



Y HỌC

VIỆT NAM

Năm thứ sáu mươi ba

VIETNAM MEDICAL JOURNAL



THÁNG 10 - SỐ 1
2017

TẬP 459

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

HIỆU QUẢ CAN THIỆP VỀ KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, HÀNH VI ĐỐI VỚI CÁC BỆNH RĂNG MIỆNG Ở ĐỐI TƯỢNG NGƯỜI CAO TUỔI TẠI TỈNH ĐẮK LẮK

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

TÓM TẮT

Mục tiêu: Hiệu quả can thiệp về kiến thức, thái độ, hành vi đối với các bệnh răng miệng ở đối tượng người cao tuổi. **Đối tượng nghiên cứu:** 1350 người. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp. **Kết quả:** Can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe là có hiệu quả ở nhóm can thiệp: Tăng tỷ lệ người có kiến thức về bệnh răng miệng: 85,40%. Tăng tỷ lệ người có thái độ khám nha sỹ khi có vấn đề 47,6% Tăng tỷ lệ người thực hành chải răng > 3 phút mỗi lần chải 88,56%.

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

SUMMARY

EFFECTIVE INTERVENTION IN KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND CONDUCTIVITY OF ORAL DISEASES IN ELDERLY PEOPLE IN DAK LAK PROVINCE

Objective: Effective education in knowledge, attitude, and conductivity of oral diseases in the elderly. **Study subjects:** 1350 people. **Method:** intervention study. **Result:** In study group, intervention in health education is effective. The proportion of people aware of oral diseases, having attitude to see a dentist when having problems and practicing brushing teeth at least 3 minutes per time has risen, respectively 85.4%, 47.6% and 88.56%.

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

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Già hóa dân số đang trở thành vấn đề được toàn thể giới quan tâm kéo theo đó là công tác giáo dục và chăm sóc sức khỏe người cao tuổi (NCT) cũng phát triển. Trong vài thập niên gần đây, các cuộc điều tra về sức khỏe răng miệng (SKRM) của NCT 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 NCT [1]. Các nghiên cứu đã

phân tích, mô tả nhiều hiện tượng SKRM nổi bật của NCT, trong đó: Sâu răng vẫn là bệnh phổ biến và là nguyên nhân chính dẫn tới tình trạng mất răng [2][3]. Trong những năm gần đây, chuyên ngành Răng Hàm Mặt đã phục vụ đối tượng là NCT ngày một tăng. Mặc dù vậy, cũng như nhiều nước khác, các chương trình SKRM NCT ở nước ta vẫn còn rất hạn chế cho dù đã có một số công trình nghiên cứu về điều trị và dự phòng bệnh răng miệng trong khu vực, song đa số những nghiên cứu này mới chỉ dừng lại ở lứa tuổi học đường và người trưởng thành. Chưa có nghiên cứu tổng quát nào về dự phòng bệnh răng miệng bằng hình thức truyền thông giáo dục sức khỏe thay đổi kiến thức, thái độ, hành vi ở NCT. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá hiệu quả can thiệp về kiến thức, thái độ, hành vi đối với các bệnh răng miệng 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 NCT (theo luật NCT của Việt Nam)[4].

- **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 01/2016 đến tháng 07/2017.

2.2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu: Sử dụng công thức ước tính cỡ mẫu so sánh hai tỷ lệ, tính được cỡ mẫu tối thiểu là $n_1 = n_2 = 140$ người cho mỗi nhóm.

Tiêu chuẩn đánh giá: Đánh giá kiến thức, thái độ, hành vi trong chăm sóc SKRM của NCT bằng chấm điểm các câu trả lời trong bộ câu hỏi, mỗi câu hỏi đều có đáp án trả lời bằng cách đánh dấu. Trong đó:

- Phần kiến thức chăm sóc SKRM gồm 10 câu hỏi (chỉ có 1 đáp án đúng trong mỗi câu) được đánh giá bằng cách:

+ Không có kiến thức: Trả lời đúng dưới 70%

*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: 15/7/2017

Ngày phản biện khoa học: 12/8/2017

Ngày duyệt bài: 22/8/2017

số câu hỏi (dưới 7 câu)

+ Có kiến thức: Trả lời đúng từ 70% tổng số câu hỏi trở lên (7 câu trở lên)

- Phần thái độ chăm sóc SKRM gồm 4 câu hỏi (chỉ có 1 đáp án đúng trong mỗi câu).

- Phần thực hành chăm sóc SKRM gồm 6 câu hỏi (chỉ có 1 đáp án đúng trong mỗi câu).

Chỉ số hiệu quả: Sử dụng chỉ số hiệu quả để đánh giá tỷ lệ kiến thức, thái độ và thực hành thay đổi giữa thời điểm sau can thiệp so với trước can thiệp của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng.

Công thức tính hiệu quả can thiệp (HQCT):

$$CSHQ_{ct} (\%) = \frac{|P_{1ct} - P_{2ct}|}{P_{1ct}} \times 100$$

$$CSHQ_{dc} (\%) = \frac{|P_{1dc} - P_{2dc}|}{P_{1dc}} \times 100$$

$$HQCT = CSHQ_{ct} - CSHQ_{dc}$$

- p_{1ct} : Tỷ lệ trước can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe của nhóm can thiệp

- p_{2ct} : Tỷ lệ sau can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe của nhóm can thiệp

- p_{1dc} : Tỷ lệ trước can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe của nhóm đối chứng

- p_{2dc} : Tỷ lệ sau can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe của nhóm đối chứng

2.3. Công cụ thu thập số liệu: Bộ khay khám

răng: khay quả đậu, gương, thám châm, gắp. Dụng cụ để khử khuẩn. Thiết bị nha khoa di động. Hóa chất, vật liệu trám (GIC Fuji IX của G.C). Máy lấy cao siêu âm của hãng ART.

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 [6].

2.5. Sai số và biện pháp khống 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 kiến thức chăm sóc sức khỏe răng miệng trước và sau can thiệp

Kiến thức	Trước can thiệp		Sau can thiệp	
	Can thiệp (%)	Đối chứng (%)	Can thiệp (%)	Đối chứng (%)
Có kiến thức	43,6	45,0	85,0	49,3
Không có kiến thức	56,4	55,0	15,0	50,7
	$p > 0,05$		$p < 0,01$	

Nhận xét: Trước can thiệp, tỷ lệ đối tượng có kiến thức chăm sóc SKRM là gần tương đương nhau ($p > 0,05$). Sau can thiệp, tỷ lệ có kiến thức ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng (85,0% so với 49,3%), sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Bảng 3.2. Hiệu quả can thiệp đối với kiến thức chăm sóc sức khỏe răng miệng ở người cao tuổi trước và sau can thiệp

Kiến thức	Trước can thiệp		Sau can thiệp		$p_{(ct/dc)}$ sau can thiệp	HQCT (%)
	Can thiệp (%)	Đối chứng (%)	Can thiệp (%)	Đối chứng (%)		
Có kiến thức	43,6	45,0	85,0	49,3	$< 0,01$	85,40
Không có kiến thức	56,4	55,0	15,0	50,7		

Nhận xét: Sau can thiệp, tỷ lệ có kiến thức tăng lên ở nhóm can thiệp mang ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). HQCT giữa hai nhóm can thiệp và đối chứng trước và sau can thiệp tăng lên 85,40%.

Bảng 3.3. So sánh thái độ về chăm sóc sức khỏe răng miệng giữa nhóm chứng và can thiệp thời điểm trước can thiệp

Biểu hiện	Thái độ	Can thiệp		Đối chứng		
		n	%	n	%	
Chải răng hàng ngày	Có	110	78,6	113	80,7	$p > 0,05$
	Không	30	21,4	27	19,3	
Khám định kỳ	Có	21	15,0	22	15,7	$p > 0,05$
	Không	119	85,0	118	84,3	
Khám bác sỹ khi có vấn đề	Có	75	53,6	73	52,1	$p > 0,05$

	Không	65	46,4	67	47,9	
Nguyên vọng điều trị răng giả	Có	79	56,4	81	57,9	p>0,05
	Không	61	43,6	59	42,1	

Nhận xét: Trước can thiệp, tỷ lệ thái độ về các biểu hiện của hai nhóm là tương đương nhau (p>0,05)

Bảng 3.4. So sánh thái độ về chăm sóc sức khỏe răng miệng giữa nhóm chứng và can thiệp thời điểm sau can thiệp χ^2 test

Biểu hiện	Thái độ	Can thiệp		Chứng		
		n	%	n	%	
Chải răng hàng ngày	Có	137	97,9	116	82,9	p<0,01
	Không	3	2,1	24	17,1	
Khám định kỳ	Có	41	29,3	29	20,7	p>0,05
	Không	99	70,7	111	79,3	
Khám bác sỹ khi có vấn đề	Có	115	82,1	77	55,0	p<0,01
	Không	25	17,9	63	45,0	
Nguyên vọng điều trị răng giả	Có	119	85,0	85	60,7	p<0,01
	Không	21	15,0	55	39,3	

Nhận xét: Sau can thiệp, tỷ lệ đối tượng đồng ý chải răng hàng ngày, khám bác sỹ khi có vấn đề và nguyên vọng điều trị răng giả của nhóm can thiệp cao hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê (p<0,01)

Bảng 3.5. Hiệu quả can thiệp đối với thái độ chăm sóc sức khỏe răng miệng χ^2 test

Biểu hiện		Trước can thiệp		Sau can thiệp		p(CT/ĐC) sau can thiệp	HQCT (%)
		Can thiệp(%)	Đối chứng(%)	Can thiệp(%)	Đối chứng(%)		
Chải răng hàng ngày	Có	78,6	80,7	97,9	82,9	p<0,01	21,8
	Không	21,4	19,3	2,1	17,1		
Khám định kỳ	Có	15	29,3	15,7	20,7	p>0,05	63,5
	Không	85,0	70,7	84,3	79,3		
Khám bác sỹ khi có vấn đề	Có	53,6	52,1	82,1	55	p<0,01	47,6
	Không	46,4	47,9	17,9	45,0		
Nguyên vọng điều trị răng giả	Có	56,4	57,9	85	60,7	p<0,01	45,9
	Không	43,6	42,1	15,0	39,3		

Nhận xét: Sau can thiệp, HQCT giữa hai nhóm can thiệp và đối chứng trước và sau can thiệp về chải răng hàng ngày, khám bác sỹ khi có vấn đề và nguyên vọng điều trị răng giả tăng lên lần lượt là 21,8%, 47,6% và 45,9%, sự khác biệt đều mang ý nghĩa thống kê (p<0,01)

Bảng 3.6. So sánh thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng giữa nhóm chứng và can thiệp thời điểm trước can thiệp χ^2 test

Thực hành chải răng hàng ngày	Can thiệp		Chứng		
	n	%	n	%	
Có chải	121	86,4	124	88,6	p>0,05
Không chải	19	13,6	16	11,4	p>0,05
Ngày một lần	63	45,0	66	47,1	p>0,05
Ngày > hai lần	58	41,4	58	41,4	p>0,05
Sau khi ăn	9	6,4	10	7,1	p>0,05
Không chải sau ăn	112	80,0	114	81,4	p>0,05
> 3' mỗi lần chải	25	17,9	27	19,3	p>0,05
< 3' mỗi lần chải	96	68,6	97	69,3	p>0,05

Nhận xét: Trước can thiệp, tỷ lệ thực hành chải răng hàng ngày giữa hai nhóm là gần tương đương nhau (p > 0,05)

Bảng 3.7. So sánh thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng giữa nhóm chứng và can thiệp thời điểm sau can thiệp χ^2 test

Thực hành chải răng hàng ngày	Can thiệp		Chứng		
	n	%	n	%	
Có chải	136	97,1	126	90,0	p<0,05
Không chải	4	2,9	14	10,0	p<0,05
Ngày một lần	33	23,6	61	43,6	p<0,01

Ngày > hai lần	103	73,6	65	46,4	p<0,01
Sau khi ăn	13	9,3	11	7,9	p>0,05
Không chải sau ăn	123	87,9	115	82,1	p>0,05
> 3' mỗi lần chải	50	35,7	30	21,4	p<0,01
< 3' mỗi lần chải	86	61,4	96	68,6	p>0,05

Nhận xét: Sau can thiệp, tỷ lệ đối tượng có chải răng hàng ngày ở nhóm can thiệp cao hơn so với nhóm chứng. Tương tự, tỷ lệ chải răng ngày hai lần trở lên, chải >3 phút ở nhóm can thiệp cao hơn mang ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (p<0,05).

Bảng 3.8. Hiệu quả can thiệp đối với thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng * χ^2 test

Thực hành chải răng		Trước can thiệp		Sau can thiệp		p(CT/ĐC) sau can thiệp	HQCT (%)
		Can thiệp(%)	Đối chứng(%)	Can thiệp(%)	Đối chứng(%)		
Chải răng hàng ngày	Có	86,4	88,6	97,1	90,0	p<0,05	10,80
	Không	13,6	11,4	2,9	10,0		
Chải răng ngày > hai lần	Có	41,4	41,4	73,6	46,4	p<0,01	65,70
	Không	58,6	58,6	26,4	53,6		
Chải răng sau khi ăn	Có	6,4	7,1	9,3	7,9	p>0,05	34,04
	Không	93,6	92,9	90,7	92,1		
>3 phút mỗi lần chải	Có	17,9	19,3	35,7	21,4	p<0,01	88,56
	Không	82,1	80,7	64,3	78,6		

Nhận xét: HQCT giữa hai nhóm can thiệp và đối chứng trước và sau can thiệp về chải răng hàng ngày, ngày từ hai lần trở lên và từ 3 phút trở lên mỗi lần tăng lên lần lượt là 10,80%, 65,70%, 88,56%, sự khác biệt đều mang ý nghĩa thống kê (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

Kiến thức về bệnh răng miệng của NCT trước can thiệp giữa hai nhóm là không có sự khác biệt. Tuy nhiên, sau can thiệp, nhóm đối chứng có tỷ lệ kiến thức về bệnh răng miệng thấp hơn với nhóm can thiệp (49,3% so với 85,0%). Tính toán hiệu quả sau can thiệp cho thấy tỷ lệ NCT có kiến thức về bệnh răng miệng tăng lên 85,40% so với nhóm đối chứng. Điều này cho thấy ảnh hưởng của công tác giáo dục nha khoa, hệ thống cung cấp dịch vụ răng miệng và hiệu ứng tích cực trong cộng đồng. Nếu hiểu biết, có điều kiện thuận lợi, NCT sẽ đến với các dịch vụ răng miệng nhiều và đạt được hiệu quả tốt hơn. Bên cạnh đó, kiến thức về chăm sóc SKRM ở NCT còn phụ thuộc nhiều yếu tố như: trình độ văn hóa, nghề nghiệp, mức sống, khu vực sinh sống, sự tự tìm hiểu của từng cá nhân... Đa phần NCT không hiểu kiến thức cơ bản cần thiết về răng miệng, biểu hiện là vấn đề tự quan tâm chăm sóc răng miệng kém, vệ sinh răng miệng chưa tốt, sử dụng nhiều thói quen có hại. Vấn đề giáo dục nha khoa cũng như mạng lưới đáp ứng các dịch vụ chăm sóc SKRM là vấn đề cần được quan tâm.

Ở thời điểm trước can thiệp, tỷ lệ thái độ chải răng hàng ngày, khám định kỳ, khám bác sỹ khi có vấn đề, nguyện vọng điều trị răng giả ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng không có sự khác biệt. Tuy nhiên, sau can thiệp, tỷ lệ thái độ chải răng hàng ngày ở nhóm đối chứng gần như không thay đổi, ở nhóm can thiệp tỷ lệ thái độ

chải răng hàng ngày tăng rõ rệt (từ 78,6% lên 97,9%) và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê. Tương tự, sau can thiệp, tỷ lệ NCT có thái độ khám bác sỹ khi có vấn đề và nguyện vọng điều trị răng giả ở nhóm đối chứng gần như không thay đổi, ở nhóm can thiệp tỷ lệ NCT có thái độ khám bác sỹ khi có vấn đề tăng từ 53,6% lên 82,1% và nguyện vọng điều trị răng giả tăng từ 56,4% lên 85,0%. Hiệu quả tác động của can thiệp đã làm tỷ lệ thái độ chải răng hàng ngày, khám bác sỹ khi có vấn đề, nguyện vọng điều trị răng giả của NCT tăng lên lần lượt là 21,8%, 47,6%, 45,9% và thay đổi này có ý nghĩa thống kê.

