời đúng tăng lên và tỷ lệ người trả lời sai và không biết đã giảm xuống so với trước

can thiệp. So sánh điểm trung bình kiến thức tổng trước can thiệp với nghiên cứu Pieper – Zulkowski thì điểm trung bình của nghiên cứu này thấp hơn. Nhìn chung mức độ hiểu biết của người chăm sóc chính tương đối thấp. Những phát hiện này làm nổi bật mỗi ảnh hưởng đến kiến thức của người chăm sóc chính về phòng ngừa và quản lý loét ép.

IV. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, đã có sự cải thiện kiến thức cho người chăm sóc chính người bệnh liệt nửa người do Đột quỵ não, thể hiện qua 3 phần kiến thức. Việc can thiệp giáo dục sức khỏe nhằm tăng cường kiến thức chăm sóc phòng chống loét cho người bệnh đã có hiệu quả tốt để trang bị cho người chăm sóc chính những kiến thức cơ bản nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phan Xuân Trung (2000)**, *Dự phòng - chăm sóc và điều trị mảng mục*, truy cập ngày, tại trang web <http://www.Ykhoanet.com/baigiang/dieuduong/bai14>.
2. **Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng (2008)**, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **American Heart Association (AHA) (2015)**, *Heart Disease and Stroke Statistics – At-a- Glance*, truy cập ngày 01-03-2016, tại trang web www.heart.org/idc/groups/ahamah-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_470704.pdf.
4. **P. W. Duncan, et al (2005)**, "Management of adult stroke rehabilitation care a clinical practice guideline", *Stroke*. 36(9), tr. e100-e143
5. **B. Pieper., K. Zulkowski (2014)**, "The Pieper-Zulkowski Pressure Ulcer Knowledge Test.", *Advances in skin & wound care*. 27(9), 413-420.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KHỞI PHÁT RỐI LOẠN HỖN HỢP LO ẦU VÀ TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ VIỆN SỨC KHỎE TÂM THẦN - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Văn Dũng*

TÓM TẮT

Đặt Vấn Đề: Stress và nhân cách có liên quan đến phát sinh và phát triển rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm. **Mục tiêu:** Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến khởi phát 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. **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:** Nghiên cứu thấy có tới 76,4% bệnh nhân có stress nghề nghiệp liên quan, trong đó nghề có thu nhập thấp chiếm tỷ lệ cao nhất (34,5%), thấp nhất là thất nghiệp (9,1%). Có 23,6% bệnh nhân không thấy có stress nghề nghiệp. Có 65,5% bệnh nhân có stress xã hội liên quan. Nghiên cứu gặp 70,9% bệnh nhân có vấn đề về gia cảnh Kinh tế thiếu thốn có liên quan nhiều nhất (49,1%), thấp nhất là người thân mang bệnh nặng (9,1%). Nghiên cứu thấy 50,9% đối tượng nghiên cứu có quan hệ vợ chồng không tốt. Có 75,7% trong các cặp vợ chồng có vấn đề về quan hệ vợ chồng có liên quan (28/37). Trong

đó vợ chồng hay mâu thuẫn có liên quan nhiều nhất, chiếm 21,8% bệnh nhân. Nghiên cứu thấy tính quá quan tâm chăm sóc có liên quan rõ rệt đến rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm, gặp ở 87,3% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu. Đặc biệt là tính quá quan tâm chăm sóc ở nam gấp hơn ba lần nữ (67,3% so với 20,0%). Sự khác nhau giữa hai giới: Tỷ lệ dễ nóng giận ở nam cao hơn so với nữ (16,4% so với 3,6%), ngược lại tỷ lệ dễ mủi lòng ở nữ cao hơn nam (21,9% so với 1,8%). **Kết luận:** Trong cuộc sống hiện đại, ngày càng có nhiều trạng thái bệnh lý phối hợp giữa lo âu và trầm cảm. Kinh tế xã hội càng phát triển, cuộc sống mưu sinh càng trở nên khắc nghiệt, mối quan hệ xã hội càng có nhiều mâu thuẫn nảy sinh.

Từ khóa: BN là Bệnh nhân

SUMMARY

STUDY ON A NUMBER OF FACTORS RELATED TO THE ONSET OF MIXED ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS INPATIENT MENTAL HEALTH CLINIC - BACH MAI HOSPITAL

The Problem: Stress and personality are related to the development and development of mixed anxiety and depression disorders. **Objective:** To study a number of factors related to the onset of mixed anxiety and depression in patients in the Mental Health Institute in Bach Mai Hospital. **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

*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: 10.8.2017
 Ngày duyệt bài: 24.8.2017

screen. EPI Processing Data - INFO 6.0. **Results:** The study found that 76.4% of patients had occupational stress related, in which the low income occupation accounted for the highest proportion (34.5%), the lowest was unemployment (9.1%). 23.6% of the patients did not experience occupational stress. There were 65.5% of patients with social stress involved. The study found that 70.9% of patients had family problems. The most relevant economic conditions were the most relevant (49.1%), the lowest were the patients with severe illness (9.1%). The study found that 50.9% of the subjects had poor spousal relationships. There were 75.7% of couples with related spousal relationships (28/37). In which the spouses or conflicts are most relevant, accounting for 21.8% of the patients. The study found that caregiving was significantly associated with mixed anxiety and depression, and was found in 87.3% of the patients in the sample. In particular, over-care in men is more than three times more likely in women (67.3% vs. 20.0%). Difference between sexes: The rate of anger in males was higher than that of females (16.4% vs. 3.6%), whereas the rate of malady in females was higher than that of males (21.9% With 1.8%). **Conclusion:** In modern life, more and more pathological states combine anxiety and depression. The more social and economic development is, the more difficult the living life becomes, the more social conflicts arise.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm 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 chuyên khoa tâm thần. Tiến triển của rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm phụ thuộc vào nhận biết, thái độ can thiệp của thầy thuốc và sự tuân thủ điều trị của người bệnh. Tiên lượng ngắn hạn và dài hạn của rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm còn nhiều ý kiến đánh giá khác nhau. Phần lớn các tác giả nhận thấy chỉ khoảng 50% bệnh nhân hồi phục hoàn toàn. 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. Các mâu thuẫn giữa luân lý và phi luân lý, những quy luật khắt khe

của nền kinh tế thị trường làm tăng những xung đột nội tâm, dẫn đến bệnh lý lo âu - trầm cảm cho nhiều cá nhân với những mức độ khác nhau. Do nhiều triệu chứng về chức năng và cơ thể không đặc hiệu xuất hiện trong bệnh cảnh lâm sàng, người bệnh thường đến với các chuyên khoa khác trước khi đến với chuyên khoa tâm thần, vì vậy việc chẩn đoán kịp thời và chính xác còn nhiều hạn chế, ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị, tiến triển và tiên lượng bệnh. Cho đến nay ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào sâu về lâm sàng và các yếu tố liên quan đến khởi phát rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm. 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: Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến khởi phát rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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:

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

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 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 tâm lý để hỗ trợ chẩn đoán từ ngày 01/01/2013 đến ngày 30/10/2013. Số liệu đa biến được xử lý theo phương pháp toán thống kê y học, chương trình EPI - INFO 6.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm về tuổi và giới tính.

Nhóm tuổi \ Giới	Nam		Nữ		Cộng		p
	n	%	n	%	n	%	
< 20	1	1,8	1	1,8	2	3,6	< 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 $p < 0,05$. Nghiên cứu thấy tỷ lệ cao trong mẫu nghiên cứu là ở độ tuổi từ 21 đến 50 tuổi (83,7%).

Bảng 3.2: Các stress liên quan đến nghề nghiệp

Stress nghề nghiệp	Số lượng (n=55)	%	p
Thất nghiệp	5	9,1	<0,05
Nghề thu nhập thấp	19	34,5	
Nghề đơn điệu	9	16,3	
Nghề nặng nhọc	10	18,1	

Nhận xét. Nghiên cứu thấy có tới 76,4% bệnh nhân có stress nghề nghiệp liên quan, trong đó nghề có thu nhập thấp chiếm tỷ lệ cao nhất (34,5%), thấp nhất là thất nghiệp (9,1%). Có 23,6% bệnh nhân không thấy có stress nghề nghiệp.

Bảng 3.3: Các stress xã hội liên quan

Các stress xã hội	n	%	p
Mâu thuẫn với đồng nghiệp	8	14,6	< 0,05
Mâu thuẫn với cấp trên	5	9,1	
Mâu thuẫn với cộng đồng	23	41,8	
Không có mâu thuẫn hoặc có nhưng không rõ	19	34,5	

Nhận xét. Nghiên cứu thấy trong mẫu nghiên cứu tổng cộng có 65,5% bệnh nhân có stress xã hội liên quan. Các stress xã hội gặp trong nghiên cứu là mâu thuẫn với bạn bè, mâu thuẫn với cấp trên và mâu thuẫn với cộng đồng dân cư chung sống, trong đó mâu thuẫn với cộng đồng dân cư chung sống có liên quan nhiều nhất (41,8%).

Bảng 3.4: Các đặc điểm hoàn cảnh gia đình (gia cảnh)

Các stress gia cảnh	n	%	p
Thiếu kinh tế	27	49,1	<0,01
Con cái hư hỏng	7	12,7	
Người thân mang bệnh nặng	5	9,1	
Không có vấn đề về gia cảnh	16	29,1	
Cộng	55	100	

Nhận xét. Nghiên cứu gặp 70,9% bệnh nhân có vấn đề về gia cảnh. Các vấn đề về gia cảnh gặp trong nghiên cứu là thiếu kinh tế, con cái hư hỏng và người thân mang bệnh nặng. Kinh tế thiếu thốn có liên quan nhiều nhất (49,1%), thấp nhất là người thân mang bệnh nặng (9,1%).

Bảng 3.5: Quan hệ vợ chồng

Quan hệ vợ chồng	Số lượng N = 55	%
Sống chung nhưng hay mâu thuẫn	12	21,8
Ly dị	9	16,4
Ly thân	7	12,7

Nhận xét. Quan hệ vợ chồng có liên quan mật thiết với đời sống, khi mỗi quan hệ này trắc trở sẽ gây các rối loạn về tâm sinh lý gia đình và xã hội. Các stress về quan hệ vợ chồng kéo dài liên quan đến rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm.

Bảng 3.6: Quan tâm không bình thường đến người khác theo giới

Đặc điểm	Giới		Nam		Nữ		Cộng		p
			n	%	n	%	n	%	
Quá quan tâm đến người khác			37	67,3	11	20,0	48	87,3	< 0,01
Ít quan tâm đến người khác			2	3,6	1	1,8	3	5,4	
Cộng			39	70,9	12	21,8	51	92,7	

Nhận xét. Nghiên cứu thấy tính quá quan tâm chăm sóc có liên quan rõ rệt đến rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm, gặp ở 87,3% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu. Đặc biệt là tính quá quan tâm chăm sóc ở nam gấp hơn ba lần nữ (67,3% so với 20,0%).

Bảng 3.7: Bộc lộ cảm xúc của mẫu nghiên cứu

Bộc lộ cảm xúc	Giới		Nam		Nữ		Cộng		p
			n	%	n	%	n	%	
Đề nóng giận			9	16,4	2	3,6	11	20,0	< 0,05

Hay mũi lòng	1	1,8	12	21,9	13	23,7	< 0,05
Khép kín cảm xúc	10	18,1	12	21,9	22	40,0	< 0,05
Hài hoà	4	7,2	5	9,1	9	16,3	< 0,05
Cộng	24	43,5	31	56,5	55	100	

Nhận xét. Nghiên cứu thấy tính cách dễ bộc lộ cảm xúc (dễ nóng giận+hay mũi lòng) hoặc quá khép kín đều có liên quan ở tỷ lệ tương đương nhau đến rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm, chiếm tới 83,6% {(20,0 + 23,6) + 40,0} bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu. Chung cho cả hai giới có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ giữa cảm xúc hài hoà và nhóm cảm xúc không hài hoà (dễ nóng giận, hay mũi lòng hoặc khép kín).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Giới. 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 $p < 0,01$. Người phụ nữ Việt Nam có vai trò quan trọng trong sinh hoạt ở hầu hết các gia đình hơn so với phụ nữ các nước phương Tây – nơi các tác giả tiến hành nghiên cứu, sự vắng mặt của người phụ nữ trong gia đình Việt Nam dễ làm đảo lộn cuộc sống sinh hoạt gia đình, chính vì vậy việc phải điều trị nội trú trong bệnh viện đối với phụ nữ là điều bất đắc dĩ.

4.2. Liên quan về tuổi: Nghiên cứu thấy tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 21 đến 50 tuổi (83,7), điều này nói lên tỷ lệ gặp rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm gặp cao ở độ tuổi lao động sung sức, có nhiều ước mơ và khát vọng cuộc sống, đồng thời dễ có nhiều stress tác động. Ở nhóm tuổi từ 21 đến 30 nam có tỷ lệ gặp ba lần nữ ($p < 0,01$). Ở lứa tuổi từ 31 đến 50 thì nữ có tỷ lệ hơn hai lần nam ($p < 0,01$).

4.3. Liên quan về trình độ văn hoá. Trình độ văn hoá phổ thông trung học chiếm tỷ lệ cao nhất (63,6%). Có trình độ văn hoá sẽ dễ dàng cập nhật thông tin, hoạt động nhiều ngoài xã hội, đồng thời cũng gặp nhiều stress xã hội.

4.4. Liên quan về đặc điểm nhân cách:

4.4.1. Liên quan về tính hay quan tâm chăm sóc đến người khác: Tính hay lo xa và quan tâm chăm sóc đến người khác có liên quan ở các mức độ khác nhau tới các rối loạn có liên quan đến stress và dạng cơ thể, trong đó có rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm. Draper thấy có 2 đặc điểm nhân cách thường có liên quan là tính hay lo lắng thái quá và cảm xúc thiếu hài hoà (dễ nóng giận, dễ mũi lòng hoặc khép kín cảm xúc). Ông thấy có trên 80% bệnh nhân rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm có tính hay lo lắng thái quá cho mình và cho người khác. Nghiên cứu chúng tôi thấy có tới 87,3% bệnh nhân hay quá quan tâm lo lắng, tỷ lệ này được chia gần bằng nhau giữa lo cho bản thân và lo cho người khác. Điều đặc biệt trong nghiên cứu thấy có 67,3% là nam có tính quá quan tâm

chăm sóc. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận xét của Draper.

4.4.2. Liên quan về bộc lộ cảm xúc: Cảm xúc dễ bộc lộ hoặc quá khép kín đều có liên quan ở mức độ như nhau đối với rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm. Nghiên cứu của chúng tôi gặp 40,0% bệnh nhân có cảm xúc quá khép kín trong 83,7% bệnh nhân bộc lộ cảm xúc thiếu hài hoà. Draper nhận thấy có khoảng từ 50% đến 70% bệnh nhân rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm có đặc điểm cảm xúc hoặc là dễ bộc lộ thái quá hoặc là quá khép kín. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhận xét của Draper. Có thể lý giải về sự khác nhau này là người Việt Nam có tính chịu đựng cao, mặc cảm về bệnh tâm thần, đến bệnh viện tâm thần khám chỉ khi không còn cách nào khác, mặt khác nhận thức về tâm thần học của nhân dân còn hạn chế.

4.5. Liên quan đến Stress

4.5.1. Liên quan đến nghề nghiệp: Stress tâm lý nói chung, stress nghề nghiệp nói riêng có liên quan mật thiết với rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm. Nghiên cứu của Barkow và các tác giả khác thấy rằng có trên 80% bệnh nhân rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm liên quan đến stress nghề nghiệp, các loại stress nghề nghiệp bao gồm: nghề thu nhập thấp, nghề đơn điệu, môi trường làm việc căng thẳng, sức ép công việc, nghề nặng nhọc, thất nghiệp, trong đó nghề thu nhập thấp, sức ép công việc và nghề đơn điệu gặp ở tỷ lệ cao. Nghiên cứu của chúng tôi thấy có 76,4% bệnh nhân có liên quan đến stress nghề nghiệp, trong đó nghề thu nhập thấp chiếm tỷ lệ cao nhất (34,5%), tiếp đến là nghề nặng nhọc (18,1%), không gặp bệnh nhân có liên quan đến môi trường làm việc căng thẳng và sức ép công việc.

4.5.2. Liên quan đến hoàn cảnh kinh tế:

Giữa nghề nghiệp và hoàn cảnh kinh tế có liên quan mật thiết với nhau. Nếu không có biến động lớn trong gia đình thì nghề có thu nhập cao và ổn định sẽ không có khó khăn về kinh tế. Tuy nhiên sự liên quan trên không luôn cùng song hành. Nghiên cứu này chúng tôi muốn tách ra để

phân tích cho cụ thể. Trong đối tượng nghiên cứu có 49,1% bệnh nhân thuộc gia đình thiếu kinh tế, không thấy bệnh nhân nào thuộc gia đình có số hộ nghèo. Thực tế nhiều địa phương giới hạn số lượng hộ nghèo nhằm làm giảm tỷ lệ hộ nghèo theo chỉ tiêu kế hoạch trên giao, nhiều gia đình nghèo từ trước và những gia đình mới lâm vào hoàn cảnh kinh tế khó khăn không được cấp sổ hộ nghèo. Mặt khác rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm biểu hiện không nặng và không liên tục, vậy nên những bệnh nhân thuộc hộ nghèo không đi khám hoặc không tìm đến bệnh viện Bạch mai mà chọn nơi điều trị khác. Chính vì vậy không có bệnh nhân nào trong đối tượng nghiên cứu có sổ hộ nghèo. Đây là vấn đề không thể sớm giải quyết. Chính vì vậy kinh tế khó khăn có liên quan đến sức khỏe tâm thần, trong đó có rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm.

4.5.3. Liên quan đến mâu thuẫn với cộng đồng: Có nhiều stress xã hội có liên quan, nhiều khi khó có thể có được sự tách biệt rành mạch trong mối quan hệ hữu cơ giữa các stress. Tuy nhiên cũng cần cố gắng tách riêng để phân tích và bàn luận. Nghiên cứu về sự liên quan đến rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm, Clayton và cộng sự đưa ra nhiều loại stress tâm lý xã hội và gia đình có liên quan, các stress xung đột với cộng đồng không có lối thoát có liên quan ở tỷ lệ cao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy có 65,5% bệnh nhân có liên quan đến stress xã hội, trong đó mâu thuẫn với cộng đồng xung quanh chiếm tỷ lệ cao nhất (41,8%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận xét của Clayton và các tác giả.

4.5.4. Liên quan đến mâu thuẫn vợ chồng: Không thống nhất ý kiến, quan điểm giữa vợ và chồng là chuyện gặp thường ngày trong cuộc sống gia đình. Kinh tế là phương tiện và động lực phát triển, nên trong thời kỳ kinh tế thị trường lại càng dễ bất đồng quan điểm giữa vợ và chồng, nếu không tìm được tiếng nói chung, mâu thuẫn giữa vợ và chồng lâu ngày sẽ có nhiều hậu quả kéo theo. Một trong những hậu quả là các rối loạn liên quan đến stress, trong đó có rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm. Nghiên cứu của chúng tôi thấy có 50,9% bệnh nhân có liên quan đến quan hệ không tốt giữa vợ và chồng, trong đó vợ chồng hay cãi nhau 21,8%, vợ chồng ly dị 16,3%, ly thân 12,7%. Kết quả

này tuy cao hơn nhưng không có sự khác biệt so với nhận định của Clayton và các tác giả

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Nghiên cứu thấy có tới 76,4% bệnh nhân có stress nghề nghiệp liên quan, trong đó nghề có thu nhập thấp chiếm tỷ lệ cao nhất (34,5%), thấp nhất là thất nghiệp (9,1%). Có 23,6% bệnh nhân không thấy có stress nghề nghiệp. Có 65,5% bệnh nhân có stress xã hội liên quan. Nghiên cứu gặp 70,9% bệnh nhân có vấn đề về gia cảnh Kinh tế thiếu thốn có liên quan nhiều nhất (49,1%), thấp nhất là người thân mang bệnh nặng (9,1%). Nghiên cứu thấy 50,9% đối tượng nghiên cứu có quan hệ vợ chồng không tốt. Có 75,7% trong các cặp vợ chồng có vấn đề về quan hệ vợ chồng có liên quan (28/37). Trong đó vợ chồng hay mâu thuẫn có liên quan nhiều nhất, chiếm 21,8% bệnh nhân. Nghiên cứu thấy tính quá quan tâm chăm sóc có liên quan rõ rệt đến rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm, gặp ở 87,3% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu. Đặc biệt là tính quá quan tâm chăm sóc ở nam gấp hơn ba lần nữ (67,3% so với 20,0%). Sự khác nhau giữa hai giới: Tỷ lệ dễ nóng giận ở nam cao hơn so với nữ (16,4% so với 3,6%), ngược lại tỷ lệ dễ tủi lòng ở nữ cao hơn nam (21,9% so với 1,8%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Barkow K, Heun R, Wittchen HU, Bedirhan Ustun T** (2004), "Mixed anxiety-depression in a 1 year follow-up study: Shift to other remission", *Journal Affect disord*, Apr; 79(3): 235 – 139.
2. **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
3. **Draper B, Low LF** (2008), "Patterns of hospitalisation for depressive and anxiety disorders across the lifespan in Australia". *J Affect Disord*, Jun 18, 73-82.
4. **Enrique E, Karmele S, Tomas B** (2006), "Mixed anxiety-Depression disorder: Long-term", *Cambridge university press* 34(1), 95-101
5. **Fravelli C, Guerrini B, Giardinelli L** (1999), "Epidemiology of anxiety disorder in Florence", *Acta psychiatrica scandinavica*, apr, vol 79(4), 308-312.
6. **Mackintosh MA, Gatz M, Wetherell JL, Pedersen NL** (2006), "A twin study of lifetime generalized anxiety disorder (GAD) in older adults: genetic and environmental influences shared by neuroticism and GAD", *Twin Res HunGene*, 9, 30-37.
7. **McLean J, Pietroni P** (1998), "Chronic mixed anxiety and depression", *Soc Sci Med*, 30(5): 591 – 596. (Bull).

NHẬN XÉT TÌNH HÌNH NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN

6 THÁNG ĐẦU NĂM 2017 TẠI BỆNH VIỆN TW QUÂN ĐỘI 108

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng NKBV tại Bệnh viện TWQĐ108, tìm hiểu những loại NKBV thường gặp và những yếu tố nguy cơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** điều tra mô tả cắt ngang trên 813 bệnh nhân điều trị nội trú trong tháng 3 và tháng 6 năm 2017. **Kết quả:** Tỷ lệ NKBV là: 4,18%. Tuổi càng cao tỷ lệ NKBV càng cao, có sự khác nhau giữa nam, nữ và các lứa tuổi song sự khác nhau đó là chưa rõ rệt ($p > 0,05$). Tỷ lệ NKBV tại khoa Hồi sức tích cực là 37,14%. Trong số bệnh nhân bị NKBV thì NKVM chiếm tỷ lệ cao nhất là 32,35%, nhiễm khuẩn đường hô hấp là 29,41%, nhiễm khuẩn đường tiết niệu là 14,71%. Nhiễm khuẩn huyết chiếm tỷ lệ thấp nhất là 2,94%. Nhiễm khuẩn kết hợp là 20,58%. **Kết luận:** Các yếu tố như đặt sonde tiểu, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, thở máy, đặt nội khí quản, mở khí quản và phẫu thuật đều có nguy cơ cao gây NKBV ($p < 0,01$).

Từ khóa: Nhiễm khuẩn bệnh viện, yếu tố nguy cơ

SUMMARY

COMMENT ON THE SITUATION OF HOSPITAL-ACQUIRED INFECTIONS IN THE FIRST 6 MONTHS OF 2017 AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objectives: Assess the status of HAIs at 108 Military Central Hospital, study the common types of nosocomial infection and risk factors. **Subject and Method:** A cross-sectional survey of 813 inpatient in March and June 2017. **Results:** The rate of HAIs is: 4.18%. The higher the HAIs rate. There are differences between men and women. And the age difference is not statistically significant ($p > 0.05$). The rate of HAIs in the ICU is 37.14%. Among patients with HAIs, SSI for the highest rate of 32.35%. Respiratory tract infection was 29.41%. UTI was 14.71%. Sepsis for the lowest rate of 2.94%. Mixed infections are 20.58%. Elevations such as catheter insertion, central venous catheterisation, mechanical ventilation, endotracheal intubation, tracheostomy and surgery are all at high risk for HAIs ($p < 0.01$). **Conclusion:** Risk factors such as urinary catheter insertion, central venous catheterization, mechanical ventilation, intubation, tracheostomy and surgery were all at high risk for HAIs ($p < 0.01$).

Keywords: Hospital-acquired infections (HAIs), Risk factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) hay còn gọi là nhiễm khuẩn liên quan tới chăm sóc y tế (health care-associated infections) đang là vấn

Nguyễn Quang Toàn*, Đinh Vạn Trung*

đề y tế toàn cầu do làm tăng tỷ lệ mắc bệnh, tử vong, kéo dài ngày nằm viện và tăng chi phí điều trị. Điều tra của tổ chức Y tế thế giới thực hiện ở 47 bệnh viện thuộc 14 nước đại diện khu vực khác nhau trên thế giới cho thấy: NKBV gặp ở 8,4% bệnh nhân nhập viện. Theo ước tính, bất cứ thời điểm nào trên thế giới cũng có khoảng 1,4 triệu bệnh nhân mắc NKBV. Tại Mỹ, tỷ lệ mắc NKBV là 4,5%, tương ứng với 9,3% NKBV cho 1000 ngày nằm viện. Ở Việt Nam, qua nghiên cứu trên 34 bệnh viện khu vực phía bắc của Bộ y tế (2005–2007), các tác giả cho thấy: tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 7,9%, trong đó tuyến trung ương là 6,1%, tuyến tỉnh là 8,8% và tuyến huyện là 6,9%.

Trong quân đội việc nghiên cứu NKBV còn hạn chế. Để mang lại hiệu quả cao trong điều trị thì việc chống NKBV là hết sức quan trọng. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: Đánh giá thực trạng NKBV tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, tìm hiểu những loại NKBV thường gặp và những yếu tố nguy cơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. *Đối tượng nghiên cứu:* 813 bệnh nhân điều trị nội trú

2.2. *Thời gian nghiên cứu:* Chia làm 2 đợt tháng 03 và tháng 06 năm 2017

2.3. *Phương pháp nghiên cứu.*

- Phương pháp nghiên cứu: điều tra mô tả cắt ngang có phân tích.

- Thông tin được tích điền vào 4 mẫu phiếu điều tra của 4 loại NKBV chủ yếu (đã được chúng tôi xây dựng hoàn chỉnh dưới sự hướng dẫn của Cục Quân y và sự giúp đỡ từ chương trình DoD-PEPFAR).

- Thông số nghiên cứu: tuổi, giới, loại nhiễm khuẩn, các yếu tố liên quan đến NKBV.

2.4. *Xử lý kết quả nghiên cứu:* Theo chương trình Epi Data 3.1

*Bệnh viện TWQĐ108

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Vạn Trung

Email: drtrung108@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2017

Ngày duyệt bài: 28.8.2017

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện liên quan đến tuổi và giới tính.

Giới tính, tuổi	Tổng số BN n (%)	NKBV		p
		Số mắc	Tỷ lệ (%)	
Nam	558 (68,63)	25	4,48	> 0,05
Nữ	255 (31,36)	9	2,83	
< 40	212 (26,07)	7	3,30	> 0,05
40 – 60	328 (40,34)	11	3,35	
> 60	273 (33,57)	16	5,86	
Cộng	813	34	4,18	

Nhận xét: Tỷ lệ NKBV chung là: 4,18%. Tỷ lệ này ở bệnh nhân nam là 4,48%, ở bệnh nhân nữ là 2,83%. Sự khác nhau giữa nam, nữ và các lứa tuổi không rõ rệt ($p > 0,05$). Ở lứa tuổi trên 60, tỷ lệ NKBV là cao nhất, nói chung tuổi càng cao tỷ lệ NKBV càng cao, tuy nhiên sự khác nhau không rõ rệt ($p > 0,05$).

Bảng 2. Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện theo các khoa lâm sàng.

	Khoa	Số BN đủ tiêu chuẩn kiểm tra	Số mắc NKBV	Tỷ lệ (%)
Khôi nội	Nội tổng hợp	48	1	2,08
	Viện tim mạch	42	0	0
	Tiêu hoá	47	0	0
	Truyền nhiễm	46	1	2,17
	Lao và bệnh phổi	37	2	5,41
	Huyết học lâm sàng	27	0	0
	Nội thần kinh	41	0	0
	Da liễu-dị ứng	30	0	0
	Nội nhi	15	1	6,66
	Đông y	21	0	0
	Hồi sức tích cực	35	13	37,14
	Nội thận	29	0	0
	Trung tâm đột quỵ	36	3	8,33
Tổng khôi nội		454	21	4,63
Khôi ngoại	Viện CTCH	59	3	5,08
	Viện phẫu thuật tiêu hóa	42	3	7,14
	Ngoại tiết niệu	35	2	5,71
	Ngoại lồng ngực	47	0	0
	Ngoại thần kinh	45	2	4,44
	Mắt	23	0	0
	Tạo hình-hàm mặt	30	1	3,33
	Tai-Mũi-Họng	38	1	2,63
	Phụ sản	40	1	2,5
Tổng khôi ngoại		359	13	3,62
Cộng		813	34	4,18

Nhận xét: Tỷ lệ NKBV tại Khoa Hồi sức cấp cứu là rất cao (37,14%), tại Trung tâm đột quỵ là 8,33% và tại Viện phẫu thuật tiêu hóa là 7,14%.

Bảng 3. Phân chia theo các loại nhiễm khuẩn bệnh viện.

Loại NKBV	Số bệnh nhân mắc NKBV	Tỷ lệ (%)
Đường hô hấp	10	29,41
Vết mổ	11	32,35
Đường niệu	05	14,71
Nhiễm khuẩn huyết	01	2,94
Hô hấp + tiết niệu	04	11,76
Hô hấp+ vết mổ	02	5,88
Hô hấp + nhiễm khuẩn huyết	01	2,94
Cộng:	34	100,0

Nhận xét: Các loại NKBV hay gặp nhất là: nhiễm khuẩn vết mổ (32,35%), nhiễm khuẩn đường hô hấp (29,41%) và nhiễm khuẩn đường tiết niệu (14,71%).

Bảng 4. Một số yếu tố nguy cơ liên quan đến nhiễm khuẩn bệnh viện.

Yếu tố nguy cơ	NKBV (+) (n=34)	NKBV (-) (n = 779)	OR (CI 95%)	P
Đặt sonde tiểu: Có	9	17	6,5-39,7	< 0,001
Không	25	762		
Đặt catheter TMTT: Có	2	5	1,8-51,2	< 0,001
Không	32	774		
Thở máy, đặt NKQ: Có	16	8	32,5-225,7	< 0,001
Không	18	771		
Mở khí quản: Có	3	2	6,1-233,2	< 0,001
Không	31	777		
Phẫu thuật: Có	13	475	0,19-0,8	< 0,01
Không	21	304		

Nhận xét: Yếu tố nguy cơ gây NKBV gồm: đặt sonde tiểu, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, thở máy, đặt nội khí quản, mở khí quản và phẫu thuật ($p < 0,01$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ NKBV chung là: 4,18%. Kết quả nghiên cứu ở bảng 1 cho thấy, ở bệnh nhân nam tỷ lệ này là 4,48%, còn ở bệnh nhân nữ là 2,83%. Ở lứa tuổi trên 60, tỷ lệ NKBV là cao nhất, nói chung tuổi càng cao tỷ lệ NKBV càng cao, tỷ lệ NKBV tuy có sự khác nhau giữa nam, nữ và các lứa tuổi song sự khác nhau đó là chưa rõ rệt ($p > 0,05$). Tác giả Nguyễn Việt Hùng (2007) cũng thấy rằng, tỷ lệ NKBV ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi là 9,9% cao hơn hẳn so với các nhóm bệnh nhân ít tuổi hơn.

Chúng tôi cũng thấy rằng, tỷ lệ NKBV ở khối nội cao hơn ở khối ngoại (4,63% so với 3,62%, $p > 0,05$) do ở khối nội tỷ lệ NKBV rất cao tại khoa hồi sức cấp cứu (37,14%). Nhiều nghiên cứu trong nước và quốc tế đều cho thấy, hầu hết bệnh nhân tại khoa này đều phải trải qua nhiều thủ thuật xâm nhập (đặt ống thông tĩnh mạch trung tâm, ống thông tiểu và thông khí hỗ trợ), là những yếu tố nguy cơ cao dẫn tới NKBV.

Trong tổng số 359 bệnh nhân được phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân nhiễm khuẩn sau mổ là 3,62%, trong đó: Phẫu thuật tiêu hóa là 7,14%; Chấn thương-chỉnh hình là 5,08%; Tiết niệu là 5,71%; Ngoại thần kinh là 4,44% và Hàm mặt là 3,33%. Tác giả Đỗ Kim Sơn (2002) tại Bệnh viện Việt Đức cho thấy, trong số 250 bệnh nhân được phẫu thuật thì có tỷ lệ 6,7% bị nhiễm khuẩn vết mổ. Nhiễm khuẩn vết mổ thường đứng thứ ba trong các NKBV mắc phải ở Mỹ, chiếm từ 2-5% của phẫu thuật bụng sạch.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có khác với với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Việt Hùng (2007) tại bệnh viện Bạch Mai trên 1.253 bệnh nhân, thấy rằng tỷ lệ NKBV là 6,1% và tỷ lệ này cao nhất tại khối hồi sức cấp cứu: 30,3%, tiếp theo là khối nhi: 5,5%, và khối ngoại 1,0%.

Về cơ cấu NKBV, kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3 cho thấy, các loại NKBV hay gặp nhất là: nhiễm khuẩn vết mổ (32,35%), nhiễm khuẩn đường hô hấp (29,41%), nhiễm khuẩn đường tiết niệu (14,71%) và nhiễm khuẩn huyết (2,94%). Nhiễm khuẩn kết hợp đường hô hấp - tiết niệu (11,76%); Nhiễm khuẩn kết hợp đường hô hấp - vết mổ (5,88%) và đường hô hấp - nhiễm khuẩn huyết (2,94%).

Giám sát 9.345 bệnh nhân tại 19 bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến trung ương trong toàn quốc do Bộ y tế thực hiện năm 2005 cho thấy, loại NKBV thường gặp nhất là: nhiễm khuẩn hô hấp: 55,4%, nhiễm khuẩn vết mổ: 13,6%, nhiễm khuẩn tiết niệu 9,7%. Một nghiên cứu tại 6 bệnh viện phía Nam cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là: 5,8% với 4 loại chính: nhiễm khuẩn hô hấp: 32,9%, nhiễm khuẩn vết mổ: 18,9%, nhiễm khuẩn da hoặc mô mềm: 14,5%, nhiễm khuẩn tiết niệu: 11,7%, Khoa HSCC có tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện cao nhất: 29,0%.

Qua nghiên cứu ở bảng 3 cho thấy, các yếu tố như: đặt sonde tiểu, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, thở máy, đặt nội khí quản, mở khí quản và phẫu thuật đều có nguy cơ cao gây NKBV ($p < 0,01$).

NKBV xảy ra ở mọi cơ sở khám chữa bệnh trên thế giới với mức độ khác nhau, làm tăng tỷ lệ mắc bệnh, tỷ lệ tử vong và chi phí điều trị. NKBV chiếm khoảng 50% hậu quả không mong muốn trong điều trị. Để cải thiện chất lượng điều trị và an toàn cho người bệnh, một số nước đã ban hành điều luật quy định hình thức xử phạt hành chính đối với những cơ sở y tế và định hình thức xử phạt hành chính đối với cơ sở y tế và NVYT gây NKBV cho bệnh nhân, đồng thời đưa kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện trở thành một

ưu tiên hàng đầu trong các chương trình y tế quốc gia.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ NKBV chung là: 4,18%. Tuổi càng cao tỷ lệ NKBV càng cao, có sự khác nhau giữa nam, nữ và các lứa tuổi song sự khác nhau đó là chưa rõ rệt ($p > 0,05$).

- Tỷ lệ NKBV tại khoa Hồi sức tích cực là 37,14%. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là 3,62%.

- Trong số bệnh nhân bị NKBV thì NKVM chiếm tỷ lệ cao nhất là 32,35%, nhiễm khuẩn đường hô hấp là 29,41%, nhiễm khuẩn đường tiết niệu là 14,71%. Nhiễm khuẩn huyết chiếm tỷ lệ thấp nhất là 2,94%. Nhiễm khuẩn kết hợp là 20,58%.

- Các yếu tố như: đặt sonde tiểu, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, thở máy, đặt nội khí quản,

mở khí quản và phẫu thuật đều có nguy cơ cao gây NKBV ($p < 0,01$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1-Bộ y tế (2006).** Tài liệu hướng dẫn quy trình chống nhiễm khuẩn bệnh viện. Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
- 3-Nguyễn Việt Hùng (2017).** Vệ sinh tay trong phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện. Nhà xuất bản y học Hà Nội, tr 14-22.
- 4-Đỗ Kim Sơn và CS (2002).** Nhiễm khuẩn bệnh viện tại bệnh viện Việt Đức qua hai cuộc điều tra. Hội nghị khoa học Việt – Pháp lần thứ nhất, HN.
- 5-Lingmoilin, Chingtaiyin, Setowinghong. (1999).** Sổ tay kiểm soát nhiễm khuẩn dành cho nhân viên y tế khu vực Châu Á. Nhà xuất bản y học Hà Nội.
- 6-Australian Government** Department of Health and Ageing (2004). Infection control guidelines, January, Contents – Part 5/ 33
- 7-CMC & Center for Diseases Control (2004),** Surgical infection Prevention, J Am Vet Med, assoc, 1,225 (11), 1743 – 1702.

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU CỦA KỸ THUẬT GÂY TÊ CƠ NGANG BỤNG DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM SAU PHẪU THUẬT VÙNG BỤNG

Nguyễn Trung Kiên*, Lê Hữu Trí*,
Ngô Văn Định*, Nguyễn Thanh Xuân**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau, biến chứng của kỹ thuật gây tê cơ ngang bụng dưới hướng dẫn của siêu âm sau phẫu thuật vùng bụng. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu trên 30 bệnh nhân được gây tê cơ ngang bụng dưới hướng dẫn của siêu âm sử dụng thuốc tê ropivacaine 0,1% liều 2mg/kg. Sau khi xác định được vị trí giữa cơ ngang bụng với cơ chéo bụng trong và đầu kim trên màn hình siêu âm, tiến hành tiêm thuốc vào giữa hai lớp cơ, theo dõi thời gian khởi phát tác dụng, hiệu quả giảm đau, tỷ lệ thành công và những biến chứng. **Kết quả:** Các phẫu thuật gồm: 70% mổ thoát vị bẹn 1 bên, 13,3% mổ lấy thai, 16,7% mổ u xơ tử cung; thời gian khởi phát giảm đau trung bình là 13,2±2,62 phút, thời gian giảm đau trung bình là 512,1 ± 81,5 phút, điểm VAS trung bình sau 1 giờ là 1,11±1,01; sau 6 giờ là 1,97±0,98; sau 12 giờ là 3,42±1,09; sau 24 giờ là 3,97±1,21; không dùng fentanyl ở 100% bệnh nhân; tỷ lệ thành công là 100%; không có biến chứng nào của kỹ thuật được ghi nhận. **Kết luận:** Gây tê cơ ngang bụng dưới hướng dẫn của siêu âm cho 30 bệnh nhân sau phẫu thuật vùng bụng có hiệu quả giảm đau tốt, không dùng thuốc giảm đau cho tất cả bệnh nhân, tỷ lệ thành công là 100%, không có biến chứng nào ở tất cả các trường hợp.

SUMMARY

ANALGESIC EFFICACY OF UNTRASOUND – GUIDED TRANSVERSUS ABDOMINIS PLANE (TAP) BLOCKS AFTER ABDOMINAL SURGERY

Objectives: Assessing analgesic efficacy and complications of ultrasound – guided transversus abdominis plane blocks for abdominal surgery. **Methods:** Prospective study 30 patients who receive ultrasound – guided TAP blocks by ropivacaine 0,1% 2mg/kg. We take that drug into between internal oblique and transversus abdominis which were exactly determined on ultrasonic screen. Then, monitoring onset time of analgesia, analgesic efficacy, the rate of success and complications of technique. **Results:** All patients had been operated: 70% unilateral inguinal hernia repair, 13,3% caesarean section, 16,7% uterus fibroids; average onset time was 13,2±2,62 mins, the mean reduced – pain time was 512,1 ± 81,5 mins, average VAS score after 1h was 1,11±1,01, 6h was 1,97±0,98, 12h was 3,42±1,09 and 24h was

3,97±1,21; all patients did not use fentanyl; the success rate was 100%; no complications were recorded. **Conclusions:** Ultrasound – guided TAP blocks for 30 patients after abdominal surgery reduces pain well, no other analgesics were recorded, the success rate was 100%; this is no complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật bụng là một trong những phẫu thuật phổ biến hiện nay trên thế giới. Việc phong bế thần kinh chi phối thành bụng trước đã góp phần cho kết quả giảm đau tốt sau phẫu thuật vùng này. Tuy nhiên, nếu gây tê mù thì tỷ lệ thất bại là cao. Gây tê cơ ngang bụng là một kỹ thuật dễ thực hiện, phong bế được thần kinh chi phối thành bụng trước do nó phong bế được các sợi thần kinh liên sườn từ T7-T11, sợi thần kinh chậu hạ vị, sợi thần kinh chậu ben. TAP block là một kỹ thuật mới phong bế các dây thần kinh chi phối cảm giác thành bụng trước thông qua tam giác Peptit[1]. Mục tiêu của kỹ thuật này là đưa thuốc tê vào trong khoang giữa cơ ngang bụng và cơ chéo bụng trong, nơi có các sợi thần kinh chi phối cảm giác thành bụng trước đi qua. TAP block đã phát triển từ kỹ thuật gây tê mù đến gây tê dưới hướng dẫn của siêu âm. Sự theo dõi liên tục việc đưa thuốc vào giữa 2 lớp cơ chéo bụng trong và cơ ngang bụng đảm bảo sự phân bố của thuốc gây tê vùng cho các dây thần kinh nằm ở trong khoang. TAP block được xem như một phần của giảm đau đa mô thức cho những bệnh nhân sau những phẫu thuật bụng như thoát vị bẹn[4], mổ lấy thai [6]. Mục tiêu của nghiên cứu này là để đánh giá hiệu quả giảm đau và những biến chứng của kỹ thuật gây tê cơ ngang bụng dưới hướng dẫn của siêu âm sau phẫu thuật vùng bụng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi phân tích thang điểm đau VAS và tổng lượng tiêu thụ thuốc giảm đau sau khi thực hiện kỹ thuật TAP block.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

- *Đối tượng nghiên cứu:* các bệnh nhân có ASA I,II, đã được phẫu thuật vùng bụng dưới tại phòng mổ Bệnh viện Quân Y 103 – Học viện Quân Y từ tháng 8 năm 2016 đến tháng 4 năm 2017.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ:* lựa chọn những bệnh nhân đồng ý thực hiện kỹ thuật,

*Bệnh viện Quân y 103

**Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Kiên

Email: drkien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2017

Ngày duyệt bài: 30.8.2017

không có chống chỉ định với kỹ thuật và không dị ứng với thuốc tê; loại trừ những bệnh nhân từ chối thực hiện, dị ứng với thuốc tê, có tiền sử rối loạn đông máu, viêm nhiễm vùng da gây tê

- **Phương pháp nghiên cứu:** thử nghiệm lâm sàng 30 bệnh nhân đã được phẫu thuật vùng bụng dưới, sau đó được gây tê cơ ngang bụng dưới hướng dẫn của siêu âm bằng ropivacaine 0,1%, liều sử dụng 2mg/kg.

- **Phương tiện dụng cụ:** Máy siêu âm Ezono 3000 của Đức, đầu dò siêu âm 7,5MHz, dây bơm tiêm điện, kim gây tê của B.Braun.

- **Thuốc:** Ropivacaine 0,5% 10ml của hãng Astra Zeneca, fentanyl 0,1mg/2ml

2. Phương pháp tiến hành: Bệnh nhân sau khi phẫu thuật vùng bụng dưới được giải thích kỹ về kỹ thuật giảm đau TAP blocks và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

Các chỉ tiêu theo dõi và đánh giá:

- Thời gian thực hiện kỹ thuật gây tê sử dụng hướng dẫn siêu âm (phút): tính từ khi chọc kim

gây tê, quan sát được vị trí gây tê, tiêm thuốc đến khi thực hiện xong kỹ thuật và rút kim gây tê.

- Thời gian khởi phát tác dụng giảm đau (phút): là thời gian tính từ khi tiêm thuốc tê xong đến khi bệnh nhân có cảm giác tê và nhẹ bụng.

- Thời gian giảm đau (phút): là thời gian từ lúc bệnh nhân có cảm giác tê và nhẹ bụng đến khi bệnh nhân có dấu hiệu đau lại.

- Đánh giá mức độ đau ngay sau khi gây tê, sau 1h, 6h, 12h, 24h sau khi thực hiện kỹ thuật dựa trên thang điểm VAS: Thang điểm VAS là 1 tiêu chuẩn đánh giá độ đau của bệnh nhân dựa trên biểu hiện của khuôn mặt. dựa vào đó người ta chia thang điểm từ 0 đến 10 tương ứng với hoàn toàn không đau đến đau dữ dội, đánh giá phương pháp giảm đau chưa hiệu quả nếu VAS >4 và ngược lại.

- Lượng thuốc fentanyl cần dùng cho mỗi bệnh nhân để giải cứu đau.

- Sự hài lòng của bệnh nhân đối với kỹ thuật.

- Những biến chứng của kỹ thuật.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu:

Bảng 1: Các chỉ tiêu chung

Chỉ tiêu	Kết quả
Tuổi (năm)	44,0 ± 16,5
Chiều cao (cm)	155,7 ± 8,2
Cân nặng (kg)	47,9 ± 7,6
Các phẫu thuật đã thực hiện: Mổ thoát vị ben 1 bên	15/30 (50%)
Mổ u xơ tử cung	3/30 (9,1%)
Mổ lấy thai	12/45 (40,9%)
Tỷ lệ thành công của kỹ thuật	30/30 (100%)

Giá trị trung bình ± SD hoặc giá trị %

2. Hiệu quả vô cảm:

Bảng 2: Hiệu quả vô cảm và tai biến biến chứng

Chỉ tiêu	Kết quả
Thời gian bắt đầu tác dụng giảm đau (phút)	12,7 ± 3,3
Thời gian giảm đau (phút)	638,7 ± 91,9
Điểm VAS của bệnh nhân sau: 1 giờ	1,11 ± 1,01
6 giờ	1,97 ± 0,98
12 giờ	3,42 ± 1,09
24 giờ	3,97 ± 1,21
Lượng thuốc fentanyl dùng giải cứu đau	0
Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng với kỹ thuật	30/30 (100%)
Tai biến, biến chứng	
Nhiễm trùng tại vị trí gây tê	0
Tổn thương mạch máu	0
Ngộ độc thuốc tê	0
Tổn thương tạng trong ổ bụng	0

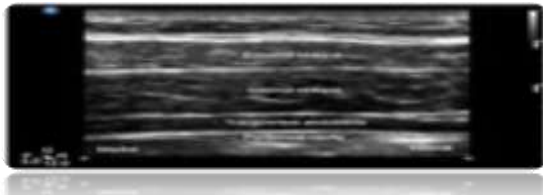
Giá trị trung bình ± SD hoặc giá trị %.

IV. BÀN LUẬN

Những lợi ích của giảm đau sau mổ tốt bao gồm giảm những kích thích sau mổ, giảm tỷ lệ biến chứng, giảm thời gian nằm viện và đạt được

mục đích điều trị. TAP block đã được tiến hành trong những năm gần đây sau khi được Rafi mô tả lần đầu tiên vào năm 2001 với kỹ thuật gây tê mù[2]. TAP block được thực hiện ở vùng tam

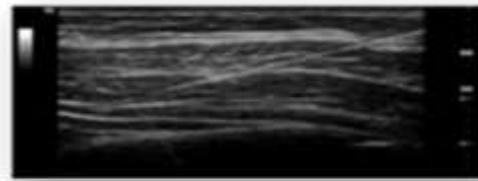
giác thắt lưng Peptit, được giới hạn bởi bờ trước là cơ chéo bụng ngoài, bờ sau là cơ vuông thắt lưng và đáy là mào chậu. Kỹ thuật này phụ thuộc vào cảm giác 2 tiếng "pops" là lúc kim đi xuyên qua cơ chéo bụng ngoài và cơ chéo bụng trong. Mục tiêu của TAP block là đưa được đầu kim vào giữa 2 lớp cơ chéo bụng trong và cơ ngang bụng. Những lợi ích của kỹ thuật này là đơn giản, dễ thực hiện, có hiệu quả giảm đau, thích hợp cho những phẫu thuật mà việc giảm đau thành bụng là một phần đáng kể của việc



Hình 1: Hình ảnh trên siêu âm

Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình của bệnh nhân là $44 \pm 16,55$ tuổi (cao nhất là 86). Kết quả này tương tự với tác giả Ayca Sulta Sahin và cộng sự (2017) khi nghiên cứu hiệu quả giảm đau của phương pháp gây tê cơ ngang bụng dưới hướng dẫn của siêu âm giảm đau sau phẫu thuật cắt túi mật nội soi[3]. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là $47,2 \pm 13,0$ tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì thời gian giảm đau kéo dài trung bình là $638,7 \pm 91,9$ phút và không sử dụng thuốc giảm đau ở tất cả các trường hợp. Thời gian giảm đau kéo dài có thể là do hệ thống mạch máu ở vùng này kém nên sự hấp thụ thuốc chậm. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của tác giả Priya Sharma và cộng sự năm 2013 khi nghiên cứu so sánh hiệu quả giảm đau giữa hai nhóm gây tê cơ ngang bụng dưới hướng dẫn của siêu âm thì thời gian tác dụng giảm đau kéo dài hơn tới $659,9 \pm 73,9$ phút[5]. Thời gian tác dụng giảm đau khi gây tê cơ ngang bụng dưới hướng dẫn của siêu âm dài hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Priya Sharma và cộng sự năm 2013 gây tê cơ ngang bụng giảm đau sau phẫu thuật bụng bằng bupivacain là $550,25 \pm 15,6$ phút khi sử dụng siêu âm[14]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Bhattacharjee và cộng sự đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ của kỹ thuật TAP block sau phẫu thuật cắt bỏ tử cung là 290 phút. Sự khác biệt giữa 2 nghiên cứu có lẽ do chúng tôi có sử dụng siêu âm hỗ trợ nên thuốc sẽ nằm ở vị trí chính xác hơn và do số

lượng thuốc sau mổ, rất ít biến chứng[6]. TAP block là một phần của chiến lược giảm đau đa mô thức cho bệnh nhân sau mổ. Một trong những bất lợi lớn của việc sử dụng kỹ thuật TAP block theo mốc giải phẫu là tỷ lệ thất bại cao, việc sử dụng siêu âm sẽ giải quyết triệt để được vấn đề này. Khi có siêu âm thì việc đưa thuốc vào chính xác vị trí là dễ dàng, việc có siêu âm kèm theo cũng cho phép ta luôn được catheter để kéo dài thời gian giảm đau cho bệnh nhân.



Hình 2 : Vị trí kim của TAP block

lượng bệnh nhân của chúng tôi chưa đủ lớn.

Đánh giá hiệu quả giảm đau của kỹ thuật gây tê cơ ngang bụng giảm đau sau phẫu thuật vùng bụng được đánh giá theo thang điểm VAS. Nhìn chung điểm VAS của các bệnh nhân trong nhóm gây tê cơ ngang bụng dưới hướng dẫn của siêu âm giảm đau sau phẫu thuật vùng bụng tại các thời điểm sau mổ đều < 3 . Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của tác giả Priya Sharma và cộng sự năm 2013 khi nghiên cứu thấy điểm VAS trung bình của nhóm gây tê cơ ngang bụng dưới hướng dẫn của siêu âm đều < 2 [5]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Mayank Chansoria và cộng sự năm 2015 khi gây tê cơ ngang bụng giảm đau sau phẫu thuật bụng bằng bupivacain cho thấy thang điểm VAS trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu đều nhỏ hơn 3[5]. Tác giả Carney và cộng sự cũng khẳng định rằng điểm đau trung bình khi gây tê cơ ngang bụng với ropivacaine là thấp hơn so với dùng thuốc giảm đau sau mổ trong phẫu thuật cắt tử cung ($p < 0,05$)[7]. Tương tự, kết quả này cũng được ông Niraj nhận thấy hiệu quả giảm đau của gây tê cơ ngang bụng với bupivacaine so với khi sử dụng thuốc giảm đau toàn thân ở bệnh nhân cắt ruột thừa ($p < 0,001$). Balevy và cộng sự cũng đã phân tích điểm đau trung bình khi gây tê cơ ngang bụng với ropivacaine khi so sánh với việc sử dụng thuốc giảm đau toàn thân ở bệnh nhân thực hiện sinh mổ ($p < 0,05$) và nhận thấy rằng phong bế thần kinh vùng bụng đã cải thiện điểm đau dạng đáng kể trong 24 giờ đầu.

Lượng fentanyl trung bình trong nghiên cứu

dùng cho những bệnh nhân có điểm VAS ≥ 4 tại các thời điểm. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì 100% bệnh nhân không phải sử dụng thuốc giải cứu đau trong 24 giờ đầu sau khi thực hiện kỹ thuật. Bhattacharjee và cộng sự với nghiên cứu đánh giá hiệu quả giảm đau của TAP block sau phẫu thuật cắt tử cung đã cho kết quả là chỉ có 4 trường hợp không phải sử dụng thuốc giải cứu đau trong 24 giờ đầu sau khi thực hiện kỹ thuật. Có sự khác biệt này có thể là do số lượng bệnh nhân của chúng tôi chưa đủ lớn và chúng tôi thực hiện kỹ thuật dưới siêu âm nên thuốc đưa vào vị trí chính xác hơn.

Trong nghiên cứu, chúng tôi không ghi nhận một trường hợp biến chứng nào trong nghiên cứu này. Hầu hết những nghiên cứu khác cũng không đưa ra bất kỳ biến chứng nào khi thực hiện kỹ thuật này. Tuy nhiên, những tổn thương ruột và gan đã được báo cáo trong TAP block. Chandon và cộng sự nghiên cứu so sánh hiệu quả giảm đau của TAP block so với đường tĩnh mạch sau phẫu thuật lấy thai. Nghiên cứu này sử dụng thuốc gây tê là levobupivacaine liều 150mg. Nghiên cứu này đã kết thúc sớm do xuất hiện một trường hợp co giật toàn thể ở nhóm sử dụng TAP block. Điều này xảy ra có thể do dùng thuốc tê với liều quá cao hoặc do tiêm nhầm vào mạch máu.

V. KẾT LUẬN

TAP block đã giảm đáng kể điểm VAS, hạn chế tối đa việc sử dụng thuốc giảm đau trong 24 giờ mà không có bất kỳ một biến chứng nào. Sự

hỗ trợ của siêu âm giúp kỹ thuật được thực hiện dễ dàng với độ chính xác cao hơn. Kỹ thuật TAP block là một kỹ thuật an toàn, có thể sử dụng như là một phần của chiến lược giảm đau đa mô thức cho bệnh nhân phẫu thuật vùng bụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **AE, S., et al.,** *The efficacy of the semi-blind approach of transversus abdominis plane block on postoperative analgesia in patients undergoing inguinal hernia repair: a prospective randomized double-blind study.* Local Reg Anesth, 2013: p. 6:1-7.
2. **AN, R.,** *Abdominal field block: a new approach via the lumbar triangle.* Anaesthesia, 2001: p. 56:1024-1026.
3. **AS, S., et al.,** *Analgesic effects of ultrasound-guided transverse abdominis plane block using different volumes and concentrations of local analgesics after laparoscopic cholecystectomy.* J Int Med Res, 2017 Feb: p. 45(1):211-219.
4. **C, A., et al.,** *Comparison between ultrasound-guided transversus abdominis plane and conventional ilioinguinal/iliohypogastric nerve blocks for day-case open inguinal hernia repair.* Br J Anaesth, 2011: p. 106:380-386.
5. **Chansoria, M., et al.,** *Comparison between Additive Doses of Fentanyl and Clonidine to Lignocaine with Adrenaline in Lower Limb Surgeries under Lumbar Plexus/Sciatic Block.* Journal on Recent Advances in Pain, 2015. 1(1): p. 18-23.
6. **F, B., B. J, and A. C.,** *Transversus abdominis plane block: what is its role in postoperative analgesia?* Br J Anaesth, 2009: p. 103(4):468-470.
7. **J, C., et al.,** *The transversus abdominis plane block provides effective postoperative analgesia in patients undergoing total abdominal hysterectomy.* Anesth Analg, 2008 Dec: p. 107(6):2056-60.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHỤC HỒI VẬN ĐỘNG CỦA PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP THỦY CHÂM TRÊN BỆNH NHÂN LIỆT NỬA NGƯỜI DO ĐỘT QUY NÃO

Đoàn Chí Cường*, Trần Thị Hương Lan**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá và so sánh hiệu quả phục hồi chức năng vận động của phương pháp điện châm kết hợp thủy châm với điện châm đơn thuần trên bệnh nhân (BN) liệt 1/2 người do đột quỵ não. Đối tượng nghiên cứu: 70 liệt 1/2 người do đột quỵ não sau pha cấp, điều trị tại Bệnh viện y dược học dân tộc TP Hồ

Chí Minh từ 2/2017 - 5/2017. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu lâm sàng mở, có đối chứng, theo dõi dọc trước sau điều trị. **Kết quả:** sau 15 ngày điều trị, cả 2 nhóm đều cải thiện chức năng vận động đánh giá thông qua sự thay đổi điểm số Barthel, Orgogozo. Cụ thể ở nhóm kết hợp, điểm Barthel trước điều trị là $61,0 \pm 15,2$, sau điều trị tăng lên $70,3 \pm 13,1$; điểm Orgogozo trước điều trị là $49,8 \pm 17,3$, sau điều trị lên $54,2 \pm 18,2$; khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$). So với nhóm điều trị bằng điện châm đơn thuần sự khác biệt không có ý nghĩa ($p > 0,05$). Tuy nhiên tỷ lệ tiến triển tốt đánh giá theo Orgogozo ở nhóm kết hợp (89,2%) cao hơn nhóm điện châm (63,6%) ($p < 0,05$). Phương pháp điều trị an toàn cho người bệnh.

Từ khóa: Phục hồi vận động, nghiên cứu lâm sàng, điện châm-thủy châm

*Bệnh viện Quân y 103

**Bệnh viện y dược học dân tộc TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Chí Cường

Email: cuonghieul103@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 7.8.2017

Ngày duyệt bài: 23.8.2017

SUMMARY**ASSESSMENT OF KINETIC REHABILITATION EFFICIENCY OF THE METHOD OF GALVANOPUNCTURE COMBINED WITH AQUAPUNCTURE IN PATIENTS WITH HEMIPLEGIA CAUSED BY BRAIN STROKE**

Objective: To assess and compare kinetic rehabilitation efficiency of the method of galvanopuncture combined with aquapuncture against the method of galvanopuncture in patients with hemiplegia caused by brain stroke. **Subjects of the study:** 70 patients with hemiplegia caused by brain stroke. The patients were treated at Ho Chi Minh City Hospital of Traditional Medicine and Pharmacy from February 2017 to May 2017. Study method: the open controlled clinical trial compared the results before and after treatment. Result: after 15 days of treatment, kinetic rehabilitation efficiency of the 2 methods was improved because there was a change in Barthel and Orgogozo scores. In the method of galvanopuncture combined with aquapuncture, the pretreatment Barthel score is 61.0 ± 15.2 , posttreatment 70.3 ± 13.1 ; the pretreatment Orgogozo score is 49.8 ± 17.3 , posttreatment 54.2 ± 18.2 ; statistically significant with ($p < 0.0001$). Compared to the method of galvanopuncture, the insignificant difference is ($p > 0.05$). However, based on Orgogozo scores, the efficiency of the method of galvanopuncture combined with aquapuncture (89.2%) is higher than that of the method of galvanopuncture (63.6%) ($p < 0.05$). The method of galvanopuncture combined with aquapuncture is safe for patients.

Keywords: kinetic rehabilitation, clinical trial, galvanopuncture-aquapuncture

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Càng ngày số bệnh nhân bị đột quỵ càng không ngừng gia tăng. Nếu năm 2005, Bệnh viện Nhân Dân 115 tiếp nhận 1.210 bệnh nhân đột quỵ thì năm 2013 con số này đã là 7.923 bệnh nhân [2]. Không chỉ gây tử vong cao, đột quỵ còn để lại những di chứng nặng nề. Có đến 90% bệnh nhân đột quỵ sống sót mắc các di chứng về vận động, liệt nửa người, suy giảm trí nhớ... Việc điều trị phục hồi chức năng, đặc biệt là chức năng vận động bằng Y Học hiện đại còn nhiều hạn chế, chủ yếu là dùng các thuốc tăng cường tuần hoàn não, tăng dẫn truyền thần kinh kết hợp với vật lý trị liệu và tập vận động [1].

Y học cổ truyền (YHCT) ngoài việc dùng thuốc thì các biện pháp không dùng thuốc như: châm cứu kinh điển, châm cứu cải tiến, thủy châm, đầu châm, laser châm, cấy chỉ... cũng có hiệu quả nhất định [1]. Để có cơ sở đánh giá hiệu quả của phương pháp điện châm, thủy châm trong điều trị phục hồi chức năng vận động, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá và so sánh hiệu quả phục hồi chức năng vận động của phương pháp điện châm kết hợp thủy*

châm với điện châm đơn thuần trên Bệnh nhân liệt 1/2 người do đột quỵ não.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 70 bệnh nhân chẩn đoán liệt 1/2 người do đột quỵ não, điều trị tại Viện Y Dược học Dân tộc TP. Hồ Chí Minh.

***Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân**

- Bệnh nhân liệt 1/2 do người đột quỵ não đã qua giai đoạn cấp cứu ban đầu.
- Bệnh nhân tỉnh táo:
 - + Ý thức không gian và thời gian đúng.
 - + Nhận diện được người thân, tin tức về gia đình.
 - + Thử nghiệm nhận biết chữ cái.
 - + Thực hiện đúng y lệnh.
- Tuổi từ 30 trở lên đồng ý, tự nguyện tham gia điều trị.

***Tiêu chuẩn loại trừ**

- Pha cấp trong đột quỵ não.
- Bệnh nhân liệt 1/2 người do chấn thương, hoặc do người đột quỵ não nhưng suy kiệt hoặc lở loét, viêm nhiễm đường hô hấp, viêm nhiễm đường tiết niệu, viêm nhiễm vùng huyết mạch.
- Bệnh nhân đang dùng thuốc có tác dụng phục hồi chức năng vận động, hoặc đã ngừng nhưng chưa quá 15 ngày.
- Bệnh nhân liệt 1/2 do người đột quỵ não nhưng trong quá trình nghiên cứu có diễn biến phức tạp phải chuyển sang phương pháp điều trị khác.
- Bệnh nhân không đồng ý hoặc không hợp tác điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng mở, so sánh dọc trước sau điều trị, có đối chứng.

*Phương pháp điều trị: 70 BN vẫn được dùng phác đồ nền điều trị các bệnh kết hợp nếu có (tăng HA, đái tháo đường, rối loạn lipid máu...), chia thành 2 nhóm một cách ngẫu nhiên.

- Nhóm đối chứng (NDC): gồm 33 BN, điều trị bằng điện châm đơn thuần.

- Nhóm nghiên cứu (NNC): gồm 37 BN, điều trị bằng điện châm kết hợp với thủy châm.

Quy trình điện châm và Quy trình thủy châm: áp dụng thống nhất cho tất cả các BN.

***Chỉ tiêu theo dõi**

- Mạch, nhiệt độ, HA trước và sau điều trị
- Sự thay đổi các triệu chứng lâm sàng toàn thân.
- Sự phục hồi vận động
- Các biểu hiện bất thường trong quá trình điều trị có thể xảy ra.

***Đánh giá kết quả**

- Đánh giá sự phục hồi chức năng vận động dựa theo thang điểm Barthel:

Tốt: 85-100 điểm, Khá: 65-80 điểm, Trung bình:

45-60 điểm, Yếu: 25-45 điểm, Kém: 0-20 điểm.

- Đánh giá mức độ liệt của chi theo Henry G. và cộng sự (1984):

- + Tốt: Không còn liệt.
- + Đỡ nhiều: Giảm được 2 độ liệt trở lên.
- + Đỡ ít: Giảm được 1 độ liệt.
- + Nặng hơn: Mức độ liệt tăng lên.

- Đánh giá phục hồi vận động Orgogozo (1986)
Khởi: đạt 100 điểm, Đỡ nhiều: tăng ≥ 20 điểm,
Đỡ ít: tăng 5-20 điểm, Không đỡ: không đổi.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu thu được xử lý theo các thuật toán thường dùng trong thống kê y sinh học sử dụng phần mềm SPSS 24.0.

- **Đặc điểm bệnh lý đi kèm và một số yếu tố nguy cơ**

Yếu tố nguy cơ	NNC (n=37)		NĐC (n=33)		p
	n	%	n	%	
Đái tháo đường týp 2	8	21,6	8	24,2	> 0,05
Tăng huyết áp	31	83,8	30	90,9	
Rối loạn lipid máu	7	18,9	3	9,1	
Hút thuốc lá	0	0	0	0	-
Uống rượu bia	1	0	0	0	-
Ăn mặn	1	0	0	0	-

Đa số Bn đều có tăng HA và đái đường.

- **Đặc điểm chung về đột quỵ**

	NNC (n=37)		NĐC (n=33)		p
	n	%	n	%	
Thời gian đột quỵ đến điều trị: + ≤ 1 tháng	20	54,4	17	51,5	
+ > 1 tháng	17	45,9	16	48,5	
Hôn mê lúc khởi bệnh: + Không	35	94,6	30	90,9	
+ Có	2	5,4	3	9,1	
Số lần đột quỵ: + 1 lần	34	91,9	30	90,9	
+ ≥ 2 lần	3	8,1	3	9,1	

Đa số BN bị hôn mê khi đột quỵ và bị đột quỵ lần đầu.

- **Đặc điểm thể bệnh Y học cổ truyền**

Thể bệnh	NNC (n=37)		NĐC (n=33)		p
	n	%	n	%	
Can thận âm hư	28	75,7	30	90,9	>0,05
Thận âm dương lưỡng hư	4	10,8	1	3,0	
Đàm thấp	3	8,1	1	3,0	
Khí huyết lưỡng hư	2	5,4	1	3,0	

- Thể bệnh thường gặp nhất là Can thận âm hư. Không có sự khác nhau về thể bệnh YHCT ở hai nhóm.

3.2. Hiệu quả điều trị

3.2.1. Sự thay đổi điểm Barthel ở 2 nhóm

Thời điểm	NNC ($\bar{x} \pm SD$)	NĐC ($\bar{x} \pm SD$)	P
Trước điều trị (T ⁰)(1)	61,0±15,2	63,8±19,7	>0,05
Sau 7 ngày (T ¹)(2)	62,4±13,5	63,9±19,7	
Sau 15 ngày(T ²)(3)	70,3±13,1	69,6±19,8	
P	p ^{(2)- (3); (1)- (3)} < 0,0001		

Sau 15 ngày điều trị điểm Barthel ở 2 nhóm đều tăng rõ rệt ($P < 0,0001$). Không có sự khác biệt về điểm phục hồi vận động theo Barthel, $p > 0,05$.

3.2.2. Hiệu quả điều trị theo chỉ số Barthel ở hai nhóm

Hiệu quả	NNC (n=37)		NĐC (n=33)		p
	n	%	n	%	
Tốt	4	18,8	8	24,4	>0,05
Khá	16	43,2	10	30,3	

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm BN

nguyên cứu: Độ tuổi hay gặp nhất là 61-70, tuổi trung bình ở nhóm NC là 61,5 $\pm$ 13,2, nhóm ĐC là 60,4 $\pm$ 15,5, khác biệt không có ý nghĩa; trong đó nhỏ tuổi nhất là 30, cao nhất là 93. Tỷ lệ nam/nữ là 33/37, không có sự khác biệt.

- **Đặc điểm tổn thương não:** Bệnh nhân bị nhồi máu não chiếm tỉ lệ cao hơn so với xuất huyết não và kết hợp (64,9% ở nhóm NC, 69,7% ở nhóm ĐC), không có sự khác nhau về hình thái đột quỵ ở hai nhóm.

Trung bình	16	43,2	12	36,4
Yếu	1	2,7	2	6,1
Kém	0	0	1	3,0

Không có sự khác nhau về xếp loại tiến triển theo chỉ số Barthel ở hai nhóm thủy châm và điện châm, $p>0,05$.

3.2.3. Hiệu quả điều trị theo chỉ số Henry G. ở hai nhóm

Xếp loại	NNC (n=37)		NĐC (n=33)		p
	n	%	n	%	
Tốt	1	2,7	0	0	>0,05
Khá	8	21,6	5	15,2	
Trung bình	27	73,0	25	75,7	
Yếu	1	2,7	3	9,1	

Nhóm NC có 24,3% tiến triển khá trở lên trong khi đó nhóm ĐC chỉ có 15,2%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa ($p>0,05$). Ở xếp loại trung bình thì hai nhóm có tỷ lệ gần tương đương nhau với 73% và 75,7%.

3.2.4. Sự thay đổi điểm Orgogozo ở 2 nhóm

Thời điểm	NNC ($\bar{x} \pm SD$)	NĐC ($\bar{x} \pm SD$)	P
Trước điều trị (T^0)(1)	49,8±17,3	52,0±21,4	>0,05
Sau 7 ngày (T^1)(2)	49,8±17,3	51,8±24,5	
Sau 15 ngày (T^2)(3)	54,2±18,2	54,5±21,3	
P	$p^{(2)-(3)}; (1)-(3) < 0,0001;$ $p^{(1)-(2)} > 0,05.$		$p^{(1)-(3)} < 0,0001;$ $p^{(1)-(2)}; (2)-(3) > 0,05.$

Sau 15 ngày điều trị điểm Orgogozo ở 2 nhóm đều tăng rõ rệt ($P < 0,0001$). Không có sự khác nhau về tổng điểm theo Orgogozo ở 2 nhóm ở các thời điểm ($p>0,05$).

3.2.5. Hiệu quả điều trị theo chỉ số Orgogozo ở hai nhóm

Xếp loại	NNC (n=37)		NĐC (n=33)		p
	n	%	n	%	
Tốt	20	54,1	15	45,5	<0,05
Khá	14	37,8	11	33,3	
Trung bình	0	0	2	6,1	-
Yếu	3	9,1	5	15,2	-

Tỷ lệ khá và tốt chiếm chủ yếu trong NC đạt 91,9% còn ở nhóm ĐC là 78,8%. Tỷ lệ yếu và kém nhóm ĐC cao hơn nhóm NC. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p<0,05$.

3.2.6. Đánh giá mức độ tiến triển của bệnh theo chỉ số Orgogozo ở hai nhóm

Hiệu quả	NTC (n=37)		NĐC (n=33)		p
	n	%	n	%	
Tiến triển tốt	33	89,2	21	63,6	<0,05
Không tiến triển	4	10,8	12	36,4	
Tiến triển xấu	0	0	0	0	0

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có tiến triển tốt ở nhóm NC là 89,2% cao hơn nhóm ĐC là 63,6%. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu không tiến triển ở nhóm NC là 10,8% thấp hơn nhóm ĐC là 36,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

3.2.7. Chỉ số sinh hiệu ở 2 nhóm trước và sau điều trị

Nhóm	Nhóm NC (n=37)		Nhóm ĐC (n=33)		P
	Trước ĐT ($\bar{x} \pm SD$)	Sau ĐT ($\bar{x} \pm SD$)	Trước ĐT ($\bar{x} \pm SD$)	Sau ĐT ($\bar{x} \pm SD$)	
Chỉ số					
Mạch (ck/phút)	80,1±4,58	79,1±6,4	81,6±4,62	81,1±5,4	>0,05
HA tâm thu(mmHg)	125,1±12,6	123,5±8,8	126,3±12,6	125,9±8,7	
HA tâm trương	77,5±7,7	76,4±5,4	78,2±7,8	77,9±5,6	

Chỉ số sinh hiệu ở cả 2 nhóm trước và sau điều trị thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

3.2.8. Sự thay đổi một số chỉ số sinh hóa, huyết học trước và sau điều trị

Nhóm	Nhóm NC (n=37)		Nhóm ĐC (n=33)		P
	Trước ĐT ($\bar{x} \pm SD$)	Sau ĐT ($\bar{x} \pm SD$)	Trước ĐT ($\bar{x} \pm SD$)	Sau ĐT ($\bar{x} \pm SD$)	
Chỉ số					
Glucose	4,8±1,2	5,3±9,1	4,7±1,3	5,2±8,6	

Ure	5,6±1,4	6,6±8,6	5,4±1,5	5,9±7,6	>0,05
Creatinin	81,0±17,2	82,0±11,2	80,7±16,5	81,4±13,2	
SGOT	27,6±16,3	32,9±43,9	29,9±17,2	30,1±41,3	
SGPT	27,9±17,4	35,1±39,3	26,5±16,9	32,2±37,4	
GGT	39,1±25,4	38,9±28,4	36,1±24,7	39,1±29,3	
Cholesterol	4,1±0,9	5,1±0,7	4,3±0,8	5,0±0,9	
Triglycerit	1,9±1,1	2,4±2,7	2,2±1,2	2,4±2,8	
HDL-c	1,2±0,2	1,3±0,4	1,0±0,5	1,1±0,6	
LDL-c	2,3±0,7	2,2±0,8	2,3±0,6	2,3±0,9	
Hồng cầu	4,7±0,7	4,5±0,6	4,8±0,8	4,7±0,6	
Bạch cầu	8,1±2,1	9,3±1,5	8,2±2,4	9,1±1,9	
Hematocrit	40,0±4,9	39,9±4,7	42,0±4,4	41,9±4,8	
Hemoglobin	12,9±1,5	14,1±2,2	13,1±1,6	14,4±2,5	

3.2.9. Tác dụng không mong muốn: Trong quá trình điều trị chỉ xuất hiện đau tại huyết thủy châm.

IV. BÀN LUẬN

Sau pha cấp của đột quỵ não, nếu BN sống sót sẽ để lại nhiều tổn thương nghiêm trọng, đặc biệt là rối loạn chức năng vận động ở những mức độ khác nhau tùy thuộc vào vị trí và mức độ tổn thương ở não. Chính bởi vậy, việc điều trị phục hồi chức năng vận động của BN đột quỵ là vô cùng bức thiết, cần chạy đua với thời gian, điều trị càng sớm hiệu quả càng cao. Mặt khác cần phối hợp nhiều biện pháp với nhau để đạt hiệu quả tốt. Châm cứu là phương pháp cổ điển, từ rất lâu đã được ứng dụng để điều trị phục hồi chức năng vận động và đã được chứng minh có hiệu quả [4]. Ngày nay một số phương pháp tân châm đã được nghiên cứu và ứng dụng như điện châm, thủy châm, cấy chỉ... bước đầu cho thấy hiệu quả khả quan hơn[5]. Điện châm và thủy châm ngoài tác dụng của châm đơn thuần còn có thêm tác dụng của dòng điện, thuốc thủy châm nên hiệu quả sẽ được tăng cường [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau 15 ngày vận dụng phương pháp điện châm và điện châm kết hợp với thủy châm để phục hồi chức năng vận động cho BN liệt ½ người do đột quỵ não; đánh giá theo thang điểm Barthel, Orgogozo hoặc theo độ liệt Henry G đều thấy có tiến triển, biểu hiện ở kết quả nêu trên, sự khác biệt có ý nghĩa ($P < 0,05$; 0,001). Tuy nhiên sự khác biệt giữa hai phương pháp điện châm và điện châm kết hợp với thủy châm là chưa rõ rệt. Sự khác biệt chỉ có ý nghĩa khi đánh giá hiệu quả điều trị và mức độ tiến triển bệnh theo chỉ số Orgogozo. Điều này có thể giải thích là do thời gian điều trị không dài, chỉ có 15 ngày, mặt khác mỗi phương pháp đánh giá lại có những ưu điểm và hạn chế nhất định. Để đánh giá một cách chính xác và khách quan hơn, cần điều trị thời gian dài hơn nữa, các chỉ tiêu đánh giá nhiều hơn nữa. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương

với tác giả như Lê Thanh Hải và cộng sự (2016), nghiên cứu tác dụng phục hồi chức năng vận động và tác dụng không mong muốn của phương pháp điện mãng châm trong điều trị nhồi máu não sau giai đoạn cấp[4]; thấp hơn kết quả NC của Vu Hoa Tuấn dùng phép tình não khai khiếu trong khai khiếu kết hợp thủy châm Vitamin B1 + B12 điều trị phục hồi chức năng vận động đau pha cấp đột quỵ não.

V. KẾT LUẬN

- Cả 2 nhóm sự thay đổi điểm Barthel theo hướng tăng lên, hiệu quả điều trị cũng được cải thiện, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,0001$, giữa 2 nhóm không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

- Điểm phục hồi vận động Orgogozo ở 2 nhóm đều tăng so với trước điều trị; khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,0001$, tuy nhiên khi đánh giá về hiệu quả điều trị và mức độ tiến triển của bệnh thì nhóm kết hợp cao hơn nhóm dùng điện châm đơn thuần, sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,05$).

- Cả 2 nhóm đánh giá mức độ phục hồi vận động theo độ liệt Henry G đều thấy cải thiện ($p < 0,05$), sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Quốc Bảo** (2010), "Bệnh học nội khoa Y học Cổ truyền", Giáo trình Sau đại học, NXB Quân đội Nhân Dân, tr.271-288.
2. **Trần Văn Chương** (2010), "Phục hồi chức năng bệnh nhân liệt nửa người do TBMMN", NXB Y học.
3. **Nguyễn Văn Đăng** (2006), "Tai biến mạch máu não", Nhà xuất bản Y học HN, Tái bản lần thứ ba Bộ môn Y học cổ truyền – Học viện Quân y. Y học cổ truyền, NXB Quân đội nhân dân, 2013, tr 146-151.
4. **Lê Thanh Hải, Nguyễn Nhược Kim, Ngô Quỳnh Hoa** (2016), "Đánh giá tác dụng của điện mãng châm trong phục hồi chức năng vận động trên bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp tại bệnh viện Châm cứu Trung ương", Tạp chí Nghiên cứu Y học, 103 (5): 80-87 Douglass AB, Bope ET.

- "Evaluation and treatment of posterior neck pain in family practice"; J Am Board Fam Pract. 2004;17 Suppl:S13-22.
5. **Hà Thị Hồng Linh, Phan Quan Chí Hiếu** (2006), "Hiệu quả phục hồi vận động của phương pháp thể châm cải tiến trên bệnh nhân tai biến mạch máu não", Y Học TP. Hồ Chí Minh, 2006, Tập 10, Số 1
6. **宋占德, 李满荣, 金椒兰**. 针灸治疗中风 后遗症 133 例, 现代医药卫生; 2012年10月30日第28卷第20期. 3165-3166何勇, 单连美, 王相海. 颈痹痛丸治疗神经根型颈椎病临床研究, 山东中医杂志, 2002, 21 (6): 331-332.
7. **巫华发**. 醒脑开窍针法配合穴位注射治疗中风后遗症, 山东中医杂志2008年7月第27卷第7 期, 476-477 张洪全. 解肌通痹汤治疗神经根型颈椎病 (风寒阻络型) 的临床研究. 长春中医药大学, 2014.

ĐÁNH GIÁ SỰ BIẾN ĐỔI ĐÔNG MÁU TRONG BỆNH GIẢM ÁP CẤP TÍNH

Nguyễn Tùng Linh¹, Đặng Quốc Bảo¹,
Nguyễn Minh Phương¹, Cao Hồng Phúc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu sự biến đổi một số chỉ số đông máu trong bệnh giảm áp cấp tính và sự tương quan với tình trạng lâm sàng. **Đối tượng nghiên cứu:** 31 thỏ. **Phương pháp nghiên cứu:** nén thỏ tới áp suất 6 ATA, duy trì 5 giờ sau đó giảm áp với tốc độ 10 mét/phút, theo dõi trước và sau gây bệnh 30 phút, các chỉ tiêu nghiên cứu gồm: thời gian PT, APTT, nồng độ fibrinogen huyết tương, số lượng tiểu cầu, mức độ bệnh, thời gian sống sót. **Kết quả:** sau gây bệnh 30 phút, thời gian prothrombin (PT) kéo dài (tăng 41,30%). Thời gian PT sau gây bệnh khác biệt theo mức độ bệnh, tương quan nghịch với thời gian sống sót và số lượng tiểu cầu ($p < 0,001$); thời gian thromboplastin hoạt hóa từng phần (APTT) kéo dài (43,67%). Thời gian APTT sau gây bệnh khác biệt theo mức độ bệnh, tương quan nghịch với thời gian sống sót ($p < 0,05$), không tương quan tới mức độ suy giảm số lượng tiểu cầu ($p > 0,05$); nồng độ fibrinogen có xu hướng tăng sau gây bệnh, không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). **Kết luận:** thời gian thrombin, thromboplastin hoạt hóa từng phần bị kéo dài sau gây bệnh giảm áp, nồng độ fibrinogen có xu hướng tăng.

Từ khóa: bệnh giảm áp, đông máu

SUMMARY

EVALUATING THE COAGULATION CHANGES IN ACUTE DECOMPRESSION SICKNESS

Aims: evaluating the coagulation changes and its correlation to clinical status in decompression sickness (DCS). **Subjects:** 31 rabbits. **Methods:** compressing to 6 ATA, maintaining 5 hours then decompressing rapidly at 10 meter/min, observing 30 mins pre and post-experiment, indexes included: PT, APTT, plasma fibrinogen concentration, platelet count, clinical score, survival time. **Results:** 30 min post experiment, PT increased (41.30%). Post experiment PT was significantly different between clinical score, negative correlated to survival time and platelet count

($p < 0.001$); 30 min post experiment, APTT increased (43.67%). Post experiment APTT was significantly different between clinical score groups, negatively correlated to survival time ($p < 0.01$) and did not correlated to platelet count; plasma fibrinogen concentration intensified to increase but was not significant ($p > 0.05$). **Conclusions:** PT, APTT were increased 30 mins post experiment, plasma fibrinogen concentration intensified to increase.

Keywords: decompression sickness, coagulation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh giảm áp là rối loạn bệnh lý xảy ra do sự xuất hiện các bóng khí ni tơ trong cơ thể khi có hiện tượng quá bão hòa chất khí này. Mặc dù được cấp cứu qua giai đoạn nguy hiểm, nhiều bệnh nhân vẫn mắc các di chứng nặng nề [1]. Khi thực hiện giải phẫu bệnh các trường hợp tử vong, người ta thấy xuất hiện các cục máu đông trong lòng mạch [2]. Thêm vào đó, một số báo cáo có nêu về sự biến đổi thời gian PT, APTT, TT trong bệnh giảm áp cấp tính [2],[5]. Điều đó chứng tỏ, rối loạn đông máu có vai trò trong sinh lý bệnh của bệnh giảm áp. Hiện nay, sử dụng các thuốc chống đông máu trong điều trị bệnh giảm áp cấp tính còn chưa thống nhất, phụ thuộc vào đặc điểm của bệnh nhân cũng như kinh nghiệm của từng cơ sở điều trị. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu đánh giá sự biến đổi một số chỉ số đông máu và liên quan với tình trạng lâm sàng trong bệnh giảm áp cấp tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 31 thỏ, nặng 2,0-2,3kg, loài thỏ New Zealand, không phân biệt giống.

Tiêu chuẩn lựa chọn: khỏe mạnh, không bỏ ăn, không mắc bệnh tiêu hóa, rối loạn vận động.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, theo dõi trước và sau gây bệnh giảm áp 30 phút.

- Phương pháp gây bệnh giảm áp: nén thỏ

¹Học viện quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tùng Linh

Email: linhnt@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2017

Ngày duyệt bài: 31.8.2017

trong buồng tăng áp tới áp lực 6 ATA, tương đương với độ sâu 50 mét, thời gian duy trì 5 giờ, tốc độ lên (tốc độ xả khí) là 10 mét/phút (50x5x10).

Tiêu chuẩn xác định bệnh giảm áp [1],[3]:

+ Có một trong các triệu chứng: bại liệt chân, khó thở, cắn gãi liên tục bất thường ở ít nhất 5 vị trí khác nhau, co giật, chết.

+ Có bóng khí trong lòng mạch.

- Phương pháp thu thập mẫu: sử dụng kim bướm 21G chọc vào động mạch trung tâm tai, loại bỏ 3 giọt máu đầu, hứng 1ml máu chảy qua dây vào ống có chứa sẵn natri citrate 3,8%, lắc đều (1 phút), ly tâm 2000g (10 phút), hút phần huyết tương ở trên để làm xét nghiệm. Lấy máu ở thời điểm 24 giờ trước gây bệnh và trong vòng 30 phút sau gây bệnh.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu và phương pháp xác định:

+ Thời gian PT, APTT được thực hiện theo thường quy kỹ thuật của Bộ Y tế [4]. Nồng độ fibrinogen huyết tương được xét nghiệm trên máy tự động ACL Top (công ty Instrument Laboratory, Hoa Kỳ).