Vấn đề thực hành chăm sóc SKRM ở NCT trước và sau can thiệp: trước can thiệp không ghi nhận sự khác biệt về tỷ lệ thực hành chải răng hàng ngày giữa hai nhóm can thiệp và nhóm chứng. Tuy nhiên, sau can thiệp, tỷ lệ thực hành chải răng hàng ngày ở nhóm đối chứng hầu như không thay đổi, riêng ở nhóm can thiệp tỷ lệ NCT có chải răng tăng từ 86,4% lên 97,1%, chải ngày từ hai lần trở lên tăng từ 41,4% lên 73,6% và chải từ ba phút trở lên tăng từ 17,9% lên 35,7%. HQCT đã làm tỷ lệ thực hành chải răng hàng ngày, chải răng ngày $\geq$ hai lần, $\geq$ ba phút mỗi lần chải tăng lên lần lượt là 10,80%, 65,70% và 88,56%.

Sau khi tiến hành can thiệp chúng ta có thể thấy rằng kiến thức, thái độ, thực hành của nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu được cải thiện rõ rệt. Nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Việt cũng cho kết quả tương tự [7]. Hầu hết các

đối tượng đều hiểu được tầm quan trọng của vệ sinh răng miệng, sự cần thiết phải khám răng miệng định kỳ cũng như có ý thức phải làm răng, hàm giả khi mất răng. Như vậy, giáo dục nha khoa đã tạo ra những biến đổi rất tích cực về hành vi SKRM, có thể coi đây là kết quả ban đầu đáng khích lệ để mở rộng phạm vi và mức độ can thiệp trong cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe là có hiệu quả ở nhóm can thiệp:

- + Tăng tỷ lệ người có kiến thức về bệnh răng miệng: 85,40%.
- + Tăng tỷ lệ người có thái độ khám bác sỹ khi có vấn đề 47,6%
- + Tăng tỷ lệ người thực hành chải răng > 3 phút mỗi lần chải 88,56%.

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. **Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam.** Luật người cao tuổi số 39/2009/QH12, ban hành ngày 23 tháng 11 năm 2009.
5. **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.
6. **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.
7. **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 sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ HÌNH THÁI RĂNG NGẦM TRÊN PHIM X QUANG THƯỜNG QUY VÀ PHIM CẮT LỚP VI TÍNH CHÙM TIA HÌNH NÓN

Trần Cao Bính*, Võ Thúy Hồng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định hình thái và vị trí của răng ngầm trên phim Xquang thường quy (2D) và trên phim cắt lớp chùm tia hình nón hay CT. Cone Beam (3D). **Đối tượng và phương pháp Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang tiến cứu 30 bệnh nhân được chụp phim thường quy 2D và phim CT.Cone Beam (CTCB) ứng dụng phần mềm 3D để chẩn đoán và điều trị nắn chỉnh răng tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ 3/2012-12/2014. **Kết quả:** Trên phim 2D: xác định được 4 trường hợp (13,3%) chính xác vị trí răng ngầm, 9 trường hợp (30%) nghi ngờ khó xác định được, 17 trường hợp (56,7%) là không xác định được vị trí răng ngầm. Trên phần mềm 3D: 100% các trường hợp xác định được chính xác vị trí răng ngầm. Độ nhạy, độ đặc hiệu của phần mềm 3D là 100%. **Kết luận:** phần mềm 3D xác định chính xác hình thái, vị trí răng ngầm và các cấu trúc giải phẫu liên quan, quyết định kế hoạch điều trị.

**Bệnh Viện Răng Hàm Mặt TƯ Hà Nội*
 Chịu trách nhiệm chính: Trần Cao Bính
 Email: dr.binhnhos@gmail.com
 Ngày nhận bài: 31/6/2017
 Ngày phản biện khoa học: 30/7/2017
 Ngày duyệt bài: 19/8/2017

Từ khóa: Răng ngầm. cắt lớp chùm tia hình nón

SUMMARY

EVALUATION OF IMPACTED TEETH BY CONVENTIONAL RADIOGRAPHY AND CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY

Objective: To determine the position and shape of impacted teeth on conventional radiography (2D) and cone beam computed tomography (3D). **Subjects and methods:** prospective study, 30 patients were taken radiograph for orthodontic treatment at National Hospital of Odontology - Stomatology, Hanoi from March, 2012 to December, 2014. **Results:** 2D film: 4 cases (13.3%) were located accurately, 9 cases (30%) were suspected, 17 cases (56,7%) were not located. 3D film: 100% of cases were located accurately. The sensitivity and the specificity of 3D software were 100%. **Conclusion:** 3D software should be suggested to evaluate more accurately the position and tooth shapes. It is believed that CBCT is an effective tool and it will change the treatment or the treatment outcome for the patient.

Keyword: Impacted teeth, cone beam computed tomography (3D)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng ngầm là những răng nằm lưu trong xương hàm khi đã quá tuổi mọc răng bình thường của nó, được bao bọc bởi túi mầm răng

và không có sự thông thương với khoang miệng. Ngày nay có quan điểm cho rằng, răng được cho là mọc ngầm khi túi mầm răng của nó không có sự thông thương với khoang miệng sau khoảng hai năm so với chu kỳ mọc răng bình thường của nó.

Ngày nay nhờ phần mềm 3D trên máy CTCB không những khắc phục được hạn chế phim 2D mà còn gợi ý vị trí bộc lộ răng ngầm và các cấu trúc giải phẫu liên quan từ đó lập được kế hoạch điều trị kéo răng ngầm trong nắn chỉnh răng.

Tại Việt Nam có rất ít những nghiên cứu ứng dụng phần mềm 3D kéo răng ngầm trong nắn chỉnh. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu sau: Đánh giá hình thái răng ngầm trên phim X quang thường quy 2D và trên phần mềm công nghệ 3D để điều trị Nắn chỉnh răng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Là các bệnh nhân được chụp phim thường quy 2D và phim CTCB để chẩn đoán và điều trị nắn chỉnh răng tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ 3/2012-12/2014.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

+ Răng vĩnh viễn ngầm thuộc nhóm răng trước và răng hàm nhỏ.

+ Răng ngầm có khả năng kéo được ra cung răng.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không phối hợp; Răng ngầm không có khả năng kéo ra được cung hàm; Răng ngầm là các răng hàm lớn

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, tiến cứu

2.2.2. Chọn cỡ mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện gồm 30 bệnh nhân

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

Bước 1. Khám lâm sàng chụp phim 2D lựa chọn bệnh nhân

Bước 2. Chụp phim CTCB

Bước 3. Phân tích phim CTCB trên phần mềm 3D

- Hình dạng thân răng và chân răng

- Các kích thước của răng

- Vị trí và khoảng cách của răng tới các cấu trúc giải phẫu

+ Khoảng cách từ răng đến bờ sống hàm

+ Khoảng cách từ răng tới mặt trước xương hàm

- Trục của răng

- Tương quan của răng với các thành phần giải phẫu khác

Bước 4: lập kế hoạch điều trị kéo răng ngầm

Bước 5: Thực hiện kéo răng ngầm

Bước 6: nắn chỉnh răng ngầm

Bước 7: Điều trị duy trì

**Đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu của phần mềm 3D trong điều trị nắn chỉnh răng:*

Mức độ chính xác của sự gợi ý trên phần mềm 3D vị trí bộc lộ trên răng ngầm: điều này được đánh giá trong khi phẫu thuật bộc lộ răng ngầm.

2.2.4. Thu thập và 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 trung bình, so sánh 2 giá trị trung bình dùng test T student

+ Tính tỉ lệ %, so sánh các tỉ lệ dùng test X²

2.3. 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.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 3.1. Phân bố vị trí răng ngầm và mức độ thiếu khoảng.

Nhóm răng	Đủ khoảng		Không đủ khoảng		Tổng		P
	N	%	N	%	N	%	
Răng cửa	3	21,4	11	78,6	14	100	0,076
Răng nanh	3	30,0	7	70,0	10	100	
Răng hàm nhỏ	4	66,7	2	33,3	6	100	
Tổng	10	33,3	20	66,7	30	100	

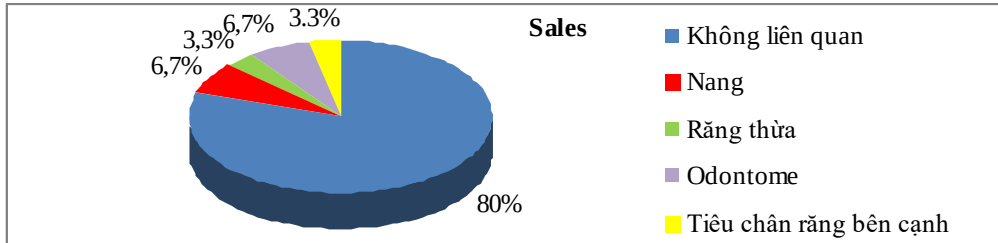
Trong 14 răng cửa ngầm, chỉ có 3 trường hợp có đủ khoảng (21,4%); trong 10 răng nanh ngầm, chỉ có 3 trường hợp có đủ khoảng (30%); trong 6 răng hàm nhỏ ngầm, có 4 răng có đủ khoảng (66,7%). Sự liên quan giữa vị trí của răng ngầm với độ thiếu khoảng là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Vai trò của phần mềm 3D hỗ trợ bộc lộ và xác định hướng kéo răng ngầm

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa gợi ý bộc lộ trên phim 3D và gợi ý trên lâm sàng

Gợi ý vị trí bộc lộ trên phim 3D	Vị trí	Khám lâm sàng tiền đình vùng RN				Tổng		P
		Phồng lên		Không phồng				
		N	%	N	%	N	%	
	Tiền đình	19	79,2	5	20,8	24	100	0,009
Vòm miêng	1	16.7	5	83.3	6	100		

	Tổng số	20	66,7	10	33,3	30	100
--	---------	----	------	----	------	----	-----

Trong 30 răng ngầm thăm khám, 24 trường hợp có gợi ý trên phim 3D ở vị trí tiền đình thì có 19 trường hợp có thể thăm khám thấy khối phòng trên lâm sàng, chiếm 79,2%; trong 6 trường hợp gợi ý trên phim 3D ở vị trí vòm miệng thì có 5 trường hợp là không khám thấy trên lâm sàng (83,3%). Như vậy là có sự phù hợp chặt chẽ giữa kết quả thăm khám trên lâm sàng với thăm khám cận lâm sàng trên phim CT Conebeam 3D, với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3.1. Liên quan của răng ngầm với các yếu tố ảnh hưởng.

Khi xem xét liên quan của răng ngầm với các yếu tố ảnh hưởng, chúng tôi thấy rằng răng ngầm không có liên quan với các bất thường khác chiếm tỷ lệ cao nhất với 80%; chỉ có 2 trường hợp bệnh nhân có răng ngầm tạo thành nang thân răng (6,7%); có 2 trường hợp răng ngầm đi kèm với odontome (6,7%); 1 trường hợp răng ngầm đi kèm với răng thừa (3,3%), 1 trường hợp răng ngầm làm tiêu chân răng bên cạnh (3,3%). Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p = 0,000$.

Góc trục răng ngầm so với mặt phẳng căn: $51,69^\circ \pm 32,87^\circ$. Giá trị nhỏ nhất: 0° . Giá trị lớn nhất 145° , Nghiên cứu cho thấy hầu hết các trường hợp răng ngầm có góc tạo với mặt phẳng căn nằm trong khoảng $40^\circ - 100^\circ$. Chỉ có 1 trường hợp góc răng ngầm tạo với mặt phẳng căn góc $> 100^\circ$.

Khoảng cách xương từ tiền đình đến răng ngầm đo được trên phim 3D phân bố chủ yếu trong khoảng từ 1mm–2mm.

Khoảng cách xương đo được trên phần mềm 3D đến răng ngầm đều là 0,5mm hoặc 1mm.

Bảng 3.3. Khoảng cách xương đến răng ngầm đo được trên phim 3D

Gợi ý bộc lộ	N	Khoảng cách xương từ tiền đình (mm)	Khoảng cách xương từ vòm miệng (mm)
Tiền đình	24	$1,125 \pm 0,826$	
Vòm miệng	6		$0,833 \pm 0,258$

Khoảng cách xương từ tiền đình đến răng ngầm đo được trên phần mềm 3D là $1,125 \pm 0,826$ mm với những răng ở phía tiền đình và khoảng cách xương từ vòm miệng đến răng ngầm là $0,833 \pm 0,258$ mm với những răng ở phía vòm miệng.

Bảng 3.4. Vị trí của răng xác định được trên phim 3D.

Vị trí	Tiền đình		Vòm miệng		Tổng số		P
	N	%	n	%	N	%	
Thân răng	22	73,3	8	26,7	30	100	0,011
Chân răng	14	46,7	16	53,3	30	100	0,715
Mặt ngoài thân răng	24	80	6	20	30	100	0,001

Trong 30 răng ngầm khảo sát, răng ngầm có vị trí thân răng ở phía tiền đình chiếm tỷ lệ cao hơn với 22 răng (73,3%); răng ngầm có vị trí chân răng ở phía vòm miệng chiếm tỷ lệ cao hơn với 16 răng (53,3%); răng ngầm có mặt ngoài nằm ở phía tiền đình chiếm tỷ lệ cao hơn với 80%. Sự khác biệt vị trí thân răng, mặt ngoài thân răng là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.5. Liên quan của mức độ tiêu chân răng bên cạnh với trục răng ngầm so với mặt phẳng dọc giữa.

Tiêu chân răng Trục răng	Không tiêu CR		Mức độ 1		Mức độ 2		Tổng số		P
	n	%	n	%	n	%	N	%	
< 30	15	78,9	4	21,1	0	0	19	100	0,515
30 – 45	6	75,0	2	25,0	0	0	8	100	
> 45	2	66,7	0	0	1	33,3	3	100	
Tổng số	23	76,7	6	20,0	1	3,3	30	100	

Trong số răng ngầm có trục răng so với đường giữa $< 30^\circ$, số răng ngầm làm tiêu chân răng bên cạnh mức độ 2 chiếm 21,1%; không có răng nào làm tiêu chân răng bên cạnh mức độ 3;

78,9% răng ngầm không làm tiêu chân răng bên cạnh. Với các răng ngầm có trục răng so với mặt phẳng dọc giữa $30^\circ - 45^\circ$, có 2 răng ngầm làm tiêu chân răng bên cạnh mức độ 1 chiếm 25%; không có răng nào làm tiêu chân răng bên cạnh mức độ 2; 75,0% răng ngầm không làm tiêu chân răng bên cạnh. Với các răng ngầm có trục răng so với mặt phẳng dọc giữa $>45^\circ$, có 1 răng

ngầm làm tiêu chân răng bên cạnh mức độ 2 (33,3%); không có răng ngầm nào làm tiêu chân răng bên cạnh với mức độ 1; 66,7% răng ngầm không làm tiêu chân răng bên cạnh. Sự liên quan giữa mức độ tiêu chân răng bên cạnh với trục của răng ngầm so với mặt phẳng dọc giữa là không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Bảng 3.6. Tương quan giữa vị trí thân răng xác định trên phim 3D với gợi ý bộc lộ trên phim 3D

Gợi ý bộc lộ Vị trí thân răng	Tiền đình		Vòm miệng		Tổng		P
	n	%	n	%	N	%	
Tiền đình	22	100	0	0,0	22	100	0,000
Vòm miệng	2	25	6	75	8	100	
Tổng số	24	80	6	20	30	100	

Tất cả các răng ngầm có vị trí thân răng phía tiền đình đều có gợi ý bộc lộ trên phần mềm 3D là ở phía tiền đình. Trong 8 răng ngầm có vị trí thân răng phía vòm miệng, có 6 răng có vị trí bộc lộ là ở vòm miệng (75%). Có sự liên quan mật thiết giữa vị trí thân răng và gợi ý bộc lộ trên phần mềm 3D với $p<0,05$.

Bảng 3.7. Đánh giá khả năng xác định vị trí bộc lộ răng ngầm trên phim 2D và 3D

2D \ 3D	Xác định được trên 2D		Nghĩ ngờ trên 2D		Không xác định được trên 2D		Tổng số		P
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Xác định được trên 3D	4	13,3	9	30	17	56,7	30	100	0,000
Không xác định được trên 3D	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tổng số	4	13,3	9	30	17	56,7	30	100	

Như vậy, kết quả nghiên cứu cho thấy 100% các trường hợp có thể được xác định được chính xác vị trí răng ngầm trên phim 3D, chỉ có 4 trường hợp (13,3%) xác định được chính xác vị trí răng ngầm trên 2D, có 9 trường hợp (30%) nghi ngờ khó xác định được trên 2D, có 17 trường hợp (56,7%) là không xác định được vị trí răng ngầm trên 2D. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

Bảng 3.8. Liên quan giữa gợi ý bộc lộ răng ngầm trên phim 3D và hướng mắc lực kéo răng ngầm trong quá trình điều trị nắn chỉnh răng.