+ Số lượng tiểu cầu: được xét nghiệm trên máy xét nghiệm huyết học tự động Swelab Alpha (công ty Swelab, Thụy Điển), dựa trên nguyên lý đo trở kháng tế bào.

+ Mức độ bệnh: được phân chia dựa theo tiêu chuẩn phân loại của Iakovson (dẫn từ Học viện quân y, 2005) [1]:

◦ Mức độ 1 (nhẹ): không có triệu chứng hoặc cắn gãi ngoài da

◦ Mức độ 2 (vừa): xuất hiện các triệu chứng liệt, khó thở

◦ Mức độ 3 (nặng): co giật và chết trong 30 phút sau gây bệnh

+ Thời gian sống sót: là khoảng thời gian thở sống được tính từ sau gây bệnh, tính bằng phút.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS v14.0. Các chỉ số thống kê được tính toán là, SD, tỷ lệ phần trăm, hệ số tương quan R và p.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

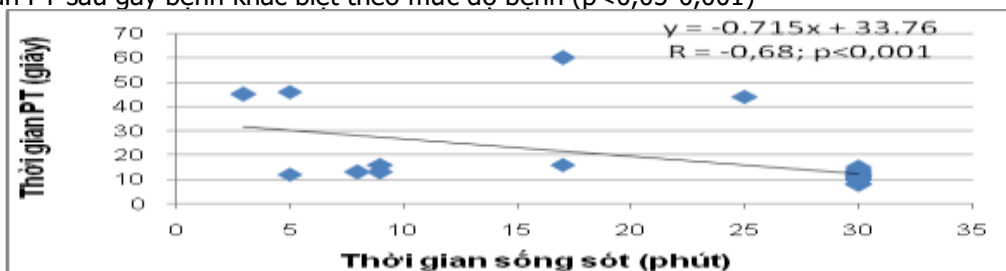
3.1. Biến đổi thời gian PT

Bảng 3.1. Biến đổi thời gian PT theo mức độ bệnh giảm áp

Thời gian PT (giây)	Nặng (n=9) (1)	Vừa và nhẹ (n=22) (2)	Tổng số (n=31)	p ₂₋₁
Trước (a)	11,88 ± 1,05	10,92 ± 2,21	11,20 ± 1,98	>0,05***
Sau (b)	29,44 ± 18,93	10,87 ± 1,79	16,26 ± 13,08	<0,001***
% biến đổi	139,46 ± 139,73	1,15 ± 14,44	41,30 ± 97,08	<0,001***
p _{b-a}	<0,05**	>0,05**	<0,05**	

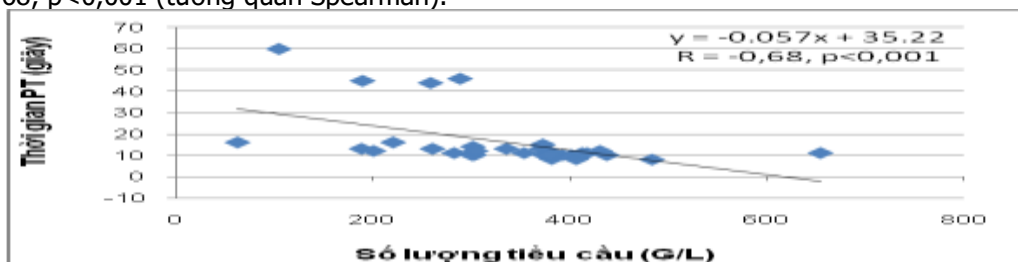
** Wilcoxon Ranks Test; *** Mann-Whitney U Test

Nhận xét: sau gây bệnh giảm áp 30 phút, thời gian PT kéo dài (từ 11,20 giây lên 16,26 giây). Thời gian PT sau gây bệnh khác biệt theo mức độ bệnh (p<0,05-0,001)



Biểu đồ 3.1. Tương quan giữa thời gian PT và thời gian sống sót sau gây bệnh giảm áp cấp tính

Nhận xét: sau gây bệnh giảm áp 30 phút, thời gian PT tương quan nghịch với thời gian sống sót, R = -0,68, p<0,001 (tương quan Spearman).



Biểu đồ 3.2. Tương quan giữa thời gian PT và số lượng tiểu cầu sau gây bệnh giảm áp cấp tính

Nhận xét: sau gây bệnh giảm áp 30 phút, thời gian PT tương quan nghịch với số lượng tiểu cầu, $R = -0,68$, $p < 0,001$ (tương quan Spearman)

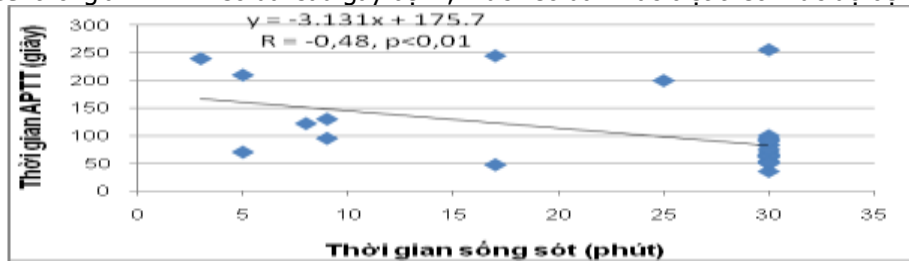
3.2. Biến đổi thời gian APTT

Bảng 3.2. Biến đổi thời gian APTT theo mức độ bệnh giảm áp

Thời gian APTT (giây)	Nặng (n=9) (1)	Vừa và nhẹ (n=22) (2)	Tổng số (n=31)	p ₂₋₁
Trước (a)	70,33 ± 11,67	68,55 ± 21,49	69,07 ± 18,98	>0,05*
Sau (b)	151,00 ± 74,52	77,99 ± 43,37	99,19 ± 62,71	<0,05***
% biến đổi	115,99 ± 103,87	14,08 ± 39,71	43,67 ± 78,69	<0,05***
p _{b-a}	<0,05*	>0,05**	<0,05**	

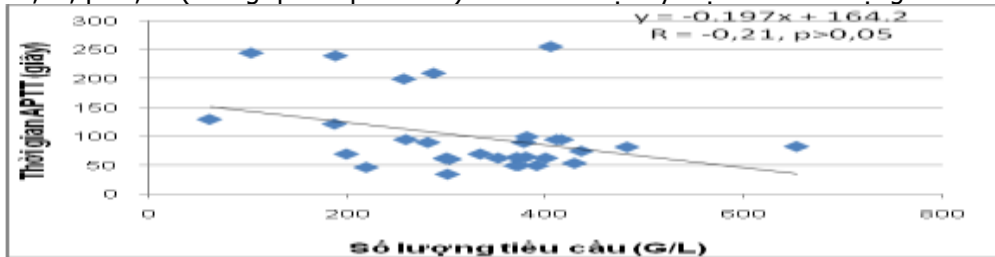
*: T Test; **: Wilcoxon Ranks Test; ***: Mann-Whitney U Test

Nhận xét: thời gian APTT kéo dài sau gây bệnh, mức kéo dài khác biệt theo mức độ bệnh ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3.3. Tương quan giữa thời gian APTT và thời gian sống sót sau gây bệnh giảm áp cấp tính

Nhận xét: sau gây bệnh giảm áp 30 phút, thời gian APTT tương quan nghịch với thời gian sống sót, $R = -0,48$, $p < 0,01$ (tương quan Spearman). Phút 60 được ký hiệu cho tình trạng thở sống sót.



Biểu đồ 3.4. Tương quan giữa thời gian APTT và số lượng tiểu cầu sau gây bệnh giảm áp cấp tính

Nhận xét: sau gây bệnh giảm áp 30 phút, thời gian APTT không tương quan với số lượng tiểu cầu, $R = -0,21$, $p > 0,05$ (tương quan Spearman)

3.3. Biến đổi nồng độ fibrinogen huyết tương

Bảng 3.3. Biến đổi nồng độ fibrinogen theo mức độ bệnh giảm áp

Nồng độ fibrinogen	Nặng (n=7) (1)	Vừa và nhẹ (n=15) (2)	Tổng số (n=22)	p ₂₋₁
Trước (a)	162,28 ± 11,98	277,80 ± 135,35	241,04 ± 123,64	<0,01***
Sau (b)	165,85 ± 73,56	286,53 ± 99,43	248,13 ± 106,99	<0,05***
% biến đổi	2,30 ± 46,14	13,10 ± 30,43	9,53 ± 34,58	>0,05***
p _{b-a}	>0,05*	>0,05**	>0,05**	

*: T Test; **: Wilcoxon Ranks Test; ***: Mann-Whitney U Test

Nhận xét: nồng độ fibrinogen huyết tương có xu hướng tăng sau gây bệnh, nhưng không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Biến đổi thời gian PT: Inwood (1973) và Lee (1994) thấy thời gian PT bị kéo dài trong bệnh giảm áp, nhất là ở những động vật bị bệnh nặng, còn ở những động vật bị bệnh vừa, nhẹ thời gian PT ít thay đổi [5], [6]. Các kết quả thu được của chúng tôi tương tự với các kết quả

trên. Số liệu trong bảng 3.1 cho thấy sau gây bệnh 30 phút thời gian PT kéo dài (tăng 41,30%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Thời gian PT bị kéo dài chủ yếu ở nhóm bệnh mức độ nặng (tăng 139,46%), ít kéo dài ở mức độ vừa-nhẹ (tăng 1,15%) ($p < 0,001$). Tuy vậy, kết quả của chúng tôi khác biệt với kết quả nghiên cứu

của Webb (1988) khi tác giả thấy thời gian PT rút ngắn [7]. Nguyên nhân sự khác biệt có lẽ do tác giả đã không xác định tình trạng mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu.

Cơ chế gây ra sự kéo dài thời gian PT có thể là do lớp nội mô mạch máu bị tổn thương giải phóng ra nhiều yếu tố VII và yếu tố mô [2]; do cơ chế tiêu mảnh tiểu cầu có tác dụng giống với thromboplastin của mô gây đông máu ngoại sinh tiêu hao dẫn tới thời gian PT kéo dài.

Kết quả trong biểu đồ 3.1 và 3.2 còn cho thấy sau gây bệnh giảm áp 30 phút, thời gian PT tương quan nghịch với số lượng tiểu cầu và thời gian sống sót. Trong đó, thời gian sống sót càng ngắn, số lượng tiểu cầu càng giảm thì thời gian PT càng kéo dài (biểu đồ 3.1 và 3.2). Nguyên nhân có thể là do bóng khí trong lòng mạch. Ở các trường hợp thỏ bị chết sớm đều có bóng khí mức độ nặng [1], các bóng khí này làm tổn thương tiểu cầu và lớp nội mô, nguyên nhân dẫn tới thời gian PT kéo dài.

4.2. Biến đổi thời gian APTT: Lee (1994), Bao (2010) quan sát thấy thời gian APTT kéo dài ở những con thỏ bị bệnh mức độ nặng [5], bắt đầu từ phút thứ 15 và cao nhất vào thời điểm 3h sau gây bệnh [2]. Kết quả của chúng tôi cũng thấy, trong bệnh giảm áp cấp tính thời gian APTT bị kéo dài, mức kéo dài chủ yếu ở nhóm bệnh mức độ nặng (115,99%), ít kéo dài ở nhóm bệnh vừa-nhẹ (14,08%), ($p < 0,05$) (bảng 3.2). Cơ chế gây thời gian APTT kéo dài có thể do bóng khí làm hoạt hóa các yếu tố tiếp xúc XII [Error! Reference source not found.]; hình thành thrombin từ đông máu ngoại sinh làm hệ thống đông máu nội sinh bị tiêu hao dẫn tới thời gian APTT bị kéo dài.

Kết quả biểu đồ 3.3 và 3.4 cho thấy, sau gây bệnh giảm áp 30 phút, thời gian APTT tương quan nghịch với thời gian sống sót và không tương quan với mức độ biến độ tiểu cầu. Nguyên nhân của sự tương quan có thể do bóng khí trong lòng mạch. Những trường hợp bị bệnh nặng, thời điểm chết sớm, thường có bóng khí mức độ nặng [1]. Các bóng khí này làm tổn thương nghiêm trọng hệ thống đông máu nội sinh, dẫn tới thời gian APTT càng bị kéo dài.

4.3. Biến đổi nồng độ fibrinogen huyết tương: Bao (2010) chỉ ra nồng độ fibrinogen bắt đầu tăng từ 15 phút và tăng cao nhất tại thời điểm 3h sau gây bệnh giảm áp cấp tính [2]. Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả này. Bảng 3.3 cho thấy nồng độ fibrinogen huyết tương ở thời điểm sau gây bệnh có xu hướng tăng nhưng không có sự khác biệt thống kê,

$p > 0,05$. Nồng độ fibrinogen cũng không có sự khác biệt thống kê theo mức độ bệnh. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi khác biệt với kết quả của Lee (1994) khi tác giả thấy nồng độ fibrinogen giảm nhưng không có ý nghĩa thống kê [5]. Nguyên nhân sự khác biệt có thể do các tác giả chỉ nghiên cứu trên các đối tượng bệnh nặng, tử vong.

Cơ chế gây ra tăng nồng độ fibrinogen có thể là do gan tăng tổng hợp và giải phóng fibrinogen vào máu khi bị tác động bởi một chấn thương không đặc hiệu, ở đây là giảm áp nhanh.

V. KẾT LUẬN

- Thời gian PT kéo dài (tăng 41,30%). Thời gian PT sau gây bệnh khác biệt theo mức độ bệnh, tương quan nghịch với thời gian sống sót và số lượng tiểu cầu ($p < 0,001$).

- Thời gian APTT kéo dài (tăng 43,67%). Thời gian APTT sau gây bệnh khác biệt theo mức độ bệnh, tương quan nghịch với thời gian sống sót ($p < 0,01$), không tương quan với số lượng tiểu cầu ($p > 0,05$).

- Nồng độ fibrinogen có xu hướng tăng nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Học viện Quân y (2005)** *Y học dưới nước (Giáo trình giảng dạy sau đại học)*. NXB. Quân đội Nhân Dân. Hà Nội, tr. 175-208.
2. **Bao X.C., Fang Y.Q., Li C. et al (2010)** [Change of coagulation and fibrinolysis in rabbit model with acute decompression sickness and its mechanism], (Article in Chinese). *Journal of Experiment Hematology*, Vol. 18, No. 1, pp. 191-194.
3. **Pontier J.M., Blatteau J.E., Vallee N. (2008)** Blood Platelet Count and Severity of Decompression Sickness in Rats After a Provocative Dive, *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, Vol. 79, No. 8, pp. 761-764
4. **Bộ Y tế (2009)** *Kỹ thuật xét nghiệm huyết học-truyền máu, Sách đào tạo cử nhân kỹ thuật y học*. NXB. Y học, Hà Nội, tr. 36-68, 111-136.
5. **Lee H.C., Kao Y.M., Lin T.C. et al (1994)** Changes of parameters of disseminated intravascular coagulation test in decompressed rabbits. *Undersea and Hyperbaric Medical Society, Inc. Annual Scientific Meeting*, Denver, Colorado, June 22-26. <http://archive.rubicon-foundation.org/5703>
6. **Inwood M.J. (1973)** Experimental evidence in support of the hypothesis that intravascular bubbles active the hemostatic process. *Proceeding of a symposium on blood bubble interaction in decompression sickness, Canada*, pp. 171-197.
7. **Webb J.T., Smead K.W., Jauchem J.R. et al (1988)** Blood factors and venous gas emboli: surface to 429 mmHg (8.3 psi). *Undersea Biomed Res.* Vol. 15, No. 2, pp. 107-121.

LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ ACID URIC MÁU VÀ CÁC YẾU TỐ LỐI SỐNG

Huỳnh Kim Phụng*

TÓM TẮT

Mở đầu: Tăng acid uric máu (AUM) không chỉ là căn nguyên của viêm khớp Gout, mà nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy là yếu tố nguy cơ đối với bệnh lý tim mạch và có liên quan với hội chứng chuyển hoá (HCCH). Vì vậy, khảo sát những yếu tố liên quan lối sống có ảnh hưởng HCCH và AUM là điều hết sức cần thiết. Nghiên cứu này nhằm khảo sát tương quan giữa nồng độ AUM với các yếu tố liên quan lối sống bao gồm thói quen hút thuốc lá, uống bia rượu, tập thể dục 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 $\geq 7\text{mg/dL}$ đối với nam và $\geq 6\text{mg/dL}$ đối với nữ. Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 22.0 để phân tích tương quan dựa trên phép kiểm Anova và phép kiểm Pearson (với giá trị $p < 0,05$). **Kết quả:** Khảo sát 500 người không triệu chứng được kiểm tra sức khỏe tổng quát, ghi nhận tỷ lệ tăng AUM 33,6%, tuổi trung bình 43, nam chiếm đa số 51,6%. Mỗi tương quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ AUM và thói quen hút thuốc lá: nồng độ AUM trung bình nhóm hút thuốc lá 7,1494mg/dl so với nhóm không hút thuốc lá 5,8945mg/dl; uống bia rượu: nồng độ AUM trung bình nhóm không uống là 5,4768mg/dl, uống $< 20\text{g}$ cồn/ngày là 6,9972mg/dl, $\geq 20\text{g}$ cồn/ngày là 7,4743mg/dl; tập thể dục: nồng độ AUM trung bình nhóm không tập thể dục 5,8376mg/dl và nhóm tập thể dục 6,3267mg/dl. Phép kiểm Anova với giá trị $p < 0,001$. **Kết luận:** Tỷ lệ tăng AUM là 33,6%. Mỗi tương quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ AUM và hút thuốc lá, uống bia rượu, tập thể dục ($p \leq 0,001$).

Từ khóa: acid uric máu, tăng acid uric máu, hút thuốc lá, uống bia rượu, tập thể dục.

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN SERUM ACID URIC AND LIFESTYLE PATTERNS IN A SAMPLE OF HEALTH CHECKUP EXAMINEES

Background: Hyperuricemia is not only cause of Gout, according to recent studies serum uric acid (SUA) is but also risk factor for cardiovascular diseases and has relation with metabolic syndrome. So that, examining effectiveness of lifestyle patterns on SUA level is necessary. This study was to explore the

association between SUA level and lifestyle patterns including smoking, alcoholic consumption, physical exercise in the sample of general health checkup 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. Age of subject ≥ 16 years old. 10 hour-fasting blood tests were conducted. Hyperuricemia was defined as SUA $\geq 7\text{mg/dL}$ for male and $\geq 6\text{mg/dL}$ for female. Software SPSS 22.0 was used for correlative analysis by Anova test and Pearson test (p value < 0.05). **Results:** A total of 500 subjects who were non-symptom and underwent general health check-up examinees. The percentage of hyperuricemia 33.6%; mean age 43; male is dominant 51.6%. The statistically significant correlation of SUA level with smoking: mean SUA level of smoking group 7.1494mg/dl vs non-smoking group 5.8945mg/dl, alcoholic consumption: mean SUA level of no alcoholic consumption 5.4768mg/dl, consumption $< 20\text{g}$ alcoholic/day 6.9972mg/dl, consumption $\geq 20\text{g}$ alcoholic/day 7.4743mg/dl, physical exercise: mean SUA level of physical exercise free group 5.8376mg/dl vs physical exercise group 6.3267mg/dl (Anova test and Pearson test with p value < 0.001). **Conclusion:** The percentage of hyperuricemia was 33.6%. Statistically significant correlation of SUA with smoking, alcoholic consumption, physical exercise ($p \leq 0.001$).

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

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những nghiên cứu dựa trên dân số gần đây đã chứng minh mối tương quan giữa nồng độ AUM và hội chứng chuyển hoá⁽⁵⁾, một số nghiên cứu cũng đã chứng minh AUM là yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch, tình trạng xơ vữa động mạch⁽³⁾. Vì vậy, việc tìm kiếm những yếu tố liên quan lối sống có thể gây tăng AUM là cần thiết.

Mục tiêu: Khảo sát tương quan giữa nồng độ AUM và các yếu tố liên quan lối sống như hút thuốc lá, uống bia rượu, tập thể dục ở người kiểm tra sức khỏe tổng quát.

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.

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.

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Phụng

Email: drphuongkimhuynh@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2017

Ngày duyệt bài: 16.8.2017

Cỡ mẫu: thuận tiện

Tiền 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...

- Acid Uric máu tăng khi $\geq 7\text{mg/dL}$ (nam giới) và $\geq 6\text{mg/dL}$ (nữ giới)

- Mức bia rượu tiêu thụ $\geq 20\text{g}$ alcohol/ngày tương đương khi:

+ Bia trung bình $\geq 1,5$ lon/ngày

+ Rượu vang (#12%) trung bình $\geq 200\text{ml/}$ ngày

+ Rượu mùi (# 30%) trung bình $\geq 80\text{ml/}$ ngày

+ Rượu mạnh (#40%) trung bình $\geq 60\text{ml/}$ ngày

+ Rượu đế (# 50%) trung bình $\geq 50\text{ml/}$ ngày

- Hút thuốc lá (HTL)

+ Hút thuốc lá khi hút ≥ 5 điếu/ngày liên tục từ ≥ 2 năm

+ Không hút thuốc lá khi hoàn toàn không hút thuốc lá hoặc hút < 5 điếu/ngày hoặc hút ≥ 5 điếu/ngày < 2 năm.

- Thói quen tập thể dục

+ Có thói quen tập thể dục hoặc chơi thể thao khi: tập thể dục thường xuyên ≥ 3 lần/tuần, mỗi buổi ≥ 30 phút, hoặc tổng cộng ≥ 90 phút/tuần, hoặc chơi môn thể thao ≥ 1 lần/tuần (Tennis,

gôn, cầu lông...)

+ Không có thói quen tập thể dục khi tập thể dục không thường xuyên < 3 lần/tuần, mỗi lần < 30 phút, hoặc < 90 phút/tuần; hoặc cường độ tập nhẹ (không đổ mồ hôi) hoặc không chơi thể thao.

- Thực hiện các xét nghiệm máu trong bộ kiểm tra sức khỏe tổng quát sau khi nhịn đói ≥ 10 tiếng, trong đó có AUM.

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

Thu thập và phân tích số liệu

Các định nghĩa: Acid Uric máu tăng khi $\geq 7\text{mg/dL}$ (nam giới) và $\geq 6\text{mg/dL}$ (nữ giới)

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 Anova và Pearson để khảo sát tương quan giữa các biến số. Số liệu có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0.05$.

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. Tăng AUM ($\geq 7\text{mg/dL}$ ở nam và $\geq 6\text{mg/dL}$ ở nữ) và giới tính

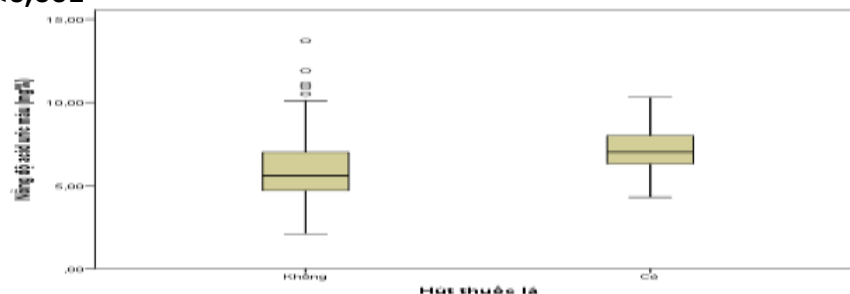
			Giới tính		Tổng cộng
			Nữ	Nam	
AUM	Bình thường	Số TH	203	129	332
		Tỷ lệ %	83,9%	50,0%	66,4%
	Tăng	Số TH	39	129	168
		Tỷ lệ %	16,1%	50,0%	33,6%
Tổng cộng		Số TH	242	258	500
		Tỷ lệ %	100,0%	100,0%	100,0%

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 2. Nồng độ AUM (mg/dl) và thói quen hút thuốc lá

	Số TH	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Sai số chuẩn	Khoảng tin cậy 95% của trung bình		Tối thiểu	Tối đa
					Giới hạn dưới	Giới hạn trên		
Không	419	5,8945	1,68538	,08234	5,7327	6,0564	2,10	13,70
Có	81	7,1494	1,34175	,14908	6,8527	7,4461	4,30	10,30
Tổng cộng	500	6,0978	1,69772	,07592	5,9486	6,2470	2,10	13,70

ANOVA $p < 0,001$



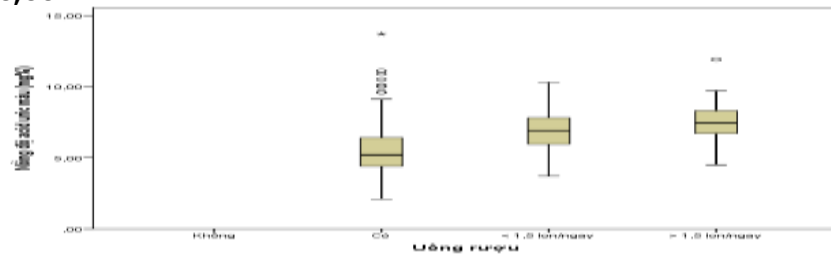
Biểu đồ 1. Tương quan giữa nồng độ AUM và thói quen hút thuốc lá

Nhận xét: Sự khác biệt nồng độ AUM trung bình ở nhóm có thói quen hút thuốc lá và không hút thuốc lá có ý nghĩa thống kê (phép kiểm Anova, $p < 0,001$).

Bảng 3. Nồng độ acid uric máu (mg/dl) và thói quen uống bia rượu

	Số TH	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Sai số chuẩn	Khoảng tin cậy 95% của trung bình		Tối thiểu	Tối đa
					Giới hạn dưới	Giới hạn trên		
Không	319	5,4768	1,54640	,08658	5,3065	5,6471	2,10	13,70
<20g cồn/ngày	107	6,9972	1,42262	,13753	6,7245	7,2699	3,70	10,30
≥20g cồn/ngày	74	7,4743	1,24681	,14494	7,1855	7,7632	4,50	11,90
Tổng cộng	500	6,0978	1,69772	,07592	5,9486	6,2470	2,10	13,70

ANOVA $p < 0,001$



Biểu đồ 2. Tương quan giữa nồng độ AUM và thói quen uống bia rượu

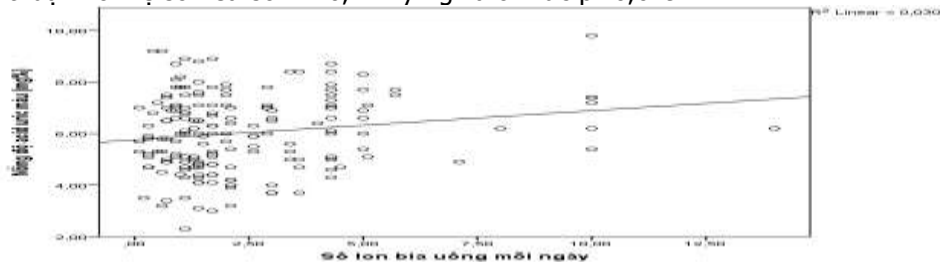
Nhận xét: Sự khác biệt nồng độ AUM trung bình giữa 3 nhóm không uống bia rượu, uống <20g cồn/ngày và ≥20g cồn/ngày có ý nghĩa thống kê, khuynh hướng tăng nồng độ AUM khi tăng lượng tiêu thụ bia rượu (phép kiểm Anova, $p < 0,001$)

Bảng 4. Tương quan giữa nồng độ AUM và số lon bia được quy đổi

AUM (mg/dl)	Tương quan Pearson	AUM(mg/dl)	Số lon bia uống/ngày
		1	,174*
	Giá trị p (2-đuôi)		,019
Số lon bia uống/ngày	Số TH	500	181
	Tương quan Pearson	,174*	1
	Giá trị p (2-đuôi)	,019	
	Số TH	181	181

*. Tương quan có ý nghĩa ở mức 0.05 (2-đuôi)

Nhận xét: Có mối tương quan giữa số lon bia uống mỗi ngày và nồng độ acid uric máu, mối tương quan thuận với hệ số Pearson = 0,174 ý nghĩa ở mức $p = 0,019$



Biểu đồ 3. Tương quan giữa AUM và số lon bia uống mỗi ngày

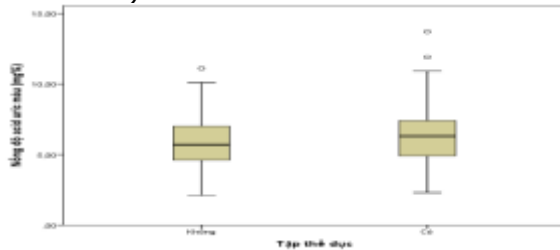
Nhận xét: Phương trình tuyến tính $AUM = 5,76 + 0,11 \times \text{số lon bia}$. Tuy nhiên sai số khá lớn nên khả năng dự báo là thấp, R^2 khoảng 3%

Bảng 5. Tương quan giữa AUM (mg/dl) và thói quen tập thể dục

	Số TH	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Sai số chuẩn	Khoảng tin cậy 95% của trung bình		Tối thiểu	Tối đa
					Giới hạn dưới	Giới hạn trên		
Không	234	5,8376	1,60416	,10487	5,6310	6,0442	2,10	11,10
Có	266	6,3267	1,74711	,10712	6,1158	6,5376	2,30	13,70
Tổng cộng	500	6,0978	1,69772	,07592	5,9486	6,2470	2,10	13,70

ANOVA $p=0,001$

Nhận xét: Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giá trị trung bình của AUM giữa nhóm có tập thể dục và nhóm không tập thể dục ($p=0,001$, phép kiểm Anova)



Biểu đồ 4. Tương quan giữa AUM và thói quen tập thể dục

IV. BÀN LUẬN

Dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán tăng AUM $\geq 7\text{mg/dl}$ đối với nam và $\geq 6\text{mg/dl}$ đối với nữ đã ghi nhận trong 500 đối tượng kiểm tra sức khỏe tổng quát có 33,6% trường hợp tăng AUM (bảng 1), nếu tính riêng tỷ lệ tăng AUM là 16,1% đối với nữ và 50,5% đối với nam. Theo kết quả nghiên cứu của Conen D. và Cs⁽³⁾ ghi nhận ở mức AUM $>420\mu\text{mol/L}$ đối với nam giới là 35,2% và ở mức AUM $>360\mu\text{mol/L}$ đối với nữ giới là 8,7%. Tỷ lệ tăng AUM trong nghiên cứu của chúng tôi đều cao hơn ở cả hai giới nam và nữ khi so sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả trên.

Khi khảo sát mối tương quan giữa nồng độ AUM và thói quen hút thuốc lá (bảng 2, biểu đồ 1) bằng phép kiểm Anova chúng tôi cũng ghi nhận sự khác biệt nồng độ AUM trung bình ở nhóm có thói quen hút thuốc lá và không hút thuốc lá có ý nghĩa thống kê với giá trị $p<0,001$, nồng độ AUM trung bình của 81 đối tượng hút thuốc lá cao hơn rất nhiều so với nồng độ AUM trung bình của 419 đối tượng không hút thuốc lá (7,1494mg/dl so với 5,8945mg/dl).

Theo Bassam E. Hannan và Cs⁽¹⁾ khảo sát trên 2 nhóm gồm 60 nam giới hút thuốc lá và 60 nam giới không hút thuốc lá ghi nhận nồng độ AUM trung bình ở nhóm hút thuốc lá thấp hơn so với nhóm không hút thuốc lá sau khi đã loại bỏ đi những yếu tố có thể ảnh hưởng đến nồng độ AUM. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê này theo tác giả được giải thích do sự tiếp xúc lâu ngày với khói thuốc lá gây nên stress oxy hoá và từ đó đưa đến giảm sản xuất AUM nội sinh^(1,4). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì ngược lại, trong nhóm hút thuốc lá nồng độ AUM trung bình tăng hơn có ý nghĩa so với nhóm không hút thuốc lá, điều này có thể được giải thích do nghiên cứu của chúng tôi chưa loại trừ đi những

yếu tố gây tăng AUM như: uống bia rượu, chế độ ăn giàu purine...

Khi khảo sát tương quan giữa nồng độ AUM và thói quen uống bia rượu (bảng 3, biểu đồ 2) chúng tôi đã ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nồng độ AUM trung bình giữa 3 nhóm không uống bia rượu 5,4768mg/dl, uống $<20\text{g}$ cồn/ngày 6,9972mg/dl và $\geq 20\text{g}$ cồn/ngày 7,4743mg/dl (phép kiểm Anova, $p<0,001$); và sự khác biệt này có xu hướng tăng theo sự tiêu thụ bia rượu (không uống bia rượu, uống $<20\text{g}$ cồn/ngày, uống $\geq 20\text{g}$ cồn/ngày).

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số đối tượng nghiên cứu uống bia, kể đến là rượu đế, tỷ lệ uống rượu vang rất thấp. Thiết kế nghiên cứu của chúng tôi phân chia mức độ uống bia rượu ở mức $\geq 20\text{g}$ cồn/ngày và $<20\text{g}$ cồn/ngày, theo một số tác giả Nhật Bản đây là mức có và không ảnh hưởng đến tình trạng gan nhiễm mỡ do rượu và không do rượu. Khi khảo sát tương quan giữa nồng độ AUM và số lon bia uống trung bình/ngày thì ghi nhận có sự tương quan thuận giữa số lon bia uống mỗi ngày và nồng độ AUM với hệ số Pearson = 0,174 ý nghĩa ở mức $p=0,019$ (bảng 4). Khảo sát tương quan tuyến tính ghi nhận phương trình tuyến tính AUM = $5,76+0,11 \times$ số lon bia; tuy nhiên sai số khá lớn nên khả năng dự báo là thấp với R^2 khoảng 3% (biểu đồ 3)

Khảo sát mối tương quan giữa nồng độ AUM và thói quen tập thể dục ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giá trị trung bình của AUM giữa nhóm có tập thể dục và nhóm không tập thể dục ($p=0,001$, phép kiểm Anova), nhóm không tập thể dục có nồng độ AUM trung bình thấp hơn nhóm tập thể dục (5,8376mg/dl so với 6,3267mg/dl). Kết quả nghiên cứu này có thể được giải thích tình trạng gắng sức thể lực thường xuyên gây tăng chuyển hoá AUM, điều này cần được khảo sát thêm.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tăng AUM là 33,6%. Mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ AUM và thói quen hút thuốc lá, uống bia rượu, tập thể dục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bassam E. Hanna, Jamal M. Hamed, Luma M. Touhala, (2008), "Serum uric acid in smokers". *Oman Medical Journal*, 23(4).
2. Choi HK., Curhan G., (2004), "Beer, liquor, and wine consumption and serum uric acid level: the Third National Health and Nutrition Examination Survey". *Arthritis Rheum*, 51(6), p.1023-9.
3. Conen D, Wietlisbach V, Bovet P, Shamlaye C, Riesen W, Paccaud F, et al. (2004),

- "Prevalence of hyperuricemia and relation of serum uric acid with cardiovascular risk factors in a developing country". *BMC Public Health*, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/4/9>.
4. **Dhouha Haj Mouhamed, Asma Ezzaher, Fadoua Neffati, Wahiba Douki, Lotfi Gaha, Mohamed Fadhel Najjar, (2010)**, "Effect of cigarette smoking on plasma uric acid concentrations". *Environ Health Prev. Med.*, 16, p.307-312.
 5. **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.
6. **Green HJ, Fraser IG, (1988)**, "Differential effects of exercise intensity on serum uric acid concentration". *Med. Sci. Sports Exerc.*, 20(1), p.55-9.
 7. **James S. Bosco, Greenleaf J.E., Ronald L. Kaye, Averkin E.G., (1970)**, "Reduction of serum uric acid in young men during physical training". *The American Journal of Cardiology*, 25(1), p.46-52.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG Y HỌC CỔ TRUYỀN CỦA NGƯỜI DÂN 2 XÃ THUỘC TP. ĐÀ NẴNG NĂM 2014

Đậu Xuân Cảnh¹, Nguyễn Thị Tâm Thuận²

TÓM TẮT

Qua điều tra 291 đại diện hộ gia đình tại 2 xã/phường thành phố Đà Nẵng năm 2014 về thực trạng sử dụng Y học cổ truyền của người dân cho thấy: Người dân sử dụng YHCT chiếm 65,6%, ở Hải Châu 1 cao hơn Hòa Tiến (66,7% so với 64,3%). Trong số người sử dụng YHCT, phương pháp kết hợp cả 2 thuốc YHCT với không dùng thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất 55,8%. Người dân Phường Hải Châu 1 sử dụng phương pháp đơn thuần dùng thuốc YHCT thấp hơn xã Hòa Tiến (20,5% so với 37,3%), nhưng phương pháp không dùng thuốc lại cao hơn (23,1% so với 7,4%). Lý do người dân chọn YHCT để chữa bệnh mạn tính chiếm 43,2%; để chữa bệnh kết hợp bồi bổ sức khỏe 46,3%; Thấp nhất là để bồi bổ nâng cao sức khỏe 14,7%. Người dân chọn dịch vụ YHCT với lý do có CBYT chuyên môn giỏi chiếm cao nhất 55,8%. Sự đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của người dân bằng YHCT đạt 59,5%.

Từ khóa: y học cổ truyền, Tp. Đà Nẵng

SUMMARY

THE CURRENT SITUATION OF USING TRADITIONAL MEDICINE OF THE PEOPLE IN TWO COMMUNES/WARDS OF DA NANG CITY IN 2014

Through the survey of 291 household representatives in two communes/wards of Da Nang city in 2014 about the current situation of using traditional medicine of the people, shows that: People using traditional medicine made up 65.6%, in Hai Chau 1 was higher than Hoa Tien (66.7% compared to 64.3%). Of the traditional users, the combination of two: traditional drugs with non-drug use accounted for the highest rate of 55.8%. People in Hai Chau 1 use the simpler method of using traditional drugs than Hoa

Tien (20.5% versus 37.3%), but the method of non-drug use is higher than (23.1% compared to 7.4%). The reason people choose traditional medicine for treating chronic diseases is 43.2%; For combined medical treatment 46.3%; The lowest is to improve health by 14.7%. People choose traditional medicine services because of good specialized health workers, making up 55.8%. The satisfaction of people's demand for medical treatment with traditional medicine reached 59.5%.

Key words: Traditional medicine, Da Nang city

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam có một nền Y học cổ truyền (YHCT) lâu đời, là một bộ phận của di sản văn hoá dân tộc, có vai trò và tiềm năng lớn trong sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe của nhân dân. Để phát huy và phát triển thế mạnh từng bước hiện đại hóa YHCT, Đảng và Nhà nước đã chủ trương kết hợp YHCT với Y học hiện đại (YHHĐ) để nâng cao chất lượng điều trị nhằm phục vụ chăm sóc sức khỏe nhân dân tốt hơn.

Một số nghiên cứu trên thế giới cho biết hàng năm tại Anh có khoảng 2,5 triệu người được điều trị bằng YHCT; tại Nhật Bản người dân sử dụng các thuốc YHCT tăng 15 lần, trong khi các loại tân dược chỉ tăng 2,6 lần trong khoảng 15 năm [tham khảo từ 6]. Kết quả nghiên cứu của Trần Thúy và cộng sự năm 1999 về sử dụng và quan niệm của người dân về YHCT cho thấy, chỉ có 13,5% người dân đã sử dụng YHCT trong điều trị bệnh [4], [5]. Đến năm 2005 một nghiên cứu của Phạm Vũ Khánh ở Bắc Ninh cho thấy tỷ lệ người dân sử dụng YHCT trong điều trị bệnh là 30,4% [2].

Đà Nẵng là một trong những trung tâm về y tế của khu vực miền Trung - Tây nguyên. Nơi đây có đầy đủ các bệnh viện YHHĐ, YHCT và các trung tâm cơ sở y tế. Những năm qua ngành y tế Đà Nẵng đã có những bước phát triển lớn về công tác khám, chữa bệnh bằng YHCT. Để nâng

¹Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam,

²Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đậu Xuân Cảnh

Email: xuan canhvh@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 7.8.2017

Ngày duyệt bài: 21.8.2017

cao năng lực YHCT, nhằm hiện đại hóa và phát triển mạnh YHCT trong công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân, củng cố và phát triển tổ chức mạng lưới YHCT trên địa bàn thành phố. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu đánh giá tình hình sử dụng Y học cổ truyền của người dân 2 xã thuộc TP Đà Nẵng năm 2014.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và đối tượng nghiên cứu:

Chủ hộ hoặc người từ 18 tuổi trở lên đại diện hộ gia đình nắm vững thông tin về tình trạng sức khỏe và chăm sóc sức khỏe của các thành viên gia đình năm 2014 tại 2 xã/phường: Xã Hoà Tiến, đại diện vùng núi huyện Hòa Vang; Phường Hải Châu 1 đại diện vùng trung tâm thành phố thuộc Quận Hải Châu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không đồng ý tham gia nghiên cứu, có các dấu hiệu bất thường về tinh thần, bị câm, điếc không có khả năng nghe và trả lời câu hỏi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Đề tài được thực hiện theo phương pháp nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang.

2.2.2. Chọn mẫu và cỡ mẫu

- **Cỡ mẫu** cho đối tượng người dân sử dụng YHCT tại cộng đồng nghiên cứu được xác định theo công thức:

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

Trong đó: n: Số người được chọn tại quần thể nghiên cứu. α : Mức ý nghĩa thống kê ($\alpha=0,05$ độ tin cậy 95%). $Z^2(1-\alpha/2)$: Giá trị thu được từ bảng Z ứng với giá trị α được chọn ($Z=1,96$). p: Tỷ lệ người dân điều trị bằng YHCT tại cộng đồng (ước tính $p = 0,05$). d: Sai số cho phép (ở đây chọn 0,1). Thay vào công thức có cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi xã 96. Trên thực tế chúng tôi đã phỏng vấn tổng số hộ gia đình tại 2 xã/phường là 291.

- **Chọn mẫu:** Chọn xã/phường: Lập danh sách tất cả xã/phường trên địa bàn thành phố Đà Nẵng thuộc vùng núi và vùng trung tâm. Chọn ngẫu nhiên từ 2 nhóm xã/phường ra một

xã để tham gia nghiên cứu.

+ Chọn hộ gia đình: chọn ngẫu nhiên hộ đầu tiên, các hộ tiếp theo được chọn theo phương pháp cổng liền cổng.

+ Chọn đối tượng phỏng vấn: Tại mỗi hộ gia đình được chọn, tiến hành phỏng vấn bằng bộ phiếu định lượng chủ hộ gia đình hoặc người đại diện từ 18 tuổi trở lên nắm vững thông tin về tình trạng sức khỏe và chăm sóc sức khỏe của các thành viên hộ gia đình.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn chủ hộ gia đình hoặc người từ 18 tuổi trở lên nắm vững thông tin về tình trạng sức khỏe của các thành viên hộ gia đình bằng phiếu số đã được thiết kế. Mỗi gia đình sẽ lựa chọn 1 người để phỏng vấn. Người dẫn đường cho điều tra viên là tổ trưởng dân phố. Không chọn y tế phường hoặc cộng tác viên dân số làm người dẫn đường để tránh các thiên lệch có thể ảnh hưởng tới kết quả phỏng vấn. Trong quá trình phỏng vấn chỉ có điều tra viên và đối tượng được phỏng vấn và hai người đối diện nhau, không có người thứ ba.

***Một số khái niệm và tiêu chuẩn đánh giá được sử dụng trong nghiên cứu**

- Phương pháp dùng YHCT: đó là một số phương pháp chữa bệnh bằng cách dùng thuốc nam, phương pháp dùng thuốc bắc, phương pháp dùng châm cứu xoa bóp.

- Sử dụng YHCT: là dùng thuốc YHCT hoặc các phương pháp không dùng thuốc hoặc sử dụng kết hợp giữa dùng thuốc và phương pháp không dùng thuốc (kết hợp cả hai) để chữa bệnh, nâng cao sức khỏe hoặc kết hợp cả hai mục đích.

- Có sử dụng YHCT: đã sử dụng ít nhất một phương pháp của YHCT để chữa bệnh nâng cao sức khỏe trong khoảng thời gian 6 tháng cho đến thời điểm điều tra.

- Có mắc bệnh: chúng tôi chẩn đoán bệnh dựa trên những triệu chứng mà người dân mô tả hoặc những kết quả chẩn đoán của bác sỹ khám bệnh trước.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Các thông số được tính toán và trình bày bằng các bảng, bao gồm: số lượng (SL), giá trị %, giá trị p.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tỷ lệ mắc bệnh theo địa bàn nghiên cứu

Địa bàn	Mắc bệnh		Không	
	n	%	n	%
Hải Châu 1 (n= 162)	112	69,1	50	30,9
Hòa Tiến (n=129)	115	89,1	14	10,9
Tổng (n=291)	227	78,0	64	22,0
p	< 0,05			

Kết quả bảng 3.1 cho thấy: số người dân mắc bệnh trong vòng 6 tháng qua 78,0%, trong đó Hòa Tiến có số người chiếm tỷ lệ mắc bệnh cao hơn Hải Châu 1 (89,1% so với 69,1%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

Bảng 3.2. Tỷ lệ người dân sử dụng YHCT trong vòng 6 tháng qua

Địa bàn	Sử dụng YHCT		Không (sử Dụng YHCT)	
	n	%	n	%
Hải Châu 1	108	66,7	54	33,3
Hòa Tiến	83	64,3	46	35,7
Tổng	191	65,6	100	34,4
p	>0,05			

Kết quả bảng 3.2 cho thấy: Người dân sử dụng YHCT chiếm tỷ lệ khá cao chiếm 65,6%, ở Hải Châu 1 cao hơn Hòa Tiến (66,7% so với 64,3%), tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Bảng 3.3. Phương pháp sử dụng YHCT của người dân

Phương pháp sử dụng YHCT	Hải Châu 1		Hòa Tiến		Tổng		p
	n1	%	n2	%	n	%	
Dùng thuốc	22	20,5	31	37,3	53	27,9	<0,05
Không dùng thuốc	25	23,4	6	7,2	31	16,3	<0,05
Kết hợp cả 2	60	56,1	46	55,5	106	55,8	>0,05
Tổng	107	100,0	83	100,0	190	100,0	

Kết quả bảng 3.3 cho thấy: Trong số người sử dụng YHCT, người dân sử dụng phương pháp kết hợp cả 2 thuốc YHCT và không dùng thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất 55,8%, tiếp là sử dụng thuốc YHCT 27,9% và thấp nhất dùng phương pháp không dùng thuốc 16,3%. Người dân Phường Hải Châu 1 sử dụng phương pháp dùng thuốc YHCT thấp hơn xã Hòa Tiến (20,5% so với 37,3%), nhưng Phương pháp không dùng thuốc lại cao hơn Hòa Tiến (23,1% so với 7,4%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Lý do chọn YHCT của người dân

Lý do	Hải Châu 1		Hòa Tiến		Tổng		p
	n1	%	n2	%	n	%	
Bệnh nhẹ	5	4,7	2	2,4	7	3,7	-
Bệnh nặng	0	0	0	0	0	0,0	-
Bệnh mạn tính	50	46,7	32	38,6	82	43,2	>0,05
Bổ	22	20,6	17	20,5	39	20,5	>0,05
Rẻ tiền	2	1,9	10	12	12	6,3	-
Sẵn có	0	0	4	4,8	4	2,1	-
Không kháng thuốc	4	3,7	1	1,2	5	2,6	-
Không tác dụng phụ	24	22,4	17	20,5	41	21,6	>0,05

Kết quả bảng 3.4 cho thấy: Lý do người dân chọn YHCT để chữa bệnh mạn tính chiếm tỷ lệ cao nhất 43,2%; tiếp đến dùng không có tác dụng phụ là 21,6% và để bồi bổ 20,5%. Các lý do người dân chọn YHCT để chữa bệnh ở Phường Hải Châu 1 và xã Hòa Tiến khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Bảng 3.5. Mục đích sử dụng YHCT

Mục đích	Hải Châu 1		Hòa Tiến		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Chữa bệnh	41	38,3	34	41,0	75	39,5	$p > 0,05$
Bồi bổ nâng cao sức khỏe	18	16,8	10	10,8	28	14,7	$p > 0,05$
Kết hợp cả 2	48	44,9	40	48,2	88	46,3	$p > 0,05$
Tổng	107	100,0	83	100,0	190	100,0	
p	>0,05						

Kết quả bảng 3.5 cho thấy: Mục đích sử dụng YHCT của người dân để chữa bệnh và bồi bổ sức khỏe chiếm tỷ lệ cao nhất là 46,3%; tiếp đến sử dụng đơn thuần để chữa bệnh 39,5%. Thấp nhất là để bồi bổ nâng cao sức khỏe 14,7%. Người dân xã Hòa Tiến sử dụng nhiều mục đích sử dụng YHCT cao hơn Phường Hải Châu 1 (48,2 % so với 44,9% và (41,0% so với 38,3%), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Bảng 3.6. Lý do người dân chọn dịch vụ YHCT

Lý do chọn dịch vụ YHCT	Hải Châu 1 (n= 107)		Hòa Tiến (n= 83)		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Chuyên môn giỏi	69	64,5	37	44,6	106	55,8	<0,05

Gần nhà	18	16,8	20	24,1	38	20,0	>0,05
Trang bị dụng cụ khá tốt	20	18,7	13	15,7	33	17,4	>0,05
Chi phí thấp	1	0,9	11	13,3	12	6,3	-
Tiền lợi	0	0,0	1	1,2	1	0,5	-

Kết quả bảng 3.6 cho thấy: Người dân chọn dịch vụ YHCT với lý do có CBYT chuyên môn giỏi chiếm cao nhất 55,8%, tiếp đến Gần nhà 20,0%. Thấp nhất cho rằng tiền lợi 0,5%. Người dân xã Hòa Tiến Lý do chọn dịch vụ YHCT thấp hơn Phường Hải Châu 1 (44,6% so với 64,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Nhưng gần nhà cao hơn (24,1% so với 16,8%), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Bảng 3.7. Sự đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh bằng YHCT của người dân tại cơ sở y tế

Đáp ứng	Hải Châu 1		Hòa Tiến		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Có đáp ứng	96	59,3	77	59,7	173	59,5	>0,05
Không đáp ứng	20	12,3	2	1,6	22	7,6	-
Không biết	46	28,4	50	38,8	96	33,0	<0,05
Tổng	162	55,7	129	44,3	291	100,0	

Kết quả bảng 3.7 cho thấy: Sự đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của người dân bằng YHCT có 59,5%, không đáp ứng chỉ có 7,6%. Tuy nhiên vẫn còn 33,0% người dân không biết rõ đáp ứng hay không đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh. Người dân xã Hòa Tiến không biết nhu cầu khám chữa bệnh bằng YHCT cao hơn Phường Hải Châu 1 (38,8% so với 28,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Nhưng Có đáp ứng tương đương nhau (59,7% so với 59,3%), $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu bảng 3.1 cho thấy, trong khoảng thời gian tại thời điểm nghiên cứu, tỷ lệ mắc bệnh của người dân là 78,0%. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Vũ Khánh ở Bắc Ninh năm 2005 (35,8%) [2] và tương đồng với 1 số nghiên cứu trước đây. Sự khác nhau, có thể do thời điểm nghiên cứu khác nhau. Trong đó xã Hòa Tiến, một xã vùng núi có số người chiếm tỷ lệ mắc bệnh cao hơn Phường trung tâm thành phố-Phường Hải Châu 1 (89,1% so với 69,1%) với $p < 0,05$. Nguyên nhân có thể do vùng núi người dân làm việc vất vả, đời sống khó khăn nên ít có điều kiện quan tâm, tự chăm sóc cho mình, nên tình trạng bệnh mắc cao hơn.

Về tỷ lệ sử dụng YHCT: Người dân sử dụng YHCT chiếm tỷ lệ khá cao 65,6%. Trong số đã sử dụng YHCT thì người dân tại trung tâm thành phố, P.Hải Châu 1 cao hơn vùng núi - xã Hòa Tiến (66,7% so với 64,3%), tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$ (Kết quả bảng 3.2). Để lý giải điều này, trước hết ta thấy, vùng trung tâm thành phố có điều kiện thuận lợi về thông tin và được phổ cập kiến thức tư vấn hơn. Điều này khẳng định thêm mức độ sử dụng YHCT của người dân trong cộng đồng khá phổ biến. Mặt khác, theo số liệu thống kê của Giáo sư Phạm Khuê cho thấy, ở Việt Nam tình hình một số bệnh nội khoa hay gặp ở người cao tuổi tại cộng đồng như bệnh thuộc hệ cơ, xương khớp chiếm 47,69%, tỷ lệ này cao nhất ở miền núi, thấp hơn vùng trung du, vùng đồng bằng có tỷ lệ thấp nhất. Đây là bệnh thường gặp ở những

người cao tuổi trong khi đó việc điều trị bằng thuốc nam có nhiều lợi thế hơn.

Về phương pháp điều trị: Trong số người sử dụng YHCT, người dân sử dụng phương pháp Kết hợp cả 2 (thuốc YHCT với không dùng thuốc) chiếm tỷ lệ cao nhất 55,8%, tiếp là sử dụng đơn lẻ thuốc YHCT 27,9% và thấp nhất dùng đơn lẻ phương pháp không dùng thuốc 16,3% (kết quả bảng 3.3). Người dân Phường Hải Châu 1 sử dụng Phương pháp dùng thuốc YHCT thấp hơn xã Hòa Tiến (20,5% so với 37,3%), nhưng phương pháp không dùng thuốc lại cao hơn Hòa Tiến (23,1% so với 7,4%), sự khác biệt có ý nghĩa, $p < 0,05$.

Lý do người dân chọn YHCT để chữa bệnh mạn tính chiếm tỷ lệ cao nhất 43,2%; tiếp đến dùng không có tác dụng phụ là 21,6% và để bồi bổ 20,5%. Các lý do người dân chọn YHCT để chữa bệnh ở Phường Hải Châu 1 và xã Hòa Tiến khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$ (kết quả bảng 3.4).

Mục đích sử dụng YHCT của người dân để chữa bệnh và bồi bổ sức khỏe chiếm tỷ lệ cao nhất là 46,3%; tiếp đến sử dụng đơn thuần để chữa bệnh 39,5%. Thấp nhất là để bồi bổ nâng cao sức khỏe 14,7%. (kết quả bảng 3.5). Người dân chọn dịch vụ YHCT với lý do có CBYT chuyên môn giỏi chiếm cao nhất 55,8%, tiếp đến Gần nhà 20,0%. Thấp nhất cho rằng tiền lợi 0,5% (kết quả bảng 3.6). Kết quả nghiên cứu cho thấy nhận thức về YHCT đã có những thay đổi theo hướng tích cực hơn. Theo nghiên cứu của Đỗ Thị Phương (1996) [3] có 23,66%; Trần Thuý và cộng sự (1999) [4] có 13,9%. Đây là kết quả cho

thấy người dân đã dần tin tưởng nhận thức sử dụng YHCT trong điều trị. Nếu như quan điểm trước đây người dân sử dụng YHCT với mục đích vừa chữa bệnh vừa nâng cao sức khỏe hoặc sau khi chữa bệnh bằng YHHĐ không khỏi, họ mới tìm đến YHCT thì kết quả chúng tôi nghiên cứu được cho thấy có 39,5% người dân chọn YHCT để chữa bệnh sau khi đã chữa bệnh bằng YHHĐ không khỏi. Qua đánh giá nghiên cứu cho thấy chính sách của Đảng và nhà nước là đúng đắn, định hướng chính sách Quốc gia về YHCT [1] đã chỉ rõ, đồng thời triển khai và phổ biến dịch vụ YHCT tại các cơ sở là phù hợp với mô hình bệnh tật tại cộng đồng.

Về dịch vụ y tế người dân tiếp cận: Sự đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của người dân bằng YHCT có 59,5%, không đáp ứng chỉ có 7,6%. Tuy nhiên vẫn còn 33,0% người dân không biết rõ đáp ứng hay không đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh. Qua đó cho thấy chúng ta cần phải quản lý và tuyên truyền sâu rộng hơn về YHCT để người dân hiểu và biết nên áp dụng tự chữa bệnh trong trường hợp nào để tránh những nguy hại do thiếu hiểu biết gây nên.

V. KẾT LUẬN

- Người dân sử dụng YHCT chiếm 65,6%, ở Hải Châu 1 cao hơn Hòa Tiến (66,7% so với 64,3%) không có ý nghĩa. Trong số người sử dụng YHCT, phương pháp kết hợp cả 2: thuốc YHCT với không dùng thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất 55,8%, và thấp nhất dùng phương pháp đơn lẻ

không dùng thuốc 16,3%. Người dân Phường Hải Châu 1 sử dụng phương pháp đơn thuần dùng thuốc YHCT thấp hơn xã Hòa Tiến (20,5% so với 37,3%), nhưng phương pháp không dùng thuốc lại cao hơn Hòa Tiến (23,1% so với 7,4%).

- Lý do người dân chọn YHCT để chữa bệnh mạn tính chiếm 43,2%; để chữa bệnh kết hợp bồi bổ sức khỏe 46,3%; thấp nhất là để bồi bổ nâng cao sức khỏe 14,7%. Người dân chọn dịch vụ YHCT với lý do có CBYT chuyên môn giỏi chiếm cao nhất 55,8%. Sự đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh của người dân bằng YHCT đạt 59,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thủ tướng Chính phủ** (2003), Quyết định số 2166/2003/QĐ-TTg ngày 30/11/2010 về việc phê duyệt Kế hoạch hành động của Chính phủ về phát triển Y dược học cổ truyền đến năm 2020.
2. **Phạm Vũ Khánh** (2006), "Thực trạng sử dụng YHCT của người dân tỉnh Bắc Ninh năm 2006", Tạp chí YHCT số 546, tr33-38.
3. **Đỗ Thị Phương** (1996), "nghiên cứu hiện trạng sử dụng thuốc YHCT và các tác dụng điều trị của 8 chế phẩm thuốc nam ở một số cộng đồng nông thôn". Luận án phó tiến sĩ y học.
4. **Trần Thúy và cộng sự** (1998), "kết quả nghiên cứu hiện trạng nguồn nhân lực và sử dụng thuốc y học cổ truyền". Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học năm 2002, Bộ y tế - Viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
5. **Trần Thúy** (2002), "tiềm năng đông y Việt Nam". Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học năm 2002, Bộ y tế - Viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, tr2 9-31.
6. **Vụ Y học cổ truyền** (2010), báo cáo tổng kết công tác YDHCT năm 2012.

BIẾN ĐỔI HOẠT ĐỘ ENZYM CHỐNG OXY HÓA Ở NGƯỜI TIẾP XÚC NGHỀ NGHIỆP VỚI TRINITROTOLUENE SAU ĐIỀU TRỊ GIẢI ĐỘC KHÔNG ĐẶC HIỆU

Nguyễn Phúc Thái¹, Nguyễn Kiên Cường¹
Nguyễn Minh Phương², Đỗ Phương Hương²

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên 70 công nhân sản xuất vật liệu nổ, xét nghiệm có TNT trong máu, được lựa chọn từ một số nhà máy, xí nghiệp quốc phòng sản xuất vật liệu nổ công nghiệp. Đối tượng nghiên cứu 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 từ tháng 10/2014 đến tháng 04/2015. Kết quả cho thấy: Nồng độ trung bình TNT trong máu trước điều trị là 0,150 (µg/ml), sau điều trị nồng độ TNT trung bình giảm còn 0,0154 (µg/ml). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nồng độ trung bình enzym SOD trước điều trị là 1210,570 (pg/ml), sau điều trị SOD trung bình giảm xuống còn 1051,925 (pg/ml). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ($p < 0,05$). Nồng độ trung bình của enzym GPx trước điều trị là 1147,679pg/ml. Sau điều trị, hoạt độ enzym GPx tăng lên 1434,408pg/ml ($p < 0,05$). Nồng độ MDA trước điều trị là 1993,735 pg/ml, sau điều trị nồng độ MDA trung bình giảm xuống 1541,547pg/ml ($p < 0,05$).

¹Viện Y học dự phòng Quân đội

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Phương

Email: phuongk21@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 7.8.2017

Ngày duyệt bài: 14.8.2017

Từ khóa: SOD, GPx, MDA, TNT

SUMMARY

ANTIOXIDANT ENZYMES CHANGES IN WORKERS OCCUPATIONAL EXPOSED TO TRINITROTOLUENE AFTER NON-SPECIFIC DETOXIFICATION TREATMENT

The study was conducted on 70 workers in some explosives factories, with the evidence of TNT in their blood TNT. The non-specific detoxification method applied based on the scientific principle of the Hubbard method over a period of 3 weeks. Research method: pre and post - clinical trial. Time for treatment detoxification from Oct. 2014 to Apr 2015. **Results:** The average concentration of TNT were 0.150 and 0.0154 ($\mu\text{g/ml}$) before and after treatment, respectively. The difference was statistically significant with $p < 0.05$. Mean concentration of SOD levels pre-treatment were 1210,570 (pg/ml), an average SOD level reduced to 1051,925 (pg/ml) after the treatment with $p < 0.05$. The mean GPx level before treatment was 1147.679 (pg/ml). After treatment, the GPx enzyme activity increased to 1434.408 (pg/ml) with $p < 0.05$. The pre-treatment MDA level was 1993,735 pg/ml, the mean MDA level decreased to 1541,547 pg/ml after treatment ($p < 0.05$).

Keywords: SOD, GPx, MDA, TNT

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. TNT được chứng minh là gây tổn thương cơ thể thông qua cơ chế sinh gốc tự do và được nhiều tác giả thừa nhận [5]. 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. Nếu quá trình điều trị giải độc không đặc hiệu ở người tiếp xúc nghề nghiệp với TNT có hiệu quả thì sẽ tác động đến các enzym chống gốc tự do của cơ thể.

Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá sự biến đổi hoạt độ một số enzym chống oxi hóa ở 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. 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

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Các đối tượng tham gia nghiên cứu được tiến hành thu dung điều trị giải độc không đặc hiệu tại Trung tâm khử độc tố, Bệnh viện 103 từ tháng 10/2014 đến tháng 04 năm 2015.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

- Phương pháp nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng đánh giá trước sau can thiệp. Đánh giá sự thay đổi TNT và các enzym chống oxi hóa trước và sau điều trị giải độc không đặc hiệu.

- Quá trình giải độc không đặc hiệu theo phương pháp Hubbard gồm các nội dung chính sau đây: Tập luyện thể dục bằng hình thức chạy bộ trong vòng 30 phút trước khi xông hơi, ra mồ hôi cường bức bằng xông hơi trong khoảng 2,5 giờ hàng ngày ngay sau khi thể dục và bổ sung Niacine, muối khoáng các vitamine A, D, C, E, B và dầu thực vật (các acid béo không no). Liệu trình điều trị kéo dài 3 tuần. Trước và sau liệu trình điều trị các đối tượng được lấy máu để xác định nồng độ TNT và các enzym chống oxi hóa trong máu.

- Nồng độ TNT trong máu được xác định bằng phương pháp Sắc ký lỏng hiệu năng cao (HPLC) tại Viện Y học dự phòng Quân đội.

- Nồng độ các enzym chống oxi hóa trong máu bao gồm: SPD, GPx và MDA được xác định bằng phương pháp ELISA với kit xét nghiệm tương ứng (hãng SUNLONG Biotech Co. LTD) tại Bộ môn Sinh lý bệnh – Học viện Quân y.

- **Xử lý số liệu** trên phần mềm SPSS. So sánh trung bình nồng độ của TNT, SOD, GPx và MDA trước và sau điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 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 $\pm$ 6,26 (Min: 25, Max: 56)	

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của công nhân tham gia nghiên cứu là 42,02 $\pm$ 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 nồng độ TNT máu trước và sau điều trị

Bảng 2. Thay đổi nồng độ TNT máu trước và sau điều trị

Nồng độ TNT máu (µg/ml)	Trước điều trị (n = 70)	Sau điều trị (n = 70)
Min – Max	0,035 – 0,51	0,000- 0,160
$\bar{X} \pm SD$	0,150±0,081	0,0154 ± 0,033
P	< 0,05	

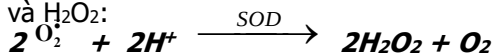
Nhận xét: Nồng độ trung bình TNT trong máu trước điều trị là 0,150 (µg/ml), sau điều trị nồng độ TNT trung bình giảm còn 0,0154 (µg/ml). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nồng độ TNT cao nhất trước điều trị là 0,51(µg/ml) và nồng độ TNT cao nhất sau điều trị là 0,16 (µg/ml).

3.3. Biến đổi hoạt độ enzym SOD trước và sau điều trị

Bảng 3. Thay đổi hoạt độ enzym SOD trước và sau điều trị

Hoạt độ SOD	Trước điều trị (n = 70)	Sau điều trị (n = 70)
Min – Max	201,170 – 4103,586	187,250- 3465,656
$\bar{X} \pm SD$	1210,570± 797,005	1051,925± 743,785
P	< 0,05	

Nhận xét: Nồng độ trung bình enzym SOD trước điều trị là 1210,570 (pg/ml), sau điều trị SOD trung bình giảm xuống còn 1051,925 (pg/ml). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong cơ thể, SOD thực hiện chức năng xúc tác phản ứng chuyển hóa superoxid thành O_2 và H_2O_2 :



Hoạt độ SOD càng cao thì nồng độ của gốc tự do ($O_2^{\cdot -}$) càng giảm đi. Nghiên cứu của Nguyễn Bá Vương (2011) trên 113 công nhân tiếp xúc trực tiếp với TNT và 31 công nhân không tiếp xúc với TNT cho thấy, hoạt độ SOD trung bình ở nhóm công nhân tiếp xúc trực tiếp cao hơn nhóm công nhân ở nhóm chứng không tiếp xúc với TNT, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

($p < 0,05$) [2]. Tương tự, nghiên cứu của Y. Shinkai và CS (2015) trên 37 nam công nhân tiếp xúc nghề nghiệp với TNT tại Trung quốc, tác giả nhận thấy nồng độ SOD ở nhóm công nhân tiếp xúc độc hại cao hơn so với nồng độ SOD ở nhóm không tiếp xúc với TNT ($p < 0,05$) [7].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên sự thay đổi hoạt độ enzym SOD sau điều trị bằng phương pháp Hubbard cho thấy có sự giảm nồng độ SOD sau điều trị so với trước điều trị, điều này phù hợp với thực tế là nồng độ TNT trong cơ thể giảm đi sau điều trị. Có thể do khi nồng độ TNT trong cơ thể giảm đi sẽ làm giảm sự tạo thành của các gốc tự do theo cơ chế sinh gốc tự do của TNT. Nồng độ SOD giảm xuống sau điều trị gián tiếp phản ánh rằng có sự giảm nồng độ gốc tự do ($O_2^{\cdot -}$) sau điều trị.

3.4. Thay đổi hoạt độ enzym GPx

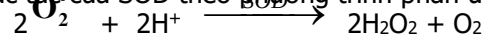
Bảng 4. Thay đổi hoạt độ enzym GPx trước và sau điều trị

Hoạt độ GPx(pg/ml)	Trước điều trị (n = 70)	Sau điều trị (n = 70)
Min – Max	80,772 – 4596,186	313,640 – 4859,534
$\bar{X} \pm SD$	1147,679 ± 1098,417	1434,408 ± 1260,405
P	< 0,05	

Nhận xét: Nồng độ trung bình của enzym GPx trước điều trị là 1147,679pg/ml. Sau điều trị, hoạt độ enzym GPx tăng lên 1434,408pg/ml. Sự khác biệt nồng độ GPx trung bình sau điều trị với GPx trước điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

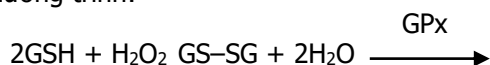
GPx xúc tác cho phản ứng $2GSH + H_2O_2 \rightarrow GS-SG + 2H_2O$. Dưới tác dụng của GPx sẽ thúc đẩy GSH (Glutathion) dọn dẹp các gốc tự do. GPx và GSH hoạt động song hành để làm mất tác dụng của các gốc tự do bên trong tế bào. Khi hàm lượng GPx suy giảm thì tốc độ phản ứng sẽ xảy ra chậm, hậu quả là tế bào có thể bị tổn thương do sự tấn công của gốc tự do.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sau điều trị giải độc không đặc hiệu, hoạt độ enzym GPx tăng lên đáng kể. Sự thay đổi hoạt độ GPx sau điều trị có thể liên quan tới quá trình luyện tập trong chương trình khử độc của Hubbard. Mặt khác, do sự giảm nồng độ TNT trong cơ thể, dẫn đến giảm sự hình thành các gốc tự do ($O_2^{\cdot -}$) (theo cơ chế sinh gốc tự do của TNT) dẫn tới giảm tạo thành H_2O_2 dưới tác dụng xúc tác của SOD theo phương trình phản ứng:



Khi nồng độ H_2O_2 giảm đi, có lẽ sẽ dẫn tới tăng nồng độ GPx do GPx ít bị tiêu thụ vào quá

trình xúc tác cho phản ứng chuyển H_2O_2 theo phương trình:



Bên cạnh đó, sự thay đổi nồng độ GPx sau luyện tập thể thao cũng được nhiều tác giả ghi nhận. Nghiên cứu của C. Berzosa và Cs (2011) trên 34 người tình nguyện khỏe mạnh tham gia luyện tập thể dục với các mức cường độ khác nhau, sau luyện tập cho thấy hoạt độ GPx và GR đều tăng lên so với trước khi luyện tập. Tác giả cũng đi đến kết luận rằng tập luyện thể dục đóng vai trò quan trọng vì làm tăng khả năng chống oxi hóa của cơ thể chống lại tình trạng stress oxi hóa [3].

3.5. Thay đổi nồng độ MDA

Bảng 5. Thay đổi nồng độ MDA trước và sau điều trị

Nồng độ MDA(pg/ml)	Trước điều trị (n = 70)	Sau điều trị (n = 70)
Min – Max	808,610 – 5820,086	499,708 – 5966,860
$\bar{X} \pm SD$	1993,735 $\pm$ 1173,423	1541,547 $\pm$ 948,355
P	< 0, 05	

Nhận xét: Nồng độ MDA trước điều trị là 1993,735pg/ml, sau điều trị nồng độ MDA trung bình giảm xuống 1541,547 pg/ml. Nồng độ MDA sau điều trị thay đổi theo chiều hướng giảm so với trước điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

MDA được coi là sản phẩm cuối cùng của quá trình peroxi hóa Lipid của các acid béo không bão hòa. Quá trình peroxihóa Lipid xảy ra khi các gốc tự do tấn công vào tổ chức lipid trong cơ thể. Sự giảm nồng độ MDA sau điều trị phản ánh rằng, quá trình tấn công của gốc tự do đối với tổ chức lipid đã giảm đi đáng kể, điều này xảy ra có thể do hiệu quả của phương pháp Hubbard làm giảm nồng độ TNT sau điều trị, dẫn tới sự giảm tạo thành các gốc tự do theo cơ chế sinh gốc tự do của TNT.

Quá trình luyện tập và vận động được nghiên cứu về khả năng chống oxi hóa sau quá trình luyện tập đã được chứng minh. Theo Berzosa và Cs (2011), tập luyện thể dục làm tăng khả năng chống oxi hóa của cơ thể chống lại tình trạng stress oxi hóa [3]. Mặt khác, điều trị theo phương pháp Hubbard cung cấp cho cơ thể rất nhiều các chất có khả năng chống gốc tự do không có bản chất enzym, đó chính là Niacin và các vitamin như A, C, D, E, trong đó vai trò chống gốc tự do của các Vitamin A,D, C, E là rõ ràng và được biết đến từ lâu. Hơn nữa, Niacin có

tác dụng chống gốc tự do và chống lại tình trạng stress oxi hóa đã được nhiều tác giả ghi nhận [4]. Tác dụng chống oxi hóa của Vitamin E cũng được các tác giả khác ghi nhận [6].

Theo chúng tôi tác dụng của phương pháp điều trị Hubbard bằng liệu pháp xông hơi, vận động, sử dụng Vitamin có tác dụng làm giảm gốc tự do là rất rõ ràng, có cơ sở khoa học. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên sự biến đổi của các enzym chống oxi hóa cũng như sự biến đổi của nồng độ MDA trước và sau điều trị giải độc không đặc hiệu là minh chứng rõ ràng, cho thấy gián tiếp rằng nồng độ gốc tự do trong cơ thể được giảm đi sau quá trình điều trị, điều này phù hợp với việc giảm nồng độ TNT sau điều trị giải độc.

IV. KẾT LUẬN

Nồng độ trung bình TNT trong máu trước điều trị là 0,150 μ g/ml, sau điều trị nồng độ TNT trung bình giảm còn 0,0154 μ g/ml ($p < 0,05$).

Nồng độ trung bình enzym SOD trước điều trị là 1210,570pg/ml, sau điều trị SOD trung bình giảm xuống còn 1051,925pg/ml ($p < 0,05$).

Nồng độ trung bình của enzym GPx trước điều trị là 1147,679pg/ml. Sau điều trị, hoạt độ enzym GPx tăng lên 1434,408pg/ml ($p < 0,05$).

Nồng độ MDA trước điều trị là 1993,735pg/ml, sau điều trị nồng độ MDA trung bình giảm xuống 1541,547pg/ml ($p < 0,05$)

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 Bá Vương** (2011), "Nghiên cứu sự thay đổi hoạt độ một số enzym chống oxy hóa ở công nhân tiếp xúc nghề nghiệp với trinitrotoluen và động vật thực nghiệm-Tác dụng của Belaf", *Luận án Tiến sĩ Y học*.
3. **Berzosa C., Cebrian I., Fuentes-Broto L. et al.** (2011), "Acute exercise increases plasma total antioxidant status and antioxidant enzyme activities in untrained men", *J Biomed Biotechnol*, 2011, pp. 540458.
4. **Hamoud S., Kaplan M., Meilin E. et al.** (2013), "Niacin administration significantly reduces oxidative stress in patients with hypercholesterolemia and low levels of high-density lipoprotein cholesterol", *Am J Med Sci*, 345(3), pp. 195-9.
5. **Kumagai Y., Wakayama T., Lib S. et al.** (2000), "Zeta-crystallin catalyzes the reductive activation of 2,4,6-trinitrotoluene to generate reactive oxygen species: a proposed mechanism for the induction of cataracts", *FEBS Lett*, 478(3), pp. 295-8.
6. **Peh H. Y., Tan W. S., Liao W. et al.** (2016), "Vitamin E therapy beyond cancer: Tocopherol versus tocotrienol", *Pharmacol Ther*, 162, pp. 152-69.
7. **Yasuhiro Shinkai1 S. L., Tomohiro Kikuchi, Nobuhiro Shimojo, Yoshito Kumagai** (2015), "Health survey of workers in a 2,4,6-trinitrotoluene

explosives factory in Fuxin, China", *Fundamental Toxicological Sciences*, 2(4), pp. 171-175.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA CHỨA TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

Vũ Văn Tâm¹, Đỗ Quang Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của chứa trứng tại BVPSHP. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 244 trường hợp chứa trứng chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng trong thời gian từ 1/1/2011 đến 31/12/2014 được đưa vào nghiên cứu. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng: Tỷ lệ chứa trứng là 3/1000 ca đẻ; CTPP chiếm 52,05%, CTBP chiếm 47,95%; tuổi trung bình của bệnh nhân là 30,09 ± 10,41 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 16 tuổi, lớn nhất là 55 tuổi. Số trường hợp chứa trứng có tuổi trên 40 chiếm 30,7%. Tuổi thai trung bình là 7,92 ± 3,17 tuần, tuổi thai ≤ 10 tuần chiếm 77,5%. Tỷ lệ ra máu âm đạo là 49,6%, trong đó số trường hợp có thời gian từ khi ra máu đến khi điều trị < 1 tuần chiếm 62,8%. Đặc điểm cận lâm sàng: Siêu âm chẩn đoán đúng chứa trứng với tỷ lệ 98,8%. Số bệnh nhân có nồng độ βhCG từ 100.000-500.000 chiếm tỷ lệ 52,7%. **Kết luận:** Với sự phát triển rộng rãi của siêu âm có độ phân giải cao, các trường hợp chứa trứng thường được chẩn đoán sớm ở quý 1 của thai kỳ trước khi bệnh nhân có các triệu chứng lâm sàng điển hình của bệnh.

Từ khóa: Chứa trứng, chứa trứng toàn phần, chứa trứng bán phần, nồng độ βhCG.

SUMMARY

CLINICAL AND SUB-CLINICAL FEATURES OF MOLAR PREGNANCY IN HAIPHONG HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: To describe clinical and sub-clinical features of molar pregnancy in Haiphong Hospital of Obstetrics and Gynecology in 4 years (1/2011-12/2014). **Methods:** A prospective descriptive study of 244 cases with molar pregnancy treated in Haiphong Hospital of Obstetrics and Gynecology from 1/1/2011 to 31/12/2014. **Results:** Clinical features: The frequency of hydatidiform mole was 3 per 1000 delivery cases. Complete moles accounted for 52.05%, partial moles accounted for 47.95%. Mean age of patients was 30.09 ± 10.41 years, the youngest age was 16, the oldest age was 55. The number of hydatidiform mole patient with age over 40 accounted for 30.7%. Mean gestational age was 7.92 ± 3.17 weeks, cases with gestational age ≤ 10 weeks accounted for 77.5%. Rate of vaginal bleeding was 49.6%; among these patients presented with vaginal bleeding, cases with bleeding time < 1 week

accounted for 62.8%. *Sub-clinical features:* 98.8% was diagnosed correctly by ultrasound. Rate of patients with βhCG level from 100.000 to 500.000 mIU/ml was 52.7%. **Conclusion:** Most of molar pregnant patients were diagnosed in the first trimester before the onset of the typical signs and symptoms due to the advent of high-resolution ultrasonography.

Keywords: Molar pregnancy, complete mole, partial mole, β-hCG level.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nguyên bào nuôi liên quan đến thai nghén là một dạng bệnh lý đặc biệt với tập hợp nhiều dạng tổn thương, từ dạng lành tính như chứa trứng (CT) đến dạng có xu hướng ác tính như chứa trứng xâm lấn, u nguyên bào nuôi vị trí rau bám và dạng ác tính thực sự là ung thư nguyên bào nuôi. Bệnh nguyên bào nuôi ảnh hưởng rất lớn đến phụ nữ ở tuổi sinh sản, ở thời điểm mà họ đang có ảnh hưởng nhất đến gia đình và xã hội. Ở các nước Đông Nam Á có tỷ lệ bệnh cao dao động từ 1/500 đến 1/120. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ này là 1/456 (tương đương 2,1/1000 thai nghén) [1, 2].

Nước ta nằm trong vùng dịch tễ có tần suất bệnh nguyên bào nuôi (NBN) cao, diễn biến khó đoán trước, việc chẩn đoán, điều trị và theo dõi tiến triển của bệnh cần chính xác, kịp thời. Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng (BVPSHP) là bệnh viện chịu trách nhiệm điều trị các bệnh lý khó trong chuyên khoa Phụ sản, trong đó có chứa trứng. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào về chứa trứng tại cơ sở này. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của chứa trứng tại BVPSHP.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân chứa trứng được nạo hút thai trứng hay mổ cắt tử cung vì chứa trứng tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng từ 01/01/2011 đến 31/12/2014.

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:

- Tất cả các bệnh nhân chứa trứng đã nạo hút thai trứng hay mổ cắt tử cung do chứa trứng tại BVPSHP trong các năm 2011-2014.
- Kết quả chẩn đoán giải phẫu bệnh là chứa trứng toàn phần (CTTP), chứa trứng bán phần (CTBP) và một số trường hợp có kèm theo là chứa trứng xâm lấn (CTXL), ung thư nguyên bào

¹Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Quang Anh

Email: dqanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2017

Ngày duyệt bài: 30.8.2017

nuôi (UTNBN), u nguyên bào nuôi vị trí rau bám (UNBNVRB).

- Hồ sơ bệnh án có đầy đủ các thông tin cần thu thập dựa theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các bệnh nhân được chẩn đoán là chữa trứng nhưng sau nạo hay sau mổ cắt tử cung có kết quả giải phẫu bệnh không phải là CTTP hay CTBP.
- Các bệnh nhân chữa trứng không được theo dõi và điều trị tại BVPSHP trong thời gian quy định.
- Hồ sơ bệnh án không đủ các thông tin.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tuổi thai khi bệnh nhân vào viện điều trị

Tuổi thai (tuần)	Loại CT				Tổng	
	CTTP		CTBP			
	N	%	n	%	n	%
≤ 10	72	66,7	100	87,7	173	77,5
11-15	31	28,7	11	9,6	42	18,9
> 15	5	4,6	3	2,6	8	3,6
Tổng	108	48,6	114	51,4	222	100
P	p=0,001					

Nhận xét: Có 22 trường hợp không nhớ ngày KCC nên không tính được tuổi thai lúc vào viện. Các trường hợp này không được tính đến. Đa số các bệnh nhân có tuổi thai lúc nhập viện ≤ 10 tuần, chiếm 77,5 %.

Bảng 3.2. Tuổi thai trung bình

Tuổi thai trung bình (tuần)	Loại chữa trứng		Tổng số (n=244)
	CTTP (n=127)	CTBP (n=117)	
(X± SD)	8,66 ± 3,47 Min=4,max=20	7,22 ± 2,68 Min=4,max=16	7,92 ± 3,17 Min=4,max=20
p	p=0,001		

Nhận xét: Tuổi thai trung bình của các bệnh nhân CT là 7,92 ± 3,17 tuần. Tuổi thai trung bình ở nhóm CTTP là 8,66 ± 3,47, cao hơn so với tuổi thai trung bình ở nhóm CTBP là 7,22 ± 2,68 tuần (p < 0,05). Tuổi thai lớn nhất là 20 tuần, nhỏ nhất là 4 tuần.

Bảng 3.3. Tính chất ra máu âm đạo trước khi loại bỏ thai trứng

Ra máu âm đạo		Loại chữa trứng				Tổng (n=244)	
		CTTP (n=127)		CTBP (n=117)			
		n	%	n	%	n	%
Ra máu	Có	74	58,3	47	40,2	121	49,6
	Không	53	41,7	70	59,8	123	50,4
	p=0,005						
Thời gian ra máu đến khi điều trị	< 1 tuần	41	55,4	35	74,4	76	62,8
	1-2 tuần	9	12,2	6	12,8	15	12,4
	> 2 tuần	24	32,4	6	12,8	30	24,8
	p=0,046						

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân ra máu âm đạo chiếm 49,6 % số trường hợp. Tỷ lệ ra máu âm đạo ở nhóm CTTP (58,3%) cao hơn so với nhóm CTBP (40,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Tính đến khi loại bỏ thai trứng, thời gian ra máu âm đạo < 1 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất (62,8%).

3.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.4. Chẩn đoán siêu âm trước khi loại bỏ thai trứng

Chẩn đoán	Loại chữa trứng		Tổng n (%)
	CTTP n (%)	CTBP n (%)	
Thai trứng	124 (98,4)	115 (99,1)	239 (98,8)
Thai lưu	1 (0,8)	1 (0,9)	2 (0,8)
U xơ tử cung	1 (0,8)	0	1 (0,4)
Tổng	126 (52,1)	116 (47,9)	242 (100)

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca bệnh

Chọn mẫu nghiên cứu: Chúng tôi dùng phương pháp lấy mẫu thuận tiện, chọn tất cả các trường hợp được chẩn đoán chữa trứng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Có 244 trường hợp chữa trứng được điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng trong thời gian từ 1/1/2011 đến 31/12/2014 được đưa vào nghiên cứu.

Nhận xét: Qua siêu âm có 98,8% số trường hợp được phát hiện là thai trứng, có 2 trường hợp được chẩn đoán là thai lưu chiếm 0,8%, 1 trường hợp chẩn đoán u xơ tử cung chiếm 0,4%.

Bảng 3.5. Nồng độ β hCG trước khi bỏ thai trứng

βhCG (mIU/ml)	Loại chữa trứng				Tổng	
	CTTP		CTBP			
	n	%	n	%	n	%
< 100.000	23	18,4	52	44,8	75	31,1
100.000 - 500.000	71	56,8	56	48,3	127	52,7
500.000 - 1000.000	22	17,6	5	4,3	27	11,2
1.000.000 - 1.500.000	8	6,4	2	1,7	10	4,1
1.500.000 - 2.000.000	1	0,8	1	0,9	2	0,8
Tổng	125	100	116	100	241	100

Nhận xét: Trên 241 bệnh nhân CT có xét nghiệm β hCG trước khi loại bỏ thai trứng. Số trường hợp có β hCG từ 100.000-500.000 mIU/ml chiếm tỉ lệ cao nhất 52,7%. Các trường hợp có nồng độ β hCG < 100.000mIU/ml chiếm 18,4% ở nhóm CTTP và 44,8% ở nhóm CTBP. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

4.1.1. Tuổi thai của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: Tuổi thai được tính kể từ ngày đầu kì kinh cuối cho đến khi loại bỏ thai trứng. Trong nghiên cứu: do có một số bệnh nhân không nhớ ngày kinh cuối cùng (22/244) nên sẽ không được tính đến khi tính tuổi thai trung bình lúc nhập viện. Những bệnh nhân này hầu hết thuộc nhóm tuổi cao, quanh tiền mãn kinh, do đó kinh nguyệt rối loạn nên bệnh nhân khó nhận biết được sự thay đổi bất thường để đi khám.

Tuổi thai trung bình khi loại bỏ thai trứng của các bệnh nhân CT là $7,92 \pm 3,17$ tuần. Tuổi thai trung bình ở nhóm CTTP và CTBP lần lượt là $8,66 \pm 3,47$ tuần và $7,22 \pm 2,68$ tuần. Tuổi thai nhỏ nhất được chẩn đoán CT là 4 tuần (15,8%), lớn nhất là 20 tuần (có 2 bệnh nhân, chiếm 0,9%). Đa số bệnh nhân vào viện khi tuổi thai < 10 tuần, chiếm tỉ lệ cao nhất (77,5%). So với kết quả của tác giả khác nghiên cứu ở thời gian trước đó như Tô Thiên Lý (2003-2006), có tuổi thai trung bình lúc vào viện là $14,4 \pm 4,1$ tuần [3]. Như vậy tuổi thai trung bình khi loại bỏ thai trứng của các bệnh nhân CT nói chung, hay CTTP và CTBP của chúng tôi đều thấp hơn so với các nghiên cứu trên. Tuổi thai được chẩn đoán sớm hơn có lẽ do điều kiện kinh tế xã hội được cải thiện, nhận thức của bệnh nhân cũng tăng lên, chú ý đến sức khỏe, đi khám sớm từ khi có các dấu hiệu bất thường như đau bụng, nôn nghén nhiều, ra máu âm đạo, kết hợp với các phương tiện chẩn đoán như siêu âm, định lượng β hCG được sử dụng rộng rãi hơn trước.

Tuổi thai trung bình của nhóm bệnh nhân CTTP là $8,66 \pm 3,47$ tuần cao hơn có ý nghĩa so với nhóm CTBP là $7,22 \pm 2,68$ tuần, ($p < 0,05$).

Theo cơ chế bệnh sinh, CTTP hay gặp ở phụ nữ lớn tuổi, tuổi gần mãn kinh, hay có rối loạn kinh nguyệt, khiến bệnh nhân đi khám và phát hiện bệnh khi tuổi thai đã lớn.

4.1.2. Tính chất ra máu âm đạo: Ra máu âm đạo trong 3 tháng đầu thời kì thai nghén là triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân CT, chiếm tỉ lệ 89 - 97% [5],[6]. Nghiên cứu thấy tỉ lệ bệnh nhân ra máu âm đạo chiếm 49,6%. Trong đó nhóm CTTP chiếm tỉ lệ 58,3% cao hơn có ý nghĩa so với nhóm CTBP (40,2%) ($p < 0,05$). Tỉ lệ bệnh nhân chữa trứng ra máu âm đạo trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các kết quả nghiên cứu của Nguyễn Quốc Tuấn (84,2%) [7]. Điều này là phù hợp với đặc điểm tuổi thai trong nghiên cứu của chúng tôi. Bệnh nhân đi khám khi mới chậm kinh, nôn nghén, chưa có biểu hiện ra máu âm đạo, được siêu âm, định lượng β hCG nên được chẩn đoán bệnh sớm.

Phần lớn các bệnh nhân đến viện điều trị khi ra máu âm đạo < 1 tuần (62,8%). Bên cạnh đó, có sự khác biệt về thời gian ra máu giữa 2 nhóm CT: tỷ lệ ra máu âm đạo > 2 tuần chiếm 32,4% ở nhóm CTTP, so với 12,8% ở nhóm CTBP ($p < 0,05$). Sự khác biệt này là do CTTP gặp nhiều hơn ở nhóm tuổi cao, thường đi khám muộn hơn mặc dù đã có ra máu âm đạo.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

4.2.1. Siêu âm với chẩn đoán chữa trứng: Hiện nay siêu âm là một phương pháp có độ nhạy và chính xác cao để chẩn đoán chữa trứng. Siêu âm có thể chẩn đoán chính xác gần 100% các hình thái chữa trứng, nhất là đối với CTTP. Ngoài việc xác định chữa trứng, siêu âm còn cho phép xác định nang hoàng tuyến [6], [11]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ chẩn

đoán đúng chứa trứng trên siêu âm là 98,8% (CTTP: 98,4% và CTBP: 99,1%).

Có 3 trường hợp không được chẩn đoán đúng trên siêu âm: 2 trường hợp được chẩn đoán là thai lưu (1 là CTTP và 1 là CTBP) và 1 trường hợp được chẩn đoán là u xơ TC (CTTP). Tuy tỉ lệ chẩn đoán nhầm rất ít nhưng cũng cần lưu ý, khi chẩn đoán nên kết hợp lâm sàng và xét nghiệm β hCG, GPB nhất là những bệnh nhân đã lớn tuổi, để có các bệnh lý phụ khoa đi kèm như u xơ tử cung, u nang buồng trứng. Các trường hợp thai lưu ở tuổi thai nhỏ sau khi nạo buồng tử cung thì bệnh phẩm cần được làm GPB một cách thường quy để tránh bỏ sót CTBP. Ba trường hợp trên của chúng tôi đã được chẩn đoán chứa trứng nhờ kết quả GPB.

4.2.2. Đặc điểm nồng độ β hCG: β hCG là một glucoprotein với ít nhất 11 vị trí gắn kháng thể khác nhau, là chất đánh dấu có thai, hay tăng cao trong chứa trứng và dùng để theo dõi phát hiện biến chứng UNBN sau khi điều trị thai trứng. Định lượng β hCG cho phép khẳng định chẩn đoán trong trường hợp siêu âm không rõ ràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 241/244 trường hợp làm xét nghiệm định lượng β hCG trước bỏ thai trứng. Đa số bệnh nhân có nồng độ β hCG từ 100.000-500.000mIU/mL (52,7%). Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như kết quả của Tô Thiên Lý, với số bệnh nhân có nồng độ β hCG từ 100.000-500.000mIU/mL chiếm tỷ lệ cao nhất là 59,9%.

Nghiên cứu của chúng tôi thấy: Tỉ lệ bệnh nhân có nồng độ β hCG từ 100.000-500.000

mIU/mL ở nhóm CTTP là 56,8% cao hơn nhóm CTBP (48,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự kết quả của Tô Thiên Lý: Tỉ lệ bệnh nhân có β hCG từ 100.000-500.000mIU/mL ở nhóm CTTP (68,3%) cao hơn so với nhóm CTBP (49,2%).

V. KẾT LUẬN

Với sự phát triển rộng rãi của siêu âm có độ phân giải cao, các trường hợp chứa trứng thường được chẩn đoán sớm ở quý 1 của thai kỳ trước khi bệnh nhân có các triệu chứng lâm sàng điển hình của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Sản Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (1996)**, "Thai trứng", Sản phụ khoa, tập II, Nhà xuất bản TP. Hồ Chí Minh.
2. **Nguyễn Cận (1986)**, "Điều tra bệnh chứa trứng ở Việt nam", *Thông tin sản phụ khoa*, số 1, 1986.
3. **Tô Thiên Lý (2006)**, "Nhận xét tình hình điều trị chứa trứng tại Bệnh Viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01-2003 đến tháng 6-2006", Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II.
4. **Trần Thị Phương Mai (2004)**, *Bệnh nguyên bào nuôi do thai nghén*, Nhà xuất bản Y học.
5. **Hammond C. B., Evans A. C. (1997)**, "Gestational trophoblastic disease", *Curr. Ther. Endocrinol. Metab.* 6, pp. 603-606.
6. **Grimes, David A (1984)**, "Epidemiology of gestational trophoblastic disease", *American journal of obstetrics and gynecology* pp. 309-318..
7. **Nguyễn Quốc Tuấn (2003)**, "Nghiên cứu về một số đặc điểm thường gặp trên bệnh nhân chứa trứng và các yếu tố liên quan đến biến chứng", Luận án Tiến sĩ Y học.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN I-III TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Mai Thị Kim Ngân, Lê Văn Quảng, Nguyễn Xuân Hậu, Phan Thanh Dương, Nguyễn Văn Hùng, Trương Văn Hợp(*)

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp điều trị ung thư vú giai đoạn I-III tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu một chùm bệnh gồm 140 bệnh nhân UTV giai đoạn I-III, được chẩn đoán và điều trị từ 2009 đến 2014 tại bệnh

viện Đại học Y Hà Nội. Kết quả: Tuổi trung bình là $51,7 \pm 10,9$; cao nhất là 85, thấp nhất là 27 tuổi; 90,7% bệnh nhân vào viện vì tự sờ thấy khối u ở vú; Về đặc điểm của u trên lâm sàng: 52,1% trường hợp là UTV bên trái; 55,4% u nằm ở $\frac{1}{4}$ trên ngoài; Tỉ lệ siêu âm và X-quang tuyến vú nghi ngờ lần lượt là 87,8% và 86,4%; tỉ lệ dương tính của tế bào học và sinh thiết kim là 87,1% và 97,6%; Tỉ lệ các giai đoạn I, II, III lần lượt là 9,3%; 52,1% và 38,6%; UTBM ống xâm nhập chiếm 73,6%; Có 6 BN được PT bảo tồn tuyến vú và 3 bệnh nhân được tạo hình bằng cơ lưng rộng.

Từ khóa: ung thư vú, giai đoạn I-III, lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị, Bệnh viện.

SUMMARY

**Trường Đại học Y Hà Nội*

Chịu trách nhiệm chính: Mai Thị Kim Ngân

Email: maithikimngan91@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2017

Ngày duyệt bài: 30.8.2017

CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES AND THE MEASURES OF TREATMENT FOR PATIENTS WITH BREAST CANCER STAGED I-III AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objects: Remarking some clinical and subclinical features and treatment breast cancer staged I-III at HaNoi medical university hospital. **Method:** Retrospective disease cluster descriptive study on 140 patients with breast cancer staged I-III diagnosed and treated at HaNoi medical university hospital from 2009 to 2014. **Results:** Median age was $51,7 \pm 10,9$; the oldest age was 85, the youngest age was 27; 90,7% patients were hospitalized because of touching themselves breast tumors; Clinical features of tumors: 52,1% patients had left breast cancer, 55,4% tumors presented in the superior lateral quadrant; The rate of suspecting results on ultrasound and mammography was 87,8 and 86,4%, correspondingly; The positive results of FNA and needle biopsy were 87,1% and 97,6%. The rate of stage I, II, III was 9,3%; 52,1% and 38,6%, respectively; Invasive ductal carcinoma accounted for 73,6%; There were 6 patients were operated conserving surgery and 3 patients were reconstructed.

Keywords: breast cancer, stage I-III, clinical and subclinical features, the measures of treatment, Ha Noi medical university hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là bệnh ung thư phổ biến nhất ở nữ giới cả ở các nước phát triển cũng như chưa phát triển. Bệnh cũng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở nữ giới thuộc các nước kém phát triển và đứng thứ hai ở các nước phát triển sau ung thư phổi. Theo GLOBOCAN 2012, ước lượng năm 2012 có 1,67 triệu ca ung thư vú mới mắc ở nữ và 522.000 ca tử vong [1]. Mặc dù công tác sàng lọc và chẩn đoán sớm ngày càng được quan tâm tuy nhiên vẫn còn bệnh nhân đến viện khi bệnh đã ở giai đoạn muộn do triệu chứng lâm sàng nghèo nàn. Về điều trị, phẫu thuật vẫn đóng vai trò chính, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân giai đoạn I-III. Hóa chất ngoài tác dụng hỗ trợ còn có vai trò tấn công, điều trị triệu chứng, xạ trị làm giảm tỉ lệ tái phát tại chỗ, tại vùng. Bên cạnh đó, điều trị nội tiết và điều trị miễn dịch cũng là các điều trị cơ bản, mang lại nhiều kết quả tốt. Khoa Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ Bệnh viện Đại học Y Hà Nội được thành lập từ 2009, đến nay cơ sở đã tiếp điều trị một số lượng lớn bệnh nhân ung thư vú tuy nhiên chưa có một nghiên cứu nào được thực hiện để có cái nhìn toàn cảnh về bệnh UTV. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp điều trị ung thư vú giai đoạn I-III điều trị tại đây.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 140 BN UTV giai đoạn I-III được chẩn đoán và điều trị từ 2009 đến 2014 tại khoa Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ, bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN nữ, được chẩn đoán xác định UTBM tuyến vú bằng mô bệnh học, xếp giai đoạn I-III.
- Có hồ sơ bệnh án ghi chép thông tin đầy đủ.

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ

- BN có các bệnh ung thư khác, bệnh mạn tính hoặc cấp tính có nguy cơ tử vong trong thời gian ngắn.
- BN bỏ điều trị không vì lý do chuyên môn.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu một chùm bệnh.

- Các bước tiến hành: Thu thập các thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu, gồm:

- + Hành chính: họ tên, tuổi, địa chỉ.

- + Các triệu chứng lâm sàng.

- + Các triệu chứng cận lâm sàng: ghi nhận qua thông tin của chẩn đoán hình ảnh và kết quả xét nghiệm, giải phẫu bệnh – tế bào: dương tính, nghi ngờ, âm tính.

- + Chỉ số CA-153 trước điều trị

- + Thông tin sau mổ: Hạch di căn, mô bệnh học, hoá mô miễn dịch.

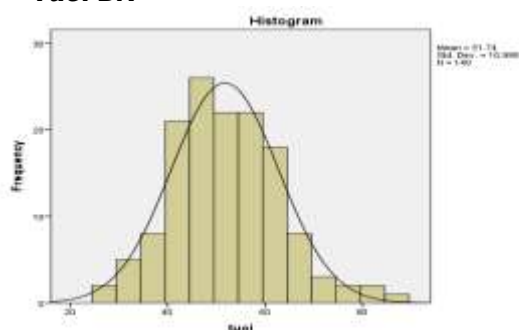
- + Thông tin điều trị: phẫu thuật, hoá chất

- Các số liệu thu thập được mã hóa trên máy vi tính và được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến số được trình bày theo tần suất, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch, so sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ bằng test χ^2 , các trường hợp có tần số nhỏ hơn 5 sử dụng test Fisher's Exact test.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1 Đặc điểm lâm sàng

Tuổi BN



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh theo tuổi

Tỉ lệ UTV khá thấp ở phụ nữ dưới 40 tuổi, tuy nhiên bắt tỉ lệ tăng này tăng lên theo tuổi của phụ nữ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là $51,7 \pm 10,9$, trong đó BN cao tuổi nhất được chẩn đoán là 85 và thấp nhất là 27. Hơn 80% BN có độ tuổi từ 40 đến 65 tuổi. Vì vậy, hầu hết các nước đều khuyến cáo sàng lọc UTV cho phụ nữ sau 40 tuổi. Với các BN đã được chẩn đoán UTV, tuổi cũng là một trong các yếu tố tiên lượng độc lập, các phụ nữ dưới 35 tuổi có OS và DFS thấp hơn nhóm còn lại [2].

Lí do vào viện, triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.1: Lý do vào viện

Lí do vào viện	Số BN	Tỉ lệ%
Khám sức khỏe	1	0,7
Sờ thấy khối ở vú	127	90,7
Sờ thấy hạch nách	1	0,7
Đau vú	6	4,3
Chảy dịch núm vú	4	2,9
Khác	3	2,1
Tổng BN	140	100

Ở các nước có chương trình sàng lọc tốt, BN được chẩn đoán chủ yếu dựa trên các bất thường trên X-quang tuyến vú tuy nhiên vẫn có 15% BN không có các dấu hiệu bất thường trên phim chụp [3]. Hơn nữa, các BN dưới 40 tuổi thường không tham gia các chương trình sàng lọc thường xuyên, các BN này thường tự sờ thấy khối ở vú, có hay không có sự thay đổi của da. Đặc điểm cổ điển của tổn thương UTV là khối chắc, không di động, bờ không đều và chủ yếu là đơn ổ. Tuy nhiên, những đặc điểm này không đủ độ tin cậy để phân biệt u lành với u ác. Biểu hiện của bệnh tiến triển tại chỗ tại vùng bao gồm các dấu hiệu như sờ thấy hạch nách hay các dấu hiệu thay đổi của da: phù, dày da, sần da cam. Tại Việt Nam, chương trình sàng lọc UTV chưa được triển khai rộng rãi và các triệu chứng thường nghèo nàn vì vậy hầu hết BN đến viện vì tự sờ thấy u ở vú. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hơn 90% BN đến viện vì tự sờ thấy u ở vú. Bên cạnh đó, một số BN còn có các biểu hiện như đau vùng vú, thay đổi da trên vú, chảy dịch núm vú, tụt núm vú,...

Bảng 3.2: Đặc điểm lâm sàng của khối u vú

Các tính chất			Số BN	Tỉ lệ %	P
Vú có u		Phải	67	47,9	0,61
		Trái	73	52,1	
Vị trí u	1 u	Trung tâm	15	11,5	0,00
		¼ trên ngoài	72	55,4	
		¼ dưới ngoài	14	10,8	
		¼ trên trong	22	16,9	
		¼ dưới trong	7	5,4	
		Tổng	130	92,9	
	Nhiều u	Cùng 1/4	6	60	
Khác 1/4		4	40		
		Tổng	10	7,1	
Đường kính lớn nhất (cm)		≤1	5	3,6	0,00
		>1 và ≤2	31	22,1	
		>2 và ≤5	93	66,4	
		≥5	11	7,9	
Tổng BN			140		

Về triệu chứng thực thể, chúng tôi nghiên cứu thấy tỉ lệ u vú (T) cao hơn u vú (P), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê; tỉ lệ đơn ổ chiếm 92,9% và nhiều nhất là ¼ trên ngoài chiếm 55,4%; các khối UT chủ yếu là các khối chắc (97,1%), ranh giới không rõ (96,2%) và các kích thước u phần lớn từ 2-5cm (66,4%).

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Chẩn đoán hình ảnh

Bảng 3.3: Đặc điểm u trên CĐHA

Siêu âm	Số BN	Tỉ lệ %	Tổng
BIRADs	4a	16	18,0
	4b	19	21,3

	4c	14	15,7	89
	5	30	33,8	
	Khác	10	12,2	
	Tổng	89		
	X-quang	Số BN	Tỉ lệ %	Tổng BN
BIRADs	4a	9	20,5	45
	4b	10	22,7	
	4c	10	22,7	
	5	9	20,5	
	Khác	6	13,6	
	Tổng	44		

Dấu hiệu cổ điển của UTV trên X-quang tuyến vú là sự có mặt của một khối mô mềm

hoặc hình ảnh tăng đậm độ và vi vôi hoá lan toả. Đặc điểm đặc hiệu nhất của UTV là một khối mô mềm bờ tua gai, tỉ lệ gần 90% biểu hiện của UTV xâm nhập. Siêu âm chủ yếu để phân biệt khối dạng đặc hay nang tuy nhiên phương pháp này góp phần phân biệt u lành với u ác. Đặc điểm ác tính trên siêu âm gồm: khối giảm âm, bờ tua gai, góc cạnh tổn thương chiều cao lớn hơn chiều rộng, có calci hoá bên trong, Phân loại BIRADs là đánh giá chủ quan của các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh dùng để ước lượng tỉ lệ nguy cơ ung thư của BN trên X-quang và siêu âm tuyến vú, giá trị BIRADs nghi ngờ là 4a, 4b, 4c và 5 với khả năng ung thư tăng dần. MRI thường được sử dụng để sàng lọc ở các phụ nữ nguy cơ cao. Mặc dù gần như tất cả các UTV xâm nhập đều tăng hấp thu Gadolinium nhưng dấu hiệu này không đủ đặc hiệu để các bác sĩ có thể không cần sinh thiết. Các đặc điểm nghi ngờ UTV trên MRI gồm: khối bờ không đều hoặc tua gai, tăng hấp thu Gadolinium không đồng nhất và có các vách bên trong.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ nhạy của X-quang và siêu âm lần lượt là 86,4 và 87,8%. Tỉ lệ này khá cao, biểu hiện bằng giá trị BIRADs 4-5 trên các kết quả đọc. Có 16 BN trong nghiên cứu của chúng tôi được chụp MRI tuyến vú, trong đó có 15 BN chiếm 93,8% có các dấu hiệu nghi ngờ của UTV, chúng tôi MRI có độ nhạy cao trong chẩn đoán.

Kết quả của tế bào học và sinh thiết kim

Mặc dù các phương pháp chẩn đoán hình ảnh có độ nhạy cao trong việc phát hiện các khối u vú nhưng độ đặc hiệu không cao. Vì vậy, để chẩn đoán UTV, các bác sĩ còn cần phải áp dụng các phương pháp giải phẫu bệnh như tế bào học chọc hút kim nhỏ FNA, sinh thiết kim, sinh thiết mở hoặc sinh thiết tức thì trong mổ. Theo bài viết tổng quan của Mitra về FNA, phương pháp này có độ nhạy từ 77%-97% tùy từng nghiên cứu và độ đặc hiệu 92-99% [4]. Trong nghiên cứu, chúng tôi không đánh giá được độ đặc hiệu của FNA và sinh thiết kim. Về độ nhạy, cả 2 phương pháp đều có giá trị cao lần lượt là 87,1% và 97,6%.

Giá trị nồng độ CA 15-3: Giá trị CA15-3 không đặc hiệu trong chẩn đoán UTV, tuy nhiên marker này tăng cao sau điều trị có ý nghĩa gợi ý bệnh tái phát, tiến triển. Ở người bình thường, CA15-3 nhỏ hơn 30 UI/ml. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá CA15-3 trước mổ thấy 82,9% BN có giá trị bình thường.

Loại mô bệnh học và hoá mô miễn dịch

Bảng 3.5: Phân bố các thể mô bệnh học

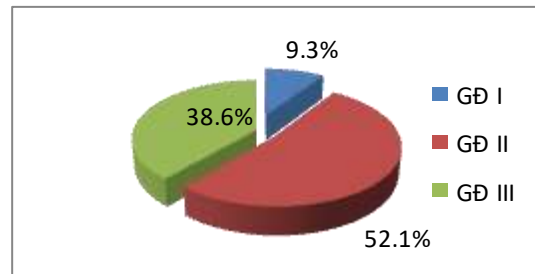
Thể mô bệnh học	Số BN	Tỉ lệ %
UTBM thể ống	111	79,2

UTBM tiểu thùy	14	10
UTBM thể nhầy	4	2,9
UTBM thể tủy	4	2,9
Khác	7	5,0
Tổng	140	

Các thể mô bệnh học khác nhau được phân biệt dựa trên các đặc điểm vi thể và hành vi sinh học. UTBM thể ống xâm nhập là thể phổ biến nhất của UTBM tuyến vú xâm nhập, có tỉ lệ từ 70-80%. Thể tiểu thùy xâm nhập ước lượng chiếm khoảng 8%; hỗn hợp cả thể ống và tiểu thùy khoảng 7% [5]. Tại BV Đại học Y Hà Nội, chúng tôi cũng gặp 79,2% BN UTV thể ống xâm nhập, 10% thể tiểu thùy. Giá trị này phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới cũng như các nghiên cứu ở các địa điểm khác tại Việt Nam.

Thụ thể nội tiết và Her-2/neu là không chỉ là yếu tố liên quan đến quyết định điều trị mà còn là yếu tố tiên lượng của BN UTV. Theo Basu, BN có ER và PR dương tính có thời gian sống thêm tốt nhất và giảm được 50% nguy cơ tử vong so với nhóm có ER, PR âm tính [6]. Ngược lại, các BN có bộc lộ quá mức Her-2/neu lại có kết quả điều trị không tốt. Trong nhóm BN của chúng tôi, tỉ lệ có ER hoặc PR dương tính là 63,6% và Her-2/neu (+) là 30%.

Giai đoạn bệnh cuối cùng



Biểu đồ 3.2: Tỉ lệ giai đoạn bệnh

Giai đoạn bệnh được chẩn đoán dựa trên các yếu tố: u nguyên phát (T), hạch (N) và tình trạng di căn xa. Giai đoạn càng muộn, tiên lượng càng xấu. Nghiên cứu của Phạm Quang Huy tại BV K 2011-2012 có 92% BN UTV giai đoạn I-III nhưng có đến 64,5% BN giai đoạn III [7]. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên nhóm BN giai đoạn I-III, trong đó có hơn 50% BN thuộc giai đoạn II, có 38,6% BN thuộc giai đoạn III và chỉ có 9,3% BN giai đoạn I. Như vậy, nhóm BN của chúng tôi được chẩn đoán sớm hơn tuy nhiên tỉ lệ BN giai đoạn I vẫn còn thấp. Bên cạnh đó, tỉ lệ BN có di căn hạch nách tức tiến triển tại vùng trong nghiên cứu của chúng tôi còn cao, giá trị là 51,4%. Tình trạng hạch nách là yếu tố tiên

lượng độc lập mạnh nhất trong UTV, toàn gian sống toàn bộ càng giảm khi số lượng hạch nách dương tính càng tăng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành đánh giá một số yếu tố xem xét mối liên quan với tình trạng di căn hạch thấy đặc điểm của u nguyên phát có liên quan có ý nghĩa thống kê; T càng cao tỉ lệ di căn hạch nách

càng tăng; Một số yếu tố khác chưa thấy có mối liên quan như: vị trí u, độ mô học của u. Di căn hạch nách là một trong các chỉ định của tia xạ sau mổ, trong khi đó tại cơ sở Đại học Y, chúng tôi chưa triển khai được xạ trị nên nhiều BN đã được chuyển xạ trị tại các cơ sở điều trị khác và đạt được các kết quả khả quan.

Bảng 3.6: Tình trạng di căn hạch

Yếu tố		Không di căn hạch	Di căn hạch	Tổng
T	T1	13 (72,2%)	5 (27,8%)	18
	T2	52 (59,1%)	36 (40,9%)	88
	T3	1 (9,1%)	10 (90,9%)	11
	T4	2 (8,7%)	21 (91,3%)	23
Tổng		68	72	P=0,00
Độ mô học	G1	5 (71,4%)	2 (28,6%)	7
	G2, G3	37 (44%)	47 (56%)	84
Tổng		42	49	P=0.16
Vị trí u	Trung tâm	6 (40%)	9 (60%)	15
	¼ trên ngoài	36 (50%)	36 (50%)	72
	¼ dưới ngoài	7 (50%)	7 (50%)	14
	¼ trên trong	11 (50%)	11 (50%)	22
	¼ dưới trong	4 (57,1%)	3 (42,9%)	7
Tổng		64	66	P=0.89

3.3 Điều trị: Điều trị UTV là điều trị đa mô thức gồm phẫu thuật, xạ trị, điều trị toàn thân (hoá chất, nội tiết, miễn dịch,...). Phẫu thuật là phương pháp điều trị cơ bản với hai phương pháp chính là cắt tuyến vú triệt căn biến đổi và phẫu thuật bảo tồn tuyến vú. Điều trị hoá chất: tân bổ trợ hoặc bổ trợ. Tia xạ có mục đích làm giảm tỉ lệ tái phát tại chỗ, tại vùng. Các phương pháp điều trị nội tiết, miễn dịch có cơ chế nhằm trúng đích giúp kéo dài thời gian sống của BN. Trong nghiên cứu, chúng tôi thống kê trong 140 BN, có 134 BN đã được cắt tuyến vú triệt căn biến đổi trong đó có 3 BN được tạo hình bằng vật cơ lưng rộng, có 6 BN đã được phẫu thuật bảo tồn tuyến vú và có 16 BN chiếm 11,4% đã được PTNS cắt buồng trứng nội tiết. Về điều trị hoá chất, các phác đồ được áp dụng dựa trên đặc điểm từng bệnh nhân, có 20 BN được điều trị tân bổ trợ trước mổ có đáp ứng tốt đã được PT sau điều trị và 104 BN đã được điều trị bổ trợ sau mổ. Các BN có chỉ định xạ trị được chuyển viện điều trị.

Bên cạnh đó, các bệnh nhân của chúng tôi còn được điều trị nội tiết duy trì khi thụ thể nội tiết dương tính hoặc dùng trastuzumab 1 năm đối với các bệnh nhân có Her-2/neu dương tính và có điều kiện sử dụng.

IV. KẾT LUẬN

- UTV là bệnh ung thư phổ biến ở nữ giới. Tuổi hay gặp nhất từ 40-65; Triệu chứng nghèo nàn, hơn 90% bệnh nhân vào viện vì tự sờ thấy khối u ở vú.

- Thể mô bệnh học hay gặp nhất là thể ống xâm nhập chiếm 73,6%.

- Độ nhạy của X-quang và siêu âm tuyến vú là 86,4 và 87,7%; độ nhạy của FNA là 87,1%.

- Điều trị đa mô thức gồm phẫu thuật, xạ trị, toàn thân (hoá chất, nội tiết, miễn dịch).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Breast Cancer:** Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx.
2. **Park, B.W., et al.,** Impact of patient age on the outcome of primary breast carcinoma. J Surg Oncol, 2002. 80(1): p. 12-8.
3. **Esserman, L.J., et al.,** Impact of mammographic screening on the detection of good and poor prognosis breast cancers. Breast Cancer Res Treat, 2011. 130(3): p. 725-34.
4. **Mitra, S. and P. Dey,** Fine-needle aspiration and core biopsy in the diagnosis of breast lesions: A comparison and review of the literature. Cytojournal, 2016. 13: p. 18.
5. **Li, C.I., D.J. Uribe, and J.R. Daling,** Clinical characteristics of different histologic types of breast cancer. Br J Cancer, 2005. 93(9): p. 1046-52.
6. **Basu, S., et al.,** Comparison of triple-negative and estrogen receptor-positive/progesterone receptor-positive/HER2-negative breast carcinoma using quantitative fluorine-18 fluorodeoxyglucose /positron emission tomography imaging parameters: a

- potentially useful method for disease characterization. Cancer, 2008. 112(5): p. 995-1000.
7. **Phạm Quang Huy, B.D.**, Trần Văn Thuận và cs, Thực trạng chẩn đoán muộn và những yếu tố liên quan tới tình trạng đến muộn của người bệnh mắc một số loại ung thư phổ biến tại viện K. Tạp chí Ung thư học Việt Nam, 2012. 2: p. 210-214.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP NHÂN TẠO SỬ DỤNG HỆ THỐNG ROBOT

Đào Xuân Thành*, Hoàng Gia Du*

TÓM TẮT

Mục đích: công nghệ robot trong thay khớp đã cho thấy sự cải thiện vị trí khớp nhân tạo, trực chi và kết quả lâm sàng sau phẫu thuật thay khớp nhân tạo. Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá kết quả của phẫu thuật thay khớp háng và khớp gối có sự hỗ trợ của robot theo dõi trong ngắn hạn. **Phương pháp:** 29 bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng, khớp gối có sử dụng robot hỗ trợ trong khoảng thời gian từ tháng 3/2017 đến tháng 7/2017. Các dữ liệu được thu thập ngay trong phẫu thuật về vị trí các thành phần khớp nhân tạo, thời gian phẫu thuật, độ dài vết mổ được đánh giá. Mỗi bệnh nhân đã khám kiểm tra lại một tháng sau phẫu thuật và hỏi một số câu hỏi để xác định sự hài lòng của bệnh nhân. Điểm Knee Society Score (KSS), Harris Hip Score (HHS) và SF-12 được đánh giá trước và sau phẫu thuật. **Kết quả:** trực chi và vị trí các thành phần khớp nhân tạo cho kết quả khả quan. KSS được cải thiện từ $40,15 \pm 9,16$ lên $88,9 \pm 7,81$ và HHS được cải thiện từ $41,57 \pm 22,69$ lên $96,65 \pm 2,59$ sau phẫu thuật. Tất cả các bệnh nhân đều hài lòng với chức năng của khớp nhân tạo mới. **Kết luận:** Công nghệ thay khớp được hỗ trợ bởi robot có ưu điểm về lập kế hoạch trước phẫu thuật và độ chính xác của thao tác trong phẫu thuật. Các thao tác phẫu thuật được hỗ trợ bởi robot dẫn đến độ chính xác cao cho vị trí khớp nhân tạo, trực chi và cho kết quả tốt sau phẫu thuật.

Từ khóa: thay khớp, hỗ trợ robot.

SUMMARY

RESULTS OF ROBOT- ASSISTED JOINT ARTHROPLASTY

Background: A new robotic-guided technology has been shown to improve postoperative implant positioning, lower limb alignment and clinical results in joint arthroplasty. Goal of this study therefore was to assess outcomes of robotic-assisted knee and hip arthroplasty in a cohort of patients at short-term follow-up. **Methods:** A total of 29 patients underwent robotic-assisted surgery for a medial unicompartmental knee arthroplasty and total hip arthroplasty between March 2017 and July 2017. Intraoperative data on robotic-assisted limb alignment, component positions, time of operation, length of incision were evaluated. Each patient was contacted at one month follow-up and asked a series of twelve questions to determine patient satisfaction. Knee

Society scores (KSS), Harris Hip Score (HHS) and SF-12 were assessed. **Results:** The alignment and positions of the components also presented satisfying results. KSS were improved from $40,15 \pm 9,16$ to $88,9 \pm 7,81$ and HHS were improved from $41,57 \pm 22,69$ to $96,65 \pm 2,59$ postoperatively. Of all patients were satisfied with their new joint function. **Conclusions:** The robotic-assisted technology had advantages in terms of preoperative planning and the accuracy of the intraoperative procedure. Robotic-assisted surgical procedures with the use of the robot lead to improved accuracy of implant positioning and limb alignment and excellent outcomes.

Keywords: arthroplasty, robot-assisted.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay khớp háng, khớp gối là phẫu thuật dùng khớp nhân tạo để thay thế phần khớp đã hư hỏng nhằm phục hồi những chức năng vốn có của khớp. Hàng năm có hàng triệu ca thay khớp háng, khớp gối được thực hiện trên toàn thế giới. Tuy nhiên, sau nửa thế kỷ nhìn nhận và đánh giá lại, thay khớp nhân tạo cũng không phải là cách điều trị toàn mỹ. Đã có những nghiên cứu, thông báo về những tai biến và biến chứng của phương pháp điều trị này như nhiễm khuẩn, chảy máu, đau khớp, trật khớp do đặt khớp nhân tạo sai vị trí, thủng ổ cối do doa quá sâu, nứt gãy xương đùi do chọn cỡ khớp quá lớn, lỏng khớp nhân tạo sớm... Thực tế trong quá trình trước và trong phẫu thuật, việc chọn cỡ và vị trí của các thành phần khớp háng, gối nhân tạo được thực hiện chủ yếu trên phim xquang, hoặc đo đặt thử trong khi phẫu thuật mà không thể hình dung được mối quan hệ thật giữa các thành phần của khớp nhân tạo với xương chậu, trục xương đùi, trục cơ thể, góc xoay của khớp... Các lỗi do phán đoán được thực hiện trên thông tin giải phẫu không chính xác có thể gây ra các biến chứng ngắn hạn như trật khớp, gây đau do va chạm với các thành phần khớp, mài mòn khớp nhanh chóng và dẫn đến lỏng khớp về sau... Công nghệ thay khớp háng, khớp gối có sử dụng Robot là giải pháp mà các bác sĩ phẫu thuật có thể sử dụng để đạt được kết quả tốt nhất do kết hợp định vị chính xác các mốc giải phẫu trong phẫu thuật, đồng thời cho phép chọn cỡ và đặt khớp nhân tạo ở vị trí phù hợp nhất, đảm bảo mối liên quan tối ưu về giải phẫu và sinh cơ học của khớp nhân tạo [1].

*Khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đào Xuân Thành

Email: daoxuanthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2017

Ngày duyệt bài: 31.8.2017

Chính vì lý do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu: “Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp nhân tạo sử dụng hệ thống Robot Mako” nhằm mục đích tìm hiểu kết quả sớm của phẫu thuật này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 29 bệnh nhân phẫu thuật thay khớp gối, thay khớp háng có sử dụng hệ thống Robot Mako từ tháng 3/2017 đến tháng 7/2017.

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

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật thay khớp háng, khớp gối, đồng ý phẫu thuật có sử dụng robot hỗ trợ, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có bệnh phổi hợp nặng, ảnh hưởng đến chức năng hô hấp, tuần hoàn, có rối loạn đông máu, không đồng ý tham gia phẫu thuật.

Các chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi, loại phẫu thuật, mức độ đau khớp (VAS-visual analog scale for pain) trước và sau phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, chiều dài vết mổ, phục hồi chức năng sau phẫu thuật cho khớp háng theo Harris Hip Score (HHS) và cho khớp gối theo Knee Society Scores (KSS), đánh giá mức độ hài lòng SF-12, vị trí của khớp nhân tạo. Đánh giá các tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật.

2.3. Quy trình phẫu thuật ứng dụng hệ thống Robot thay khớp

2.3.1. Thay khớp háng toàn phần

- Bệnh nhân được gây tê tùy sống, ngoài màng cứng, hoặc gây mê toàn thân.

- Tư thế bệnh nhân: Nằm nghiêng bên đối diện, cố định khung chậu và vai.

- Dụng cụ định vị được đặt vào vị trí cực dưới xương bánh chè cố định bằng băng film dính chặt, sau đó sát khuẩn và trải toan. Đặt dụng cụ nhận dạng bằng cách khoan cố định vào mào chậu. Rạch da vào khớp háng lối sau bên.

- Bộc lộ và đặt dụng cụ định vị vào các vị trí bờ trên ổ cối và mấu chuyển lớn xương đùi.

- Gấp gối 90° và giữ chân cố định trong khi kích hoạt để tương thích định vị với máy chủ của Robot. Kích hoạt dụng cụ đánh dấu và đánh dấu vào các vị trí có dụng cụ định vị tại ổ cối và mấu chuyển. Làm trật khớp háng và cưa cổ xương đùi theo mốc của dụng cụ đánh dấu.

- Cắt bỏ sụn viên và đánh dấu ổ cối bằng dụng cụ đánh dấu, không lấy bỏ các chồi xương.

- Dùng cánh tay robot đã được bọc bao vô khuẩn, doa ổ cối bằng doa có số đo và góc doa đã được xác định trước trên máy chủ, quá trình

cắt được theo dõi trên màn hình của máy chủ.

- Dùng cánh tay robot để đặt ổ cối nhân tạo theo đúng vị trí đã định sẵn trên máy chủ. Dùng dụng cụ đánh dấu để kiểm tra lại vị trí thực tế của ổ cối so với vị trí đã định sẵn trước đó trên máy chủ. Doa và mài xương đùi đến kích thước của chuôi khớp đã định sẵn.

- Đặt khớp thử, kiểm tra vận động và đảm bảo đúng vị trí đã xác định trước trên máy chủ.

- Tháo dụng cụ thử và đặt khớp nhân tạo theo đúng kích thước thử. Kiểm tra lại vận động của khớp nhân tạo. Bơm rửa làm sạch, lấy hết các vụn xương và xi măng nếu có.

- Tháo các dụng cụ định vị. Đặt dẫn lưu (không bắt buộc). Đóng lại các lớp theo giải phẫu.

2.3.2. Thay khớp gối bán phần

- Thay khớp gối bán phần: Thay mặt khớp đùi-chày trong, hoặc thay mặt khớp đùi-chày ngoài, đùi - bánh chè. Bệnh nhân được gây tê tùy sống, ngoài màng cứng, hoặc gây mê toàn thân.

- Tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa, chân được đặt vào bàn gá chuyên dụng.

- Rạch da dọc mặt trước khớp gối, mé bên trong hoặc bên ngoài bánh chè tùy theo thay khớp đùi - chày trong hay ngoài. Lật bánh chè sang bên, bộc lộ khớp gối.

- Dụng cụ định vị sau khi kích hoạt, được khoan cố định vào xương đùi và xương chày ngay phía trên và dưới khớp gối.

- Cố định chân vào bàn gá, lắp dụng cụ mài cắt xương vào cánh tay robot và kích hoạt.

- Dùng cánh tay robot đã được bọc bao vô khuẩn, mài cắt mặt khớp xương đùi bị thương tổn theo vị trí và độ dày đã định sẵn trên máy chủ, quá trình cắt được theo dõi trên màn hình của máy chủ.

- Lấy bỏ hết sụn chêm bên thương tổn và dị vật khớp, rửa sạch khớp.

- Đặt khớp thử theo đúng số đã chọn cắt, vận động và kiểm tra mức độ cân bằng, ổn định khớp. Tháo dụng cụ thử và bơm rửa làm sạch và làm khô bề mặt xương.

- Đặt khớp nhân tạo bán phần có hoặc không có xi măng. Bơm rửa làm sạch, lấy hết các vụn xi măng nếu có. Kiểm tra khoảng gấp duỗi, trực chi và độ vững của khớp.

- Tháo bỏ dụng cụ định vị tại xương đùi và xương chày. Đặt dẫn lưu (không bắt buộc).

- Đóng lại các lớp theo giải phẫu. Băng chun ép nhẹ từ ngón chi đến gốc chi sau mổ.

III. KẾT QUẢ

Chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cho 29 bệnh nhân với 30 khớp háng, khớp gối đã được

thay, trong đó 1 bệnh nhân được thay cả 2 khớp gối, kết quả bước đầu thu được như sau.

Đặc điểm chung: Tuổi trung bình $58,03 \pm 14,57$ tuổi, thấp nhất: 21 tuổi, cao nhất: 87 tuổi

Bảng 1: Phân loại các ca phẫu thuật

Phân loại	n	%
Thay khớp háng toàn phần	9	30
Thay khớp gối bán phần	21	70
Tổng	30	100

Thời gian phẫu thuật trung bình là $94,96 \pm 23,98$ phút (60-150 phút) tính từ lúc rạch da đến khi đóng kín vết mổ.

Chiều dài trung bình của vết mổ khớp háng là $13,67 \pm 1,58$ cm. Mức độ thay đổi độ dài của chi phẫu thuật so với độ dài dự kiến theo kế hoạch trước phẫu thuật thay khớp háng là $1,56 \pm 0,53$ cm. Chiều dài trung bình của vết mổ khớp gối là $7,89 \pm 0,46$ cm.

Bảng 2: Vị trí ổ cối nhân tạo được đo ngay trong phẫu thuật

Vị trí	Theo kế hoạch	Đo trong phẫu thuật
Góc nghiêng dạng	40°	$39,75^{\circ} \pm 0,63^{\circ}$
Góc nghiêng trước	20°	$20,11^{\circ} \pm 0,93^{\circ}$

Nhận xét: không có sự khác biệt giữa góc nghiêng ổ cối được mặc định trước theo kế hoạch so với góc nghiêng ổ cối sau khi đặt bằng robot.

Bảng 3: Độ vẹo trong của khớp gối

Độ vẹo trong	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật
Khớp gối	$2,94^{\circ} \pm 3,32^{\circ}$	$0,46^{\circ} \pm 1,39^{\circ}$

Nhận xét: có sự cải thiện về độ vẹo trong khớp gối sau phẫu thuật ($p < 0,05$).

Bảng 4: Thay đổi mức độ đau khớp

VAS	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật
Mức độ	$5,64 \pm 0,78$	$1,50 \pm 0,64$

Nhận xét: mức độ đau khớp giảm so với trước phẫu thuật ($p < 0,05$).

Bảng 5: Thay đổi chức năng khớp háng, gối

Chức năng khớp	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật
HHS	$41,57 \pm 22,69$	$96,65 \pm 2,59$
KSS	$40,15 \pm 9,16$	$88,9 \pm 7,81$

Nhận xét: có sự cải thiện về chức năng vận động khớp so với trước phẫu thuật ($p < 0,05$).

Bảng 6: Đánh giá mức độ hài lòng theo SF-12

SF-12	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật
Mức độ	$27,4 \pm 1,89$	$45,16 \pm 2,54$

Nhận xét: mức độ hài lòng về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân tăng so với trước phẫu thuật ($p < 0,05$).

Tai biến và biến chứng: không có tai biến trong phẫu thuật như chảy máu, gãy vỡ xương. Không quan sát thấy các biến chứng sớm sau phẫu thuật như nhiễm trùng, trật khớp, tắc mạch...

IV. BÀN LUẬN

Về độ tuổi thay khớp trung bình của nghiên cứu là $58,03 \pm 14,57$ cũng phù hợp với các nghiên cứu về thay khớp háng, khớp gối của chúng tôi trước đây và phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả khác. Trong nghiên cứu này các bệnh nhân dưới 40 tuổi đều là các bệnh nhân bị hoại tử chỏm xương đùi, trong đó bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 21 tuổi bị hoại tử chỏm xương đùi do dùng corticoide kéo dài để điều trị bệnh lupus ban đỏ hệ thống.

Thời gian phẫu thuật trung bình là $94,96 \pm 23,98$ phút có kéo dài hơn so với các ca phẫu thuật thay khớp bằng phương pháp truyền thống do chủ yếu các ca thay khớp robot ban đầu chúng tôi còn chưa thuần thục các thao tác và phối hợp trong phẫu thuật. Hiện nay các ca phẫu thuật đã có thời gian ngang hoặc thậm chí ngắn hơn so với ca mổ thay khớp theo phương pháp truyền thống.

Chiều dài trung bình của vết mổ thay khớp háng có dài hơn so với phương pháp mổ thay khớp háng ít xâm lấn của chúng tôi (trung bình đường mổ thay khớp háng ít xâm lấn là 8-9cm) là do cánh tay doa của robot có đường kính to hơn so với cánh tay doa bình thường. Theo chúng tôi đây là điểm cần khắc phục sau này, hoặc chuyển sang tay doa loại vòng để tránh phải mở rộng thêm vết mổ. Mức độ thay đổi chiều dài chi phẫu thuật so với chiều dài kế hoạch là rất nhỏ, trung bình là $1,56 \pm 0,53$ cm. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự như tác giả Honl M và cộng sự nghiên cứu trên 154 bệnh nhân được lựa chọn ngẫu nhiên với chỉ định phẫu thuật thay khớp háng toàn phần. 80 bệnh nhân được thay khớp theo phương pháp truyền thống và 74 bệnh nhân được thay khớp với sự hỗ trợ của robot. Kết quả cho thấy 18% số bệnh nhân phẫu thuật robot phải chuyển thành phẫu thuật truyền thống do lỗi của robot. Thời gian phẫu thuật robot trung bình là $107,1 \pm 29,1$ phút, kéo dài hơn so với phương pháp truyền thống trung bình mất $82,4 \pm 23,4$ phút. Kết quả chênh lệch chiều dài chi, lệch trục chuỗi tương ứng là $0,18 \pm 0,30$ cm, $0,34^{\circ} \pm 0,67^{\circ}$ của nhóm robot và $0,96 \pm 0,93$ cm và $0,84^{\circ} \pm 1,23^{\circ}$ của nhóm mổ

thường ($P < 0,001$). Sử dụng robot theo các tác giả trên đã cho kết quả vị trí khớp nhân tạo tốt hơn. Tác giả kết luận phẫu thuật robot đem lại ưu thế chuẩn bị trước phẫu thuật, kết quả trong năm đầu tiên có tốt hơn, nhưng lại có tỷ lệ trật khớp cao hơn bởi tổn thương phần mềm do phải mở rộng hơn, thời gian phẫu thuật kéo dài hơn so với thay khớp truyền thống [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chiều dài của vết mổ khớp gối nhỏ hơn phương pháp truyền thống do sử dụng lưới cắt xương nhỏ, chỉ thay một phần của khớp gối do đó không nhất thiết phải mở rộng bộc lộ toàn bộ khớp gối như trong phẫu thuật thay toàn bộ khớp gối. Do vậy cũng giảm thiểu mức độ đau sau phẫu thuật với đường mổ nhỏ.

Vị trí ổ cối nhân tạo được đặt đúng theo kế hoạch, không có sự khác biệt về góc nghiêng dạng và nghiêng trước của ổ cối được đo bằng định vị ngay trong phẫu thuật so với kế hoạch. Độ sai lệch về góc nghiêng thông thường chỉ là 1° . Mặc dù số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu chưa được nhiều, nhưng kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu dựa trên 146 bệnh nhân thay khớp háng toàn phần không xi măng bằng cả đường mổ lối trước và lối sau, các thông số nghiên cứu bao gồm góc nghiêng dạng, nghiêng trước của ổ cối, chiều dài chi. Sự khác biệt trung bình giữa các nhóm là $3,3^\circ \pm 3,1^\circ$ cho độ nghiêng dạng, $2,9^\circ \pm 2,3^\circ$ cho độ nghiêng trước và $3,0 \pm 2,3$ mm cho sự thay đổi chiều dài chân. Sự tương quan giữa hệ thống robot và chụp X quang sau mổ là 95,9% cho độ nghiêng dạng và 99,3% cho độ nghiêng trước [3].

Trong nghiên cứu này mức độ lệch trục vẹo trong được cải thiện đáng kể sau phẫu thuật thay khớp gối bằng robot từ $2,94^\circ \pm 3,32^\circ$ xuống còn $0,46^\circ \pm 1,39^\circ$. Kết quả này làm cải thiện đáng kể trục cơ học của khớp gối và tăng khả năng vận động của bệnh nhân. Nghiên cứu được 2 phẫu thuật viên kinh nghiệm thực hiện trên xác, trong đó mỗi phẫu thuật viên thay 2 khớp gối trên cùng 1 xác, 1 bên thay theo phương pháp truyền thống, bên kia sử dụng robot hỗ trợ. Việc lựa chọn sử dụng phương pháp nào trước là ngẫu nhiên. Các trục xương đùi, xương chày được đo đạc so sánh sau đó bằng chụp CT 3D. Kết quả cho thấy sử dụng robot cho kết quả chính xác hơn về trục xoay ngoài của xương đùi, trong khi các chỉ số khác không có sự khác biệt. Tác giả kết luận rằng thay khớp sử dụng robot cho kết quả tốt hơn phương pháp thay truyền thống [4].

Tỷ lệ thay lại cao đã được báo cáo ở những bệnh nhân phẫu thuật thay khớp gối bán phần so với những bệnh nhân được thay toàn phần được xác định chủ yếu là do đặt sai vị trí của khớp nhân tạo. Phẫu thuật thay khớp gối bán phần được hỗ trợ bởi robot đã được đề xuất như là một phương pháp nâng cao độ chính xác của việc đặt vị trí khớp nhân tạo. Phẫu thuật thay khớp háng có sử dụng robot cũng đem lại kết quả ban đầu tốt do cải thiện đáng kể chức năng khớp háng của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi điểm HHS đã tăng từ $41,57 \pm 22,69$ lên $96,65 \pm 2,59$ chỉ sau phẫu thuật 1 tháng. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây của chúng tôi và của các tác giả khác.

Thay khớp háng toàn phần là một loại phẫu thuật hiệu quả cho các bệnh lý thoái hóa khớp háng, tuy nhiên những bệnh nhân mắc chứng loạn sản khớp háng lại là một thách thức đặc biệt. Nghiên cứu mới của Aggarwal và cộng sự đã đánh giá kết quả thay khớp háng toàn phần có sự hỗ trợ của robot ở bệnh nhân có chứng loạn sản khớp háng. Nghiên cứu bao gồm 19 bệnh nhân tại hai trung tâm y tế khác nhau bị chứng loạn sản khớp háng. Kết quả cho thấy đã có sự cải thiện đáng kể trong điểm số Harris Harris từ 31 lên 84 ($p < 0,001$), sự cải thiện trong chuyển động của khớp háng (từ 66° lên 91° , $p < 0,0001$), và một sự điều chỉnh đáng kể chênh lệch độ dài chân (17,5 mm so với 4 mm, $p < 0,0002$) và không có biến chứng sớm nào được ghi nhận. Tác giả kết luận rằng thay khớp háng toàn phần có trợ giúp bằng robot có thể là một phương pháp hữu ích để đảm bảo vị trí các thành phần khớp tối ưu và cho kết quả tốt nhất ở các bệnh nhân có chứng loạn sản khớp háng.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, đối với các bệnh nhân thay khớp gối bằng robot, điểm KSS đã tăng từ $40,15 \pm 9,16$ lên $88,9 \pm 7,81$. Tất cả các bệnh nhân thay khớp bằng robot đều thể hiện sự hài lòng, bằng chứng là SF12 đã tăng từ $27,4 \pm 1,89$ lên $45,16 \pm 2,54$ ngay trong tháng đầu tiên sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Thay khớp háng, khớp gối với sự hỗ trợ của robot cho độ chính xác cao về vị trí, kích cỡ của các thành phần khớp nhân tạo, do đó giảm thiểu các va chạm, mài mòn khớp, đồng thời đem lại sự hài lòng cho người bệnh và kết quả lâm sàng rất tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kenneth L. Urish, Michael Conditt**, Martin Roche, Harry E. Rubash. Robotic Total Knee Arthroplasty: Surgical Assistant for a Customized Normal Kinematic Knee. Orthopedics. September/October 2016 - Volume 39 · Issue 5: e822-e827.
2. **Honl M, Dierk O, Gauck C, Carrero V**, Lampe F, Dries S, Quante M, Schwiager K, Hille E, Morlock MM. Comparison of roboticassisted and manual implantation of a primarytotal hip replacement. A prospective study. J Bone Joint Surg Am. 2003 Aug;85-A(8):1470-8.
3. **Redmond JM, Gupta A**, Hammarstedt JE, Petrakos A, Stake CE, Domb BG. Accuracy of Component Placement in Robotic-Assisted Total HipArthroplasty. Orthopedics. 2016 May 1;39(3):193-9. Epub 2016 Apr 12.
4. **Moon YW, Ha CW, Do KH, Kim CY**, Han JH, Na SE, Lee CH, Kim JG, Park YS. Comparison of robot-assisted and conventional total knee arthroplasty: a controlled cadaver study using multiparameter quantitative three-dimensional CT assessment of alignment. Comput Aided Surg. 2012;17(2):86-95.
5. **Clark TC, Frank HS**. Robot-Assisted Navigation versus Computer-Assisted Navigation in Primary Total Knee Arthroplasty: Efficiency and Accuracy. Orthopedics. Volume 2013 (2013), ArticleID 794827.
6. **Liow MH, Xia Z**, Wong MK, Tay KJ, Yeo SJ, Chin PL. Robot assisted total knee arthroplasty accurately restores the joint line and mechanical axis. A prospective randomised study. J Arthroplasty. 2014 Dec;29(12):2373-7.
7. **Ming Han Lincoln Liow, Pak Lin Chin, Keng Jin Darren Tay, Shi Lu Chia, Ngai Nung Lo, Seng Jin Yeo**. Early experiences with robot-assisted total knee arthroplasty using the DigiMatch ROBODOC surgical system. Singapore Med J. 2014 October; 55(10): 529–534.

GIÁ TRỊ ĐƯỜNG KÍNH BAO DÂY THẦN KINH THỊ SAU NHÃN CẦU ĐO BẰNG SIÊU ÂM Ở NGƯỜI LỚN KHỎE MẠNH TRÊN NGƯỜI VIỆT NAM

Vương Xuân Trung*, Nguyễn Anh Tuấn*

TÓM TẮT

Tổng quan: Siêu âm đo đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu ngày càng được sử dụng rộng rãi như là một biện pháp không xâm lấn để chẩn đoán tăng áp lực nội sọ. **Mục đích:** Mục đích của nghiên cứu là để tìm ra giá trị bình thường của đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu được đo bằng siêu âm trên người Việt Nam trưởng thành. **Thiết kế nghiên cứu:** Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Đối tượng và phương pháp:** Đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu được đo ở 3 mm sau nhãn cầu, sử dụng đầu dò phẳng có tần số 6- 13 MHz, đối tượng nghiên cứu được đo ở tư thế nằm ngửa, đầu bằng, mắt nhắm lại. Đầu dò được đặt ngang phía trên ngoài ổ mắt, mỗi mắt được đo 3 lần và lấy giá trị trung bình. **Phép phân tích thống kê:** Số liệu được biểu diễn dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn. T-test theo cặp được sử dụng để so sánh đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu giữa 2 mắt. T-Test độc lập được sử dụng để so sánh đường kính bao dây thần kinh thị giữa nam và nữ. Chỉ số tương quan Pearson được sử dụng để đánh giá mối tương quan giữa tuổi, chiều cao, cân nặng và đường kính bao dây thần kinh thị. **Kết quả:** có 60 người khỏe mạnh trên 18 tuổi được tuyển vào nghiên cứu. Giá trị trung vị của đường kính bao dây thần kinh thị là 5.1mm với 95% đối tượng có giá trị trung khoảng 4.3- 5.7mm. Không có sự khác biệt về đường kính bao dây thần kinh thị giữa nam và nữ ($P=0.52$) và giữa mắt phải và mắt trái

($5.02\pm 0.36\text{mm}$ và $5.07\pm 0.36\text{mm}$). Không có mối tương quan giữa đường kính bao dây thần kinh thị và tuổi, chiều cao, cân nặng, BMI ($p= 0.07; 0.72; 0.41; 0.40$). **Kết luận:** Khoảng giá trị bình thường của đường kính bao dây thần kinh thị của người lớn Việt Nam khỏe mạnh có thể là 4.3- 5.7mm và không có mối tương quan nào với giới, tuổi và kích thước cơ thể. **Từ Khóa:** Người Việt Nam trưởng thành, Đường kính bao dây thần kinh thị, Siêu Âm

SUMMARY

TRANSORBITAL SONOGRAPHIC EVALUATION OF NORMAL OPTIC NERVE SHEATH DIAMETER IN HEALTHY ADULTS IN VIETNAMESE

Background: Sonographic evaluation of optic nerve sheath diameter (ONSD) is widely being used as a non-invasive technique for detecting raised intracranial pressure. **Aims:** The aim of this study is to find out the normal ONSD in healthy Vietnamese adults. **Subjects and Methods:** It is a cross-sectional observational study. ONSD was measured 3 mm behind the globe using 6–13 MHz linear probe. Subjects were examined in the supine position with their eyes closed and in neutral position. Transducer was placed horizontally and in each eye, an average of three readings were documented. **Statistical Analysis:** Data were represented as mean and standard deviation. Paired t-test was used to compare ONSD between the right and left eye. Independent t-test was used to compare ONSD between males and females. Pearson correlation coefficient was used to assess the correlation between age, height, weight and ONSD. **Results:** Sixty- one healthy subjects above 18 years of age were enrolled in the study. The median ONSD was 5.1 mm with 95% of subjects in the range of 4.3– 5.7mm. There was no significant difference in ONSD measurement between males and

*Trường Đại học y Hà nội

Chịu trách nhiệm chính: Vương Xuân Trung

Email: vuongtrungth@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.8.2017

Ngày duyệt bài: 28.8.2017

females ($P = 0.52$) and between the right and left eye (5.02 ± 0.36 mm vs 5.07 ± 0.36 mm). There was no relationship between ONSD and age, height, weight, BMI ($P=0.07$; 0.72 ; 0.41 ; 0.40). **Conclusions:** The range for normal ONSD in healthy adult Vietnamese subjects is 4.3–5.7mm with no significant relationship with gender, age and side of the body.

Keywords: Vietnamese adult, optic nerve sheath diameter, ultrasonography

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiều tình trạng cấp cứu thần kinh gây biến chứng tăng áp lực nội sọ. Nếu không nhận ra sớm, tăng áp lực nội sọ có thể dẫn tới một tiên lượng tồi và tổn thương não thứ phát[1]. Nhiều biện pháp theo dõi góp phần quan trọng trong việc cải thiện điều trị cho những bệnh nhân nằm ở khoa Hồi sức tích cực[2]. Những biện pháp xâm lấn là tiêu chuẩn vàng để đo lường áp lực nội sọ, nhưng chúng cũng mang đến những nguy cơ như là xuất huyết nội sọ và nhiễm trùng[3]. Những biện pháp theo dõi áp lực nội sọ xâm lấn có thể bị hạn chế ở những nước đang phát triển do thiếu nhân lực được đào tạo và trang thiết bị[4]. Biện pháp theo dõi áp lực nội sọ xâm lấn có thể hữu ích trong trường hợp các biện pháp theo dõi xâm lấn không sẵn có hoặc để chọn ra những bệnh nhân cần theo dõi áp lực nội sọ xâm lấn[5].

Trong số những biện pháp theo dõi áp lực nội sọ không xâm lấn khác nhau, đo đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu bằng siêu âm đã được nhiên cứu rộng rãi. Áp lực nội sọ cho thấy có mối tương quan tuyến tính với đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu[6]. Khi mà áp lực nội sọ tăng, sự thay đổi về đường kính bao dây thần kinh thị xảy ra trước khi những thay đổi về thần kinh có thể thấy được khi soi đáy mắt[7]. Nó ngày càng được sử dụng rộng rãi trong các khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực[8]. Đường kính bao dây thần kinh thị có mức độ chính xác tốt trong chẩn đoán tăng áp lực nội sọ[6]. Kỹ thuật đo đường kính bao dây thần kinh thị bằng siêu âm có thể học được dễ dàng, có thể thăm khám nhiều lần và an toàn[1].

Giá trị cut-off của đường kính bao dây thần kinh thị để chẩn đoán tăng áp lực nội sọ vẫn còn nhiều tranh cãi. Theo các nhiên cứu từ trước, thì phần lớn chọn giá trị 5mm là điểm giới hạn trên của giá trị đường kính bao dây thần kinh thị ở người lớn khỏe mạnh. Tuy nhiên, giá trị này có sự thay đổi đáng kể từ 5mm tới 5,9mm trong các nhiên cứu gần đây[1]. Khoảng giá trị bình thường của đường kính bao dây thần kinh thị trong cộng đồng là giá trị cần thiết trong thực hành lâm sàng và nhiên cứu. Giá trị đường kính

bao dây thần kinh thị có thể thay đổi theo nguồn gốc chủng tộc. Theo nhiên cứu trên một số nước Châu Á thì khoảng giá trị đường kính bao dây thần kinh thị ở người lớn có sự thay đổi (3,7 – 4,7mm ở Hong Kong, 2,9-5,3mm ở Hàn Quốc, 4,25- 4,75 ở Bangladesk). Vì vậy tôi thực hiện nhiên cứu này để tìm giá trị đường kính bao dây thần kinh thị trên người Việt Nam.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Một nhiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện ở khoa Cấp cứu bệnh viện Bạch Mai. Đối tượng nhiên cứu là các nhân viên y tế trong khoa và người nhà bệnh nhân khỏe mạnh đồng ý tham gia vào nhiên cứu. Những người có bệnh lý về nhãn cầu bị loại khỏi nhiên cứu

Người nhiên cứu sử dụng đầu dò phẳng có tần số 8 MHz của (máy siêu âm UGEO PT60A) sẵn có để tiến hành đo đường kính bao dây thần kinh thị. Đối tượng được đo ở tư thế nằm, 2 mắt nhắm lại, nhãn cầu ở vị trí trung gian. Đầu dò siêu âm được đặt nằm ngang ở đầu ngoài mí mắt trên. Đường kính bao dây thần kinh thị được đo ở vị trí sau nhãn cầu 3mm, lấy đường kính ngang vuông góc với dây thần kinh thị, mỗi mắt được đo 3 lần lấy giá trị trung bình [Hình 1]. Lấy giá trị đường kính bao dây thần kinh thị của mắt có kích thước lớn hơn là đường kính bao dây thần kinh thị của đối tượng khảo sát.



Hình 1: Hình ảnh siêu âm đường kính bao dây thần kinh thị

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nhiên cứu:

Sáu mươi một người Việt Nam khỏe mạnh được tuyển vào nhiên cứu. Cỡ mẫu được tính theo công thức $z^2 \Sigma^2 / d^2$ với giá trị của d là 0.05, giá trị của Σ là 1,96 và của z là 0.2. Tuổi của các đối tượng tham gia nhiên cứu từ 18 tới 80 tuổi, với tuổi trung bình là 40,45

Trong 61 người tham gia nhiên cứu, có 31 nam chiếm 50.8% và 30 nữ chiếm 49.2%, với giá trị đường kính bao dây thần kinh thị tương ứng là 5.13 ± 0.38 và 5.07 ± 0.32 .

Các đối tượng tham gia nghiên cứu có chiều cao từ 150 cm tới 170cm, với chiều cao trung bình là $160,1 \pm 6.05\text{cm}$, cân nặng của các đối tượng từ 42kg tới 76kg, với cân nặng trung bình là $55.1 \pm 7.86\text{ kg}$. Chỉ số khối cơ thể (BMI) của các đối tượng tham gia nghiên cứu từ 17.6 tới 26.8 với giá trị trung bình là 21.42 ± 2.17 . Giá trị đường kính bao dây thần kinh thị theo BMI, với nhóm BMI < 18 có 2 người với giá trị ONSD là $4.65 \pm 0.35\text{ mm}$, nhóm $18 \leq \text{BMI} < 24$ có 51 người với giá trị ONSD là $5.11 \pm 0.32\text{ mm}$, nhóm BMI ≥ 24 có 8 người với giá trị ONSD là 5.18 ± 0.48 .

3.2. Giá trị đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu của mẫu nghiên cứu [Bảng 4]:

Giá trị đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu của 61 đối tượng tham gia nghiên cứu từ 4.2mm tới 5.7mm, với giá trị trung bình là 5.10 ± 0.35 . Giá trị ONSD trung vị là 5.1mm với 95% đối tượng nghiên cứu có giá trị nằm trong khoảng 4.31- 5.7mm

Bảng 1: Giá trị trung bình đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu của mẫu nghiên cứu

	Giá trị trung bình	Khoảng 95%
N = 61	$5.10 \pm 0.35\text{ mm}$	4.31 – 5.7 mm

3.3. Môi quan hệ giữa đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu và giới tính:

Khi sử dụng Test thống kê Independent samples T-Test đánh giá mối tương quan về đường kính bao dây thần kinh thị giữa 2 nhóm giới tính nam và nữ ta thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0.52$ (nam: $5.13 \pm 0.38\text{ mm}$ và nữ: $5.07 \pm 0.32\text{mm}$)

3.4. Môi quan hệ giữa đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu giữa 2 mắt:

Bảng 2: Đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu 2 mắt

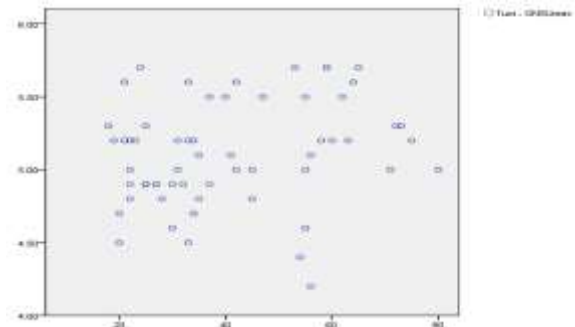
	Mắt Phải	Mắt Trái
N= 61	$5.02 \pm 0.36\text{ mm}$	$5.07 \pm 0.36\text{ mm}$

So sánh đường kính bao dây thần kinh thị giữa mắt phải ($5.02 \pm 0.36\text{mm}$) và mắt trái (5.07 ± 0.36). Sự khác biệt về đường kính bao dây thần kinh thị

giữa hai mắt có ý nghĩa thống kê với $p = 0.002$ kiểm định bằng Pair- samples Test. Tuy nhiên, chênh lệch tuyệt đối về trung bình đường kính bao dây thần kinh thị giữa 2 mắt là 0.05mm.

3.5. Môi quan hệ giữa đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu với tuổi:

Dùng test thống kê One-way ANOVA kiểm định trung bình giá trị bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu giữa các nhóm tuổi cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi với $p = 0.113$ [Hình 3]

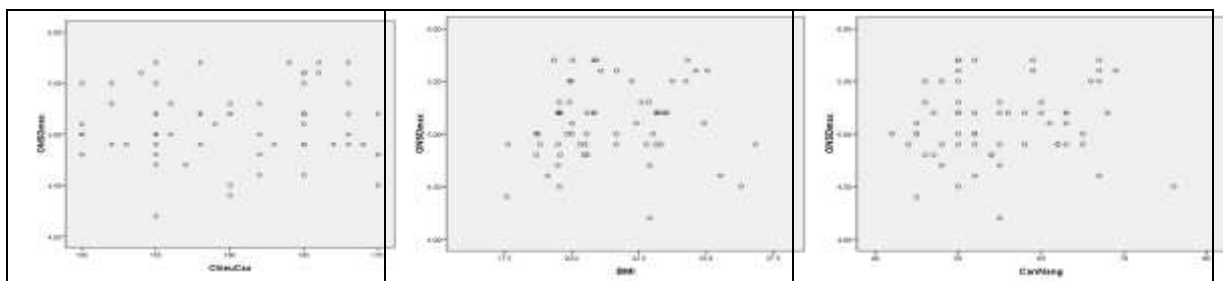


Hình 2: Môi tương quan giữa đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu và tuổi

3.6: Môi quan hệ giữa đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu với chiều cao, cân nặng và BMI

Khi sử dụng test One- way ANOVA so sánh giá trị đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu giữa các nhóm BMI trong bảng 3, ta thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu giữa các nhóm có BMI khác nhau với $p = 0.154$.

Sử dụng tương quan Pearson phân tích mối tương quan giữa đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu với chiều cao, cân nặng và BMI thì không thấy có mối tương quan giữa đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu với chiều cao, cân nặng và BMI (giá trị p tương ứng theo tương quan Pearson: 0.72, 0.41 và 0.40 [Hình 4].



Hình 3,4: Môi tương quan giữa đường kính bao dây thần kinh thị (ONSDmax) với chiều cao, cân nặng, và BMI

IV. BÀN LUẬN

Nhiên cứu chỉ ra rằng 5.7mm (4.3- 5.7) có thể là cận trên của khoảng giá trị bình thường đường kính bao dây thần kinh thị đo bằng siêu âm ở người Việt Nam khỏe mạnh. Giá trị này cũng tương tự với nhiên cứu trên người Trung Quốc (4.7 – 5.4mm) và có sự khác biệt đáng kể với nhiên cứu trên người Nepal (3.1- 4.6mm), người Bangladesh (3.1 – 4.6) và người Hy-lạp (2.4- 4.9). Sự khác biệt kết quả so với các nhiên cứu có thể do một số nguyên nhân như: cỡ mẫu nhiên cứu tương đối nhỏ, đầu dò siêu âm sử dụng cho các nhiên cứu là khác nhau với tần số khác nhau, sự khác biệt có thể do phương pháp siêu âm và sự khác nhau về chủng tộc người.

Nhiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng không có sự khác biệt về đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu giữa 2 giới, không thấy có mối liên quan giữa đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu và tuổi, chiều cao, cân nặng hay BMI. Kết quả này cũng thống nhất với kết quả nhiên cứu về siêu âm dây thần kinh thị trên thể giới. Như vậy số đo đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu trên siêu âm có thêm lợi thế khi được dùng để chẩn đoán và theo dõi áp lực nội sọ mà không cần hiệu chỉnh theo tuổi, giới, chiều cao, cân nặng hay BMI. Một số hạn chế của nhiên cứu như là cỡ mẫu tương đối nhỏ, nhiên cứu được thực hiện đơn trung tâm với một người làm siêu âm và không có điều kiện đối chiếu kết quả với con số đo áp lực nội sọ xâm lấn, soi đáy mắt hay với kết quả đường kính trên MRI. Nhiên cứu của chúng tôi chỉ giới hạn

trên đối tượng người trưởng thành cho nên chưa thể kết luận về đường kính bao dây thần kinh thị trên đối tượng trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, giai đoạn à sự phát triển và biến đổi diễn ra mạnh mẽ nhất

V. KẾT LUẬN

Đường kính bao dây thần kinh thị trên người Việt Nam trưởng thành khỏe mạnh có thể giao động trong khoảng 4.3- 5.7 mm. Không có mối liên quan giữa đường kính bao dây thần kinh thị với tuổi giới tính, chiều cao, cân nặng và chỉ số khối cơ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Moretti R, Pizzi B.** Ultrasonography of the optic nerve in neurocritically ill patients. Acta Anaesthesiol Scand 2011;55:644-52.
2. **Suarez JI. Outcome in neurocritical care:** Advances in monitoring and treatment and effect of a specialized neurocritical care team. Crit Care Med 2006;34 9 Suppl: S232-8.
3. **Zeng T, Gao L.** Management of patients with severe traumatic brain injury guided by intraventricular intracranial pressure monitoring: A report of 136 cases. Chin J Traumatol 2010;13:146-51.
4. **Mateen FJ.** Neurocritical care in developing countries. Neurocrit Care 2011;15:593-8.
5. **Rosenberg JB, Shiloh AL, Savel RH, Eisen LA.** Non-invasive methods of estimating intracranial pressure. Neurocrit Care 2011;15:599-608.
6. **Liu D, Kahn M.** Measurement and relationship of subarachnoid pressure of the optic nerve to intracranial pressures in fresh cadavers. Am J Ophthalmol 1993;116:548-56.
7. **Gangemi M, Cennamo G, Maiuri F, D'Andrea F.** Echographic measurement of the optic nerve in patients with intracranial hypertension. Neurochirurgia (Stuttg) 1987;30:53-5.

LIÊN QUAN GIỮA TRẮC NGHIỆM THẦN KINH TÂM LÝ VỚI HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ SỌ NÃO CỦA BỆNH NHÂN ALZHEIMER

Nguyễn Thanh Bình¹, Nguyễn Thị Thanh Bình²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định mối liên quan giữa trắc nghiệm thần kinh tâm lý với hình ảnh chụp cộng hưởng từ sọ não ở bệnh nhân Alzheimer. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 40 bệnh nhân Alzheimer chẩn

đoán theo tiêu chuẩn DSM IV. Tất cả bệnh nhân đều được làm trắc nghiệm thần kinh tâm lý và chụp cộng hưởng từ sọ não theo quy trình dành riêng cho nghiên cứu. **Kết quả nghiên cứu:** Có sự tương quan thuận chiều giữa điểm trắc nghiệm chức năng trí nhớ từ với thể tích chung của vùng hải mã. Có sự tương quan ngược chiều giữa trắc nghiệm nhớ từ và trắc nghiệm hoạt động hàng ngày bằng dụng cụ phương tiện với khoảng cách liên mốc. Trắc nghiệm MMSE, nhớ từ, trí nhớ hình, xây dựng hình ảnh qua thị giác, trắc nghiệm đáng giá chức năng thực hiện, tốc độ vận động thị giác, hoạt động hàng ngày và hoạt động hàng ngày bằng dụng cụ, phương tiện có mối tương quan thuận chiều với thể tích chung của thùy trán. **Kết luận:** Cần có nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để tìm hiểu sâu hơn về vấn đề này.

¹Bộ môn Thần kinh – Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Bình

Email: nguyenminhben@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2017

Ngày duyệt bài: 23.8.2017

Từ khóa: bệnh Alzheimer, trầm nghiệm thần kinh tâm lý, cộng hưởng từ sọ não

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN NEUROPSYCHOLOGICAL TEST AND CEREBRAL MAGNETIC RESONANCE IMAGING OF ALZHEIMER'S PATIENTS

To determine the relationship between neuropsychological tests and cerebral magnetic resonance imaging in patients with Alzheimer's disease. **Subjects and methods of study:** A cross-sectional study was carried out in 40 patients diagnosed with Alzheimer's disease based on DSM-IV criteria. All patients were examined for neuropsychological tests and cerebral magnetic resonance imaging in a research-specific protocol. **Results:** There is a positive correlation between the word memory test scores and the general volume of hippocampus and a negative correlation between word memory tests and instrumental activities of daily living scale with the interuncal distance. A positive correlation was determined between MMSE tests, verbal memory, visual memory, visuoconstruction, executive dysfunction tests, visuomotor speed, activities of daily living, and instrumental activities of daily living scale with the volume of the general frontal lobe. **Conclusion:** For further understanding, a larger sample size study in Alzheimer disease's patients should be done.

Key words: Alzheimer disease, neuropsychological test, cerebral magnetic resonance imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sút trí tuệ (SSTT) là một hội chứng lâm sàng biểu hiện bằng sự suy giảm nhiều lĩnh vực nhận thức, gây cản trở hoạt động chức năng hàng ngày của bệnh nhân. Ngoài phương pháp khám lâm sàng, việc sử dụng các trắc nghiệm thần kinh - tâm lý cũng như các thang điểm trong chẩn đoán bệnh sa sút trí tuệ hiện nay đang được ứng dụng rộng rãi và có giá trị cao [1]. Chẩn đoán bệnh Alzheimer cho đến nay trên lâm sàng vẫn áp dụng tiêu chuẩn DSM-IV-TR và tiêu chuẩn NINCDS-ADRDA. Chẩn đoán hình ảnh đặc biệt là chụp cộng hưởng từ sọ não có vai trò quan trọng trong việc xác định tổn thương não

trên bệnh nhân Alzheimer. Nhiều tác giả cũng đã nghiên cứu ứng dụng CHT sọ não đo thể tích vùng hải mã, hạnh nhân trong chẩn đoán cũng như tiên lượng của bệnh Alzheimer [2],[3]. Tại Việt Nam, Nguyễn Duy Bắc (2010) [4] và Nguyễn Giang Hòa (2011) [5] đã bước đầu nghiên cứu về một số đặc điểm hình thái tổn thương não cũng như mối liên quan giữa lâm sàng với một số đặc điểm trên phim cộng hưởng từ sọ não của bệnh nhân Alzheimer. Vậy liệu có mối liên quan giữa kết quả trắc nghiệm thần kinh tâm lý với hình ảnh cộng hưởng từ của bệnh nhân Alzheimer hay không và nếu có thì liên quan như thế nào? Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu tìm hiểu sự liên quan giữa trắc nghiệm thần kinh tâm lý và hình ảnh cộng hưởng từ sọ não của các bệnh nhân Alzheimer.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 40 bệnh nhân được chẩn đoán trên lâm sàng là sa sút trí tuệ theo tiêu chuẩn của Cẩm nang chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần lần thứ tư sửa đổi (DSM-IV-TR). Các bệnh nhân đang được khám và điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang. Các bệnh nhân được khám bệnh, làm bệnh án theo mẫu nghiên cứu bao gồm: khám kiểm tra toàn diện về nội khoa, thần kinh, tâm thần, làm các xét nghiệm cận lâm sàng trong đó bao gồm trắc nghiệm đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu (MMSE), trắc nghiệm thần kinh tâm lý và đánh giá bằng thang điểm CDR. Tất cả bệnh nhân đều được chụp cộng hưởng từ sọ não theo một qui trình dành riêng cho nghiên cứu.

Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 15.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm phân bố về tuổi của và giới của bệnh nhân Alzheimer

Nhóm tuổi	Nam (n=20)		Nữ (n=20)		Tổng (n=40)	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
< 60	2	5,0	0	0	2	5,0
60 – 69	3	7,5	8	20,0	11	27,5
70 – 79	13	32,5	10	25,0	23	57,5
≥ 80	2	5,0	2	5,0	5	12,5
Tổng	20	50,0	20	50,0	40	100
Trung bình	72,67 ± 9,22		71,2 ± 6,60		71,95 ± 7,99	
p > 0,05						

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân cao nhất ở nhóm tuổi 70-79, chiếm 57,5%.

Bảng 3.2. Phân loại giai đoạn SSTT theo thang điểm MMSE và CDR

Các giai đoạn SSTT (n = 40)		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thang điểm CDR	Không SSTT (CDR=0)	0	0
	Suy giảm nhận thức nhẹ (CDR=0,5)	0	0
	SSTT nhẹ (CDR=1)	15	37,5
	SSTT trung bình (CDR=2)	21	52,5
	SSTT nặng (CDR=3)	4	10,0
Thang điểm MMSE	Không SSTT (MMSE: 30-24)	0	0
	SSTT nhẹ (MMSE: 20-23)	15	37,5
	SSTT trung bình (MMSE: 14-19)	20	50,0
	SSTT nặng (MMSE ≤ 13)	5	12,5

Nhận xét: Phần lớn các bệnh nhân có mức độ sa sút trí tuệ nhẹ và trung bình, mức độ sa sút trí tuệ nặng ở thang điểm CDR là 10% và thang điểm MMSE là 12,5%.

3.2. Liên quan giữa trắc nghiệm thần kinh tâm lý và hình ảnh cộng hưởng từ sọ não

Bảng 3.3. Liên quan giữa thể tích hải mã với các chỉ số trắc nghiệm thần kinh - tâm lý

Các chỉ tiêu trắc nghiệm thần kinh - tâm lý	R	P
MMSE	0,14	> 0,05
Nhớ từ	0,45	0,03
Trí nhớ hình	0,13	> 0,05
Sự chú ý	-0,01	> 0,05
Ngôn ngữ	-0,15	> 0,05
Xây dựng hình ảnh qua thị giác	0,14	> 0,05
Trắc nghiệm về đánh giá chức năng thực hiện	-0,002	> 0,05
Tốc độ vận động - thị giác	0,04	> 0,05
Hoạt động hàng ngày	0,04	> 0,05
Hoạt động hàng ngày bằng dụng cụ, phương tiện	0,008	> 0,05

Nhận xét: Thể tích hải mã có mối tương quan thuận với trắc nghiệm nhớ từ ($r = 0,45$; $p < 0,05$). Không có mối tương quan tuyến tính giữa thể tích hải mã và các chỉ số trắc nghiệm thần kinh - tâm lý còn lại (với $p > 0,05$).

Bảng 3.4. Tương quan giữa khoảng cách liên mốc với các chỉ số trắc nghiệm thần kinh - tâm lý

Các chỉ số trắc nghiệm thần kinh - tâm lý	R	P
MMSE	-0,30	> 0,05
Nhớ từ	-0,42	0,01
Trí nhớ hình	-0,27	> 0,05
Sự chú ý	-0,2	> 0,05
Ngôn ngữ	-0,27	> 0,05
Xây dựng hình ảnh qua thị giác	-0,12	> 0,05
Trắc nghiệm về đánh giá chức năng thực hiện	-0,23	> 0,05
Tốc độ vận động thị giác	-0,18	> 0,05
Hoạt động hàng ngày	-0,28	> 0,05
Hoạt động hàng ngày bằng dụng cụ, phương tiện	-0,39	0,01

Nhận xét: Có mối tương quan tuyến tính nghịch giữa khoảng cách liên mốc với trắc nghiệm trí nhớ từ ($r = -0,42$; $p < 0,05$) và thang điểm hoạt động hàng ngày bằng dụng cụ, phương tiện ($r = -0,39$; $p < 0,05$).

Bảng 3.5. Tương quan giữa thể tích thùy trán với các chỉ số trắc nghiệm thần kinh - tâm lý

Các chỉ số trắc nghiệm thần kinh - tâm lý	R	p
MMSE	0,40	0,009
Nhớ từ	0,33	0,04
Trí nhớ hình	0,33	0,03
Sự chú ý	0,07	> 0,05
Ngôn ngữ	0,07	> 0,05
Xây dựng hình ảnh qua thị giác	0,41	0,008
Trắc nghiệm về đánh giá chức năng thực hiện	0,52	0,0006
Tốc độ vận động thị giác	0,49	0,001
Hoạt động hàng ngày	0,41	0,008
Hoạt động hàng ngày bằng dụng cụ, phương tiện	0,5	0,0009

Nhận xét: Thể tích thùy trán có tương quan với nhiều chỉ số trắc nghiệm thần kinh - tâm lý trên lâm sàng, bao gồm thang điểm MMSE, trắc nghiệm trí nhớ, xây dựng hình ảnh qua thị giác, trắc nghiệm chức năng thực hiện, tốc độ vận động thị giác và thang điểm hoạt động hàng ngày ($p < 0,01 - 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Tuổi trung bình của các bệnh nhân Alzheimer trong nghiên cứu của chúng tôi là $71,95 \pm 7,99$ với số nam/nữ là 20/20, tập trung hầu hết ở lứa tuổi từ 70 đến 79 tuổi (57,5%). Đây là lứa tuổi cao vì tất cả các bệnh nhân đến bệnh viện khám đều là người cao tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả thu được từ nghiên cứu của tác giả Nguyễn Giang Hòa[5] trên 38 bệnh nhân Alzheimer trong đó có 16 bệnh nhân nam và 22 bệnh nhân nữ cho thấy độ tuổi trung

bình của các đối tượng là $71,76 \pm 9,003$, phân bố chủ yếu trong độ tuổi từ 60 đến 80 tuổi.

Các giai đoạn SSTT của các bệnh nhân nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.2 cho thấy đối với thang điểm CDR, các bệnh nhân Alzheimer có SSTT chủ yếu ở mức độ nhẹ (37,5%) và mức độ trung bình (52,5%), tỷ lệ SSTT mức độ nặng là 10%. Tương tự như vậy, đối với thang điểm MMSE, tỷ lệ SSTT mức độ nhẹ và trung bình khá cao (37,5% và 50%), SSTT mức độ nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất 12,5%. MMSE là thang điểm đánh giá thần kinh tâm lý ở bệnh nhân SSTT, có ưu điểm đánh giá nhanh và dễ sử dụng, tuy nhiên không thể dùng cho người bị giảm thính lực, thị lực, người mù chữ [1]. Thang điểm CDR có thể phân loại SSTT từ bình thường đến nặng, ngày nay nó đã được sử dụng như một tiêu chuẩn cho việc đánh giá SSTT trên lâm sàng [trích từ 4].