Gợi ý bộc lộ Vị trí thân răng	Dọc theo trục của răng		Có thay đổi hướng kéo trong quá trình điều trị		Tổng số		P
	n	%	n	%	N	%	
Tiền đình	15	62,5	9	37,5	24	100	0,059
Vòm miệng	1	16,7	5	83,3	6	100	
Tổng số	16	53,3	14	46,7	30	100	

Trong 24 bệnh nhân có gợi ý bộc lộ trên phim 3D là răng ngầm ở vị trí tiền đình thì có 15 bệnh nhân (62,5%) là có hướng mắc lực kéo răng ngầm dọc theo trục của răng ngầm; có 9 bệnh nhân có hướng mắc lực không dọc theo trục của răng ngầm mà sẽ phải thay đổi hướng kéo trong quá trình điều trị (37,5%). Với những bệnh nhân có gợi ý bộc lộ ở vùng vòm miệng, chỉ có 1 bệnh nhân có hướng mắc lực kéo dọc theo trục của răng (16,7%), còn lại 83,3% là phải thay đổi hướng kéo trong quá trình điều trị. Sự liên quan này không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

IV. KẾT LUẬN

Trên phim 2D: xác định chính xác vị trí răng ngầm được 4 trường hợp (13,3%), 9 trường hợp (30%) nghi ngờ khó xác định được, 17 trường hợp (56,7%) là không xác định được vị trí răng ngầm.

Trên phần mềm 3D: 100% các trường hợp có thể được xác định được chính xác vị trí răng ngầm trên phim 3D.

Độ nhạy, độ đặc hiệu của phần mềm 3D trong việc xác định vị trí của răng ngầm là 100%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ashish G., Anju L., et al (2010). *Interdisciplinary approach to palatally impacted canine*. Natl J Maxillofac Surg. 1. 53 -57.
2. Becker A. (2007). *The orthodontic treatment of Impacted teeth*, Maxillary central incisors 2nd ed, Informa Healthcare, pp. 61-92. .
3. Bjerklin K, Ericson S (2006). *How a computerized tomography examination changed the treatment plans of 80 children with retained and ectopically positioned maxillary canines*. Angle Orthodontist. 76, pp. 43 – 51

4. Chu, F. C. S., Li, T. K. L., et al (2003). Prevalence of impacted teeth and associated pathologies-a radiographic study of the Hong Kong Chinese population. Hong Kong Medical Journal, 9(3), 158-163.
5. Deng-Gao L., Wan-Lin Z., Zu-Yan Z., et al (2008). Localization of impacted maxillary canines and observation of adjacent incisor resorption with cone-beam computed tomography. Oral Surg. Oral Med. Oral Path. Oral Radiol. Endod. 105:91 – 98.
6. Ericson S., Bjerklín K., Falahat B. (2002). Does the canine dental follicle cause resorption of permanent incisor roots? A computed tomographic study of erupting maxillary canines. Angle Orthodontist. 72, pp. 95 – 104.
7. Falahat B., Ericson S., Bjerklín K. (2008). Incisor root resorption due to ectopic maxillary canines. A long-term radiographic follow-up. Angle Orthodontist. 78, pp. 778 – 785.

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ 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:** Đánh giá mức độ mệt ở 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. **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.

SUMMARY

EVALUATING THE LEVEL OF FATIGUE IN PATIENT WITH HEART FAILURE AT NAM DINH GENERAL HOSPITAL

Introduction: Fatigue is a common symptom of patient with heart failure. Identifying level of fatigue to improve the quality of life of heart failure patients. **Objectives:** To determine the level of 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. **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.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, tỷ lệ mắc và tử vong do bệnh tim mạch (BTM) trên toàn thế giới khá cao 10,3% và 30,9%. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ước tính rằng có đến 17 triệu người chết hàng năm do bệnh tim trên thế giới. 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]. Xác định được mức độ 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]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá mức độ 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 mức độ mệt ở 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 cắt ngang.

2.3. Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu:

*Trường Đại học Điều Dưỡng Nam Định

**Bệnh viện E Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đức Định

Email: drvuducdinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 27/7/2017

Ngày phản biện khoa học: 28/8/2017

Ngày duyệt bài: 11/9/2017

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. 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:

$$Z^2(1-\alpha/2).p(1-p)$$

$$n = \frac{d^2}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu, $Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy, kiểm định 2 phía (=1,96), α : mức ý nghĩa (=0,05), p: ước lượng tỷ lệ bệnh nhân suy tim nhưng không có biểu hiện mệt là 20% (theo kết quả khảo sát sơ bộ tại khoa tim mạch, BVĐK tỉnh Nam Định tháng 1/2017), d: Sai số chấp nhận được của ước lượng (=0,05).

Thay các giá trị vào công thức, cỡ mẫu tối thiểu n=240. 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 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,

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

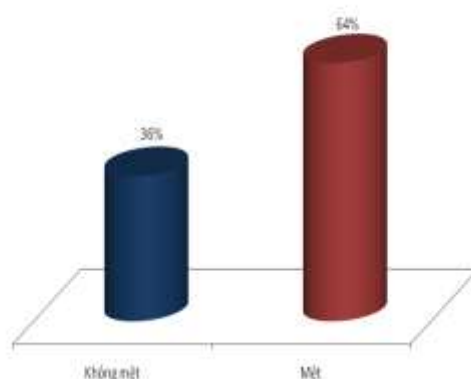
Bảng 3.1. Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân vào nghiên cứu

Đặc điểm	Số người bệnh	Tỷ lệ %
Tuổi (trung bình + độ lệch chuẩn)		
Dưới 50	14	5,3
51-60	30	11,4
61-70	58	22
71-80	65	24,6
Trên 80	97	36,7
Giới		
Nam	135	51,1
Nữ	129	48,9
Trình độ học vấn		
Không đi học	3	1,1
Cấp 1	74	28,0
Cấp 2	68	25,8
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
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

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là $73,96 \pm 12,812$; 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%, Độ tuổi 71-80 chiếm 24,6%; độ tuổi 61-70 chiếm 22% cuối cùng là độ tuổi 51-60 chiếm 11,4%, tỷ lệ nam và nữ gần bằng nhau với nam có 135 người chiếm 51,1%, và nữ có 129 người chiếm 48,9%. 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). Số người có trình độ đại học và cao đẳng không nhiều lần lượt là 2,7% và 1,9%. Còn lại là trình độ trung cấp chiếm 5,7% và sau đại học 1,5%. Những người suy tim mạn tính phần lớn đều có bệnh kèm theo có 233 người chiếm 88,3% và chỉ có 31 người không có bệnh kèm theo chiếm 11,7%. Mức độ suy tim độ III có tỷ lệ cao nhất chiếm 45,8%, tiếp theo là suy tim mức độ II là 41,7%, còn lại là độ IV 8,7% và độ I rất ít 3,8%.

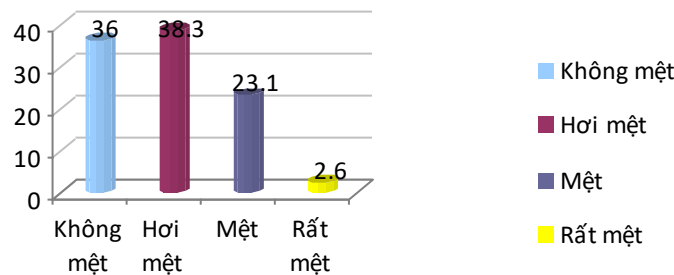
3.2. Mức độ mệt



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ BN suy tim mạn tính có biểu hiện mệt

Nhận xét: Điểm trung bình mức độ mệt là $4,793 \pm 1,4575$. Tổng điểm mệt cao nhất là 9 điểm và thấp nhất là 2,5 điểm. Phần lớn người

bệnh đều cảm thấy mệt chiếm 64%. Còn lại 36% người bệnh không mệt.



Biểu đồ 3.2. Phân loại mệt

Nhận xét: Mức độ mệt của người bệnh được chia làm 4 mức độ: không mệt, hơi mệt, mệt và rất mệt. Trong tổng số 264 đối tượng tham gia nghiên cứu số người hơi mệt chiếm tỷ lệ cao nhất 38,3% tiếp theo 36% người không mệt và số người rất mệt có 2,6%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân vào nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành phỏng vấn về mệt và những yếu tố liên quan trên 264 người bệnh suy tim mạn tính tại khoa tim mạch bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định. Trong đó nam giới chiếm 51,1% tương đương với nữ 48,9%. Tỷ lệ này của chúng tôi gần giống với tỷ lệ của Tang và cộng sự năm 2009 [7] có tỷ lệ nam 53,3% và nữ là 46,7%. Một nghiên cứu khác của tác giả Falk và cộng sự năm 2008 [6] cho kết quả tỷ lệ nam 60% và nữ 40%; của Ekman năm 2002 là nam 58%, nữ 42% có khác biệt nhỏ với tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi do mẫu nghiên cứu ít hơn chúng tôi nên tính đại diện chưa cao. Điều này cho thấy tỷ lệ mắc suy tim mạn tính của nam giới và nữ giới gần như nhau.

Độ tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là $73,96 \pm 12,812$ thấp nhất là 33 tuổi và cao nhất là 108 tuổi. Kết quả này thấp hơn so với độ tuổi trung bình đối tượng tham gia nghiên cứu của tác giả Sharon A. Stephen năm 2000 (77 tuổi) và cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Nasiri năm 2016 ($68,8 \pm 11,7$).

Trình độ học vấn của đối tượng tham gia nghiên cứu phần lớn là trung học phổ thông chiếm 33,3%, tiếp đó đến trình độ học vấn là tiểu học chiếm 28% và trung học cơ sở 25,8%. Trình độ học vấn trên trung học phổ thông chiếm tỷ lệ thấp nhất lần lượt là 11,8%, có 1,1% đối tượng không đi học tuy nhiên họ vẫn đọc được và nghe nói tốt. Trình độ học vấn của các đối tượng đã đáp ứng được tiêu chuẩn lựa chọn.

Mức độ suy tim: Phần lớn đối tượng tham gia nghiên cứu mắc suy tim độ II chiếm 41,7% và

suy tim độ III 45,8%. Số ít mắc suy tim độ IV 8,7% còn lại có 3,8% suy tim độ I. Điều này cho thấy đa số người bệnh và người nhà của họ cũng đã quan tâm đến vấn đề sức khỏe của người bệnh. Ở mức độ I do biểu hiện bệnh chưa rõ ràng nên số ít người bệnh đi khám và điều trị.

Bệnh kèm theo: Bệnh suy tim không phải là một bệnh mà là tập hợp rất nhiều triệu chứng của bệnh tăng huyết áp, bệnh mạch vành, hẹp hở van tim [2], [5]... Vì vậy phần lớn số người bệnh suy tim đều có bệnh kèm theo. Kết quả nghiên cứu cho thấy có đến 88,3% người bệnh ngoài suy tim ra còn có bệnh khác kèm theo, số còn lại 11,7% là không có bệnh kèm theo.

4.2. Mức độ mệt của người bệnh suy tim mạn tính: Mệt là một trong những triệu chứng hay gặp ở suy tim, là cảm giác yếu toàn thân khi hoạt động bình thường hoặc khi tập thể dục do tim không bơm đủ máu giàu oxy đến các cơ quan quan trọng như não và cơ bắp. Nhưng nguyên nhân dẫn đến mệt thường đa yếu tố hơn nữa ở những giai đoạn của suy tim dấu hiệu mệt không rõ ràng do vậy người bệnh cũng như nhân viên y tế quan tâm đến triệu chứng này, chỉ khi thật sự mệt mới quan đến [6].

Trong 264 đối tượng tham gia nghiên cứu tỷ lệ người mệt chiếm 64% số còn lại 36% người bệnh không mệt. Sự mệt của người bệnh suy tim mạn tính ảnh hưởng rất nhiều đến cuộc sống và sinh hoạt hàng ngày của họ. Có thể là nguyên nhân tăng thêm gánh nặng cho bệnh. Nhận biết được mệt để điều chỉnh quá trình chăm sóc người bệnh là rất quan trọng để mang đến hiệu quả chăm sóc và điều trị tốt hơn. Trong một số nghiên cứu, tỷ lệ BN mệt trong suy tim mạn tính dao động từ 56%-87% [4], [6], [7].

Trong số những BN có biểu hiện mệt (169/264, 64%), mức độ "hơi mệt" chiếm tỷ lệ cao nhất. Khảo sát mức độ mệt của chúng tôi dựa trên bảng câu hỏi và việc trả lời phụ thuộc nhiều vào cảm quan của bệnh nhân cũng như thời điểm mà bệnh tật của họ diễn biến tốt hay xấu. Tuy nhiên, kết quả cũng cho thấy một bức tranh tương đối rõ ràng về phân loại mức độ mệt ở BN suy tim mạn tính và đây cũng là điều rất đáng được các thầy thuốc lâm sàng tham khảo để áp dụng vào công tác chăm sóc, điều trị BN. Theo một số tác giả như Anna E, Inger E (2002), Kristin Falk et al (2008), Tang.W. R (2009), mức độ mệt ở BN suy tim mạn tính cũng gần tương tự như kết quả nghiên cứu của chúng tôi tuy mức độ "rất mệt" có cao hơn chút ít, có lẽ do tuổi TB của nhóm BN nghiên cứu của các tác giả này cao hơn của chúng tôi [4], [6], [7].

V. KẾT LUẬN

- Trong 264 đối tượng tham gia nghiên cứu tỷ lệ người mệt chiếm 64% số còn lại 36% người bệnh không mệt.

- Trong số bệnh nhân có mệt, phân bố mức độ mệt là: hơi mệt: 38,3%, mệt: 23,1 %, rất mệt: 2,6%.

KHUYẾN NGHỊ

Tiếp tục nghiên cứu về các yếu tố ảnh hưởng đến mệt ở BN suy tim mạn tính tại khoa nội tim mạch, BVĐK tỉnh Nam Định.

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 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.
3. **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
4. **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.
5. **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.
6. **Kristin Falk et al (2008)**, Fatigue in patients with chronic heart failure — A burden associated with emotional and symptom distress, *European Journal of Cardiovascular Nursing* 8 (2008) 91–96.
7. **Tang.W. R, Yu. C. Y and Yeh. S. J (2009)**, "Fatigue and its related factors in patients with chronic heart failure", *Journal of Clinical Nursing*, 19, tr 69-78.

TÌM HIỂU MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN CÔNG TÁC TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE CHO NGƯỜI BỆNH TẠI BỆNH VIỆN E NĂM 2016-2017

Nguyễn Phương Thảo*, Đỗ Mai Hoa**

TÓM TẮT

Mở đầu: Truyền thông GDSK đóng vai trò rất quan trọng trong các bệnh viện. **Mục tiêu nghiên cứu:** Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh tại các khoa lâm sàng, Bệnh viện E năm 2016- 2017. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Các yếu tố ảnh hưởng đến TTGDSK tại BVE bao gồm: Nhân lực cho công tác TTGDSK, Cơ sở vật chất trang thiết bị cho công tác TTGDSK, Kế hoạch tổ chức, quản lý các hoạt động TTGDSK, Đặc điểm của bệnh nhân ảnh hưởng đến công tác

TTGDSK, và một số các yếu tố khác. **Kết luận:** Cần giải quyết tốt các vấn đề ảnh hưởng đã nêu trên để có thể xây dựng được một kế hoạch hoạt động phù hợp cho TTGDSK tại BVE trong thời gian tới.

Từ khóa: TTGDSK, BVE, các yếu tố ảnh hưởng.

SUMMARY

SOME FACTORS AFFECTING THE COMMUNICATION OF HEALTH EDUCATION AMONG PATIENTS AT HOSPITAL E, 2016-2017

Introduction: Health education communication plays a very important role in hospitals. **Objectives:** Analyze a number of factors affecting the communication of health education among patients in clinical departments, Hospital E 2016- 2017. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** Factors influencing Health education and communication in Hospital E include: Human resources for health education and communication, facilities for communication and education Health, organizational planning, management of health communication and

*Bệnh viện E

**Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phương Thảo

Email: Candynguyen6886@gmail.com

Ngày nhận bài: 17/7/2017

Ngày phản biện khoa học: 16/8/2017

Ngày duyệt bài: 30/8/2017

education, characteristics of patients affecting health communication and education, and a number of other factors. **Conclusion:** It is necessary to address the above mentioned issues in order to develop a suitable work plan for Health Education Communication in Hospital E in the near future.