4.2. Liên quan giữa trắc nghiệm thần kinh tâm lý và hình ảnh cộng hưởng từ sọ não

4.2.1. Liên quan giữa thể tích hải mã với các trắc nghiệm thần kinh - tâm lý trên lâm sàng:

Khi nghiên cứu mối liên quan giữa thể tích hải mã với các trắc nghiệm thần kinh - tâm lý, chúng tôi nhận thấy thể tích vùng hải mã có tương quan thuận với trắc nghiệm nhớ danh sách từ ($r = 0,45$ và $p < 0,05$); không có mối tương quan tuyến tính nào giữa thể tích hải mã với tổng điểm của trắc nghiệm MMSE và các trắc nghiệm thần kinh - tâm lý khác. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Duy Bắc [4], Nguyễn Giang Hòa [5] về mối tương quan giữa thể tích hải mã và trắc nghiệm nhớ danh sách từ. Điều này cũng phù hợp với quan điểm một số tác giả [3] khi cho rằng khi có tổn thương vùng hải mã (trong những chứng bệnh thoái hóa thần kinh như bệnh Alzheimer) thì trí nhớ, tư duy, nhận thức bị ảnh hưởng. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, thể tích hồi hải mã lại không có mối tương quan tuyến tính nào với trắc nghiệm MMSE, kết quả này khác với nghiên cứu của một số tác giả. Nguyễn Duy Bắc và cs. [4] nghiên cứu trên 30 bệnh nhân Alzheimer thấy có tương quan giữa thể tích vùng hải mã với điểm MMSE ($r = 0,74$; $p < 0,01$) và với trắc nghiệm nhớ từ ($r = 0,64$; $p < 0,05$). Tác giả Schuff và cs. [7] nghiên cứu 96 bệnh nhân Alzheimer có điểm MMSE trung bình là $23,3 \pm 1,9$; điểm ADAS-Cog trung bình $17,9 \pm 5,6$ tác giả thấy có tương quan giữa điểm MMSE với thể tích hải mã ($r_s = 0,18$, $p = 0,04$). Sự khác biệt này có thể do trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân sa sút trí tuệ chủ yếu ở mức

độ nhẹ và trung bình, sự suy giảm trí nhớ là biểu hiện nổi trội. Mối liên quan giữa thể tích hải mã với trắc nghiệm MMSE chưa biểu hiện rõ ràng, chúng tôi cho rằng cần thực hiện nghiên cứu sâu hơn nữa để đánh giá chính xác mối liên quan này.

4.2.2. Liên quan giữa khoảng cách liên móc với các trắc nghiệm thần kinh - tâm lý trên lâm sàng:

Khoảng cách liên móc trong nghiên cứu của chúng tôi không có mối tương quan tuyến tính với hầu hết các trắc nghiệm thần kinh - tâm lý, gồm điểm MMSE, trắc nghiệm trí nhớ hình, ngôn ngữ, chức năng thực hiện, tốc độ vận động thị giác, vẽ đồng hồ. Tuy nhiên, khoảng cách liên móc lại có liên quan tuyến tính nghịch với trắc nghiệm trí nhớ từ và thang điểm hoạt động hàng ngày bằng dụng cụ, phương tiện. Các kết quả này có sự phù hợp về điểm trí nhớ từ với nghiên cứu của Nguyễn Giang Hòa [5], Nguyễn Duy Bắc [4] và có sự khác biệt về kết quả trắc nghiệm trí nhớ về hình, chức năng thực hiện, xây dựng hình ảnh qua thị giác trong các nghiên cứu này. Nghiên cứu của hai tác giả này đã cho thấy khoảng cách liên móc là một chỉ số có liên quan rộng rãi với nhiều loại trắc nghiệm thần kinh - tâm lý, có giá trị ứng dụng tốt hỗ trợ cho trắc nghiệm trong đánh giá tình trạng tâm thần kinh trong bệnh lý Alzheimer. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy mối liên quan giữa khoảng cách liên móc với các chỉ số trắc nghiệm thần kinh - tâm lý còn chưa rõ ràng.

4.2.3. Liên quan giữa thể tích thùy trán với các trắc nghiệm thần kinh - tâm lý trên lâm sàng:

Kết quả trình bày ở bảng 3.5 cho thấy cho thấy thể tích thùy trán có tương quan với nhiều chỉ số trắc nghiệm thần kinh - tâm lý trên lâm sàng, bao gồm thang điểm MMSE, trắc nghiệm trí nhớ, xây dựng hình ảnh qua thị giác, trắc nghiệm chức năng thực hiện, tốc độ vận động thị giác và thang điểm hoạt động hàng ngày ($p < 0,01 - 0,05$). Như chúng ta đã biết, chức năng của thùy trán không chỉ giới hạn ở chức năng vận động, cảm xúc, hành vi mà còn biểu hiện nhiều lĩnh vực của nhận thức như chức năng chú ý, tổ chức hay sắp xếp các động tác, ngôn ngữ, phán đoán và đánh giá, ngoài ra, thùy trán cũng đóng vai trò của chức năng trí nhớ chọn lọc. Các cấu trúc có liên quan tới vòng thần kinh cảm xúc, trí nhớ và hoạt động nhận thức (phần lớn nằm ở thùy thái dương và thùy trán) bị ảnh hưởng nhiều, do đó những bệnh nhân Alzheimer có những biểu hiện thay đổi về tâm thần kinh, tính cách, trí nhớ và nhận thức... Như vậy, mối tương quan thuận giữa thể tích thùy trán với các chỉ số trắc nghiệm thần kinh - tâm lý

nêu trên cho thấy sự phù hợp giữa các biểu hiện của bệnh trên lâm sàng với mức độ thoái hóa thủy não trên phim chụp cộng hưởng từ sọ não ở bệnh nhân Alzheimer.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 40 bệnh nhân Alzheimer đều được làm trắc nghiệm thần kinh tâm lý và chụp cộng hưởng từ sọ não, chúng tôi thấy có mối liên quan rõ giữa thủy não và một số lĩnh vực trắc nghiệm thần kinh tâm lý, mối liên quan giữa thể tích hồi hải mã và khoảng cách liên móc với trắc nghiệm thần kinh tâm lý chưa rõ ràng. Cần có nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để tìm hiểu sâu hơn về vấn đề này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Takuya Yagi, Daisuke Ito, Daisuke Sugiyama, et al (2016).** "Diagnostic accuracy of neuropsychological tests for classification of dementia", *Neurology Asia*, 21(1): 47-54.
2. **Boccardi M., Laakso M.P., Bresciani L., et al (2003).** "The MRI pattern of frontal and temporal brain atrophy in fronto-temporal dementia", *Neurobiol Aging*, 24(1), pp.95-103.
3. **Renaud La Joie, Audrey Perrotin, et al (2013).** "Hippocampal subfield volumetry in mild cognitive impairment, Alzheimer's disease and semantic dementia", *NeuroImage: Clinical*, Vol 3, pp. 155-162.
4. **Nguyễn Duy Bắc (2010).** "Nghiên cứu đặc điểm hình thái tổn thương não trên bệnh nhân Alzheimer và động vật thực nghiệm", *Luận án Tiến sĩ Y học*, Học Viện Quân Y.
5. **Nguyễn Giang Hòa (2011).** "Nghiên cứu mối liên quan giữa lâm sàng với khoảng cách liên móc và thể tích vùng hải mã trên phim cộng hưởng từ ở bệnh nhân Alzheimer", *Luận văn Thạc sĩ Y học*, Học viện Quân Y.
6. **Golby A., Silverberg G., Race E., et al (2005).** "Memory encoding in Alzheimer, disease: An fMRT study of explicit and implicit memory", *Brain*, 128(Pt 4), pp.773-787.
7. **Schuff N., Woerner N., Boreta L., et al (2009).** "MRI of hippocampal volume loss in early Alzheimer's disease in relation to ApoE genotype and biomarkers", *Brain*, 132(Pt 4), pp.1067-1077.

CHẨN ĐOÁN SỚM TRƯỚC SINH MỘT SỐ BẤT THƯỜNG NHIỄM SẮC THỂ BẰNG PHƯƠNG PHÁP SINH THIẾT GAI NHAU KẾT HỢP KỸ THUẬT PRENATAL BOBS

Hà Thị Liên, Nguyễn Thu Hoài, Lê Thị Thanh Hương,
Bùi Phương Hoa, Nguyễn Ngọc Tú, Trần Thị Thanh Hương(*)

TÓM TẮT

Sinh thiết tua nhau thực hiện từ tuần thứ 11 – 14 của thai kỳ cho kết quả sớm nhằm phát hiện bất thường nhiễm sắc thể hoặc một số bệnh lý di truyền của thai nhi từ mẫu tua nhau. Prenatal BOBs (BAC on Beads) là kỹ thuật sinh học phân tử có thể phát hiện được bất thường nhiễm sắc thể 13, 18, 21, X, Y và 9 vì mất đoạn liên quan tới các hội chứng thường gặp trước sinh có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, cho kết quả nhanh. Bệnh viện Vinmec đã ứng dụng kỹ thuật Prenatal BOBs (có CE-IVD) để phát hiện một số bất thường nhiễm sắc thể từ mẫu tua nhau sinh thiết với mục tiêu: - Ứng dụng kỹ thuật sinh thiết tua gai nhau ở tuần thai 11 – 14 tuần để lấy mẫu chẩn đoán trước sinh một bất thường nhiễm sắc thể - Nhận xét kết quả của kỹ thuật Prenatal BOB trong chẩn đoán sớm trước sinh một số bất thường nhiễm sắc thể. *Đối tượng:* Các thai phụ mang thai từ tuần 11 đến 14, nguy cơ cao bất thường nhiễm sắc thể: tăng độ dày da gáy, siêu

âm bất thường, kết quả sàng lọc double test nguy cơ cao. *Phương pháp:* Sinh thiết tua nhau dưới sự hướng dẫn của siêu âm. Xử lý mẫu, tách ADN. Thực hiện kỹ thuật Prenatal BOBs. Phân tích kết quả bằng phần mềm BoBsoft 2.0. *Kết quả:* Đã ứng dụng kỹ thuật sinh thiết tua gai nhau ở tuần 12 – 13. Đã phát hiện 5 trisomy 18 trong 11 trường hợp sinh thiết tua gai nhau: 5 trường hợp trisomy 18 có dấu hiệu siêu âm bất thường: dày da gáy, tìm một tâm thất, phù thai, thoát vị rốn, double nguy cơ cao (1/5). Đây là những dấu hiệu lâm sàng chỉ định sinh thiết tua gai nhau đã phát hiện sớm dị tật bất thường nhiễm sắc thể ở 3 tháng đầu.

Từ khóa: Sinh thiết gai nhau, Prenatal BOBs

SUMMARY

CHORIONIC VILLUS SAMPLING AND PRENATAL BOBS TECHNIQUE FOR ABNORMAL CHROMOSOME PRENATAL DIAGNOSIS

Chorionic villus sampling (CVS) a diagnostic test for identifying chromosomal abnormalities and other inherited disorders. CVS is usually performed between 11 and 14 weeks. Prenatal BOBs™ is an accurate and efficient method for rapid diagnosis of common aneuploidy and microdeletion syndromes in prenatal samples. Vinmec International Hospital are using chorionic villus sampling and Prenatal BOBs technique

*Viện nghiên cứu tế bào gốc và công nghệ gen Vinmec

**Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thanh Hương

Email: tranhuongdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 17.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2017

Ngày duyệt bài: 25.8.2017

for abnormal chromosome prenatal diagnosis with the aim: - Applying chorionic villus sampling in 11- 14 weeks of pregnancy – Analysis Prenatal BoBs results in early abnormal chromosome prenatal diagnosis. *Object:* Pregnant women with high risk for abnormal chromosomes: increased nuchal translucency, abnormal sonographic, double test high risk. *Method:* Chorionic tissue sampling under sonography. DNA extraction from chorionic villus sample. Perform prenatal BoBs technique according to PerkinElmer protocol; result analyzed in BoBsoft 2.0. *Result:* Using chorionic villus sampling between 12 – 13 weeks. Detected 5 case with trisomy 18 in total 11 samples. 5 cases with trisomy 18 have abnormal sonographics: increased nuchal translucency, fetal hydrops, single ventricle, omphalocele, double test high risk (1/5). These are clinical signs to indicate chorionic villus sampling.

Key words: Chorionic villus sampling, Prenatal BOBs

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh thiết tua nhau (Chorionic villus sampling - CVS) là một phương pháp lấy mẫu để thực hiện các kỹ thuật trước sinh nhằm phát hiện bất thường nhiễm sắc thể hoặc một số bệnh lý di truyền của thai nhi từ mẫu tua nhau [1,2,3]. Sinh thiết tua nhau thực hiện từ tuần thứ 10 – 14 của thai kỳ cho kết quả sớm do đó giảm được tình trạng chờ đợi, lo âu ở thai phụ. Mặt khác, nếu thai nhi có bất thường, có thể đình chỉ thai nghén sớm, trong 3 tháng đầu, thực hiện sẽ dễ dàng hơn và ít gây ảnh hưởng tới sức khỏe của thai phụ [3,4,5]. Sinh thiết tua nhau để chẩn đoán trước sinh là một kỹ thuật khó, hiện nay Bệnh viện Vinmec là một trong số ít bệnh viện tại Việt Nam đã triển khai thành công kỹ thuật này.

Prenatal BOBs (BAC on Beads) là kỹ thuật sinh học phân tử tiên tiến được thực hiện trên hệ thống máy Luminex [6]. Prenatal BOBs có thể phát hiện được bất thường nhiễm sắc thể 13, 18,

21, X, Y và 9 vi mất đoạn liên quan tới các hội chứng thường gặp trước sinh có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, cho kết quả nhanh trong vòng 24 – 48h [6]. Do vậy chúng tôi ứng dụng kỹ thuật Prenatal BOBs để phát hiện một số bất thường nhiễm sắc thể từ mẫu tua nhau sinh thiết trong chẩn đoán trước sinh với mục tiêu:

- Ứng dụng kỹ thuật sinh thiết tua gai nhau ở tuần thai 11 – 14 tuần để lấy mẫu chẩn đoán trước sinh một bất thường nhiễm sắc thể.

- Nhận xét kết quả của kỹ thuật Prenatal BOB trong chẩn đoán sớm trước sinh một số bất thường nhiễm sắc thể.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Thai phụ mang thai từ tuần 11-14 có nguy cơ cao bất thường nhiễm sắc thể:

- Tăng độ mờ da gáy >3mm; siêu âm bất thường (phù thai, dị tật tim, thoát vị rốn, nang bạch huyết...)

- Kết quả sàng lọc double test nguy cơ cao

- Tiền sử đã sinh con dị tật, có bất thường nhiễm sắc thể (chuyển đoạn nhiễm sắc thể...)

2.2. Phương pháp: Kỹ thuật sinh thiết tua gai nhau: Quy trình sinh thiết được thực hiện trong phòng mổ vô trùng. Bác sĩ sản khoa sẽ dùng kim sinh thiết cỡ 18 - 20G qua thành bụng dưới sự hướng dẫn của siêu âm vào vị trí nhau thai, nhờ áp lực âm của bơm tiêm gắn vào đuôi kim sinh thiết để lấy được mô nhau thai.

Xử lý mẫu tua nhau: Mẫu tua nhau được giữ trong ống ly tâm vô trùng, chuyển đến Trung tâm công nghệ gen, bệnh viện Vinmec. Tua nhau được rửa sạch bằng dung dịch nước muối sinh lý NaCl 0.9%, tách chiết ADN bằng Kit Promega (Nồng độ và độ tinh sạch ADN được đo Nanodrop. Mẫu ADN được bảo quản ở -20°C.

III. KẾT QUẢ

3. 1. Ứng dụng kỹ thuật sinh thiết gai nhau ở tuần thai 11 – 14

Bảng 1: Kết quả sinh thiết gai nhau

STT	Tuổi thai	Chỉ định sinh thiết	Hàm lượng ADN	Độ tinh sạch (OD260/280)
1	12 tuần	Bệnh lý tim, 1 tâm thất phải	5800ng	1.89
2	13 tuần	Thiếu sản thất trái	4830ng	1.86
3	13 tuần	Thoát vị rốn	5200ng	1.90
4	13 tuần	Phù thai, tuổi mẹ 40	5300ng	1.86
5	13 tuần	Thoát vị hoành	10710ng	1.80
6	13 tuần	Dày da gáy 4.6mm	4750ng	1.86
7	13 tuần	Double test nguy cơ cao down 1/50, dày da gáy 3.5mm	6850ng	1.90
8	13 tuần	Double test nguy cơ cao down (1/5)	1560ng	1.86
9	13 tuần	Double test nguy cơ cao down (1/5)	5250ng	1.97
10	13 tuần	Double test nguy cơ cao down (1/227), tuổi mẹ 41	13100ng	1.90

11	13 tuần	Double test nguy cơ cao down (1/137), tuổi mẹ 38	3400ng	1.98
----	---------	---	--------	------

Nhận xét: Tuổi thai: 10/11 trường hợp sinh thiết tuổi thai ở tuần 13, một trường hợp sinh thiết ở tuần thai 12

- Chỉ định sinh thiết tua gai nhau: siêu âm bất thường (dày da gáy, dị tật tim, phù thai, thoát vị rốn, thoát vị hoành), double test nguy cơ cao 1/5, double test nguy cơ cao kết hợp tuổi mẹ cao.

- Hàm lượng ADN thu được đều >1560ng. Với kỹ thuật Prenatal BoBs cần 240ng. Độ tinh sạch của các mẫu đạt từ 1.8 – 1.98 (OD 260/280). Đạt yêu cầu kỹ thuật tách chiết ADN. Như vậy 11/11 mẫu sinh thiết gai nhau từ tuần 12 – 13 đều đạt tiêu chuẩn để thực hiện kỹ thuật Prenatal BOBs.

Chúng tôi đã ứng dụng kỹ thuật sinh thiết tua gai nhau ở tuần 12 – 13 cho 11 trường hợp. Tỷ lệ lấy mẫu thành công là 11/11. Sau khi lấy mẫu, thai phụ đều được theo dõi 7-15 ngày: tình trạng thai sau khi sinh thiết đều ổn định, không có rủi ro của kỹ thuật sinh thiết gai nhau như đau bụng, ra máu....

3.2. Kết quả phân tích Prenatal BoBs

Bảng 3.2. Đối chiếu chỉ định sinh thiết gai nhau và kết quả phân tích Prenatal BOBs

Chỉ định sinh thiết gai nhau	Tuổi mẹ	Kết quả Prenatal BOBs
Double test nguy cơ down 1:5	34	Trisomy 18
Dày da gáy 4.6mm	27	Trisomy 18
Bệnh lý tim, tim 1 tâm thất phải	28	Trisomy 18
Phù thai, tuổi mẹ cao	40	Trisomy 18
Thoát vị rốn	26	Trisomy 18
Thiếu sản thất trái	28	Bình thường
Thoát vị hoành	24	Bình thường
Double test nguy cơ down 1:5	35	Bình thường
Double test nguy cơ down 1:50, dày da gáy 3.5mm	36	Bình thường
Double test nguy cơ down 1:227, tuổi mẹ cao	41	Bình thường
Double test nguy cơ down 1:137, tuổi mẹ cao	38	Bình thường

Chỉ định sinh thiết:

- 1/11: Chỉ định sinh thiết do tăng độ dày da gáy (NT = 4.6mm)

- 1/11: Chỉ định sinh thiết do tăng độ dày da gáy (NT=3.5mm), và double test nguy cơ cao

- 5/11: Chỉ định do thấy bất thường tim trên siêu âm (thiếu sản thất trái, tim một tâm thất, phù thai, thoát vị hoành, thoát vị rốn)

- 2/11: Chỉ định do kết quả sàng lọc huyết thanh nguy cơ cao hội chứng Down kết hợp tuổi mẹ cao (≥ 38 tuổi)

- 2/11: Chỉ định do kết quả sàng lọc huyết thanh nguy cơ cao hội chứng Down (1/5)

Đối chiếu chỉ định sinh thiết với kết quả Prenatal BOBs

- Phát hiện 5 trisomy 18 (hội chứng Edwards) trong 11 trường hợp sinh thiết gai nhau. Trong đó:

+ 1/5 trisomy 18 có phù thai và tuổi mẹ >40

+ 3/5 có bất thường siêu âm (dày da gáy 4.6mm, dị tật tim, thoát vị rốn)

+ 1/5 có double test nguy cơ cao 1/5

Như vậy: Trong 6 trường hợp có dấu hiệu siêu âm bất thường thì phát hiện 4 trường hợp bất thường nhiễm sắc thể trisomy 18

Chỉ phát hiện 1 trường hợp trisomy 18 trong 5 trường hợp có kết quả sàng lọc double test nguy cơ cao.

Những trường hợp bất thường trên siêu âm (dày da gáy, tim một tâm thất, thoát vị rốn, phù thai) có tỷ lệ cao bất thường nhiễm sắc thể.

Tất cả các mẫu sinh thiết không phát hiện thấy bất thường ở 9 vùng vi mất đoạn: 22q11.2, 10p14, 7q11.2, 5q11-q12, 15q11-q12, 17p11.2, 4p16.3, 5p15.2-p15.3, 8q23-q24, 17p13.3.

3.4. Hình ảnh minh họa kết quả Prenatal BoBs

Hình 1: Trường hợp bình thường. (Mã bệnh nhân: 30139)



Hình 2: Trường hợp bất thường trisomy 18. (Mã bệnh nhân: 30147)



Nhận xét: Mẫu sinh thiết tua nhau được thực hiện xét nghiệm bằng kỹ thuật Prenatal BOBs cho kết quả nhanh chỉ sau 48h. Thông số kỹ thuật của tất cả các mẫu đều đạt tiêu chuẩn phân tích: FMI >180, Reference autosomal CV<6%, Sample autosomal CV <9%.

Mẫu không có bất thường khi so sánh với mẫu đối chứng nữ và mẫu đối chứng nam thì tỷ số giữa mẫu so với đối chứng nam và mẫu so với đối chứng nữ đều gần bằng 1, đường biểu diễn tỷ số so sánh nằm trong khoảng CV.

Mẫu có bất thường (trisomy 18) khi so sánh với mẫu đối chứng nam và mẫu đối chứng nữ thì tỷ số giữa mẫu so với đối chứng nam và mẫu so với đối chứng nữ đều lớn hơn 1 (1.2 – 1.44).

Đường biểu diễn tỷ số so sánh lệch ra ngoài khoảng CV.

IV. BÀN LUẬN

Sinh thiết tua nhau chẩn đoán trước sinh là một phương pháp có thể thực hiện sớm từ tuần 11 đến 14 của thai kỳ. Việc có kết quả sớm để có định hướng theo dõi, xử trí trên lâm sàng sẽ mang lại lợi ích cho bệnh nhân đặc biệt đối với những trường hợp đã phát hiện bất thường nặng trên siêu âm cần xử lý thai kỳ sớm. Sinh thiết tua nhau là một thủ thuật khó và cần có kinh nghiệm của bác sỹ sản khoa cùng sự hỗ trợ của siêu âm. Việc tư vấn cho bệnh nhân về nguy cơ dọa sảy khi thực hiện sinh thiết tua nhau là rất cần thiết [3,4,5]. Tuy nhiên theo thống kê trong vòng 15

năm trở lại đây, tỷ lệ dọa sảy đối khi sinh thiết tua nhau đã giảm xuống chỉ còn 0.5% vì vậy sinh thiết tua nhau vẫn là một phương pháp có nhiều lợi ích trong chẩn đoán sớm từ 3 tháng đầu thai kỳ đối với những trường hợp có nguy cơ cao mắc hội chứng bệnh lý di truyền. Mẫu sinh thiết cũng chỉ lấy được ít do xâm lấn khi tuần thai còn nhỏ vì vậy thường khó có thể thực hiện được nuôi cấy lập công thức nhiễm sắc thể mà cần một phương pháp sinh học phân tử có thể thực hiện từ lượng ADN rất nhỏ và cho kết quả nhanh, chính xác. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp sinh thiết tua nhau đều không có rủi ro sinh thiết biểu hiện lâm sàng.

Các trường hợp kết quả Prenatal BOBs bất thường đều được thực hiện thêm kỹ thuật QF-PCR (Quantitative Fluorescence-Polymerase Chain Reaction). Cả 5 trường hợp trisomy 18 của Prenatal BOBs đều phù hợp với kết quả QF-PCR. Kết hợp kết quả xét nghiệm và kết quả siêu âm, các trường hợp có bất thường nhiễm sắc thể (trisomy 18) đã chấm dứt thai kỳ từ tuần 13 – 14. Những trường hợp có kết quả bình thường tiếp tục được tiếp tục theo dõi sản khoa và siêu âm. 3 trường hợp hiện đã sinh con khỏe mạnh tại bệnh viện Vinmec, các trường hợp còn lại đang được tiếp tục theo dõi.

Sự phát triển của các kỹ thuật sinh học phân tử cho phép thực hiện xét nghiệm nhanh, độ nhạy, độ chính xác cao mà chỉ cần một lượng nhỏ mẫu ban đầu. Kỹ thuật FISH và QF-PCR là các kỹ thuật đã được sử dụng trong chẩn đoán trước sinh từ nhiều năm, tuy nhiên mặt hạn chế của 2 kỹ thuật này là chỉ giới hạn phát hiện bất thường số lượng nhiễm sắc thể 13, 18, 21, X, Y. So với QF-PCR và FISH thì kỹ thuật BOBs còn phát hiện được thêm 9 vùng vì mất đoạn liên quan tới các hội chứng di truyền DiGeorge, Williams-Beuren, Prader-Willi, Angelman, Smith-Magenis, Wolf-Hirschhorn, Cri du Chat, Langer-Giedion, and Miller-Dieker syndromes. Tuy nhiên kỹ thuật Prenatal BOBs vẫn còn những hạn chế đối với trường hợp khả năng tỷ lệ thấp, không phát hiện được nhiễm mẹ, đặc biệt các bất thường cấu trúc nhiễm sắc thể khác nằm ngoài vùng thiết kế của bộ kit, các bất thường chuyển đoạn, đảo đoạn nhiễm sắc thể, thể đa bội. Những trường hợp này cần thực hiện xét nghiệm lập công thức nhiễm sắc thể, aCGH (Microarray-based Comparative Genomic Hybridization) khi thai 16 – 18 tuần từ dịch ối [6,7].

Mặc dù đây chỉ là những kết quả ban đầu của 11 trường hợp sinh thiết tua nhau chẩn đoán sớm trước sinh nhưng chúng tôi đã phát hiện được 5/11 trường hợp bất thường nhiễm sắc thể (trisomy 18) từ tuần thai 13. Kết quả này thực sự có giá trị và ý nghĩa đối với lâm sàng. So với các kỹ thuật sinh học phân tử khác thì kỹ thuật Prenatal BOBs có độ nhạy, độ đặc hiệu cao, đã có chứng chỉ CE – IVD (In vitro Diagnostic), thời gian thực hiện nhanh, đặc biệt phát hiện sớm các bất thường nhiễm sắc thể ở tuần thai 12 – 13.

V. KẾT LUẬN

- Đã ứng dụng kỹ thuật sinh thiết tua gai nhau ở tuần 12 – 13. Sau khi sinh thiết các thai phụ đều ổn định, không có rủi ro của kỹ thuật sinh thiết gai nhau như đau bụng, ra máu....

- Đã phát hiện 5 trisomy 18 (hội chứng Edwards) trong 11 trường hợp sinh thiết tua gai nhau: 5 trường hợp trisomy 18 có dấu hiệu siêu âm bất thường: dày da gáy (4,6mm), tim một tâm thất phải, phù thai, thoát vị rốn, double nguy cơ cao (1/5). Đây là những dấu hiệu lâm sàng chỉ định sinh thiết tua gai nhau đã phát hiện sớm dị tật bất thường nhiễm sắc thể ở 3 tháng đầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alfirevic Z, von Dadelszen P (2003).** Alfirevic, Zarko, ed. "Instruments for chorionic villus sampling for prenatal diagnosis". Cochrane Database Syst Rev (1): CD000114. doi:10.1002/14651858.CD000114. PMID 12535386.
2. **Ogilvie, C.; Akolekar, R.** Procedure-related pregnancy loss following invasive prenatal sampling: Time for a new approach to risk assessment and counseling. Expert Rev. Obstet. Gynecol. 2013, 8, 135–142
3. **Caroline Ogilvie.** Pregnancy Loss Following Amniocentesis or CVS Sampling—Time for a Reassessment of Risk. J. Clin. Med. 2014, 3(3), 741–746; doi:10.3390/jcm3030741
4. **Tabor, A.; Alfirevic, Z.** Update on procedure-related risks for prenatal diagnosis techniques. Fetal Diagn. Ther. 2010, 27, 1–7
5. **Akolekar, R.; Bower, S.; Flack, N.; Bilardo, C.M.; Nicolaides, K.H.** Prediction of miscarriage and stillbirth at 11–13 weeks and the contribution of chorionic villus sampling. Prenat. Diagn. 2011, 31, 38–45
6. **Sandra García-Herrero,** BACs-on-Beads Technology: A Reliable Test for Rapid Detection of Aneuploidies and Microdeletions in Prenatal Diagnosis, Volume 2014, Article ID 590298, 7 pages BioMed Research International
7. **I. B. van den Veyver, A. Patel, C. A. Shaw et al.,** "Clinical use of array comparative genomic hybridization (aCGH) for prenatal diagnosis in 300 cases," Prenatal Diagnosis, vol. 29, no. 1, pp. 29–39, 2009

THỰC TRẠNG CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN SAU CHẤN THƯƠNG TỦY SỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2016

Nguyễn Anh Tú¹, Đỗ Đào Vũ²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau chấn thương tủy sống và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện Bạch Mai năm 2016; **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang 65 bệnh nhân. **Kết quả:** Khả năng độc lập trong chăm sóc bản thân 10,5/20 điểm; kiểm soát chức năng hô hấp, đại tiểu tiện và khả năng độc lập trong đi vệ sinh 19,8/40 điểm; di chuyển trong phòng, di chuyển ra bồn cầu 6,4/10 điểm; di chuyển ra môi trường bên ngoài 6,4/30 điểm; biến chứng đau thần kinh chủ yếu mức độ nhẹ và trung bình chiếm 98,5%. Bệnh nhân có mức độ tổn thương liệt tủy hoàn toàn có xu hướng cảm nhận chất lượng sống không tốt cao gấp 10,13 lần so với nhóm bệnh nhân liệt tủy không hoàn toàn (với 95%CI là 1,24 – 83,21), những bệnh nhân bị liệt tứ chi có xu hướng cảm nhận chất lượng sống không tốt cao gấp 8,58 lần so với nhóm bệnh nhân bị liệt 2 chân (với 95%CI là 1,04 – 70,6). **Kết luận:** Kết quả đánh giá mức độ ảnh hưởng đến chất lượng sống theo thang điểm đánh giá mức độ độc lập SCIM và thang điểm đánh giá mức độ đau VAS thì chiếm một tỉ lệ tương đối cao 76,9% bệnh nhân sau CTTS có chất lượng cuộc sống không tốt. Mức độ tổn thương tủy sống và vị trí tổn thương tủy sống có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với chất lượng sống của bệnh nhân.

Từ khóa: tổn thương tủy sống, chất lượng sống

SUMMARY

EVALUATION OF LIFE QUALITY OF INDIVIDUALS AFTER SPINAL CORD INJURIES AT BACH MAI HOSPITAL IN 2016

Objectives: To evaluate the patients' quality of life after spinal cord injuries and a number of related aspects at Bach Mai hospital in 2016; **Subjects and methodology:** a cross-sectional study on 65 patients; **Results:** Independence in personal care 10.5/20 points; control of respiration and continence, independence in excretion 19.8/40 points; moving inside the room, going to the toilet 6.4/10 points; moving outdoors 6.4/30 points; neurogenic pains from light to medium level 98.5%. Patients with total paralysis tend to complain about low life quality more than patients with partial paralysis (higher than 10.13 times) with 95% CI = 1.24 – 83.21. The number of

quadriplegic patients with low quality of life is 8.58 times higher than that of paraplegic patients with 95%CI = 1.04 – 70.6. **Conclusion:** According to Spinal Cord Independence Measure (SCIM) and VAS pain scale, 76.9% patients with spinal cord injuries do not have high life quality. Therefore, it could be said that the level and site of injuries are associated with the quality of life of patients after spinal cord injuries.

Key words: spinal cord injury, quality of life.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương tủy sống tác động đến hàng nghìn người mỗi năm, gây ảnh hưởng tới sức khỏe, mất chức năng vận động, rối loạn cảm giác và các cơ quan khác như bàng quang, đường ruột, hô hấp, tim mạch và loét do tỳ đè dẫn đến giảm CLCS [6]. Nghiêm trọng hơn, CTTS làm BN mất cơ hội việc làm, mất khả năng độc lập trong cuộc sống và thay đổi tâm lý sức khỏe nặng nề. Chất lượng cuộc sống của BN sau CTTS phụ thuộc nhiều vào việc chăm sóc, phục hồi chức năng, định hướng nghề nghiệp và tái hội nhập cộng đồng. Ngày nay, có nhiều Trung tâm PHCN cho BN CTTS ra đời ở các nước phát triển. Điều này giúp cho BN có nhiều cơ hội được PHCN, giảm các thương tật thứ cấp, độc lập trong sinh hoạt và hội nhập xã hội, từng bước cải thiện chất lượng sống. Tỷ lệ chấn thương tủy sống không ngừng gia tăng, tuy nhiên chất lượng sống của nhóm bệnh nhân này ở Việt Nam chưa thực sự được quan tâm, đánh giá đúng mức. Theo khảo sát của chúng tôi, chưa có những bài báo được công bố về chủ đề. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau chấn thương tủy sống và một số yếu tố liên quan 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 đối tượng nghiên cứu: (1) Tuổi từ 18-75 tuổi; (2) Bệnh nhân CTTS sau khi kết thúc quá trình điều trị ngoại khoa được chuyển về điều trị tiếp tại Trung tâm phục hồi chức năng; (3) Bệnh nhân giao tiếp được; (4) Bệnh nhân tự nguyện, đồng ý hợp tác tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu : (1) Bệnh nhân có các bệnh kèm

¹ Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

² Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đào Vũ

Email: dodaovurehabi@yahoo.com

Ngày nhận bài: 12.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2017

Ngày duyệt bài: 31.8.2017

theo: Tai biến mạch máu não, bệnh cơ xương khớp, bệnh hệ tiết niệu; (2) Những người bệnh tử vong hoặc xin về trong quá trình nghiên cứu; (3) Những BN đã điều trị và lần này tái nhập viện để phục hồi chức năng tiếp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2.2. Xác định cỡ mẫu, cách chọn mẫu:

Chọn toàn bộ số bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn đang được điều trị tại Trung tâm phục hồi chức năng với tổng số 65 bệnh nhân.

2.2.3. Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ 01/11/2015 đến 02/06/2016.

2.2.4. Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Phục hồi chức năng bệnh viện Bạch Mai

2.2.5. Phương pháp và công cụ thu thập thông tin: Dựa vào bệnh án tác giả thu thập các thông tin chung của BN (tuổi, giới; vị trí tổn thương, mức độ tổn thương tùy sống theo thang điểm đánh giá ASIA (*American Spinal Injury Association*); Công cụ thu thập số liệu theo thang điểm SCIM (*Spinal Cord Independence*

Measure); Công cụ thu thập số liệu mức độ đau VAS (*Visual Analogue Scale*)

2.3. Các tiêu chuẩn đánh giá

+ Chất lượng cuộc sống tốt: khi VAS ≤ 5 và SCIM > 60 .

+ Chất lượng cuộc sống không tốt: khi VAS > 5 hoặc SCIM ≤ 60 .

2.4. Phân tích số liệu: phân tích bằng phần mềm thống kê Stata 11.0, phân mô tả tỷ lệ phần trăm với biến định tính và giá trị trung bình, độ lệch chuẩn với biến định lượng. Tỷ suất chênh OR để xác định mối liên quan giữa biến độc lập và biến phụ thuộc, có ý nghĩa thống kê khi 95%CI không chứa 1. Với $P < 0,05$ xác định là mức có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là $42,0 \pm 15,8$ tuổi, nhóm < 60 chiếm 86,15%, thời gian bị bệnh trung bình là $8,1 \pm 2,2$ tuần; nam cao gấp 2 lần nữ. Liệt tủy hoàn toàn chiếm 1/3 (33,8%) số BN trong nhóm nghiên cứu. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, liệt tứ chi do chấn thương tủy sống cao chiếm tỷ lệ không nhỏ 30,8%.

3.2. Chất lượng sống của bệnh nhân chấn thương tủy sống và một số yếu tố liên quan

Bảng 1. Phân bố mức độ đau của bệnh nhân theo thang điểm VAS

Chức năng hô hấp và cơ tròn	Tổng số (n=65)	Tỷ lệ %
Không đau	1	1,5
Đau nhẹ	60	92,3
Đau trung bình	4	6,2
Đau nhiều	0	0

Phần lớn bệnh nhân có mức độ đau nhẹ với 92,3%, không có ai đau nhiều.

Bảng 2. Phân bố mức độ độc lập theo thang điểm SCIM

Chức năng chăm sóc bản thân	TB $\pm$ SD	Tối đa
Ăn uống	$2,8 \pm 1,6$	4
Tắm thân trên	$1,2 \pm 1,1$	3
Tắm thân dưới	$1,0 \pm 0,9$	3
Mặc áo	$1,8 \pm 1,1$	3
Mặc quần	$1,2 \pm 1,0$	3
Vệ sinh vùng đầu mặt	$2,6 \pm 1,7$	4
Tổng điểm chức năng	$10,5 \pm 6,4$	20
Chức năng hô hấp và cơ trong: Khả năng hô hấp	10	10
Chức năng cơ thắt bàng quang (tiểu tiện tự chủ)	$6,5 \pm 6,4$	15
Chức năng cơ thắt hậu môn (đại tiện tự chủ)	$2,3 \pm 3,3$	10
Mức độ độc lập trong việc đi vệ sinh	$0,95 \pm 0,98$	5
Tổng điểm chức năng	$19,8 \pm 9,0$	40
Khả năng di chuyển trong phòng, bồn cầu		
Khả năng di chuyển trên giường và các hoạt động để tránh loét tỳ đè	$4,1 \pm 2,2$	6
Khả năng dịch chuyển từ giường ra xe lăn	$1,2 \pm 0,9$	2
Khả năng dịch chuyển từ xe lăn ra bồn cầu-bồn tắm	$1,1 \pm 0,9$	2
Tổng điểm chức năng	$6,4 \pm 3,9$	10
Khả năng di chuyển trong nhà và bên ngoài		
Khả năng di chuyển trong nhà	$2,2 \pm 1,8$	8
Khả năng dịch chuyển với khoảng cách vừa phải (10-100m)	$1,9 \pm 1,7$	8

Chức năng chăm sóc bản thân	TB $\pm$ SD	Tối đa
Khả năng dịch chuyển bên ngoài nhà (khoảng cách trên 100m)	1,2 $\pm$ 1,3	8
Khả năng đi lên cầu thang bộ	0,1 $\pm$ 0,2	3
Khả năng dịch chuyển từ xe lăn – xe ô tô (mô tô)	0,9 $\pm$ 1,3	3
Tổng điểm chức năng	6,4 $\pm$ 5,3	30

Tổng điểm các chức năng đánh giá mức độ độc lập ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu thấp hơn nhiều so với mức điểm độc lập tối đa của người bình thường.

Bảng 3. Phân bố chất lượng cuộc sống bệnh nhân chấn thương tủy sống theo đánh giá mức độ đau VAS và mức độ độc lập SCIM

Chất lượng cuộc sống	n=65	Tỷ lệ %
Tốt	15	23,1
Không tốt	50	76,9

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân chấn thương tủy sống có chất lượng cuộc sống tốt chiếm tỷ lệ không cao 23,1%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng sống của bệnh nhân sau tổn thương tủy sống

Bảng 4. So sánh giữa nhóm tuổi và chất lượng sống của bệnh nhân

Tuổi		Chất lượng sống		p
	Không tốt		Tốt	
	n	%	n	%
Dưới 60	44	88	12	80
Trên 60	6	22	3	20
Tổng	50	100	15	100

Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi trên và dưới 60 (tuổi) và chất lượng sống của bệnh nhân sau chấn thương tủy sống với $p > 0,05$.

Bảng 5. So sánh giữa giới tính và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân

Giới	Chất lượng sống				p
	Không tốt		Tốt		
	n	%	n	%	>0,05
Nữ	17	34	6	40	
Nam	33	66	9	60	
Tổng	50	100	15	200	

Không tìm thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ với chất lượng sống của bệnh nhân sau chấn thương tủy sống với $p > 0,05$.

Bảng 6. Mối liên quan giữa mức độ tổn thương và chất lượng sống của bệnh nhân

Mức độ tổn thương	Chất lượng sống		χ^2	P	OR (95%CI)
	Không tốt(n)	Tốt(n)			
Liệt tủy hoàn toàn	21	1	6,43	0,01	10,13 (1,24 – 83,21)
Liệt tủy không hoàn toàn	29	14			
Tổng	50	15			

Mức độ tổn thương liệt tủy hoàn toàn có xu hướng cảm nhận chất lượng cuộc sống không tốt cao gấp 10,13 lần so với nhóm bệnh nhân tổn thương liệt tủy không hoàn toàn với khoảng tin cậy 95%CI (1,24 – 83,21), p là 0,01, χ^2 là 6,43.

Bảng 7. Mối liên quan giữa vị trí tổn thương và chất lượng sống

Vị trí tổn thương	Chất lượng sống		χ^2	P	OR (95%CI)
	Không tốt(n)	Tốt(n)			
Liệt tứ chi	19	1	5,32	0,02	8,58 (1,04 – 70,6)
Liệt hai chân	31	14			
Tổng	50	15			

Vị trí tổn thương dẫn đến liệt tứ chi có cảm nhận chất lượng cuộc sống không tốt cao gấp 8,58 lần so với nhóm bệnh nhân bị liệt 2 chân, với 95%CI (1,04 – 70,6), p là 0,02.

IV. BÀN LUẬN

Chất lượng cuộc sống bệnh nhân sau chấn thương tủy sống được phản ánh ở nhiều khía cạnh khác nhau như khả năng di chuyển, khả năng tái hội nhập xã hội, định hướng nghề

nghiệp, biến chứng đau thần kinh, rối loạn chức năng bàng quang, đường ruột tác động đến chất lượng sống người bệnh.... Tuy nhiên, trong phạm vi nghiên cứu chúng tôi tập trung đánh giá hai khía cạnh chính làm ảnh hưởng chất lượng cuộc

sống của bệnh nhân sau chấn thương tủy sống là khả năng độc lập trong sinh học thông qua thang điểm SCIM và mức độ đau thần kinh do biến chứng CTTS thông qua thang điểm nhìn VAS [5],[7]. Thang điểm SCIM đánh giá được mức độ độc lập của người bệnh thông qua các chức năng sinh hoạt như: chức năng chăm sóc bản thân; chức năng hô hấp và cơ tròn; chức năng di chuyển trong nhà, vào bồn cầu; chức năng di chuyển trong nhà, di chuyển bên ngoài. Chức năng chăm sóc bản thân tổng điểm là $10,5 \pm 6,4$ So sánh với điểm tối đa nhóm chức năng này theo thang điểm SCIM chúng tôi nhận thấy, mức tổng điểm đạt khoảng 10/20 điểm mức độ bước đầu độc lập. Chức năng hô hấp và cơ tròn chúng tôi nhận thấy tổng điểm ghi nhận được là $19,8 \pm 9,0$ (điểm tối ưu là 40 điểm). Ở Việt Nam chưa có mô hình điều trị phục hồi tiền cộng đồng giai đoạn chuẩn bị cho hòa nhập, do đó cũng lý giải cho kết quả số điểm độc lập trong di chuyển trong môi trường bên ngoài bệnh viện là thấp. Đánh giá tác động đau đến chất lượng sống của BN sau CTTS. Đau thần kinh là biến chứng thường gặp ở BN sau chấn thương tủy sống. Đau gặp ở tất cả mức độ và vị trí TTTS. Đau thần kinh có thể dẫn đến trầm cảm, ảnh hưởng đến mọi hoạt động và sinh hoạt của BN. Vì vậy đau là khía cạnh quan trọng ảnh hưởng đến chất lượng sống của BN sau CTTS. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn BN đau ở mức độ nhẹ chiếm 92,3% chỉ có 6,2% mức độ đau bình thường, không có trường hợp nào đau nhiều như đã được mô tả về cường độ đau thần kinh. Điều này được lý giải là do BN trong nhóm nghiên cứu đang ở giai đoạn đầu, trong khi đau thần kinh lại xuất hiện sau 6 tháng đến 1 năm. Kết quả này tương đồng với nhận xét của Nguyễn Văn Chương (2006) biến chứng đau thần kinh chủ yếu xuất hiện sau CTTS 3 tháng đến 1 năm, thậm chí có nhiều trường hợp xuất hiện đau thần kinh xuất hiện nhiều năm sau chấn thương [1].

Khi phân tích một số yếu tố liên quan, chúng tôi nhận thấy giới tính dù nam giới hay nữ sau tổn thương tủy sống chất lượng cuộc sống đều có mức ảnh hưởng như nhau. Chất lượng sống của bệnh nhân bị chi phối bởi yếu tố mức độ tổn thương tủy sống, cụ thể đó là những bệnh nhân liệt tủy hoàn toàn có xu hướng cảm nhận chất lượng cuộc sống không tốt cao gấp 10,13 lần so với nhóm bệnh nhân liệt tủy không hoàn toàn, với 95%CI là 1,24 – 83,21, p là 0,01. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu trước đây như Cẩm Bá Thúc [3], liệt hai chân hoàn toàn ảnh

hưởng đến khả năng hòa nhập và độc lập trong cuộc sống tại cộng đồng nhiều hơn nhóm liệt không hoàn toàn. Tác giả Lương Tuấn Khanh[2] cho rằng liệt hoàn toàn dù hai chân hay tứ chi ảnh hưởng đến chất lượng sống nặng hơn liệt không hoàn. Cùng với mức độ tổn thương, vị trí tổn thương tủy sống là những yếu tố làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng sống của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân bị liệt tứ chi có xu hướng cảm nhận chất lượng cuộc sống không tốt cao gấp 8,58 lần so với nhóm bệnh nhân bị liệt 2 chân, với 95%CI là 1,04 – 70,6, p là 0,02. Kết quả này tương đồng kết quả nghiên cứu của chúng tôi trước đây [4] liệt tứ chi làm giảm chức năng sinh hoạt của người bệnh, ảnh hưởng đến chất lượng sống, khả năng hòa nhập xã hội, định hướng nghề nghiệp. Bảng chứng lâm sàng cho thấy nhiều khi liệt tứ chi, liệt hoàn toàn không hẳn có chất lượng sống kém hơn bệnh nhân chỉ liệt 2 chân, hay liệt không hoàn toàn. Điều này được giải thích là do có nhiều yếu tố cùng làm ảnh hưởng đến chất lượng sống trong đó có đau thần kinh, biến chứng khiến bệnh nhân bị ảnh hưởng rất nhiều đến cuộc sống hàng ngày vì nó gây đau đớn đối với người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Kết quả đánh giá mức độ ảnh hưởng đến chất lượng sống theo thang điểm đánh giá mức độ độc lập SCIM và thang điểm đánh giá mức độ đau VAS thì chiếm một tỉ lệ tương đối cao 76,9% bệnh nhân sau TTTS có chất lượng cuộc sống không tốt. Mức độ tổn thương tủy sống và vị trí tổn thương tủy sống có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với chất lượng sống của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Chương**, *Đau thần kinh*, Thực hành lâm sàng thần kinh học, Nhà xuất bản Y học, 2006; (2) tr 223-230.
2. **Lương Tuấn Khanh**. Đánh giá sự tiến triển ở bệnh nhân liệt hai chi dưới do CTTS kín Frankel. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội, 1998.
3. **Cẩm Bá Thúc**, Nguyễn Xuân Nghiên và Cao Minh Châu. Nghiên cứu thực trạng bệnh nhân liệt hai chi dưới do CTTS tại cộng đồng và đề xuất một số giải pháp can thiệp. Luận văn tốt nghiệp tiến sĩ y khoa, Đại học Y Hà Nội, 2008.
4. **Đỗ Đào Vũ và Cao Minh Châu**, *Bước đầu đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng cho bệnh nhân liệt tứ chi sau chấn thương cột sống cổ*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội, 2006.
5. **Collens SL, et al.** "The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in ilimeters", *Pain*, 1997; 72(1-2), pp. 95-97.
6. **Duggan, C. H, and Dijkers**. "MQuality of life

after spinal cord injury: A qualitative study", *Rehabilitation Psychology*, 2001; 46, pp. 3–27.
7. Fekete1 C, et al "Development and validation of

a self-report version of the Spinal Cord Independence Measure (SCIM III)", *Spinal Cord*, 2013; 51, pp. 40–47.

THỰC TRẠNG NHIỄM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI HÀNH VI NGUY CƠ CAO LÂY NHIỄM VI RÚT VIÊM GAN C CỦA BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ METHADONE, TỈNH NINH BÌNH NĂM 2016

Đỗ Văn Dung¹

TÓM TẮT

Bảng nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính dựa trên số liệu nghiên cứu 274 người tham gia điều trị methadone và phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm một số đối tượng liên quan của 4 cơ sở điều trị methadone tuyến huyện thuộc tỉnh Ninh Bình năm 2016, tác giả cho thấy: đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) có tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C (HCV) cao hơn ở các nhóm: nhóm tuổi từ 30 tuổi trở lên, nhóm sống không có vợ/chồng, nhóm thất nghiệp, nhóm nghèo, nhóm quan hệ tình dục (QHTD) với các đối tượng không phải vợ/người yêu, đặc biệt nhóm QHTD với nhiều người, với $p < 0,05$. Đối tượng sử dụng MTTH có xu hướng ở những nhóm có thời gian sử dụng MTD lâu hơn có tỷ lệ nhiễm HCV tăng dần. Các nhóm có tỷ lệ hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HCV đó là: nhóm không đạt về kiến thức và thực hành, nhóm sử dụng ma túy tổng hợp, với $p < 0,05$.

SUMMARY

ACTUAL STATUS OF HEPATITIS C VIRUS INFECTION AND SOME FACTORS RELATED TO HIGH RISK OF HCV TRANSMISSION AMONG METHADONE PATIENTS IN NINH BINH PROVINCE IN 2016

An analytical cross-sectional descriptive study, combining quantitative and qualitative research, was based on data from 274 participants in methadone treatment and in-depth interviews, and group discussions on a number of subjects. Department of methadone treatment at district level in Ninh Binh province in 2016, the author showed that: study subjects (PBP) have higher rates of hepatitis C virus (HCV) infection in groups: age group 30 years and older unmarried group, unemployed group, poor group, sex group with non-spouses/ partners, especially sex workers, with $p < 0,05$. Patients with MTT tended to be in groups with longer MTD with an increased incidence of HCV infection. Groups of high-risk behavior for HCV infection were: those who did not receive knowledge and practice, the group using synthetic drugs, with $p < 0,05$.

¹Liên hiệp các Hội khoa học và kỹ thuật tỉnh Ninh Bình
 Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Dung
 Email: dungnb62@gmail.com
 Ngày nhận bài: 18.6.2017
 Ngày phản biện khoa học: 8.8.2017
 Ngày duyệt bài: 22.8.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan vi rút C (VGVRC) là một trong những nguyên nhân chính của bệnh lý gan trên toàn thế giới. Tần xuất nhiễm HCV khác nhau tùy quốc gia - khu vực và phân bố typ gen HCV cũng khác nhau. Diễn tiến tự nhiên của VGVRC rất đa dạng, có thể tiến triển chậm hay nhanh; ngoài yếu tố vi rút, các yếu tố di truyền của bệnh nhân, hoàn cảnh môi trường cũng ảnh hưởng đến diễn tiến tự nhiên của từng cá thể bệnh nhân.

Trên toàn thế giới số người nhiễm HCV ước tính khoảng 170 triệu (tương đương 3% dân số). Tần xuất nhiễm khác nhau tùy quốc gia và vùng lãnh thổ. Việt Nam chưa thấy công bố nào về điều tra một cách hệ thống về dịch tễ học của nhiễm HCV. Tỉnh Ninh Bình, với dân số khoảng 930.000 người nhưng cũng chưa có một điều tra dịch tễ hoặc nghiên cứu bài bản nào về HCV. Toàn tỉnh hiện có 1.780 người nghiện chích ma túy được quản lý, ước tính có khoảng 2.500 người trên thực tế. Xét về đặc điểm dịch tễ học VGVRC, đường lây truyền cũng tương tự như HIV nhưng có sự khác nhau về mức độ trong từng đường lây; sự mắc bệnh VGVRC thường âm thầm, khó chẩn đoán và kiểm soát, các phác đồ điều trị và các biện pháp dự phòng chưa thực sự được quan tâm nên tỷ lệ nhiễm HCV có xu hướng gia tăng, đặc biệt trong nhóm bệnh nhân nghiện chích ma túy.

Để đánh giá thực trạng nhiễm HCV và xác một số yếu tố liên quan tới tỷ lệ nhiễm HCV và hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HCV của người đang tham gia điều trị methadone trong các cơ sở tuyến huyện thuộc tỉnh Ninh Bình, năm 2016, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài, nhằm mục tiêu: *Đánh giá thực trạng nhiễm HCV và xác định một số yếu tố liên quan tới hành vi nguy cơ cao lây nhiễm vi rút viêm gan C của đối tượng nghiện chích ma túy.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Hồ sơ, bệnh án của bệnh nhân đang điều trị methadone.

- Người bệnh đang điều trị methadone (từ 18 tuổi trở lên).

- Người dân trong cộng đồng, đại diện các tổ chức, ban ngành, đoàn thể tại cộng đồng và của địa bàn nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính.

- Cỡ mẫu nghiên cứu định lượng được tính theo công thức sau:

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

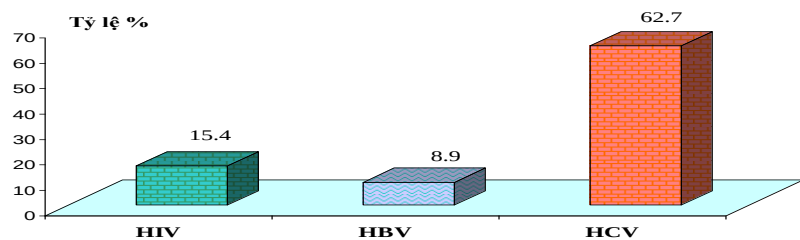
Tính được n=195. Thực tế số điều tra là 274.

- **Phân tích xử lý số liệu** theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 18.0

- So sánh tỷ lệ nghiên cứu theo kiểm định χ^2 , T-Test.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Thực trạng nhiễm HCV của ĐTNC



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ nhiễm HIV, HBV và HCV của ĐTNC trước khi điều trị MTD

Biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ nhiễm HCV trong ĐTNC tương đối cao chiếm 62,7%. Trong số đó, tỷ lệ nhiễm HIV (15,4%) và HBV (8,9%) thường ổn định và ở mức thấp. Tỷ lệ này cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu khác trong nước và thế giới, theo Hoàng Đình Cảnh (2011) là 56,9% [2], theo Đỗ Văn Dung, Hoàng Thị Hồng Hạnh (2015) là 76,3% [3], theo Hiệp Hội nghiên cứu bệnh Gan mật châu Âu là 64%-85% [4],[5].

3.2. Một số yếu tố liên quan tới tỷ lệ lây nhiễm HCV

Bảng 3.2. Độ tuổi, hôn nhân của ĐTNC liên quan với nhiễm HCV

Yếu tố	Nhiễm HCV (n=271)		OR (CI95%)	p
	Có n (%)	Không n (%)		
1. Độ tuổi:				
≥30 tuổi	156 (64,7)	85 (35,3)	2,10 (1,00-4,51)	<0,05
<30 tuổi	14 (46,7)	16 (53,3)		
2. Tình trạng hôn nhân:				
Khác	63 (71,6)	25 (28,4)	1,79 (1,03-3,10)	<0,05
Đang có vợ/chồng	107 (58,5)	76 (41,5)		

- ĐTNC ở nhóm tuổi từ 30 tuổi trở lên có tỷ lệ nhiễm HCV cao hơn nhóm tuổi dưới 30 tuổi (64,7% và 46,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với OR = 2,10 (CI95%: 1,03-3,10) và p<0,05.

- Nhóm ĐTNC đang sống chung với vợ/chồng, có tỷ lệ nhiễm HCV thấp hơn các nhóm khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p<0,05.

Bảng 3.3. Nghề nghiệp, thu nhập của ĐTNC liên quan với nhiễm HCV

Yếu tố	Nhiễm HCV (n=271)		OR (CI95%)	p
	Có n (%)	Không n (%)		

Bảng 3.1. Phân bố ĐTNC theo xét nghiệm HCV dương tính mới theo thời gian

Thời gian	n	Tỷ lệ (%)
Sau điều trị MTD 6 tháng (n=35)	1	2,9
Sau điều trị MTD 12 tháng (n=40)	1	2,5
Sau điều trị MTD 18 tháng (n=8)	0	0
Sau điều trị MTD 24 tháng (n=8)	0	0
Tổng số: n= 91	2	2,2

Bảng 3.1 cho thấy, số đối tượng tham gia điều trị MTD có tỷ lệ rất nhỏ nhiễm HCV trong quá trình điều trị (từ 2,5% - 2,9%). Tỷ lệ này không xuất hiện ở nhóm có thời gian điều trị MTD từ sau 18 tháng trở lên. Theo Hoàng Đình Cảnh tỷ lệ nhiễm HCV sau 12 tháng điều trị tăng 0,5%, thấp hơn so với kết quả tại nghiên cứu này (2,9%), sau 24 tháng tăng lên 2,4%, cao hơn so với kết quả trong nghiên cứu (0%) [2].

1. Nghề nghiệp trước khi điều trị MTD:				
Thất nghiệp	35 (79,5)	9 (20,5)	2,65 (1,22-5,76)	<0,01
Khác	135 (59,5)	92 (40,5)		
3. Thu nhập bình quân/tháng của hộ gia đình trước khi điều trị MTD:				
Nghèo	123 (68,0)	58 (32,0)	1,94 (1,16-3,26)	<0,01
Không nghèo	47 (52,2)	43 (47,8)		

- Nhóm ĐTNC Thất nghiệp, có tỷ lệ nhiễm HCV cao hơn các nhóm khác (79,5% và 59,5%), với OR=2,65 (CI95%: 1,22-5,76) và $p<0,01$.

- Nhóm đối tượng nghèo có tỷ lệ nhiễm HCV cao hơn nhóm khác (68% và 52,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p<0,01$.

Bảng 3.4. Đối tượng quan hệ tình dục trong 12 tháng qua liên quan với nhiễm HCV (n=271)

Yếu tố	Nhiễm HCV		OR (CI95%)	p
	Có n (%)	Không n (%)		
1. Với vợ/người yêu:				
Có	140 (60,9)	90 (39,1)	0,57 (0,27-1,20)	>0,05
Không	30 (73,2)	11 (26,8)		
2. Với bạn tình bất chợt:				
Có	29 (70,7)	12 (29,3)	1,53 (0,74-3,14)	>0,05
Không	141 (61,3)	89 (38,7)		
3. Với PNMD:				
Có	73 (71,6)	29 (28,4)	1,87 (1,10-3,17)	<0,01
Không	97 (57,4)	72 (42,6)		
4. Với nhiều người cùng một thời điểm:				
Có	44 (88,0)	6 (12,0)	5,53 (2,26-13,51)	<0,001
Không	126 (57,0)	95 (43,0)		

- Nhóm QHTD với đối tượng là vợ/người yêu thì tỷ lệ nhiễm HCV thấp hơn nhóm khác. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p>0,05$.

- Các nhóm QHTD với các đối tượng khác đều có tỷ lệ nhiễm HCV cao. Đặc biệt nhóm QHTD với nhiều người tại một thời điểm có tỷ lệ nhiễm HCV cao hơn nhóm khác (88% và 57%), với OR=5,53 (CI95%: 2,26-13,51) và $p<0,001$.

Qua kết quả nghiên cứu, chúng ta cũng có thể đặt một dấu "?" cho sự gia tăng tỷ lệ nhiễm HCV của ĐTNC, có phải chăng QHTD với nhiều đối tượng, đặc biệt là với nhiều người cùng một thời điểm mà người ta thường nói là quan hệ "bầy đàn" sau khi sử dụng ma túy đá, thuốc lắc... là một trong những lý do dẫn đến gia tăng tỷ lệ nhiễm HCV?...

Bảng 3.5. Sử dụng ma túy tổng hợp của ĐTNC liên quan với nhiễm HCV

Yếu tố	Nhiễm HCV		OR (CI95%)	p
	Có n (%)	Không n (%)		
1. Trước khi điều trị MTD (n=271):				
Có	29 (65,9)	15 (34,1)	1,18 (0,60-2,32)	>0,05
không	141 (62,1)	86 (37,9)		
2. Sau 6 tháng điều trị MTD (n=226):				
Có	26 (63,4)	15 (36,6)	1,01 (0,50-2,03)	>0,05
Không	117 (63,2)	68 (36,8)		
3. Sau 12 tháng điều trị MTD (n=163):				
Có	25 (80,6)	6 (19,4)	2,62 (1,01-6,83)	<0,05
Không	81 (61,4)	51 (38,6)		
4. Sau 18 tháng điều trị MTD (77):				
Có	17 (77,3)	5 (22,7)	2,67 (0,73-7,04)	>0,05
Không	33 (60,0)	22 (40,0)		
5. Sau 24 tháng điều trị MTD (n=34):				
Có	9 (81,8)	2 (18,2)	3,46 (0,61-19,72)	>0,05
Không	13 (56,5)	10 (43,5)		

Bảng 3.5 cho thấy đối tượng sử dụng MTTH có xu hướng ở những nhóm có thời gian sử dụng MTD lâu hơn có tỷ lệ nhiễm HCV tăng dần. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm đối tượng có thời gian điều trị MTD sau 12 tháng, với $p < 0,05$.

Bảng 3.6. Hành vi vi phạm pháp luật của ĐTNC trước điều trị MTD liên quan với nhiễm HCV

Hành vi vi phạm pháp luật	Nhiễm HCV (n=271)		OR (CI95%)	p
	Có n (%)	Không n (%)		
Có	104 (68,4)	48 (31,6)	1,74 (1,06-2,86)	<0,05
không	66 (55,5)	53 (44,5)		

Bảng 3.6 cho thấy, nhóm đối tượng có hành vi vi phạm pháp luật có tỷ lệ nhiễm HCV cao hơn nhóm khác (68,4% và 55,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với OR=1,74 (CI95%: 1,06-2,86) và $p < 0,05$.

Bảng 3.7. Kiến thức và thực hành của ĐTNC liên quan với nhiễm HCV (n=270)

Yếu tố	Đương tính với HCV		OR (CI95%)	p
	Có n (%)	Không n (%)		
1. Kiến thức:				
Đạt	67 (58,3)	48 (41,7)	0,73 (0,44-1,19)	>0,05
Không đạt	102 (65,8)	53 (34,2)		
2. Thực hành:				
Đạt	56 (48,3)	60 (51,7)	0,34 (0,20-0,56)	<0,01
Không đạt	113 (73,4)	41 (26,6)		

- Nhóm đối tượng đạt về kiến thức phòng, chống HCV có tỷ lệ nhiễm HCV thấp hơn nhóm khác. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

- Nhóm đối tượng đạt về thực hành phòng, chống HCV có tỷ lệ nhiễm HCV thấp hơn nhóm khác (48,3% và 73,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với OR=0,34 (0,20-0,56) và $p < 0,01$.

3.3. Một số yếu tố liên quan với các hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HCV

Bảng 3.8. Sử dụng ma túy tổng hợp của ĐTNC liên quan với QHTD nhiều người trong 12 tháng qua

Sử dụng MTTH	QHTD với nhiều người		OR (CI95%)	p
	Có n (%)	Không n (%)		
1. Trước khi điều trị MTD (n=274):				
Có	24 (54,5)	20 (45,5)	9,42 (4,58-19,35)	<0,001
không	26 (11,3)	204 (88,7)		
2. Sau 6 tháng điều trị MTD (n=229):				
Có	26 (63,4)	15 (36,6)	18,63 (8,24-42,15)	<0,001
Không	16 (8,5)	172 (91,5)		
3. Sau 12 tháng điều trị MTD (n=165):				
Có	23 (74,2)	8 (25,8)	52,16 (17,24-157,86)	<0,001
Không	7 (5,2)	127 (94,8)		
4. Sau 18 tháng điều trị MTD (n=79):				
Có	15 (68,2)	7 (31,8)	28,39 (7,32-110-14)	<0,001
Không	4 (7,0)	53 (93,0)		
5. Sau 24 tháng điều trị MTD (n=35):				
Có	8 (72,7)	3 (27,3)	13,33 (2,42-73,48)	<0,001
Không	4 (16,7)	20 (83,3)		

Bảng 3.8 cho thấy, những người sử dụng MTTH ở các thời điểm khác nhau trong quá trình điều trị MTD đều có tỷ lệ QHTD với nhiều người cùng một thời điểm cao hơn nhóm khác. Sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001$. Kết quả này cũng được minh chứng thêm bởi ý kiến của nhóm ĐTNC, khi thảo luận nhóm họ cho hay: "khi sử dụng ma túy đá họ thường đi theo nhóm có nam, có nữ và sau khi phê thuốc thường nảy sinh nhu cầu QHTD và họ sinh hoạt chung mà không sử dụng bao cao su".

Bảng 3.9. Sử dụng ma túy tổng hợp của ĐTNC liên quan với thực hành

Sử dụng MTTH	Thực hành		OR (CI95%)	p
	Đạt n (%)	Không đạt n (%)		
1. Trước khi điều trị MTD (n=274):				
Có	11 (25,0)	33 (75,0)	0,38 (0,19-0,80)	<0,01
không	107 (46,5)	123 (53,5)		
2. Sau 6 tháng điều trị MTD (n=229):				

Có	9 (22,0)	32 (78,0)	0,26 (0,12-0,58)	<0,001
Không	97 (51,6)	91 (48,4)		
3. Sau 12 tháng điều trị MTD (n=165):				
Có	7 (22,6)	24 (77,4)	0,20 (0,08-0,49)	<0,001
Không	80 (59,7)	54 (40,3)		
4. Sau 18 tháng điều trị MTD (n=79):				
Có	7 (31,8)	15 (68,2)	0,52 (0,09-0,72)	<0,01
Không	37 (64,9)	20 (35,1)		
5. Sau 24 tháng điều trị MTD (n=35):				
Có	2 (18,2)	9 (81,8)	0,09 (0,02-0,54)	<0,01
Không	17 (70,8)	7 (29,2)		

Bảng 3.9 cho thấy, những người sử dụng MTTH ở các thời điểm khác nhau trong quá trình điều trị MTD đều có tỷ lệ đạt về thực hành phòng, chống HCV thấp hơn nhóm khác. Sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,01$.

IV. KẾT LUẬN

Thực trạng nhiễm HCV:

- Tỷ lệ nhiễm HCV của bệnh nhân đang điều trị methadone tương đối cao, chiếm 62,7%.
- Tỷ lệ mắc mới HCV của đối tượng nghiên cứu đang ở mức cao hơn so với một số nghiên cứu khác, chiếm 2,4%.

Một số yếu tố liên quan:

- ĐTNC ở nhóm tuổi từ 30 tuổi trở lên có tỷ lệ nhiễm HCV cao hơn nhóm tuổi dưới 30 tuổi, Nhóm sống có vợ/chồng, có tỷ lệ nhiễm HCV thấp hơn, với $p < 0,05$; Nhóm không có nghề nghiệp, có tỷ lệ nhiễm HCV cao hơn, với $p < 0,01$; Nhóm nghèo có tỷ lệ nhiễm HCV cao hơn, với $p < 0,01$.
- Các nhóm QHTD với các đối tượng không phải vợ/người yêu đều có tỷ lệ nhiễm HCV cao, đặc biệt nhóm QHTD với nhiều người, $p < 0,01$.
- Đối tượng sử dụng MTTH có xu hướng ở những nhóm có thời gian sử dụng MTD lâu hơn có tỷ lệ nhiễm HCV tăng dần.
- Nhóm đối tượng có hành vi vi phạm pháp luật có tỷ lệ nhiễm HCV cao hơn nhóm khác, với $p < 0,05$.
- Nhóm đối tượng đạt về kiến thức phòng, chống HCV có tỷ lệ nhiễm HCV thấp hơn nhóm khác, với $p > 0,05$; Nhóm đối tượng đạt về thực hành phòng, chống HCV có tỷ lệ nhiễm HCV thấp hơn nhóm khác, với $p < 0,01$.
- Nhóm sử dụng MTTH ở các thời điểm khác nhau trong quá trình điều trị MTD đều có tỷ lệ QHTD với nhiều người cùng một thời điểm cao hơn nhóm khác, với $p < 0,001$.
- Các nhóm sử dụng MTTH ở các thời điểm khác nhau trong quá trình điều trị MTD đều có tỷ lệ đạt về kiến thức và thực hành phòng, chống HCV thấp hơn nhóm khác (nhóm đạt về thực hành có $p < 0,01$).

V. KHUYẾN NGHỊ

4.1. Nâng cao kiến thức và thực hành của ĐTNC về phòng, chống lây nhiễm HCV và tăng cường truyền thông thay đổi hành vi

Kết quả nghiên cứu cho thấy, ĐTNC còn thiếu kiến thức và thực hành phòng, chống HCV, do vậy đề nghị ngành y tế nói riêng và toàn xã hội nói chung phải xây dựng một kế hoạch chi tiết cho chương trình phòng, chống HCV. Trước mắt là có kế hoạch và chương trình phòng, chống HCV cho đối tượng nghiện chích ma túy.

Đối tượng có nguy cơ cao lây nhiễm HCV phần lớn nằm trong nhóm có nguy cơ cao lây nhiễm HIV, HBV, do vậy chúng ta cần lồng ghép các hoạt động phòng, chống HCV vào các hoạt động phòng, chống HIV, HBV và luôn phải nhấn mạnh khái niệm HCV. Hầu hết các nghiên cứu gần đây về tỷ lệ lây nhiễm HCV đều thấy có xu hướng ngày càng tăng cao trong các đối tượng đích, do vậy vấn đề nhiễm HCV và hậu quả của nó là khôn lường.

4.2. Hệ thống chính trị phải vào cuộc mạnh mẽ hơn nữa đối với tệ nạn ma túy nói chung và ma túy tổng hợp nói riêng.

Kết quả nghiên cứu đã góp phần minh chứng rõ nét hơn về hậu quả của vấn đề sử dụng ma túy tổng hợp. Từ kết quả ban đầu trong nghiên cứu, có thể gợi ý cho chúng có một hướng nghiên cứu sâu hơn để khẳng định hậu quả của những người sử dụng MTTH trong lây nhiễm HCV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2013)**, Quyết định số 4817/QĐ-BYT, về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút C".
2. **Hoàng Đình Cảnh (2014)**, Đánh giá hiệu quả mô hình "Điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone" tại Thành phố Hải Phòng và Thành phố Hồ Chí Minh (2009-2011), Luận án Tiến sĩ Y học, Hà Nội, Tr. 119-120.
3. **Đỗ Văn Dung, Hoàng Thị Hồng Hạnh (2015)**, Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân đang điều trị các chất dạng

thuốc phenitoin tại Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tỉnh Ninh Bình năm 2015, *Tạp chí Y học Cộng đồng*, tháng 01-02/2016, số 27+28, tr. 36-43.

4. **Hiệp hội Nghiên cứu bệnh gan châu Âu (EASL)** về điều trị viêm gan C (2015), Hướng dẫn điều trị viêm gan C mạn tính.

5. **European Association for the Study of the Liver** (2011), EASL Clinical Practice Guidelines:

Management of hepatitis C virus infection, *Journal of Hepatology*, 55, pp. 245-264.

6. **Javanbakht M.**, Mirahmadizadeh A., Mashayekhi A., et al. (2014), The Long-Term Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment in Prevention of Hepatitis C Virus Among Illicit Drug Users: A Modeling Study, *Iran Red Crescent Med J*, 16(2): e13484.

TÌNH TRẠNG THIẾU VITAMIN A VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở TRẺ 36-59 THÁNG TUỔI NGUY CƠ SUY DINH DƯỠNG THẤP CÒI TẠI HUYỆN ĐỒNG BẰNG SÔNG HỒNG, NĂM 2015

Hoàng Văn Phương¹, Lê Danh Tuyên²,
Phạm Thị Thanh Bình¹, Trần Thúy Nga², Nguyễn Song Tú²

TÓM TẮT

Thiếu vitamin A là vấn đề ý nghĩa sức khỏe cộng đồng ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam. Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 505 trẻ 36-59 tháng tuổi SDD và nguy cơ suy dinh dưỡng thấp còi để xác định tình trạng thiếu vitamin A và một số yếu tố liên quan. Kết quả tỷ lệ thiếu vitamin A tiền lâm sàng (VAD-TLS) là 13,3%, ở mức trung bình có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng. Đồng thời tỷ lệ trẻ có thiếu vitamin A và nguy cơ thiếu vitamin A tiền lâm sàng là 73,3%. Nồng độ vitamin A huyết thanh trung bình là $0,97 \pm 0,37 \mu\text{mol/L}$. Tỷ lệ VAD-TLS cao nhất ở nhóm trẻ 36-47 tháng tuổi (15,7%), nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi. Trẻ suy dinh dưỡng thấp còi và nhẹ cân có nguy cơ VAD-TLS cao hơn 1,7 lần và 1,8 lần nhóm không SDD ($p < 0,05$), tương ứng. Phân tích hồi quy đa biến logistic cho thấy những đối tượng thiếu máu có nguy cơ VAD-TLS cao gấp 2,1 lần những đối tượng không thiếu máu ($p < 0,05$). Vì vậy, cần triển khai can thiệp cải thiện tình trạng thiếu vitamin A, thiếu máu, đặc biệt trên trẻ suy dinh dưỡng và nguy cơ suy dinh dưỡng thấp còi.

Từ khóa: thiếu vitamin A, trẻ dưới 5 tuổi, yếu tố liên quan, suy dinh dưỡng thấp còi

SUMMARY

VITAMIN A DEFICIENCY AND RELATED FACTORS IN CHILDREN AGED 36-59 MONTHS RISK OF STUNTING IN A DISTRICT OF RED RIVER DELTA, 2015

Vitamin A deficiency is a public health problem in developing countries, including Vietnam. A cross-sectional study conducted among 505 children aged 36-59 months with stunting and risk of stunting to identify vitamin A status and some related factors. The

result showed that the prevalence of sub-clinical vitamin A deficiency (VAD-TLS) was 13.3%, at the moderate level of public health significance. At the same time, the prevalence of VAD-TLS and marginal was 73.3%. The mean retinol serum concentration was $0.97 \pm 0.37 \mu\text{mol/L}$. The prevalence of VAD-TLS was highest in the children aged 36-47 month old group (15.7%), but there were no significant differences in the prevalence between age groups. The results also showed that stunting and underweight children increased risk VAD-TLS 1.7 times than those others ($p < 0.05$). Multivariate logistic regression showed that anaemia children increased the risk twice times than normal ($P < 0.05$). Therefore, it is necessary to implement interventions to improve vitamin A deficiency, especially in children at stunting and risk of stunting.

Keywords: Vitamin A deficiency, children under 5-year-old, related factors, stunting

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng (SDD) thấp còi 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. Theo đánh giá trên tạp chí Lancet, năm 2012 có 314 triệu trẻ em dưới 5 tuổi SDD thấp còi và 258 triệu trẻ SDD thể nhẹ cân. Suy dinh dưỡng kết hợp với thiếu vi chất dinh dưỡng là rất phổ biến trong đó thiếu vitamin A đang là vấn đề ý nghĩa sức khỏe cộng đồng (YNSKCĐ) ở các nước đang phát triển, gồm có Việt Nam. Thiếu vitamin A (Vitamin A deficiency-VAD) hay gặp nhất ở trẻ em dưới 5 tuổi và phụ nữ tuổi sinh đẻ. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2009, tỷ lệ thiếu vitamin A thể tiền lâm sàng (VAD-TLS) ở trẻ nhỏ là 33,3%, VAD-TLS ảnh hưởng tới 190 triệu trẻ em < 5 tuổi ở các nước đang phát triển. Năm 2014, kết quả điều tra của Viện Dinh dưỡng cho thấy, tỷ lệ VAT-TLS chung 3 miền, ở trẻ dưới 5 tuổi là 13,0%, ở nhóm tuổi 36-47 tháng tuổi là 12,3%

¹Bộ Y tế, Hà Nội

²Viện Dinh dưỡng Quốc gia, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Phương

Email: phuongvapm@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2017

Ngày duyệt bài: 23.8.2017

và nhóm 48-59 tháng tuổi là 12,6% [1]. Ở trẻ dưới 18 tháng tỷ lệ VAD-TLS rất cao đặc biệt là vùng miền núi phía Bắc là 41,6% [2]. Các yếu tố nguy cơ dẫn đến tình trạng VAD-TLS và nồng độ vitamin A huyết thanh liên quan đến khu vực địa dư (thành thị/nông thôn) [1], vùng sinh thái, nhóm tuổi [3], lượng vitamin A ăn vào, số đo vòng cánh tay trình độ học vấn, thu nhập bình quân đầu người, sự thiếu máu và việc bổ sung vitamin A [4]. Để có cơ sở định hướng cho chiến lược can thiệp cải thiện tình trạng VAD ở trẻ dưới 5 tuổi tại tỉnh Hà Nam nói riêng và các tỉnh đồng bằng sông Hồng nói chung, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá thực trạng thiếu vitamin A và những yếu tố liên quan ở trẻ 36-59 tuổi suy dinh dưỡng và nguy cơ suy dinh dưỡng thấp còi ở các trường mầm non, thuộc huyện Thanh Liêm, tỉnh Hà Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu: Trẻ thuộc trường mầm non từ 36 -59 tháng tuổi đáp ứng các tiêu chí: Zscore HAZ < -1.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: tại huyện Thanh Liêm, tỉnh Hà Nam 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 VAD-TLS ở đối tượng nghiên cứu. Áp dụng công thức:

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

Trong đó: n là số đối tượng cần điều tra; tỷ lệ VAD-TLS trẻ em < 5 tuổi là 13,0% [1]; chọn d = 0,05; z có giá trị là 1,96. Cỡ mẫu cần là 174 đối tượng. Thực tế đã tiến hành xác định nhiều chỉ số vi chất dinh dưỡng và chuẩn bị cho nghiên cứu can thiệp nên toàn bộ 505 trẻ đáp ứng tiêu chí của 9 xã tham gia.

2.4 Phương pháp chọn mẫu: Chọn chỉ định huyện Thanh Liêm, Hà Nam có các trường mẫu giáo ăn bán trú để có thể tiến hành những can thiệp sau nghiên cứu thực trạng.

Chọn xã/thị trấn: chọn ngẫu nhiên đơn 9/17 xã và thị trấn. Các xã được chọn (Xã Thanh Phong, Thanh Lưu, Thanh Nguyên, Thanh Tâm, Liêm Sơn, Liêm Túc, Liêm Cần, Thanh Bình, Thanh Hà). Do phần lớn trẻ lứa tuổi này đều được học tại các trường mầm non, tại mỗi xã

chọn toàn bộ trẻ của 9 trường mầm non tại 9 xã.

Chọn đối tượng nghiên cứu: Toàn bộ trẻ 36 - 59 tháng tuổi có Zscore HAZ < -1.

2.5 Phương pháp và công cụ thu thập số liệu, tiêu chuẩn đánh giá

+ Phòng vấn: sử dụng bộ câu hỏi được thử nghiệm trước khi điều tra.

+ Xét nghiệm máu: Định lượng vitamin A trong huyết thanh bằng phương pháp HPLC

2.6 Một số tiêu chuẩn xác định, đánh giá

+ Tình trạng VAD-TLS: nồng độ vitamin A huyết thanh (Serum Retinol-SR) <0,7μmol/l; Nguy cơ thiếu VA-TLS khi 0,7 μmol/l ≤ SR <1,05 μmol/l; Thiếu máu: nồng độ Hemoglobin trong máu <110g/l.

+ Đánh giá tình trạng dinh dưỡng trẻ dưới 5 tuổi: theo chuẩn tăng trưởng của Tổ chức Y tế Thế giới 2006. SDD nhẹ cân khi Z-score CN/T < -2; SDD thấp còi khi Zscore CC/T < -2; SDD gầy còm khi Zscore CN/CC < -2.

2.7 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. Số liệu về nhân trắc học dùng phần mềm Anthro của WHO, 2006. Dùng test để kiểm định: χ^2 test; ANOVA test, t - test và phân tích hồi qui logistic.

2.8. 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

Trong số 505 trẻ có 51,5% là trẻ trai và 48,5% trẻ gái; độ tuổi trung bình của trẻ là 48,8±6,4 tháng (trẻ nhỏ tuổi nhất là 36,2 tháng và cao tuổi nhất là 59,8 tháng. Có 5,8% gia đình của trẻ thuộc hộ nghèo (do UBND xã phân loại), 7,2% là hộ cận nghèo, còn lại 87,1% bình thường.

3.1 Thực trạng thiếu vitamin A ở trẻ 36-59 tháng SDD và nguy cơ thấp còi ở huyện Thanh Liêm:

Kết quả cho thấy tỷ lệ thiếu vitamin A tiền lâm sàng (VAD-TLS) ở trẻ 36-59 tháng tuổi SDD và nguy cơ SDD thấp còi là 13,3%; tuy nhiên tỷ lệ trẻ VAD-TLS và nguy cơ VAD-TLS rất cao (73,3%). Nồng độ vitamin A huyết thanh trung bình (TB) là 0,97 ± 0,37μmol/L. Trẻ có nồng độ vitamin A thấp nhất là 0,32μmol/L và cao nhất là 4,22μmol/L.

Bảng 1. Tình trạng vitamin A của trẻ 36-59 tháng tuổi SDD và nguy cơ SDD thấp còi theo giới, tuổi

Các chỉ số	n	Số trẻ VAD-TLS	Tỷ lệ VAD-TLS (%) ^a	Giá trị SR(TB±SD)(μmol/L) ^b
Từ 36-47 tháng	229	36	15,7	0,95± 0,31

Từ 48- 59 tháng	276	31	11,2	0,99±0,42
Trẻ trai	260	40	15,4	0,98 ± 0,44
Trẻ gái	245	27	11,0	0,96±0,27
Tổng cộng	505	67	13,3	0,97±0,37

^a: χ^2 test; ^b: t-test so sánh theo nhóm tuổi và giới với $p > 0,05$

Tỷ lệ VAD-TLS ở nhóm trẻ 36-47 tháng tuổi là 15,7% cao hơn so với nhóm 48-59 tháng tuổi (11,2%) nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (χ^2 test, $p = 0,177$). Nồng độ vitamin A huyết thanh trung bình ở hai nhóm tuổi cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (t-test, $p = 0,246$). Tỷ lệ VAD-TLS cao nhất ở nhóm trẻ 36-41 tháng tuổi (16,9%), và giảm xuống dần ở hai nhóm tuổi 42-47 tháng tuổi (15,0%) và 48 – 53 tháng tuổi (12,0%); tỷ lệ thấp nhất ở nhóm 54-59 tháng tuổi (10,4%).

3.2 Một số yếu tố liên quan đối với tình trạng thiếu vitamin A ở trẻ 36-59 tháng SDD và nguy cơ SDD thấp còi ở huyện Thanh Liêm

Bảng 2. Tình trạng VAD-TLS của trẻ 36-59 tháng tuổi SDD và nguy cơ SDD thấp còi theo tình trạng dinh dưỡng

Các thể SDD	n	Số trẻ VAD-TLS	Tỷ lệ VAD-TLS (%)	p OR (95 % CI) ^a	SR trung bình (TB±SD)($\mu\text{mol/L}$) ^b
SDD nhẹ cân	157	28	17,8 ^a	0,042⁺	0,98± 0,46
Không SDD	348	39	11,2	1,7 (1,02-2,9)	0,96± 0,32
SDD thấp còi	172	31	18,0 ^a	0,034⁺	0,98± 0,44
Không SDD	333	36	10,8	1,8 (1,08 – 3,05)	0,97±0,33
SDD gầy còm	32	4	12,5	1,000	1,01± 0,22
Không SDD	473	63	13,3	0,93 (0,32 – 2,7)	0,97±0,38

^a: χ^2 test với : ⁺ $p < 0,05$; ^b: t-test với $p > 0,05$;

Tỷ lệ VAD-TLS ở nhóm trẻ SDD thấp còi là 18,0%, ở nhóm không SDD là 10,8%. Tỷ lệ VAD-TLS ở nhóm trẻ SDD nhẹ cân là 17,8%, ở nhóm không SDD là 11,2%. Có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ VAD-TLS giữa 2 nhóm trẻ SDD thấp còi và nhẹ cân với nhóm trẻ không SDD (χ^2 test, $p < 0,05$). Nhóm trẻ SDD thấp còi và nhẹ cân có nguy cơ VAD-TLS cao hơn gấp 1,7 lần và 1,8 lần, tương ứng so với nhóm không SDD.