Keywords: Health education communication, E Hospital, influencing factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Truyền thông giáo dục sức khỏe (TTGDSK) là quá trình cung cấp thông tin, giúp đỡ, động viên, tạo điều kiện để mọi người hiểu được vấn đề sức khỏe của họ và chọn được cách giải quyết thích hợp nhất vấn đề của họ. Từ trước đến nay, TTGDSK trong chăm sóc sức khỏe ban đầu được tổ chức thực hiện tương đối tốt thì công tác này lại ít được chú ý ở các bệnh viện ở tất cả các tuyến. Thời gian gần đây, Bộ Y tế nước ta đã có chủ trương tăng cường chất lượng công tác khám chữa bệnh kết hợp với mô hình bệnh viện nâng cao sức khỏe, lấy bệnh nhân là trung tâm, thông qua giáo dục sức khỏe để nâng cao kiến thức của bệnh nhân trong phòng chống bệnh tật của chính họ và cộng đồng.

Bệnh viện E là bệnh viện tuyến trung ương hạng I, với số lượng bệnh nhân hàng năm tương đối ổn định, đang phấn đấu theo hướng nâng cao chất lượng khám và điều trị, và một trong những vấn đề cần được tổ chức lại đó là TTGDSK. Vì vậy rất cần có một khảo sát, đánh giá toàn diện, đầy đủ về công tác TT-GDSK và các yếu tố ảnh hưởng từ đó đưa ra một giải pháp xây dựng mạng lưới TT-GDSK trong bệnh viện cho phù hợp với tình hình mới. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến 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: *Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh tại các khoa lâm sàng, Bệnh viện E năm 2016- 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Định lượng: Sổ sách, tài liệu, báo cáo liên quan đến các hoạt động truyền thông GDSK

Bảng 3.1. Nhân lực của các khoa (n=17)

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Chức vụ	Bác sĩ	100
	Điều dưỡng/kỹ thuật viên	195
	Khác	33
	Tổng	328
Trình độ chuyên môn	Sau đại học	100
		30,49

tại Bệnh viện E; Bệnh nhân nội trú tại bệnh viện E để tìm hiểu phản hồi của họ về công tác TT GDSK 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.

- Công thức tính cỡ mẫu:

$$Z^2(1-\alpha/2).p(1-p)$$

$$n = \frac{d^2}{d^2}$$

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. Nhân lực cho công tác TTGDSK

	Đại học	31	9,45
	Cao đẳng	25	7,62
	Trung cấp/trung học	147	44,82
	Khác	25	7,62
	Tổng	328	100
Đào tạo về TTGDSK ($\bar{x} = 4$; $SD = 1,3$; trung vị = 3; GTNN = 2; GTLN = 6)	Có	68	20,73
	Không	260	79,27
Tổng		328	100

Nhận xét: Trong 17 khoa lâm sàng có 328 cán bộ, nhân viên. Trong đó, nhóm điều dưỡng và kỹ thuật viên chiếm tỷ lệ cao nhất (chiếm hơn 59%).

3.2. Cơ sở vật chất trang thiết bị cho công tác TTGDSK

Bảng 3.2. Cơ sở vật chất trang thiết bị, phương tiện cho phòng tư vấn GDSK tại các khoa lâm sàng (n = 17)

Loại trang thiết bị		Tần số	Tỷ lệ (%)
Phòng TTGDSK	Phòng riêng TTGDSK	2	11,76
	Dùng phòng hành chính	12	70,59
	Không có	3	17,65
Có Bàn cho cán bộ		15	88,24
Có Ghế cho cán bộ		16	94,12
Có Bàn BN		1	5,88
Ghế BN	1 đến 20	11	64,71
	trung bình = 22,7; SD = 11,4; trung vị = 20, min = 2, max = 50	6	35,29
Điều kiện Phòng, nơi tiến hành GDTTSK (diện tích, điều hòa, quạt điện..)		16	94,12
Có góc tư vấn		3	17,65
Tủ tài liệu		9	52,94
Mô hình dụng cụ, giáo cụ trực quan	Đầy đủ	2	11,76
	Không đầy đủ	7	41,18
	Không có	8	47,06
Máy tính		7	41,18
Máy chiếu		4	23,53
ti vi + đầu video		2	11,76
Bảng viết		3	17,65

Nhận xét: Tại bảng 3.17 chỉ có 2 khoa có phòng riêng cho hoạt động tư vấn, 12 khoa sử dụng chung với phòng hành chính. Có 3 khoa có góc tư vấn.

3.3. Lập KH và giám sát hoạt động TTGSK của các khoa LS (n = 17)

Bảng 3.3. Lập KH và giám sát hoạt động TTGSK của các khoa LS (n = 17)

Nội dung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có thực hiện kế hoạch theo năm 2016		15	82,23
Có thực hiện kế hoạch theo năm 2017		17	100
Thực hiện báo cáo tuần đúng quy định 2016 (52 tuần) ($\bar{x} = 23,8$; $SD = 11,7$; trung vị = 23; GTLN = 43; GTNN = 0)	Không báo cáo	1	5,88
	Từ 1-26 lần	10	58,82
	Trên 26 lần	6	35,29
Số lần kiểm tra, giám sát 2016	Không kiểm tra	7	41,18
	Kiểm tra 1 lần	5	29,41
	Kiểm tra từ 2 lần trở lên	5	29,41
Đã kiểm tra, giám sát 2017		9	52,94

Nhận xét: Có 2 khoa không xây dựng kế hoạch hoạt động TTGDSK năm 2016. Tính đến quý I năm 2017, có 9 khoa đã thực hiện báo cáo đúng quy định.

3.4. Yếu tố từ phía bệnh nhân: Trong 234 BN được hỏi, đã có rất nhiều ý kiến về công tác TTGDSK trong bệnh viện. Nhìn chung, tất cả BN khi nhập viện đều có nguyện vọng: "Khi vào

viện, điều chúng tôi luôn muốn được biết là mình bị bệnh gì? Có nguy hiểm không?, điều trị bao lâu, thuốc gì? Có khỏi hẳn được không? Dự phòng ra sao? Tập luyện ăn uống sao cho chóng

khỏe? rất mong NVYT tư vấn nhiều hơn nữa". (YKNB-094). Khi được hỏi về việc nhân viên Y tế có giải thích cặn kẽ về bệnh tật và cách phòng chống cho bệnh nhân hay không, có bệnh nhân nêu ý kiến: "Để nâng cao chất lượng phục vụ bệnh nhân để nghị bệnh viện quan tâm tới người bệnh, các BS, ĐD dành nhiều thời gian hơn nữa để giải thích, hướng dẫn cho chúng tôi về bệnh tật, cách phòng chống, giữ gìn sức khỏe..." (YKNB-139). "Nhân viên y tế tư vấn qua loa, không đủ thông tin bằng người nhà tự xem trên mạng..." (YKNB-122). Khi được điều trị, BN cũng rất cần được biết về công dụng của các loại thuốc, có tác dụng phụ hay không, uống trong thời gian bao lâu: "Bệnh nhân cần nhiều thông tin tư vấn thuốc chữa bệnh cho mình và phòng tránh, ăn uống đảm bảo cho sức khỏe" (YKNB-109), "Giải thích cho người bệnh biết công dụng của các loại thuốc được dùng để tăng niềm tin hơn" (YKNB-112). "Cần tổ chức thêm nhiều buổi tư vấn hơn nữa" (YKNB-057). Nói chung, về phía người bệnh luôn có nhu cầu về TTGDSK trong BV và đây là một yếu tố thuận lợi cho việc triển khai công tác này tại các khoa lâm sàng.

3.5. Một số các yếu tố khác

3.5.1. Hệ thống văn bản pháp quy về công tác TTGDSK trong bệnh viện: Trong những năm vừa qua, đã có nhiều văn bản pháp quy về công tác TTGDSK chung và TTGDSK trong bệnh viện. Cụ thể tại Việt Nam từ những năm 1980 Chính phủ đã chỉ đạo Ngành Y tế triển khai thực hiện Chiến lược chăm sóc sức khỏe ban đầu. Năm 2005 Bộ chính trị ra Nghị quyết số 46-NQ/TW ngày 23/02/2005 về công tác bảo vệ chăm sóc sức khỏe nhân dân trong tình hình mới [4], năm 2011 Bộ Y tế ra Thông tư số 07/2011/TT-BYT ngày 26/01/2011 về việc Hướng dẫn công tác điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh [7]. Đến năm 2016 Bộ Y tế ra Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 về việc ban hành Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam phiên bản 2.0 trong đó tại mục C6.2 qui định rất chi tiết 19 bậc thang chất lượng về tư vấn giáo dục sức khỏe khi điều trị và trước khi ra viện cho bệnh nhân.

3.5.2. Sự quan tâm của các cấp lãnh đạo đối với công tác TTGDSK trong bệnh viện: Đối với trung tâm truyền thông GDSK BHYT: Đây là đơn vị đầu mối, có chức năng tham mưu, lập kế hoạch, hướng dẫn, tổ chức, kiểm tra các hoạt động TTGDSK ở các đơn vị Y tế trong cả nước. Tuy nhiên, trong thời gian vừa qua, Trung tâm mới chỉ quản lý các trung tâm TTGDSK tuyến

dưới (các tỉnh, thành phố) là chính còn các bệnh viện tuyến trung ương thì vẫn chưa có những hoạt động cụ thể nào. Hoạt động TTGDSK do các bệnh viện tự tổ chức, tự kiểm tra hàng năm theo một số chỉ tiêu của BHYT ban hành.

Đối với Ban giám đốc bệnh viện: Ban giám đốc bệnh viện E rất quan tâm và tạo điều kiện cho việc tiến hành các hoạt động TTGDSK trong bệnh viện. "Trong những năm vừa qua, công tác TTGDSK tại BVE cũng đã được chú trọng thông qua việc tổ chức các hoạt động tương đối đều đặn, có hiệu quả ở cấp bệnh viện và tại các khoa lâm sàng, khoa khám bệnh cũng như tại các địa điểm khác trong bệnh viện nhằm vào đối tượng bao gồm cả bệnh nhân, người nhà bệnh nhân, khách vào thăm BN", (PVS-01).

3.5.3. Kinh phí hoạt động: Nguồn vốn theo chương trình của WHO để thực hiện bệnh viện Nâng cao sức khỏe năm 2006: 60.000 USD, 2008-2009: 15.000 USD, 2010-2011: 36.000 USD, tính tổng từ năm 2006-2011 tổng số vốn được tài trợ là 111.000 USD. Tuy nhiên khi chương trình tài trợ của WHO kết thúc, kinh phí bệnh viện dành riêng cho TTGDSK là rất hạn chế.

3.5.4. Nhận thức của nhân viên Y tế trong bệnh viện: Qua khảo sát ý kiến của bác sĩ, điều dưỡng (những người trực tiếp làm công tác TTGDSK cho người bệnh, chúng tôi đã nhận được rất nhiều ý kiến. Tất cả những người được hỏi đều cho rằng TTGDSK là rất cần thiết cho bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nhân lực cho công tác TTGDSK: Cho tới nay, bệnh viện vẫn chưa có nhân viên chuyên trách công tác TTGDSK. Các hoạt động TTGDSK 100% kiêm nhiệm, do các BS, ĐD đảm nhiệm và thông qua đầu mối chung là phòng Điều dưỡng với sự tham gia phối hợp của các phòng chức năng khác như KHTH, QLCL, TCCB. Qua tìm hiểu, chúng tôi được biết, các bệnh viện tuyến tỉnh như Lao Cai, Bắc Kạn, Hưng Yên, Ninh Bình, Hải Dương hiện vẫn chưa có đơn vị TTGDSK chuyên trách [1-3, 5, 6]. Tại Long An, khảo sát ở 6 BV tuyến tỉnh, N.H. Uyên và CS cho thấy cả 6 BV đều có tổ TTGDSK nhưng đều là...kiêm nhiệm [4]. Chúng tôi không khảo sát thâm niên làm công tác TTGDSK vì hầu hết nhân viên làm công tác này là kiêm nhiệm nên không có một quyết định chính thức nào để xác định thời điểm bắt đầu làm TTGDSK. Nghiên cứu của N.H. Uyên và cộng sự mặc dù có nêu được thâm niên của nhân viên TTGDSK chuyên trách nhưng không xác định được trình độ nghiệp vụ của họ [4].

Trong các tiêu chí về BVNCSK của tổ chức Y tế thế giới (WHO) có phân định rõ các điểm về trình độ nghiệp vụ, thâm niên, bằng cấp được đào tạo của đội ngũ nhân viên tham gia TTGDSK trong bệnh viện và cơ cấu tổ chức TTGDSK họ cũng dựa trên đầu mỗi nhóm TTGDSK chuyên trách và qua người thực hiện là các BS, ĐD viên tại các khoa lâm sàng.

4.2. Cơ sở vật chất trang thiết bị: Thiếu kinh phí là nguyên nhân chính dẫn đến việc ảnh hưởng trang thiết bị phục vụ cho công tác TTGDSK. Tại viện mới chỉ trang bị được 2 phòng tư vấn kết hợp với khám bệnh tại khoa, các khoa còn lại phải sử dụng phòng hành chính khoa để GDSK. Đây cũng là tình trạng chung của nhiều bệnh viện khác như Bạch Mai, Việt Đức, Nhi trung ương.... Với thực trạng trang thiết bị hiện nay (dùng chung) các khoa lâm sàng trong bệnh viện E chỉ có thể đáp ứng tối đa là 50% nhu cầu tư vấn nhóm cho bệnh nhân. Về tư vấn cá nhân 2/17 khoa lâm sàng được khảo sát là có phòng tư vấn riêng còn lại các khoa khác phải sử dụng phòng bác sĩ hoặc phòng hành chính khoa để tư vấn cho bệnh nhân. Nghiên cứu của N. H. Uyên và cộng sự tại 6 BV tuyến tỉnh ở Long An cho thấy: cả 6 bệnh viện đều không đạt 50% qui định về cơ sở vật chất, trang thiết bị dành cho TTGDSK. Chưa có bệnh viện nào có phòng làm việc riêng cho tổ TTGDSK. [4].

4.3. Kế hoạch tổ chức, quản lý các hoạt động TTGDSK: Những năm trước, công tác chuẩn bị lên kế hoạch, tổ chức hoạt động, kiểm tra, báo cáo định kỳ được tiến hành thường xuyên, đều đặn, nhưng hai năm nay, do BV đang được xây dựng lại, các khoa phòng xáo trộn nhiều nên công tác TTGDSK gặp nhiều khó khăn. Mặc dù vậy, về cơ bản, các hoạt động này vẫn được tiến hành theo đúng qui định của BV. Công tác lập kế hoạch, kiểm tra, báo cáo, tổng kết về TTGDSK tại các bệnh viện nhìn chung chưa được tiến hành đầy đủ và chuẩn mực.

4.4. Đặc điểm của bệnh nhân: Số lượng bệnh nhân đông là một yếu tố hàng đầu ảnh hưởng đến số lượng, chất lượng công tác TTGDSK 17 khoa lâm sàng bệnh viện E thường xuyên trong tình trạng số lượng bệnh nhân vượt quá mức chỉ tiêu so với số lượng nhân viên y tế nên không đủ thời gian để tư vấn GDSK đầy đủ và đúng theo qui trình. Các loại hình bệnh tật cũng ảnh hưởng rất lớn đến công tác TTGDSK. Qua khảo sát cho thấy các khoa tiến hành tư vấn nhóm thường xuyên và thuận lợi là các khoa có lượng bệnh nhân có thể đi lại, bệnh tật không ảnh hưởng đến nhận thức của họ. Bệnh nhân

trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có lứa tuổi trung bình là $57,6 \pm 17,5$ tỉ lệ bệnh nhân đã nghỉ hưu chiếm tỷ lệ cao (41,45%) nên rất quan tâm đến bệnh tật mà họ đang mắc và có nhận thức tốt về vai trò của TTGDSK. Nhiều ý kiến của bệnh nhân trong đó rất nhiều người bày tỏ nguyện vọng được tư vấn nhiều hơn về bệnh tật, góp ý về tinh thần thái độ của NVYT trong khi tư vấn GDSK, về trang thiết bị TTGDSK cũng như các hình thức TTGDSK mà bệnh nhân cho là phù hợp, dễ tiếp thu thông tin.

4.5. Một số các yếu tố khác: Hệ thống văn bản pháp qui về công tác TTGDSK trong bệnh viện: Tương đối đầy đủ và cập nhật. Chưa có vai trò cụ thể của với trung tâm truyền thông GDSK trung ương trong TTGDSK tại BVE. Ban giám đốc bệnh viện E rất quan tâm và tạo điều kiện cho việc tiến hành các hoạt động TTGDSK trong bệnh viện. Nhân viên Y tế trong bệnh viện có nhận thức tốt về vai trò, chức năng của TTGDSK cho bệnh nhân. các yếu tố ảnh hưởng đến công tác TTGDSK tại BVE trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả khảo sát trên 6 BV tuyến tỉnh ở Long An [4], với một số nghiên cứu khác [7] và đặc biệt là trùng với các tiêu chí về TTGDSK của tiêu chuẩn BVNCSK mà tổ chức Y tế thế giới (WHO) đang khuyến cáo thực hiện.