Bảng 3. Tình trạng VAD-TLS của trẻ 36-59 tháng tuổi SDD và nguy cơ SDD thấp còi theo tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng

Thiếu vi chất dinh dưỡng	n	Số trẻ VAD-TLS	Tỷ lệ VAD-TLS (%) ^a	p OR (95 % CI)	SR trung bình (TB±SD) ($\mu\text{mol/L}$) ^b
Thiếu máu	133	27	20,3 ^{a**}	0,009	0,95± 0,39
Bình thường	371	40	10,8	2,1 (1,23-3,59)	0,98±0,36
Thiếu kẽm	379	52	13,7	0,827	0,96±0,36
Bình thường	121	15	12,4	1,1 (0,61 – 2,1)	1,0±0,42

^a: χ^2 test với ^{**}: $p < 0,01$; ^b: t-test với $p > 0,05$;

Tỷ lệ VAD-TLS ở nhóm trẻ thiếu máu (20,3%) cao hơn nhóm bình thường (10,8%) có ý nghĩa thống kê (χ^2 test, $p < 0,01$). Nhóm trẻ thiếu máu có nguy cơ VAD-TLS cao hơn gấp 2,1 lần (95%CI: 1,23-3,59) nhóm bình thường.

Bảng 4. Mô hình hồi qui logistic đa biến dự đoán các yếu tố liên quan với tình trạng VAD-TLS ở trẻ 36-59 tháng SDD và nguy cơ SDD thấp còi

Các yếu tố trong mô hình (Biến độc lập)	OR(Hiệu chỉnh)	(95%CI)		p
Trình độ học vấn mẹ				
Cấp 2 trở xuống/trên cấp 2 ⁺	1,41	0,79	2,54	0,245
Hoàn cảnh kinh tế hộ gia đình				
Nghèo, cận nghèo/bình thường ⁺	1,39	0,68	2,84	0,366
Nghề nghiệp				
Khác/làm ruộng ⁺	0,90	0,52	1,58	0,720
Tình trạng thiếu máu				
Thiếu máu/ Không thiếu ⁺⁺	2,03	1,18	3,51	0,011
Tình trạng thiếu kẽm				
Thiếu kẽm/không thiếu ⁺	0,97	0,51	1,83	0,919
Trình độ SDD thấp còi				

SDD thấp còi (SDD/bình thường ⁺)	1,60	0,94	2,75	0,086
--	------	------	------	-------

*Cỡ mẫu phân tích (n): 505;+: Nhóm so sánh; *: có mối liên quan*

Phân tích hồi qui đa biến dự đoán các yếu tố liên quan, cho thấy có mối liên quan giữa tình trạng thiếu máu ($p < 0,05$) với tình trạng VAD-TLS sau khi kiểm soát với các yếu tố học vấn, kinh tế hộ gia đình, nghề nghiệp, tình trạng thiếu kẽm và SDD thấp còi.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tình trạng VAD-TLS ở trẻ 36-59 tháng SDD và nguy cơ SDD thấp còi ở huyện Thanh Liêm:

Kết quả cho thấy tỷ lệ thiếu vitamin A tiền lâm sàng (VAD-TLS) là 13,3%, ở mức trung bình có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng [5]; tương đương với tỷ lệ VAD-TLS trẻ dưới 5 tuổi năm 2014 của Viện Dinh dưỡng (13,0%); nhưng cao hơn điều tra của Arnaud Lailou trên trẻ 6-75 tháng tuổi (10,1%) trên 546 trẻ ở 112 cụm của Việt Nam, trong đó tỷ lệ VAD-TLS vùng nông thôn là 11,2% [6]. So với kết quả trong điều tra toàn quốc theo vùng sinh thái thì tỷ lệ trên thấp hơn (tỷ lệ là 14,2%), tương đương với tỷ lệ VAD-TLS vùng núi Đông Bắc (13,0%), tuy nhiên so với tỷ lệ 9,1% trẻ dưới 5 tuổi VAD-TLS ở vùng đồng bằng Sông Hồng thì tỷ lệ 13,3% trẻ VAD-TLS tại Thanh Liêm sau 9 năm, là vấn đề cần cân nhắc, mặc dù nghiên cứu được triển khai trên trẻ SDD và nguy cơ SDD thấp còi (Zscore HAZ < -1) [3]. Một vấn đề khác đó là, tỷ lệ trẻ VAD-TLS và nguy cơ VAD-TLS ở trẻ 36-59 tháng SDD và nguy cơ SDD thấp còi ở huyện Thanh Liêm rất cao (73,3%) nhưng thấp hơn điều tra của Arnaud Laillou trên trẻ 6-75 tháng tuổi (57,3% có VAD-TLS và nguy cơ VAD-TLS) ở 112 cụm trong điều tra năm 2010, trong đó tỷ lệ trẻ vùng nông thôn là 62,2% [6]. Điều đó, cho thấy cần có giải pháp hữu hiệu hơn trong cải thiện tình trạng thiếu vitamin A bền vững hơn ở nhóm tuổi tiền học đường, khi trẻ không còn được bổ sung vitamin A thường niên 2 lần/năm. Nồng độ vitamin A huyết thanh trung bình (TB) ở trẻ 36-59 tháng tuổi SDD và nguy cơ SDD thấp còi là $0,97 \pm 0,37 \mu\text{mol/L}$ thấp hơn ở trẻ dưới 5 tuổi, trong điều tra 3 miền, năm 2014 ($1,06 \mu\text{mol/L}$); đồng thời, thấp hơn nồng độ vitamin A huyết thanh ở trẻ thành phố Hồ Chí Minh trong điều tra năm 2008 [7].

Tỷ lệ VAD-TLS ở nhóm trẻ 36-47 tháng tuổi SDD và nguy cơ SDD thấp còi huyện Thanh Liêm là 15,7%, cao hơn tỷ lệ trẻ VAD-TLS cùng nhóm tuổi vùng nông thôn (13,8%) và tỷ lệ chung (12,3%) trong điều tra 3 miền của Viện Dinh dưỡng [1]. Tỷ lệ VAD-TLS ở nhóm tuổi 48-59 tháng (11,2%), thấp hơn tỷ lệ trẻ VAD-TLS cùng nhóm tuổi vùng nông thôn (13,0%) và tỷ lệ chung (12,6%) trong điều tra năm 2014 [1].

Không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ và hàm lượng vitamin A huyết thanh ở các nhóm tuổi ở trẻ 36-59 tháng tuổi SDD và nguy cơ SDD thấp còi, tương đương với nghiên cứu tại 3 vùng thành thị, nông thôn và miền núi năm 2014 [1].

4.2 Một số yếu tố liên quan đối với tình trạng VAD-TLS ở trẻ 36-59 tháng SDD và nguy cơ SDD thấp còi ở huyện Thanh Liêm

Phân tích đơn biến cho thấy trẻ SDD thấp còi và nhẹ cân có nguy cơ VAD-TLS cao hơn 1,7 lần và 1,8 lần so với nhóm không SDD ($p < 0,05$). Nhóm trẻ thiếu máu có nguy cơ VAD-TLS cao hơn gấp 2 lần nhóm bình thường ($p < 0,05$), tương tự như nghiên cứu trên trẻ dưới 5 tuổi thành phố Hồ Chí Minh [7].

Phân tích hồi qui đa biến dự đoán các yếu tố liên quan, cho thấy có mối liên quan giữa tình trạng thiếu máu ($p < 0,05$) với tình trạng VAD-TLS sau khi kiểm soát với các yếu tố học vấn, kinh tế hộ gia đình, nghề nghiệp, tình trạng thiếu kẽm và SDD thấp còi. Những đối tượng thiếu máu có nguy cơ VAD-TLS cao gấp 2 lần so với nhóm đối tượng không thiếu máu.

Vì vậy, các giải pháp cải thiện tình trạng VAD-TLS cho trẻ tiền học đường cần được triển khai để cải thiện bền vững tình trạng vitamin A ở vùng nguy cơ và đối tượng nguy cơ. Cần triển khai các nghiên cứu can thiệp bổ sung vi chất dinh dưỡng vào thực phẩm để cải thiện tình trạng vi chất dinh dưỡng trẻ em.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ VAD-TLS ở trẻ 36-59 tháng tuổi SDD và nguy cơ SDD thấp còi là 13,3%, ở mức trung bình có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng. Tỷ lệ trẻ VAD và nguy cơ VAD-TLS rất cao (73,3%). Nồng độ vitamin A huyết thanh trung bình (TB) là $0,97 \pm 0,37 \mu\text{mol/L}$. Tỷ lệ VAD-TLS cao nhất ở nhóm trẻ 36-47 tháng tuổi (15,7%), nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ VAD-TLS giữa các nhóm tuổi. Kết quả phân tích đơn biến trẻ SDD thấp còi và nhẹ cân có nguy cơ VAD-TLS cao hơn 1,7 lần và 1,8 lần so với nhóm không SDD ($p < 0,05$). Phân tích hồi qui đa biến cho thấy những đối tượng thiếu máu có nguy cơ VAD-TLS cao gấp 2 lần những đối tượng không thiếu máu ($p < 0,05$).

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. Trần Thúy Nga, Nguyễn Quang Dũng, Đặng Thúy Nga. *Tình trạng thiếu vitamin A, kẽm ở trẻ dưới 5 tuổi tại 5 xã, huyện Lạc Sơn, tỉnh Hòa Bình*. Tạp chí Y học dự phòng. Tập XXIV, số 4, 2014(153): 53-58
3. Viện Dinh dưỡng. *Tổng điều tra Dinh dưỡng 2009 - 2010*. Nhà xuất bản Y học, 2010.
4. Yang C, Chen J, Liu Z, Yun C, Piao J, Yang X. *Prevalence and influence factors vitamin A deficiency of Chinese pregnant women*. Nutr J. 2016; 27;15(1):12. doi: 10.1186/s12937-016-0131-7.
5. WHO. *Serum retinol concentrations for determining the prevalence of vitamin A deficiency in populations. Vitamin and Mineral Nutrition Information System*. Geneva, WHO (WHO/NMH/NHD/MNM/11.3, 2011).
6. Laillou A, Pham TV, Tran NT, Le HT, Wieringa F, Rohner F et al. *Micronutrient deficits are still public health issues among women and young children in Vietnam*. PLoS ONE 2012, 7, e34906. [CrossRef] [PubMed], 2012.
7. Trần Thị Minh Hạnh, Nguyễn Xuân Ninh, Lê Nguyễn Trung Đức Sơn và CS. *Thiếu vitamin A ở trẻ em thành phố Hồ Chí Minh và yếu tố nguy cơ*. Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm, 2011. 7(1): 15-23.

NGHIÊN CỨU CHỈ SỐ VÀ HÌNH THÁI TẾ BÀO HỒNG CẦU Ở PHỤ NỮ MANG THAI MẮC BỆNH THALASSEMIA

Lương Thị Quỳnh Nga¹, Lê Đình Tùng¹, Nguyễn Quang Tùng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu một số chỉ số, hình thái tế bào hồng cầu và bước đầu đánh giá giá trị chẩn đoán của các chỉ số, hình thái hồng cầu trong chẩn đoán bệnh Thalassemia ở phụ nữ mang thai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu trên 150 bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ 9/2016 - 2/2017. **Kết quả:** **Giá trị MCV trung bình của bệnh nhân** HbE/ β -Thal, β -Thal lần lượt là 68.3 ± 2.9 fl, 66.4 ± 3.5 fl; giá trị MCH trung bình là 22.6 ± 2.1 pg, 22.1 ± 1.8 pg; giá trị RDW trung bình là 17.6 ± 2.2 %, 18.2 ± 2.8 %. Tỷ lệ phần trăm hồng cầu bia bản là 1.2 ± 0.6 %; 1.4 ± 0.8 %. Tỷ lệ hồng cầu hình giọt nước là 2.9 ± 1.7 %; 3.3 ± 1.9 %. Tỷ lệ mảnh vỡ hồng cầu là 0.6 ± 0.3 %; 0.8 ± 0.4 %. Tỷ lệ hồng cầu hình miếng là 0.6 ± 0.5 %; 0.7 ± 0.4 %. Có sự khác biệt về các chỉ số và hình thái tế bào hồng cầu ở nhóm bệnh nhân Thalassemia so với nhóm TMTS. **Kết luận:** Bệnh nhân Thalassemia thiếu máu ở mức độ nhẹ, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm bệnh nhân HbE/ β -Thal và β -Thal. Đối với chỉ số MCV ở ngưỡng 60-70fl, MCH ở ngưỡng 20-24pg, RDW ở ngưỡng 16-18%, độ nhạy và độ đặc hiệu tương đương nhau lần lượt là 84% và 78,6%; 87,2% và 76,8%; 79,8% và 85,7%. Đối với chỉ số hình thái hồng cầu hình bia bản, mảnh vỡ HC, hồng cầu hình miếng có tỷ lệ 0,5-1,0% và hồng cầu hình giọt nước có tỷ lệ >1,0% có độ nhạy và độ đặc hiệu tương đương nhau lần lượt là 90,4% và 80,4%; 82% và 87,5%; 85,1% và 78,6%; 87,2% và 80,4%.

Từ khóa: Thalassemia, phụ nữ mang thai.

SUMMARY

STUDY ON INDEXES AND MORPHOLOGY OF ERYTHROCYTE IN PREGNANT WOMEN WITH BETA-THALASSEMIA

Objective: To study some parameters and morphology of red blood cells and to initially evaluate the diagnostic value of red blood cell indices and morphologies for the diagnosis of Thalassemia in pregnant women. **Subjects and methods:** Retrospective study of 150 patients visited and treated at the National Hospital of Obstetric and Gynecology from 9/2016 - 2/2017. **Results:** The averages of MCV for patients with HbE/ β -Thal, β -Thal were 68.3 ± 2.9 fl, 66.4 ± 3.5 fl; The averages of MCH were 22.6 ± 2.1 pg, 22.1 ± 1.8 pg; The averages of RDW were 17.6 ± 2.2 %, 18.2 ± 2.8 %; The percentages of target cell were 1.2 ± 0.6 %, 1.4 ± 0.8 %; The percentages of teardrop cell were 2.9 ± 1.7 %, 3.3 ± 1.9 %; The percentages of schistocyte were 0.6 ± 0.3 %, 0.8 ± 0.4 %; The percentages of stomatocyte were 0.6 ± 0.5 %, 0.7 ± 0.4 %. There is a difference in the parameters and morphology of red cells in patients with Thalassemia compared to Iron deficiency anemia. **Conclusions:** Thalassemia patients are mildly anemic, with no statistically significant difference between HbE/ β -Thal and β -Thal. For the MCV at 60-70fl, MCH at 20-24p, RDW at 16-18%, sensitivity and specificity were 84% and 78.6%, 87.2% and 76.8%, 79.8% and 85.7%. For the rate of the target cell, schistocyte, stomatocyte were 0.5-1.0% and the teardrop cell was >1.0%, sensitivity and specificity were 90.4% and 80.4%, 82% and 87.5%, 85.1% and 78.6%, 87.2% and 80.4%.

Keywords: Thalassemia, pregnant women.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thalassemia là một trong những nguyên nhân phổ biến gây thiếu máu ở phụ nữ mang thai. Đến nay vẫn chưa có phương pháp điều trị triệt

¹Trường Đại học Y Hà Nội.

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Tùng

Email: nguyenguangtung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2017

Ngày duyệt bài: 25.8.2017

để đối với căn bệnh này. Hiện nay, việc chẩn đoán Thalassemia phải dựa vào điện di huyết sắc tố và xét nghiệm DNA để các định chính xác gen bị đột biến. Nhưng trên thực tế, nhiều cơ sở y tế không đủ điều kiện để thực hiện các kỹ thuật này, đặc biệt ở các hệ thống y tế tuyến dưới. Do đó, các đặc điểm hồng cầu trong máu ngoại vi đóng vai trò quan trọng để chẩn đoán bước đầu, theo dõi quá trình điều trị bệnh. Các chỉ số hồng cầu có thể được đánh giá một cách nhanh chóng, với các kỹ thuật thường quy đơn giản nhưng cung cấp thông tin hữu ích trong gợi ý chẩn đoán bệnh và điều trị trên lâm sàng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu chỉ số và hình thái tế bào hồng cầu ở phụ nữ mang thai mắc bệnh Thalassemia", với mục tiêu nghiên cứu đặc điểm hình thái hồng cầu ở phụ nữ mang thai mắc Thalassemia và bước đầu xác định giá trị chẩn đoán của các chỉ số, hình thái hồng cầu trong chẩn đoán bệnh Thalassemia ở thai phụ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhóm bệnh	n	$\bar{X} \pm SD$	p
HbE/ β – Thal (1)	30	31 ± 6	$p_{12} > 0,05$ $p_{23} > 0,05$ $p_{13} > 0,05$
β – Thal (2)	64	29 ± 5	
TMTS (3)	56	30 ± 6	
Tổng	150	30 ± 6	

Nhận xét: Tuổi vào viện trung bình của các bệnh nhân là 30 ± 6 . Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi trung bình giữa các nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$).

2. Đặc điểm chỉ số tế bào hồng cầu trong từng nhóm nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm các chỉ số tế bào hồng cầu

Nhóm Chỉ số	HbE/ β -Thal (1)	β – Thal (2)	TMTS (3)	p
HGB (g/l)	$103,0 \pm 13,7$	$98,5 \pm 10,5$	$107,1 \pm 8,8$	$p_{12} < 0,05$; $p_{13} > 0,05$ $p_{23} < 0,05$
RBC (T/l)	$4,4 \pm 0,5$	$4,0 \pm 0,5$	$4,6 \pm 0,6$	$p_{12} < 0,05$; $p_{13} > 0,05$ $p_{23} < 0,05$
MCHC(g/l)	$304,7 \pm 10,6$	$306,3 \pm 7,9$	$309,9 \pm 7,5$	$p_{12} > 0,05$; $p_{13} < 0,05$ $p_{23} > 0,05$
MCH (pg)	$22,6 \pm 2,1$	$21,1 \pm 1,8$	$26,2 \pm 4,2$	$p_{12} > 0,05$; $p_{13} < 0,05$ $p_{23} < 0,05$
MCV(fl)	$68,3 \pm 2,9$	$66,4 \pm 3,5$	$76,2 \pm 4,3$	$p_{12} > 0,05$; $p_{13} < 0,05$ $p_{23} < 0,05$
RDW(%)	$17,6 \pm 2,2$	$18,2 \pm 2,8$	$15,1 \pm 2,4$	$p_{12} > 0,05$; $p_{13} < 0,05$ $p_{23} < 0,05$

Nhận xét: Trong nghiên cứu, nồng độ HGB và giá trị MCHC giảm ở cả ba nhóm HbE/ β -Thal, β -Thal và nhóm TMTS. Giá trị trung bình số lượng HC giữa nhóm β -Thal với nhóm HbE/ β -Thal và nhóm TMTS có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Giá trị trung bình MCH, MCV giảm và RDW tăng so với mức bình thường ở cả 3 nhóm nghiên cứu và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm HbE/ β -Thal và nhóm β -Thal với nhóm TMTS.

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 150 bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ 9/2016 – 2/2017.

2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân vào nghiên cứu

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ đích, cỡ mẫu thuận tiện.

- Chẩn đoán xác định Thalassemia dựa vào tiêu chuẩn sau:

+ Lâm sàng: Có đầy đủ các triệu chứng thiếu máu tan máu mạn tính.

+ Xét nghiệm: Thay đổi thành phần HGB đặc thù theo từng thể bệnh:

* β -thal: HbA1 giảm hoặc bằng không, HbF tăng, HbA2 bình thường hoặc tăng.

* β – thal/HbE: HbF tăng, HbE tăng $> 10\%$, HbA1 giảm hoặc bằng không.

3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu với 150 trường hợp.

Sau khi thu thập số liệu qua bệnh án, chúng tôi phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm Microsoft Word Excel 2010 và SPSS Statistic 23.

3. Đặc điểm hình thái hồng cầu ở các bệnh nhân nghiên cứu**Bảng 3. Tỷ lệ các loại hình thái hồng cầu trong từng nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

Hồng cầu \ Nhóm	HbE/ β -Thal (1)	β - Thal (2)	TMTS (3)	p
Bia bản (%)	1,2 $\pm$ 0,6	1,4 $\pm$ 0,7	0,3 $\pm$ 0,2	$p_{12} > 0,05$; $p_{13} < 0,05$ $p_{23} < 0,05$
Giọt nước (%)	2,9 $\pm$ 1,7	3,3 $\pm$ 1,9	0,6 $\pm$ 0,4	$p_{12} > 0,05$; $p_{13} < 0,05$ $p_{23} < 0,05$
Răng cưa (%)	6,8 $\pm$ 4,1	7,6 $\pm$ 5,6	6,4 $\pm$ 5,3	$p_{12} > 0,05$; $p_{13} > 0,05$ $p_{23} > 0,05$
Mảnh vỡ HC (%)	0,6 $\pm$ 0,3	0,8 $\pm$ 0,4	0,3 $\pm$ 0,2	$p_{12} > 0,05$; $p_{13} < 0,05$ $p_{23} < 0,05$
Hình miêng (%)	0,6 $\pm$ 0,5	0,7 $\pm$ 0,4	0,3 $\pm$ 0,2	$p_{12} > 0,05$; $p_{13} < 0,05$ $p_{23} < 0,05$
Bầu dục (%)	0,9 $\pm$ 0,6	1,0 $\pm$ 0,7	1,1 $\pm$ 0,7	$p_{12} > 0,05$; $p_{13} > 0,05$ $p_{23} > 0,05$

Nhận xét: Trong nghiên cứu, tỷ lệ hồng cầu hình bia bản, hình giọt nước, mảnh vỡ HC, hồng cầu hình miêng ở nhóm HbE/ β -Thal và nhóm β -Thal cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm TMTS. Tỷ lệ hồng cầu hình răng cưa và tỷ lệ hồng cầu hình bầu dục có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm khi so sánh từng cặp ($p > 0,05$).

4. Độ nhạy, độ đặc hiệu của một số chỉ số và hình thái tế bào hồng cầu**Bảng 4. Độ nhạy và độ đặc hiệu của một số chỉ số hồng cầu ở thai phụ mắc *Thalassemia***

Chỉ số	Đặc điểm	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)
MCV (fl)	<60	18,1	100
	60-70	84,0	78,6
	70-80	100	32,1
MCH (pg)	<20	40,4	96,4
	20-24	87,2	76,8
	24-28	97,9	21,4
RDW (%)	>14	92,6	21,4
	14-16	79,8	85,7
	16-18	31,9	96,4

Nhận xét: Độ nhạy của MCV cao nhất là 100% ở ngưỡng 70-80fl, thấp nhất là 18,1% ở ngưỡng <60fl. Độ đặc hiệu của MCV cao nhất là 100% ở ngưỡng <60fl, thấp nhất là 32,1% ở ngưỡng 70-80fl. Với chỉ số MCH, độ nhạy cao nhất là 97,9% ở ngưỡng 24-28pg, độ đặc hiệu cao nhất là 96,4% ở ngưỡng <20pg. Độ nhạy của RDW cao nhất là 92,6% ở ngưỡng >14%, độ đặc hiệu cao nhất là 96,4% ở ngưỡng 16-18%.

Bảng 5. Độ nhạy và độ đặc hiệu của một số hình thái hồng cầu ở thai phụ mắc *Thalassemia*

Hình thái hồng cầu (%)	Đặc điểm	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)
Bia bản	0,5-1,0	90,4	80,4
	>1,0	53,2	100
Giọt nước	0,5-1,0	97,9	41,1
	>1,0	87,2	80,4
Mảnh vỡ	0,5-1,0	82,0	87,5
	>1,0	21,3	100
Hình miêng	0,5-1,0	85,1	78,6
	>1,0	20,2	100

Nhận xét: Với tỷ lệ >1%, độ đặc hiệu của hồng cầu hình bia bản, mảnh vỡ hồng cầu và hồng cầu hình miêng đạt 100%, trong khi độ nhạy thấp hơn với mức chênh lệch % lớn. Với hồng cầu hình giọt nước, độ đặc hiệu cao nhất là 97,9% ở tỷ lệ 0,5-1,0, độ nhạy cao nhất là 80,4% ở tỷ lệ >1,0%.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung: Bệnh nhân nghiên cứu có tuổi dao động từ 20 – 45 tuổi, tuổi trung bình là 30 $\pm$ 6. Bệnh nhân HbE/ β -Thal có tuổi trung

bình là 31 $\pm$ 6, bệnh nhân β -Thal là 29 $\pm$ 5 và bệnh nhân TMTS là 30 $\pm$ 6. Như vậy, độ tuổi giữa các nhóm so sánh có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của tác giả Ngô

Phan Thanh Thúy (2014) trên thai phụ Thalassemia từ năm 2011 – 2013 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương có tuổi trung bình là $26,3 \pm 3,8$, thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi [1]. Tuổi trung bình của bệnh nhân cao hơn có thể do tiến bộ vượt bậc trong chăm sóc sức khỏe ban đầu đối với các bệnh nhân, đặc biệt là các bệnh nhân Thalassemia trong điều trị bệnh, nhận thức, đời sống của người dân ngày càng được nâng cao hơn và sức khỏe của thai phụ được quan tâm đặc biệt hơn. Mặt khác, chương trình phòng bệnh như tư vấn di truyền đã được áp dụng nên số người bị bệnh thể nặng giảm đi đáng kể.

2. Đặc điểm các chỉ số tế bào hồng cầu

Nồng độ HGB và RBC: Các bệnh nhân HbE/ β -Thal, β -Thal và TMTS đều có nồng độ HGB giảm, giá trị trung bình ở 3 nhóm bệnh nhân này lần lượt là $103,0 \pm 13,7$; $98,5 \pm 10,5$; $107,1 \pm 8,8$ (g/l) và giá trị RBC trung bình là $4,4 \pm 0,5$; $4,0 \pm 0,5$; $4,6 \pm 0,6$ (T/l). Theo nghiên cứu của tác giả Ngô Phan Thanh Thúy (2014), lượng HGB và RBC trung bình của nhóm bệnh nhân HbE/ β -Thal lần lượt là $91,0 \pm 14,1$ g/l; $4,4 \pm 0,5$ T/l và bệnh nhân β - Thal là $78,1 \pm 19,6$ g/l; $4,0 \pm 0,5$ [1]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu trên do mức độ thiếu máu của các bệnh nhân nghiên cứu nhẹ hơn so với bệnh nhân của các tác giả trên. Số lượng HC ở các bệnh nhân HbE/ β -Thal và bệnh nhân β -Thal, để bù trừ thiếu máu, tủy xương có phản ứng tăng sinh hồng cầu nên đôi khi ở một số bệnh nhân số lượng HC không giảm, thậm chí tăng hơn số lượng bình thường.

MCH và MCHC: Giá trị MCH trung bình đều giảm ở 2 nhóm HbE/ β -Thal và β -Thal lần lượt là $22,6 \pm 2,1$ pg; $22,1 \pm 1,8$ pg. Đối với bệnh nhân Thalassemia trong nghiên cứu, vì thiếu chuỗi β globin hoặc chuỗi globin bị đột biến nên sự ghép cặp chuỗi α globin và β globin để tạo HbA1 không đầy đủ làm cho HC bị thiếu huyết sắc tố hồng cầu nhược sắc [2]. Tương tự kết quả nghiên cứu MCH ở bệnh nhân HbE/ β -Thal của tác giả Bạch Quốc Khánh là 20,7 pg (2015) và MCH ở bệnh nhân β -Thal của tác giả Nguyễn Thị Mai Anh-Lâm Thị Mỹ (2014) là 21,0 pg [3]. Chỉ số MCHC trung bình trong nghiên cứu ở nhóm HbE/ β -Thal, β -Thal và TMTS lần lượt giảm còn $304,7 \pm 10,6$ g/l; $306,3 \pm 7,9$ g/l; $309,9 \pm 7,5$ g/l.

Như vậy, các chỉ số của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu trên. Điều này có thể lý giải do bệnh nhân ở các nhóm bệnh lý trong nghiên cứu của chúng tôi thiếu máu ở mức độ nhẹ, tình trạng hồng

cầu ít nhược sắc hơn dẫn đến chỉ số MCHC và MCH cao hơn nghiên cứu của các tác giả khác.

MCV: Giá trị MCV trung bình ở các nhóm HbE/ β -Thal, β -Thal, TMTS đều giảm, lần lượt là $68,3 \pm 2,9$ fl; $66,4 \pm 3,5$ fl; $76,2 \pm 4,3$ fl. Ở người bệnh mắc Thalassemia, sự tổng hợp HGB bị rối loạn làm cho các nguyên HC tăng quá trình phân bào, tạo nên HC nhỏ [5]. Đồng thời lượng huyết sắc tố trung bình hồng cầu giảm làm giảm áp lực keo trong tế bào, khối lượng dịch trong hồng cầu cũng giảm tương ứng nên thể tích trung bình hồng cầu giảm theo, MCV nhỏ hơn bình thường. Vì vậy, phần lớn các hồng cầu nhược sắc và thể tích hồng cầu giảm. MCV bệnh nhân β -Thal trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Mai Anh-Lâm Thị Mỹ là 62,7 fl, tác giả Sandrin là 67 fl [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các tác giả trên.

RDW: Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân Thal có giá trị RDW $\geq 14\%$ là 71,3%, bệnh nhân TMTS là 96,4%. Giá trị trung bình RDW ở cả ba nhóm bệnh nhân đều tăng, ở nhóm HbE/ β -Thal là $17,6 \pm 2,2\%$, ở nhóm β -Thal là $18,2 \pm 2,8\%$ và nhóm TMTS là $15,1 \pm 2,4\%$. Hậu quả các chuỗi globin thừa tạo nên các thể bám trên bề mặt hồng cầu làm hồng cầu cứng và trở nên biến dạng, các thể bám làm tăng hoạt hóa hiện tượng oxy hóa màng phospholipid hồng cầu làm tăng biến dạng hồng cầu. Điều này làm cho dải phân bố kích thước hồng cầu rất rộng. Ở nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Mai Anh-Lâm Thị Mỹ, giá trị RDW trên bệnh nhân TMTS là $22,4 \pm 3,5\%$ [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu trên.

3. Đặc điểm hình thái tế bào hồng cầu

Hồng cầu bia bản, hồng cầu giọt nước, mảnh vỡ HC và hồng cầu hình miệng ở nhóm bệnh nhân HbE/ β -Thal là $1,2 \pm 0,6$; $2,9 \pm 1,7$; $0,6 \pm 0,3$; $0,6 \pm 0,5\%$. Nhóm bệnh nhân β -Thal là $1,4 \pm 0,8$; $3,3 \pm 1,9$; $0,8 \pm 0,4$; $0,7 \pm 0,4\%$. Nhóm bệnh nhân TMTS có xuất hiện nhưng với tỷ lệ rất thấp ($0,3 \pm 0,2$; $0,6 \pm 0,4$; $0,3 \pm 0,2$; $0,3 \pm 0,2\%$). Do thiếu hụt mạch globin β để kết hợp thành globin của hemoglobin ở bệnh nhân Thal, dẫn đến dư thừa nhiều mạch globin α . Mạch globin α dư thừa tạo thành các hạt tua lảng xuống màng hồng cầu làm cho màng hồng cầu mất độ mềm dẻo, hồng cầu trở thành tế bào cứng dờ nên khó vượt qua các "màng lọc" ở lách, tạo ra các mảnh vỡ HC và HC hình giọt nước khi đi qua lách. Kết quả này của chúng tôi cũng giống với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Công Khanh, Dương Bá Trực [7].

4. Độ nhạy, độ đặc hiệu của một chỉ số và hình thái tế bào hồng cầu: Đối với chỉ số MCV, ở ngưỡng 70-80fl, độ nhạy cao nhất là 100% và độ đặc hiệu thấp nhất là 32,1%; ở ngưỡng <60fl, độ nhạy thấp nhất là 18,1% và độ đặc hiệu cao nhất là 100%; ở ngưỡng 60-70fl, độ nhạy và độ đặc hiệu đạt giá trị tương đương nhau là 84% và 78,6%. Đối với chỉ số MCH, ở ngưỡng <20pg và 24-28pg, độ nhạy và độ đặc hiệu có giá trị chênh lệch nhau nhiều. Ở ngưỡng 20-24pg, độ nhạy và độ đặc hiệu đạt giá trị tương đương nhau là 87,2% và 76,8%. Tương tự chỉ số RDW, ở ngưỡng 14-16% và >18%, độ nhạy và độ đặc hiệu cũng có giá trị chênh lệch nhau khá nhiều. Ở ngưỡng 16-18%, độ nhạy và độ đặc hiệu đạt giá trị tương đương là 79,8% và 85,7%.

Đối với tỷ lệ các hình thái hồng cầu hình bia bản, mảnh vỡ HC và hình miệng ở ngưỡng >1.0% đều đạt độ đặc hiệu là 100% nhưng độ nhạy lại rất thấp; ở ngưỡng 0,5-1,0% thì cả 3 chỉ số hình thái này đều đạt độ nhạy và độ đặc hiệu tương đương nhau lần lượt là 90,4% và 80,4%, 82,0% và 87,5%, 85,1% và 78,6%. Đối với tỷ lệ hình thái hồng cầu hình giọt nước, ở ngưỡng 0,5-1,0%, độ nhạy và độ đặc hiệu có sự chênh lệch lớn; còn ở ngưỡng >1,0%, độ nhạy và độ đặc hiệu đạt giá trị tương đương là 87,2% và 80,4%.

Như vậy, chúng tôi đề xuất ngưỡng giá trị nhằm định hướng chẩn đoán ban đầu bệnh Thalassemia ở thai phụ đối với chỉ số MCV là 60-70fl, MCH là 20-24pg, RDW là 16-18%; đối với chỉ số hình thái hồng cầu hình bia bản, mảnh vỡ HC, hồng cầu hình miệng có tỷ lệ là 0,5-1,0%; hồng cầu hình giọt nước có tỷ lệ là >1,0%.

V. KẾT LUẬN

Giá trị MCV trung bình của bệnh nhân HbE/ β -Thal, β -Thal lần lượt là $68,3 \pm 2,9$ fl, $66,4 \pm 3,5$ fl; Giá trị MCH trung bình là $22,6 \pm 2,1$ pg, $22,1 \pm 1,8$ pg; Giá trị RDW trung bình là $17,6 \pm 2,2$ %, $18,2 \pm 2,8$ %; Tỷ lệ phần trăm hồng cầu bia bản là $1,2 \pm 0,6$ %, $1,4 \pm 0,8$ %; Tỷ lệ hồng cầu hình giọt nước là $2,9 \pm 1,7$ %, $3,3 \pm 1,9$ %; Tỷ lệ mảnh vỡ hồng cầu là $0,6 \pm 0,3$ %, $0,8 \pm 0,4$ %; tỷ lệ hồng cầu hình miệng là $0,6 \pm 0,5$ %, $0,7 \pm 0,4$ %. Có sự khác biệt về các chỉ số và hình thái tế bào hồng cầu ở nhóm bệnh nhân

Thalassemia so với nhóm TMTS. Bệnh nhân Thalassemia thiếu máu mức độ nhẹ, không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm bệnh nhân HbE/ β -Thal và β -Thal.

Đối với chỉ số MCV ở ngưỡng 60-70fl, MCH ở ngưỡng 20-24pg, RDW ở ngưỡng 16-18%, độ nhạy và độ đặc hiệu tương đương nhau lần lượt là 84% và 78,6%; 87,2% và 76,8%; 79,8% và 85,7%. Đối với chỉ số hình thái hồng cầu hình bia bản, mảnh vỡ HC, hồng cầu hình miệng có tỷ lệ 0,5-1,0% và hồng cầu hình giọt nước có tỷ lệ >1,0% có độ nhạy và độ đặc hiệu tương đương nhau lần lượt là 90,4% và 80,4%; 82% và 87,5%; 85,1% và 78,6%; 87,2% và 80,4%. Các ngưỡng trên được tính toán dựa trên đặc điểm các chỉ số và hình thái hồng cầu ngoại vi nhằm mục đích đạt độ nhạy cao nhất tương đương độ đặc hiệu, từ đó định hướng chẩn đoán ban đầu bệnh Thalassemia cho thai phụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Phan Thanh Thủy (2014).** Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, xử trí sản khoa của thai phụ được chẩn đoán Thalassemia tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 2011 đến 2013, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Modell B, Berdoukas V (1984).** Cellular pathology. The Clinical Approach to Thalassemia. Grune and Stratton: 35 – 41.
3. **Bạch Quốc Khánh và cộng sự (2015).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và đột biến gen ở bệnh nhân Beta – Thalassemia/HbE, *Tạp chí Y học Việt Nam. Kỷ yếu hội nghị khoa học Thalassemia toàn quốc lần thứ I – 2015*, 434, 150 – 156.
4. **Nguyễn Thị Mai Anh, Lâm Thị Mỹ (2014).** Đặc điểm các chỉ số hồng cầu trong chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt và Beta – thalassemia, *Tạp chí Y học Việt Nam. Kỷ yếu hội nghị khoa học Thalassemia toàn quốc lần thứ I – 2015*, 434, 76 – 83.
5. **Nguyễn Thị Hoàng Tuyết (2010).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và nguyên nhân thiếu máu thiếu sắt ở người lớn và trẻ em tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Sandrine C.W, Simone M. deCastro (2011).** Prevalence of common Alpha – thalassemia determinants in south Brazil: Importance for the diagnosis of microcytic anemia. *Genetics and Molecular Biology*, 33, 4.
7. **Nguyễn Công Khanh, Dương Bá Trục (1993).** Một số đặc điểm về hồng cầu máu ngoại vi trong Beta – thalassemia, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 1993, 43 – 51.

ĐẶC ĐIỂM DI CẢN HẠCH CHỦ BỤNG SAU MỔ TRONG UNG THƯ CỔ TỬ CUNG GIAI ĐOẠN FIGO IB – IIA TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Thị Hằng¹, Nguyễn Văn Tuyên², Vũ Thị Thanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm di căn hạch chủ bụng sau mổ trong ung thư cổ tử cung giai đoạn FIGO IB – IIA tại Bệnh viện K. **Đối tượng nghiên cứu:** bao gồm 51 trường hợp ung thư cổ tử cung giai đoạn IB – IIA được phẫu thuật vét hạch chủ bụng tại Bệnh viện K. **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu $47,12 \pm 10,31$. Thể giải phẫu bệnh hay gặp là ung thư biểu mô vảy (72,5%). Có 17 trường hợp di căn hạch chủ bụng chiếm 33,3%, chủ yếu dưới mức động mạch thận (88,2%). Tỷ lệ di căn hạch chủ bụng theo giai đoạn IB: 28,1%, IIA: 42,1%. Kích thước trung bình hạch chủ bụng di căn $1,147 \pm 0,381$, kích thước hạch tăng thì tỷ lệ di căn hạch chủ bụng tăng lên. Nguy cơ di căn hạch chủ bụng tăng 2,8 lần khi có di căn hạch chậu. Không có sự khác biệt về tỷ lệ di căn hạch chủ bụng giữa các thể giải phẫu bệnh, kích thước u ($\leq 4\text{cm}$, $> 4\text{cm}$). **Kết luận:** Tỷ lệ di căn hạch chủ bụng ở bệnh nhân ung thư cổ tử cung giai đoạn IB – IIA là 33,3%. Tỷ lệ di căn hạch chủ bụng tăng khi kích thước hạch tăng, có di căn hạch chậu.

Từ khóa: ung thư cổ tử cung, hạch chủ bụng, di căn

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS OF PARA-AORTIC LYMPH NODE METASTASES IN PATIENTS WITH CERVICAL CANCER STAGE FIGO IB – IIA AFTER SURGERY AT K HOSPITAL

Objectives: To assess the para-aortic lymph node metastases in patients with cervical cancer stage FIGO IB – IIA after surgery at K Hospital. **Subjects:** 51 patients with cervical cancer stage FIGO IB – IIA who suffered from systematic para-aortic lymphadenectomy at K Hospital. **Method:** Retrospective and prospective study. **Result:** The mean age of the study group is $47,12 \pm 10,31$. Squamous cell carcinoma is the most common (72.5%). 17 cases of para-aortic lymph node metastases accounted for 33,3%, mostly below the renal artery (88.2%). Percentage of para-aortic lymph node metastases by stage IB: 28,1%, IIA: 42,1%. The mean size of para-aortic lymph node metastases was $1,147 \pm 0,381$, the lymph node size increased, the rate of lymph node metastasis increased. The risk of metastatic lymph node metastasis was increased by 2,8 times with pelvic lymph node metastases. There was no difference in incidence of metastatic lymph node metastasis among pathological anatomical lesions, tumor size ($\leq 4\text{cm}$, $> 4\text{cm}$). **Conclusions:** The incidence of para-aortic lymph node metastases in patients with cervical cancer stage IB-IIA was 33,3%. The rate of lymph node metastasis increases as lymph node size increases, with lymph node metastases.

¹Trường Đại học y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hằng

Email: lehang.y91@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 7.8.2017

Ngày duyệt bài: 22.8.2017

Key word: Cervical cancer, para-aortic lymph node, metastases

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung (UTCTC) là loại ung thư phổ biến thứ tư ở phụ nữ trên thế giới và là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong số các nguyên nhân gây tử vong do ung thư ở nữ.

Di căn hạch là một trong những yếu tố tiên lượng quan trọng nhất trong UTCTC. Đây là một yếu tố tiên lượng xấu báo hiệu quá trình di căn đã xảy ra. Tỷ lệ sống trên 5 năm ở những bệnh nhân UTCTC có di căn hạch chủ bụng điều trị xạ trị mở rộng từ 10 đến 50%[2]. Trong UTCTC, di căn hạch thường theo các chặng hạch, ban đầu là nhóm hạch chậu sau đó là hệ thống hạch chủ bụng, với tỷ lệ di căn hạch chủ bụng 5% ở giai đoạn FIGO IB1, tăng lên hơn 30% ở giai đoạn FIGO III [3], [4],[5]. Tỷ lệ di căn hạch chủ bụng tăng 25% nếu có di căn hạch chậu [3],[5]. Đôi khi có hiện tượng nhảy cóc xảy ra nghĩa là di căn hạch chủ bụng diễn ra sớm hơn di căn hạch chậu, tuy nhiên rất hiếm (< 1%) [5].

Ở Việt Nam nghiên cứu về tình trạng di căn hạch chủ bụng trong UTCTC đang còn rất hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục đích "Đánh giá đặc điểm di căn hạch chủ bụng sau mổ trong ung thư cổ tử cung giai đoạn IB - IIA tại Bệnh viện K"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 51 bệnh nhân chẩn đoán UTCTC được phẫu thuật vét hạch chủ bụng tại bệnh viện K từ tháng 1/2015 đến tháng 6/2017.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:**
 - + Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư cổ tử cung
 - + Giai đoạn IB – IIA có chỉ định phẫu thuật (phẫu thuật hoặc xạ trị tiền phẫu, hóa xạ trị triệt căn tái phát) có di căn hạch chậu qua sinh thiết tức thì hoặc hạch chủ bụng nghi ngờ khi phẫu thuật.
 - + Trên chẩn đoán hình ảnh (CT hoặc MRI) chưa thấy di căn hạch chủ bụng.
 - + Có đầy đủ hồ sơ bệnh án lưu trữ.
- **Tiêu chuẩn loại trừ:**
 - + Những bệnh nhân trong quá trình theo dõi sau điều trị chết không liên quan đến UTCTC được điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- **Tuổi:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân lúc chẩn đoán bệnh là $47,12 \pm 10,31$, Tuổi nhỏ nhất 25, lớn nhất 68. Độ tuổi hay gặp 30-65 (88,2%)

- **Kích thước u:** Có 33 trường hợp $u \leq 4\text{cm}$ (64,7%), 18 trường hợp $u > 4\text{cm}$ (35,3%)

- **Thể giải phẫu bệnh:** Thể giải phẫu bệnh hay gặp là ung thư biểu mô vảy chiếm 72,2%, sau đến ung thư biểu mô tuyến (8%)

- **Giai đoạn bệnh theo phân loại FIGO 2009:** giai đoạn IB có 32 bệnh nhân (62,75%), giai đoạn IIA có 19 bệnh nhân (37,25%)

3.2. Tỷ lệ di căn hạch chủ bụng và các yếu tố liên quan

- **Tỷ lệ di căn hạch chủ bụng:** Có 17 bệnh nhân di căn hạch chủ bụng sau mổ chiếm 33%.

- **Tỷ lệ di căn hạch chủ bụng tại các vị trí:** Vị trí hạch chủ bụng di căn chủ yếu dưới mức động mạch thận chiếm 88,2%, trên mức động mạch thận 5,9%, cả 2 vị trí 5,9%

- **Mối liên quan giữa kích thước hạch chủ bụng và di căn hạch chủ bụng**

Bảng 1 : Tình trạng di căn hạch chủ bụng theo kích thước hạch

Hạch chủ bụng Kích thước hạch	Di căn		Không di căn		Tổng	
	N	%	N	%	N	%
≤ 0.5	2	14,3	12	85,7	16	100
>0.5 và $\leq 1\text{cm}$	7	26,9	19	73,1	26	100
$>1\text{cm}$	8	72,7	3	27,3	11	100
Tổng	17	33	34	67	51	100

Nhận xét: Kích thước hạch tăng thì tỷ lệ di căn hạch chủ bụng tăng lên ($p = 0,005$)

- **Mối liên quan giữa di căn hạch chủ bụng và kích thước u**

Bảng 2: Tình trạng di căn hạch chủ bụng theo kích thước u

Hạch chủ bụng Kích thước u	Di căn		Không di căn		Tổng	
	N	%	N	%	N	%
$\leq 4\text{cm}$	10	58,8	23	67,6	33	64,7
$> 4\text{cm}$	7	41,2	11	32,4	18	35,3
Tổng	17	100	34	100	51	100

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tỷ lệ di căn giữa các nhóm ($p = 0,534$)

- **Mối liên quan giữa di căn hạch chủ bụng và thể giải phẫu bệnh**

Bảng 3: Tình trạng di căn hạch chủ bụng theo thể giải phẫu bệnh

Hạch chủ bụng Giải phẫu bệnh	Di căn		Không di căn		Tổng	
	N	%	N	%	N	%
Ung thư biểu mô vảy	12	32,4	25	67,6	39	100
Ung thư biểu mô tuyến	3	37,5	5	62,5	9	100
Khác	2	33,3	4	66,7	6	100
Tổng	17	33	34	67	54	100

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tỷ lệ di căn hạch chủ bụng giữa các thể giải phẫu bệnh ($p = 0,963$)

- **Mối liên quan giữa di căn hạch chủ bụng và di căn hạch chậu sau mổ**

Bảng 4: Tình trạng di căn hạch chủ bụng và di căn hạch chậu

Hạch chủ bụng Hạch chậu	Di căn		Không di căn		Tổng	
	N	%	N	%	N	%
Di căn	13	52	12	48	25	100
Không di căn	4	15,4	22	84,6	26	100
Tổng	17	33	34	67	51	100

Nhận xét: Tỷ lệ di căn hạch chủ bụng tăng khi có di căn hạch chậu ($p = 0,006$). Nguy cơ di căn hạch chủ bụng tăng 2,8 lần khi có di căn hạch chậu. Có 4 trường hợp di căn hạch chủ bụng mà không di căn hạch chậu, trong đó có 3 trường hợp đã được xạ trị tiền phẫu, 1 trường hợp không xạ trị tiền phẫu.

- **Mối liên quan giữa di căn hạch chủ bụng và giai đoạn**

Bảng 5: Tình trạng di căn hạch chủ bụng theo giai đoạn

Hạch chủ bụng Giai đoạn FIGO	Di căn		Không di căn		Tổng	
	N	%	N	%	N	%
IB	9	28,1	23	71,9	32	100
IIA	8	42,1	11	57,9	19	100

Tổng	17	33	34	67	51	100
------	----	----	----	----	----	-----

Nhận xét: Tỷ lệ di căn hạch chủ bụng của giai đoạn IIA lớn hơn giai đoạn IB, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,306$)

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu có 17 bệnh nhân di căn hạch chủ bụng, chiếm 33,3%, tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của P. Benedetti và cộng sự với tỷ lệ di căn hạch chủ bụng giai đoạn IB-IIA là 21% [3], của Sakuragi và cộng sự với tỷ lệ di căn hạch chủ bụng giai đoạn I là 1%, giai đoạn II là 4,9% [6]. Tỷ lệ di căn hạch chủ bụng theo giai đoạn là IB: 28,1%, IIA: 42,1%. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Michael Frumovitz [7] với giai đoạn IB: 8%, giai đoạn IIA: 12%.

Mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch chủ bụng sau mổ với kích thước hạch: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng di căn hạch chủ bụng sau mổ tỷ lệ thuận với kích thước hạch vét được sau mổ, hạch càng to thì tỷ lệ di căn hạch càng cao ($p = 0,005$). Trong 17 bệnh nhân di căn hạch chủ bụng có 9 bệnh nhân kích thước hạch < 1cm (chiếm 52,9%).

Về mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch chủ bụng và di căn hạch chậu: Tỷ lệ di căn hạch chủ bụng ở nhóm có di căn hạch chậu cao hơn nhóm không có di căn hạch chậu ($p = 0,006$). Nguy cơ di căn hạch chủ bụng tăng 2,8 lần khi có di căn hạch chậu. Trong UTCTC thông thường hạch di căn theo tuần tự theo các nhóm hạch bắt đầu từ hạch xung quanh cổ tử cung và parametre, đến nhóm hạch chậu rồi đến hạch chủ bụng. Đôi khi hạch di căn theo kiểu nhảy cóc, nghĩa là có thể thấy di căn hạch chủ bụng trước khi có di căn hạch chậu (<1%). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp di căn hạch chủ bụng mà không di căn hạch chậu (15,4%), trong đó 3 trường hợp có xạ trị tiểu khung trước mổ (có thể làm thay đổi tình trạng di căn hạch chậu) và 1 trường hợp được phẫu thuật triệt căn tử đầu.

Về mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch chủ bụng và kích thước u: không có sự khác biệt về tỷ lệ di căn hạch chủ bụng giữa nhóm $u \leq 4\text{cm}$ và $u > 4\text{cm}$ ($p = 0,534$).

Về mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch chủ bụng và thể giải phẫu bệnh: không

có sự khác biệt về tỷ lệ di căn hạch chủ bụng giữa các thể giải phẫu bệnh ($p = 0,963$).

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ di căn hạch chủ bụng sau mổ là 33%, trong đó giai đoạn IB: 28,1%, IIA: 42,1%; di căn chủ yếu dưới mức động mạch thận.

- Kích thước hạch càng lớn tỷ lệ di căn hạch chủ bụng càng cao.

- Tỷ lệ di căn hạch chủ bụng ở nhóm có di căn hạch chậu cao hơn nhóm không có di căn hạch chậu ($p = 0,006$). Có 4 (15,4%) trường hợp di căn hạch chủ bụng mà không di căn hạch chậu.

- Không có sự khác biệt về tỷ lệ di căn hạch chủ bụng giữa nhóm kích thước $u \leq 4\text{cm}$ và $u > 4\text{cm}$, giữa các thể giải phẫu bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cervical Cancer** Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012.
2. **Yoon H.I., Cha J., Keum K.C., et al. (2015).** Treatment outcomes of extended-field radiation therapy and the effect of concurrent chemotherapy on uterine cervical cancer with para-aortic lymph node metastasis. *Radiat Oncol Lond Engl*, 10.
3. **Benedetti-Panici P., Maneschi F., Scambia G., et al. (1996).** Lymphatic Spread of Cervical Cancer: An Anatomical and Pathological Study Based on 225 Radical Hysterectomies with Systematic Pelvic and Aortic Lymphadenectomy. *Gynecol Oncol*, **62**(1), 19–24.
4. **Heller P.B., Maletano J.H., Bundy B.N., et al. (1990).** Clinical-pathologic study of stage IIB, III, and IVA carcinoma of the cervix: extended diagnostic evaluation for paraaortic node metastasis--a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol*, **38**(3), 425–430.
5. **Panici P.B., Scambia G., Baiocchi G., et al. (1992).** Anatomical study of para-aortic and pelvic lymph nodes in gynecologic malignancies. *Obstet Gynecol*, **79**(4), 498–502.
6. **Sakuragi N., Satoh C., Takeda N., et al. (1999).** Incidence and distribution pattern of pelvic and paraaortic lymph node metastasis in patients with Stages IB, IIA, and IIB cervical carcinoma treated with radical hysterectomy. *Cancer*, **85**(7), 1547–1554.
7. **Michael Frumovitz et al (2014).** Invasive cervical cancer: Staging and evaluation of lymph nodes.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP TRẠNG TÁI PHÁT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Dương Chí Thành, Lê Văn Quảng, Nguyễn Văn Tài,

Trần Thị Hậu, Trần Đức Toàn(*)

TÓM TẮT

Mục tiêu. Nhận xét kết quả phẫu thuật UTTGT tái phát tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu.** Hồi cứu 54 BN ung thư tuyến giáp trạng tái phát được chẩn đoán và điều trị tại khoa UB và CSGN – BV Đại học Y Hà Nội từ 2009 đến 2017. **Kết quả.** 54 BN gồm 6 nam (11,1%) và 48 nữ (88,9%). Với 30 BN (55,6%) ≤ 45 tuổi, 24 BN (44,4%) trên 45 tuổi. Số lần điều trị trung bình là 2,26 lần. Thời gian tái phát trung bình 40,6 tháng. Tái phát tại u chiếm 14,8%, tái phát tại hạch chiếm 61,1%, tái phát tại cả u và hạch chiếm 18,5% và có 5,6% tái phát di căn xa. Siêu âm phát hiện được 44 trường hợp (89,8%) trong tổng số 49 trường hợp. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ cho tỉ lệ dương tính đạt 89,2%. Có 18 BN được chụp PET/CT với độ đặc hiệu 100%. Tất cả các bệnh nhân đều được phẫu thuật lại gồm 11,1% BN được cắt TGTB, 25,9% BN được cắt TGTB + vét hạch, 59,3% BN được vét hạch cổ đơn thuần và 3,7% BN được lấy tổn thương di căn. Sau mổ có 46,3% BN được điều trị I131, 11,1% BN được xạ trị ngoài. Tỉ lệ biến chứng khi phẫu thuật lại là 13%, trong đó có 1 bệnh nhân mở khí quản vĩnh viễn.

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp trạng tái phát, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả phẫu thuật.

SUMMARY**THE SURGICAL RESULT OF RECURRENT THYROID CANCER AT HA NOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL**

Objective: Remarking the surgical result of the recurrent thyroid cancer.

Patients and method: 54 patients of recurrent thyroid cancer treated in Ha Noi medical university hospital from 2009 to 2017. The retrospective disease cluster descriptive study. **Results:** 54 patients includes: 6 males (11,1%) and 48 females (88,9%). Also, 30 patients (55,6%) were ≤ 45 years old and 24 patients (44,4%) were older than 45. Average number of treatments was 2,26. Average recurrence time was 40,6 months. Local recurrence (LR) in 14,8%, Regional lymph nodes recurrence (RLNR) in 61,1%, LR and RLNR in 18,5% and distant metastasis in 5,6%. Ultrasound detected 44 cases (89,2%) in 54 cases, fine needle aspiration positive in 89,2%. PET/CT were performed in 18 cases with specificity 100%. All patients were re-operated: 11,1% total thyroidectomy, 59,3% lymph nodes dissection, 25,9% total thyroidectomy and lymph nodes dissection, 3,7% metastasis resection. Re-operative complication rate was 13%, permanent tracheotomy in 1 case.

Keywords: recurrent thyroid cancer, clinic-pathological characteristics, surgical result.

(*)Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Dương Chí Thành

Email: duongchithanh.ht@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2017

Ngày duyệt bài: 23.8.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là bệnh có tiên lượng tốt, tuy nhiên vẫn có tỉ lệ tái phát sau điều trị khoảng 20% trong 10 năm đầu, chủ yếu là tái phát tại chỗ tại vùng. Thực tế ở nước ta hiện nay mặc dù có nhiều tiến bộ về chẩn đoán và điều trị bệnh, tuy nhiên bệnh nhân thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, điều trị lần đầu không hoàn chỉnh đặc biệt là vấn đề nạo vét hạch cổ không được thực hiện theo đúng chỉ định, thêm vào đó là tình trạng kháng điều trị I¹³¹ dẫn đến tỉ lệ tái phát còn khá cao, ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh. Lựa chọn giữa phẫu thuật lại, I131 và theo dõi chủ động tùy thuộc vào vị trí tái phát, phương pháp phẫu thuật lần trước, biến chứng sau phẫu thuật và tình trạng đáp ứng với I131. Nhìn chung, phẫu thuật giữ vai trò quan trọng nhất trong điều trị UTTGT tái phát. Khoa Ung bướu Bệnh viện Đại học Y Hà Nội mỗi năm điều trị hàng nghìn ca ung thư tuyến giáp trong đó có cả những bệnh nhân tái phát ở các trung tâm khác chuyển đến, và ghi nhận từ 2009 đến 2017 đã điều trị cho hơn 50 bệnh nhân ung thư tuyến giáp tái phát. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị UTTGT tái phát bằng phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm các bệnh nhân được chẩn đoán UTTGT tái phát điều trị tại khoa Ung bướu và chăm sóc giảm nhẹ - bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ T10/2009 – T10/2017.

- **Tiêu chuẩn chọn BN:** BN được chẩn đoán UTTGT tái phát. Đã được điều trị trước đó và có hồ sơ lưu trữ rõ ràng. Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng và nhất thiết phải có kết quả mô bệnh học.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Hồ sơ lưu trữ không đầy đủ. Không có kết quả mô bệnh học. Di căn từ nơi khác đến.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả chùm ca bệnh.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng****3.1.1. Tuổi và giới**

- **Đặc điểm tuổi:** tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 42,8 (từ 13 đến 74 tuổi). Có 30 BN (55,6%) dưới 45 tuổi, và 24 BN (44,4%) trên 45 tuổi.

- **Đặc điểm giới:** tỉ lệ nữ giới chiếm 88,9%, nam giới chiếm 11,1%, tỉ lệ nữ/nam là 8/1.

Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đó của các tác giả trong và ngoài nước về UTTGT tái phát: nghiên cứu của Trần Ngọc Hải (2005) tuổi trung bình là 39,37 (9-84 tuổi)[1],

nghiên cứu của Palme tuổi trung bình là 44[3]. Tỷ lệ nữ/nam của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu của các tác giả khác, tỷ lệ này là 3/1[2].

3.1.2. Một số đặc điểm chung của bệnh nhân tái phát

Bảng 1. Liên quan giữa giai đoạn bệnh và thời gian tái phát

	Thời gian tái phát		Tổng
	≤ 24 tháng	> 24 tháng	
Giai đoạn u: T1, T2	11	21	P= 0,015
T3, T4	15	7	
Giai đoạn hạch: N0	11	14	P= 0,034
N1	21	8	

Thời gian tái phát trung bình là 40,6 tháng, số lần điều trị trung bình là 2,26 lần. Những bệnh nhân giai đoạn ban đầu T3, T4 và có di căn hạch thì thời gian tái phát trước 24 tháng cao hơn so với nhóm giai đoạn T1, T2 và không có di căn hạch. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.1.3. Triệu chứng cơ năng

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	N	Tỷ lệ (%)
U vùng cổ	25	46,3
Nuốt vướng	2	3,7
Khàn tiếng	0	0
Khó thở	1	1,9
Nhiều triệu chứng	1	1,9
Khám định kỳ	25	46,3

Trong nhóm bệnh nhân tái phát của chúng tôi, có 46,3% đi khám vì phát hiện thấy u vùng cổ, 46,3% bệnh nhân khám định kỳ phát hiện bệnh. Chỉ có 7,4% đi khám vì các triệu chứng cơ năng khác. Tỷ lệ khám định kỳ phát hiện bệnh của chúng tôi cao hơn so với trong UTTGT tiên phát, theo tác giả Hershman và Blahd (2005) tỷ lệ khám sức khỏe định kỳ phát hiện bệnh là 15,2%[3].

3.1.4. Đặc điểm u và hạch tái phát

- **Đặc điểm u tái phát:** Số lượng u tái phát đơn độc chiếm 55,6%. 100% u có mật độ cứng chắc, kích thước u từ 1 – 4 cm chiếm chủ yếu với 88,8%.

- **Đặc điểm hạch tái phát:** tỷ lệ phát hiện u trên lâm sàng chiếm 27,8%, mật độ cứng chắc chiếm 73,4%, đa phần hạch không rõ ranh giới và di động hạn chế.

- 54 bệnh nhân có 14,8% tái phát tại u, 61,1% tái phát tại hạch, 18,5% tái phát tại cả u và hạch. Và có 5,6% tái phát di căn xa. Tỷ lệ phát hiện u trên lâm sàng của chúng tôi là 100%, tỷ lệ phát hiện hạch chỉ chiếm 27,8%.

3.1.5. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3. Các xét nghiệm cận lâm sàng

Phương pháp	Đặc điểm	N	Tỷ lệ (%)
Siêu âm	Phát hiện tổn thương	44	89,8
	Không phát hiện tổn thương	5	10,2
FNA	Âm tính	33	8,1
	Dương tính	3	89,2
	Nghi ngờ	1	2,7
PET/CT	Âm tính	0	0
	Dương tính	18	100
CT/ MRI	Có làm	3	5,6
	Không làm	51	94,4
Mô bệnh học	Nhú	49	90,7
	Nang	5	9,3
	Tủy	0	0
	Không biệt hóa	0	0

Trong nghiên cứu của chúng tôi, siêu âm được thực hiện ở 49 trường hợp và phát hiện được 89,8% trường hợp tái phát. Tỷ lệ chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dương tính đạt 89,2%. Có 18 trường

hợp được chụp PET/CT với tỉ lệ phát hiện tổn thương là 100%. Về đặc điểm mô bệnh học có 90,7% là thể nhú, 9,3% thể nang, không có trường hợp nào thể tủy và thể không biệt hóa.

3.2. Điều trị UTTGT tái phát

- Phẫu thuật

Bảng 4. Điều trị phẫu thuật

Phương pháp	N	Tỉ lệ (%)
Cắt TG toàn bộ	6	11,1
Cắt TG toàn bộ + vết hạch	14	25,9
Vết hạch đơn thuần	32	59,3
Lấy bỏ tổn thương di căn	2	3,7
Tổng	54	100

Trong điều trị UTTGT tái phát, phẫu thuật là phương pháp quan trọng nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phẫu thuật vết hạch cổ đơn thuần chiếm tỉ lệ cao nhất 58,8%. Tỉ lệ cắt tuyến giáp toàn bộ + vết hạch chiếm 25,5%, tỉ lệ cắt tuyến giáp toàn bộ đơn thuần chỉ chiếm 11,8%. Có 2 trường hợp phẫu thuật lấy u di căn, một trường hợp di căn xương sọ được phẫu thuật cắt đoạn xương sọ, một trường hợp di căn do cấy ghép tại vùng nách sau phẫu thuật nội soi. Tỉ lệ phẫu thuật triệt căn trong nghiên cứu của chúng tôi là 89,2%. Kết quả này cao hơn so với tác giả Trần Ngọc Hải nghiên cứu tại bệnh viện K (2005), tỉ lệ phẫu thuật triệt căn chỉ chiếm 70,7%[1].

- Biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 5. Biến chứng

Biến chứng	N	Tỉ lệ (%)
Không có	47	87
Chảy máu	1	1,9
Khàn tiếng	3	5,6
Hạ canxi	1	1,9
Mở khí quản	1	1,9
Nhiều biến chứng	1	1,9
Tổng	54	100

Biến chứng sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 13,7%, trong đó có 3 trường hợp khàn tiếng tạm thời và hồi phục trong vòng 3 tháng, 2 trường hợp mở khí quản chủ động trong đó một trường hợp do u xâm lấn khí quản phải mở khí quản tạm thời và 1 trường hợp phải mở khí quản vĩnh viễn do u xâm lấn thần kinh TQQN 2 bên, 1 trường hợp chảy máu trong 24h sau mổ. Như vậy tỉ lệ biến chứng do phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi nằm trong giới hạn cho phép và cũng tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới[4],[5]. So với phẫu thuật ban đầu, tỉ lệ biến chứng khi phẫu thuật lại trong nghiên cứu này cao hơn và có tỉ lệ biến chứng vĩnh viễn.

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật là phương pháp quan trọng nhất trong điều trị ung thư tuyến giáp trạng tái phát, tỉ lệ phẫu thuật triệt căn đạt 89,2%. Biến chứng sớm phẫu thuật chiếm 13,7% và chủ yếu là biến chứng tạm thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Hải (2004)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh ung thư giáp trạng tái phát tại bệnh viện K, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện, chuyên ngành Ung Thư, Đại học Y Hà Nội.
2. **C. E. Palme và các cộng sự. (2004)**, "Management and outcome of recurrent well-differentiated thyroid carcinoma", *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 130(7), tr. 819-24.
3. **Hearshman J.M Bland W.H (2005)**, Endocrine and Neuroendocrine cancer treatment 7th edition, ED W.B Saunders Company., ed.
4. **R. P. Tufano, J. Bishop và G. Wu (2012)**, "Reoperative central compartment dissection for patients with recurrent/persistent papillary thyroid cancer: efficacy, safety, and the association of the BRAF mutation", *Laryngoscope.* 122(7), tr. 1634-40.
5. **J. L. Roh, J. M. Kim và C. I. Park (2011)**, "Central compartment reoperation for recurrent/persistent differentiated thyroid cancer: patterns of recurrence, morbidity, and prediction of postoperative hypocalcemia", *Ann Surg Oncol.* 18(5), tr. 1312-8.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN KHÔNG XI MĂNG SỬ DỤNG KỸ THUẬT GÓC NGHIÊNG PHỐI HỢP

Bùi Đức Ngọt¹, Đào Xuân Thành², Hoàng Gia Du²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sau phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng sử dụng kỹ thuật góc nghiêng phối hợp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu 86 bệnh nhân được thay khớp háng toàn phần không xi măng có sử dụng kỹ thuật góc nghiêng phối hợp, trong đó có 64 bệnh nhân hồi cứu, 22 bệnh nhân tiền cứu. **Kết quả:** Góc nghiêng phối hợp trung bình là $43,04^{\circ} \pm 5,05^{\circ}$ (25° - 61°), có 2 bệnh nhân có biến chứng sau mổ (chiếm 2,38%) trong đó 1 bệnh nhân (chiếm 1,19%) trật khớp sau mổ 1 tháng và 1 bệnh nhân nhiễm trùng nông tại vết mổ. Có 2 bệnh nhân tử vong trong thời gian theo dõi sau mổ (chiếm 2,38%) do các nguyên nhân không liên quan tới phẫu thuật. Điểm Harris trung bình là $94,37 \pm 9,47$ (68-100), đạt kết quả kém có 1 bệnh nhân (1,2%), khá có 5 bệnh nhân (6,0%), đạt loại tốt 11 bệnh nhân (13,1%) và rất tốt có 67 bệnh nhân (79,8%). Tổng tầm vận động trung bình $276,90^{\circ} \pm 24,35^{\circ}$ (220° – 315°). **Kết luận:** Kỹ thuật góc nghiêng phối hợp giúp đặt đúng được các thành phần của khớp háng nhân tạo, giảm đáng kể tỷ lệ trật khớp sau mổ và đạt được tầm vận động tối ưu.

Từ khóa: Góc nghiêng phối hợp, trật khớp, thay khớp háng toàn phần.

SUMMARY

RESULTS OF CEMENTLESS TOTAL HIP ARTHROPLASTY USING COMBINED ANTERVERSION TECHNIQUE

Objectives: To evaluate the outcome of postoperative cementless total hip arthroplasty using combined anteversion technique. **Materials and Methods:** We conducted a study of 86 total cementless hip arthroplasty (64 retrospective and 22 prospective) using a combined anteversion technique. **Results:** The average combined anteversion was $43,04^{\circ} \pm 5,05^{\circ}$ (range 25° – 61°). There were 2 patients have postoperative complications (2.38%), one dislocated after surgery, one had superficial infection. Two patients died during follow-up postoperative time (2.38%) with unrelated causes. The average Harris's Hip score was 94.37 ± 9.47 (range 68-100), poor results in 1 patient (1.2%), satisfactory in 5 patients (6.0%), good in 11 patients (13.1%) and very good in 67 patients (79.8%). The average of total range of

motions is $276,90^{\circ} \pm 24,35^{\circ}$ (220° - 315°). **Conclusion:** Combined anteversion technique helps to correctly position the implants, significantly reduce the postoperative dislocation rate and achieve optimal range of motion.

Keywords: Combined anteversion technique, dislocation, total hip arthroplasty.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc đặt được đúng vị trí cho các thành phần cấu tạo của khớp nhân tạo được coi là một điều kiện tiên quyết cho thành công trong thay khớp háng toàn phần [1]. Lewinnek chỉ ra việc đặt góc nghiêng trước của ổ cối nhân tạo nằm trong khoảng $15^{\circ} \pm 10^{\circ}$ giúp làm giảm đáng kể sự va chạm, qua đó giảm tỷ lệ trật khớp và tỷ lệ mòn khớp [2]. Widmer và cs cũng thấy có mối tương quan chặt chẽ giữa góc nghiêng trước của ổ cối và chuỗi xương đùi với tầm vận động. Ông đề xuất công thức toán học tối ưu cho góc nghiêng trước phối hợp giữa ổ cối (Cup anteversion – CuA) và cổ xương đùi (Stem anteversion – SA): $CuA + 0.7 \times SA = 37,3^{\circ}$ [3]. Ranawat và cs. đã đề xuất góc nghiêng phối hợp (combined anteversion-CA) là góc nghiêng tổng giữa góc nghiêng trước của ổ cối và góc nghiêng trước của chuỗi khớp nên trong khoảng 25° – 45° [4]. Emerson cho thấy góc nghiêng trước của chuỗi khớp tăng hơn 8° so với góc nghiêng ban đầu [6]. Do vậy, việc một số phẫu thuật viên có xu hướng đặt góc nghiêng ổ cối theo góc nghiêng tự nhiên sẽ có nguy cơ làm góc nghiêng phối hợp nằm ngoài khoảng an toàn là 40° - 60° . Với cơ chế đặt chuỗi khớp không xi măng kiểu nén ép chặt (press fit) như hiện nay, hầu như không thể điều chỉnh được góc nghiêng trước của chuỗi. Do đó, Amuwa và L. D. Dorr đã đề xuất một kỹ thuật phẫu thuật thay khớp để đạt được góc nghiêng phối hợp tối ưu. Trong kỹ thuật này, góc nghiêng trước của cổ xương đùi sẽ được xác định trước, sau đó góc nghiêng của ổ cối sẽ được đặt sao cho góc nghiêng phối hợp nằm trong khoảng an toàn và sự phủ xương (cup coverage) là tối đa. Đây là một kỹ thuật đơn giản, dễ áp dụng, rẻ tiền và phù hợp với điều kiện kinh tế của Việt Nam khi mà hệ thống định vị dẫn đường (navigation) và robot hỗ trợ còn rất đắt tiền và hiện vẫn đang được nghiên cứu và triển khai ở Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

¹Bác sĩ nội trú khóa 39 Trường Đại học Y Hà Nội,

²Khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đào Xuân Thành

Email: daoxuanthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.6.2017

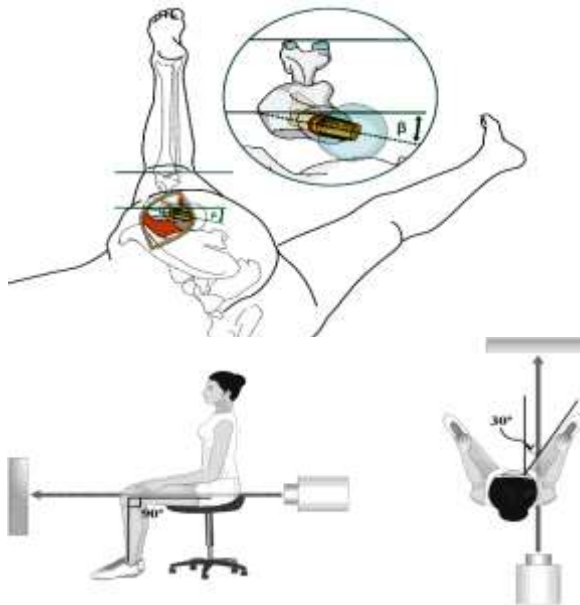
Ngày phản biện khoa học: 15.8.2017

Ngày duyệt bài: 24.8.2017

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên các bệnh nhân (BN) được thay khớp háng toàn phần phần không xi măng có sử dụng kỹ thuật góc nghiêng phối hợp từ tháng 6/2014 đến tháng 12/2015 (hồi cứu) và từ tháng 1/2017 đến tháng 4/2017 (tiền cứu). Các BN này đều có chỉ định thay khớp háng toàn phần không xi măng, có khả năng ngồi chụp đúng tư thế, có đầy đủ phim chụp trước – sau mổ và có thể liên lạc được. Chúng tôi loại trừ các BN không đủ các điều kiện trên và các trường hợp biến dạng khung chậu và lõi cầu đùi quá nặng.

Kỹ thuật góc nghiêng phối hợp (Combined anteversion technique): Sự thay đổi chính trong kỹ thuật góc nghiêng phối hợp là chuẩn bị xương đùi trước. Góc nghiêng trước của xương đùi sẽ được xác định chuỗi thứ cuối cùng. Góc của cổ đùi với trục ngang của xương đùi (được xác định bằng cách sờ 2 lồi cầu đùi) (Hình 1). Để tránh sai số trong xác định góc nghiêng trước của chuỗi nhân tạo, chúng tôi sử dụng thước đo góc (sai số của thước là 1°), được hấp tiệt trùng và sử dụng trong mổ. Để hạn chế chảy máu từ xương đùi, một số tác giả cầm máu bằng sáp xương (thrombin-soaked sponge).

**Hình 2. Tư thế Budin**

Phương pháp đo: Đặt phim X-quang và thước đo góc trên đèn đọc phim. Góc nghiêng dạng của ổ cối được xác định bằng cách xác định đường thẳng AB tương ứng với trục dọc của hình elip ổ cối. Đặt thước đo sao cho trục cơ bản của thước trùng với đường thẳng AB và đỉnh của

Hình 1. Xác định góc nghiêng của chuỗi khớp

Ổ cối được chuẩn bị và được đặt nghiêng trước tùy theo góc nghiêng trước của chuỗi sao cho góc nghiêng trước của ổ cối nằm trong khoảng an toàn và góc nghiêng phối hợp là tổng của 2 góc nghiêng nói trên nằm trong khoảng từ $40^\circ - 60^\circ$. Góc nghiêng trước tăng quá lớn có thể làm giảm tầm vận động của khớp, do đó, trong nghiên cứu của chúng tôi lấy góc nghiêng phối hợp nằm ở giới hạn dưới ($40^\circ - 50^\circ$).

Sau khi đặt chuỗi xương đùi, khớp háng được đặt ở các tư thế vận động gấp - duỗi, dạng - khép, xoay trong - xoay ngoài và pitton để đánh giá tầm vận động, đo chiều dài chi cũng như sự va của khớp nhân tạo. Sau phẫu thuật việc tập phục hồi chức năng tương tự phẫu thuật thay khớp háng thông thường.

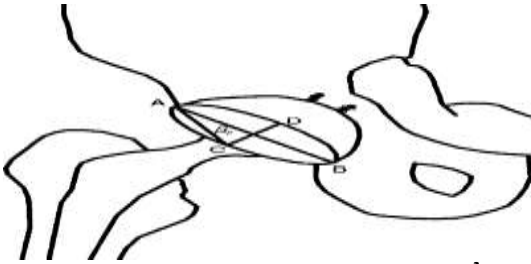
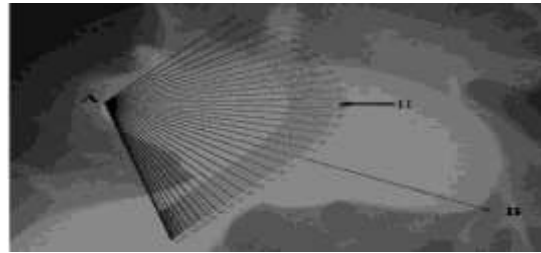
Đánh giá kết quả: Việc đánh giá kết quả được chúng tôi đánh giá cả trong mổ và sau mổ.

Các chỉ tiêu đánh giá kết quả trong mổ gồm biến động huyết động trong mổ (mạch nhanh, huyết áp tụt), truyền dịch trong mổ, truyền máu cấp cứu trong mổ. Chúng tôi cũng ghi nhận các thông số của khớp nhân tạo để loại bỏ yếu tố nhiễu (kích thước chỏm to hoặc loại khớp).

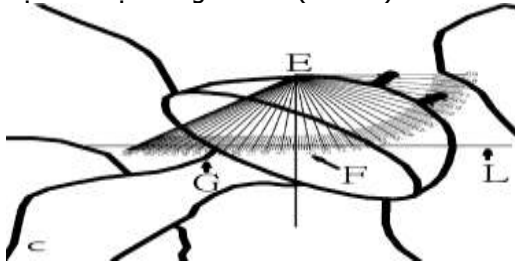
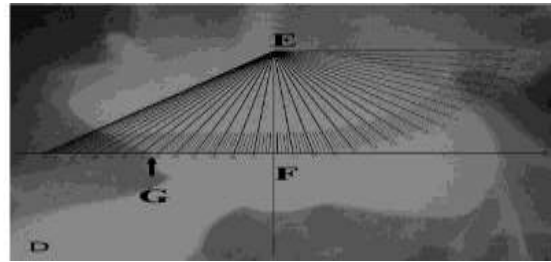
Sau mổ, BN sẽ được kiểm tra công thức máu trong 24h đầu sau mổ, chụp kiểm tra vào ngày thứ 5 sau mổ với 2 tư thế: thẳng để xác định góc nghiêng của ổ cối và tư thế Budin để xác định góc nghiêng trước của chuỗi.

**Hình 3. Đo góc nghiêng trước của chuỗi**

thước đo trùng với điểm A. Xác định điểm H sao cho đường thẳng AH song song đường thẳng nối hai ụ ngồi hoặc hai "giọt lệ" của ổ cối. Góc tạo bởi đường thẳng AB và đường thẳng AH là góc BAH chính bằng góc nghiêng dạng của ổ cối nhân tạo (Hình 5-6)

**Hình 4. Xác định góc nghiêng ổ cối****Hình 5. Đo góc nghiêng dạng trên X-quang**

Góc nghiêng trước của ổ cối được xác định như sau: Xác định điểm F là tâm điểm của hình elip ổ cối, điểm E là điểm cao nhất của ổ cối. Đường thẳng ngang song song đường thẳng nối hai ụ ngồi hoặc hai "giọt lệ" của ổ cối đi qua điểm F cắt viền ngoài của ổ cối tại điểm G. Góc nghiêng trước của ổ cối được xác định là góc FEG (Hình 7).

**Hình 6. Đo góc nghiêng trước FEG**

Chúng tôi sử dụng thang điểm Harris (Harris Hip Score) để đánh giá chức năng của khớp háng sau mổ. Chúng tôi cũng đánh giá các biến chứng sau mổ thay khớp háng của các bệnh nhân này. Tuy nhiên, do thời gian theo dõi chưa đủ dài nên các biến chứng muộn như lỏng khớp, mòn khớp, cốt hóa lạc chỗ chúng tôi chưa đủ cơ sở để kết luận.

III. KẾT QUẢ

Chúng tôi nghiên cứu trên 86 BN, hồi cứu 64 BN (72%), tiến cứu 22 BN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam chiếm 67,4%, tỷ lệ nam: nữ $\approx$ 2:1. Tỷ lệ phẫu thuật 2 bên của khớp háng là tương đương nhau với bên (P) chiếm 51,2% và bên (T) là 48,8%.

Độ tuổi thay khớp trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $51,62 \pm 12,86$, BN trẻ nhất là 23 tuổi, BN già nhất là 75 tuổi.

Thời gian theo dõi của nhóm hồi cứu trung bình $39,6375 \pm 25,511$ (tháng), ngắn nhất là 6 tháng, dài nhất là 108 tháng.

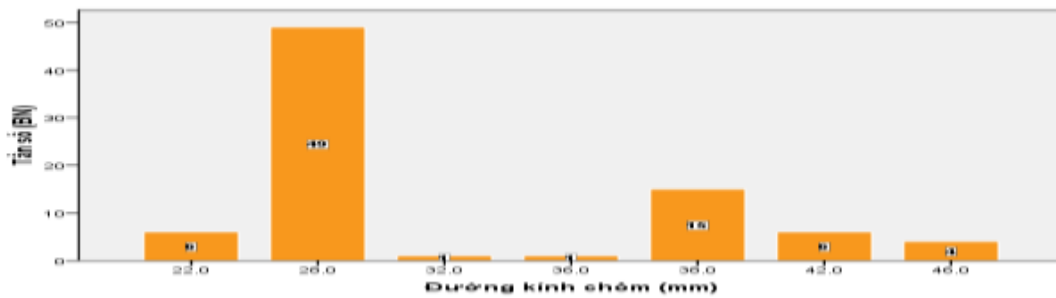
Thời gian nằm viện trung bình: $16,58 \pm 9,31$ (5 – 49 ngày), thời gian điều trị sau mổ $8,58 \pm 5,392$ (4 – 39 ngày).

Qua theo dõi bằng mạch – huyết áp trong phần theo dõi của Bác sỹ Gây mê hồi sức, chúng tôi không thấy có sự biến đổi huyết động đáng kể (mạch > 120 lần/phút, huyết áp tụt $<$

90/60mmHg), không có BN nào cần truyền máu ngay trong mổ. Lượng dịch dùng trung bình trong cuộc mổ là $984,62 \pm 248,263$ (200–1500ml).

Trong 24h đầu sau mổ, có 31 BN thiếu máu nhẹ (35% tổng số và 45,6% số BN khảo sát), 37 BN không thiếu máu (43,0% tổng số và 54,4% số BN khảo sát), không có BN nào thiếu máu nặng. Trong số này có 26 BN (chiếm 30,2%) cần được truyền máu với lượng máu truyền $665,38 \pm 240,320$ ml (350 – 1450 ml).

Đường kính trung bình của ổ cối là 50,76mm, đường kính ổ cối của nam là 52 lớn hơn của nữ là 48,18mm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$ (độ tin cậy 95%). Kích thước chỏm thể hiện trên biểu đồ 1. Kích thước chỏm hay sử dụng nhất là chỏm 28mm (chiếm 57%). Các loại chỏm kích thước lớn (trên 32) là kích thước của lót ổ cối trong loại khớp 2 trục linh động (MDM – Modular Dual Mobility).

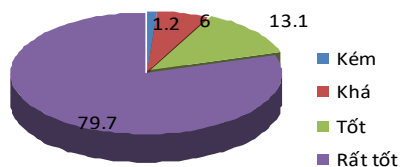
**Biểu đồ 1: Biểu đồ đường kính chêm**

Góc nghiêng của các thành phần khớp nhân tạo được thể hiện trên bảng 1.

Bảng 1. Góc nghiêng của các thành phần khớp háng

	N	Min	Max	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Góc nghiêng dạng của ổ cối	86	34.00	55.00	44.9651	4.02477
Góc nghiêng trước của ổ cối	86	7.00	36.00	19.6802	5.75117
Góc nghiêng trước của chuỗi	86	9.00	33.00	23.3605	5.26679
Góc nghiêng phối hợp	86	25.00	61.00	43.0407	5.05395
Công thức Widmer	86	22.30	51.40	36.0326	4.68799
Valid N (listwise)	86				

Điểm Harris trung bình ($n = 84$) $94,372 \pm 7,4661$, trong đó kết quả kém có 1 BN (1,2%), khá có 5 BN (6,0%), kết quả tốt 11 BN (13,1%) và rất tốt 67 BN (79,7%). Điểm Harris ở trung bình ở nam là 95,31 có cao hơn so với ở nữ là 92,43. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p = 0,094$ (độ tin cậy 95%).

**Biểu đồ 2. Phân loại thang điểm Harris**

Trong thời gian theo dõi có 2 BN tử vong do nguyên nhân khác không liên quan đến cuộc mổ: 1 BN tử vong do đợt cấp của lupus ban đỏ hệ thống kháng trị sau mổ 6 tháng, 1 BN tử vong do tai biến mạch não, xuất hiện sau mổ 12 tháng.

Có 2 trường hợp (chiếm 2,38%) có biến chứng sau mổ: 1 trường hợp có nhiễm khuẩn nông (chiếm 1,190%) tại vết mổ thay khớp háng, xuất hiện sau mổ 12 tháng, hiện đã ổn định và không ảnh hưởng đến khớp nhân tạo, 1 trường hợp trật khớp háng (chiếm 1,190%) sau mổ 1 tháng do ngồi sai tư thế đã được nắn trật sau đó, qua theo dõi hiện chưa thấy trật tái diễn.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật thay khớp háng cải thiện đáng kể chức năng khớp háng cũng như chất lượng cuộc sống của bệnh nhân với 93% BN có kết quả đạt từ tốt trở lên. Chỉ có 6 BN (chiếm 7%) đạt kết quả khá và kém. Khi phỏng vấn và thăm khám sâu hơn, các BN này đều hết đau và có chức năng khớp háng nhân tạo rất tốt nhưng có nhiều bệnh lý nội khoa phối hợp hoặc khớp háng đối diện có chỉ định phẫu thuật nhưng chưa phẫu thuật dẫn đến ảnh hưởng vận động của khớp đã thay. Tổng tầm vận động trung bình $276,90^\circ \pm 24,35^\circ$ (220° - 315°), lớn hơn so với nghiên cứu của Jeannette và cs (232°).

Thời gian điều trị sau mổ là 8,58, là ngắn hơn so với nghiên cứu của Jullian Foote (11,4 ngày) và Abbas K. (11,8 ngày) với $p < 0,001$ (CI 95%).

Góc nghiêng trước của ổ cối trung bình $19,68^\circ$, 84 BN có góc nghiêng trước nằm trong vùng an toàn theo Lewinnek (chiếm 97,7%).

Góc nghiêng phối hợp trung bình: $43,041^\circ \pm 5,053^\circ$ nằm trong khoảng $40^\circ - 60^\circ$ theo Jolles và Lewinnek, góc nghiêng phối hợp giữa 2 nhóm có chỏm nhỏ hơn 32 và nhóm có chỏm từ 32 trở lên là không khác biệt với $p = 0,211$ (độ tin cậy 95%). Theo công thức Widmer thì $CuA + 0,7 \cdot SA = 36,026^\circ \pm 4,689^\circ$, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với công thức mà Widmer đề xuất với $p = 0,059$ (độ tin cậy 95%).

Tỷ lệ trật khớp háng là 1,190%, nhỏ hơn tỷ lệ trật khớp háng Jolles và cs đưa ra (1,5%) [5] và nhỏ hơn gần 5 lần so với nghiên cứu của Woo và

Morrey (tỷ lệ trật là 5,8%) và nhỏ hơn 2 lần so với nghiên cứu của Fackler và Poss (2,4%).

Tỷ lệ trật sau mổ thay khớp háng nhân tạo của BN có kích thước chỏm 28 (n=49) là 2,04%, nhỏ hơn 3 lần so với nghiên cứu của Somesh P. Singh (tỷ lệ 6,49%).

Tỷ lệ nhiễm trùng sau mổ là 1,19%. Đây là trường hợp nhiễm trùng nông tại vết mổ trên nền BN lupus ban đỏ hệ thống và sử dụng thuốc ức chế miễn dịch và corticoid một thời gian dài. Nhiễm trùng xuất hiện sau mổ 12 tháng. Không có trường hợp nào nhiễm trùng sâu và phải lấy bỏ khớp nhân tạo.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật góc nghiêng phối hợp giúp lượng giá và đặt các thành phần khớp háng nhân tạo ở vị trí tối ưu, giúp giảm đáng kể tỷ lệ va chạm giữa các thành phần khớp và trật khớp sau mổ, qua đó đạt được tầm vận động tối ưu và kết quả khả quan sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đ. X. Thành (2016).** Nhận xét góc nghiêng kết hợp trong thay khớp háng toàn phần không xi măng. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 443(2), trang 37-41.
2. **J. L. L. e. a. George E. Lewinnek (1978).** Dislocation after total hip-replacement arthroplasties. *J Bone Joint Surg*, 60-A, 217-220.
3. **B. Z. Karl-Heinz widmer (2004).** Compliant positioning of total hip components for optimal range of motion. *Journal of Orthopaedic Research*, 22, 815-821.
4. **M. M. Ranawat CS. (1991).** Modern techniques of cemented total hip arthroplasty. *Tech Orthop*, 6, 17-25.
5. **Z. P. Jolles BM, Leyvraz PF. (2002).** Factors predisposing to dislocation after primary total hip arthroplasty: a multivariate analysis. *J Arthroplasty*, 17 (3), 282-288.
6. **R. H. E. Jr (2012).** Increased Anteversion of Press-fit Femoral Stems Compared With Anatomic Femur. *clin Orthop Relat Res*, 470(2), 477-481.
7. **Y. N. Masanobu Hirata, Takashi Itokawa, et al (2014).** Influencing factors for the increased stem version compared to the native femur in cementless total hip arthroplasty. *International Orthopaedics (SICOT)*, 38, 1341-1346.

SO SÁNH KẾT QUẢ CÓ THAI CỦA TINH TRÙNG ÍT YẾU DỊ DẠNG RẤT NẶNG TỪ MẪU XUẤT TINH VÀ MẪU THU ĐƯỢC TỪ CHỌC HÚT MÀO TINH QUA DA

Nguyễn Xuân Hợi*, Nguyễn Thị Liên Hương*

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh kết quả có thai của mẫu tinh trùng ít yếu dị dạng rất nặng (extreme SOAT - severe-oligo-astheno-teratozoospermia) sau xuất tinh và mẫu thu được từ phương pháp chọc hút mào tinh qua da (PESA- percutaneous epididymal sperm aspiration). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu so sánh ngẫu nhiên trên 60 chu kỳ IVF/ICSI sử dụng tinh trùng ít yếu dị dạng rất nặng (mật độ tinh trùng < 100 ngàn/ml) năm 2017 tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương chia 2 nhóm: nhóm 1: 30 chu kỳ sử dụng tinh trùng từ chọc hút mào tinh qua da, nhóm 2: 30 chu kỳ sử dụng tinh trùng sau xuất tinh. **Kết quả:** Tỷ lệ thụ tinh, tỷ lệ phôi phân chia, tỷ lệ phôi tốt giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê: Nhóm 1: 76,05±17,48%, 92,23 ± 12,34%, 56,18 ± 25,61% so với nhóm 2: 76,45 ± 19,35%, 94,43 ± 11,31%, 55,56 ± 32,69% (theo thứ tự) (p> 0,05). Tỷ lệ có thai giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê: nhóm 1: 40,0% so với nhóm 2: 46,7% (p>0,05). **Kết luận:** Kết quả có thai của tinh trùng ít yếu dị dạng rất

nặng tương đương giữa 2 nhóm tinh trùng có nguồn gốc chọc hút mào tinh qua da và từ xuất tinh.

Từ khóa: Chọc hút mào tinh qua da, tinh trùng xuất tinh, kết quả có thai.

SUMMARY

COMPARISON THE PREGNANCY OUTCOMES AFTER INTRACYTOPLASMIC SPERM INJECTION (ICSI) USING EXTRACTED TESTICULAR SPERM AND EJACULATED EXTREME SEVERE OLIGO-ASTHENO-TERATOZOOSPERMIA SPERM

Objective: To evaluate the pregnancy outcomes after intracytoplasmic sperm injection (ICSI) with extracted testicular sperm and ejaculated extreme severe oligo-astheno-teratozoospermia (OAT) sperm. **Design:** RCT, prospective study. **Materials and methods:** 60 cycles IVF/ICSI using extracted testicular sperm and ejaculated extreme severe oligo-astheno-teratozoospermia (OAT) sperm (sperm density < 100.000/ml) was divided into two groups: group 1: 30 cycles using extracted testicular sperm, group 2: 30 cycles using ejaculated sperm. This study was conducted in ART center of National Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2017. **Results:** The fertilization rate, the embryo cleavage rate, the good embryo rate were similar between two groups: Group 1: 76,05± 17,48%, 92,23 ± 12,34%, 56,18 ± 25,61% versus group 2: 76,45 ± 19,35%, 94,43 ± 11,31%,

*Trung tâm Hỗ trợ sinh sản- Bệnh viện Phụ sản TW
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hợi
Email: doctorhoi@gmail.com
Ngày nhận bài: 24.6.2017
Ngày phản biện khoa học: 15.8.2017
Ngày duyệt bài: 30.8.2017

55.56 $\pm$ 32.69% (respectively) ($p > 0,05$). The pregnancy rates were no statistically significant differences between two groups: group 1: 40,0% versus group 2: 46,7% ($p > 0,05$). **Conclusion(s):** There is no evidence of differences in the pregnancy outcomes after ICSI with extracted testicular sperm or ejaculated extreme severe OAT sperm.

Keywords: ICSI, PESA, severe oligospermia, the noteratozoospermia, pregnancy outcome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiêm tinh trùng vào bào tương noãn (Intra cytoplasmic sperm injection- ICSI) với những trường hợp tinh trùng ít yếu dị dạng nặng vẫn luôn là thách thức và khó khăn cho các nhà chuyên môn. Nếu không thực hiện kỹ thuật ICSI, tinh trùng ít yếu dị dạng nặng dù có nguồn gốc xuất tinh hay chọc hút lấy từ mào tinh cũng không có khả năng thụ tinh với noãn. Các trường hợp tinh trùng ít yếu dị dạng nặng - SOAT (severe-oligo-astheno-teratozoospermia) được cho là có mật độ tinh trùng ít hơn 1 triệu/ml [1]. Nguyên nhân gây ra tinh trùng ít yếu dị dạng nặng thường do có những khiếm khuyết trong quá trình sinh tinh. Các mẫu tinh trùng xuất tinh có thể có nhiều bất thường về tinh trùng - từ không có tinh trùng đến những thay đổi nghiêm trọng trong tất cả các thông số về tinh trùng, Tinh trùng bất thường nhẹ, trung bình hoặc nặng có thể cho thấy khả năng thụ tinh khác nhau sau khi tiêm tinh trùng vào bào tương noãn mặc dù nguồn của chúng cùng là xuất tinh. Tỷ lệ nam giới không có tinh trùng trong tinh dịch chiếm khoảng 15% các trường hợp vô sinh nam. Với các trường hợp này, kỹ thuật lấy tinh trùng từ mào tinh và tinh hoàn (SRTs-Sperm retrieval techniques) kết hợp với tiêm tinh trùng vào bào tương noãn là giải pháp duy nhất giúp họ có con của chính mình. Các trường hợp lấy tinh trùng từ mào tinh thường do tắc nghẽn không có tinh trùng khi xuất tinh, trong khi quá trình sinh tinh có thể vẫn diễn ra bình thường. Tuy nhiên, kết quả của tiêm tinh trùng vào bào tương noãn, đặc biệt là tỷ lệ thụ tinh, chất lượng phôi, tỷ lệ có thai không những phụ thuộc vào nguồn gốc, mà còn phụ thuộc vào mức độ bất thường của tinh trùng [2], [3], [4]. Do vậy, chúng tôi chọn các mẫu có mức độ bất thường tinh trùng tương đối giống nhau (tinh trùng ít yếu dị dạng rất nặng có mật độ ít hơn 100 ngàn/ml) từ xuất tinh hoặc từ chọc hút mào tinh qua da vào nghiên cứu này với mục tiêu so sánh kết quả có thai của tinh trùng ít yếu dị dạng rất nặng giữa hai nhóm xuất tinh và chọc hút tinh trùng từ mào tinh qua da

đầu năm 2017 tại trung tâm Hỗ trợ sinh sản- Bệnh viện Phụ sản Trung Ương.

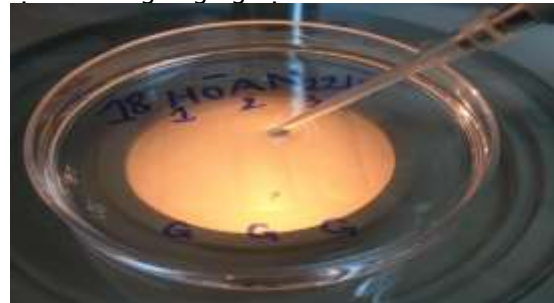
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Nghiên cứu gồm 60 cặp vợ chồng vô sinh thực hiện IVF/ICSI do chồng tinh trùng ít yếu dị dạng nặng có mật độ tinh trùng < 0,1 triệu/ml kết hợp < 5% tinh trùng di động và/hoặc < 4% tinh trùng có hình dạng bình thường; vợ không có nguyên nhân gây vô sinh trong thời gian 3 tháng từ tháng 4/2017-6/2017 tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản, Bệnh viện Phụ sản Trung ương, được chia 2 nhóm:

- Nhóm 1: 30 cặp vợ chồng sử dụng tinh trùng có nguồn gốc xuất tinh.

- Nhóm 2: 30 cặp vợ chồng sử dụng tinh trùng có nguồn gốc chọc hút mào tinh qua da.

2. Các bước tiến hành: Thực hiện qui trình thụ tinh trong ống nghiệm:



Hình 1. Đĩa swim-out.

- Thực hiện kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương của noãn (ICSI). Kiểm tra thụ tinh sau 14-18h. Chuyển 1-4 phôi ngày 3. Đông phôi toàn bộ cho các trường hợp quá kích buồng trứng hoặc phôi dự sau chuyển phôi tươi.

- Hỗ trợ pha hoàng thể.

- Thử β hCG 14 ngày sau chuyển phôi để xác định có thai và siêu âm theo dõi sự phát triển của thai.

Các tiêu chuẩn đánh giá được sử dụng trong nghiên cứu

- Phôi chất lượng tốt: Phôi ngày 2 có 3-4 tế bào, bào tương sáng, tỷ lệ mảnh vỡ < 25%, không có phôi bào đa nhân hoặc có không bào.

- Có thai được tính khi β hCG sau 14 ngày chuyển phôi ≥ 25 IU/ml.

3. Phân tích số liệu: Các thông tin nghiên cứu được cập nhật liên tục vào phiếu thu thập số liệu. Nhập các biến số và xử lý số liệu trên SPSS 20.0. Tính các tỷ lệ, các giá trị trung bình được biểu diễn dưới dạng Mean $\pm$ SD.

4. Đạo đức nghiên cứu:

- Nghiên cứu chỉ hồi cứu trên bệnh án, không can thiệp trên người bệnh, không làm sai lệch kết quả điều trị của bệnh nhân.

- Nghiên cứu chỉ với mục đích phục vụ chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân, không nhằm

mục đích nào khác. Đảm bảo quy định về đạo đức trong nghiên cứu y học của Bộ đã quy định.

- Các thông tin về bệnh nhân sẽ được bảo mật theo đúng qui định của pháp luật hiện hành.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm người vợ trong mẫu nghiên cứu

Đặc điểm mẫu nghiên cứu	OAT rất nặng PESA	OAT rất nặng xuất tinh	p
N	30	30	> 0,05
Tuổi vợ trung bình	30,2 ± 5,1	29,7 ± 4,9	> 0,05
Thời gian vô sinh trung bình	4,6 ± 1,9	4,9 ± 2,8	> 0,05
Số nang thứ cấp trung bình	11,3 ± 2,2	10,2 ± 1,9	> 0,05
AMH trung bình	5,0 ± 2,9	4,8 ± 3,0	> 0,05
Số chu kỳ IVF thất bại trung bình	1,0 ± 0,5	1,2 ± 0,7	> 0,05
Tổng liều dùng FSH trung bình	1952 ± 915,8	1862,1 ± 718,6	> 0,05
Số noãn sau chọc hút trung bình	10,9 ± 4,7	11,2 ± 4,9	> 0,05
Số noãn MII trung bình	9,1 ± 4,6	9,4 ± 4,8	> 0,05

Đặc điểm mẫu người vợ về tuổi, thời gian vô sinh, số nang thứ cấp, AMH, số chu kỳ IVF thất bại, tổng liều FSH, số noãn sau chọc hút, số noãn trưởng thành không khác biệt giữa hai nhóm.

Bảng 2. Kết quả noãn và phôi

	OAT rất nặng PESA	OAT rất nặng xuất tinh	p
N	30	30	
Tỷ lệ thụ tinh	76,05 ± 17,48	76,45 ± 19,35	> 0,05
Tỷ lệ phôi phân chia	92,23 ± 12,34	94,43 ± 11,31	> 0,05
Tỷ lệ phôi tốt	56,18 ± 25,61	55,56 ± 32,69	> 0,05
Số phôi chuyển trung bình	2,8 ± 0,4	2,6 ± 1,2	> 0,05
Tỷ lệ có thai lâm sàng	40,0 (12/30)	46,7 (14/30)	> 0,05

Tỷ lệ thụ tinh trung bình, tỷ lệ phôi phân chia, tỷ lệ phôi tốt, số phôi chuyển trung bình không khác biệt giữa hai nhóm.

Bảng 3. Kết quả có thai

	OAT rất nặng PESA	OAT rất nặng xuất tinh	p
N	30	30	
Tỷ lệ có thai lâm sàng	40,0 (12/30)	46,7 (14/30)	> 0,05

Kết quả có thai lâm sàng giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác nhau về kết quả có thai sau ICSI với tinh trùng tinh hoàn OAT rất nặng có nguồn gốc xuất tinh hay chọc hút tinh hoàn qua da. Chúng tôi chọn các trường hợp tinh trùng OAT rất nặng để đánh giá ảnh hưởng của chất lượng tinh trùng và nguồn gốc lấy mẫu đến kết quả có thai. Thực tế rất khó để xác định ảnh hưởng của các khiếm khuyết tinh trùng đến kết quả của ICSI vì ICSI sử dụng một số lượng tinh trùng hạn chế, và lựa chọn tinh trùng chất lượng tốt luôn là ưu tiên hàng đầu. Do đó, để tìm thấy sự khác biệt có lẽ cần chọn các tiêu chí OAT rất nặng hạn chế hơn nữa. Thật vậy, trong một số ít trường hợp chất lượng tinh dịch rất kém, có thể không chọn tinh trùng đủ tinh trùng bình thường cho ICSI mà phải tiêm cả những tinh trùng bất thường, thậm

chí có trường hợp không có tinh trùng nào bình thường phải dung toàn bộ tinh trùng bất thường với các mức độ bất thường nặng nhẹ khác nhau. Thông thường, tỷ lệ thụ tinh, chất lượng phôi, tỷ lệ có thai từ những trường hợp OAT rất nặng sẽ giảm rõ so với tinh trùng đạt tiêu chuẩn bình thường [3].

Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thụ tinh của các trường hợp sử dụng tinh trùng OAT rất nặng thu được từ PESA cũng không khác biệt có ý nghĩa thống kê so với tinh trùng OAT rất nặng xuất tinh. Nghiên cứu của Ching-Chang và cộng sự (2011) có thiết kế nghiên cứu tương tự nghiên cứu của chúng tôi, tuy nhiên tỷ lệ thụ tinh của họ cao hơn: nhóm PESA: 91,3%; nhóm xuất tinh 90,8% [3].

Ảnh hưởng của chất lượng tinh trùng lên sự phát triển của phôi sau ICSI đã được nhiều nghiên cứu đề cập. Nhìn chung, mối quan hệ

tiêu cực đã được quan sát thấy giữa chất lượng tinh trùng và sự phát triển của phôi, ngay cả trước khi kích hoạt bộ gen phôi thai, cho thấy chất lượng tinh trùng có thể ảnh hưởng đến sự phát triển phôi từ giai đoạn rất sớm. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả phôi tốt tương đồng giữa các nhóm.

Tỷ lệ có thai trong nghiên cứu của chúng tôi cũng không khác biệt giữa hai nhóm. Một số nghiên cứu cũng có kết quả tương đương nghiên cứu của chúng tôi: Ching-Chang và cộng sự (2011): nhóm PESA: 46,6%; nhóm xuất tinh 39,7%. Nghiên cứu của Naru và cộng sự (2008) cũng cho thấy tỷ lệ thai lâm sàng PESA/ICSI là 43,5%; IVF/ICSI là 41,4% ($p=0,93$)

V. KẾT LUẬN

Kết quả có thai của tinh trùng OAT rất nặng có nguồn gốc xuất tinh tương đương với tinh trùng OAT rất nặng chọc hút từ mào tinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hashimoto H, Ishikawa T, Goto S, Koikeguchi S, Fujisawa M & Shiotani M. (2010) The effects of severity of oligozoospermia on Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI) cycle outcome. *Syst Biol Reprod Med* 56, 91–95
2. Svalander, P., Jakobsson, A.H., Forsberg, A.S., Bengtsson, A.C., and Wikland, M. The outcome of intracytoplasmic sperm injection is unrelated to "strict criteria" sperm morphology. *Hum Reprod*. 1996; 11: 1019–1022
3. Ching-Chang, TsaiFu-Jen Huang, Li-Jung Wang, et al. (2011). Clinical outcomes and development of children born after intracytoplasmic sperm injection (ICSI) using extracted testicular sperm or ejaculated extreme severe oligo-astheno-teratozoospermia sperm: a comparative study. *Fertil Steril. September 2011, Volume 96, Issue 3, Pages 567–571.*
4. V. Nordhoff, R. K. Fricke, A. N. Schüring et al. (2015). Treatment strategies for severe oligoasthenoteratozoospermia (OAT) (<0.1 million/mL) patients. *American Society Andrology, Volume 3, Issue 5, September 2015, 856–863.*
5. Verza, S. Jr. and Esteves, S.C. Sperm defect severity rather than sperm source is associated with lower fertilization rates after intracytoplasmic sperm injection. *Int Braz J Urol*. 2008; 34: 49–56.
6. Desai, N., AbdelHafez, F., Sabanegh, E., and Goldfarb, J. Paternal effect on genomic activation, clinical pregnancy and live birth rate after ICSI with cryopreserved epididymal versus testicular spermatozoa. *Reprod Biol* 2009; 7: 142–148
7. Naru T1, Sulaiman MN, Kidwai A et al. (2008). Intracytoplasmic sperm injection outcome using ejaculated sperm and retrieved sperm in azoospermic men. *Urol J*. 2008 Spring;5(2):106-10.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG GIAI ĐOẠN IVB BẰNG PHÁC ĐỒ mFOLFLOX6 TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI VÀ BỆNH VIỆN K

Trương Văn Hợp¹, Lê Văn Quảng¹, Trần Thắng²,
Trịnh Lê Huy¹, Hoàng Mạnh Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị và một số tác dụng không mong muốn của phác đồ mFOLFLOX6 ở bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn IVB. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 47 bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn IVB được điều trị bằng phác đồ mFOLFLOX6 tại Bệnh viện K và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2015 đến tháng 08/2017. **Kết quả:** 47 BN gồm 24 nam (51,1%), 23 nữ (48,9%) có tuổi mắc bệnh trung bình là $60,5 \pm 9,2$, chủ yếu từ 50 - 70 (chiếm 80,8%). Đa phần BN có chỉ số toàn trạng PS=

0 - 1 (87,2%). Thể mô bệnh học hay gặp nhất là UTBMT biệt hóa vừa (80,9%), UTBMT nhầy (14,8%), và UTBMT kém biệt hóa (4,3%). Tỷ lệ di căn gan là 61,7%, di căn phổi: 27,7%, di căn phúc mạc: 14,7%,. Tỷ lệ đáp ứng: đáp ứng toàn bộ là 4,3%, đáp ứng một phần là 40,4%, bệnh giữ nguyên chiếm 36,2%, bệnh tiến triển là 19,1%. Tác dụng không mong muốn trên hệ huyết học là hạ bạch cầu độ 1,2 (33%), hạ độ 3 (2,2%), độ 4 (0%); hạ tiểu cầu độ 1 là 2,2%, không có hạ tiểu cầu độ 2,3,4. Độc tính thần kinh ngoại vi chủ yếu là độ 1,2 chiếm 35%, độ 3 là 7,3%. Tỷ lệ tăng men gan độ 1 là 31,7%, độ 2 là 4,3%, không có BN tăng men gan độ 3,4. **Kết luận:** Phác đồ mFOLFLOX6 điều trị UTĐT GD IVB có tỷ lệ đáp ứng tốt và tác dụng không mong muốn chấp nhận được.

Từ khóa: ung thư đại tràng giai đoạn IV, phác đồ mFOLFLOX6.

SUMMARY

THE EFFICACY AND TOXICITY OF mFOLFLOX6 REGIMEN IN PATIENTS WITH STAGE IVB COLON CANCER AT HANOI

¹Bộ môn Ung thư, Trường Đại học Y Hà Nội.

²Khoa Nội 4, Bệnh viện K.

Chịu trách nhiệm chính: Trương Văn Hợp

Email: truongvanhop.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2017

Ngày duyệt bài: 30.8.2017

MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL AND NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: Remark some clinico-pathological characteristics and evaluate the efficacy and toxicity of mFOLFOX6 regimen in patients with stage IVB colon cancer. **Patients and methods:** 47 patients with satge IVB colon cancer were investigated in this retrospective study, treated by chemotherapy with mFOLFOX6 regimen at Hanoi Medical University Hospital and National Cancer Hospital. **Results:** 47 patients including: 24 males (51.1%), 23 females (48.9%) had an average age of 60.5 ± 9.2 , mainly from 50 to 70 years old (80.8%). Most of the patients has been performace status 0 - 1 (81.1%). Moderately differentiated adenocarcinoma was most common (80.9%), mucinous adenocarcinoma accounting for 14.8%, undifferentiated adenocarcinoma about 4.3%. The incidence of liver metastasis was 61.7%, lung metastases 27.7%, peritoneal metastases 14.7%. Complete response 4.3%, partial response 40.4%, stable disease 36.2%, progressive disease 19.1%, overall response 44.7%. Most side effects in 6 cycles were grade 1 or 2, rarely grade 3 or 4 toxicities. Grade 1, 2 of hematologic toxicity included: neutropenia (31.9%), anemia (29.8%), and thrombocytopenia (2.2%), grade 3 of neutropenia was rarely, about 2.2%. Grade 1, 2 and 3 neurotoxicity was seen in 35% and 7.3% cases, but no grade 4 neurotoxicity was observed. **Conclusion:** mFOLFOX6 regimen has good efficacy in patients with satge IVB colon cancer, with an acceptable overall toxicity profile.

Keywords: Advanced colon cancer, mFOLFOX6 regimen.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những loại ung thư phổ biến trên thế giới. Tại Việt Nam theo số liệu của GLOBOCAN 2012 UTĐTT đứng hàng thứ 4 ở nam và thứ 6 ở nữ, tỷ lệ mắc của cả nam lẫn nữ tương ứng là 11,5 và 9,0/100.000 dân, tỷ lệ nam/nữ là 1,28[1].

Theo nhiều nghiên cứu, tại thời điểm chẩn đoán, có khoảng 1/5 số bệnh nhân UTĐTT đã ở giai đoạn IV[2]. Nếu không áp dụng các biện pháp điều trị, thời gian sống trung bình vào

khoảng 8 tháng. Với các bệnh nhân UTĐTT giai đoạn IV đã di căn gan, phổi đa ổ, di căn phúc mạc, xương, não...thì điều trị hóa chất là phương pháp điều trị chính giúp tăng tỷ lệ sống thêm và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân[3]. Hiện nay trên thế giới phác đồ FOLFOX là phác đồ được lựa chọn hàng đầu cho các bệnh nhân UTĐTT giai đoạn muộn[4]. Trong đó, phác đồ mFOLFOX6 cho tỷ lệ đáp ứng cao và ít tác dụng không mong muốn, cách dùng thuận tiện. Tuy nhiên, ở nước ta hiện nay chưa có nghiên cứu tổng kết về kết quả điều trị bằng phác đồ mFOLFOX6 ở bệnh nhân UTĐTT giai đoạn IV. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị ung thư đại tràng giai đoạn IVB bằng phác đồ mFOLFOX6 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện K" với mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị và một số tác dụng không mong muốn của phác đồ mFOLFOX6 trong UTĐTT giai đoạn IVB.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 47 bệnh nhân UTĐTT giai đoạn IV được điều trị bằng phác đồ mFOLFOX6 tại khoa Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện K từ tháng 01/2015 đến tháng 08/2017.

***Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân được chẩn đoán là UTĐTT giai đoạn IVB, mô bệnh học là UTBMT và được điều trị bằng phác đồ mFOLFOX6 ít nhất 3 chu kỳ, PS = 0 - 2; không mắc các bệnh có nguy cơ tử vong gần; đầy đủ hồ sơ bệnh án.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Có bệnh ung thư khác kèm theo; có chống chỉ định với điều trị đa hóa trị liệu; phụ nữ có thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu với cỡ mẫu thuận tiện.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng		Số bệnh nhân (n = 47)	Tỷ lệ (%)
Toàn trạng (PS)	0	8	17,0
	1	33	70,2
	2	6	12,8
Giới	Nam	24	51,1
	Nữ	23	48,9
Độ tuổi	<40	1	2,1
	40 - 50	5	10,6
	50 - 60	16	34
	60 - 70	22	46,8

	>70	3	6,4
Vị trí u nguyên phát	Đại tràng phải	9	19,2
	Đại tràng ngang	3	6,4
	Đại tràng trái	8	17
	Đại tràng sigma	27	57,4
Đặc điểm mô bệnh học	UTBMT Biệt hóa cao	0	0
	UTBMT Biệt hóa vừa	38	80,9
	UTBMT Kém biệt hóa	2	4,3
	UTBMT Nhảy	7	14,8
Nồng độ CEA trước điều trị (ng/ml)	< 5	19	40,4
	5 – 20	15	31,9
	≥ 20	13	27,7

➤ **Tuổi và giới:** Trong 47 bệnh nhân có 24 nam (51,1%), 23 nữ (48,9%), độ tuổi mắc bệnh trung bình là $60,5 \pm 9,2$, chủ yếu từ 50 - 70 (chiếm 80,8%). Bệnh nhân lớn tuổi nhất là 77, nhỏ tuổi nhất là 29. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Alfred M. Cohen thấy nhóm tuổi trên 50 chiếm 90-95% [5]. Độ tuổi mắc bệnh trung bình của nghiên cứu này là 60,5 cao hơn trong nghiên cứu của Trần Thắng (52,5 tuổi).

➤ **Chỉ số toàn trạng (PS):** Số bệnh nhân có PS = 0 – 1 là 87,2 %, PS = 2 chiếm 12,8%, thể hiện đa số bệnh nhân vẫn có thể trạng phù hợp cho việc điều trị hóa chất. de Gramont cũng báo cáo tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số PS = 0-1 chiếm 89,5%; PS = 2 chiếm 10,5%[6]. Còn tác giả Nguyễn Thu Hương thấy chỉ số PS = 0-1 chiếm 79,4%; 20,6% BN có PS = 2 [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng gần tương đồng với các tác giả trong và ngoài nước.

➤ **Đặc điểm u nguyên phát:** Theo Alberts S.R., Goldberg R.M. thì trong UTĐT gặp 2/3 là ở bên trái, 1/3 ở bên phải. Còn Cameron thấy tỷ lệ

UTĐT xuống và ĐT sigma là 52%, ĐT phải là 32% và ĐT ngang là 16%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương tự với tỷ lệ UTĐT sigma hay gặp nhất chiếm 57,4%, tiếp đến là UTĐT phải 19,2%, UTĐT trái 17%, thấp nhất là UTĐT ngang, chiếm 6,4%.

➤ **Về mô bệnh học,** trong nghiên cứu của chúng tôi, UTBM tuyến biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất là 80,9%; thấp hơn là UTBM tuyến nhày chiếm 14,8%, thấp nhất là UTBMT kém biệt hóa. Kết quả này phù hợp với tác giả Stanley R. Hamilton: UTBM tuyến chiếm đa số 90 – 95%, UTBM chế nhày chiếm 11 – 17%.

➤ **CEA** được sử dụng là một trong những chất chỉ điểm chính của UTĐTT. Đặc biệt trong UTĐTT muộn thì xét nghiệm này rất có giá trị trong việc đánh giá kết quả điều trị, theo dõi tái phát và di căn xa. Theo nghiên cứu của chúng tôi: CEA < 5 ng/ml chiếm 40,4%; CEA từ 5-20 ng/ml chiếm 31,9%; CEA >20 ng/ml chiếm 27,7%. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Trần Nguyễn Bảo[6].

Bảng 2. Một số đặc điểm của khối di căn của ung thư đại tràng

Vị trí ổ di căn		Số BN	Tỷ lệ (%)	
Di căn đa ổ một cơ quan	Gan	20	42,6	80,9
	Phổi	6	12,7	
	Phức mạc	7	14,9	
	Hạch ổ bụng (hạch sau phúc mạc, hạch cạnh ĐMC)	2	4,3	
	Hạch thượng đòn	1	2,1	
	Di căn buồng trứng	2	4,3	
Di căn đa ổ nhiều cơ quan	Gan và phổi	5	10,6	19,1
	Gan và phúc mạc	3	6,4	
	Gan và hạch thượng đòn	1	2,1	
Di căn tại các vị trí khác		0	0	0
Kích thước khối di căn trên phim chụp CLVT				
Di căn gan	Kích thước < 2 cm	8	27,6	
	Kích thước từ 2 - 4 cm	14	48,3	
	Kích thước trên 4 cm	7	24,1	
	Tổng cộng	29	100	
Di căn phổi	Kích thước < 2cm	11	84,6	
	Kích thước ≥ 2cm	2	15,4	

	Tổng cộng	13	100
Di căn phúc mạc	Có dịch ổ bụng	1	10
	Không có dịch ổ bụng	9	90
	Tổng cộng	10	100

➤ Nghiên cứu chúng tôi thấy rằng, UTĐT GD IVB di căn xa tại 1 cơ quan chiếm 80,9%, di căn xa từ 2 cơ quan trở lên là 19,1%. Trong đó, nếu tính chung thì di căn gan chiếm tỷ lệ cao nhất là 61,7%, di căn phổi: 27,7%, di căn phúc mạc: 21,3%, di căn hạch, buồng trứng chiếm tỷ lệ ít hơn. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Libulti Steven K., Joshua D.I và Cameron Robert B, ung thư đại tràng và trực tràng di căn tới gan nhiều nhất (60-71%), tiếp theo là di căn phổi. Về kích thước của khối di căn, thì nghiên

cứu này chỉ ra: di căn gan chủ yếu là đa ổ và có kích thước lớn từ 2cm trở lên 82,4%, di căn phổi thường là các nốt nhỏ dưới 2cm chiếm 84,6%. Di căn phúc mạc đa phần là những BN chưa có dịch ổ bụng (90%).

3.2. Kết quả điều trị.

3.2.1. Tỷ lệ đáp ứng: Trong 47 bệnh nhân có 43 BN được điều trị 90-100% liều tối đa (91,5%), và 4 BN điều trị 85-90% liều tối đa (8,5%) thu được tỷ lệ đáp ứng như sau:

Bảng 3. Tỷ lệ đáp ứng.

Đánh giá đáp ứng Sau khi điều trị mFOLFOX6	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	2	4,3
Đáp ứng một phần	19	40,4
Bệnh giữ nguyên	17	36,2
Bệnh tiến triển	9	19,1
Đáp ứng toàn bộ	21	44,7

➤ Mục tiêu điều trị ở bệnh nhân UTĐTT GD IVB không chỉ là kéo dài tối đa thời gian sống thêm mà còn phải giúp cải thiện chất lượng cuộc sống. Điều trị UTĐTT GD IVB bằng phác đồ mFOLFOX6 cho thấy tỷ lệ đáp ứng tốt: đáp ứng hoàn toàn 2/47 BN (4,3%), đáp ứng 1 phần: 19/47 BN (40,4%), bệnh giữ nguyên 17/47 BN (36,2%) và có 9/47 BN (19,1%) bệnh tiến triển, như vậy tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 44,7%. Kết quả

này tương đồng với nghiên cứu của De Gramont là 50,7%[6], Aparicio J là 54% , Matsushita H là 50%, Trần Nguyên Bảo là 47,8%, Nguyễn Thị Kim Anh (2013) là 46,3%. Một số tác giả khác công bố tỷ lệ đáp ứng toàn bộ khi điều trị bằng các phác đồ FOLFOX cao hoặc thấp hơn, dao động từ 35-55%, có lẽ là do cỡ mẫu và đặc điểm bệnh nhân không giống nhau.

3.2.2. Một số tác dụng không mong muốn.

Bảng 4. Một số tác dụng không mong muốn.

Tác dụng không mong muốn		Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Huyết học	Hạ huyết sắc tố	14	29,8	2	4,3	0	0	0	0
	Hạ bạch cầu hạt	13	27,7	2	4,3	2	4,3	0	0
	Hạ tiểu cầu	5	10,6	2	4,3	0	0	0	0
Tiêu hóa	Nôn, buồn nôn	12	25,5	2	4,3	0	0	0	0
	Viêm miệng	6	12,7	0	0	0	0	0	0
	Tiêu chảy	6	12,7	2	4,3	0	0	0	0
Trên thần kinh ngoại vi		13	27,7	3	7,3	3	7,3	0	0
AST, ALT		13	27,7	2	4,3	0	0	0	0
Creatinin		0	0	0	0	0	0	0	0

➤ Về tác dụng không mong muốn gặp trên hệ huyết học đa phần là độ 1 - 2, hiếm gặp độ 3 và không gặp độ 4. Tỷ lệ hạ huyết sắc tố độ 1 là 29,8%, độ 2 là 4,3 %. Tỷ lệ hạ bạch cầu độ 1,2 là 32% (27,7% độ 1 và 4,3% độ 2), hạ tiểu cầu độ 1/2 chiếm 14,9% (10,6% độ 1, 4,3% độ 2). Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Richard M

(2004) tỷ lệ giảm bạch cầu độ 3,4 là 19,4%; Berretta M (2011) giảm bạch cầu độ 3 và 4 gặp 38,9%. Các độc tính trên hệ tiêu hóa cũng gặp chủ yếu là độ 1,2, không có BN nào bị độ 3,4. Tỷ lệ nôn, buồn nôn; viêm miệng; tiêu chảy độ 1,2 NC này tương ứng là 29,8%, 12,7 và 17%, thấp hơn so với nghiên cứu của de Gramont: tỷ lệ

buồn nôn độ 3, 4 chiếm 4% và Richard M buồn nôn độ 3 và 4 gặp 2,3%, nôn độ 3, 4 xuất hiện ở 1,2%. Có lẽ là do BN đã được sử dụng thuốc chống nôn dự phòng trước truyền hóa chất. Độc tính thần kinh ngoại vi (tê bì tay chân...) hay gặp mức độ 1,2 chiếm 35%, độ 3 là 7,5%, không gặp độ 4, kết quả này cũng thấp hơn so với NC của de Gramont. Ngoài ra, tỷ lệ tăng men gan cũng gặp độ 1,2 (32%), không có BN nào tăng độ 3,4. Như vậy, các tác dụng không mong muốn trên huyết học, tiêu hóa, thần kinh ngoại vi, men gan, chức năng thận của phác đồ mFOLFOX6 chủ yếu là độ 1,2 rất hiếm gặp độ 3,4.

IV. KẾT LUẬN

Điều trị UTĐT giai đoạn IVB bằng phác đồ mFOLFOX6 có tỷ lệ đáp ứng tốt, các tác dụng không mong muốn chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **A. Torre et al (2015)**, "Global cancer statistics, 2012", CA Cancer J Clin. 65(2), 87-108.
2. **Nguyễn Văn Hiều (2015)**. Ung thư đại trực tràng. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Cartwright TH (2012)** Treatment decisions after diagnosis of metastatic colorectal cancer. Clin Colorectal Cancer 11: 155-166.
4. **Edwards MS, Chadda SD, Zhao Z, Barber BL, Sykes DP (2012)** A systematic review of treatment guidelines for metastatic colorectal cancer. Colorectal Dis 14: e31-47.
5. **Cohen M., Shank, Friedman A. (1997)**, "Colorectal cancer", Principles and practice of oncology, J.B. Lippincott company, Philadelphia, pp. 895-951.
6. **de Gramont A., Figer A., Seymour M., et al (2000)**, "Leucovorin and fluorouracil with or without Oxaliplatin as first-line treatment in advanced colorectal cancer", Journal of Clinical Oncology, Vol. 18, Issue 16 (August), pp. 2938-2947.
7. **Nguyễn Thu Hương, Nguyễn Tuyết Mai, Lê Văn Quảng (2009)**, Đánh giá hiệu quả của phác đồ FOLFOX4 trong điều trị ung thư đại trực tràng giai đoạn muộn tại bệnh viện K từ 1/2006 đến 6/2008 Tạp chí y học thực hành (664), 6/2009.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG GIẢM ĐAU THẮT LƯNG CỦA THUỐC "BỔ THẬN TRẮNG DƯƠNG HOÀN" Ở BỆNH NHÂN ĐAU THẮT LƯNG THỂ THẬN DƯƠNG HƯ

Đoàn Quang Huy*

TÓM TẮT

Nghiên cứu tác dụng của "Bổ thận tráng dương hoàn" cho 30 bệnh nhân mắc chứng đau thắt lưng thể thận dương hư cho thấy: Sau điều trị 30 ngày so với trước điều trị, tỉ lệ bệnh nhân không đau tăng lên (43.33% so với 0,0%), phần trăm không đau tăng 100,0%; mức độ đau ít tăng lên (53.33% so với 30%), phần trăm đau ít tăng 77,8%; mức độ đau vừa giảm (3.33% so với 50%), phần trăm đau vừa giảm 93,3%; mức độ đau nhiều giảm (0.0% so với 20%), phần trăm đau nhiều giảm 100,0%.

SUMMARY

AN EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE REMEDY "BO THAN TRANG DUONG HOAN" ON THE PATIENTS WITH LOWER BACK PAIN CAUSED BY KIDNEY YANG DEFICIENCY

Research on the treatment of the drug "Bo than trang duong hoan" for 30 patients with renal lumbar pectoris damaged in the lower back pain symptoms: After 30 days of treatment, the pain intensity increased

(43.33% compare to 0.0%), increased efficiency the No Pain by 100.0%; Degree of pain less pain increased (53.33% compare to 30%); increased efficiency pain less by 77.8%; The pain level was reduced (3.33% compare to 50%), the percentage of pain decreased by 93.3%; Severe pain decreased (0.0% compare to 20%), Severe Pain decreased by 100.0%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thắt lưng là chứng bệnh rất thường gặp, tuy không gây nguy hiểm tới tính mạng nhưng làm giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Trong y học cổ truyền, đau thắt lưng được gọi là chứng yêu thống. Bệnh liên quan nhiều tới công năng hoạt động của tạng can và thận. Thực tế lâm sàng chứng minh rằng, một số bài thuốc bổ can thận có tác dụng cải thiện triệu chứng của các bệnh nhân mắc chứng đau thắt lưng. "Bổ thận tráng dương hoàn" xuất phát từ bài thuốc cổ phương "Hữu quy hoàn" trong Cảnh Nhạc toàn thư, đã được tác giả Trương Việt Bình đánh giá đầy đủ về độc tính với tên "Hồi xuân hoàn". Kết quả nghiên cứu cho thấy, bài thuốc có tác dụng ích thận, sinh tinh, tăng cường miễn dịch cho cơ thể.

Tuy nhiên chưa có bất kỳ công trình nghiên cứu nào đánh giá tác dụng của thuốc "Bổ thận

*Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Quang Huy
Email: huydoanquang195@gmail.com
Ngày nhận bài: 13.7.2017
Ngày phản biện khoa học: 4.9.2017
Ngày duyệt bài: 12.9.2017

trắng dương hoàn" trên các bệnh nhân mắc chứng bệnh đau thắt lưng, tương ứng với chứng yêu thống trong y học cổ truyền. Với mong muốn tìm hiểu thêm về tác dụng của bài thuốc, tìm thêm một lựa chọn cho các bệnh nhân đau thắt lưng, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: *Đánh giá tác dụng giảm đau thắt lưng của thuốc "Bổ thận tráng dương hoàn" ở bệnh nhân mắc chứng đau thắt lưng thể thận dương hư.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Bài thuốc nghiên cứu: Bài thuốc "Bổ

thận tráng dương" (bài "Hữu quy ẩm" trong Cảnh Nhạc toàn thư).

Thực địa 24g, hoài sơn 16g, sơn thù 8g, kỷ tử 16g, cam thảo trích 16g, phụ tử chế 12g, nhục quế 12g, đồ trọng 16g.

Thuốc được bào chế dưới dạng viên hoàn cứng do Khoa dược Bệnh viện Tuệ Tĩnh sản xuất, đạt tiêu chuẩn cơ sở.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Y Dược cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh. Thời gian nghiên cứu: tháng 10 năm 2011 đến tháng 1 năm 2012.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: 30 bệnh nhân được chẩn đoán đau thắt lưng mạn tính tuổi từ 35 trở lên, không phân biệt giới tính, chưa dùng thuốc gì hoặc đã dùng các thuốc điều trị đau thắt lưng > 1 tháng. Tiêu chuẩn loại trừ: đau thắt lưng do các bệnh cấp tính.

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, thử nghiệm lâm sàng mở, so sánh trước và sau điều trị: Bệnh nhân được dùng thuốc "Bổ thận tráng dương hoàn" ngày 10 viên, chia 2 lần uống sau ăn sáng và tối 30 phút, dùng thuốc liên tục trong thời gian 30 ngày. Thu thập các chỉ tiêu theo dõi: cảm giác đau 5 ngày/lần. Đánh giá tác dụng giảm đau: lượng giá theo thang điểm VAS (visual analogue scale) của hãng Astra Zeneca. Thang điểm gồm 10 mức độ.

Mức độ đau	Biểu hiện
0	Không đau
1-2	Đau nhẹ. Bệnh nhân cảm thấy hơi khó chịu, không mất ngủ, không vật vã, các hoạt động khác của bệnh nhân thoải mái.
3-5	Đau vừa. Đau gây khó chịu cho bệnh nhân, khiến mất ngủ, bồn chồn, không dám cử động, bắt đầu có phản xạ kêu rên.
6-8	Đau nhiều. Đau liên tục khiến bệnh nhân luôn kêu rên.
9-10	Rất đau. Đau toát mồ hôi, có thể khiến người bệnh choáng ngất.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê y sinh học với sự hỗ trợ của phần mềm thống kê SPSS 15.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Mức độ đau tại thời điểm D₀

Mức độ đau	n	%
Đau ít (1-2)	9	30.00
Đau vừa (3-5)	15	50.00
Đau nhiều (6-8)	6	20.00
Điểm đau trung bình	6,65 ± 3,39	

Kết quả cho thấy: tại thời điểm D₀ đa số bệnh nhân ở mức độ đau vừa phải cao nhất, chiếm 50%. Không có bệnh nhân nào đau rất nặng. Điểm đau trung bình 6,65 ± 3,39.

Bảng 3.2. Mức độ đau tại thời điểm D₅

Mức độ đau	n	%
Không đau	0	0.00
Đau ít	11	18.33
Đau vừa	15	25.00
Đau nhiều	4	6.67
Điểm đau trung bình	6,03 ± 3,91	

Kết quả cho thấy, sau 5 ngày dùng "bổ thận tráng dương" mức độ đau vừa nhiều chiếm tỷ lệ cao nhất (25.00%). Không có bệnh nhân nào không đau. Điểm đau trung bình 6,03 ± 3,91

Bảng 3.3. Mức độ đau tại thời điểm D₁₀

Mức độ đau	n	%
Không đau	0	0.00
Đau ít	15	50.00
Đau vừa	13	43.33
Đau nhiều	2	6.67
Điểm đau trung bình	5,53 ± 3,95	

Kết quả cho thấy: sau 10 ngày dùng "bổ thận tráng dương" mức độ đau ít chiếm tỷ lệ cao nhất (50.00%). Không có bệnh nhân nào không đau. Điểm đau trung bình 5,53 ± 3,95.

Bảng 3.4. Mức độ đau tại thời điểm D₁₅

Mức độ đau	n	%
Không đau	0	0.00
Đau ít	18	60.00
Đau vừa	12	40.00
Đau nhiều	0	0.00
Điểm đau trung bình	5,13 ± 2,92	

Kết quả cho thấy: Sau 15 ngày dùng "bổ thận tráng dương" mức độ đau ít chiếm tỷ lệ cao nhất (60.00%). Không có bệnh nhân nào không đau và đau nhiều (0.0%). Điểm đau trung bình 5,13 ± 2,92.

Bảng 3.5. Mức độ đau tại thời điểm D₂₀

Mức độ đau	n	%
Không đau	5	16.67
Đau ít	16	53.33
Đau vừa	9	30.00
Đau nhiều	0	0.00
Điểm đau trung bình	4,25 ± 2,54	

Kết quả cho thấy: Sau 20 ngày dùng “bổ thận tráng dương” mức độ đau ít chiếm tỷ lệ cao nhất (53.33%). Không đau chiếm 16.67%. Không có bệnh nhân nào đau nhiều (0.0%). Điểm đau trung bình 4,25 ± 2,54.

Bảng 3.6. Mức độ đau tại thời điểm D₂₅

Mức độ đau	n	%
Không đau	8	26.67
Đau ít	19	63.33
Đau vừa	3	10.00
Đau nhiều	0	0.00
Điểm đau trung bình	3,75 ± 2,34	

Kết quả cho thấy: sau 25 ngày dùng “bổ thận tráng dương” mức độ đau ít chiếm tỷ lệ cao nhất (63.33%). Không đau 26.67%. Không có bệnh nhân nào đau nhiều (0.0%). Điểm đau trung bình 3,75 ± 2,34.

Bảng 3.7. So sánh mức độ đau tại thời điểm trước và sau điều trị 15 ngày, 30 ngày (D₀, D₁₅ và D₃₀)

Mức độ đau	D ₀		D ₁₅		D ₃₀		% giảm/tăng		p
	n	%	n	%	n	%	D ₁₅	D ₃₀	
Không đau	0	0.0	0	0.0	13	43.33	0,0	100,0	D _(0; 15) – D _(0; 30) -
Đau ít	9	30.0	18	60.0	16	53.33	100,0	77,8	D _(0; 15) < 0.05 D _(0; 30) < 0.01
Đau vừa	15	50.0	12	40.0	1	3.33	20,0	93,3	D _(0; 15) < 0.05 D _(0; 30) < 0.01
Đau nhiều	6	20.0	0	0.0	0	0.00	100,0	100,0	D _(0; 15) – D _(0; 30) -
Điểm đau trung bình	6,65 ± 3,39		5,13 ± 2,92		2,46 ± 2,13				

Kết quả bảng 3.7 cho thấy: Sau điều trị 15 ngày so với trước điều trị, mức độ đau đau ít tăng lên (60.0% so với 30%), phần trăm đau ít tăng 100,0%; Mức độ đau vừa giảm (40.0% so với 50%), phần trăm đau vừa giảm 20,0%; Mức độ đau nhiều giảm (0.0% so với 20%), phần trăm đau nhiều giảm 100,0%; Sự khác nhau có ý nghĩa, p < 0,05. Sau điều trị 30 ngày so với trước điều trị, mức độ không đau tăng lên (43.33% so với 0,0%), phần trăm không đau tăng 100,0%; mức độ đau đau ít tăng lên (53.33% so với 30%), phần trăm đau ít tăng 77,8%; Mức độ đau vừa giảm (3.33% so với 50%), phần trăm đau vừa giảm 93,3%; Mức độ đau nhiều giảm (0.0% so với 20%), phần trăm đau nhiều giảm 100,0%; Sự khác nhau có ý nghĩa, p < 0,01.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tại thời điểm D₀ và D₁₀ đa số các bệnh nhân có cảm giác đau ở mức độ vừa phải (chiếm 50%), không có bệnh nhân nào không đau và ít bệnh nhân có cảm giác đau nhiều. Đặc điểm này phù hợp với tính chất của bệnh, yếu tố thống thể thận dương hư là bệnh lý mạn tính, sẽ có đợt tiến triển khiến bệnh nhân đau nhiều hơn, ngoài thời gian đó bệnh nhân sẽ vẫn còn cảm giác đau nhẹ.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, “bổ thận tráng dương” có tác dụng điều trị chứng yếu tố thống thể thận dương hư. Tác dụng của “bổ thận tráng

dương” phát huy rõ ràng sau 30 ngày dùng thuốc. Nếu so sánh với tác dụng của một số phương pháp khác, “bổ thận tráng dương” có tác dụng chậm hơn trong thời gian ngắn điều trị. Tuy nhiên, sau 30 ngày dùng thuốc, “bổ thận tráng dương” lại có xu hướng tác dụng giảm đau tốt hơn. Kết quả này khiến chúng tôi nghĩ rằng: phải chăng “bổ thận tráng dương” có tác dụng chậm nhưng kéo dài. Trên lâm sàng, những trường hợp bị đau lưng mạn tính thường được chỉ định các phương pháp điều trị không dùng thuốc, đem lại hiệu quả điều trị sau một thời gian ngắn, tuy nhiên hiệu quả lâu dài thì còn hạn chế. Thuốc “bổ thận tráng dương” tác dụng vào tạng thận, nâng cao chính khí, phải chăng khắc phục được nhược điểm này. Chúng tôi cần có nhiều thời gian hơn nữa để theo dõi khả năng tái phát bệnh của các bệnh nhân được điều trị chứng yếu tố thống thể thận dương hư bằng “bổ thận tráng dương”.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu thu được, chúng tôi đưa ra một số kết luận sau: “Bổ thận tráng dương” có tác dụng giảm đau tốt trên các bệnh nhân mắc chứng đau thắt lưng thể thận dương hư của y học cổ truyền.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân (2002)**, "Đau vùng thắt lưng", *Bệnh thấp khớp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 374 - 395.
2. **Đỗ Xuân Hợp, Lê Gia Vinh (1984)**, *Tầm hoạt động khớp và ý nghĩa của nó trong y học*, Y học thực hành, Hà Nội.
3. **Cao Thị Nhi (2002)**, "Đau cột sống thắt lưng", *Tạp chí bác sĩ gia đình*, Nhà xuất bản Hà Nội, tr. 40-43.
4. **Lê Trình (2005)**, *Đau cột sống thắt lưng*, Nhà xuất bản Y học, tr. 7-17.
5. **Đỗ Đình Xuân (2002)**, *Nghiên cứu tầm hoạt động cột sống thắt lưng ở người Việt Nam trưởng thành và một số đối tượng bệnh lý vùng cột sống thắt lưng*, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.

THỰC HÀNH KHÁM THAI THEO HƯỚNG DẪN QUỐC GIA CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TUYẾN XÃ, TỈNH CAO BẰNG NĂM 2015

Triệu Nguyệt Hoa¹, Phạm Thị Lan Liên², Trần Thanh Tú²,
Lục Văn Đại³, Nông Thị Hiện¹ và Đinh Thị Phương Hòa^{2,4}

TÓM TẮT

Hướng dẫn khám thai (KT) theo 9 bước đã được Bộ Y tế khuyến nghị sử dụng trong toàn quốc, tuy nhiên cán bộ y tế thường không tuân thủ đầy đủ. Vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu đánh giá thực hành KT của nhân viên Trạm Y tế xã ở tỉnh Cao Bằng. Kết quả của 192 lần quan sát KT cho thấy hầu hết các lần khám đều thực hiện đủ 5 bước là Chào hỏi, Khám toàn thân, Khám Sản khoa, Tiêm phòng và Ghi chép. Các bước Cung cấp thuốc thiết yếu, Giáo dục sức khỏe và Hẹn khám lại chỉ được thực hiện ở khoảng 3/4 số lần khám và thấp nhất là bước Xét nghiệm (21%). Tỷ lệ lần KT thực hiện đủ 9 bước chỉ đạt mức 10,8%. Một số nội dung quan trọng trong các bước KT bị bỏ sót như khám vú, khám phụ, kiểm tra sẹo phẫu thuật, xác định số lượng thai và sử dụng công cụ truyền thông khi giáo dục sức khỏe. Để tăng cường chất lượng KT, cần cung cấp trang, thiết bị cũng như đào tạo cán bộ để có thể thực hiện các xét nghiệm cần thiết. Cần phóng to nội dung các bước KT và treo ở phòng khám thai để cán bộ y tế dễ nhìn thấy khi sử dụng.

Từ khóa: Khám thai, Trạm y tế, Cao Bằng

SUMMARY

ANTENATAL CARE PRACTICE OF COMMUNITY HEALTH WORKERS IN COMPLIANCE WITH THE NATIONAL GUIDELINE IN CAO BANG PROVINCE 2015

Abstract: Nine steps of antenatal care (ANC) guideline have been recommended to be used in all the health facilities over the country, however, the health workers have not fully performed. This study

was carried out with the aims to assess health workers' ANC practices at community health centers in Cao bang province. The results showed that almost all 192 ANC practices performed five steps including Greetings and Asking, General examination, Obstetric examination, Tetanus vaccination and Recording. Providing essential drugs, Health education and Appointment for next visit were implemented for about 3/4 of ANC practices. Providing the necessary tests was very low (21%). The numbers of fully ANC practices in compliance with the National guideline was only 10,8%. Some important contents in the steps were skipped such as examination of breast, edema, checking for operation scar, number of fetus and use communication tools for health education. In order to improve quality of ANC practices, equipment and trained staff for necessary test need to be provided. ANC guideline needs to be enlarged and hang up on the wall in the ANC room for health staff easy used.

Key words: Antenatal care practice, Community health center, Cao Bang

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khám thai là dịch vụ chăm sóc phụ nữ và thai nhi trong suốt thời gian mang thai với mục tiêu là bảo đảm sức khỏe, phát hiện và xử trí sớm những nguy cơ trong thời kỳ mang thai cho cả mẹ và con. Khám thai cũng là dịp cán bộ y tế cung cấp dịch vụ tiêm phòng uốn ván, hướng dẫn bổ sung một số thuốc thiết yếu đồng thời tư vấn cho phụ nữ mang thai theo dõi sức khỏe bản thân, chế độ dinh dưỡng, lao động hợp lý và sự lớn lên, phát triển của bào thai [4;5]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh rằng khám thai đóng góp phần quan trọng trong việc giảm tỷ lệ mắc bệnh cho bà mẹ và tăng cơ hội sống còn cho trẻ sơ sinh. Khám thai ít nhất là 4 lần trong 3 thời kỳ mang thai được coi là chăm sóc thường qui trước sinh cho mỗi phụ nữ. Bên cạnh việc khám thai đầy đủ, đúng lịch, Tổ chức Y tế Thế giới nhấn mạnh là việc khám thai không chỉ đơn thuần là số lần mà quan trọng hơn là

¹Trung tâm CSSKSS tỉnh Cao Bằng

²Bệnh viện Nhi Trung ương

³Sở Y tế tỉnh Cao Bằng

⁴Trường Đại học Y tế công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Triệu Nguyệt Hoa

Email: phuonghoa55@yahoo.com

Ngày nhận bài: 26.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2017

Ngày duyệt bài: 31.8.2017

chất lượng trong mỗi lần khám. Kỹ năng và nội dung khám thai của cán bộ y tế cần đạt mức yêu cầu chung của toàn cầu và phù hợp với tình hình của mỗi quốc gia, khu vực. Ở nước ta, Bộ Y tế đã có Hướng dẫn quốc gia về 9 bước khám thai và đã được giới thiệu phổ cập cho tất cả các cán bộ y tế chuyên trách về sức khỏe bà mẹ trong cả nước, đặc biệt là ở tuyến xã [1]. Tuy nhiên, việc thực hiện hướng dẫn khám thai trong công việc hàng ngày của cán bộ y tế thế nào vẫn còn có rất ít nghiên cứu, đánh giá. Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Tuần thủ thực hành khám thai của nhân viên y tế tuyến xã, tỉnh Cao Bằng, năm 2015" với mục tiêu sau: Mục tiêu: *Đánh giá thực hành khám thai của nhân viên y tế tại tất cả 48 Trạm Y tế xã của 3 huyện Hà Quảng, Nguyên Bình và Phục Hòa, tỉnh Cao Bằng.*

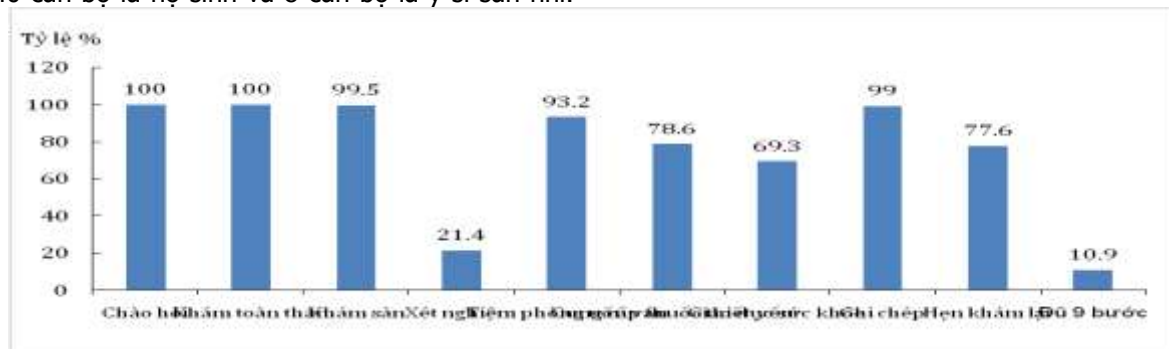
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu là 48 cán bộ phụ trách khám thai ở 48 trạm y tế xã của 3 huyện Hà Quảng, Nguyên Bình và Phục hòa, trong đó có 40 cán bộ là hộ sinh và 8 cán bộ là y sĩ sản nhi.

Mỗi cán bộ thực hiện khám thai cho ít nhất là 3 và nhiều nhất là 5 phụ nữ mang thai. Tổng số là 192 lượt khám thai được quan sát và đánh giá. Người thực hiện quan sát là các cán bộ làm công tác sản khoa ở Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản và Trường Trung cấp y tế tỉnh Cao Bằng. Bộ công cụ nghiên cứu được các chuyên gia về chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em xây dựng dựa trên các khuyến nghị của Tổ chức Y tế thế giới và Hướng dẫn quốc gia của Bộ Y tế [1] và được thử nghiệm, chỉnh sửa trước khi thu thập số liệu chính thức. Tất cả các thành viên trong nhóm nghiên cứu đều được tập huấn cách đánh giá trước khi thực hiện quan sát nhân viên y tế khám thai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số lượt khám thai được quan sát và đánh giá là 192. Hình 1 dưới đây là kết quả của các lần khám thai được khám theo 9 bước như Hướng dẫn quốc gia.



Hình 1. Tỷ lệ số lần khám thai được thực hiện theo Hướng dẫn quốc gia

Kết quả ở hình 1 cho thấy hầu hết các phụ nữ đều được thực hiện 3 bước: Chào hỏi, khám toàn thân, khám Sản khoa, ghi chép vào sổ khám (99-100%). Khoảng 93% số phụ nữ được tiêm phòng hoặc tư vấn về tiêm phòng uốn ván. Có 69-78% phụ nữ mang thai được tư vấn chăm sóc sức khỏe, cấp thuốc thiết yếu và hẹn khám lại. Chỉ có 21% số phụ nữ khám thai được xét nghiệm hoặc tư vấn xét nghiệm. Tỷ lệ lần khám thai đủ 9 bước chỉ đạt 10,9%.

Nội dung khám trong từng bước được trình bày trong các bảng, hình sau đây.

Bảng 1. Thực hiện đủ nội dung của bước Chào, hỏi (Bước 1)

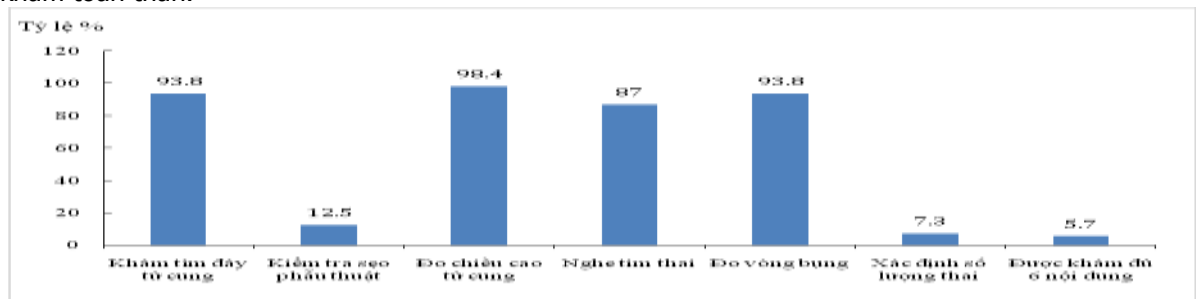
	Nội dung hỏi	Số được thực hiện	Tỷ lệ %
1	Chào hỏi khách hàng	192	100
2	Tên, tuổi, nghề nghiệp	178	92,7
3	Tiền sử và bệnh hiện tại	124	64,5
4	Biến chứng của lần mang thai trước (n=150: có thai từ lần 2 trở lên)	44	29,3
5	Thông tin của lần mang thai này	174	90,6

Bảng 1 trình bày nội dung bước 1, bước chào hỏi khách hàng. Kết quả cho thấy hầu hết các phụ nữ mang thai đều được chào đón, hỏi tên, tuổi, nghề nghiệp, và thông tin về lần mang thai này (> 90%). Có 64,5% số phụ nữ được hỏi về tiền sử bệnh tật và hiện tại. Chỉ có 29,3% số phụ nữ được hỏi về các tai biến của các lần mang thai trước.

Bảng 2. Tỷ lệ lần khám thai được khám Toàn thân đủ theo hướng dẫn (Bước 2)

	Nội dung khám	Số được thực hiện	Tỷ lệ %
1	Cân nặng	182	94,8
2	Đo chiều cao (n=42: có thai lần đầu)	21	50,0
3	Đo huyết áp	187	97,4
4	Khám phù	57	29,7
5	Khám tim, phổi	38	19,8
6	Khám vú	54	28,1
7	Được khám đủ 6 nội dung	11	5,7

Kết quả thực hành bước 2 là khám toàn thân cho thấy hơn 94% số phụ nữ được cân nặng và đo huyết áp; chỉ một nửa số bà mẹ có thai lần đầu được đo chiều cao. Rất ít người được khám phù, tim phổi và khám vú (< 30%). Chỉ có 11/192 phụ nữ mang thai (5,7%) được khám đủ các nội dung khám toàn thân.



Hình 2. Tỷ lệ lần khám thai được khám Sản khoa đủ các bước theo hướng dẫn

Thực hành bước 3 là khám Sản khoa được trình bày ở hình 2 cho thấy hầu hết các bước khám Sản khoa đều được thực hiện (>85%). Tuy nhiên, số lần thực hiện "kiểm tra sẹo phẫu thuật" và "xác định số lượng thai" đạt tỷ lệ thấp (theo thứ tự là 12,5% và 7,3%). Tỷ lệ lần khám thai được thực hiện đủ 6 nội dung chỉ đạt 5,7%.

Bảng 3. Tỷ lệ lần khám thai được làm xét nghiệm, tiêm phòng uốn ván và cung cấp thuốc thiết yếu theo hướng dẫn (bước 4, 5 và 6)

	Nội dung	Số được thực hiện	Tỷ lệ %
Xét nghiệm (bước 4)			
1	Nước tiểu: protein	27	14,1
2	Tư vấn xét nghiệm HIV	15	7,8
Tiêm phòng uốn ván (bước 5)			
1	Kiểm tra/tiêm phòng uốn ván	178	92,7
2	Giải thích lý do cần tiêm	35	18,2
Hướng dẫn và cấp phát thuốc thiết yếu (bước 6)			
1	Phát/kê đơn mua viên Sắt/axit folic	111	98,4
2	Hướng dẫn cách uống Sắt/axit folic	109	56,8

Kết quả thực hiện bước 4, 5 và 6 ở bảng 4 cho thấy chỉ có 27/192 (14%) phụ nữ khám thai được thử nước tiểu và 15 phụ nữ (7,8%) được tư vấn về xét nghiệm HIV. Không một phụ nữ nào được thử máu và xét nghiệm phân tại Trạm y tế. Hơn 92 % phụ nữ khám thai được kiểm tra/tiêm phòng uốn ván, tuy nhiên chỉ có 18% trong số họ được giải thích lý do cần tiêm. Hầu hết các phụ nữ khám thai được kê đơn mua hoặc phát viên sắt nhưng chỉ có 56,8% trong số họ được hướng dẫn cách uống.

Bảng 4. Tỷ lệ lần khám thai được tư vấn về chăm sóc thai nghén (bước 7)

	Nội dung tư vấn	Số được thực hiện	Tỷ lệ %
1	Phát triển của thai	109	56,8
2	Chế độ dinh dưỡng	161	83,9
3	Chế độ làm việc, nghỉ ngơi	143	74,5
4	Chuẩn bị cho cuộc đẻ	92	47,9
5	Nuôi con bằng sữa mẹ	30	15,6
6	Nhận biết các dấu hiệu nguy hiểm	133	69,3
7	Sử dụng công cụ truyền thông	10	5,2

Nội dung bảng 4 là kết quả thực hiện bước 7 về giáo dục sức khỏe khi khám thai. Tư vấn về chế độ dinh dưỡng, làm việc nghỉ ngơi được thực hiện trên 74% số phụ nữ, tiếp theo là tư vấn phát hiện các dấu hiệu nguy hiểm trong thời gian mang thai (69,3%), về sự phát triển của thai (57%). Khoảng

48% số phụ nữ được tư vấn về chuẩn bị cho cuộc đẻ, 16% được tư vấn về nuôi con bằng sữa mẹ. Chỉ có 5% số lần khám thai có dùng công cụ truyền thông khi tư vấn.

Bảng 5. Tỷ lệ lần khám thai có ghi vào Sổ, Kết luận và hẹn khám lại (bước 8,9)

	Nội dung	Số được thực hiện	Tỷ lệ %
1	Ghi vào Sổ khám thai	190	99,0
2	Nói cho thai phụ về kết quả khám thai	161	83,9
3	Hẹn khám lại	149	77,6

Bảng 5 trình bày kết quả thực hiện bước 8 và 9 cho thấy hầu hết các lần khám thai đều được ghi vào Sổ, tuy nhiên, vẫn còn khoảng 20% không nói kết quả khám thai cho khách hành và không hẹn ngày khám tiếp.

IV. BÀN LUẬN

Hướng dẫn quốc gia qui định có 9 bước khám thai bao gồm các bước Hỏi, Khám toàn thân, Khám sản khoa, Xét nghiệm, Tiêm phòng uốn ván, Cung cấp thuốc thiết yếu, Giáo dục sức khỏe, Ghi chép và Kết luận-dặn dò. Đây là các bước cơ bản mà các chuyên khoa sản khoa đã tham khảo các tài liệu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), cập nhật cho phù hợp với hoàn cảnh Việt Nam và đưa vào Hướng dẫn về qui định về khám thai cho tất cả các tuyến y tế trong toàn quốc [1]. Nghiên cứu của chúng tôi quan sát cán bộ y tế khám thai nhưng không đánh giá kỹ năng của từng cán bộ y tế mà đánh giá về dịch vụ khách hàng nhận được. Kết quả của 192 lượt khám thai cho thấy các phụ nữ đến khám thai đã được khám theo 9 bước qui định, trong đó 5 bước Chào hỏi, Khám toàn thân, khám Sản khoa, Tiêm phòng và Ghi chép được thực hiện cho hầu hết các lần khám thai. Các bước Cung cấp thuốc thiết yếu, Giáo dục sức khỏe và Hẹn khám lại được thực hiện ở khoảng $\frac{3}{4}$ số bà mẹ đến khám và thấp nhất là bước Xét nghiệm chỉ đạt 21%. Nhìn chung kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả đánh giá cuối kỳ của UNFPA ở 14 tỉnh dự án về tỷ lệ thực hiện các bước khám, trừ 2 bước thực hiện xét nghiệm và giáo dục sức khỏe [3]. Tỷ lệ được làm xét nghiệm quá thấp ở địa bàn nghiên cứu không chỉ khi so sánh với các tỉnh có dự án hay chỉ số chung của toàn quốc mà còn thấp hơn so với các địa bàn khác khác trong các tỉnh miền núi khác [2]. Đây là vấn đề cần được can thiệp ngay vì xét nghiệm máu và nước tiểu cho phụ nữ mang thai là 2 chỉ số quan trọng để phát hiện sớm các vấn đề nguy hiểm thường xảy ra ở phụ nữ mang thai là thiếu máu và sản giật. Xét nghiệm máu và nước tiểu cũng là 2 trong 3 chỉ số quốc tế để đánh giá chất lượng chăm sóc trước sinh. Nguyên nhân tỷ lệ làm xét nghiệm thấp tại địa bàn nghiên cứu, theo quan sát và phỏng vấn cán bộ lãnh đạo của nhóm nghiên cứu là do không được trang bị đủ các trang, thiết

bị như ở các tỉnh dự án cũng như thiếu cán bộ được đào tạo ở các trạm y tế xã của tỉnh miền núi Cao Bằng.

Mặc dù tỷ lệ được làm xét nghiệm hoặc tư vấn làm xét nghiệm rất thấp và một số bước như giáo dục sức khỏe, cung cấp thuốc thiết yếu, hẹn khám lại chưa được thực hiện ở tất cả các lần khám thai nhưng so với một số nghiên cứu khác trong nước ở những năm trước đây thì thực hành khám thai nhìn chung đã được cải thiện. Việc áp dụng các hướng dẫn vào thực tế cần có thời gian vì luôn có khoảng trống giữa kiến thức và thực hành. Kinh nghiệm từ các nước đang phát triển cho thấy để tuân thủ khám thai cần phải đáp ứng được các điều kiện cơ bản như đào tạo cán bộ, có giám sát hỗ trợ sau đào tạo, có các hướng dẫn cụ thể rõ ràng ở nơi thực hiện khám thai và phải tạo điều kiện để họ thực hiện, không để họ phải quá tải công việc, bảo đảm đủ thời gian khám thai mới có thể thành công được [6;7].

Phân tích về nội dung yêu cầu cho từng bước khám thai ở các bảng 3,4 và 5 cho thấy vẫn còn có một số nội dung quan trọng bị bỏ quên. Có ít phụ nữ (28-30%) được hỏi về biến chứng của lần mang thai trước; được khám vú hoặc kiểm tra dấu hiệu phù. Thực hiện và tư vấn tiêm phòng uốn ván đạt > 92% nhưng rất ít người (18%) được giải thích về lý do cần phải tiêm phòng. Tương tự như đối với thực hành về cho uống Sắt/axit folic cũng chỉ có 16-27% số phụ nữ được tư vấn về tác dụng phụ và lý do cần uống. Các nội dung quan trọng trong giáo dục sức khỏe như tư vấn về chuẩn bị cho cuộc đẻ chỉ thực hiện được 48%, ít thực hiện nhất là tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ (15,6%). Đặc biệt có rất ít (5%) số lần khám thai được cán bộ y tế sử dụng công cụ truyền thông để giáo dục sức khỏe. Không sử dụng công cụ truyền thông sẽ hạn chế truyền tải các thông tin cần tư vấn, đặc biệt đối với những phụ nữ người dân tộc và có trình độ học vấn thấp như ở địa bàn nghiên cứu. Cần khuyến khích cán bộ y tế sử dụng công cụ truyền thông vì ngoài việc

hỗ trợ cho khách hàng còn giúp cán bộ y tế nhớ lại các thông điệp cần chuyển tải.

Những thực hành không được thực hiện trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thấp hơn các nghiên cứu khác nhưng là những vấn đề quan trọng cần được ưu tiên trong kế hoạch can thiệp. Cán bộ giám sát thường qui của huyện, tỉnh cần nhắc nhở việc tuân thủ các bước khám thai theo hướng dẫn, đặc biệt chú ý đến các nội dung trong bước Giáo dục sức khỏe.

V. KẾT LUẬN

Đây là lần đầu tiên các cán bộ y tế khám thai với sự có mặt của người quan sát ở ngoài hệ thống giám sát thường qui chắc cũng có ảnh hưởng đến tâm lý người thực hiện, tuy nhiên mỗi người thực hiện từ 3-5 lần khám thai nên kết quả nói chung đã phản ánh được hiện trạng. Việc tuân thủ các bước khám thai theo hướng dẫn đã được thực hiện ở địa bàn tuy nhiên một số nội dung quan trọng còn bỏ sót, đặc biệt là bước thực hiện xét nghiệm và giáo dục sức khỏe. Để nâng cao chất lượng khám thai, cán bộ y tế cần tham khảo tài liệu, áp dụng các kiến thức đã học vào thực tế. Các trạm y tế cần đề xuất mua sắm các trang thiết bị cơ bản để có thể cung cấp được các xét nghiệm theo yêu cầu. Tuyến huyện và Tỉnh

cần tăng cường giám sát hỗ trợ giúp cán bộ xã tuân thủ các bước khám thai đồng thời cung cấp cho các trạm Qui trình khám thai treo tường để họ dễ dàng nhìn thấy khi thực hiện khám thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2009).** Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. QĐ số 4620/QĐ-BYT ngày 25/11/2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế
2. **Đại học Toronto,** Viện nghiên cứu giáo dục Ontario, Canada và Viện nghiên cứu phát triển Mekong. Tìm hiểu những rào cản đối với việc tiếp cận các dịch vụ CSSKBM và KHHGD tại các dân tộc thiểu số Việt Nam. 2016
3. **UNFPA; RCRPH và Bộ Y tế 2016.** Sự thay đổi về chất lượng cung cấp và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản giai đoạn 2006-2010 tại 7 tỉnh tham gia chương trình quốc gia 7.
4. **Bergsjö P:** What is the evidence for the role of antenatal care strategies in the reduction of maternal mortality and morbidity? Studies in HSO&P 2001, 17:387-414
5. **Campbell OM, Graham WJ:** Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet 2006, 368:1284-1299
6. **Jaddoe VW:** Antenatal education programmes: do they work? Lancet 2009, 374:863-864
7. **Kross et al.** Antenatal care in practice: an exploratory study in antenatal care clinics in the Kilombero Valley, South-Eastern Tanzania. BMC Pregnancy and Childbirth 2011, 11:36.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA CHỈ SỐ GIẢM THỞ, NGỪNG THỞ TRONG HỘI CHỨNG NGỪNG THỞ DO TẮC NGHẼN KHI NGỦ

Nguyễn Thanh Bình*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số đặc điểm của chỉ số giảm thở, ngừng thở trong hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 90 bệnh nhân được chẩn đoán là ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ theo tiêu chuẩn của hiệp hội giấc ngủ Hoa Kỳ. Các thông số chính của nghiên cứu là chỉ số giảm thở, ngừng thở, độ dài cơn giảm thở, ngừng thở, chỉ số giảm thở ngừng thở theo giai đoạn giấc ngủ và tư thế khi ngủ. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ mức độ trung bình nặng cao, 71,11%. Chỉ số giảm thở ngừng thở trung bình là 33,36±23,93. Độ dài trung bình của cơn ngừng thở là 44,52 ± 7,27 giây, độ dài trung bình của cơn giảm thở là 25,02 ±

4,52. Chỉ số ngừng thở, giảm thở ở giai đoạn động mắt nhanh có xu hướng cao hơn ở giai đoạn không động mắt nhanh, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$). Chỉ số ngừng thở, giảm thở ở tư thế nằm ngửa cao hơn rõ rệt so với tư thế nằm nghiêng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$). **Kết luận:** Cần đánh giá đầy đủ đặc điểm của chỉ số giảm thở, ngừng thở để chẩn đoán đúng và chỉ định phương pháp điều trị hợp lý cho bệnh nhân.

Từ khóa: chỉ số ngừng thở, giảm thở, hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ.

SUMMARY

SOME CHARACTERISTICS OF APNEA-HYPOPNIA INDEX IN OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME

Purpose: Identify some characteristics of Apnea-Hypopnea Index in obstructive sleep apnea syndrome. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was carried out in 90 patients diagnosed with obstructive sleep apnea based on criteria of American Sleep Association. The main parameters of the study were apnea-hypopnea index, apnea-hypopnea duration,

**Bộ môn Thần kinh – Đại học Y Hà Nội*
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Bình
 Email: nguyenminhben@gmail.com
 Ngày nhận bài: 20.6.2017
 Ngày phản biện khoa học: 15.8.2017
 Ngày duyệt bài: 30.8.2017

apnea-hypopnea index in sleep stages and body position. **Results:** The rate of moderate and severe obstructive sleep apnea was high (71,11%). The mean apnea-hypopnea index was $33,36 \pm 23,93$. The mean apnea duration was $44,52 \pm 7,27$ seconds; the mean hypopnea duration was $25,02 \pm 4,52$ seconds. The apnea-hypopnea index in rapid eye movement stage tends to be higher in non - rapid eye movement stage, but the difference is not statistically significant ($p > 0.05$). The apnea-hypopnea index in the supine position was significantly higher than that of the tilted position, with statistically significant differences ($p < 0.05$). **Conclusion:** It is necessary to adequately assess the characteristics of apnea-hypopnea index for proper diagnosis and appropriate treatment for the patient.

Key words: *apnea-hypopnea index, obstructive sleep apnea syndrome.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo định nghĩa của Hiệp hội Giấc ngủ Hoa Kỳ (American Academy of Sleep Medicine - AASM), hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn là một bệnh lý được đặc trưng bởi tình trạng tắc nghẽn có tính chất lặp lại của đường hô hấp trên xuất hiện trong lúc ngủ, thường đi kèm với giảm độ bão hòa oxy trong máu [1]. Ngưng thở khi ngủ được xác định khi lưu lượng khí đo ở mũi nhỏ hơn 90% so với lúc bình thường và kéo dài ít nhất 10 giây. Giảm thở được xác định khi lưu lượng khí qua mũi giảm ít nhất 30% so với bình thường trước đó, tồn tại ít nhất 10 giây và kết hợp với hoặc giảm ít nhất 3% độ bão hòa oxy trong máu, hoặc có tình giấc ngắn. Chỉ số ngưng thở, giảm thở (AHI: Apnea-hypopnea index) là số lần ngưng thở hoặc giảm thở được ghi lại trên đa ký giấc ngủ trung bình trong 1 giờ. Chẩn đoán xác định hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ khi có chỉ số giảm thở, ngưng thở từ 5 cơn trong một giờ khi ngủ. Dựa vào chỉ số ngưng thở, giảm thở trong một giờ, hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn được phân loại thành các mức độ khác nhau [2], [3]. Chỉ số giảm thở ngưng thở là tiêu chí quan trọng nhất trong chẩn đoán xác định và phân loại hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ, là tiêu chí để dựa vào đó lựa chọn phương pháp điều trị cho bệnh nhân. Thở áp lực dương liên tục là phương pháp điều trị mang lại hiệu quả cao nhất ở thể trung bình và nặng [4]. Những nghiên cứu gần đây còn chỉ ra rằng chỉ số giảm thở ngưng thở xuất hiện nhiều trong giai

đoạn ngủ động mắt nhanh và ở tư thế nằm nghiêng [5], [6]. Điều này đặc biệt quan trọng, cần chú ý trong quá trình đọc kết quả đa ký giấc ngủ cũng như tư vấn điều trị tư thế ngủ cho bệnh nhân. Ở Việt nam chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này, vì vậy chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu tìm hiểu một số đặc điểm của chỉ số giảm thở ngưng thở trong hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Gồm 90 bệnh nhân. Các bệnh nhân đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn tuổi trên 18, được chẩn đoán xác định là ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ theo tiêu chuẩn của Hiệp hội giấc ngủ Mỹ [1]. Nghiên cứu tiến hành tại Phòng điện não đồ Video và Giấc ngủ của Bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 1 năm 2013 đến tháng 12 năm 2015.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

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

- Các thông số chính của nghiên cứu bao gồm: chỉ số giảm thở, ngưng thở; độ dài lớn nhất và trung bình của cơn ngưng thở và giảm thở, chỉ số giảm thở, ngưng thở ở giai đoạn ngủ động mắt nhanh và không động mắt nhanh, chỉ số giảm thở, ngưng thở ở tư thế nằm nghiêng và nằm ngửa.

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

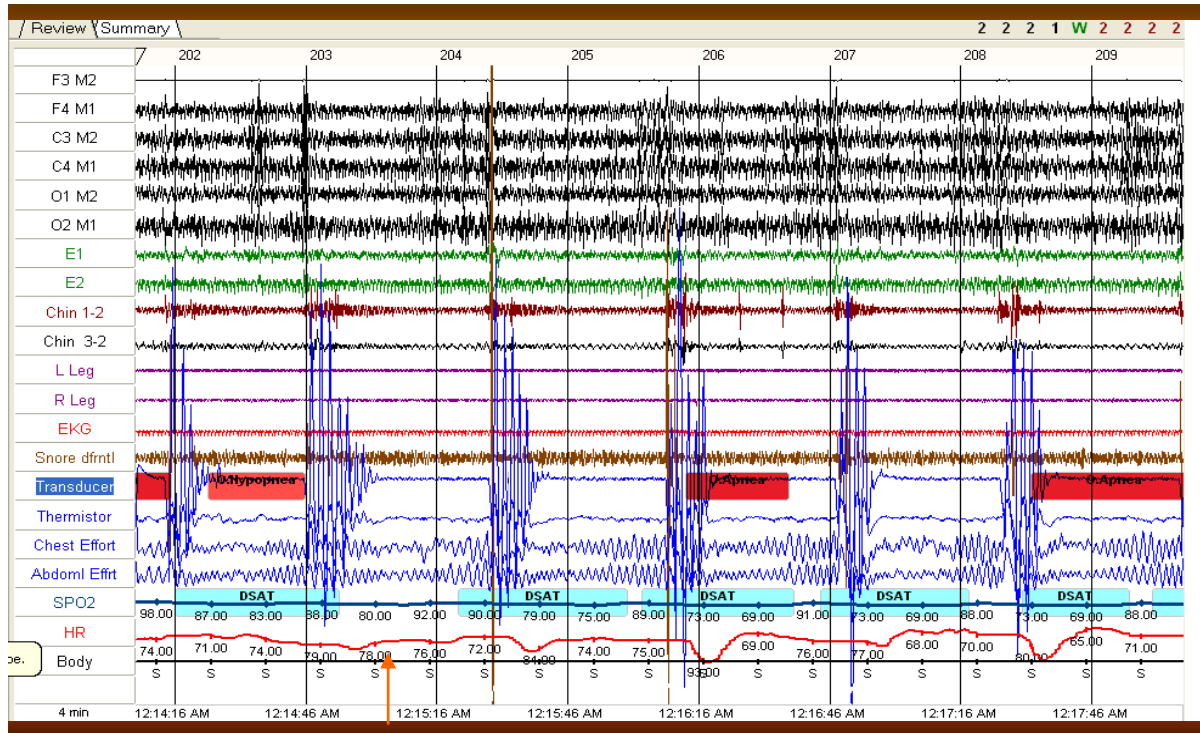
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến hành trên 90 bệnh nhân trên 18 tuổi, gồm 66 bệnh nhân nam và 24 bệnh nhân nữ, tỉ lệ nam/ nữ là 2,75/1. Chỉ số giảm thở ngưng thở trung bình là $33,36 \pm 23,93$.