V. KẾT LUẬN

- *Nhân lực cho công tác TTGDSK:* Các hoạt động TTGDSK 100% kiểm nhiệm. Có 68 CBYT ở 17 khoa đã được tập huấn về TTGDSK trong năm 2016.

- *Cơ sở vật chất trang thiết bị cho công tác TTGDSK:* Phần lớn các khoa lâm sàng chưa có cơ sở vật chất dành riêng cho TTGDSK.

- *Kế hoạch tổ chức, quản lý các hoạt động TTGDSK:* Trong 17 khoa lâm sàng, có 2 khoa không xây dựng kế hoạch hoạt động TTGDSK năm 2016. Có 9 khoa đã thực hiện báo cáo đúng quy định.

- *Đặc điểm của bệnh nhân ảnh hưởng đến công tác TTGDSK:* Số lượng bệnh nhân đông, tính đa dạng về bệnh tật, nhận thức của bệnh nhân.

- *Một số các yếu tố khác:* Hệ thống văn bản pháp qui về công tác TTGDSK trong bệnh viện: Tương đối đầy đủ và cập nhật. Chưa có vai trò cụ thể của với trung tâm truyền thông GDSK trung ương trong TTGDSK tại BV E. Ban giám đốc bệnh viện E rất quan tâm và tạo điều kiện cho việc tiến hành các hoạt động TTGDSK trong bệnh viện. Nhân viên Y tế trong bệnh viện có nhận thức tốt về vai trò, chức năng của TTGDSK cho bệnh nhân.

KIẾN NGHỊ

Cần giải quyết tốt các vấn đề ảnh hưởng đã nêu trên để có thể xây dựng được một kế hoạch hoạt động phù hợp cho TTGDSK tại BVE trong thời gian tới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Đức Long (2011)**, Giáo dục sức khỏe tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương, *Y học thực hành*, tr. 15 - 16.
2. **Lê Hữu Quý (2011)**, Công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình, *Y học thực hành*, tr. 47 - 49.
3. **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.
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. **Nguyễn Văn Thắng (2011)**, Công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hưng Yên, *Y học thực hành*, tr. 45 - 47.
6. **Trần Văn Lai (2011)**, Giáo dục sức khỏe trong bệnh viện tỉnh Lào Cai năm 2006, *Y học thực hành*, tr. 36 - 37.
7. **Atefeh Afshari, et al. (2016)**, "Health promoting hospitals: a study on educational hospitals of Isfahan, Iran", *Health Promot Perspect.* 6(1), pp. 23-30.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN VIÊM NHIỄM ĐƯỜNG SINH DỤC DƯỚI Ở PHỤ NỮ 19-49 TUỔI CÓ CHỒNG TẠI 5 XÃ VEN BIỂN HUYỆN TIÊN LĂNG HẢI PHÒNG NĂM 2015

Phạm Văn Trung*, Nguyễn Thị Nguyệt**

FROM 19 TO 49 AT 5 COASTAL COMMUNES IN TIEN LANG, HAI PHONG IN 2015

Objectives: The study was done to determine some risk factors of lower genital tract infection in married women aged from 19 to 49 at 5 coastal communes in Tienlang, Haiphong in 2015. **Population and method:** The study included 389 married women aged in the age group. **Results and conclusions:** Mothers with free job, primary school or less, low income, insufficiency of lower genital tract infection knowledge, visiting doctor not frequency, inserting fingers in the vagina habit, having more and equal to 3 child, history of abortion history (OR=2,98), device in uterine, unhygiene water and not good latrine were significantly related to lower genital tract infection. Some factors were not significantly related to disease which were maternal age, profession.

Keywords: Lower genital tract infection, risk factor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản (CSSKSS) nói chung, phòng chống các bệnh VNĐSD và các bệnh lây truyền qua đường tình dục (LTQĐTD) nói riêng là một trong những ưu tiên hàng đầu trong chiến lược Quốc gia về chăm sóc khỏe cho nhân dân giai đoạn 2001-2010 được chính phủ ban hành tại quyết định số 136/2000/QĐ-TTg ngày 28/11/2000. Trong vài năm gần đây đã có một số nghiên cứu về VNĐSD nhưng hầu hết là đánh giá trên những người tự đến khám tại các cơ sở y tế, năm 2002 theo báo cáo của Vụ sức khỏe sinh sản, tỷ lệ mắc bệnh VNĐSD ở phụ nữ của các địa phương trên

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được tiến hành nhằm xác định một số yếu tố liên quan đến viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ có chồng tại huyện Tiên Lăng Hải Phòng năm 2015. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu gồm 389 phụ nữ trong độ tuổi. **Kết quả và kết luận:** Mẹ làm nghề tự do (OR=3,39), nhận thức không đúng về bệnh (OR=2,75), không khám bệnh thường xuyên, định kỳ (OR=2,04), thói quen vệ sinh ngâm chậu, cho tay vào AD (OR=1,98), dùng băng vệ sinh không phù hợp (OR=9,54), sinh từ 3 con trở lên (OR=2,07), tiền sử nạo, hút thai (OR=2,98), sử dụng biện pháp kế hoạch hóa gia đình (OR=6,12), nguồn nước không hợp vệ sinh (OR=0,2) nhà tiêu không hợp vệ sinh (OR=4,15) là những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với VNĐSD. Một số yếu tố chưa thấy liên quan đến VNĐSD là "tuổi mẹ dưới 25", nghề nghiệp "nông dân", "công nhân", và "nuôi trồng thủy sản/đi biển".

Từ khóa: Viêm đường sinh dục dưới, yếu tố liên quan.

SUMMARY

SOME RISK FACTORS OF LOWER GENITAL TRACT INFECTION IN MARRIED WOMEN AGED

* Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng

**Trung tâm Y tế dự phòng Tiên Lăng Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Trung

Email: phamtrungptth@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/6/2017

Ngày phản biện: 15/7/2017

Ngày duyệt bài: 25/8/2017

toàn quốc rất khác nhau với tỷ lệ chung là 51,8% tổng số phụ nữ lứa tuổi sinh đẻ, cao nhất ở Tây Nguyên và vùng Đông Bắc 56,0 - 58,1%, vùng có tỷ lệ thấp nhất là Bắc bộ chiếm 43,6% [1].

Các nghiên cứu tại Hải Phòng của Đào Văn Lâm [6], Các Văn Tiêm [5], Vũ Thanh Tùng [6] đều đi sâu xác định tỷ lệ bệnh VNĐSDD ở cộng đồng. Nghiên cứu nhằm mô tả các yếu tố liên quan đến bệnh còn ít được quan tâm nghiên cứu. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu sau: *Xác định một số yếu tố liên quan tới bệnh viêm nhiễm đường sinh dục dưới của phụ nữ 19 - 49 tuổi có chồng 5 xã ven biển huyện Tiên Lãng năm 2015.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu gồm 389 phụ nữ từ 19-49 tuổi, có chồng hiện đang sinh sống tại 5 xã ven biển huyện Tiên Lãng mắc VNĐSDD.

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

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

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại 5 xã ven biển huyện Tiên Lãng, Hải Phòng gồm: Vinh Quang, Hùng Thắng, Đông Hưng, Tây Hưng, Tiên Hưng từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 12 năm 2015.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu nghiên cứu gồm 389 phụ nữ có chồng đủ điều kiện vào nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành chọn mẫu nghiên cứu bằng phương pháp chọn ngẫu nhiên nhiều giai đoạn.

2.3.3. Các chỉ số và biến số nghiên cứu: Tuổi, nghề nghiệp, thu nhập, học vấn, kiến thức về bệnh VNĐSDD, số lần khám bị nạo hút, số lần sinh con, thường xuyên đi khám bệnh, phương pháp vệ sinh sinh dục, biện pháp sử dụng tránh thai, nguồn ngược sử dụng, nhà tiêu.

2.3.4. Thu thập thông tin: Phỏng vấn phụ nữ trong độ tuổi nghiên cứu tại địa bàn theo bộ câu hỏi thiết kế từ trước về các yếu tố liên quan đến bệnh.

2.3.5. Phân tích và xử lý số liệu: Các số liệu thu được nhập và phân tích nhờ phần mềm thống kê y xã hội học SPSS 16.0. Tính OR:

+ Khi $OR=1$ không có sự liên quan với VNĐSDD.

+ Khi $OR<1$ có mối liên quan nghịch với VNĐSDD.

+ Khi $OR>1$, 95%CI chứa OR và cực dưới của $OR >1$ thì có mối liên quan thuận giữa yếu tố liên quan với VNĐSDD.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tỷ lệ VNĐSDD là 49,6% trong số 389 đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.1. Liên quan giữa độ tuổi với bệnh viêm nhiễm đường sinh dục dưới

Độ tuổi	Bệnh		Không mắc bệnh		Tổng	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<25 Tuổi	13	50,0	13	50,0	26	100,0
≥ 25 tuổi	180	49,6	183	50,4	363	100,0
Tổng	193	49,6	196	50,6	389	100,0

OR=1,02, 95% CI (0,46-2,53), $p>0,05$

Nhận xét: Tuổi của đối tượng nghiên cứu không có liên quan với bệnh VNĐSDD với $OR=1,02$, 95%CI 0,46-2,53.

Bảng 3.2. Liên quan giữa nghề nghiệp với bệnh viêm nhiễm đường sinh dục dưới

Nghề	Bệnh		Không mắc bệnh		OR, 95%CI, p	
	n	(%)	n	(%)	OR	95%CI, p
Công nhân	38	52,8	34	47,2	1	
Nông dân	115	50,7	112	49,3	1,09	(0,62-1,91) $p>0,05$
Nuôi trồng thủy sản/đi biển	28	54,9	23	45,1	0,92	(0,42-2,01) $p>0,05$
Khác (Lực lượng vũ trang, nội trợ, tự do, buôn bán)	12	30,8	27	69,2	2,31	(1,96-5,11) $p<0,05$
Tổng	193	49,6	196	50,6	389	100,0

Nhận xét: Nếu lấy nhóm nghề công nhân có OR=1 thì chỉ có nhóm đối tượng làm nghề khác (lực lượng vũ trang, tự do, nội trợ, buôn bán) có nguy cơ VNĐSDD tăng lên 2,31 lần và 95%CI từ 1,96-5,11. Các đối tượng nghề khác đều không có liên quan đến VNĐSDD so với nhóm đối tượng công nhân.

Bảng 3.3. Liên quan giữa trình độ học vấn với bệnh viêm nhiễm đường sinh dục dưới

Bệnh	Mắc bệnh		Không mắc bệnh		Tổng	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Học vấn						
Tiểu học và dưới	20	71,4	8	28,6	28	100,0
THCS và trên	173	47,9	188	52,1	361	100,0
Tổng	193	49,6	196	50,6	389	100,0

OR=2,72, 95% CI(1,17-6,33), p<0,05

Nhận xét: Học vấn của đối tượng là tiểu học và dưới thì nguy cơ mắc VNĐSDD tăng lên 2,72 lần so với đối tượng có học vấn trên tiểu học với p<0,05 và 95%CI từ 1,17 đến 6,33.

Bảng 3.4. Liên quan giữa thu nhập với bệnh viêm nhiễm đường sinh dục dưới

Bệnh	Mắc bệnh		Không mắc bệnh		Tổng	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Thu nhập						
Thu nhập thấp	18	78,3	5	21,7	23	100,0
Không thu nhập thấp	175	47,8	191	52,2	366	100,0
Tổng	193	49,6	196	50,6	389	100,0

OR=3,93, 95% CI(1,43-10,87), p<0,01

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu có thu nhập thấp nguy cơ mắc VNĐSDD cao hơn những đối tượng có thu nhập bình thường và thu nhập cao gấp 3,93 lần với 95%CI (1,43 đến 10,87) và p<0,01.

Bảng 3.5. Liên quan giữa nhận thức của đối tượng nghiên cứu với bệnh viêm nhiễm đường sinh dục dưới

Bệnh	Mắc bệnh		Không mắc bệnh		Tổng	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Kiến thức						
Kiến thức chưa đạt	87	65,90	45	34,10	132	100,0
Kiến thức đạt	106	41,25	151	58,75	257	100,0
Tổng	193	49,6	196	50,6	389	100,0

OR=2,75, 95% CI(1,74-4,37), p<0,01

Nhận xét: Đối tượng có kiến thức chưa đạt về VNĐSDD có nguy cơ mắc bệnh tăng lên 2,75 lần so với đối tượng có kiến thức đạt về VNĐSDD với p<0,01 và 95%CI từ 1,74 đến 4,37.

Bảng 3.6. Liên quan giữa đi khám phụ khoa của đối tượng nghiên cứu với bệnh viêm nhiễm đường sinh dục dưới

Bệnh	Mắc bệnh		Không mắc bệnh		Tổng	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Khám phụ khoa						
Không đi khám định kỳ/không thường xuyên	73	61,86	45	38,14	118	100,0
Đi khám định kỳ	120	44,28	151	55,72	271	100,0
Tổng	193	49,6	196	50,6	389	100,0

OR=2,04, 95% CI(1,28-3,26), p<0,01

Nhận xét: Đối tượng không đi khám phụ khoa có nguy cơ mắc bệnh VNĐSDD tăng gấp 2,04 lần so với đối tượng thường xuyên định kỳ đi khám bệnh với p<0,01 và 95%CI từ 1,28 đến 3,26.

Bảng 3.7. Liên quan giữa phương pháp vệ sinh hàng ngày với bệnh viêm nhiễm đường sinh dục dưới

Bệnh	Mắc bệnh		Không mắc bệnh		Tổng	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
PP vệ sinh						
Ngâm trong chậu, cho tay vào AĐ	78	60,9	50	39,1	128	100,0
Rửa có nước xả, không cho tay vào AĐ	115	44,1	146	55,9	261	100,0
Tổng	193	49,6	196	50,6	389	100,0

OR=1,98, 95% CI(1,29-3,05), p<0,05

Nhận xét: Những đối tượng có thói quen ngâm chậu hay cho tay vào AĐ khi làm vệ sinh thì nguy cơ VNĐSDD cao hơn gấp 1,98 lần so với những đối tượng rửa xả nước và không đưa tay vào AĐ. 95%CI từ 1,29 đến 3,05 và p<0,05.

Bảng 3.8. Liên quan giữa số lần sinh với viêm nhiễm đường sinh dục dưới

Bệnh	Mắc bệnh	Không mắc bệnh	Tổng
------	----------	----------------	------

Số lần sinh	n	(%)	n	(%)	n	(%)
≥ 3 lần	40	65,4	22	35,5	62	100,0
< 3 lần	153	46,8	174	53,2	327	100,0
Tổng	193	49,6	196	50,6	389	100,0

OR=2,07, 95% CI (1,18-3,63), p<0,01

Nhận xét: Những đối tượng sinh con từ 3 lần trở lên nguy cơ mắc VNĐSDD cao hơn gấp 2,07 lần so với những đối tượng sinh con < 3 lần, 95%CI từ 1,18-3,63 và p<0,01.

Bảng 3.9. Liên quan giữa tiền sử nạo hút thai với bệnh viêm nhiễm đường sinh dục dưới

Bệnh	Mắc bệnh		Không mắc bệnh		Tổng	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Nạo, hút thai						
Có nạo hút	36	72,0	14	28,0	50	100,0
Không nạo hút	157	46,3	182	53,7	339	100,0
Tổng	193	49,6	196	50,6	389	100,0

OR=2,98, 95% CI(1,55-5,73), p<0,001

Nhận xét: Đối tượng có tiền sử nạo hút thai nguy cơ mắc VNĐSDD tăng gấp 2,98 lần so với đối tượng không có tiền sử này với 95%CI từ 1,55 đến 5,73 và p<0,001.

Bảng 3.10. Liên quan giữa sử dụng biện pháp tránh thai với bệnh viêm nhiễm đường sinh dục dưới

Bệnh	Mắc bệnh		Không mắc bệnh		Tổng	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Biện pháp						
Có sử dụng biện pháp	185	54,4	155	45,6	340	100,0
Không sử dụng	8	16,3	41	83,7	49	100,0
Tổng	193	49,6	196	50,6	389	100,0

OR=6,12, 95% CI (2,66-14,6), p<0,01

Nhận xét: Đối tượng có sử dụng biện pháp tránh thai nguy cơ mắc VNĐSDD tăng lên gấp 6,12 lần so với đối tượng không sử dụng biện pháp tránh thai, 95%CI từ 2,66 đến 14,6 và p<0,01.