Bảng 3.1 Phân loại bệnh nhân mắc hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhẹ (5 – 15 cơn/giờ)	26	28,89
Trung bình (15 - 30 cơn/giờ)	26	28,89
Nặng (Trên 30 cơn/ giờ)	38	42,22
Tổng số	90	100

Nhận xét. Bệnh nhân mắc hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ mức độ trung bình và nặng chiếm 71,11% trong nghiên cứu.



Hình 3.1. Trang màn hình 4 phút của đa ký giấc ngủ có hình ảnh 6 cơn ngừng thở do tắc nghẽn, sau cơn có giảm nồng độ oxy bão hòa trong máu.

Bảng 3.2 Độ dài cơn ngừng thở, giảm thở do tắc nghẽn

Độ dài (giây)	Giá trị trung bình (n = 90)	Ngắn nhất	Dài nhất
Độ dài lớn nhất của cơn ngừng thở do tắc nghẽn	79,87 ± 11,51	49	102
Độ dài trung bình của cơn ngừng thở do tắc nghẽn	44,52 ± 7,27	29	66
Độ dài lớn nhất của cơn giảm thở do tắc nghẽn	55,02 ± 16,82	26	83
Độ dài trung bình của cơn giảm thở do tắc nghẽn	25,02 ± 4,52	19	31

Nhận xét: Độ dài lớn nhất và độ dài trung bình của cơn ngừng thở lớn hơn so với cơn giảm thở (với $p < 0,05$).

Bảng 3.3 So sánh chỉ số ngừng thở, giảm thở giai đoạn động mắt nhanh và không động mắt nhanh theo mức độ của hội chứng.

Mức độ	Giai đoạn động mắt nhanh	Giai đoạn không động mắt nhanh	P
Nhẹ (n = 26)(5-15 cơn/ giờ)	18,82 ± 16,5	10,04 ± 4,08	> 0,05
Trung bình (n = 26)(15- 30 cơn/ giờ)	36,25 ± 13,3	22,75 ± 11,04	> 0,05
Nặng (n = 38)(trên 30 cơn/ giờ)	50,42 ± 43,65	61,90 ± 55,04	> 0,05

Nhận xét: Chỉ số ngừng thở, giảm thở ở giai đoạn động mắt nhanh có xu hướng cao hơn ở giai đoạn không động mắt nhanh, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$).

Bảng 3.4 So sánh chỉ số ngừng thở, giảm thở theo vị trí cơ thể

Nhóm bệnh nhân	Chỉ số ngừng thở, giảm thở ở tư thế nằm ngửa (số cơn/giờ)	Chỉ số ngừng thở, giảm thở ở tư thế nằm nghiêng (số cơn/giờ)	p
Nam (n = 66)	31,85 ± 23,12	15,00 ± 24,83	< 0,05
Nữ (n = 24)	37,20 ± 63,12	10,43 ± 17,56	> 0,05
Cả nam và nữ (n = 90)	34,52 ± 43,12	12,71 ± 21,19	< 0,05

Nhận xét: Chỉ số ngừng thở, giảm thở ở tư thế nằm ngửa cao hơn rõ rệt so với tư thế nằm nghiêng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 90 bệnh nhân mắc hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn cho thấy tỉ lệ nam/nữ là 2,75/1. Kết quả của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu khác là hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ có tỉ lệ cao hơn rõ rệt ở nam [1]. [3].

Dựa vào chỉ số giảm thở, ngưng thở, hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn được phân loại thành ba mức độ. Mức độ nhẹ khi chỉ số ngưng thở, giảm thở từ 5-15 cơn/ giờ. Mức độ trung bình khi chỉ số từ 15-30 cơn/ giờ và mức độ nặng trên 30 cơn/ giờ. Kết quả cho thấy nhóm bệnh nhân ngưng thở do tắc nghẽn mức độ trung bình và nặng có chỉ số ngưng thở, giảm thở từ 15 cơn/giờ chiếm tỷ lệ cao 71,11% (bảng 3.1) trong nghiên cứu của chúng tôi, tương tự như Nguyễn Xuân Bích Huyền nghiên cứu trên 53 bệnh nhân thấy 11/53 bệnh nhân mức độ nhẹ, 10/53 mức độ trung bình và 32/53 bệnh nhân ở thể nặng, tỉ lệ bệnh nhân mức độ trung bình và nặng chiếm đa số [4].

Theo chúng tôi, hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ chưa được biết đến nhiều, vì vậy khả năng phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm còn gặp nhiều khó khăn và có nhiều bệnh nhân bị bỏ sót không được chẩn đoán. Kết quả nghiên cứu về sự hiểu biết của các bác sĩ về hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ cho thấy tỉ lệ các bác sĩ không nắm rõ về hội chứng này khá cao [3], [4]. Hội chứng này thường chỉ được biết đến ở một số chuyên khoa như tai mũi họng, hô hấp, thần kinh và lão khoa. Trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi cũng gặp nhiều bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng hướng tới hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ. Tuy nhiên, do không có điều kiện kinh phí để làm đa ký giấc ngủ nên các bệnh nhân này chưa được chẩn đoán xác định. Đây cũng là một cản trở trong chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân.

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán, cơn ngưng thở, giảm thở trên 10 giây là đủ để chẩn đoán. Kết quả của chúng tôi cho thấy độ dài trung bình của cơn ngưng thở là 45,52 giây, giảm thở là 24,02 giây. Đặc biệt độ dài trung bình của các cơn ngưng thở dài nhất là 78,87 giây, kéo dài trên một phút. Thời gian ngưng thở, giảm thở kéo dài ảnh hưởng nhiều đến nồng độ oxy bão hòa trong máu của bệnh nhân, là yếu tố nguy cơ cao của các bệnh lý tim mạch cũng như gây triệu chứng ngủ nhiều ban ngày. Từ đó gián tiếp ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [2].

Hoạt động của cơ hoành trong lúc hít vào tạo

ra áp lực âm làm cho đường hô hấp trên vùng hầu họng có xu hướng khít lại. Trong điều kiện bình thường vùng hầu họng được giữ ổn định cho không khí có thể lưu thông nhờ trương lực cơ của các cơ ở vùng này. Khi ngủ, các cơ này có xu hướng giãn ra, sự giãn này tối đa trong giấc ngủ ở giai đoạn động mắt nhanh REM. Trong quá trình ghi đa ký giấc ngủ, chúng tôi nhận xét thấy có 5 bệnh nhân có số lần ngưng thở lên tới trên 350 lần trong đêm, các cơn xảy ra liên tiếp, đặc biệt là ở giai đoạn động mắt nhanh, tần suất xuất hiện ngưng thở tăng lên nhiều. Micheal J.L và các tác giả khác cho rằng ở giai đoạn này trương lực cơ giảm tối đa là nguyên nhân dễ dẫn đến ngưng thở [6]. So sánh chỉ số ngưng thở và giảm thở ở giai đoạn động mắt nhanh và không động mắt nhanh, chúng tôi thấy xu hướng chung là chỉ số ngưng thở, giảm thở ở giai đoạn động mắt nhanh cao hơn so với giai đoạn không động mắt nhanh, nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (bảng 3.3). Có lẽ là do cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi còn khiêm tốn nên chưa thấy được sự khác biệt rõ rệt ở hai giai đoạn này. Tuy nhiên khi so sánh trong giai đoạn động mắt nhanh, chỉ số ngưng thở, giảm thở ở mức độ nặng cao hơn nhiều so với giai đoạn nhẹ có ý nghĩa thống kê.

Theo Danny [5], giảm thở và ngưng thở tăng lên về độ dài và kết hợp với hiện tượng giảm nồng độ oxy bão hòa trong máu ở giai đoạn động mắt nhanh nhiều hơn so với giai đoạn không động mắt nhanh. Một số bệnh nhân chỉ có ngưng thở trong giai đoạn động mắt nhanh. Điều này được giải thích là do giai đoạn động mắt nhanh, trương lực cơ đường hô hấp trên giảm xuống, phản xạ hầu họng với áp lực âm giảm và giảm độ nhạy hóa học. Ở giai đoạn này trương lực cơ đường hô hấp trên và cơ liên sườn bị mất dẫn đến tăng số lượng và mức độ nặng của các cơn ngưng thở trên các bệnh nhân có hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ. Đáp ứng về thông khí với hiện tượng tăng khí cacbonic ở giai đoạn động mắt nhanh cũng giảm đi so với giai đoạn không động mắt nhanh. Vì vậy theo chúng tôi, khi đọc kết quả đa ký giấc ngủ, cần chú ý kĩ hơn đến các cơn giảm thở và ngưng thở ở giai đoạn động mắt nhanh.

Về sự khác biệt của chỉ số ngưng thở, giảm thở giữa tư thế nằm ngửa và các tư thế còn lại, chúng tôi thu được kết quả giống với các nghiên cứu khác trên thế giới. Chỉ số ngưng thở, giảm thở ở tư thế nằm ngửa cao hơn hẳn so với tư thế còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Giải thích điều này là do ở tư thế nằm ngửa, cổ

lưỡi có xu hướng dễ tụt xuống chèn ép vào đường hô hấp trên đoạn hầu họng, càng dễ gây ra ngừng thở do tắc nghẽn. Theo Saigusa H và cộng sự [7], ở những bệnh nhân có hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ, các cơn ngừng thở khi ngủ ở tư thế nằm nghiêng thường ít hơn hẳn so với tư thế nằm ngửa. Hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn phụ thuộc vào tư thế được định nghĩa khi chỉ số ngừng thở, giảm thở ở tư thế nằm nghiêng ít hơn một nửa hoặc ít hơn chỉ số đó ở tư thế nằm ngửa. Ngừng thở do tắc nghẽn phụ thuộc vào tư thế thường gặp ở mức độ nhẹ và trung bình hơn so với mức độ nặng. Với các trường hợp ngừng thở do tắc nghẽn xuất hiện nhiều ở tư thế nằm ngửa, một trong những biện pháp điều trị kết hợp hữu hiệu là tư vấn để bệnh nhân nằm nghiêng khi ngủ, giúp giảm bớt các cơn giảm thở, ngừng thở, cải thiện nồng độ oxy bão hòa trong máu.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ bệnh nhân mức độ nặng và trung bình chiếm tỉ lệ cao trong nghiên cứu, điều này cho thấy khả năng phát hiện bệnh sớm ở giai đoạn nhẹ ít. Vì vậy cần có nhiều chương trình phổ biến

kiến thức, đào tạo về hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ hơn nữa, góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh nhân mắc hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Walter TM (2008)**, "Diagnosis of Obstructive Sleep Apnea in Adult", *Proceedings of the American Thoracic Society*, Vol 5, pp 154-160.
2. **Abhijeet Singh et al (2017)**. A study to estimate prevalence and risk factor of Obstructive sleep apnea syndrome in a semi urban Indian population. *Chest disease*, volume 87 : 773.
3. **Amy S. Jordan, P., David G. McSharry, MB, and Prof. Atul Malhotra, MD, (2014)**. Adult obstructive sleep apnoea. *Lancet*, 383(9918). 736-747.
4. **Nguyễn Xuân Bích Huyền và cs (2009)**, "Nhận xét ban đầu về hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn tại Bệnh viện Chợ Rẫy". *Thở sự Y học*, số 41, tr 3-5.
5. **Danny JE, Atul M (2008)**, "Pathophysiology and Adult Obstructive Sleep Apnea", *Proceedings of the American Thoracic Society*, vol 5, pp 144-153.
6. **Michael R.L (2007)**, "Polysomnography and Cardiorespiratory Monitoring", *Obstructive Sleep Apnea, Diagnosis and treatment*, Informa Healthcare, vol 4, pp 35-60.
7. **Saigusa H, et al (2009)**, "Three dimensional Morphological analyses of positional dependence in patient with obstructive sleep apnea syndrome", *Anesthesiology*, 110, pp 885-90.

PHÂN TÍCH MỘT SỐ NGUYÊN NHÂN TÁI PHÁT CỦA NANG VÀ RÒ GIÁP LƯỠI

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích một số nguyên nhân tái phát của nang và rò giáp lưỡi. **Đối tượng và phương pháp:** 36 bệnh nhân được chẩn đoán là nang và rò giáp lưỡi tái phát và được điều trị bằng phẫu thuật tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương và bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 2011 đến tháng 2017. Phương pháp thống kê mô tả từng ca có can thiệp. **Kết quả:** Đa số là bệnh nhân nữ (chiếm 64%), độ tuổi trung bình là 14, bệnh nhân đến khám chủ yếu vì nang tái phát (chiếm 52,8%). Trước phẫu thuật lần đầu có 15 bệnh nhân viêm nhiễm 1 lần (chiếm 41,7%), 14 bệnh nhân viêm 2 lần (chiếm 38,9%). Sau phẫu thuật lần 1, sự tái phát xảy ra ở nhóm dưới 5 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất, 18/36 bệnh nhân (chiếm 50%), tỷ lệ thấp nhất là ở nhóm >20 tuổi, có 4/36 bệnh nhân (chiếm 11,1%). Số bệnh nhân tái phát không được cắt xương

Tạ Phương Thúy*, Nguyễn Công Hoàng**

móng ở lần phẫu thuật trước là 25 (chiếm 69,4%). **Kết luận:** Qua nghiên cứu 36 bệnh nhân nang và rò giáp lưỡi tái phát, chúng tôi nhận thấy các nguyên nhân sau góp phần làm tăng khả năng tái phát: Tình trạng viêm nhiễm trước phẫu thuật. Tuổi phẫu thuật. Không cắt thân xương móng khi điều trị bằng phẫu thuật.

SUMMARY

ANALYSIS OF SOME THYROGLOSSAN DUCT CYST RECURRENCE

Objectives: To analyze some causes of thyroglossal duct cyst recurrence. **Subjects and Methods:** 36 patients were diagnosed with thyroglossal duct cyst recurrence and treated with surgery in ENT National Hospital and Hanoi Medical University Hospital from 2011 to 2017. Prospective study. **Results:** Mostly female patients (64%), mean age 14, patients examined mainly because of recurrent cysts (52.8%). One time inflammation before 1st surgery: 15 patients (41.7%), two times inflammation before 1st surgery: 14 patients (38.9%). After 1st surgery, relapse is seen most frequently in under 5 years old: 18 patients (50%). 25 patients with hyoid bone remain after 1st surgery accounted for the highest percentage is 69.4%. **Conclusion:** By studying 36 patients with thyroglossal duct cyst and

*Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

**Bộ môn Tai Mũi Họng-Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Hoàng

Email: nguyenconghoang@tnmc.udu.vn

Ngày nhận bài: 10.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.8.2017

Ngày duyệt bài: 11.9.2017

fistula recurrence, we find the following reasons contribute to the possibility of recurrence: Status of preoperative infection. Age of 1st surger. Remain hyoid bone after 1st surgery.

Key words: thyroglossal duct cyst, recurrence

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang và rò giáp-lưỡi là bệnh lý bẩm sinh vùng cổ thường gặp. Bệnh hình thành do sự tồn tại của ống giáp lưỡi, ống này được tạo bởi sự di chuyển của tuyến giáp trong thời kỳ bào thai, từ vị trí lỗ tịt ở đỉnh V lưỡi đến vị trí bình thường của nó là ở trước sụn khí quản thứ 2 và thứ 3, vì một lý do nào đó ống này không thoái triển và mất dần đi sau sinh. Nang có thể phát triển ở bất cứ đoạn nào của đường ống giáp lưỡi.

Phương pháp điều trị then chốt của nang và rò giáp-lưỡi là phẫu thuật. Cho đến nay phẫu thuật theo phương pháp Sistrunk vẫn được áp dụng và được xem là phương pháp điều trị triệt để nhất nang và rò giáp - lưỡi ở Việt Nam cũng như trên thế giới [1], [2],[3].

Hiện nay, tại nước ta điều trị bằng phẫu thuật nang và rò giáp-lưỡi được thực hiện rộng rãi ở nhiều chuyên khoa khác nhau với những cách thức phẫu thuật không hoàn toàn giống nhau, mặc dù vậy vẫn có bệnh nhân bị tái phát sau mổ. Để giúp hiểu thêm về vấn đề này chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *"Phân tích một số nguyên nhân tái phát của nang và rò giáp lưỡi"*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Gồm 36 bệnh nhân được chẩn đoán là nang và rò giáp lưỡi tái phát, được điều trị bằng phẫu thuật tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương và bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1.2011 đến tháng 1.2017.

2.1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

Bệnh nhân được lựa chọn theo tiêu chuẩn sau:

- Đã được phẫu thuật nang và rò giáp-lưỡi
- Có nang hoặc/và lỗ rò vùng cổ trước trên đường sọ mổ cũ hay dọc theo đường giáp lưỡi.
- Được siêu âm vùng cổ
- Được phẫu thuật tại khoa Tai Mũi Họng-Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Tai Mũi Họng TW.

➢ Có ghi chép hồ sơ bệnh án đầy đủ

➢ Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đủ các tiêu chuẩn trên

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả từng ca có can thiệp

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện

- Các bước tiến hành

+ **Với nhóm hồi cứu:** Tập hợp hồ sơ bệnh án đáp ứng được tiêu chuẩn lựa chọn. Thu thập dữ liệu, lấy số liệu điền vào bệnh án mẫu.

+ **Với nhóm tiền cứu:** Làm bệnh án mẫu. Được khám lâm sàng, siêu âm để chẩn đoán xác định là nang và rò giáp lưỡi tái phát. Cho làm các xét nghiệm cơ bản phục vụ phẫu thuật. Phẫu thuật lấy bỏ nang, đường rò. Khám, đánh giá trong phẫu thuật

2.3 Xử lý số liệu: Thu thập số liệu vào bệnh án mẫu, xác lập mối tương quan giữa các chỉ số nghiên cứu, xử lý số liệu theo chương trình SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1 Phân bố theo giới và tuổi tại thời điểm nghiên cứu:

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy có 23/36 bệnh nhân nữ chiếm gần 64%, 13/36 bệnh nhân nam chiếm gần 36%. So sánh với các nghiên cứu của tác giả trong nước về nang và rò giáp lưỡi thì có sự khác biệt: tác giả Phùng Tiến Hiệu bệnh nhân nam là 35/54 (chiếm 64,8%), bệnh nhân nữ là 19/54(35,2%) [4], tác giả Nguyễn Thị Tố Uyên có 47 bệnh nhân với tỉ lệ nam/nữ $\approx 2/1$ [5]. Nghiên cứu của Allard nghiên cứu với mẫu lớn là 1.747 bệnh nhân, có 870 nam/877 nữ [6].

Qua nghiên cứu nhận thấy, nang và rò giáp lưỡi tái phát gặp ở mọi lứa tuổi, thấp nhất là 2 tuổi, cao nhất là 46 tuổi, trung bình 14 tuổi. Có 18/36 bệnh nhân tuổi nhỏ hơn 9, chiếm tỷ lệ cao nhất là 50%, chỉ có 3/36 bệnh nhân tuổi ≥ 30 , chiếm tỷ lệ thấp nhất là 8,3%, còn lại là 9/36 bệnh nhân độ tuổi từ 10-19, chiếm 25% và 6/36 bệnh nhân tuổi từ 20-29 chiếm 16,7%.

Tuy vậy phải có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn sẽ cho kết quả đáng tin cậy hơn.

3.2 Lý do vào viện: Trong nghiên cứu này, lý do bệnh nhân vào viện thường gặp là có nang tái phát, có 19/36 bệnh nhân, chiếm 52,8% và 15/36 bệnh nhân vào viện với lý do có lỗ rò tái phát chảy dịch, chỉ có 2 bệnh nhân vào viện với lý do có lỗ rò không chảy dịch, không có bệnh nhân vào viện vì áp xe.

3.3 Tỷ lệ nang và rò giáp lưỡi tái phát: Tỷ lệ nang và rò tái phát gặp là ngang nhau, có 19/36 bệnh nhân vào viện được chẩn đoán là nang giáp lưỡi tái phát, chiếm gần 53%, 17/36 bệnh nhân là rò giáp lưỡi tái phát, chiếm gần 47%.

3.4 Tình trạng viêm trước phẫu thuật lần 1

Bảng 3.1: Tình trạng viêm nhiễm trước phẫu thuật lần 1

Số lần viêm	0	1	2	>2	Tổng
Hình thái viêm					
Viêm tấy	0	13	13	0	26
Áp xe gây rò dịch	0	2	1	0	3
Không viêm	7	0	0	0	7
n	7	15	14	0	36
%	19,4	41,7	38,9	0	100

Nghiên cứu có 7/36 bệnh nhân trước phẫu thuật lần 1 không có hiện tượng viêm nhiễm (chiếm 19,4%), 3/36 bệnh nhân có áp xe gây rò dịch, 15/36 bệnh nhân có hiện tượng viêm tấy 1 lần trước phẫu thuật lần 1 (chiếm 41,7%), 14/36 bệnh nhân có hiện tượng viêm 2 lần trước phẫu thuật lần 1 (chiếm 38,9%).

1.1. Đối chiếu tình trạng viêm trước phẫu thuật lần 1 với số lần phẫu thuật**2. Bảng 3.2: Đối chiếu tình trạng viêm trước phẫu thuật lần 1 với số lần phẫu thuật**

Số lần viêm Số lần PT	0	1	2	>2	Tổng
1 lần	7	11	10	0	28
2 lần	0	4	3	0	7
3 lần	0	0	1	0	1
n	7	15	14	0	36
%	19,4	41,7	38,9	0	100

Trong nghiên cứu này ta nhận thấy có sự liên quan giữa số lần viêm trước phẫu thuật với số lần phẫu thuật. Có 7/36 bệnh nhân không viêm trước phẫu thuật lần 1 thì số lần đã mổ là 1, có 3/36 bệnh nhân viêm 2 lần trước phẫu thuật lần 1 thì số lần mổ là 2 lần và 1 bệnh nhân đã mổ 2 lần thì số lần viêm trước phẫu thuật lần đầu cũng là 2 lần.

Theo Tamer Alnaimy, tác giả nghiên cứu trên 50 bệnh nhân và nhận thấy tỷ lệ tái phát cao hơn ở những bệnh nhân có viêm nhiễm trước phẫu thuật.[7]

2.1. Đối chiếu tuổi khi phẫu thuật lần 1 và số lần phẫu thuật**3. Bảng 3.3: Đối chiếu tuổi khi phẫu thuật lần 1 và số lần phẫu thuật**

Tuổi PT lần 1 Số lần PT	<5	5-10	11-20	>20	Tổng
1 lần	14	6	4	4	28
2 lần	4	0	3	0	7
3 lần	0	0	1	0	1
n	18	6	8	4	36
%	50	16,7	22,2	11,1	100

Trong nghiên cứu, tuổi phẫu thuật nhỏ nhất là 2, lớn nhất là 45. Sau phẫu thuật lần 1, sự tái phát xảy ra ở nhóm dưới 5 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất, 18/36 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 50%, tỷ lệ thấp nhất là ở nhóm >20 tuổi, có 4/36 bệnh nhân, chiếm 11,1%.

3.1. Tình trạng xương móng ở lần phẫu thuật trước**4. Bảng 3.4: Tình trạng xương móng ở lần phẫu thuật trước**

Số Bn	Tình trạng xương móng	Chưa cắt thân xương móng	Đã cắt thân xương móng	Tổng
n		25	11	36
%		69,4	30,6	100

Các bệnh nhân trong nghiên cứu đều đã được điều trị bằng phẫu thuật, nhưng cách thức phẫu thuật không giống nhau. Chúng tôi nhận thấy tình trạng tái phát xảy ra ở 25 bệnh nhân chưa được cắt thân xương móng (chiếm tỷ lệ 69,4%), và 11 bệnh nhân đã được cắt thân xương móng (chiếm tỷ lệ 30,6%).

4.1. Đối chiếu tình trạng xương móng với hình thái lâm sàng tái phát**5. Bảng 3.5: Đối chiếu tình trạng xương móng với hình thái lâm sàng tái phát**

Hình thái lâm sàng	Tình trạng xương móng	Còn nguyên	Đã cắt (1 phần hay toàn bộ thân)	Tổng
Nang tái phát		13	6	19
Rò tái phát		12	5	17

n	25	11	36
%	69,4	30,6	100

Trong 36 bệnh nhân có 13/19 bệnh nhân nang tái phát không được cắt thân xương móng ở lần mổ trước, 6/19 bệnh nhân đã được cắt thân xương móng. Trong số 17 bệnh nhân rò tái phát có 12 bệnh nhân chưa được cắt thân xương móng ở lần mổ trước và 5 bệnh nhân đã được cắt.

5.1. Cách thức phẫu thuật tại thời điểm nghiên cứu

❖ **Đôi chiều đường vào phẫu thuật với vị trí của nang và rò tái phát**

Bảng 3.6: Đôi chiều đường vào phẫu thuật với vị trí của nang và rò tái phát

Vị trí (nang, lỗ rò) \ Đường PT	Đường sẹo mổ cũ	Đường ngang nếp lằn cổ trên	Tổng	%
Đáy lưỡi	0	1	1	2,8
Trên xương móng	7	0	7	19,4
Trên sẹo cũ	12	1	13	36,1
Giáp móng	15	0	15	41,7
Thượng ức	0	0	0	0
n	34	2	36	
%	94,4	5,6		100

Trong 36 bệnh nhân nghiên cứu, có 34/36 bệnh nhân được phẫu thuật theo đường sẹo mổ cũ (chiếm 94,4%), 2/36 bệnh nhân được phẫu thuật theo đường nếp lằn cổ trên (chiếm 5,6%). Số bệnh nhân có nang và rò giáp lưỡi tái phát ở vùng giáp móng chiếm gồm 15/36 bệnh nhân (chiếm 41,7%), 13/36 bệnh nhân có lỗ rò trên đường sẹo cũ (chiếm 36,1%), 7/36 bệnh nhân có nang tái phát nằm trên xương móng (chiếm 19,4%), chỉ có 1 bệnh nhân trong nghiên cứu có nang nằm trong đáy lưỡi (chiếm 2,8%).

❖ **Cách thức phẫu thuật:** 36 bệnh nhân trong nghiên cứu được bóc tách nang và đường rò tới sát xương móng, cắt thân xương móng (nếu thân xương móng chưa được cắt ở lần phẫu thuật trước), rồi bóc tách đến tận đáy lưỡi, khâu vùi lỗ rịt.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 36 bệnh nhân nang và rò giáp lưỡi tái phát, chúng tôi nhận thấy các nguyên nhân sau góp phần làm tăng khả năng tái phát:

- Tình trạng viêm nhiễm trước phẫu thuật

- Tuổi phẫu thuật lần 1

- Không cắt thân xương móng khi điều trị bằng phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Goldsztein, H., A. Khan, and K.D. Pereira, *Thyroglossal duct cyst excision—The Sistrunk procedure. Operative Techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 2009. **20**(4): p. 256-259.
2. Nguyễn Văn Thái, *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật u nang và rò giáp lưỡi*. 2013: kỷ yếu hội nghị Tai Mũi Họng toàn quốc lần thứ 16. p. 495 - 508.
3. Cardesa, A. and P. Sliotweg, *Pathology of the head and neck*. 2006: Springer Science & Business Media.
4. Phùng Tiên Hiệu, *Nghiên cứu hình thái lâm sàng, mô bệnh học và đối chiếu với phẫu thuật của u nang và rò giáp-lưỡi*. 2013, Trường Đại Học Y Hà Nội.
5. Nguyễn Thị Tố Uyên, *Đặc điểm u nang và rò giáp lưỡi gặp tại viện tai mũi họng trung ương*. 2001, Trường Đại Học Y Hà Nội.
6. Allard, R.H., *The thyroglossal cyst*. Head & neck surgery, 1982. **5**(2): p. 134-146.
7. Alnaimy, T., Basem M. Sieda, and Taha Baiomy, . "Thyroglossal Cyst and Fistula: Surgical pitfalls and causes of recurrence." *The Egyptian Journal of Surgery*, 2016. **35.1**: p. 49.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU TIÊM THẨM PHÂN LỖ LIÊN HỢP DƯỚI HƯỚNG DẪN C-arm TRONG ĐIỀU TRỊ ĐAU RỄ THẦN KINH CỘT SỐNG THẮT LƯNG

Lê Hoàng Long*, Bùi Văn Giang*, Phạm Hồng Đức*

TÓM TẮT

*Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn
Chịu trách nhiệm chính: Lê Hoàng Long
Email: hoanglong141088@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.7.2017

Mục đích: Đánh giá hiệu quả giảm đau của tiêm thẩm phân lỗ liên hợp bằng sự kết hợp lidocaine-steroid dưới hướng dẫn C-arm trong điều trị đau rễ

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2017
Ngày duyệt bài: 4.9.2017

thần kinh thắt lưng. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, từ 4/2016 đến 6/2017, 33 bệnh nhân (BN) đau rễ thần kinh thắt lưng được tiêm thẩm phân corticosteroid và lidocain lổ liên hợp dưới hướng dẫn C-arm. Tất cả BN được đánh giá bằng cách sử dụng thang điểm VAS (visual analogue scale) tại các thời điểm trước can thiệp, sau can thiệp 1 ngày, 2 tuần, 1 tháng và 3 tháng. **Kết quả:** 48 rễ được tiêm thẩm phân/33 BN, tuổi trung bình $55,7 \pm 15,79$ (cao nhất 83, thấp nhất 24). Điểm VAS trước và sau can thiệp 3 tháng giảm từ 7,5 xuống 4,4. Không có biến chứng nghiêm trọng nào được ghi nhận. **Kết luận:** Tiêm thẩm phân lổ liên hợp dưới hướng dẫn C-arm là thủ thuật an toàn, chính xác và hiệu quả trong điều trị đau rễ thần kinh thắt lưng.

Từ khóa: đau rễ thần kinh thắt lưng, tiêm thẩm phân lổ liên hợp.

SUMMARY

THE INITIAL EFFECTIVENESS OF NEURAL FORAMINAL INFILTRATION UNDER C-ARM GUIDANCE FOR THE TREATMENT OF LUMBAR RADICULOPATHY

Purpose: Evaluating the analgesic efficacy of infiltration of neural foramina with a lidocaine-steroid combination under C-arm guidance for the treatment of lumbar radiculopathy. **Methods:** In a prospective study, carried out from April 2016 to June 2017, 33 patients with lumbar radiculopathy were treated by foraminal injection with a corticosteroid lidocaine combination under C-arm guidance. All Patients were evaluated using VAS pre-injection and reviewed 1 day, 2 week, 1 month and 3 months post-injection. **Results:** 48 nerve roots were infused in a total of 33 patients with a mean age of $55,7 \pm 15,79$ (24 to 83). The VAS was 7,5 before injections and at follow up 3 months after injections, it was 4,4. There were no serious complications noted. **Conclusion:** Infiltration of neural foraminal under C-arm guidance is a safe, accurate and effective procedure for the treatment of lumbar radiculopathy.

Key words: lumbar radiculopathy, Infiltration neural foramina.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, bệnh lý đau rễ thần kinh thắt lưng trở nên phổ biến và có xu thế trẻ hóa, ảnh hưởng đến đời sống sinh hoạt và lao động của người bệnh. Theo nghiên cứu của Lưu Xuân Thu (2007), đau thần kinh tọa thường gặp ở độ tuổi lao động 30-50, trong đó nhóm lao động nặng chiếm hơn 60% [1].

Trên thực tế, có nhiều phương pháp điều trị bệnh lý đau rễ thần kinh thắt lưng như: Nội khoa, vật lý trị liệu, phẫu thuật... Mỗi phương pháp có ưu nhược điểm riêng. Kỹ thuật tiêm thẩm phân lổ liên hợp dưới hướng dẫn C-arm có ưu điểm kiểm soát đầu kim, quan sát được các cấu trúc giải phẫu và nhận định rễ thần kinh

bằng thuốc cản quang đảm bảo tiêm thuốc chính xác nhằm mang lại hiệu quả cao hơn, an toàn hơn các phương pháp tiêm mù khác [2].

Đây là phương pháp can thiệp tối thiểu qua da được nhiều tác giả trên thế giới áp dụng. Tuy nhiên ở Việt Nam phương pháp này vẫn chưa được quan tâm rộng rãi. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá hiệu quả tiêm thẩm phân lổ liên hợp dưới hướng dẫn C-arm trong điều trị đau rễ thần kinh thắt lưng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng: 33 BN tuổi từ 24 đến 83 được chẩn đoán xác định có bệnh lý đau rễ thần kinh thắt lưng dựa vào khám lâm sàng kết hợp với hình ảnh y học (Xquang, cộng hưởng từ: MRI). Thời gian bị bệnh từ 5 ngày đến 2 năm, nguyên nhân chủ yếu do thoát vị đĩa đệm. Đã điều trị bảo tồn bằng các phương pháp khác mà thất bại. BN không có các chống chỉ định: nhiễm trùng, bệnh lý rối loạn đông máu, dị ứng với thuốc (thuốc cản quang, thuốc tê, corticosteroid...). Không có bệnh lý rễ chèn ép do u (xác nhận trên MRI).

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu không đối chứng, thời gian: từ 4/2016 – 6/2017, tại bệnh viện Xanh Pôn. **Quy trình nghiên cứu:** BN khám lâm sàng có triệu chứng đau rễ thần kinh thắt lưng. Chụp X quang, MRI cột sống thắt lưng. Thực hiện kỹ thuật tiêm thẩm phân lổ liên hợp dưới hướng dẫn C-arm. Đánh giá hiệu quả giảm đau bằng so sánh thang điểm VAS tại các thời điểm trước can thiệp, sau can thiệp 1 ngày, 2 tuần, 1 tháng và 3 tháng.

Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu, phần mềm Epidata. Phân tích, xử lý số liệu bằng các thuật toán thống kê thực hiện trên phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: 33 BN tuổi trung bình $55,7 \pm 15,79$ (24-83 tuổi), 7 nam (21,2%) và 26 nữ (78,8%), tỉ lệ nữ/nam = 3,7

- 29/33 BN được tiêm thẩm phân có thoát vị đĩa đệm trên cộng hưởng từ, tầng thoát vị hay gặp L4-L5 có 17 BN (58,6%), L5-S1 có 12 BN (41,4%) (bảng 1).

Bảng 1. Phân bố tầng TVĐĐ

Vị trí TVĐĐ	Số BN	Tỉ lệ (%)
L1-L2	0	0
L2-L3	3	10,3
L3-L4	3	10,3
L4-L5	17	58,6
L5-S1	12	41,4

Kết quả theo dõi: Điểm VAS trước can thiệp (Bảng 2): đa số BN thuộc nhóm đau rất nặng với 30 trường hợp (90,9%), nhóm đau vừa có 0 trường hợp (0%), nhóm đau nặng có 2 trường hợp (6,1%), nhóm đau nghiêm trọng có 1 trường hợp (3%).

Bảng 2. VAS trước can thiệp

Mức độ đau	Số bệnh nhân (N)	Tỉ lệ (%)
Đau vừa phải (3-4 điểm)	0	0
Đau nặng (5-6 điểm)	2	6,1
Đau rất nặng (7-8 điểm)	30	90,9
Đau nghiêm trọng (9-10 điểm)	1	3
Tổng	33	100

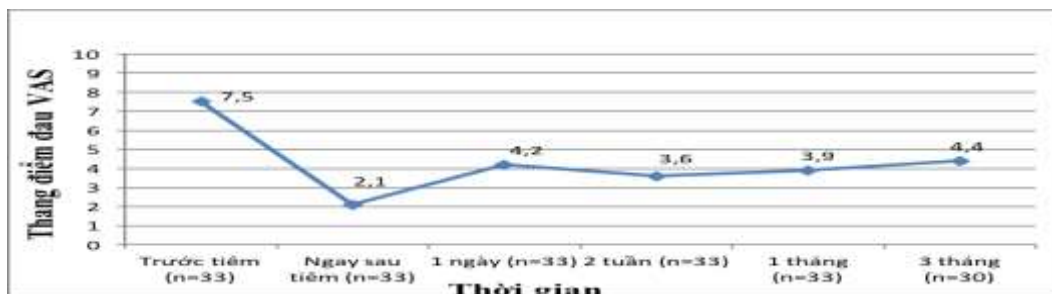
- Điểm VAS sau can thiệp 3 tháng (Bảng 3): theo dõi được 30 BN trong đó nhóm đau rất nặng giảm còn 8 trường hợp (26,6%) nhóm không đau có 3 trường hợp (10%), nhóm đau

nhẹ có 2 trường hợp (6,7%), nhóm đau vừa có 12 trường hợp (40%), nhóm đau nặng có 5 trường hợp (16,7%).

Bảng 3. VAS sau can thiệp 3 tháng

Mức độ đau	N	Tỉ lệ (%)
Không đau (0 điểm)	3	10
Đau nhẹ (1-2 điểm)	2	6,7
Đau vừa (3-4 điểm)	12	40
Đau nặng (5-6 điểm)	5	16,7
Đau rất nặng (7-8 điểm)	8	26,6
Đau nghiêm trọng (9-10 điểm)	0	0
Tổng	30	100

- Thay đổi mức độ đau sau can thiệp theo thời gian (Biểu đồ 1): Mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS trước can thiệp: $7,5 \pm 0,67$. Mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS sau can thiệp ba tháng: $4,4 \pm 2,27$.



Biểu đồ 2. Theo dõi điểm đau VAS theo thời gian

- Biến chứng trong và sau can thiệp (Bảng 4): 33 bệnh nhân được can thiệp có 8 trường hợp đau trong quá trình tiêm (24,2%), có 3 trường hợp đau tăng sau can thiệp (9%), không có biến chứng nghiêm trọng.

Bảng 4. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Chảy máu tại vị trí tiêm	0	0
Nhiễm trùng tại vị trí tiêm	0	0
Đau tăng sau can thiệp	3	9%
Đau trong quá trình tiêm	8	24,2%
Di ứng	0	0
Chọc vào ống sống	0	0
Tác dụng không mong muốn khác	0	0

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 33 BN với độ tuổi trung bình $55,7 \pm 15,79$ (cao nhất 83, thấp nhất 24) phù hợp với nghiên cứu của Pfirrmann CW và cộng sự (2001) tiến hành trên 36 BN với độ tuổi trung bình 52 (cao nhất 88, thấp nhất 22) [4].

Trong nhóm đối tượng nghiên cứu đa số các BN đều có tổn thương thoát vị đĩa đệm trên MRI vị trí hay gặp L4-5 chiếm 58,6%, L5-S1 chiếm 41,4% phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo nghiên cứu Hồ Hữu Lương (1986), TVĐĐ vị trí L4-L5, L5-S1 chiếm

52,5% và 19,7% [5], trong một nghiên cứu khác của Claudio Dora tỷ lệ này là 55% và 45% [6]. Tuy các kết quả có sự khác nhau nhưng đều cho thấy phần lớn TVĐĐ xảy ra ở L4-L5 và L5-S1, đặc biệt là L4-L5, vì đây là vùng bản lề của cột sống thường xuyên phải chịu áp lực trọng tải cao đồng thời có biên độ vận động cao.

Tiêm thẩm phân lỏng liên hợp dưới C-arm là thủ thuật can thiệp tối thiểu ít xâm lấn, không gây đau đớn cho người bệnh. Thời gian trung bình thực hiện thủ thuật là 15 phút, BN có thể đi lại ngay sau can thiệp và ra viện trong ngày.

Dưới sự hướng dẫn của C-arm giúp nhận định rõ các cấu trúc giải phẫu liên quan đồng thời

kiểm soát đầu kim đảm bảo việc đặt kim chính xác và an toàn hơn, tiêm thuốc cản quang chụp hiện hình bao rễ thần kinh là bằng chứng khách quan về sự chính xác vị trí kim (H.1). Theo Botwin KP và cs (2002), tiêm mù có thể sai vị trí từ 25-40% [3].

Các BN được đánh giá đau theo thang điểm VAS trước và sau tiêm tại các thời điểm 1 ngày, 2 tuần, 1 tháng và 3 tháng. Theo dõi BN sau

tiêm 3 tháng giá trị đau trung bình VAS giảm từ 7,5 xuống 4,4. Kết quả có sự tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới về mức độ giảm đau, theo nghiên cứu của Hui CWF và cộng sự thang điểm VAS giảm 2,67 điểm [7], theo nghiên cứu của Sang Bum Kim và cộng sự thang điểm VAS giảm 3,1, trong nghiên cứu của chúng tôi giảm 3,1 điểm (Bảng 5).

Bảng 5. Thang điểm VAS theo dõi bệnh nhân của các nghiên cứu

Tác giả	Năm	n	VAS Trước can thiệp	VAS sau can thiệp			
				1 ngày	2 tuần	1 tháng	3 tháng
Hui C.W.F. và cs [7]	2003	31	5,67	-	-	-	3,00
Sang Bum Kim và cs	2009	37	7,4	-	-	3,7	4,3
Chúng tôi	2017	33	7,5	4,2	3,6	3,9	4.4

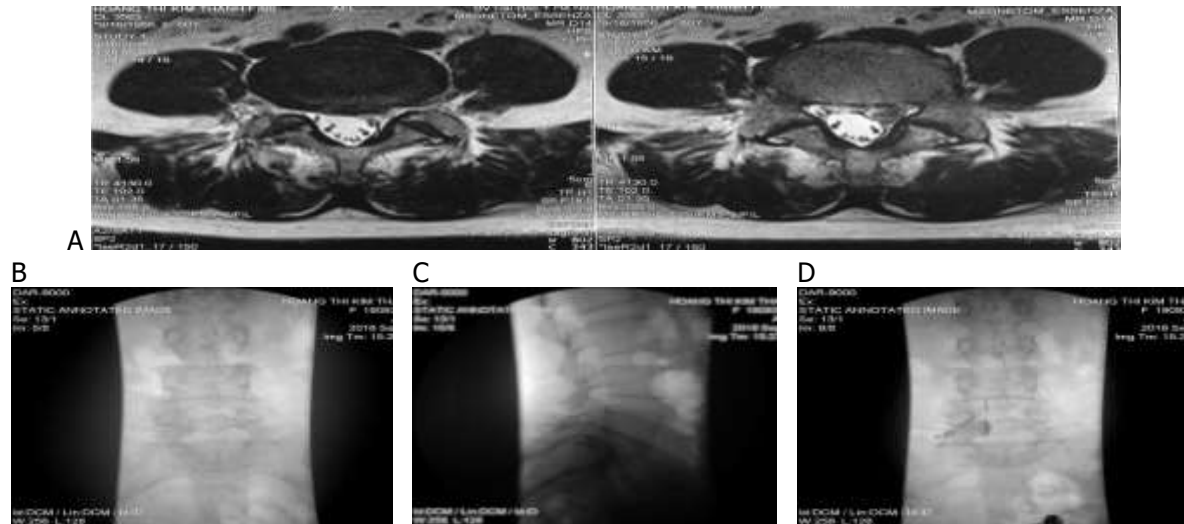
Rất ít dữ liệu về biến chứng được tìm thấy trong y văn, nguy cơ bị nhiễm trùng hay chảy máu hiếm khi xảy ra. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có biến chứng nghiêm trọng nào trong cũng như sau thủ thuật, tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới như Hui CWF năm 2003 [7].

Kết quả cho thấy hiệu quả giảm đau nhanh, kéo dài và an toàn giúp cho BN có thể tránh được cuộc mổ, đặc biệt đối với người lớn tuổi, có thể tiêm nhắc lại sau 3 tháng nếu tái phát. Ngoài ra BN hoạt động trở lại bình thường năng cao

chất lượng cuộc sống tránh các biến chứng do lâu không vận động như teo cơ, liệt, loét.

V. KẾT LUẬN

Tiêm thẩm phân ổ liên hợp dưới hướng dẫn C-arm trong điều trị đau rễ thần kinh cột sống thắt lưng là phương pháp can thiệp đơn giản, chính xác, ít xâm lấn và an toàn. Kết quả giảm đau nhanh và kéo dài 3 tháng sau can thiệp, có thể áp dụng cho các trường hợp đã điều trị bằng các phương pháp không phẫu thuật khác không có kết quả.



Hình 1: nữ 60 tuổi, đau thắt lưng 2 năm, 1 tuần nay đau tăng, đau lan xuống mông mặt bên đùi cẳng chân kèm tê ngón I bên trái. Khám thấy đau thắt lưng lan xuống cẳng chân trái, VAS 8/10, hạn chế vận động, tê ngón I bàn chân trái, Lasegue (+) 60°. MRI T2 cắt ngang (A) qua đĩa đệm L5-S1: hình thoát vị thể trung tâm lệch trái. Can thiệp dưới C-arm, BN nằm sấp: hình kim chọc vào ổ liên hợp L5-S1 tư thế thẳng (B) và nghiêng (C), kiểm tra vị trí kim bằng bơm cản quang thấy thuốc lan theo rễ thần kinh L5-S1 trái (D).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lưu Xuân Thu (2013). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cộng hưởng từ trong hội chứng đau thần

- kinh tọa. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 17, Số 3, 143-148.
2. **Rydevik B and Garfin (1989)**. Nerve root compression syndromes: diagnosis and treatment, Spinal nerve root compression. *New York, NY: Slack Medical*, 247-261.
 3. **Botwin KP et al (2002)**, "Fluoroscopically Guided Lumbar Transforaminal Epidural Steroid and Injections in Degenerative Lumbar Stenosis An Outcome Study", *Am. J. Phys. Med. Rehabil*, Vol. 81, No. 12, pp898-905.
 4. **Pfarrmann CW, Oberholzer PA, Zanetti M, et al (2001)**. Selective nerve root blocks for the treatment of sciatica: Evaluation of injection site and effectiveness--a study with patients and cadavers. *Radiology*, 221(3):704-711.
 5. **Hồ Hữu Lương (2006)**, Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm, Nhà xuất bản Y học.
 6. **Claudio dora et al (2005)**, Lumbar disk herniation: Do MRI findings predict recurrence after surgical discectomy. *Radiological society of North American*, Vol 235, No 2.
 7. **Hui CWF Chan PHA, Cheung KK et al (2005)**. Selective nerve root block for sciatica. *Hong Kong J Orthop Surg*, 9(1):22-27.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM ĐA CƠ VÀ VIÊM DA CƠ TỰ MIỄN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẨY

Nguyễn Đình Khoa*, Lưu Văn Ái**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm đa cơ và viêm da cơ điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy, so sánh đặc điểm giữa hai thể bệnh và đánh giá mối tương quan giữa một số xét nghiệm cận lâm sàng. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu trên những bệnh nhân được chẩn đoán viêm đa cơ hoặc viêm da cơ và thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán của Tanimoto (1995), được điều trị tại Khoa Nội Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian từ 2006 đến 2011. **Kết quả:** Nghiên cứu thu nhận 259 bệnh nhân (136 viêm da cơ và 123 viêm đa cơ), tuổi trung bình $38,6 \pm 14,9$, gồm 165 nữ (63,7%) và 94 nam (36,3%). Triệu chứng cơ năng thường gặp gồm mệt mỏi, đau cơ, yếu cơ, đau khớp. Các dấu hiệu thực thể thường gặp gồm ban da (88,2% trong viêm da cơ), yếu cơ 76,9% (85,4% trong viêm đa cơ so với 69,1% viêm da cơ, $p < 0,05$), yếu cơ gốc chi (69,5%), đau khớp (55,6%). Nồng độ CPK trung bình trong viêm da cơ ($1311,9 \pm 2491,6$) thấp hơn so với viêm đa cơ ($4784,8 \pm 11120,1$). Bệnh nhân viêm đa cơ có tỷ lệ tăng CPK, ALT và ANA (lần lượt là 75%, 81,4%, và 50,6%) cao hơn nhóm viêm da cơ (57,1%, 68% và 35,8%) ($p < 0,05$). Nồng độ CPK có tương quan thuận, mức độ vừa với nồng độ AST ($r = 0,43$, $p < 0,01$) và ALT ($r = 0,48$, $p < 0,01$). **Kết luận:** Viêm đa cơ và viêm da cơ có biểu hiện lâm sàng đa dạng, biểu hiện chủ yếu là đau cơ, yếu cơ gốc chi, đau khớp, tăng CPK và các men cơ khác.

Từ khóa: Viêm đa cơ, viêm da cơ, yếu cơ, CPK

SUMMARY

*Khoa Nội Cơ Xương Khớp

**Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Khoa

Email: kn386@nyu.edu

Ngày nhận bài: 5.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2017

Ngày duyệt bài: 19.9.2017

CLINICAL AND LABORATORY FEATURES IN PATIENTS WITH POLYMYOSITIS AND DERMATOMYOSITIS TREATED AT CHO RAY HOSPITAL

Objectives. This study was to determine and compare clinical and laboratory features of polymyositis (PM) and dermatomyositis (DM) and to evaluate the correlation between some muscle enzyme levels. **Patients and Methods.** Retrospective study on patients diagnosed with PM or DM, who fulfilled the Monimoto (1995) criteria and treated in the Department of Rheumatology, Cho Ray Hospital during the period from 2006 to 2011. **Results.** The study surveyed 259 patients (165 females, 94 males) including 136 DM and 123 PM, with mean age of 38.6 ± 14.9 . Most common symptoms and physical findings were fatigue, myalgia, weakness, arthralgia, skin rash (88.2% in DM), muscle weakness 76.9% (85.4% in PM vs. 69.1% in DM, $p < 0.05$). Mean CPK level in PM (4784.8 ± 11120.1) was higher than that of DM (1311.9 ± 2491.6). PM patients had higher rates of elevated CPK, ALT and positive ANA. The level of CPK correlated with the level of AST ($r = 0.43$, $p < 0.01$) and ALT ($r = 0.48$, $p < 0.01$). **Conclusions.** PM and DM have a wide range of symptoms and signs, of which skin rash (in DM), myalgia, proximal muscle weakness, arthralgia and elevated CPK levels are most prominent.

Keywords: Polymyositis, dermatomyositis, inflammatory myopathies, CPK

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh viêm cơ tự phát bao gồm viêm đa cơ (polymyositis), viêm da cơ (dermatomyositis) và viêm cơ thể vùi (inclusion body myositis), trong đó viêm đa cơ và viêm da cơ là những thể bệnh thường gặp nhất trên lâm sàng [6]. Đây là những bệnh cơ có cơ chế tự miễn, với tổn thương cơ bản là tình trạng viêm mạn tính của các sợi cơ vân (viêm đa cơ) và có thể có tổn thương da kèm theo (viêm da cơ). Trên lâm sàng, bệnh nhân

thường có triệu chứng yếu cơ vùng gốc chi đối xứng hai bên, khởi phát một cách từ từ. Ngoài tổn thương cơ hoặc da và cơ, bệnh nhân có thể có các triệu chứng ở các cơ quan khác như khớp, hô hấp, tim mạch và tiêu hóa [4,6].

Do triệu chứng thường xuất hiện từ từ, tiến triển trong thời gian dài với các triệu chứng ban đầu thường không rõ ràng, không đặc hiệu cho nên việc chẩn đoán bệnh sớm thường gặp khó khăn, đặc biệt đối với các thầy thuốc không phải chuyên khoa hoặc ít có kinh nghiệm về nhóm bệnh lý này [6]. Hơn nữa, một số bệnh nhân viêm da cơ chỉ có tổn thương da mà không có bệnh lý cơ. Trên thực tế, nhiều trường hợp ban đầu được chẩn đoán nhầm là bệnh lý thần kinh do cho rằng có yếu liệt chân tay, bệnh viêm da dị ứng, viêm gan (do tăng men ALT, AST), hay một bệnh tự miễn khác. Tiến triển của bệnh viêm da cơ và viêm da cơ phụ thuộc vào mức độ tổn thương cơ và của các cơ quan trong cơ thể và sự xuất hiện của các tự kháng thể có trong huyết thanh. Kết quả nghiên cứu cho thấy, bệnh viêm da cơ và viêm da cơ có biểu hiện lâm sàng đa dạng, không đồng nhất, với mức độ tiến triển và các kháng thể đặc hiệu của bệnh khác nhau giữa các chủng tộc nghiên cứu [2,4,6].

Tại Việt Nam, đã có nghiên cứu bước đầu về bệnh viêm da cơ và viêm da cơ, trong đó có đề cập đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và di truyền học, nhưng nhìn chung nghiên cứu về các bệnh viêm cơ tự miễn còn rất hạn chế và chưa được quan tâm [1]. Nhằm có những hiểu biết đầy đủ hơn, rõ hơn về đặc điểm bệnh lý viêm cơ tự miễn trên người Việt Nam, giúp các thầy thuốc lâm sàng có thể nhận biết và chẩn đoán bệnh sớm hơn, từ đó quản lý, điều trị tốt hơn nhóm bệnh lý quan trọng này, chúng tôi tiến hành đề tài này với các mục tiêu cụ thể sau: 1) *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm da cơ và viêm da cơ điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy và so sánh đặc điểm giữa hai*

thể lâm sàng; 2) Đánh giá mối tương quan giữa một số xét nghiệm cận lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

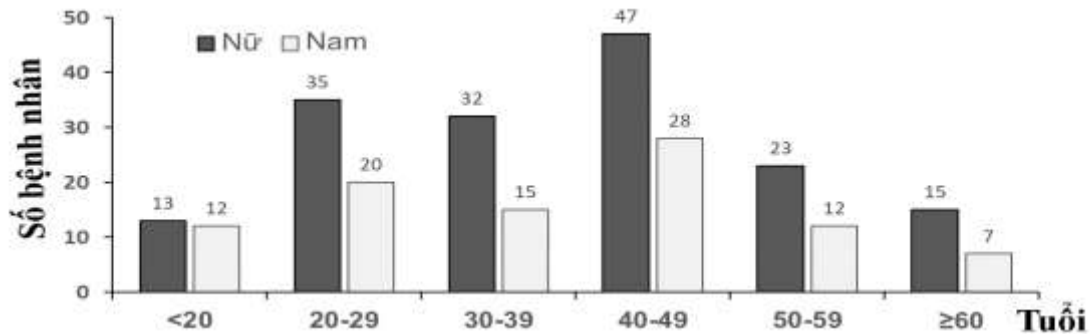
2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đã được chẩn đoán viêm da cơ hoặc viêm đa cơ và thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán của Tanimoto (1995) [6], được điều trị tại Khoa Nội Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian từ 2006 đến 2011.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu dựa trên tra cứu, phân tích dữ liệu hồ sơ bệnh án. Qua hệ thống lưu trữ dữ liệu của bệnh viện, tra cứu những bệnh nhân có chẩn đoán viêm đa cơ hoặc viêm da cơ. Dựa trên danh sách bệnh nhân có chẩn đoán trên, kiểm tra trực tiếp trên hồ sơ bệnh án, những bệnh án thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán viêm đa cơ hoặc viêm da cơ sẽ được lựa chọn đưa vào nghiên cứu. Các dữ liệu về tuổi, giới, các triệu chứng lâm sàng và kết quả xét nghiệm cận lâm sàng được thu thập theo biểu mẫu chi tiết thống nhất được xây dựng trên cơ sở đặc điểm bệnh học đặc thù của viêm da cơ và viêm đa cơ.

Các số liệu được nhập và xử lý phân tích thống kê sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Phần các thăm dò cận lâm sàng nếu không được thực hiện ở tất cả bệnh nhân thì các giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm và các phân tích thống kê được tính toán, so sánh trong số bệnh nhân thực tế có ghi nhận kết quả xét nghiệm.

III. KẾT QUẢ

3.1. Các đặc điểm chung: Nghiên cứu thu nhận 259 bệnh nhân, bao gồm 136 bệnh nhân được chẩn đoán viêm da cơ (chiếm 52,5%) và 123 bệnh nhân viêm đa cơ (chiếm 47,5%). Các bệnh nhân có tuổi trung bình $38,6 \pm 14,9$; nhỏ nhất 9 tuổi, lớn nhất 78 tuổi. Trong đó có 165 nữ (chiếm tỷ lệ 63,7%) và 94 nam (chiếm 36,3%). Tỷ lệ nam/nữ là 89/47 (1,9/1) trong viêm da cơ và 76/47 (1,6/1) trong viêm đa cơ. Thời gian mắc bệnh trung bình $10 \pm 16,5$ tháng (thay đổi từ 0-120 tháng).



Biểu đồ 1. Phân bố tuổi và giới của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân gặp ở mọi độ tuổi, song tập trung nhiều nhất trong độ tuổi từ 20 đến 50. Số bệnh nhân nữ nhiều hơn nam giới ở mọi độ tuổi (Biểu đồ 1).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm da cơ và viêm đa cơ

Bảng 1. Các triệu chứng cơ năng chung và so sánh giữa viêm da cơ và viêm đa cơ

Các triệu chứng	Chung		Viêm da cơ		Viêm đa cơ		p
	N	%	n	%	n	%	
Sốt	140	54,1	83	61	57	46,3	0,043
Sút cân	93	35,9	48	35,3	45	36,6	0,465
Mệt mỏi	178	68,7	88	64,7	90	73,2	0,167
Đau cơ	156	60,2	73	53,7	83	67,5	0,016
Yếu cơ	159	61,4	75	55,1	84	68,3	0,020
Đau khớp	130	50,2	74	54,4	56	45,5	0,096
Ho	66	25,5	40	29,4	26	21,1	0,083
Khạc đàm	53	20,5	31	22,8	22	17,9	0,205
Khó thở	42	16,2	20	14,7	22	17,9	0,300
Khó nuốt	27	10,4	15	11,0	12	9,8	0,449
Rụng tóc	98	37,8	58	41,9	41	33,3	0,098

Các triệu chứng cơ năng thường gặp của toàn bộ nhóm nghiên cứu gồm mệt mỏi, đau cơ, yếu cơ, sốt, đau khớp. Sốt thường gặp hơn ở nhóm viêm da cơ ($p < 0,05$), trong khi đó đau cơ và yếu cơ thường gặp hơn ở nhóm viêm đa cơ ($p < 0,05$) (Bảng 1).

Bảng 2. Các triệu chứng thực thể và so sánh giữa viêm da cơ và viêm đa cơ

Các triệu chứng	Chung		Viêm da cơ		Viêm đa cơ		p
	n	%	n	%	n	%	
Yếu cơ	199	76,9	94	69,1	105	85,4	0,034
Yếu cơ gốc chi	180	69,5	85	62,5	95	77,2	0,061
Yếu cơ toàn thân	26	10,0	12	8,8	14	11,4	0,494
Teo cơ	26	10,0	9	6,6	17	13,8	0,054
Đau khớp	144	55,6	87	64,0	57	46,3	0,012
Viêm khớp	34	13,1	18	13,2	16	13,0	0,560
Bàn tay thợ máy	44	17,0	34	25,0	10	8,1	0,000
Phù mí mắt	65	25,1	49	35,3	17	13,8	0,000
Viêm mạch	34	13,1	26	19,1	8	6,5	0,002
Viêm phổi	50	19,3	30	22,1	20	16,3	0,305

Bảng 3. Các tổn thương da ở nhóm bệnh nhân viêm da cơ

Các loại ban da	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Ban đỏ da	120	88,2%
Ban tím mí mắt	41	30,1%
Ban cánh bướm ở mặt	36	26,5%
Ban (dấu hiệu) Gottron ở tay, chân	41	30,1%

Các triệu chứng thực thể được phát hiện qua thăm khám ở bệnh nhân viêm cơ rất đa dạng. Ngoài tổn thương ban da gặp phổ biến trong viêm da cơ (88,2%), các triệu chứng thực thể thường gặp trong nhóm bệnh cơ nói chung gồm yếu cơ (76,9%), trong đó chủ yếu là yếu cơ gốc chi (69,5%), đau khớp (55,6%). So sánh giữa viêm da cơ và viêm đa cơ, các dấu hiệu bàn tay thợ máy, phù mí mắt, viêm mạch, đau khớp

gặp nhiều hơn trong viêm da cơ ($p < 0,01$). Trong khi đó, dấu hiệu yếu cơ thường gặp hơn ở nhóm viêm da cơ so với nhóm viêm da cơ (85,4% so với 69,1%, $p < 0,05$) (Bảng 2 và Bảng 3).

Bảng 4. Giá trị trung bình và trung vị một số xét nghiệm sinh hóa máu

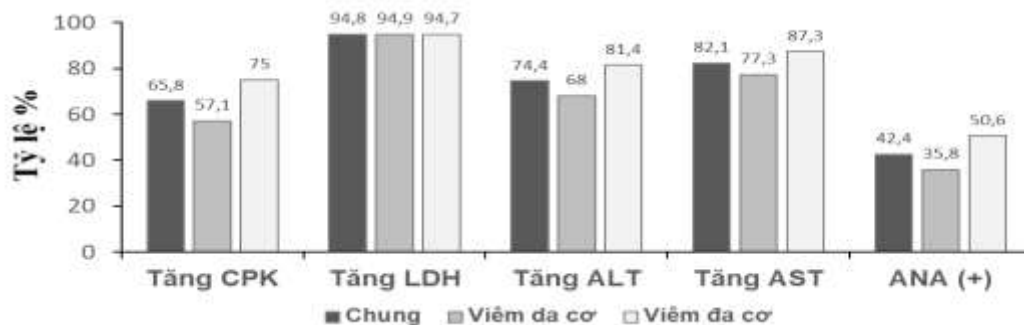
Xét nghiệm	N	Trung bình $\pm$ ĐLC	Min-max	Trung vị [KTPV]
CPK	231	2995,7 $\pm$ 8117	11-91040	427 [89-2785]
CPK-MB	43	438,3 $\pm$ 933,7	7-5360	70 [18-385]
LDH	212	1425,3 $\pm$ 1165,3	48-8433	1039,5 [694-1667]
AST	248	234,9 $\pm$ 313,4	13-2136	122 [57,7-296]
ALT	246	175,5 $\pm$ 313,3	5-3600	102 [49-209]

Giá trị trung bình và trung vị của CPK, CK-MB, LDH, AST, ALT đều ở mức cao hơn mức bình thường. Nồng độ CPK có sự dao động rất lớn giữa các bệnh nhân, từ 11 đến trên 90.000 U/L (Bảng 4).

Bảng 5. So sánh kết quả một số xét nghiệm giữa viêm da cơ và viêm đa cơ

Xét nghiệm	Viêm da cơ			Viêm đa cơ			p
	n	Trung bình	Trung vị	n	Trung bình	Trung vị	
CPK	119	1311,9 $\pm$ 2491	276,0	112	4784,8 $\pm$ 11120	1122	0,001
CK-MB	18	370,2 $\pm$ 698,9	37,0	25	487,3 $\pm$ 1083,7	105,0	0,690
LDH	118	1261,0 $\pm$ 867,9	971,0	94	1631,6 $\pm$ 1433,9	1104,0	0,001
AST	128	178,5 $\pm$ 188,8	99,0	118	296,2 $\pm$ 399,7	143,0	0,023
ALT	128	134,3 $\pm$ 161,4	85,5	118	220,3 $\pm$ 416,4	120,5	0,031

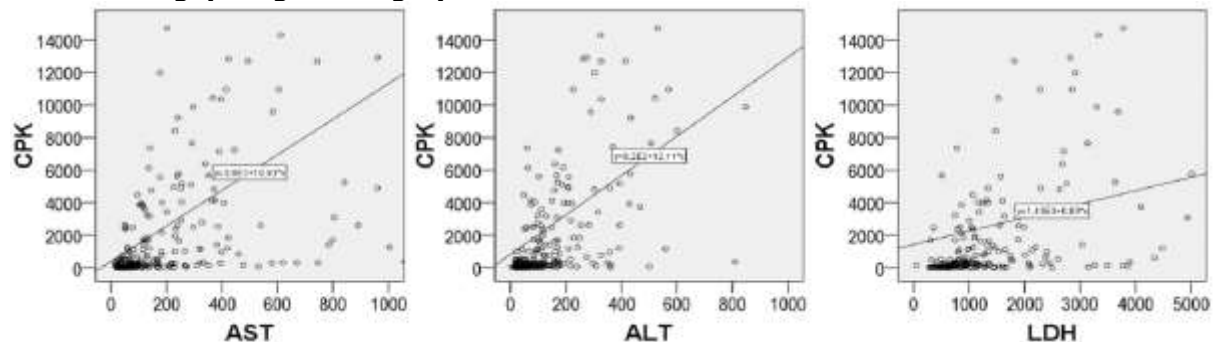
Nồng độ trung bình của CPK, LDH, AST và ALT ở nhóm viêm da cơ cao hơn có ý nghĩa so với nhóm viêm đa cơ, trong đó sự khác biệt về nồng độ men CPK trung bình ở nhóm viêm đa cơ cao hơn một cách rất rõ rệt so với nhóm bệnh nhân viêm da cơ ($p < 0,01$) (Bảng 5).



Biểu đồ 2. Tỷ lệ có xét nghiệm bất thường trong viêm da cơ và viêm đa cơ

Nhóm bệnh nhân viêm đa cơ có tỷ lệ tăng CPK, ALT và kháng thể kháng nhân (ANA) dương tính (lần lượt là 75%, 81,4%, và 50,6%) cao hơn nhóm viêm da cơ (có tỷ lệ lần lượt là 57,1%, 68% và 35,8%) ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về tỷ lệ tăng LDH, AST giữa hai nhóm. (Biểu đồ 2).

3.3. Tương quan giữa nồng độ CPK với các men khác



Biểu đồ 3. Tương quan giữa nồng độ CPK với ALT, AST và LDH

Nồng độ CPK có tương quan thuận, mức độ vừa với nồng độ AST ($r = 0,43$, $p < 0,01$) và ALT ($r = 0,48$, $p < 0,01$) và ít tương quan với nồng độ LDH ($r = 0,127$; $p = 0,069$) (Biểu đồ 3).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Viêm đa cơ và viêm da cơ là hai thể bệnh thường gặp nhất trong số những bệnh cơ nguyên phát do tự miễn với một trong hai bệnh có thể chiếm ưu thế hơn tùy thuộc vào độ tuổi, giới tính, chủng tộc. Nghiên cứu của chúng tôi thu nhận 136 bệnh nhân viêm đa cơ và 124 bệnh nhân viêm da cơ, như vậy số bệnh nhân có số lượng tương đối tương đương nhau, cho thấy hai thể bệnh cùng thường gặp như nhau. Cả 2 nhóm bệnh nhân có tỷ lệ nữ giới đều chiếm ưu thế. Điều này cũng tương đối thống nhất với các nghiên cứu khác [1, 2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chênh lệch nam nữ ở có thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn thị Phương Thủy với có tỷ lệ mắc bệnh của nữ/nam là 2,8/1 và ở nhóm bệnh nhân viêm da cơ tỷ lệ mắc bệnh của nữ/nam là 4,3/1.

Về độ tuổi, chúng tôi gặp bệnh nhân ở mọi lứa tuổi trong cả hai nhóm viêm da cơ và viêm đa cơ, trong đó nhiều nhất trong độ tuổi 20-50. Phân tích tổng hợp 14 nghiên cứu về viêm đa cơ và viêm da cơ ở người Châu Á của tác giả Patompong Ungprasert vào năm 2013, thấy bệnh viêm da cơ thường gặp hơn viêm đa cơ, gặp chủ yếu ở nữ giới, với tỷ lệ dao động trong khoảng từ 57- 81%. Phần lớn các bệnh nhân đều trong độ tuổi từ 50 - 60 tuổi và tuổi mắc bệnh trung bình là $45,5 \pm 5,1$ tuổi. Theo y văn, bệnh viêm đa cơ hay gặp nhất ở lứa tuổi từ 50 - 70 tuổi và ít khi gặp ở người trẻ dưới 18 tuổi, trong khi đó với bệnh viêm da cơ, có hai lứa tuổi mắc bệnh hay gặp nhất là từ 5-14 tuổi và từ 45- 64 tuổi [4].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh viêm đa cơ và bệnh viêm da cơ

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy triệu chứng của bệnh nhân đa dạng, trong đó thường gặp nhất là các dấu hiệu sụt cân, mệt mỏi, đau yếu cơ, đau khớp. Kết quả này cũng phù hợp với một số nghiên cứu khác [1,4,5].

Trong viêm đa cơ, bệnh nhân thường có tổn thương da, trong đó ban da có thể xuất hiện trước khi có dấu hiệu yếu cơ vùng gốc chi một năm hoặc lâu hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có ban đỏ da chiếm tỷ lệ khá cao (88,2%), tuy nhiên một số ban đặc hiệu như ban tím ở mi mắt, ban Gottron chiếm tỷ lệ không cao so với tác giả Nguyễn Thị Phương Thủy, cũng như một số tác giả khác [1,5]. Có thể do thực tế nghiên cứu của chúng tôi là hồi cứu, hồ sơ có thể thiếu thông tin do thầy thuốc chưa chú ý đánh giá chi tiết các triệu chứng.

Về đặc điểm tổn thương cơ, trong viêm đa cơ và viêm da cơ, bệnh nhân thường bị yếu cơ vùng gốc chi, đối xứng hai bên, đây là những dấu hiệu kinh điển và quan trọng giúp hướng đến chẩn đoán bệnh lý cơ [4]. Tình trạng yếu cơ hay gặp nhất là ở gốc chi. Yếu cơ vùng ngọn chi thường xảy ra ở giai đoạn muộn của bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, yếu chi có tỷ lệ cao, trong đó chủ yếu là biểu hiện yếu ở gốc chi. Triệu chứng yếu cơ gặp phổ biến hơn ở bệnh nhân viêm đa cơ (85,4%), so với viêm da cơ (69,1%). Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của hầu hết các tác giả khác [1,2,3,4]. Đáng lưu ý là mặc dù yếu cơ là biểu hiện thường gặp song vẫn có một tỷ lệ bệnh nhân không có yếu cơ ở cả 2 nhóm bệnh. Thực tế trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm một số bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị trước đó. Hơn nữa, trong viêm đa cơ, y văn đã ghi nhận có nhiều bệnh nhân chỉ có tổn thương da mà không kèm bệnh cơ [4]. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, 60,2% các bệnh nhân có tình trạng đau cơ và nhóm bệnh nhân viêm đa cơ có xu hướng có tỷ lệ đau cơ cao hơn nhóm viêm da cơ.

Trong viêm đa cơ và viêm da cơ, đau khớp hoặc viêm khớp thường nhẹ và thoáng qua, hay gặp nhất ở các khớp nhỏ của bàn tay, khớp cổ tay và khớp gối. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy biểu hiện đau khớp khá thường gặp cả về cơ năng cũng như khi thăm khám thực thể, song tỷ lệ bệnh nhân có viêm khớp thực sự không cao, chỉ được ghi nhận ở 13,1% trường hợp. Theo một số nghiên cứu viêm khớp thường xuất hiện sớm trong quá trình tiến triển của bệnh và hay gặp ở những bệnh nhân có hội chứng kháng synthetase [4].

Ngoài biểu hiện toàn thân và triệu chứng ở da, cơ, khớp, trong nghiên cứu này chúng tôi cũng ghi nhận những biểu hiện khác tuy ít gặp song thường là dấu hiệu nặng của bệnh, cần phải được chú ý như viêm phổi (phần nhiều là bệnh lý phổi kẽ), khó nuốt, khó thở, viêm mạch. Các biểu hiện này cũng gặp với các tỷ lệ khác nhau trong hầu hết các nghiên cứu khác [2,0].

Trong viêm đa cơ và viêm da cơ, do những tế bào cơ bị tổn thương viêm và hoại tử nên giải phóng ra các men cơ, làm các men cơ trong huyết thanh tăng, gồm CPK (còn gọi là CK), AST (SGOT), ALT (SGPT), LDH. Trong đó, men CPK có độ đặc hiệu cao nhất với bệnh vì các men ALT, AST và LDH cũng có trong các cơ quan khác như gan. Hầu hết các nghiên cứu về viêm đa cơ, viêm da cơ cho thấy, bệnh nhân viêm cơ

tự miễn thường có tăng men CPK và các enzym liên quan khác như aldolase, LDH, transaminases, cũng như có thể dương tính với các tự kháng thể như ANA và một số kháng thể đặc hiệu cho viêm cơ như Mi-2, Jo-1 [1,3,4,6].

Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy nồng độ trung bình của CPK và các enzym liên quan đều ở mức cao; đặc biệt với CPK, ALT, AST cao hơn ở nhóm viêm đa cơ so với viêm da cơ. Tăng men CPK thường tương quan mức độ tổn thương và yếu cơ trên lâm sàng. Về tỷ lệ bệnh nhân có bất thường về men cơ, chúng tôi ghi nhận nhóm bệnh nhân viêm đa cơ có tỷ lệ tăng CPK, ALT lần lượt là 75%, 81,4% cao hơn một cách có ý nghĩa so với nhóm viêm da cơ, có tỷ lệ là 57,1% và 68%. Như vậy cũng có một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân có nồng độ men cơ ở mức bình thường, một phần do một số bệnh nhân đã đang được điều trị, một phần do ngay từ đầu có một số bệnh nhân viêm da cơ không có bất thường về men cơ.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp hầu hết các nghiên cứu về bệnh cơ viêm cho thấy hầu hết bệnh nhân tăng men CPK và mức tăng thường cao hơn trong viêm đa cơ so với viêm da cơ [1,4,6]. Hầu hết các nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ tăng CPK thường ở mức trên 80%, tùy thuộc vào thời điểm chẩn đoán, giai đoạn bệnh, thể bệnh. Trong khi hầu hết bệnh nhân viêm đa cơ có tăng CPK và các men cơ khác ở thời điểm chẩn đoán, thì luôn có một tỷ lệ bệnh nhân viêm da cơ chủ yếu có tổn thương da mà không rõ tổn thương cơ trên lâm sàng cũng như xét nghiệm [4].

Đáng lưu ý là trong nghiên cứu này chúng tôi thấy đa số bệnh nhân có tăng các men ALT (SGPT) và AST (SGOT) và phân tích tương quan cho thấy khi nồng độ enzyme CPK càng cao thì nồng độ ALT và AST càng cao. Nhận biết điều này sẽ giúp các thầy thuốc tránh ngộ nhận khi cho rằng men transaminases tăng chứng tỏ bệnh nhân có viêm gan, đặc biệt khi không khảo sát nồng độ CPK, dù rằng cần luôn cảnh giác bệnh nhân viêm cơ vẫn có thể kèm theo bệnh lý gan. Thực tế cũng vì sự gia tăng nồng độ ALT, AST mà một số bệnh nhân đã được chẩn đoán là viêm gan mà bỏ qua bệnh lý cơ.

V. KẾT LUẬN

1. Những triệu chứng cơ năng thường gặp ở bệnh nhân viêm cơ tự miễn gồm mệt mỏi, đau cơ, yếu cơ, sốt, đau khớp. Đau cơ và yếu cơ thường gặp hơn ở nhóm viêm đa cơ ($p < 0,05$). Các dấu hiệu thực thể thường gặp gồm ban da (88,2% trong viêm đa cơ), yếu cơ (76,9%), chủ yếu là yếu cơ gốc chi (69,5%), đau khớp (55,6%). Yếu cơ thường gặp hơn ở nhóm viêm đa cơ so với nhóm viêm da cơ (85,4% so với 69,1%, $p < 0,05$).

2. Nồng độ CPK trung bình và trung vị ở bệnh nhân viêm đa cơ ($1311,9 \pm 2491,6$ và 276) thấp hơn trong viêm đa cơ ($4784,8 \pm 11120,1$ và 1122,5). Bệnh nhân viêm đa cơ có tỷ lệ tăng CPK, ALT và ANA (lần lượt là 75%, 81,4%, và 50,6%) cao hơn nhóm viêm da cơ (57,1%, 68% và 35,8%) ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về tỷ lệ tăng LDH, AST giữa hai nhóm.

3. Nồng độ CPK có tương quan thuận, mức độ vừa với nồng độ AST ($r = 0,43$, $p < 0,01$) và ALT ($r = 0,48$, $p < 0,01$) và ít tương quan với nồng độ LDH ($r = 0,127$; $p = 0,069$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Phương Thủy (2015). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số thay đổi miễn dịch trong bệnh viêm đa cơ và viêm da cơ. *Luận văn tiến sĩ y học*, Đại học Y Hà Nội.
2. Dobloug C, Garen T, Bitter H, et al (2015). Prevalence and clinical characteristics of adult polymyositis and dermatomyositis; data from a large and unselected Norwegian cohort *Ann Rheum Dis* 74: 1551–1556.
3. Harris-Love MO, Shrader JA, Koziol D, et al (2009). Distribution and severity of weakness among patients with polymyositis, dermatomyositis and juvenile dermatomyositis. *Rheumatology (Oxford)*. 48(2):134-9
4. Khan S, Christopher-Stine L (2011). Polymyositis, Dermatomyositis, and Autoimmune Necrotizing Myopathy: Clinical Features, Rheumatic Disease *Clinics of North America*, 37 (2): 143-158
5. Porkodi R, Shanmuganandan K, Parthiban M, et al (2002). Clinical spectrum of inflammatory myositis in South India--a ten year study. *J Assoc Physicians India*. ;50:1255-8.
6. Tanimoto K, Nakano K, Kano S, et al (1995). Classification criteria for polymyositis and dermatomyositis. *J Rheumatol*; 22:668-74.
7. Ungprasert P, Leeaphorn N, Hosiriluck N, et al (2013). Clinical features of inflammatory myopathies and their association with malignancy: a systematic review in asian population. *ISRN Rheumatol*; 2013:509354

THỰC TRẠNG QUẢN LÝ CHẤT THẢI RẮN TẠI CÁC CƠ SỞ Y TẾ TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Trần Hữu Tâm*

TÓM TẮT

Trong các loại chất thải, chất thải y tế là mối quan tâm lớn nhất trong công tác kiểm soát ô nhiễm, đến mức thể giới xếp các cơ sở y tế là cơ sở gây ô nhiễm môi trường nghiêm trọng [3],[6],[7]. Mạng lưới y tế của thành phố Hồ Chí Minh không những phục vụ cho người dân thành phố mà còn hỗ trợ cho các bệnh nhân từ các tỉnh/thành khác, do đó, lượng chất thải phát sinh từ hoạt động của ngành y tế thành phố nếu không được quản lý chặt chẽ sẽ dẫn đến các tác động tiêu cực đối với môi trường. Kết quả thu được từ nghiên cứu: Trên 70% đơn vị khảo sát có sổ theo dõi về quản lý chất thải y tế được ghi chép đầy đủ và thường xuyên; chất thải thông thường chiếm 62,1%, các chất thải nguy hại chiếm 37,9% (với 36,8% là chất thải lây nhiễm, chủ yếu phát sinh từ nhóm 1; 1,1% là chất thải nguy hại không lây nhiễm, chủ yếu từ nhóm 1 và nhóm 2); các đơn vị tham gia khảo sát có tần suất thu gom và thời gian lưu giữ chất thải lây nhiễm phát sinh tại khu vực lưu giữ chất thải y tế đúng qui định; tất cả các đơn vị khảo sát đều thuê các đơn vị bên ngoài vận chuyển chất thải rắn y tế ra ngoài đơn vị để xử lý; 100% đơn vị khảo sát đều không thực hiện việc chôn lấp cũng như đốt chất thải rắn y tế trong khuôn viên của đơn vị.

Từ khóa: chất thải rắn, cơ sở y tế.

SUMMARY

SITUATION OF SOLID WASTE MANAGEMENT AT MEDICAL ORGANIZATIONS IN HO CHI MINH CITY

Among the wastes, medical waste is the most concerning items of the infectious control, so that many countries in the world classified the hospitals and clinics to be the harmful contaminative organizations [3],[6],[7]. Ho Chi Minh city healthcare network not only serves the citizen, but also supports to patients from other provinces, therefore, the wastes from the activity of the healthcare network will contaminate to the environment if they do not manage well. Results: more than 70% of surveying participants have documents for management of medical waste, which is recorded well; the normal wastes are 62.1%, the harmful wastes are 37.9% (including 36.8% infectious wastes, which are original in group 1; 1.1% is harmful wastes without infection, from group 1 and group 2); the followed the regulation in collecting, storing wastes at the storage area; they hired the outsourcing company for carrying the wastes out to treating; 100% surveying participants did not bury or burn the solid wastes in their area.

Keywords: solid waste, medical organization.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

**Trung tâm Kiểm chuẩn Xét nghiệm TP.HCM*
 Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Tâm
 Email: trhuutam@yahoo.com
 Ngày nhận bài: 12.7.2017
 Ngày phản biện khoa học: 7.9.2017
 Ngày duyệt bài: 19.9.2017

Trong các loại chất thải, chất thải y tế là mối lo lớn nhất trong công tác kiểm soát ô nhiễm, đến mức thể giới xếp các cơ sở y tế là cơ sở gây ô nhiễm môi trường nghiêm trọng [3],[6],[7].

Theo báo cáo của Cục Quản lý Môi trường Y tế, hiện nay, cả nước có 13.674 cơ sở y tế các loại; chỉ tính riêng khối bệnh viện, mỗi ngày phát thải khoảng 450 tấn chất thải rắn, trong đó có khoảng 47 tấn chất thải rắn y tế nguy hại; tổng lượng nước thải y tế từ các bệnh viện khoảng 125.000 m³/ngày đêm [3],[5].

Với vai trò là trung tâm y tế của khu vực phía Nam, mạng lưới y tế của thành phố Hồ Chí Minh không những phục vụ cho người dân thành phố mà còn khám và điều trị cho các bệnh nhân từ các tỉnh/thành khác, do đó, lượng chất thải phát sinh từ hoạt động của ngành y tế thành phố nếu không được quản lý chặt chẽ sẽ dẫn đến các tác động tiêu cực đối với môi trường. Nghiên cứu này nhằm đánh giá thực trạng quản lý chất thải rắn và nước thải y tế tại các cơ sở y tế trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh, đề xuất các giải pháp góp phần giảm thiểu tác động nguy hại đến môi trường từ chất thải y tế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 152 cơ sở y tế đại diện cho các tuyến y tế (trung ương, thành phố, quận/huyện, tư nhân) tại Thành phố Hồ Chí Minh.

2.2. Phương pháp

- Phương pháp cắt ngang mô tả.
- Sử dụng phiếu khảo sát được xây dựng từ các hướng dẫn của Chính phủ, Bộ Y tế, Bộ Tài nguyên và Môi trường và hướng dẫn của thể giới [1],[2],[4],[6],[7].
- Tính toán số liệu dựa trên phần mềm Excel 2010, Stata 10.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

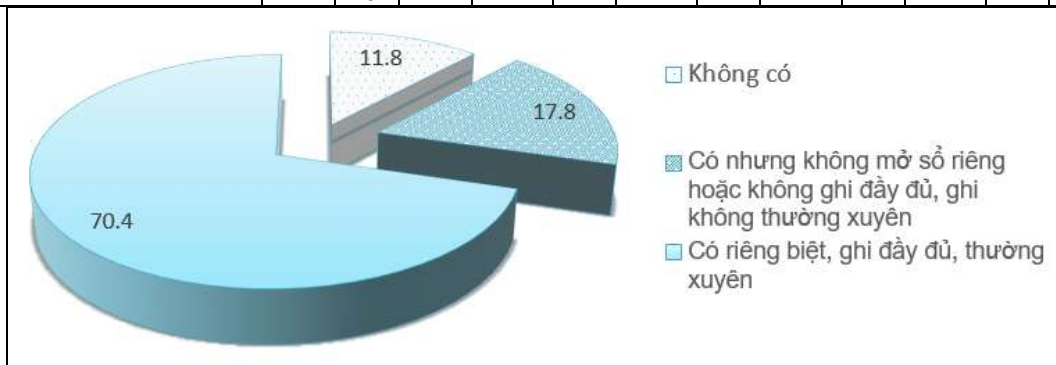
Nhằm so sánh các cấp độ cơ sở y tế, nhóm nghiên cứu đã phân loại các đơn vị thành từng nhóm cụ thể như sau: Nhóm 1 - Bệnh viện Thành phố và các Bộ/ Ngành khác, Nhóm 2 - Bệnh viện Quận/Huyện, Nhóm 3 - Trung tâm y tế và Trung tâm chuyên khoa, Nhóm 4 - Bệnh viện tư nhân, Nhóm 5 - Phòng khám đa khoa và Phòng XN tư nhân.

3.1. Sổ sách ghi chép theo dõi về quản lý chất thải rắn y tế

Ghi nhận tình hình thực hiện qui định về quản lý chất thải y tế được khảo sát qua hồ sơ về quản lý chất thải y tế qui định tại Thông tư 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT [1].

Bảng 1. Tình hình các đơn vị có sổ sách ghi chép theo dõi về quản lý chất thải rắn y tế.