Bảng 3.11. Liên quan giữa sử dụng nguồn nước sinh hoạt không hợp vệ sinh, bị nhiễm mặn với bệnh viêm nhiễm đường sinh dục dưới

Bệnh	Mắc bệnh		Không mắc bệnh		Tổng	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Nguồn nước						
Không hợp vệ sinh	78	23,3	135	76,7	176	100,0
Nước hợp vệ sinh	115	53,99	61	46,01	213	100,0
Tổng	193	49,6	196	50,6	389	100,0

OR=0,31, 95% CI(0,2-0,48), p<0,01

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu sử dụng nguồn nước hợp vệ sinh nguy cơ mắc VNĐSDD giảm đi 0,31 lần so với phụ nữ sử dụng nước không an toàn p<0,01.

Bảng 3.12. Liên quan giữa sử dụng nhà tiêu với bệnh viêm nhiễm đường sinh dục dưới

Bệnh	Mắc bệnh		Không mắc bệnh		Tổng	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Loại nhà tiêu						
Nhà tiêu không hợp vệ sinh	98	50,5	39	49,5	137	100,0
Tự hoại	95	11,1	157	88,9	252	100,0
Tổng	193	49,6	196	50,6	389	100,0

OR=4,15, 95% CI (2,59-6,69), p<0,001

Nhận xét: Đối tượng sử dụng nhà tiêu không hợp vệ sinh nguy cơ mắc VNĐSDD cao gấp 4,15 lần so với những đối tượng sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh 95%CI 2,59-6,69 và p<0,001.

IV. BÀN LUẬN

Học vấn thấp tiểu học và dưới với VSĐSDD với OR là 2,7 (Bảng 3.3). Kết quả phù hợp với Bùi Quang Chung [2] với OR là 4,16. Li XD ở Trung Quốc cũng nhận thấy phụ nữ có học vấn thấp, ít hiểu biết về bệnh VNĐSDD nguy cơ mắc bệnh cao.

Bảng 3.4 cho thấy thu nhập thấp làm tăng nguy cơ mắc VNĐSDD cao gấp 3,93 lần so với những phụ nữ không thu nhập thấp. Đào Văn Lân [4], Đoàn Thị Hạnh [3] không thấy mối liên

quan giữa thu nhập của đối tượng với VNĐSDD. Bùi Quang Chung [2] thấy có mối liên quan với OR là 2,14. Xu CY thấy phụ nữ thu nhập thấp nguy cơ mắc bệnh cao.

Bảng 3.5 chỉ ra rằng phụ nữ không có đầy đủ kiến thức về VNĐSDD làm tăng nguy cơ mắc bệnh lên 2,75 lần. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Đoàn Thị Hạnh [4] (OR là 4,31), của Các Văn Tiêm [5] (OR là 2,48). Ngoài ra còn phù hợp với kết quả

ngiên cứu của Bùi Quang Chung [2] (OR = 62,33) và Đào Văn Lân [4].

Không đi khám bệnh định kỳ làm tăng nguy cơ mắc bệnh lên 2,04 lần (Bảng 3.6). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Đoàn Thị Hạnh [3] (OR là 5,1), Đào Văn Lân [4].

Bảng 3.7 chỉ ra rằng thói quen vệ sinh sinh dục hàng ngày không đúng làm tăng nguy cơ mắc bệnh lên 19,8 lần. Đoàn Thị Hạnh [4] OR là 5,1 nếu phụ nữ có thói quen ngồi chậu và OR là 2,76 nếu phụ nữ có thói quen cho tay vào АД. Cotrell [7] năm 2003 tại Hoa Kỳ (OR=2,1).

Bảng 3.8. cho thấy sinh nhiều con nguy cơ VNĐSDD tăng lên 2,07 lần. Các Văn Tiềm [5] (OR=1,74), Bùi Quang Chung [2] (OR=5,99).

Bảng 3.9 là mối liên quan giữa tiền sử nạo hút thai với VNĐSDD. Kết quả khảo sát cho thấy, phụ nữ nạo hút thai trong tiền sử nguy cơ mắc VNĐSDD cao gấp 2,98 lần so với phụ nữ không có tiền sử nạo, hút thai. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Các Văn Tiềm [5] OR là 2,48, của Đoàn Thị Hạnh [3] OR là 3,3, Bùi Quang Chung [2] OR là 2,26 lần.

Bảng 3.12 là sự khảo sát liên quan giữa sử dụng các biện pháp tránh thai như đặt vòng, bao cao su, cắt vòi trứng...với VNĐSDD. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan với OR là 6,12. Tuy nhiên các nghiên cứu của các tác giả khác cho thấy có thể có và không có mối liên quan giữa việc sử dụng các biện pháp tránh thai với VNĐSDD. Đoàn Thị Hạnh [3] thấy liên quan giữa việc sử dụng các biện pháp tránh thai với VNĐSDD với OR là 2,6, còn theo Các Văn Tiềm [5] OR là 2,6 lần. Wasserheit JN thấy phụ nữ dùng dụng cụ tử cung nguy cơ VNĐSDD có triệu chứng tăng lên 4 lần và nếu cắt vòi trứng nguy cơ VNĐSDD xét nghiệm dương tính tăng lên 7 lần.

V. KẾT LUẬN

Mẹ làm nghề tự do (1,96), học văn tiểu học và dưới (2,72), thu nhập thấp (OR=3,39), nhận thức không đúng về bệnh (OR=2,75), không khám bệnh thường xuyên, định kỳ (OR=2,04), thói quen vệ sinh âm chậu, cho tay vào АД (OR=1,98), dùng băng vệ sinh không phù hợp (OR=9,54), sinh từ 3 con trở lên (OR=2,07), tiền sử nạo, hút thai (OR=2,98), sử dụng biện pháp kế hoạch hóa gia đình (OR=6,12), nguồn nước không hợp vệ sinh (OR=0,2) nhà tiêu không hợp vệ sinh (OR=4,15) là những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với VNĐSDD.

Một số yếu tố chưa thấy liên quan đến VNĐSDD là "tuổi mẹ dưới 25", nghề nghiệp "nông dân", "công nhân", và "nuôi trồng thủy sản/đi biển".

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2001)** "Chiến lược Quốc gia về chăm sóc bảo vệ sức khỏe giai đoạn 2001- 2010", NXB quân đội nhân dân Tr 3 -22.
2. **Bùi Quang Chung (2012)**, "Thực trạng viêm nhiễm đường sinh dục dưới thường gặp và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ 19-45 tuổi có chồng huyện Văn Lâm tỉnh Hưng Yên năm 2012", Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa cấp II, ĐHYD Hải Phòng.
3. **Đoàn Thị Hạnh (2010)**, "Thực trạng viêm nhiễm đường sinh dục dưới và các yếu tố liên quan ở phụ nữ 19-53 tuổi có chồng quận Hồng Bàng Hải Phòng năm 2010", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, ĐHY Hải Phòng.
4. **Đào Văn Lân (2009)**, "Thực trạng viêm nhiễm đường sinh dục dưới thường gặp và các yếu tố liên quan chính ở phụ nữ 18-52 tuổi tại Kiến An". Luận văn thạc sĩ Y học. Đại học Y Hải Phòng.
5. **Các Văn Tiềm (2011)**, "Thực trạng viêm nhiễm đường sinh dục dưới và kiến thức thực hành ở phụ nữ có chồng trong độ tuổi sinh đẻ tại huyện An Lão thành phố Hải Phòng năm 2011". Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Thái Bình.
6. **Vũ Thanh Tùng (2012)**, "Nghiên cứu thực trạng viêm nhiễm đường sinh dục dưới của phụ nữ 18-49 tuổi tại huyện Vĩnh Bảo thành phố Hải Phòng năm 2012", Luận văn thạc sĩ y học, ĐHYD Hải Phòng.
7. **Cotrell BH (2003)**, "Vaginal douchin", Obstet Gyneco Neonatal Nurse 32, 12-8.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TRẢI NGHIỆM KỶ THỊ NAM BÁN DÂM ĐỒNG GIỚI TẠI HÀ NỘI NĂM 2015

Lê Thị Hường*, Lê Minh Giang**

TÓM TẮT

*Cục Phòng, chống HIV/AIDS,

**Trường Đại học Y Hà Nội,

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hường

Email: lehuongvaac@gmail.com

Mục tiêu: Mô tả một số yếu tố liên quan đến kỷ thị ở nhóm nam bán dâm đồng giới tại Hà Nội, năm 2015. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có

Ngày nhận bài: 8/7/2017

Ngày phản biện khoa học: 15/8/2017

Ngày duyệt bài: 5/9/2017

kết hợp nghiên cứu định tính và định lượng. **Kết quả:** Địa điểm thu nhận đối tượng và xu hướng tình dục có liên quan đến mức độ tự kỳ thị. NBDĐG từ cơ sở dịch vụ, tự nhận xu hướng tình dục thích nam và tuổi lần đầu bán dâm trước 18 có mức độ tự kỳ thị cao hơn đối tượng tương ứng. Kết quả nghiên cứu định tính giải thích rõ hơn sự liên quan trên do NBDĐG tại CSDV thường có nhiều sự lựa chọn về công việc và cần tiền vì nhiều mục đích khác, nhu cầu cao hơn. Trong khi, NBDĐG tại điểm công cộng đôi khi cần tiền vì nhu cầu tối thiểu như ăn, ngủ, hay có lúc là "chơi đá". **Kết luận:** Mức độ tự kỳ thị có liên quan đến địa điểm thu nhận đối tượng. Bên cạnh đó, kỳ thị có liên quan đến hành vi nguy cơ của đối tượng, gây ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất và tinh thần của NBDĐG.

Từ khóa: Kỳ thị, tự kỳ thị, bị kỳ thị, nam bán dâm đồng giới, các yếu tố liên quan.

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO STIGMA EXPERIENCING AMONG MEN SEX WORK IN HA NOI, 2015

Objective: Describing some factors related to stigma (self-stigma and discrimination from others) in men sex worker (MSW) in Hanoi, 2015. **Methods:** cross-sectional descriptive study combined with qualitative and quantitative research. **Results:** Location collecting objects and sexual orientation related to levels of self-stigma. MSW from service place, men like sexual orientation and first time men sex working before 18 years are higher level of self stigma. Qualitative research's result further explains the MSW in service place often having more choices about work and needed money for a variety of purposes, higher demands. While, MSW at public places sometimes need money for basic needs such as eating, sleeping, or sometimes as "playing rock". **Conclusion:** The level of self-stigma related to location object working, sexual orientation, the age of first men sex working. Beside, research has not found an association between these factors and the extent of discrimination with the quantitative result as well as the qualitative result. However, although the respondents admitted that they encountered little discrimination as well as the actions do not respect the work of the service facility discrimination from their buyer is worth saving mind and are looking for a better understanding through further studies.

Keywords: Stigma, related factor, MSW.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nam quan hệ tình dục đồng giới là nhóm đối tượng trong báo cáo đầu tiên về đại dịch HIV/AIDS vào năm 1981 và là đối tượng dẫn đầu trong các nhóm phát hiện mới hàng năm [1], [2]. Theo một nghiên cứu ở Trung Quốc, nhóm nam bán dâm đồng giới (NBDĐG) còn chịu kỳ thị của hành vi bán dâm cũng như của các đặc điểm kinh tế xã hội

khác (như là dân di cư từ nông thôn ra thành thị, hay trình độ học vấn thấp vv...) [3].

Ở Việt Nam, kỳ thị và mối liên quan của kỳ thị đối với hành vi nguy cơ của nhóm NTĐĐG đã được quan tâm nghiên cứu [4]. Đặc biệt khi sự kỳ thị được cho là có liên quan đến các hệ lụy về sức khỏe và xã hội [5]. Mặc dù nhóm NBDĐG cũng đã được quan tâm nhiều hơn trong các nghiên cứu và chương trình can thiệp, nhưng còn thiếu các nghiên cứu về các yếu tố liên quan đến kỳ thị. Để hiểu rõ hơn các yếu tố liên quan đến kỳ thị, chúng tôi thực hiện đề tài: "*Một số yếu tố liên quan đến trải nghiệm kỳ thị nam bán dâm đồng giới tại Hà Nội năm 2015*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: NBDĐG trên địa bàn thành phố Hà Nội đảm bảo đủ tất cả các tiêu chuẩn: sinh ra là nam giới, tuổi từ 16 – 29, sống ở Hà Nội ít nhất 1 tháng trước thời điểm điều tra, có quan hệ tình dục với nam giới khác trong vòng 90 có sự mong đợi về lợi ích vật chất. Gồm 275 NBDĐG tham gia phỏng vấn định lượng và 16 NBDĐG phỏng vấn định tính. Trong đó đối tượng phỏng vấn định tính được chọn lọc thêm 2 tiêu chí là xu hướng tình dục tự nhận và địa điểm thu nhận đối tượng.

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

Xử lý số liệu:

- Định lượng: Phần mềm Stata 13.0. Mô tả các yếu tố có liên quan đến kỳ thị gồm mức độ sử dụng rượu, tiền sử sử dụng ma túy số lượng bạn tình 30 ngày qua, quan hệ tình dục không bảo vệ lần gần đây, sử dụng dịch vụ y tế và sức khỏe tinh thần theo dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (với biến liên tục) hoặc tỷ lệ %. Một số yếu tố liên quan sử dụng thang đo đã được chuẩn hóa và có cách tính điểm riêng.

- Phân tích đơn biến sử dụng các test kiểm định mối tương quan giữa kỳ thị với từng yếu tố có khả năng liên quan. Phân tích đa biến hồi quy logistic kiểm định mối tương quan giữa kỳ thị với các yếu tố liên quan, có hiệu chỉnh theo các biến số về đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm kinh tế và xu hướng tình dục có tương quan.

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

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm kỳ thị của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1.1: Kết quả trải nghiệm bị kỳ thị theo nghiên cứu định lượng

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

Kết quả bảng 2.1 chỉ ra rằng: Đa số NBDĐG (73,8%) đều bị kỳ thị từ người khác nhưng thường ở mức độ thấp (54,6%). Kết quả định tính giải thích rõ hơn về mức độ thấp của bị kỳ thị có thể là do vì tự kỳ thị nên NBDĐG đã tìm cách "che dấu" công việc của mình, họ thường sinh sống và làm việc tại những khu vực riêng thậm chí đã quen và được chủ cơ sở chỉ bảo cách né tránh hay "bảo kê". Do đó, bị kỳ thị chủ yếu từ "người xa lạ" ở xung quanh khu vực hành nghề của họ và "không trực tiếp" mà qua "ánh

mắt" hay "sự bàn tán": "Ban ngày ban mặt vợ chồng chồng con, à con gái thì không phải con trai thì không" (Công viên TN, 20 tuổi, chỉ thích nữ). Bị kỳ thị đáng chú ý ở đây là từ chính khách hàng của NBDĐG. "Ông ấy ném tiền vào mặt em và chửi mày là sức đàn ông mà mày đi làm những việc như thế này". (CV Thống Nhất, 20 tuổi, thích cả nam và nữ, 1.8).

2. Các yếu tố liên quan đến mức độ kỳ thị

2.1. Tự kỳ thị

Bảng 2.1.1: Mức độ tự kỳ thị với đặc điểm nhân khẩu xã hội học

	Tự kỳ thị		Giá trị p
	Thấp SL (%)	Cao SL (%)	
Địa điểm thu nhận: Cơ sở dịch vụ	83 (56,1)	65 (43,9)	0,008
Công cộng	91 (71,7)	36 (28,3)	
Nhóm tuổi: Từ 16 đến 19 tuổi	39 (62,9)	23 (37,1)	0,923
Từ 20 đến 24 tuổi	97 (62,6)	58 (37,4)	
Từ 25 đến 29 tuổi	38 (65,5)	20 (34,5)	
Nơi sinh: Hà Nội	31 (75,6)	10 (24,4)	0,076
Nơi khác	143 (61,1)	91 (38,9)	
Tình trạng giáo dục: Vẫn tiếp tục đi học	25 (75,8)	8 (24,2)	0,113
Ngừng học	149 (61,6)	93 (38,4)	
Cấp học cao nhất: Cấp 3 trở lên	60 (67,4)	29 (32,6)	0,324
Dưới cấp 3	114 (61,3)	72 (38,7)	

Bảng 2.1.1 chỉ ra rằng: Mức tỷ lệ độ kỳ thị cao cao hơn ở nhóm đối tượng thu nhận từ cơ sở dịch vụ, xu hướng tình dục có thích đàn ông và tuổi lần đầu bán dâm khi so sánh với các nhóm tương ứng với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả trên được lý giải qua nghiên cứu định tính bởi hoàn cảnh đối tượng lựa chọn công việc của các NBDĐG tại cơ sở dịch vụ khác hơn nhóm tại địa điểm công cộng. Tại các cơ sở dịch vụ, NBDĐG có nhiều sự lựa chọn hơn để kiếm tiền

và họ đến với nghề mang tính chủ động và có sự tính toán hơn nên họ thường có suy nghĩ tự kỳ thị cao hơn. Đây là suy nghĩ của một NBDĐG tại cơ sở dịch vụ đến với nghề sau khi đã từng làm công nhân, làm dẫn chương trình có thu nhập khá nhưng lại chọn công việc bán dâm vì có thu nhập cao hơn trong lúc đang cần tiền:

"Hiện tại em cũng để 1 phần để trả nợ thôi, còn một phần em vẫn để xây trang trại. Song song ấy chị...Thấy có lỗi với cả họ hàng luôn". (Massage ĐD, 25 tuổi, chỉ thích nam).

Bảng 2.1.2: Mức độ tự kỳ thị với đặc điểm giới tự nhận và khuynh hướng tình dục

	Tự kỳ thị		Giá trị p
	Thấp SL (%)	Cao SL (%)	
Đặc điểm giới tự nhận: Đàn bà và khác	49 (73,1)	18 (26,9)	0,054
Đàn ông	125 (60,1)	83 (39,9)	
Xu hướng tình dục: Có thích đàn ông	116 (69)	52 (30,1)	0,019
Chỉ thích phụ nữ	58 (54,2)	49 (45,8)	
Tình trạng hôn nhân: Độc thân/chưa kết hôn	168 (64,4)	93 (35,6)	0,104
Đã kết hôn/ly dị	6 (42,9)	8 (57,1)	

Tuổi lần đầu bán dâm khách nam: < 18 tuổi	127(59,6)	86 (40,4)	0,02
≥ 18 tuổi	47 (75,8)	15 (24,2)	

Kết quả bảng 2.1.2 cho thấy: Nhóm NBDĐG có xu hướng tình dục chỉ thích phụ nữ có tỷ lệ mức độ tự kỳ thị cao lớn hơn so với có thích đàn ông. Ngoài ra, những đối tượng có tuổi bán dâm lần đầu dưới 18 tuổi cũng có mức độ tự kỳ thị cao cao hơn nhóm bắt đầu bán dâm trên 18 tuổi.

Tương đồng với nghiên cứu định lượng, nghiên cứu định tính cho thấy NBDĐG có thích nam thường mức độ tự kỳ thị thấp hơn và họ cho rằng công việc này "chẳng có gì là không thể chấp nhận được cả". "Minh thì mình nghĩ rằng mình làm để lấy tiền giải quyết cuộc sống là một, với lại lấy kinh nghiệm để mình làm" (Massage TNT, 28 tuổi, chỉ thích nam).

Trong khi đó, NBDĐG chỉ thích nữ thì có biểu hiện tự kỳ thị cao hơn khi tự trách bản thân là "nhục nhã", "hèn hạ" và thậm chí bản thân họ rất kỳ thị "khách hàng đồng tính" của mình vì "chả ưa gì bọn đồng tính".

"Lúc đấy thì em cảm thấy mình nhục nhã ấy, mình cảm thấy mình nhục mà cảm giác như mình hèn hạ ấy" (Công viên TN, 23 tuổi, chỉ thích nữ).

"Thì từ xưa em đã chả ưa gì bọn đồng tính, bây giờ phải đi phục vụ họ thì thấy kinh lắm. Em cảm thấy kinh tởm công việc này." (Công viên TN, 18 tuổi, chỉ thích nữ).

2.2. Bị kỳ thị

Bảng 2.2.1. Mức độ bị người khác kỳ thị với đặc điểm nhân khẩu xã hội học

	Bị người khác kỳ thị			Giá trị p
	Không bị kỳ thị SL (%)	Thấp SL (%)	Cao SL (%)	
Địa điểm thu nhận: Cơ sở dịch vụ	42 (28,4)	83(56,1)	23(15,5)	0,218
Công cộng	30 (23,6)	67 (52,8)	30(23,6)	
Nhóm tuổi: Từ 16 đến 19 tuổi	19 (30,7)	37(59,7)	6(9,7)	0,067
Từ 20 đến 24 tuổi	43 (27,7)	82(52,9)	30(19,4)	
Từ 25 đến 29 tuổi	10 (17,2)	31(53,5)	17(29,3)	
Nơi sinh: Hà Nội	8 (19,5)	25(61,0)	8 (19,5)	0,553
Nơi khác	64 (27,4)	125(53,4)	45(19,2)	
Tình trạng giáo dục: Vẫn tiếp tục đi học	7 (21,2)	18 (54,6)	8 (24,2)	0,659
Ngừng học	65 (26,9)	132(54,5)	45(18,6)	
Cấp học cao nhất: PTTH trở lên	23 (25,8)	47 (52,8)	19(21,3)	0,83
Dưới PTTH	49 (26,3)	103(55,4)	34(18,3)	

Kết quả bảng 2.2.1 chỉ ra rằng: Không nhận thấy sự khác biệt về mức độ bị người khác kỳ thị giữa các đặc điểm nhân khẩu xã hội học liên quan đến địa điểm thu nhận, nhóm tuổi, trình độ học vấn và trung bình thu nhập.

Bảng 2.2.2. Mức độ tự kỳ thị với đặc điểm giới tự nhận và khuynh hướng tình dục

	Tự kỳ thị		Giá trị p
	Thấp SL (%)	Cao SL (%)	
Đặc điểm giới tự nhận: Đàn bà và khác	49 (73,1)	18 (26,9)	0,054
Đàn ông	125(60,1)	83 (39,9)	
Xu hướng tình dục: Có thích đàn ông	116 (69)	52 (30,1)	0,019
Chỉ thích phụ nữ	58 (54,2)	49 (45,8)	
Tình trạng hôn nhân: Độc thân/chưa kết hôn	168(64,4)	93 (35,6)	0,104
Đã kết hôn/ly dị	6 (42,9)	8 (57,1)	
Tuổi lần đầu bán dâm khách nam: < 18 tuổi	127(59,6)	86 (40,4)	0,02
≥ 18 tuổi	47 (75,8)	15 (24,2)	

Bảng 2.2.2 cho thấy: Nhóm NBDĐG có xu hướng tình dục chỉ thích phụ nữ có tỷ lệ mức độ tự kỳ thị cao lớn hơn so với có thích đàn ông. Ngoài ra, những đối tượng có tuổi bán dâm lần đầu dưới 18 tuổi cũng có mức độ tự kỳ thị cao cao hơn nhóm bắt đầu bán dâm trên 18 tuổi. Những khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê với

$p < 0,05$. Trong nghiên cứu định tính, chính các đối tượng được hỏi thừa nhận rằng họ ít gặp phải sự kỳ thị cũng như những hành động không tôn trọng khi làm việc ở các cơ sở dịch vụ. Có khi họ còn được dạy cách né tránh người ngoài và cơ quan kiểm tra. Trong khi, các đối tượng ở địa điểm công cộng thường gặp phải các đợt kiểm

soát gắt gao của lực lượng chức năng, và có người cũng từng "về đồn công an ngồi tới sáng".

Kết quả nghiên cứu định tính cũng không cho thấy có mối liên hệ nào giữa mức độ bị người khác kỳ thị và các yếu tố về đặc điểm nhân khẩu và đặc điểm giới tính, xu hướng tình dục tự nhận. Điều này cần có những nghiên cứu tiếp theo để làm rõ hơn.

IV. KẾT LUẬN

Mức độ kỳ thị có liên quan đến địa điểm thu nhận đối tượng, xu hướng tình dục tự nhận. Đây là kết quả quan trọng nhằm cung cấp thông tin khi tiếp cận hoặc triển khai các chương trình can thiệp dự phòng lây truyền bệnh qua đường tình dục trên nhóm đối tượng này. Tuy nhiên, vì chưa tìm thấy có sự liên quan giữa các yếu tố trên với mức độ kỳ thị khi đối tượng nghiên cứu định tính cho rằng họ bị kỳ thị từ chính khách hàng của mình. Do đó, cần tiến hành

thêm các nghiên cứu để làm rõ vấn đề này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **HIV/AIDS Alliance International (2003).** Between men HIV/STI prevention for men who have sex with men. 7-8.
2. **UNDP and WHO (2009).** Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender.
3. **Kyung Choi Jenny X. Liu (2006).** Experiences of Social Discrimination Among Men Who Have Sex with Men in Shanghai, China. *AIDS Behavior*, 10 (1), 25-33.
4. **Huy X. Ha, Michael Ross, Jan M. H. Risser và cs (2014).** Determinants of Homosexuality-Related Stigma Among Men Who Have Sex with Men in Hanoi, Vietnam. *International Journal of Sexual Health*, 26 (3), 200-216.
5. **Vũ Mạnh Lợi và nhóm nghiên cứu (2009).** Tình dục đồng giới tại Việt Nam - Sự kỳ thị và hệ quả xã hội.

NGHIÊN CỨU SỰ HÀI LÒNG CỦA BỆNH NHÂN NỘI TRÚ BỆNH VIỆN ĐA KHOA HẢI DƯƠNG VỚI DỊCH VỤ Y TẾ NĂM 2015

Đặng Văn Chức*, Phạm Văn Trung**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định mức độ hài lòng với dịch vụ khám chữa bệnh của Bệnh viện Đa khoa Hải Dương năm 2015. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng gồm 448 bệnh nhân nội trú của các khoa lâm sàng. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng với thời gian chờ tiếp cận với điều dưỡng và bác sĩ cao tương đương nhau lần lượt là 89,5% và 86,6%. Tỷ lệ người hài lòng với thái độ của bác sĩ là 95,8%, cao nhất ở khối Nội là 98,3%, tỷ lệ cao người hài lòng về thăm khám của bác sĩ là 95,3%. Có 97,8% bệnh nhân hài lòng với chẩn đoán của bác sĩ, cao nhất ở khối Nội (98,7%). Tỷ lệ người bệnh hài lòng với thảo luận về yêu cầu điều trị là 96,2% và cao nhất ở khối Nội 98,3%. Tỷ lệ hài lòng chung là 68,8%.

Từ khóa: Hài lòng, bệnh nhân nội trú.

SUMMARY

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

**Bệnh viện Việt Tiệp, Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Trung

Email: phamtrungptth@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/7/2017

Ngày phản biện khoa học: 15/8/2017

Ngày duyệt bài: 11/9/2017

THE STUDY OF INPATIENTS' SATISFACTION ABOUT HEALTH SERVICES AT GENERAL HOSPITAL OF HAI DUONG IN 2015

Objectives: The study was done to describe the satisfaction of inpatients about health services at general hospital of Haiduong in 2015. **Population and method:** The population included 448 patients in clinical departments. The method was descriptive and cross-sectional study. **Results and conclusions:** High rate of satisfaction about the time of waiting nurses and doctors were 89.5% and 86.6% respectively. 96.2% satisfied nurses' behavior. The rate of satisfaction of doctors was 95.8%, highest rate was in internal zone 98.3%, high rate of inpatients' satisfaction about doctors' examination was 95.3%. There were 97.8% of inpatients who satisfied with doctors' diagnosis, highest rate in the internal zone 98.7%. The rate of inpatients' satisfaction about discussion of treatment was 96.2% and highest rate in internal zone 98.3%. The common rate was 68.8%.

Key words: Satisfaction, inpatients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khi xã hội ngày càng phát triển nhu cầu con người ngày càng cao, việc đáp ứng nhu cầu con người trong công tác khám, chữa bệnh, điều trị và chăm sóc tại bệnh viện lại càng phải hoàn thiện và phát triển về mọi mặt. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) chất lượng dịch vụ Y tế tác động đến sự hài lòng của của người bệnh và ngược lại sự hài lòng của người bệnh có thể

đánh giá được hiệu quả các dịch vụ do bệnh viện và ngành Y tế cung cấp.

Chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại bệnh viện là yếu tố quan trọng nhất, quyết định sự tồn tại của bệnh viện. Chất lượng chăm sóc sức khỏe tốt thể hiện ở bốn khía cạnh: có hiệu quả, khoa học, chăm sóc thực hiện theo tiêu chuẩn; thích hợp với người bệnh; an toàn không gây biến chứng; dễ tiếp cận và chấp nhận, ít tốn kém so với cách điều trị khác [4]. Có nhiều phương pháp để đánh giá chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong đó sự hài lòng của người bệnh là một nội dung quan trọng để đánh giá chất lượng chăm sóc sức khỏe [7].

Ngày nay, nền kinh tế nước ta vận hành theo cơ chế thị trường, sự cạnh tranh của các loại hình dịch vụ trong đó có dịch vụ y tế tất yếu sẽ xảy ra không chỉ ở trong nước mà còn giữa nước ta với các nước khác. Việc đánh giá sự hài lòng của người bệnh tại các bệnh viện là vô cùng quan trọng, để xác định được nhu cầu của người bệnh và thân nhân người bệnh, kịp thời phát hiện những tồn tại để bệnh viện hoàn thiện và phát triển ngày càng được sự quan tâm. Xuất phát từ yêu cầu thực tế chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Mô tả sự hài lòng của bệnh nhân điều trị nội trú với dịch vụ y tế tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương năm 2015.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn:

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

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

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

Nghiên cứu được thực hiện năm 2015 tại các khoa điều trị Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cứu mô tả cắt ngang trên 448 bệnh nhân nội trú.

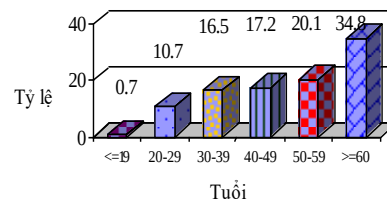
2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Bệnh nhân điều trị tại khối nội và ngoại Bệnh viện Đa khoa Hải Dương lúc sắp xuất viện được đề nghị tham gia nghiên cứu là 448 người.

2.2.3. Thu thập thông tin: Thu thập thông tin theo phương pháp phát vấn. Bệnh nhân được đưa phiếu điều tra, nghiên cứu và trả lời từng khoản mục. Mỗi câu hỏi có 5 mức độ hài lòng: rất không hài lòng, không hài lòng, không biết/không trả lời, hài lòng và rất hài lòng.

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin về đối tượng nghiên cứu: Nhóm tuổi trên 60 có đối tượng tham gia nghiên cứu cao nhất là 34,8%, nhóm thấp nhất là dưới 20 tuổi chiếm 0,7%. Khối nội có số bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 234 (52,2%) cao hơn số bệnh nhân ở khối ngoại là 214 (47,8%).



Hình 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi (n=448)

Nhận xét: Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 34,8% và thấp nhất là tuổi dưới 19 chiếm 0,7%.

3.2. Mức độ hài lòng của bệnh nhân

Bảng 3.1. Sự hài lòng về tiếp cận điều dưỡng

Hài lòng	Mức độ hài lòng (%)					Tổng	p
	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4	Mức 5		
Khối Nội	1 (0,4)	0 (0,0)	20 (8,5)	70 (29,9)	143 (61,1)	234	<0,05
Khối Ngoại	5 (2,3)	1 (0,5)	20 (9,3)	120 (56,1)	68 (31,8)	214	
Tổng	6 (1,3)	1 (0,2)	40 (8,9)	190 (42,4)	211 (47,1)	448	

Nhận xét: Mức độ rất hài lòng ở Khối Nội là 61,1% trong khi đó mức độ hài lòng ở khối Ngoại là 56,1% và rất hài lòng chỉ có 31,8%.

Bảng 3.2. Sự hài lòng về tiếp cận bác sĩ khám bệnh

Hài lòng	Mức độ hài lòng (%)					Tổng	p
	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4	Mức 5		
Khối Nội	0 (0,0)	0 (0,0)	20 (8,5)	86 (36,8)	128 (54,7)	234	<0,05
Khối Ngoại	5 (2,3)	1 (0,5)	34 (15,9)	119 (55,6)	55 (25,7)	214	

Tổng	5(1,1)	1(0,2)	54(12,1)	205(45,8)	183(40,8)	448	
-------------	---------------	---------------	-----------------	------------------	------------------	------------	--

Nhận xét: Mức độ hài lòng với bác sĩ của khối nội là 36,8% và rất hài lòng là 54,7% trong khi đó mức độ hài lòng với khối ngoại là 55,6% và rất hài lòng là 25,7%, Nhìn chung sự hài lòng và rất hài lòng với bác sĩ từ 45,8% và 40,8%.