Nội dung	Tổng số		Nhóm 1		Nhóm 2		Nhóm 3		Nhóm 4		Nhóm 5	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Không có	18	11,8	2	6,2	1	4,8	5	19,2	2	7,7	8	17,0
Có nhưng không mở sổ riêng hoặc không ghi đầy đủ, ghi không thường xuyên	27	17,8	4	12,5	5	23,8	9	34,6	1	3,8	8	17,0
Có riêng biệt, ghi đầy đủ, thường xuyên	107	70,4	26	81,3	15	71,4	12	46,2	23	88,5	31	66,0
Tổng	152	100 %	32	100	21	100	26	100	26	100	47	100

**Hình 1.** Tỷ lệ đơn vị có sổ sách ghi chép theo dõi về quản lý chất thải rắn y tế

Nhận xét: Có 18/152 đơn vị khảo sát (chiếm 11,8%) không có sổ theo dõi (tập trung vào Nhóm 3 và Nhóm 5); 134/152 đơn vị khảo sát (chiếm 88,2%) có sổ theo dõi về quản lý chất thải rắn y tế với 107/152 đơn vị (chiếm 70,4%) có sổ riêng biệt, ghi chép đầy đủ và thường xuyên, trong đó:

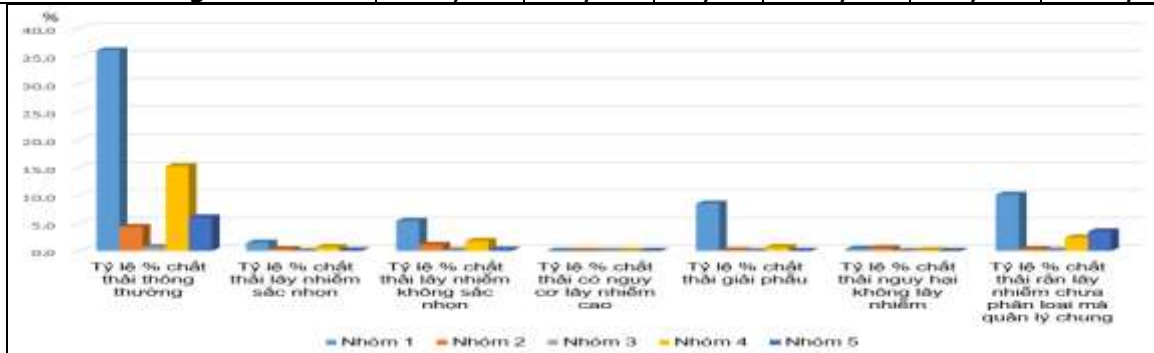
- + Nhóm 1 và nhóm 4 có trên 80% đơn vị có sổ riêng biệt, ghi chép đầy đủ và thường xuyên;
- + Nhóm 3 có tỉ lệ đơn vị thực hiện chưa tốt cao nhất: 19,2% đơn vị không có sổ ghi chép theo dõi về quản lý chất thải rắn y tế, 34,6% đơn vị có nhưng không mở sổ riêng hoặc không ghi đầy đủ, ghi không thường xuyên.

3.2. Tổng lượng chất thải phát sinh/ngày từ các đơn vị khảo sát

Bảng 2. Tổng lượng chất thải phát sinh/ngày từ các đơn vị khảo sát

Loại chất thải	Nhóm 1	Nhóm 2	Nhóm 3	Nhóm 4	Nhóm 5	Tổng
	Toàn cơ quan/đơn vị (kg/ngày)					
Chất thải y tế thông thường	22.918,4	2.724,7	440,4	9.667,0	3.808,5	39.559,0
Chất thải lây nhiễm sắc nhọn	938,4	178,8	31,0	470,0	49,1	1.667,3
Chất thải lây nhiễm không sắc nhọn	3.441,0	732,6	75,9	1.115,8	106,1	5.471,4
Chất thải có nguy cơ lây nhiễm cao	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Chất thải giải phẫu	5.393,8	32,6	0,0	460,6	5,0	5.892,0
Chất thải nguy hại không lây nhiễm	268,5	347,6	5,8	77,0	6,6	705,5
Chất thải rắn lây nhiễm chưa phân loại mà quản lý chung	6.459,7	197,0	35,6	1.522,1	2.204,8	10.419,2
Tổng:	39.419,8	4.213,3	588,8	13.312,5	6.180,0	63.714,4
Tỷ lệ % chất thải y tế thông	36,0	4,3	0,7	15,2	6,0	62,1

Loại chất thải	Nhóm 1	Nhóm 2	Nhóm 3	Nhóm 4	Nhóm 5	Tổng
	Toàn cơ quan/đơn vị (kg/ngày)					
thường						
Tỷ lệ % chất thải lây nhiễm sắc nhọn	1,5	0,3	0,0	0,7	0,1	2,6
Tỷ lệ % chất thải lây nhiễm không sắc nhọn	5,4	1,1	0,1	1,8	0,2	8.6
Tỷ lệ % chất thải có nguy cơ lây nhiễm cao	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tỷ lệ % chất thải giải phẫu	8,5	0,1	0,0	0,7	0,0	9,2
Tỷ lệ % chất thải nguy hại không lây nhiễm	0,4	0,5	0,0	0,1	0,0	1,1
Tỷ lệ % chất thải rắn lây nhiễm chưa phân loại mà quản lý chung	10,1	0,3	0,1	2,4	3,5	16,4
Tổng:	61,9	6,6	0,9	20,9	9,7	100,0



Hình 2. Tỷ lệ từng loại chất thải phát sinh theo từng nhóm

Nhận xét: Trong tổng lượng chất thải phát sinh từ các đơn vị khảo sát thì chất thải y tế thông thường chiếm tỷ lệ đa số 62,1%, trong đó, nhóm 1 chiếm tỷ lệ cao nhất 36,0%, nhóm 3 chiếm tỷ lệ thấp nhất 0,7%.

- Các chất thải y tế nguy hại chỉ chiếm 37,9%. Tuy chất thải y tế nguy hại chiếm tỷ lệ không cao nhưng nếu không được quản lý chặt chẽ sẽ gây ra những tác động nghiêm trọng. Chính vì vậy, các đơn vị cần có những biện pháp quản lý phù hợp làm giảm thiểu những tác động nguy hại của nguồn chất thải này ra môi trường xung quanh.

- Chất thải lây nhiễm chiếm tỷ lệ 36,8% trong tổng lượng chất thải phát sinh và chủ yếu phát sinh từ nhóm 1 (Bệnh viện Thành phố và Bộ/ngành khác).

- Chất thải nguy hại không lây nhiễm có tỷ lệ phát sinh thấp 1,1% và chủ yếu từ nhóm 1 và nhóm 2 (Bệnh viện Quận/Huyện).

3.3. Tần suất thu gom chất thải: Theo qui định, tần suất thu gom chất thải lây nhiễm từ nơi phát sinh về khu lưu giữ chất thải trong khuôn viên cơ sở y tế ít nhất 01 (một) lần/ngày. Đối với

các cơ sở y tế có lượng chất thải lây nhiễm phát sinh dưới 05 kg/ngày, tần suất thu gom chất thải lây nhiễm sắc nhọn tối thiểu là 01 (một) lần/tháng [1],[2].

-Trong 152 cơ sở y tế được khảo sát tại TP.HCM, tất cả các đơn vị đều thu gom chất thải thông thường và chất thải lây nhiễm ít nhất 01 lần/ngày hoặc khi cần để tập trung về nơi/nhà lưu trữ tạm thời của cơ quan/đơn vị.

-Đối với các loại chất thải nguy hại khác (bình áp suất, chất thải hóa học nguy hại, chất thải phóng xạ,...) do lượng phát sinh tại các đơn vị ít nên các đơn vị chỉ thu gom khi có phát sinh.

3.4. Thời gian lưu giữ chất thải: Thời gian lưu giữ không quá 02 ngày trong điều kiện bình thường. Trường hợp lưu giữ trong thiết bị bảo quản lạnh dưới 8°C, thời gian lưu giữ tối đa là 07 ngày. Đối với cơ sở y tế có lượng chất thải lây nhiễm phát sinh dưới 05 kg/ngày, thời gian lưu giữ không quá 03 ngày trong điều kiện bình thường và phải được lưu giữ trong các bao bì được buộc kín hoặc thiết bị lưu chứa được đậy nắp kín [1],[2].

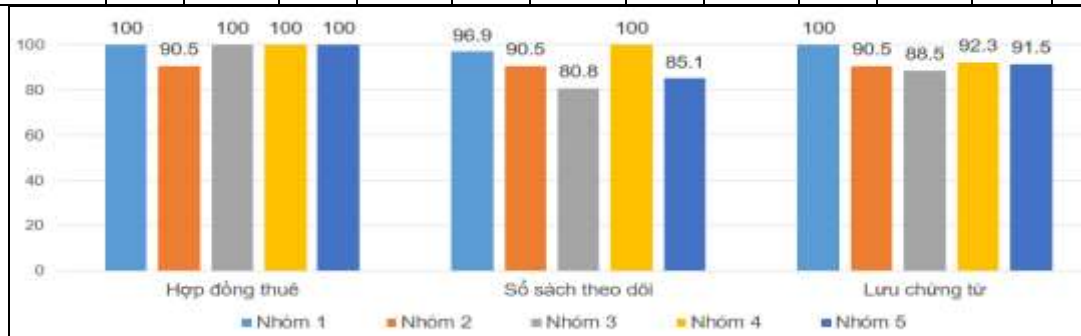
Trong 152 cơ sở y tế được khảo sát tại TP.HCM, tất cả các đơn vị đều lưu giữ chất thải y tế trong khuôn viên đơn vị đúng qui định.

3.5. Tình hình vận chuyển và xử lý chất thải rắn y tế

Thuê vận chuyển chất thải rắn y tế ra ngoài đơn vị để xử lý

Bảng 3. Tình hình thuê vận chuyển chất thải rắn y tế ra ngoài cơ quan/đơn vị để xử lý

	Nhóm 1		Nhóm 2		Nhóm 3		Nhóm 4		Nhóm 5		Tổng	
Nội dung	Số liệu	Tỷ lệ %	Số liệu	Tỷ lệ %	Số liệu	Tỷ lệ %	Số liệu	Tỷ lệ %	Số liệu	Tỷ lệ %	Số liệu	Tỷ lệ %
Không thuê	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Có thuê	32	100,0	21	100,0	26	100,0	26	100,0	47	100,0	152	100
Hợp đồng thuê	32	100,0	19	90,5	26	100,0	26	100,0	47	100,0	150	98,7
Sổ sách theo dõi	31	96,9	19	90,5	21	80,8	26	100,0	40	85,1	137	90,1
Lưu chứng từ	32	100,0	19	90,5	23	88,5	24	92,3	43	91,5	141	92,8



Hình 3. Tỷ lệ đơn vị có hợp đồng thuê, sổ sách theo dõi và lưu chứng từ việc thuê vận chuyển chất thải rắn y tế ra ngoài đơn vị theo từng nhóm

Nhận xét: Tất cả các đơn vị khảo sát (152/152 đơn vị) đều thuê các đơn vị bên ngoài vận chuyển chất thải rắn y tế ra ngoài đơn vị để xử lý. Trong đó:

- 150/152 (98,7%) đơn vị có lưu hợp đồng thuê;
- +Nhóm 1, Nhóm 2, Nhóm 4 và Nhóm 5 có 100% đơn vị có hợp đồng thuê;
- +Nhóm 2 có tỷ lệ đơn vị thực hiện thấp nhất với 90,5% đơn vị.
- 137/152 (90,1%) đơn vị có sổ sách theo dõi việc giao nhận chất thải;

- +Nhóm 4 có 100% đơn vị thực hiện; Nhóm 1 và 2 có trên 90% đơn vị thực hiện;
- +Nhóm 3 có tỷ lệ đơn vị thực hiện thấp nhất với 80,8% đơn vị.

- 141/152 (92,8%) đơn vị có lưu đầy đủ chứng từ liên quan:
- +Nhóm 1 có 100% đơn vị thực hiện; Nhóm 2, 4 và 5 có trên 90% đơn vị thực hiện;
- +Nhóm 3 có tỷ lệ đơn vị thực hiện thấp nhất với 88,5% đơn vị.

Chôn lấp, đốt chất thải rắn y tế trong khuôn viên của đơn vị

Bảng 4. Tình hình chôn lấp chất thải rắn y tế trong khuôn viên của cơ quan/đơn vị

	Tổng		Nhóm 1		Nhóm 2		Nhóm 3		Nhóm 4		Nhóm 5	
Nội dung	Số liệu	Tỷ lệ %	Số liệu	Tỷ lệ %	Số liệu	Tỷ lệ %	Số liệu	Tỷ lệ %	Số liệu	Tỷ lệ %	Số liệu	Tỷ lệ %
Không	152	100	32	100	21	100	26	100	26	100	47	100
Có	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Bảng 5. Tình hình đốt chất thải rắn y tế tại cơ quan/đơn vị

	Tổng		Nhóm 1		Nhóm 2		Nhóm 3		Nhóm 4		Nhóm 5	
Nội dung	Số liệu	Tỷ lệ %	Số liệu	Tỷ lệ %	Số liệu	Tỷ lệ %	Số liệu	Tỷ lệ %	Số liệu	Tỷ lệ %	Số liệu	Tỷ lệ %
Không	152	100	32	100	21	100	26	100	26	100	47	100

Đốt ngoài trời	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Đốt trong lò đốt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Có 152/152 (100%) đơn vị khảo sát thì tất cả các đơn vị đều không thực hiện việc chôn lấp cũng như đốt chất thải rắn y tế trong khuôn viên của đơn vị. Việc chôn lấp và đốt chất thải rắn y tế trong khuôn viên yêu cầu phải tiến hành nhiều thủ tục để đăng ký và phải được cấp giấy phép của chính quyền; phải tuân thủ nghiêm ngặt các quy trình, cam kết việc chôn lấp và đốt chất thải y tế triệt để, tốn nhiều chi phí và công sức nên tất cả đều không chọn hình thức xử lý theo phương pháp chôn lấp hay thiêu đốt.

IV. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

4.1. Kết luận

- Trên 70% đơn vị khảo sát có sổ theo dõi quản lý chất thải y tế, ghi chép đầy đủ và thường xuyên, tập trung vào nhóm 1 và 4; nhóm 3 có tỉ lệ thực hiện qui định thấp nhất.

- Chất thải thông thường chiếm 62,1%, các chất thải nguy hại chiếm 37,9% (với 36,8% là chất thải lây nhiễm, chủ yếu phát sinh từ nhóm 1; 1,1% là chất thải nguy hại không lây nhiễm, chủ yếu từ nhóm 1 và nhóm 2).

- Các đơn vị tham gia khảo sát có tần suất thu gom và thời gian lưu giữ chất thải lây nhiễm phát sinh tại khu vực lưu giữ chất thải y tế đúng qui định.

- Tất cả các đơn vị khảo sát đều thuê bên ngoài vận chuyển chất thải rắn y tế ra ngoài đơn vị để xử lý. Trong đó, có 98,7% đơn vị có lưu hợp đồng thuê, 90,1% đơn vị có sổ sách theo

dõi việc giao nhận chất thải và 92,8% đơn vị có lưu đầy đủ chứng từ liên quan.

- 100% đơn vị khảo sát đều không thực hiện việc chôn lấp cũng như đốt chất thải rắn y tế trong khuôn viên của đơn vị.

4.2. Kiến nghị: Các cơ quan chức năng cần tăng cường chính sách, định hướng cụ thể cho đơn vị, cần thiết phải xây dựng kế hoạch đạt các tiêu chuẩn quốc tế, nhằm chuẩn hóa công tác quản lý chất thải y tế tại đơn vị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế - Bộ Tài nguyên và Môi trường (2015)**, Thông tư liên tịch số 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT Quy định về quản lý chất thải y tế ban hành ngày 31/12/2015, Hà Nội.
- Bộ Y tế (2011)**, Thông tư Quy định chế độ quản lý mẫu bệnh phẩm bệnh truyền nhiễm, số 43/2011/TT-BYT ban hành ngày 05/12/2011, HN.
- Bộ Tài nguyên Môi trường (2005)**, "Thực trạng và giải pháp xử lý ô nhiễm môi trường các bệnh viện", *Tạp chí Bảo vệ môi trường*, số 3/2005, tr.13.
- Chính phủ (2007)**, Nghị định về quản lý chất thải rắn, số 59/2007/NĐ-CP ban hành ngày 09/4/2007, HN.
- Cục Quản lý Môi trường Y tế (2015)**, Công văn về việc đào tạo liên tục về quản lý chất thải y tế, số 438/MT-YT ban hành ngày 15/5/2015, Hà Nội.
- International Committee of the Red Cross (ICRC) (2011)**, *Medical waste management*, pp.1-164, ICRC, Switzerland.
- South Australia Environment Protection Authority (EPA) (2003)**, *Medical waste - storage, transport and disposal* (2nd edition), pp.1-4, EPA, South Australia.

KẾT QUẢ ĐÀO TẠO THÍ ĐIỂM BÁC SỸ NỘI TRÚ, BÁC SỸ CHUYÊN KHOA CẤP 1, BÁC SỸ CHUYÊN KHOA CẤP 2 TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2012 - 2016

Nguyễn Văn Đùng¹, Trần Thị Hồng Thắm¹,
Tào Minh Châu¹ và cộng sự

TÓM TẮT

Mục đích: Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức được giao nhiệm vụ thí điểm đào tạo Bác sỹ nội trú (BSNT), Bác

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đùng

Email: dungnv@tdhavietduc.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 4.9.2017

Ngày duyệt bài: 21.9.2017

sỹ chuyên khoa cấp I (BSCKI), Bác sỹ chuyên khoa cấp II (BSCKII) các chuyên ngành Ngoại khoa, Gây mê hồi sức và Chẩn đoán hình ảnh theo Quyết định số 2420/QĐ-BYT của Bộ Y tế ngày 12/07/2012. Bài báo đánh giá kết quả, thuận lợi - khó khăn và đề xuất - kiến nghị trong quá trình đào tạo. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 30 BSCKI, 15 BSCKII, 9 BSNT và Lãnh đạo các bệnh viện đối tượng nghiên cứu đang công tác. **Kết quả:** BSCKI: 17% đạt loại giỏi, 60% đạt loại khá, 23% đạt loại trung bình. BSCKII: 64% đạt loại giỏi, 36%

đạt loại khá. BSNT: 100% đạt loại giỏi. Có 94% học viên đánh giá chương trình đào tạo đáp ứng nhu cầu chuyên môn. 100% cán bộ giảng dạy có trình độ chuyên môn sâu, kinh nghiệm và nhiệt huyết trong việc đào tạo, phát triển nguồn nhân lực cho ngành y tế. Trung tâm Đào tạo và Chỉ đạo tuyến là đầu mối trong quản lý đào tạo tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và được 100% học viên đánh giá cao. Tất cả học viên có khả năng áp dụng kiến thức vào công tác khám, chữa bệnh và nghiên cứu khoa học. **Kết luận:** Chương trình đào tạo BSNT, BSCKI, BSCKII đảm bảo yêu cầu đầu ra của Bộ Y tế, Bộ Giáo dục. Học viên đáp ứng được yêu cầu của các cơ sở khám chữa bệnh.

Từ khóa: Đào tạo chính quy sau đại học, Bác sỹ nội trú bệnh viện, bác sỹ chuyên khoa cấp I, bác sỹ chuyên khoa cấp II.

SUMMARY

PILOT TRAINING RESULTS FOR INTERN DOCTORS, SPECIALIST DOCTORS LEVEL I, SPECIALIST DOCTORS LEVEL II AT VIET DUC FRIENDSHIP HOSPITAL IN THE PERIOD 2012-2016

Purpose: VietDuc University Hospital was assigned to pilot training program for intern doctors, specialist doctors I and specialist doctors II specialized in Surgery, Diagnostic imaging/X-ray and Anesthesia according to Decision No. 2420 / QĐ-BYT of Ministry of Health dated 12/7/2012. The article evaluates the results, advantages - difficulties and recommendations in the training process. **Subjects and methods of research:** Cross-sectional study on 30 specialist doctors I, 15 specialist doctors II, 9 intern doctors and leaders of research institutes. **Results:** Specialist doctors I: 17% achieved good, 60% achieved satisfying, 23% achieved sufficient result. Specialist doctors II: 64% achieved good, 36% achieved satisfying result. Intern doctors: 100% achieved excellent result. 94% of trainees rated the training program to meet professional needs. 100% of teaching staff have deep expertise, experience and enthusiasm in training and developing human resources for the health branch. The Training and Direction of healthcare Activities Center is the focal point in training management at VietDuc University Hospital and is highly rated by 100% trainees. All trainees are able to apply knowledge in medical examination, treatment and scientific research. **Conclusion:** The training program for intern doctors, specialist doctors I and specialist doctors II ensures the requirements of the Ministry of Health, Ministry of Education. Trainees meet the requirements of medical facilities.

Key words: Full-time post graduate training, intern doctors, specialist doctors I, specialist doctors II

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày 07/01/1902, toàn quyền Paul Doumer ký sắc lệnh thành lập Trường Đại học Y Hà Nội và hai năm sau, bệnh viện thực hành của trường được xây dựng với tên gọi là Nhà thương bản xứ (1904) rồi sau này, bệnh viện mang các tên gọi

khác nhau qua từng giai đoạn phát triển của đất nước: Nhà thương bảo hộ (1906), Bệnh viện Yersin (1943), Bệnh viện Phủ Doãn (1954), Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cộng hòa dân chủ Đức (1958-1991) và Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (hiện nay).

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là cái nôi của ngành ngoại khoa Việt Nam, bệnh viện chuyên khoa ngoại hạng đặc biệt, luôn đi đầu trong lĩnh vực phẫu thuật, Gây mê hồi sức và Chẩn đoán hình ảnh. Cùng với đội ngũ các Giáo sư, Tiến sỹ, các chuyên gia phẫu thuật và kỹ thuật viên được đào tạo cơ bản ở trong và ngoài nước, bệnh viện đang phát huy truyền thống của cơ sở chuyên khoa đầu ngành trong các lĩnh vực: triển khai và phổ biến các kỹ thuật ngoại khoa, đào tạo các bác sỹ phẫu thuật, các bác sỹ gây mê hồi sức... Triển khai các đề tài nghiên cứu khoa học cấp Nhà nước và cấp Bộ, đặc biệt là mở rộng hợp tác quốc tế với nhiều nước và nhiều tổ chức phi chính phủ ở các châu lục khác nhau trên lĩnh vực Ngoại khoa. Bệnh viện đã hoàn thành xuất sắc công tác chỉ đạo tuyến, đồng thời xây dựng mô hình thí điểm các trung tâm vệ tinh góp phần giảm tải bệnh viện.

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là nơi đào tạo chủ lực bác sỹ sau Đại học cho các chuyên ngành Ngoại khoa, Gây mê hồi sức, Chẩn đoán hình ảnh Phổi, là bệ phóng cho nhiều tài năng y học phát triển trở thành những nhà phẫu thuật, những chuyên gia giỏi góp phần đắc lực vào sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Bệnh viện được Bộ Y tế tin tưởng giao cho thực hiện nhiều Đề án, Dự án.

Ngày 12/7/2012, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức chính thức được giao nhiệm vụ thí điểm đào tạo BSNT, BSCKI, BSCKII các chuyên ngành Ngoại khoa, Gây mê Hồi sức và Chẩn đoán hình ảnh theo Quyết định số 2420/QĐ-BYT. Bệnh viện đã tổ chức thành công chương trình đào tạo BSNT, BSCKI, BSCKII khóa 2012-2014 và 2013-2015.

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức tổ chức đánh giá hiệu quả của chương trình đào tạo thí điểm BSNT, BSCKI, BSCKII các chuyên ngành Ngoại khoa, Gây mê Hồi sức và Chẩn đoán hình ảnh, là cơ sở để giúp cho các nhà quản lý có những bằng chứng để đưa ra chiến lược phát triển lâu dài và bền vững.

II. ĐỐI TƯỢNG ĐÀO TẠO

Từ 2012 đến 2016, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã tổ chức tuyển sinh và đào tạo chính quy các chuyên ngành, gồm:

1. Bác sỹ nội trú bệnh viện

- Chuyên ngành Ngoại khoa: 07 học viên
- Chuyên ngành Gây mê hồi sức: 01 học viên
- Chuyên ngành Chẩn đoán hình ảnh: 01 học viên

2. Bác sỹ chuyên khoa cấp I

- Chuyên ngành Ngoại khoa: 21 học viên
- Chuyên ngành Gây mê hồi sức: 09 học viên

3. Bác sỹ chuyên khoa cấp II

- Chuyên ngành Ngoại khoa: 13 học viên
- Chuyên ngành Gây mê hồi sức: 02 học viên

III. ĐỐI TƯỢNG ĐÁNH GIÁ

- BSCKI, BSCKII, BSNT đã tốt nghiệp tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.
- Lãnh đạo các đơn vị sử dụng học viên đã theo học BSCKI, BSCKII, BSNT tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

IV. KẾT QUẢ ĐÀO TẠO

- Bác sỹ chuyên khoa cấp I: 17% đạt loại giỏi, 60% đạt loại khá, 23% đạt loại trung bình.
- Bác sỹ chuyên khoa cấp II: 64% đạt loại giỏi, 36% đạt loại khá, 00% đạt loại trung bình.
- Bác sỹ nội trú bệnh viện: 100% đạt loại giỏi.

1. Về chương trình đào tạo: Chương trình đào tạo được đội ngũ các Giáo sư, Tiến sỹ, Bác sỹ có nhiều kinh nghiệm xây dựng đã đáp ứng nhu cầu chuyên môn cho học viên, luôn được cập nhật mới nhất, kịp thời nhất (94%). Chương trình là hợp lý, có sự phân bổ giữa lý thuyết và thực hành (94%). Bệnh viện phối hợp với trường Đại học Y Hà Nội tổ chức các môn học lý thuyết và các môn hỗ trợ, với hệ thống trang thiết bị hiện đại và luôn tạo mọi điều kiện tốt nhất để học viên có thể thực hiện thành thạo kỹ thuật được học (88%): *"Trong thời gian học tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức chúng tôi được các thầy tạo điều kiện thực hành nhiều hơn, được sắp xếp theo lịch trực của Bệnh viện và học hỏi được rất nhiều"* (PVS_HV).

Quá trình thi, kiểm tra đánh giá kết quả dựa trên mục tiêu đều được thông báo cho học viên và đảm bảo sự khách quan, công bằng (90%).

2. Về đội ngũ giảng viên: 100% học viên đánh giá đội ngũ cán bộ giảng dạy không những có trình độ chuyên môn sâu, kinh nghiệm lâm sàng phong phú mà còn có nhiệt huyết trong việc đào tạo, phát triển nguồn nhân lực cho

ngành y tế, luôn hướng dẫn, thúc đẩy các học viên trong học tập, nghiên cứu. Điều này cũng phù hợp với những quan điểm của các nhà quản lý như: PGS.TS Nguyễn Tiến Quyết, nguyên Giám đốc Bệnh viện chia sẻ tại buổi giao ban toàn viện hôm 20/11/2007, *"Cần phải coi tiêu chí đánh giá tài năng của một con người qua việc đào tạo thế hệ đi sau là một tiêu chí quan trọng"*.

Tại Đại hội cán bộ công nhân viên chức năm 2017, Giám đốc Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức - GS.TS Trần Bình Giang cho biết *"Bệnh viện Việt Đức là Trung tâm Viện - Trường, hiện chúng tôi có 675 Giáo sư, Phó Giáo sư, Tiến sỹ, Bác sỹ, Điều Dưỡng, Kỹ thuật viên của Bệnh viện và Trường Đại học Y Hà Nội vừa tham gia công tác khám chữa bệnh, vừa tham gia công tác đào tạo"*.

3. Về nguồn lực học tập: 100% học viên đánh giá Trung tâm Đào tạo và Chỉ đạo tuyến (TTĐT&CĐT) là đầu mối trong quản lý đào tạo, tạo mọi điều kiện tốt nhất cho học viên trong quá trình học tập như phòng học, máy tính, máy chiếu... về tài liệu được cung cấp đầy đủ (94%).

Tuy nhiên, do TTĐT&CĐT mới được thành lập, vẫn còn những khó khăn trong quá trình xây dựng thư viện, cũng như nguồn tài liệu, video thực hành trong nước cũng như nước ngoài còn hạn chế.

4. Kết quả khác: Với những kiến thức, kỹ năng đã được trang bị, 100% học viên có khả năng áp dụng kiến thức vào thực tiễn cũng như tự học, tự nghiên cứu và chịu áp lực cao trong công việc. Ngoài ra, học viên luôn nhận được sự quan tâm và hỗ trợ chuyên môn đến từ các giảng viên của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Đối với BSCKI: sau khi tốt nghiệp 62,5% học viên được chuyển vị trí công tác so với trước khi học, lên cấp lãnh đạo các khoa/phòng, phù hợp với kiến thức đã học.

Đối với BSCKII: sau khi tốt nghiệp 100% học viên được giữ vị trí lãnh đạo các khoa/phòng.

Đối với BSNT: sau khi tốt nghiệp 100% học viên được làm việc tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

82% học viên có mong muốn được tiếp tục học tập tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức nhằm nâng cao trình độ cũng như kỹ năng thực hành.

V. THUẬN LỢI, KHÓ KHĂN

1. Thuận lợi: Với quan điểm đầu tư cho giáo dục là đầu tư có lợi nhất, quá trình đào tạo chính quy luôn được Bộ Y tế, Ban Giám đốc Bệnh viện cùng Lãnh đạo các Trung tâm/khoa/phòng tạo điều kiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị, cơ chế...

Nhận được sự quan tâm, hợp tác từ nhiều cơ sở đào tạo Viện - Trường như: Trường Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Nhi Trung ương ...

Đội ngũ giảng viên có trình độ chuyên môn giỏi, kinh nghiệm lâm sàng, đặc biệt là nhiệt tình trong công tác đào tạo.

Bệnh viện có hệ thống trang thiết bị hiện đại, nguồn bệnh phong phú và đa dạng phục vụ đầy đủ cho học viên có thể nâng cao tay nghề, bắt kịp theo khu vực cũng như thế giới.

Cán bộ quản lý của TTĐT&CĐT có thái độ nhiệt tình, chu đáo, luôn luôn lắng nghe những tâm tư, nguyện vọng của học viên.

2. Khó khăn: Đây là loại hình đào tạo mới nên mỗi một quy trình đều mất nhiều thời gian để học hỏi, nghiên cứu, tìm hiểu.

VI. KIẾN NGHỊ, ĐỀ XUẤT

1. Các môn học lý thuyết. TTĐT&CĐT cần liên kết với Trường Đại học Y Hà Nội cập nhật tài liệu mới bổ sung thêm chuyên ngành hơn và các tài liệu trên một số website uy tín trên thế giới, cần phát tài liệu sớm cho học viên trước các buổi giảng, tài liệu cần được cập nhật thường xuyên hơn. Bố trí chủ động hơn, làm các buổi semina, giao chuyên đề cho học viên.

2. Các môn học lâm sàng tại bệnh viện. TTĐT&CĐT cần có hình thức giao cho từng giảng viên kiêm nhiệm nắm rõ về học viên để đào tạo và kiểm tra.

Do điều cơ sở vật chất tại bệnh viện các tuyến vẫn còn nhiều chênh lệch, các giáo viên

cần giới thiệu những kỹ thuật phù hợp với học viên đến từ các bệnh viện khác nhau.

Lãnh đạo các khoa phòng cần tổ chức thêm các buổi trao đổi kiến thức giữa các học viên, là nơi để mọi người học hỏi lẫn nhau.

Đặc biệt, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức chuyên ngành ngoại khoa, nên cần liên kết với các bệnh viện khối sản, nhi để học viên gây mê hồi sức có thể nâng cao thêm kiến thức.

3. Cơ sở vật chất, trang thiết bị, thư viện. TTĐT&CĐT cần bổ sung thêm các mô hình giúp học viên thực tập tiền lâm sàng cùng các kỹ thuật chuyên sâu. Ngoài ra cần bổ sung thêm tư liệu là các video, phương pháp mổ, đa dạng thêm về nguồn tư liệu học tập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Quyết định số 2420/QĐ-BYT**, ngày 12/07/2012 về việc Bệnh viện HN Việt Đức được giao nhiệm vụ thí điểm đào tạo Bác sỹ nội trú, Bác sỹ chuyên khoa cấp I, Bác sỹ chuyên khoa cấp II các chuyên ngành Ngoại khoa, Gây mê Hồi sức và Chẩn đoán hình ảnh.
- 2. Chỉ thị 06-CT/TU ngày 22/1/2002** của Ban Bí thư về Củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở.
- 3. Nghị quyết 46 – NQ/TU ngày 23/2/2005** của Bộ Chính trị về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe của nhân dân trong tình hình mới.
- 4. Quyết định số 35/2001/QĐ** – TTg ngày 19/03/2001 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001 – 2010.
- 5. Quyết định số 30/2001/QĐ** – TTg ngày 22/01/2008 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Quy hoạch phát triển mạng lưới khám, chữa bệnh đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG

Cao Thị Vịnh*, Nguyễn Văn Đoàn**, Nguyễn Kim Việt**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống điều trị nội trú tại trung tâm Dị ứng miễn dịch lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 6/2014 đến tháng 5/2015. **Phương pháp nghiên cứu:**

*Bệnh viên Tâm thần TW1

** Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Vịnh

Email: thuvinh2008@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 6.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.8.2017

Ngày duyệt bài: 4.9.2017

cứu: Mô tả cắt ngang, nghiên cứu từng trường hợp.

Kết quả nghiên cứu: 98 bệnh nhân SLE có rối loạn trầm cảm được sàng lọc từ 208 BN SLE. Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn trầm cảm 47% và trầm cảm mức độ nhẹ và vừa là 38,9%. Chủ yếu gặp ở nữ (93%). Tuổi mắc bệnh trung bình là $36,61 \pm 12,55$. Thường gặp nhất ở nhóm tuổi 20 - 40 (56,6%). Chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm BN mới được chẩn đoán SLE trong tháng đầu tiên 26% và đã mắc bệnh SLE từ 2-5 năm (26%). Bệnh gặp nhiều hơn ở BN SLE có tổn thương ở da (79,63%), khớp (62,96%), có tổn thương ở hệ thống thần kinh trung ương. **Kết luận:** Trầm cảm là triệu chứng phổ biến ở bệnh nhân SLE. Trầm cảm nặng làm bệnh SLE tiến triển trầm trọng hơn tương ứng với điểm SLEDAI ở mức cao (chiếm tỷ lệ 53,8%).

SUMMARY**SOME CLINICAL FEATREURE OF DEPRESSIVES DISORDERS IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS**

Objective: Description of some clinical features of depressive disorders in patients with systemic lupus erythematosus, who were inpatients treatment at the center clinical immune Allergy Bach Mai Hospital: **Methods:** Description and study each case. **Results:** 98 SLE patients with depressives disorders were studied from 208 patients with SLE. The proportion of patients with depressives disorders were 47% and mild and moderate depression was 38.9%. Mostly prevalent in women (93%). Mean age of disease was 36.61 ± 12.55 . Mostly commonly (56%) in the group was from 20 to 40 age. The highest rate was in the group of patients who had been diagnosed with SLE in the first month 26% and had SLE from 2-5 years (26%). The disease was more common in patients with skin lesions (79.63%), joints (62.96%), and central nervous system lesions. **Conclusion:** Depression is a common symptom in SLE patients, and severe depression of SLE is associated with a high level of SLEDAI (53.8%).

Key words: Clinical feature, depression, SLE.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn trầm cảm đang dần trở thành gánh nặng của thời hiện đại không phân biệt giới tính, lứa tuổi, nghề nghiệp. Theo dự báo của Tổ chức y tế thế giới, rối loạn trầm cảm sẽ là nguyên nhân gây mất khả năng lao động đứng hàng thứ hai vào năm 2020. Khoảng 45-70% những người tự sát mắc trầm cảm và 15% bệnh nhân trầm cảm chết do tự sát

Lupus ban đỏ hệ thống (systemic lupus erythematosus - SLE) là một bệnh tự miễn, bệnh của mô liên kết. Bệnh đặc trưng bởi các đợt tiến triển ngày càng nặng thêm và thuyên giảm thất thường với những biểu hiện lâm sàng thay đổi. Trầm cảm được coi là triệu chứng phổ biến có thể xuất hiện từ rất sớm ngay trong thời kỳ đầu tiên của bệnh SLE. Tỷ lệ rối loạn trầm cảm ở các nghiên cứu rất khác nhau dao động từ 10,8% - 75% Bệnh SLE chủ yếu gặp ở nữ (tỷ lệ nam/nữ khoảng 1/9).

Đặc biệt là các triệu chứng trầm cảm làm phức tạp thêm bệnh cảnh lâm sàng ở các bệnh nhân này. Việc nghiên cứu mô tả về các rối loạn trầm cảm tương ứng với từng thể bệnh trên lâm sàng là rất quan trọng, cần thiết giúp nhận biết sớm và điều trị kịp thời, hợp lý.

Để góp phần làm sáng tỏ các rối loạn trầm cảm trong bệnh SLE giúp cho việc chẩn đoán và điều trị thuận lợi hơn, chúng tôi tiến hành đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn trầm cảm ở bệnh lupus ban đỏ hệ thống" nhằm mục

tiêu sau: *Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Cỡ mẫu và đối tượng nghiên cứu**

2.1.1 Cỡ mẫu: Lấy mẫu toàn bộ các bệnh nhân SLE có biểu hiện trầm cảm trong thời gian nghiên cứu. Các bệnh nhân này được điều trị nội trú tại trung tâm dị ứng miễn dịch lâm sàng bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6 năm 2014 đến tháng 5 năm 2015.

2.1.2 Đối tượng nghiên cứu: Nhóm bệnh nhân nghiên cứu gồm tất cả các bệnh nhân SLE có rối loạn trầm cảm được điều trị nội trú tại Khoa Dị ứng – MDLS Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 6 năm 2014 đến hết tháng 5 năm 2015.

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

2.3. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu:**2.3.1 Bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống:**

Do các bác sĩ chuyên khoa Dị ứng – MDLS chẩn đoán. Áp dụng theo tiêu chuẩn chẩn đoán SLE năm 1982 được sửa đổi năm 1997 của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ:

2.3.2. Bệnh nhân có rối loạn trầm cảm:

Các triệu chứng trầm cảm được quan sát, mô tả dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm theo ICD-10 có tham khảo kết quả các trắc nghiệm tâm lý Beck, PHQ9

2.3.3. Tiêu chuẩn loại trừ:

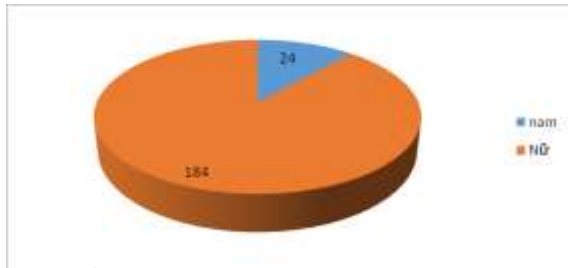
Các bệnh nhân SLE điều trị nội trú có biểu hiện trầm cảm trước khi chẩn đoán SLE, Bệnh nhân SLE bị nghiện chất (rượu, ma túy, các chất dạng thuốc phiện). Các bệnh nhân SLE không điều trị nội trú. Bệnh nhân không tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU & BÀN LUẬN

Tiến hành thăm khám sàng lọc trầm cảm từ 208 BN SLE trong thời gian nghiên cứu tại khoa Dị ứng – MDLS Bệnh viện Bạch Mai chúng tôi chọn được 98 BN có biểu hiện rối loạn trầm cảm để đưa vào nhóm nghiên cứu.

3.1 Đặc điểm chung



Biểu đồ 3.1: Phân bố bệnh SLE nhân theo giới

Tỷ lệ nam/ nữ là 1/9 có sự khác biệt rõ rệt với nữ chiếm đa số 88,5%, nam chiếm 11,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với đa số các nghiên cứu trong và ngoài nước về bệnh nhân SLE. Các tác giả đều đi đến nhận xét chung là bệnh SLE chủ yếu gặp ở nữ.

Bảng 3.1: Đặc điểm về tuổi ở nhóm BN nghiên cứu

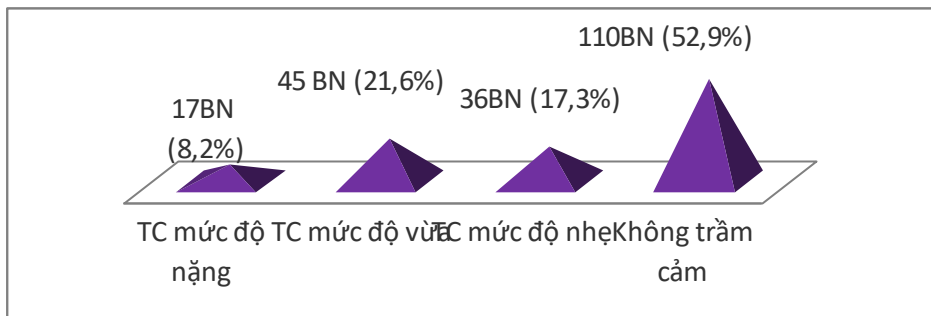
Tuổi	BN	Số lượng (N=98)	tỷ lệ (%)
≤ 20		6	6,3%
21 – 30		35	35,6%
31 – 40		21	21,0%
41 – 50		16	16,1%
51 – 60		14	14,7%

➤ 60	6	6,3%
Tổng	98	100%

Mean = 33,5 ± 13,8 (min = 15; max = 65)

Tuổi mắc bệnh trung bình của nhóm nghiên cứu là 33,5 ± 13,8 (min = 15; max = 65), trải dài từ 15 đến 65 tuổi, lứa tuổi gặp nhiều nhất là từ 20 đến 40 chiếm 56.6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có cao hơn so với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác: Lương Đức Dũng (2008) là 29,7 ± 12,1 độ tuổi 20 – 39 chiếm 63.2%. Nguyễn Công Chiến (2006) là 29,9 ± 11,3 độ tuổi 20 – 40 là 54,3%. Có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là chọn lọc các bệnh nhân có rối loạn trầm cảm còn các tác giả khác chọn BN có tổn thương ở cơ quan khác.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt nhiều so với tác giả Richard và cộng sự (1981), tỷ lệ trầm cảm gặp ở 13/25(58%) trong đó trầm cảm mức độ nhẹ 3 BN (12%), trầm cảm mức độ vừa 8 BN (32%), trầm cảm mức độ nặng 2 BN (8%). Nhiều nghiên cứu trên thế giới đều cho kết quả trầm cảm chiếm tỷ lệ cao ở nhóm bệnh nhân SLE.



Biểu đồ 3.2: Phân loại mức độ trầm cảm trong nhóm bệnh nhân SLE

3.2. Đặc điểm lâm sàng trầm cảm trong nhóm nghiên cứu (n=98)

Bảng 3.2. Biểu hiện về tổn thương cơ quan ở nhóm BN nghiên cứu.

STT	Bệnh	BN	Số lượng N = 98	Tỷ lệ (%)
1	Huyết học		29	29,63
2	Thận		29	29,63
3	Xương khớp		62	62,96
4	Thần kinh (co giật)		17	17,78
5	Tiêu hoá		27	27,78
6	Hô hấp		42	42,59
7	Tim mạch		24	24,07
8	Da		78	79,63
9	Ban cánh bướm		45	45,50
10	Ban dạng đĩa		20	20,28
12	Viêm thanh mạc		29	30,01

Bảng 3.2. Cho thấy tổn thương thường gặp nhất trong nhóm BN nghiên cứu là tổn thương ở da và khớp chiếm tỷ lệ là 79,63%. Tổn thương ở hệ thống thần kinh là ít gặp nhất chiếm 17,78%.

Bảng 3.3. Các phản ứng tâm lý sớm của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu khi có chẩn đoán bệnh SLE

Các biểu hiện tâm lý	SL BN	Tỷ lệ %
Bệnh nguy hiểm khó chữa, lo lắng	98	1.00
Bệnh bùng phát hay thuyên giảm khó xác định	95	0.97
Không chắc chắn phải đối mặt với bệnh như thế nào	70	0.71
Cảm giác không vui, buồn tủi	98	1.00
Khó kiềm chế cảm xúc, bứt dứt, dễ cáu	83	0.85
Luyến tiếc cuộc sống lúc chưa bị bệnh	64	0.65
Kinh tế khó khăn	58	0.59
Khó tìm việc, mất việc	45	0.46
Mất dần các mối quan hệ, ngại giao tiếp	55	0.56
Không rõ sẽ phải điều trị như thế nào...	82	0.84
Cảm giác mệt mỏi, không muốn hoạt động	98	1.00
Thiếu tự tin, mất lòng tin	86	0.88
Tự đánh giá thấp bản thân	51	0.52
Cảm giác cô đơn và bị động	63	0.64

Bảng 3.3. cho thấy: Cảm giác mệt mỏi kéo dài và tăng cảm giác lo lắng bệnh khó chữa chiếm tỷ lệ cao nhất 100%. Thiếu tự tin, mất lòng tin chiếm 88%, biểu hiện tự đánh giá thấp bản thân, mất dần các mối quan hệ ngại giao tiếp có tỷ lệ tương đương là 51% và 56%.. Theo Richard CW. Và cộng sự (1981), nghiên cứu trên 56 BN SLE thấy có 25 BN có các triệu chứng sớm của rối loạn trầm cảm, trong đó tỷ lệ triệu chứng ngại giao tiếp 16/25 (64%), lo lắng căng thẳng 18/25 (72%),... Tác giả kết luận rằng hầu như các triệu chứng sớm của trầm cảm xuất hiện ở các bệnh nhân SLE khá phổ biến.

Bảng 3.4. Đặc điểm các biểu hiện cơ thể trong nhóm BN nghiên cứu.

Triệu chứng	BN	Số lượng N=98	tỷ lệ (%)
Rối loạn giấc ngủ n = 91 (93%)	Khó vào giấc	35	35.71
	dễ thức giấc	21	21.42
	cả 2 loại	35	35.71
Cân nặng n = 82 (85%)	Có sút cân	64	65.31
	Sút cân nhiều	7	7.41
	Tăng cân	11	11.11
Đau đầu n = 70 (70%)	Đau chịu được	54	53.70
	Đau căng đầu	16	16.67
Ăn n = 95 (97%)	Kém ngon miệng	91	94.44
	Ăn nhiều	4	3.70
Giảm tình dục		48	50.11
Đau nhức cơ		82	84.00
Rối loạn kinh nguyệt		96	98.00

Bảng 3.4. cho thấy: ăn kém ngon miệng chiếm 94%, tiếp đến mất ngủ chiếm 93%, đau đầu chiếm 70%, đau cơ bắp 84%, giảm tình dục là 50%. Rối loạn kinh nguyệt 98%

Nhiều tác giả cho rằng do tác động của các tự kháng thể, do hậu quả của việc dùng corticoid kéo dài đã tác động tới các GR chức năng của hệ trục dưới đồi – tuyến yên – tuyến thượng thận (HPA) gây nên các biến đổi về nội tiết, biến đổi về các chất dẫn truyền thần kinh đặc biệt là serotonin (5-HT), có thể làm biến đổi cả về cấu trúc mô làm phì đại tuyến thượng thận và suy

giảm chức năng của tuyến này dẫn đến rối loạn hoạt động sinh dục - nội tiết làm cho người bệnh bất ổn về tâm lý suy sụp về sức khỏe làm tăng tỷ lệ bệnh nhân mất cân bằng nội tiết tố tăng rối loạn trầm cảm.

IV. KẾT LUẬN

1.Đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân SLE có rối loạn trầm cảm

- **Tỷ lệ:** Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn trầm cảm 47% và trầm cảm mức độ nhẹ và vừa là 38,9%.
- **Đặc điểm chung:** Chủ yếu gặp ở nữ (93%)

* Tuổi mắc bệnh trung bình là $36,61 \pm 12,55$. Thường gặp nhất ở nhóm tuổi 20 - 40 (56,6%). Bệnh thường gặp nhiều nhất ở nhóm BN mới được chẩn đoán SLE trong tháng đầu tiên 26% và đã mắc bệnh SLE từ 2-5 năm (26%).

* Bệnh gặp nhiều hơn ở BN SLE có tổn thương ở da (79,63%), khớp (62,96%) phối hợp với tổn thương ở hệ thống thần kinh TW.

- Đặc điểm lâm sàng trầm cảm.

* Rối loạn trầm cảm thường không điển hình, các biểu hiện trầm cảm mức độ nhẹ và vừa chiếm (38,9%). Các biểu hiện dễ mệt mỏi, đuối sức thiếu sức sống và buồn chán chiếm tỷ lệ 100%. Trầm cảm có liên quan chặt chẽ với các yếu tố tâm lý xã hội: kinh tế khó khăn 57%, không làm được công việc cũ 46%. Ý tưởng hành vi tự sát 43%.

Các triệu chứng cơ thể: Rối loạn giấc ngủ 93%. Thường thấy là ngủ chập chờn, các rối loạn đau phổ biến với đau đầu chiếm 71%, đau nhức cơ 75% thường có vị trí cố định rồi mới lan toả, mơ hồ và mức độ đau không tương xứng với tổn thương thực thể. Phụ thuộc vào trạng thái tâm lý BN.

Trầm cảm làm bệnh SLE tiến triển trầm trọng hơn tương ứng với điểm SLEDAI ở mức cao (chiếm tỷ lệ 53,8%).

* Các rối loạn trầm cảm thường kết hợp với các biểu hiện lo âu chiếm tỷ lệ 100%. Đây là nhóm triệu chứng tâm lý dạng tâm căn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Dị ứng (2007)**, "Nội bệnh lý - Phần Dị ứng, Miễn dịch lâm sàng". *Nhà xuất bản Y học*, tr 104 -113.
2. **Cao Thị Vịnh (2010)**. "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn trầm cảm và loạn thần ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống", *Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Chuyên khoa cấp II*, Trường Đại học Y HN.
3. **ACR AD HOC (1999) Committee on neuropsychiatric lupus nomenclature, The American college of Rheumatology nomenclature ACR (1999)**, "Guidelines for referral and management of systemic lupus erythematosus in adults". *Arthritis Rheum*, Sep, 42(9), pp 1785-1796.
4. **Karol DE, Criscione-Schreiber LG, Lin M, Clowse ME (2013)**, "Depressive symptoms and associated factors in systemic lupus erythematosus" *Psychosomatics*. 2013 Sep-Oct;54(5):443-50
5. **Lemaire B, Geron D (2015)**, "Depression as a common complication of systemic lupus erythematosus" *Rev Med Liege*. 2015 Apr;70(4):215-8.

ĐIỀU TRA TÌNH HÌNH NUÔI TRỒNG, CHẾ BIẾN DƯỢC LIỆU TẠI XÃ NGHĨA TRAI CỦA TỈNH HƯNG YÊN

Đoàn Quang Huy*

TÓM TẮT

Qua điều tra quan sát trực tiếp các hộ dân thôn Nghĩa Trai xã Tân Quang huyện Văn Lâm tỉnh Hưng Yên để tìm hiểu nguồn dược liệu, chúng tôi đưa ra một số kết luận sau: Nguồn dược liệu còn phong phú, diện tích đất trồng không bị thu hẹp so với trước đây, tuy vậy một số loại cây thuốc trồng không còn nhiều mà chỉ còn lại các loại dược liệu trồng có giá thành cao hoặc dễ trồng tái canh mau, chủ yếu là Ngưu tất nam, Cốt khí củ và Cúc hoa. Nghề nuôi trồng dược liệu ở đây là nhỏ lẻ, theo kinh nghiệm nuôi trồng của ông cha truyền lại bao thế hệ, chưa có sự đầu tư lớn, sự quan tâm của chính quyền hoặc các ban ngành chức năng để có hướng củng cố, phát triển dược liệu, nhằm bảo tồn các loài quý hiếm có nguy cơ giảm thay thế bằng dược khác kém chất lượng, kém tác dụng thì hậu quả.

SUMMARY

AN INVESTIGATION INTO THE ACTUAL SITUATION OF CULTIVATION AND PRODUCTION OF HERBAL AND MEDICINAL PLANTS IN NGHIA TRAI COMMUNE, HUNG YEN PROVINCE

Through a direct observation survey of households in Binh Minh Commune, Khoai Chau District, Hung Yen Province to find out the source of medicinal herbs, we draw the following conclusions: The source of medicinal herbs is abundant, the area of cultivated land is not shrunk as compared to before. However, some kinds of medicinal plants are not much but only medicinal plants that are high cost or easy to grow. Cucumber soup, the main ingredient is the drug Sister male organs, root bulb, chrysanthemum flowers. The cultivation of medicinal herbs here is small, according to the experience of raising his father generations, no big investment, the interest of the government or the functional departments to have the direction of consolidation, To develop medicinal herbs, in order to preserve rare and precious species which are at risk of reducing the substitution with other drugs of poor quality and ineffectiveness.

* Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Quang Huy
Email: huydoanquang195@gmail.com
Ngày nhận bài: 13.7.2017
Ngày phản biện khoa học: 6.9.2017
Ngày duyệt bài: 12.9.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở nước ta, vấn đề sưu tầm và phát triển các kinh nghiệm quý báu của nhân dân là một trong các mục tiêu trong chính sách quốc gia về y học cổ truyền. Việt Nam là một nước có hệ thực vật phong phú với 12.368 loài thực vật bậc cao có mạch, trong đó có trên 4.000 loài cây thuốc [5].

Hơn 20 năm qua với sự thay đổi lớn về điều kiện kinh tế - xã hội, đã ảnh hưởng đến sự phân bố tự nhiên, sự trồng trọt các loài cây thuốc giảm mạnh, trữ lượng các cây thuốc ngày càng cạn dần. Hưng Yên là tỉnh có nền y học cổ truyền khá phát triển. Kinh nghiệm từ nhiều đời đã và đang được nhân dân trong vùng ứng dụng vào việc chăm sóc sức khỏe hằng ngày. Không những vậy, tại một số xã, nhân dân còn nuôi trồng và phát triển dược liệu để cung cấp cho các vùng lân cận. Chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *tìm hiểu nguồn dược liệu ở thôn Nghĩa Trai xã Tân Quang huyện Văn Lâm của tỉnh Hưng Yên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, đối tượng và thời gian nghiên cứu: Các hộ dân nuôi trồng, chế biến, bảo quản dược liệu tại địa bàn thôn Nghĩa Trai xã Tân Quang huyện Văn Lâm tỉnh Hưng Yên. Thời gian từ tháng 9/2011 đến tháng 12/2011.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả ngang.

2.2.2. Cách chọn mẫu: Chọn mẫu toàn thể: 100% các hộ dân có hoạt động thu hái, nuôi trồng và chế biến dược liệu tại địa bàn thôn Nghĩa Trai xã Tân Quang huyện Văn Lâm của tỉnh Hưng Yên.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

- *Phòng vấn qua mẫu phiếu điều tra* kết hợp quan sát thực tế, thu thập và ghi chép mẫu vật. Phân tích, so sánh các số liệu nghiên cứu.

- *Phương pháp đánh giá nhanh:* phỏng vấn, thảo luận, vẽ sơ đồ thông qua nguồn cung cấp thông tin từ lãnh đạo xã, cán bộ trạm y tế xã để có định hướng ban đầu về số lượng và địa chỉ của các hộ dân có hoạt động thu hái, nuôi trồng và chế biến dược liệu.

Phòng vấn sâu: dùng bộ câu hỏi, phiếu điều tra trao đổi trực tiếp. Đối tượng: các hộ gia đình có hoạt động dược liệu, mục đích: khai thác các thông tin về: tên cây thuốc: tên thuốc, tên địa

phương, bộ phận dùng, sản lượng dược liệu, diện tích nuôi trồng...

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu thu được xử lý theo phương pháp phân tích tổng hợp, thống kê y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Nguồn Dược liệu: Dân số: 2850 nhân khẩu. Số hộ dân: 415 Số hộ nuôi trồng dược liệu: 300. Diện tích đất canh tác: 230 ha. Diện tích đất nuôi trồng dược liệu: 160 ha. Diện tích đất trồng lúa và hoa màu: 70 ha.

Bảng 3.1. Số lượng cây thuốc tại thôn Nghĩa Trai

STT	Tên thuốc	Tên gọi địa phương	Tên khoa học
1	Hoài sơn	Củ cọc	Discorea...
2	Địa liên	Địa liên	Kaempferia galanga L
3	Bạch chỉ nam	Bạch chỉ nam	Milletia pulchra Kurz
4	Ngưu tất nam	Ngưu tất nam	Achyranthes aspera L
5	Cốt khí	Cốt khí	Polygonum cuspidatum Sieb. et Zucc
6	Cúc hoa	Cúc hoa	Chrysanthemum indicum L
7	Bông mã đề	Bông mã đề	Plantago asiatica L
8	Kinh giới	Kinh giới	Elsholtzia cristata Willd
9	Tô diệp	Tía tô	Perilla ocymoides L
10	Hoắc hương	Hoắc hương	Pogostemon cablin (Blanco) Benth
11	Kim tiền thảo	Kim tiền thảo	Desmodium styracifolium Merr

Kết quả bảng 3.1. cho thấy: Nguồn dược liệu tại Nghĩa Trai gồm 11 loại cây, tất cả là do nuôi trồng, trong số đó đều là thuốc nam.

Bảng 3.2. Sản lượng dược liệu tại thôn Nghĩa Trai

STT	Tên thuốc	Diện tích trồng (sào=360m ²)	Sản lượng/năm (tấn)
1	Hoài sơn	150	80
2	Địa liên	500	300
3	Bạch chỉ nam	30	10
4	Ngưu tất nam	2500	800
5	Cốt khí củ	5000	1900
6	Cúc hoa	2500	800
7	Bông mã đề	2300	500
8	Kinh giới	150	50
9	Tô diệp	200	40
10	Hoắc hương	70	20
11	Kim tiền thảo	50	20

Kết quả bảng 3.2. cho thấy: thôn Nghĩa Trai xã Tân Quang có sản lượng dược liệu hàng năm khá lớn, tập trung chủ yếu là Ngưu tất nam, Cốt khí củ, Cúc hoa.

Bảng 3.3. Thời gian thu hái dược liệu tại Nghĩa Trai

STT	Tên thuốc	Bộ phận dùng	Thu hái
1	Hoài sơn	Củ	tháng 11-12
2	Địa liên	Củ	tháng 11
3	Bạch chỉ nam	Củ	tháng 11
4	Ngưu tất nam	Củ	tháng 11
5	Cốt khí củ	Củ	tháng 11
6	Cúc hoa	Nụ sắp nở	tháng 5-6

7	Bông mã đề	Bông hoa đã nở	tháng 5-6
8	Kinh giới	Cành, hoa	tháng 7-8
9	Tô diệp	Lá, cành	tháng 7-8
10	Hoắc hương	Lá, cành	tháng 7-8
11	Kim tiền thảo	Lá, cành	tháng 7-8

Kết quả bảng 3.3. cho thấy: Thời gian thu hoạch dược liệu tập trung vào 2 mùa lớn: giữa năm với các loại lá và thân, cuối năm với các loại củ.

Bảng 3.4. So sánh kinh tế của với một số cây trồng

Tên cây trồng	Sản lượng/sào/năm (kg)	Đơn giá/kg (đồng)	Thu nhập (triệu đồng)
Lúa	500	5000	2,5
Đậu, Lạc, Ngô	400	8000	3,2
Hoài sơn	400	15000	6,0
Ngưu tất	300	25000	7,5
Cúc hoa	100	100000	10,0
Cây cảnh (quất)	100 cây	150000/cây	15,0

Kết quả bảng 3.4. cho thấy: cây thuốc sản lượng kinh tế thu hoạch lớn gấp 2-3 lúa gạo (6 triệu đồng/sào/năm so với 2,5)

IV. BÀN LUẬN

Trong quá trình tiến hành điều tra chúng tôi thấy rằng nguồn dược liệu tại các địa phương nghiên cứu có được hoàn toàn do nuôi trồng, không có dược liệu nguồn gốc tự nhiên. Các hộ gia đình đều có kinh nghiệm trồng, chăm sóc. Theo phân loại dược liệu của y học cổ truyền, dược liệu tại các địa phương nghiên cứu đa phần là thuốc nam, phần còn lại là giống bắc di thực.

Thôn Nghĩa Trai dược liệu được trồng khắp cả cánh đồng, xen lẫn giữa dược liệu là trồng rau, các loại hoa màu, chỉ một phần nhỏ là trồng lúa. Dược liệu người dân ở đây tận dụng đất trồng trên cả bờ ruộng, lối đi ven những con đường làng. Cúc hoa hiện còn nhiều tuy nhiên sản lượng giảm do hiệu quả kinh tế so với các loại khác. Cốt khí, Mã đề, Tía tô, Kinh giới trồng quanh năm.

Ở đây nhiều hộ gia đình vừa trồng dược liệu vừa bào chế thuốc với quy mô nhỏ và vừa thu mua dược liệu trồng ở nơi khác về để bào chế thành phẩm. Có lẽ chính vì đặc điểm của thôn Nghĩa Trai là giàu lòng yêu nghề nuôi trồng dược liệu, canh tác tập trung trên một cánh đồng rộng, cộng thêm là người dân ở đây có nhiều cơ sở chế biến dược liệu quanh năm, thu mua các nơi khác đem về không chỉ có nguồn dược liệu trồng tại thôn. Theo điều tra của chúng tôi có cây

thuốc trồng gọi là Hồng Sâm, tuy vậy chúng tôi chưa tìm thấy tên khoa học.

Về chất lượng dược liệu: đa phần là những dược liệu của địa phương có truyền thống nuôi trồng, việc chọn giống, chăm sóc để có năng suất cao, chế biến tại chỗ, đặc biệt là thôn Nghĩa Trai nhiều hộ chế biến vừa nuôi trồng tuy cơ sở nhỏ chưa quy mô lớn.

V. KẾT LUẬN

Qua điều tra chúng tôi đưa ra một số kết luận sau: nguồn dược liệu tại thôn Nghĩa Trai khá phong phú; diện tích trồng dược liệu đất chiếm phần lớn diện tích đất canh tác. Nghề nuôi trồng dược liệu ở đây mang quy mô hộ gia đình nhỏ lẻ. Sản phẩm chủ yếu là các vị thuốc nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cây thuốc và động vật là thuốc ở Việt Nam**, của Viện Dược Liệu Quốc Gia, (xuất bản năm 2004), NXB Khoa Học Xã Hội.
2. **Chỉ thị 03/BYT-CT (1996)**, Bộ y tế.
3. **Hải Thượng Lãn Ông (1995)**, (Hải thượng y tông tâm lĩnh), NXB Y học, tr. 44-119.
4. **Quyết định số 222/2003/QĐ-TTg ngày 03/11/2003** của Thủ tướng Chính phủ về phê duyệt Chính sách quốc gia về y dược học cổ truyền đến năm 2010.
5. **Trần Văn Ôn, (2003)**, Nghiên cứu về cây thuốc người dao ở vườn quốc gia Ba Vì, Luận văn thạc sỹ y học. Trường Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 458 - THÁNG 9 - SỐ 2 - 2017

VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^o2 - SEPTEMBER - 2017

- 1 **Đánh giá hiệu quả can thiệp bệnh sâu răng ở đối tượng người cao tuổi tại tỉnh Đắk Lắk** 1
Assessing the effect of tooth decay treatment in elderly people in Dak Lak province
Lê Nguyễn Bá Thụ, Trương Mạnh Dũng, Ngô Văn Toàn
Trần Tuấn Anh, Nguyễn Phan Hồng Ân, Hoàng Bảo Duy
- 2 **Hiệu quả của sản phẩm HEBI-MAM đến tình trạng dinh dưỡng ở trẻ từ 24 đến 59 tháng tuổi tại một số xã thuộc huyện Yên Bình, tỉnh Yên Bái** 5
Effects of products HEBI-MAM on nutrition status in children 24 to 59 months in some communes, Yen Binh district, Yen Bai province
Trần Thúy Nga, Nguyễn Thị Kim Tiến
- 3 **Khảo sát một số yếu tố nguy cơ, đặc điểm tổn thương thận do thuốc cản quang ở bệnh nhân sau chụp và can thiệp động mạch vành qua da** 9
Investigating the characteristics of some risk factors, characteristics of contrast induced nephropathy in patients undergoing coronary angiography or percutaneous coronary intervention
Hồ Viết Lê Diễm, Tạ Anh Hoàng,
Trương Thị Mai Hương, Lê Việt Thắng
- 4 **Khảo sát thực trạng công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tại Bệnh viện E năm 2016-2017** 13
Study on the status of health education and communication for patients in clinical faculties, Hospital E
Nguyễn Phương Thảo, Đỗ Mai Hoa
- 5 **Căn nguyên và tính kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu phân lập tại Bệnh viện Quân y 103 (2014-2016)** 18
Causes and antibiotic resistance of bacterial strains causing urinary tract infections isolated at 103 Military Hospital
Đinh Thị Huyền Trang, Lê Thu Hồng, Hà Thị Thu Vân
- 6 **Đánh giá một số chỉ số liên quan với hình thái mọc răng khôn hàm dưới ở người Việt trưởng thành trên phim sọ mặt nghiêng** 21
Evaluation of some index related to the morphology of lower third molar of Vietnamese adults in the cephalometric
Ngô Đức Mạnh, Nguyễn Phú Thắng
- 7 **Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến mệt ở người bệnh suy tim mạn tính điều trị tại khoa Tim mạch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định** 25
Study on factors related to fatigue of patients with chronic heart failure at cardiology department of Nam Dinh general Hospital
Nguyễn Thị Linh, Vũ Đức Định, Trần Văn Long
- 8 **Đánh giá kết quả thay thế xương hàm dưới bằng xương mác cẳng chân với kỹ thuật vi phẫu có nối cuống mạch** 30
Evaluation of mandibular reconstruction with fibular osteocutaneous free flap and microsurgical technique
Trần Cao Bính, Nguyễn Mạnh Hà
- 9 **Độ bao phủ sử dụng viên đa vi chất ở phụ nữ có thai, cho con bú và một số yếu tố liên quan tại một số xã thuộc hai tỉnh Kon Tum và Cà Mau** 33
Coverage of multi-micronutrient tablet in pregnant and lactating women and related factors in 4 communes in Kon Tum and Ca Mau Provinces
Nguyễn Thị Kim Tiến, Trần Thúy Nga

- 10 **Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn tâm thần trong viêm não herpes ở người lớn được điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai** 38
Describe clinical features of mental disorders in herpes encephalitis in adults treated at Bach Mai Hospital
Nguyễn Văn Dũng, Nguyễn Thị Minh Hương
- 11 **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học ở bệnh nhân nhồi máu não hệ cảnh có vữa xơ hẹp tắc động mạch cảnh đoạn ngoài sọ** 42
Study on clinical and imaging manifestations of patients suffering from anterior circulation ischemic stroke with extracranial carotid artery disease
Lê Na, Võ Hồng Khôi
- 12 **Nghiên cứu tỷ lệ và đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây nhiễm khuẩn đường niệu trên bệnh nhân đặt thông tiểu** 46
Research antibiotic resistance and rate of bacteria cause urinary tract infections in patients placed urinary catheter
Đinh Vạn Trung
- 13 **Giá trị của bão hòa oxy tĩnh mạch trung tâm (SCVO₂) và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Nông Nghiệp** 50
The value of central venous oxygen saturation and some related factors in patients with bacterial septic shock treated at the general Hospital of Agriculture
Đặng Hắc Dương, Hà Hữu Tùng
- 14 **Thực trạng bệnh sâu răng trên người khám sức khỏe răng miệng định kỳ tại Bệnh viện Đại học y Hà Nội năm 2016** 54
Caries status in patients with periodical dental health examination at the Ha noi Medical University Hospital in 2016
Lê Long Nghĩa
- 15 **Bước đầu đánh giá hiệu quả và tính an toàn của cyclophosphamid truyền tĩnh mạch trong điều trị xơ cứng bì có viêm phổi kẽ** 57
Initial evaluation of efficacy and safety of intravenous cyclophosphamide pulse therapy in the treatment of systemic sclerosis related interstitial lung disease
Phạm Ngọc Dương, Nguyễn Thị Phương Thủy
- 16 **Nghiên cứu đặc điểm thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan** 61
Studying on features of anemia in liver cirrhosis patients
Nguyễn Trọng Hà, Đỗ Phương Hương, Nguyễn Văn Bằng, Lê Việt Thắng
- 17 **Đáp ứng điều trị của hóa trị bổ trợ trước kết hợp phẫu thuật bảo tồn trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II** 64
Response of preoperative chemotherapy before conservation surgery in breast cancer women stage II
Trần Văn Thuận
- 18 **Kap của học sinh trường cao đẳng y tế Thái Nguyên về bệnh nhiễm virus Zika** 68
The knowledge, attitude, and practice of Thai Nguyen medical college's student on Zika virus disease
Nguyễn Công Hoàng, Nguyễn Thị Thái Hà
- 19 **Định hướng học tập và việc làm sau tốt nghiệp của các tân bác sỹ trường Đại học y Hà Nội** 72
Study orientation and job orientation of newly graduated doctors in Ha Noi Medical University
Dương Huy Lương
- 20 **Đánh giá kết quả điều trị hội chứng quá kích buồng trứng nặng sau thụ tinh ống nghiệm** 74
Results of treatment of severe ovarian hyperstimulation syndrome after in vitro fertilization
Hanh Sokanha, Nguyễn Xuân Hợi

- 21 **Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ cắt tử cung hoàn toàn đường bụng của phương pháp giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển với Bupivacain và Fentanyl** 78
Evaluation the efficacy postoperative analgesia of patient-controlled epidural analgesia with bupivacain and fentanyl in abdominal total hysterectomy
Nguyễn Đức Lam
- 22 **Nồng độ bnp huyết tương ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang** 82
BNP plasma levels in type II diabetes mellitus at Bac Giang general Hospital
Đỗ Ngọc Thịnh, Nguyễn Như Phổ, Nguyễn Trọng Hiếu, Nguyễn Tiến Dũng, Bùi Thị Thu Hương
- 23 **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và tỷ lệ tử vong của bệnh nhân nhồi máu não trong bốn tuần đầu** 86
Research about characteristics of clinical symptoms, images and mortality rate of ischemic stroke during the first four weeks onset
Chu Bá Chung, Võ Hồng Khôi
- 24 **Nhận xét mối liên quan giữa triệu chứng rối loạn tâm thần với vùng tổn thương não viêm** 89
Comment on the relationship between tangled symptoms psychosis with inflamed brain injury
Nguyễn Văn Dũng, Nguyễn Thị Minh Hương
- 25 **Nhận xét về hiệu quả của hệ thống camera trong giám sát tuân thủ vệ sinh tay tại Bệnh viện TW Quân đội 108** 93
Comment on the effectiveness of camera systems in monitoring hand hygiene compliance in 108 Military Central Hospital
Vũ Mai Lan, Đinh Vạn Trung
- 26 **Đánh giá mối liên quan giữa tỷ lệ có thai với thời gian kích thích buồng trứng** 96
Relation between pregnancy rate and duration of ovarian stimulation
Hồ Sỹ Hùng
- 27 **Kiến thức, thái độ về hoạt động thể lực của cử nhân dinh dưỡng trường Đại học y Hà Nội** 100
Knowledge, attitudes of physical activity among the bachelors of nutrition, Hanoi Medical University
Đặng Thị Thu Hằng, Nguyễn Quang Dũng
- 28 **Hiện trạng và nguyên nhân tử vong mẹ ở Việt Nam năm 2015 (Phần 2: Nguyên nhân tử vong mẹ ở Việt Nam năm 2015)** 104
Current status and causes of maternal mortality in viet nam by the year of 2015 (Part 2: Causes of maternal mortality in Viet Nam by 2015)
Trần Đăng Khoa
- 29 **Một số khó khăn thường gặp trong đường vào phẫu thuật cấy ốc tai điện tử** 109
Surgical difficulties of cochlear implantation
Nguyễn Thị Hải Lý, Cao Minh Thành
- 30 **Thực trạng quản lý chất thải rắn y tế tại trung tâm y tế huyện Bù Đăng tỉnh Bình Phước, năm 2017** 113
Situation of health solid waste management at health center in Binh Phuoc District, Binh Dinh Province, 2017
Nguyễn Huy Mạnh, Lê Thị Thanh Xuân
- 31 **Nhận xét một số yếu tố dự báo khởi phát giai đoạn trầm cảm ở bệnh nhân rối loạn trầm cảm tái diễn** 117
Predictors of onset subsequent episode of major depressive disorder (MDD)
Phạm Xuân Thắng, Nguyễn Văn Tuấn

- 32 **Thực trạng viêm lợi trên người khám sức khỏe răng miệng định kỳ tại Bệnh viện Đại học y Hà Nội năm 2016** 121
Gingivitis status of people who have oral health checked at Ha Noi medical University Hospital 2016
Lê Long Nghĩa
- 33 **Thực trạng sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện của bệnh nhân viêm đường hô hấp dưới tại khoa nội tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp năm 2015** 123
The use of antibiotics before admission of patients with lower respiratory tract infections in department of internal medicine, general Hospital of Agriculture 2015
Hà Hữu Tùng
- 34 **Nghiên cứu đặc điểm siêu âm doppler động mạch cảnh ở bệnh nhân nam giới mắc gút nguyên phát** 126
Evaluation of atherosclerotic carotid plaque by ultrasonography in male patients with primary gout
Nguyễn Thị Khánh Linh, Nguyễn Thị Phương Thủy
- 35 **Nghiên cứu nồng độ sắt, ferritin huyết thanh ở bệnh nhân xơ gan** 130
Studying on concentration of serum iron, ferritin of liver cirrhosis patients
Nguyễn Trọng Hà, Đỗ Phương Hoàng, Đặng Thị Lan Anh, Lê Việt Thắng
- 36 **Thực trạng bệnh tai mũi ở học sinh trường trung học cơ sở Quang trung - Thái Nguyên năm 2015** 133
Actual situation of ear nose throat (ENT) disease of quang trung secondary school's pupil, Thai Nguyen in 2015
Nguyễn Công Hoàng, Nguyễn Thị Thái Hà
- 37 **Đáp ứng của phác đồ phối hợp pacitaxel-carboplatin trên bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn và một số yếu tố liên quan** 136
Response of regime combination pacitaxel-carboplatin in metastatic recurrent breast cancer and related factors
Trần Văn Thuận
- 38 **Đánh giá quan điểm của lãnh đạo bệnh viện tuyến huyện về việc thực hiện khoán định suất bảo hiểm y tế tại một số tỉnh Đồng bằng sông Cửu Long** 140
The standpoint assessment of district hospital leaders for health insurance capitation payment mechanism in provinces in Mekong delta
Dương Huy Lương
- 39 **Đánh giá ảnh hưởng lên tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn của an thần bằng propofol trong gây tê tủy sống để phẫu thuật tiết niệu, sinh dục** 144
Assessment the effect on circulation, respiration and side effects of propofol sedation with spinal anesthesia for urology and genital surgery
Bùi Việt Lâm, Nguyễn Đức Lam
- 40 **Thay đổi kiến thức chăm sóc phòng chống loét của người chăm sóc chính người bệnh liệt nửa người do đột quỵ não tại khoa thần kinh Bệnh viện Bạch Mai** 148
Change in caregiver knowledge of caregiver care in patient with hemiplegia due to cerebral stroke after health education intervention
Lê Xuân Đại, Võ Hồng Khôi, Trương Tuấn Anh
- 41 **Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến khởi phát 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** 152
Study on a number of factors related to the onset of mixed anxiety and depression in patients inpatient mental health clinic - Bach Mai Hospital
Nguyễn Văn Dũng

- 42 **Nhận xét tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện 6 tháng đầu năm 2017 tại Bệnh viện TW Quân Đội 108** 156
Comment on the situation of hospital-acquired infections in the first 6 months of 2017 at 108 Military Central Hospital
Nguyễn Quang Toàn, Đinh Vạn Trung
- 43 **Nghiên cứu hiệu quả giảm đau của kỹ thuật gây tê cơ ngang bụng dưới hướng dẫn của siêu âm sau phẫu thuật vùng bụng** 160
Analgesic efficacy of ultrasound – guided transversus abdominis plane (TAP) blocks after abdominal surgery
Nguyễn Trung Kiên, Lê Hữu Trí, Ngô Văn Định, Nguyễn Thanh Xuân
- 44 **Đánh giá hiệu quả phục hồi vận động của phương pháp điện châm kết hợp thủy châm trên bệnh nhân liệt nửa người do đột quỵ não** 163
Assessment of kinetic rehabilitation efficiency of the method of galvanopuncture combined with aquapuncture in patients with hemiplegia caused by brain stroke
Đoàn Chí Cường, Trần Thị Hương Lan
- 45 **Đánh giá sự biến đổi đông máu trong bệnh giảm áp cấp tính** 168
Evaluating the coagulation changes in acute decompression sickness
Nguyễn Tùng Linh, Đặng Quốc Bảo, Nguyễn Minh Phương, Cao Hồng Phúc
- 46 **Liên quan giữa nồng độ acid uric máu và các yếu tố lối sống** 172
Association between serum acid uric and lifestyle patterns in a sample of health checkup examinees
Huỳnh Kim Phượng
- 47 **Thực trạng sử dụng y học cổ truyền của người dân 2 xã thuộc TP. Đà Nẵng năm 2014** 176
The current situation of using traditional medicine of the people in two communes/wards of Da Nang City in 2014
Đậu Xuân Cảnh, Nguyễn Thị Tâm Thuận
- 48 **Biến đổi hoạt độ enzym chống oxy hóa ở người tiếp xúc nghề nghiệp với trinitrotoluene sau điều trị giải độc không đặc hiệu** 180
Antioxidant enzymes changes in workers occupational exposed to trinitrotoluene after non-specific detoxification treatment
Nguyễn Phúc Thái, Nguyễn Kiên Cường, Nguyễn Minh Phương, Đỗ Phương Hường
- 49 **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của chửa trứng tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng** 184
Clinical and sub-clinical features of molar pregnancy in Haiphong Hospital of obstetrics and gynecology
Vũ Văn Tâm, Đỗ Quang Anh
- 50 **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp điều trị ung thư vú giai đoạn I-III tại Bệnh viện Đại học y Hà Nội** 187
Clinical and subclinical features and the measures of treatment for patients with breast cancer staged I-III at Hanoi medical University Hospital
Mai Thị Kim Ngân, Lê Văn Quảng, Nguyễn Xuân Hậu, Phan Thanh Dương, Nguyễn Văn Hùng, Trương Văn Hợp
- 51 **Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp nhân tạo sử dụng hệ thống robot** 192
Results of robot-assisted joint arthroplasty
Đào Xuân Thành, Hoàng Gia Du
- 52 **Giá trị đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu đo bằng siêu âm ở người lớn khỏe mạnh trên người Việt Nam** 196
Transorbital sonographic evaluation of normal optic nerve sheath diameter in healthy adults in Vietnamese
Vương Xuân Trung, Nguyễn Anh Tuấn

- 53 **Liên quan giữa trắc nghiệm thần kinh tâm lý với hình ảnh cộng hưởng từ sọ não của bệnh nhân Alzheimer** 199
Relationship between neuropsychological test and cerebral magnetic resonance imaging of Alzheimer's patients
Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Thị Thanh Bình
- 54 **Chẩn đoán sớm trước sinh một số bất thường nhiễm sắc thể bằng phương pháp sinh thiết gai nhau kết hợp kỹ thuật prenatal bobs** 203
Chorionic villus sampling and prenatal bobs technique for abnormal chromosome prenatal diagnosis
Hà Thị Liên, Nguyễn Thu Hoài, Lê Thị Thanh Hương, Bùi Phương Hoa, Nguyễn Ngọc Tú, Trần Thị Thanh Hương
- 55 **Thực trạng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau chấn thương tủy sống và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2016** 207
Evaluation of life quality of individuals after spinal cord injuries at Bach Mai Hospital in 2016
Nguyễn Anh Tú, Đỗ Đào Vũ
- 56 **Thực trạng nhiễm và một số yếu tố liên quan tới hành vi nguy cơ cao lây nhiễm vi rút viêm gan C của bệnh nhân điều trị methadone, tỉnh Ninh Bình năm 2016** 211
Actual status of hepatitis C virus infection and some factors related to high risk of HCV transmission among methadone patients in Ninh Binh province in 2016
Đỗ Văn Dung
- 57 **Tình trạng thiếu vitamin A và một số yếu tố liên quan ở trẻ 36-59 tháng tuổi nguy cơ suy dinh dưỡng thấp còi tại huyện Đồng bằng Sông Hồng, năm 2015** 216
Vitamin a deficiency and related factors in children aged 36-59 months risk of stunting in a district of red river delta, 2015
Hoàng Văn Phương, Lê Danh Tuyên, Phạm Thị Thanh Bình, Trần Thúy Nga, Nguyễn Song Tú
- 58 **Nghiên cứu chỉ số và hình thái tế bào hồng cầu ở phụ nữ mang thai mắc bệnh Thalassemia** 220
Study on indexes and morphology of erythrocyte in pregnant women with beta-thalassemia
Lương Thị Quỳnh Nga, Lê Đình Tùng, Nguyễn Quang Tùng
- 59 **Đặc điểm di căn hạch chủ bụng sau mổ trong ung thư cổ tử cung giai đoạn figo IB – IIA tại Bệnh viện K** 225
The characteristics of para-aortic lymph node metastases in patients with cervical cancer stage figo IB – IIA after surgery at K Hospital
Lê Thị Hằng, Nguyễn Văn Tuyên, Vũ Thị Thanh
- 60 **Kết quả điều trị ung thư tuyến giáp trạng tái phát tại Bệnh viện Đại học y Hà Nội** 228
The surgical result of recurrent thyroid cancer at Ha Noi medical University Hospital
Dương Chí Thành, Lê Văn Quảng, Nguyễn Văn Tài, Trần Thị Hậu, Trần Đức Toàn
- 61 **Kết quả điều trị thay khớp háng toàn phần không xi măng sử dụng kỹ thuật góc nghiêng phối hợp** 231
Results of cementless total hip arthroplasty using combined antevertion technique
Bùi Đức Ngọt, Đào Xuân Thành, Hoàng Gia Du
- 62 **So sánh kết quả có thai của tinh trùng ít yếu dị dạng rất nặng từ mẫu xuất tinh và mẫu thu được từ chọc hút mào tinh qua da** 235
Comparison the pregnancy outcomes after intracytoplasmic sperm injection (ICSI) using extracted testicular sperm and ejaculated extreme severe oligo-asthenoteratozoospermia sperm
Nguyễn Xuân Hợi, Nguyễn Thị Liên Hương

- 63 **Kết quả điều trị ung thư đại tràng giai đoạn ivb bằng phác đồ MFOFLOX6 tại Bệnh viện Đại học y Hà Nội và Bệnh viện K** 238
The efficacy and toxicity of MFOLOFX6 regimen in patients with stage ivb colon cancer at hanoi medical university Hospital and National Cancer Hospital
Trương Văn Hợp, Lê Văn Quảng, Trần Thắng, Trịnh Lê Huy, Hoàng Mạnh Thắng
- 64 **Đánh giá tác dụng giảm đau thắt lưng của thuốc “bổ thận tráng dương hoàn” ở bệnh nhân đau thắt lưng thể thận dương hư** 242
An evaluation of the effectiveness of the remedy “Bo Than Trang Duong Hoan” on the patients with lower back pain caused by kidney *yang* deficiency
Đoàn Quang Huy
- 65 **Thực hành khám thai theo hướng dẫn quốc gia của nhân viên y tế tuyến xã, tỉnh Cao Bằng năm 2015** 245
Antenatal care practice of community health workers in compliance with the national guideline in Cao Bang province 2015
Triệu Nguyệt Hoa, Phạm Thị Lan Liên, Trần Thanh Tú, Lục Văn Đại, Nông Thị Hiện¹ và Đinh Thị Phương Hòa
- 66 **Một số đặc điểm của chỉ số giảm thở, ngừng thở trong hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ** 249
Some characteristics of apnea-hypopnea index in obstructive sleep apnea syndrome
Nguyễn Thanh Bình
- 67 **Phân tích một số nguyên nhân tái phát của nang và rò giáp lưỡi** 253
Analysis of some thyroglossian duct cyst recurrence
Tạ Phương Thúy, Nguyễn Công Hoàng
- 68 **Kết quả bước đầu tiêm thẩm phân lỗ liên hợp dưới hướng dẫn C-ARM trong điều trị đau rễ thần kinh cột sống thắt lưng** 256
The initial effectiveness of neural foraminal infiltration under C-ARM guidance for the treatment of lumbar radiculopathy
Lê Hoàng Long, Bùi Văn Giang, Phạm Hồng Đức
- 69 **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm đa cơ và viêm da cơ tự miễn điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy** 260
Clinical and laboratory features in patients with polymyositis and dermatomyositis treated at Cho Ray Hospital
Nguyễn Đình Khoa, Lưu Văn Ái
- 70 **Thực trạng quản lý chất thải rắn tại các cơ sở y tế trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh** 265
Situation of solid waste management at medical organizations in Ho Chi Minh City
Trần Hữu Tâm
- 71 **Kết quả đào tạo thí điểm bác sỹ nội trú, bác sỹ chuyên khoa cấp I, bác sỹ chuyên khoa cấp II tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2012 – 2016** 270
Pilot training results for intern doctors, specialist doctors level I, specialist doctors level II at viet duc friendship Hospital in the period 2012-2016
Nguyễn Văn Dũng, Trần Thị Hồng Thắm, Tào Minh Châu và cộng sự
- 72 **Một số đặc điểm lâm sàng rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống** 273
Some clinical featrure of depressives disorders in systemic lupus erythematosus
Cao Thị Vịnh, Nguyễn Văn Đoàn, Nguyễn Kim Việt
- 73 **Điều tra tình hình nuôi trồng, chế biến dược liệu tại xã Nghĩa Trai của tỉnh Hưng Yên** 277
An investigation into the actual situation of cultivation and production of herbal and medicinal plants in Nghia Trai commune, Hung Yen province
Đoàn Quang Huy