Bảng 3.3. Sự hài lòng về thái độ phục vụ của điều dưỡng

Hài lòng	Mức độ hài lòng (%)					Tổng	p
	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4	Mức 5		
Khối Nội	0(0,0)	0(0,0)	10(4,3)	85(36,3)	139(59,4)	234	>0,05
Khối Ngoại	0(0,0)	0(0,0)	7(3,3)	96(44,9)	111(51,9)	214	
Tổng	0(0,0)	0(0,0)	17(3,8)	181(40,4)	250(55,8)	448	

Nhận xét: Cả khối Nội và Ngoại không có bệnh nhân nào rất không và không hài lòng. Mức hài lòng và rất hài lòng ở khối Nội là 36,3% và 59,4% trong khi đó ở khối Ngoại mức hài lòng và rất hài lòng là 44,9% và 51,9%. Nhìn chung mức hài lòng và rất hài lòng là 40,4% và 55,8%.

Bảng 3.4. Sự hài lòng về thái độ của bác sĩ

Hài lòng	Mức độ hài lòng (%)					Tổng	p
	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4	Mức 5		
Khối Nội	0(0,0)	0(0,0)	4(1,7)	86(36,8)	144(61,5)	234	<0,05
Khối Ngoại	0(0,0)	0(0,0)	15(7,0)	123(57,5)	76(35,5)	214	
Tổng	0(0,0)	0(0,0)	19(4,2)	209(46,7)	220(49,1)	448	

Nhận xét: Cả 2 khối không có trường hợp nào rất không và không hài lòng với thái độ của bác sĩ. Ở khối Nội mức hài lòng và rất hài lòng là 36,8% và 61,5% còn ở khối Ngoại mức hài lòng và rất hài lòng là 57,5% và 35,5%. Sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$.

Bảng 3.5. Sự hài lòng về cách thăm khám của bác sĩ

Hài lòng	Mức độ hài lòng (%)					Tổng	p
	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4	Mức 5		
Khối Nội	0(0,0)	0(0,0)	6(2,6)	89(38,0)	139(59,4)	234	<0,05
Khối Ngoại	0(0,0)	0(0,0)	15(7,0)	121(56,5)	78(36,4)	214	
Tổng	0(0,0)	0(0,0)	21(4,7)	210(46,9)	217(48,4)	448	

Nhận xét: Nhìn chung, không có bệnh nhân rất và không hài lòng với thăm khám của bác sĩ. Ở khối Nội mức độ hài lòng và rất hài lòng là 38,0% và 59,4%. Ở khối Ngoại mức hài lòng và rất hài lòng là 56,5% và 36,4%.

Bảng 3.6. Sự hài lòng về kết quả chẩn đoán của bác sĩ

Hài lòng	Mức độ hài lòng (%)					Tổng	p
	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4	Mức 5		
Khối Nội	0(0,0)	0(0,0)	3(1,3)	102(43,6)	129(55,1)	234	<0,05
Khối Ngoại	0(0,0)	0(0,0)	7(3,3)	130(60,7)	77(36,0)	214	
Tổng	0(0,0)	0(0,0)	10(2,2)	232(51,8)	206(46,0)	448	

Nhận xét: Mức độ hài lòng và rất hài lòng ở khối Nội là 43,6% và 55,1%. Ở khối Ngoại mức độ hài lòng và rất hài lòng là 60,7% và 36,0%. Nhìn chung mức hài lòng và rất hài lòng là 51,8% và 46,0%.

Bảng 3.7. Mức độ hài lòng chung

Hài lòng	Mức độ hài lòng (%)					Tổng	p
	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4	Mức 5		
Khối Nội	5(2,1)	9(3,8)	30(12,8)	89(38,0)	101(43,2)	234	<0,05
Khối Ngoại	3(1,4)	25(11,7)	68(31,8)	99(46,3)	19(8,9)	214	
Tổng	8(1,8)	34(7,6)	98(21,9)	188(42,0)	120(26,8)	448	

Nhận xét: Có 21,9% bệnh nhân thể hiện sự hài lòng ở mức trung bình, 42% hài lòng và 26,8% rất hài lòng. Ở mức rất hài lòng khối Nội có phần trăm cao hơn 43,2% so với 8,9% còn ở mức hài lòng khối Ngoại có số phần trăm cao hơn (46,3% so với 38%).

IV. BÀN LUẬN

Bảng 3.1 là sự tiếp cận điều dưỡng của bệnh nhân. Có 8,9% bệnh nhân có thái độ trung gian không hài lòng mà cũng không phải là không hài lòng. Có 89,5% bệnh nhân hài lòng trở lên đối với sự chờ đợi điều dưỡng. Khối Nội có 8,5% trung gian, nếu tính mức hài lòng và rất hài lòng

là 91%. Khối Ngoại có 9,3% trung gian, và tỷ lệ từ hài lòng trở lên là 87,9% thấp hơn khối Nội.

Bảng 3.2 là sự hài lòng tiếp cận bác sĩ. Có 12,1% có thái độ trung gian, 86,6% có thái độ từ hài lòng trở lên. Tính theo khối chúng tôi thấy khối Nội có 8,5% thái độ trung gian, 91,5% hài lòng trở lên. Theo khối Ngoại, có 15,9% trung

gian, tỷ lệ hài lòng trở lên là 81,3% một tỷ lệ cao nhưng vẫn thấp hơn so với sự hài lòng của khối Nội. Sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Trà My [6] là 34,4% và thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đức Thành ở Hòa Bình rất nhiều từ 57,8-85,3%. Theo các tác giả hầu hết các nhân viên y tế hòa nhã, nhiệt tình với bệnh nhân nhưng vẫn có những nhân viên y tế không biểu lộ thái độ vui vẻ, sử dụng ngôn ngữ giao tiếp với khách hàng chưa đúng mực, không hướng dẫn hoặc hướng dẫn không rõ ràng.

Kết quả ở bảng 3.3 cho thấy nhìn chung không có bệnh nhân rất và không hài lòng với thái độ phục vụ của điều dưỡng. Thái độ trung gian là 3,8%. Mức độ hài lòng và hơn chiếm 96,2%. Có 3,8% tỏ thái độ trung gian và có tới 95,5% hài lòng và rất hài lòng về thao tác thủ thuật của điều dưỡng.

Kết quả của chúng tôi cho thấy chỉ có gần 70% bệnh nhân là có biểu hiện từ hài lòng trở lên và khoảng 12% vẫn rất không hài lòng và không hài lòng. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Lý [5] tại khoa nội tổng hợp bệnh viện Đa khoa Tuyên Quang, đánh giá sự hài lòng của người bệnh với công tác chăm sóc điều dưỡng thì thấy: nội dung duy nhất về sự giúp đỡ của ĐD khi hỗ trợ người bệnh trong hoạt động như ăn, uống, đi lại, vệ sinh thân thể, đại tiểu tiện trong bệnh viện có điểm trung bình thấp hơn điểm trung bình về sự hài lòng tối thiểu (<4) là 3,57. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh về việc thực hiện các hoạt động chăm sóc điều dưỡng là 64,4% thấp hơn của chúng tôi khoảng 70%. Tác giả còn cho thấy thêm ngoài trợ giúp như trên, điều dưỡng chỉ hướng dẫn người nhà thực hiện và tác giả cho rằng đây là thực trạng chung của điều dưỡng hiện nay.

Kết quả ở bảng 3.4 cho thấy có 4,2% tỏ thái độ trung gian với thái độ bác sĩ, 95,8% hài lòng và trên với thái độ bác sĩ. 4,7% người được hỏi tỏ thái độ trung gian với cách thăm khám của bác sĩ, 95,3% tỏ hài lòng và trên. Về kết quả chẩn đoán của bác sĩ, tỷ lệ hài lòng và rất hài lòng rất cao chiếm 97,8%. Thái độ của người được phỏng vấn về sự hài lòng khi thảo luận với bác sĩ về yêu cầu điều trị cho thấy chỉ có 3,8% tỏ thái độ trung gian và tỷ lệ hài lòng và trên rất cao là 96,2%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều so với kết quả của Phạm Thị Thu Hà ở Hải Phòng [3]. Theo tác giả có 73,6% bệnh nhân từ hài lòng với thái độ của bác sĩ và 11,0% không và rất không hài lòng. Có 73,6% hài lòng về

thăm khám (bảng 3.5), 10% rất không và không hài lòng, 75,2% hài lòng với kết quả chẩn đoán (bảng 3.6) và 9,6% không hài lòng và rất không hài lòng, có 74,8% hài lòng và hơn và 12,2% không hài lòng và rất không hài lòng khi thảo luận với bác sĩ về điều trị. Như vậy có từ 73,6% đến 75,25 bệnh nhân hài lòng với bác sĩ và từ 9,6% đến 12,2% không và rất không hài lòng với bác sĩ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn rất nhiều so với kết quả nghiên cứu của Phan Thị Thanh Thủy và CS về sự hài lòng của bệnh nhân khi bác sĩ giải thích về tình trạng bệnh, chẩn đoán và điều trị (73,6-75,25% so với 95,96% theo thứ tự).

Bảng 3.7 thể hiện kết quả mức độ hài lòng chung của bệnh nhân về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh của bệnh viện. Theo kết quả 68,8% hài lòng và trên. Tuy vậy có 9,4% không hài lòng và rất không hài lòng.

Kết quả của chúng tôi tương đối phù hợp với kết quả của Phạm Thị Thu Hà [3] ở Hải Phòng. Có 62,1% bệnh nhân hài lòng và trên với bệnh viện và có 9,8% không và rất không hài lòng với bệnh viện.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng với thời gian chờ tiếp cận với ĐD và BS cao tương đương nhau lần lượt là 89,5% và 86,6%. Sự hài lòng về thời gian chờ làm các xét nghiệm và thủ tục thanh toán ra viện cũng rất cao (72,1% và 80,8% theo thứ tự).

- Bệnh nhân hài lòng cao về thái độ điều dưỡng (96,2%) và thủ thuật điều dưỡng (95,5%). Tỷ lệ hài lòng về thái độ điều dưỡng và thủ thuật của điều dưỡng đều rất cao ở khối Ngoại và Nội (96,3% và 95,3%).

- Tỷ lệ người hài lòng với thái độ của Bác sĩ là 95,8%, cao nhất ở khối Nội là 98,3%, tỷ lệ cao người hài lòng về thăm khám của BS là 95,3%.

- Có 97,8% bệnh nhân hài lòng với chẩn đoán của BS, cao nhất ở khối Nội (98,7%). Tỷ lệ người bệnh hài lòng với thảo luận về yêu cầu điều trị là 96,2% và cao nhất ở khối Nội 98,3%.

- Tỷ lệ hài lòng chung là 68,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thanh Chiến và CS (2014), "Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về khám chữa bệnh tại một số bệnh viện đa khoa hạng 1 thuộc sở y tế thành phố Hồ Chí Minh", Tạp chí Y-Dược học quân sự, Phụ trương 2014, tr 35-42.
2. Phạm Trí Dũng (2008): Tổng quan chung về bệnh viện Việt Nam hiện nay", Tạp chí Y tế công cộng (12), 5/2009, tr 4-14.
3. Phạm Thị Thu Hà (2015), "Đánh giá sự hài lòng của người bệnh nội trú về chất lượng dịch vụ

khám và điều trị tại bệnh viện phụ sản Hải Phòng năm 2014", Luận văn tốt nghiệp cao học năm 2015-Đại học Y Dược Hải Phòng.

- 4. Vương Thị Lộc, Trần Thị Hà, Ngô Huỳnh Chúc (2008),** "Làm thế nào để tăng cường sự hài lòng của người bệnh", Kỷ yếu đề tài nghiên cứu khoa học điều dưỡng Bệnh viện Xanh Pôn lần III, 3/2008, tr. 12-20.
- 5. Nguyễn Thị Ngọc Lý (2013),** "Đánh giá sự hài lòng của người bệnh với công tác chăm sóc điều dưỡng

tại khoa Nội tổng hợp bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang", Tạp chí Điều dưỡng, trang 54-58.

- 6. Nguyễn Thị Trà My (2012),** "Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh tại Trung tâm y tế quận Dương Kinh-Hải Phòng năm 2012", Luận văn thạc sỹ y tế Công cộng, Đại học Y Dược Hải Phòng
- 7. Hà Văn Như (2003),** Sự hài lòng đối với dịch vụ khám chữa bệnh của người dân tỉnh Cao Bằng với trạm Y tế xã. Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp cơ sở, Trường Đại học Y tế công cộng, tr. 33-35.

THỰC TRẠNG BỆNH SÂU RĂNG, VIÊM LỢI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở HỌC SINH LỚP 5, TRƯỜNG TIỂU HỌC AN TƯỜNG VÀ HỒNG THÁI, THỊ XÃ TUYÊN QUANG, TỈNH TUYÊN QUANG

Ma Thanh Quế¹, Nguyễn Phú Thắng², Lê Ngọc Quang³

TÓM TẮT

Nghiên cứu được triển khai nhằm mục tiêu: Mô tả thực trạng bệnh sâu răng viêm lợi và một số yếu tố liên quan tại trường tiểu học An Tường và Hồng Thái, thị xã Tuyên Quang. Áp dụng thiết kế mô tả cắt ngang trên tổng số 307 học sinh lớp 5 của hai trường. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh sâu răng của học sinh là 62,5%; Chỉ số sâu mất trám chung (dmft+DMFT) = 2,27. Tỷ lệ viêm lợi và vùng quanh răng: 12,7%. Trong đó: CPITN 1 = 11,1%, CPITN 2 = 1,6%. Yếu tố chính liên quan tới tình trạng sâu răng của học sinh là tần suất vệ sinh răng miệng trong ngày. Khuyến nghị cơ bản của nghiên cứu là cần tăng cường tập giáo dục vệ sinh răng miệng cho học sinh về chải răng đúng phương pháp và chải răng đủ thời gian.

Từ khóa: Sâu răng, Viêm lợi, Tiểu học, Tuyên Quang

SUMMARY

DENTAL CARIES, GINGIVITIS AND RELATED FACTORS IN 5TH GRADE STUDENTS AT AN TUONG AND HONG THAI PRIMARY SCHOOLS, TUYEN QUANG TOWN, TUYEN QUANG PROVINCE

The research was carried out to describe the status of gingivitis and related factors at An Tuong and Hong Thai primary schools, Tuyen Quang town. Applied the cross-sectional descriptive design on total of 307 students in Grade 5 of the two schools. The results showed that the prevalence of dental caries is 62.5%; The dmft + DMFT indicators = 2.27. Rate of gingivitis and periodontitis: 12.7%. Of which: CPITN 1 = 11.1%, CPITN 2 = 1.6%. The main factor related to dental caries is the frequency of oral hygiene during the day. The basic recommendation of the study is to improve oral hygiene education for students on proper brushing and brush teeth enough time.

Key words: Dental caries, Gingivitis, Primary school, Tuyen Quang

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh răng miệng (BRM) là các bệnh về tổ chức cứng của răng, tổ chức quanh răng và niêm mạc miệng, trong đó 2 bệnh thường gặp là sâu

răng và viêm lợi, đây là những bệnh phổ biến ở Việt Nam và trên thế giới, theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đây là những bệnh xảy ra với khoảng 90% dân số thế giới và ít được quan tâm điều trị kịp thời [1]. Trẻ em ở lứa tuổi học tiểu học từ 6 - 12 tuổi là giai đoạn phát triển quan trọng nhất của sự hình thành bộ răng, đóng vai trò quan trọng trong chức năng của hệ tiêu hoá và vẻ đẹp thẩm mỹ của con người, lứa tuổi này là giai đoạn hình thành răng sữa và sau đó là thời kỳ thay răng sữa bằng răng vĩnh viễn và cũng là thời kỳ hay mắc các bệnh về răng miệng [2]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả thực trạng bệnh sâu răng viêm lợi và một số yếu tố liên quan ở học sinh lớp 5, trường tiểu học An Tường và Hồng Thái, thị xã Tuyên Quang, tỉnh Tuyên Quang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 307 học sinh lớp 5. Loại trừ những bệnh nhân đã hoặc đang điều trị chỉnh nha, bệnh nhân có tiền sử chấn thương vùng hàm mặt có ảnh hưởng đến khớp cắn, bệnh nhân 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: Nhập và xử lý số liệu

Bước 3: Tổng hợp số liệu và viết báo cáo.

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Bảng 3.1. Tỷ lệ nam, nữ của mẫu nghiên cứu

Stt	Đặc điểm nhóm	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Giới tính của trẻ	Nam	155	50,5
	Nữ	152	49,5
	Tổng số	307	100

Nhận xét: Tỷ lệ học sinh nam so với học sinh nữ trong nhóm nghiên cứu khá tương đồng.

¹Trung tâm kiểm nghiệm Tuyên Quang

²Viện Răng Hàm Mặt – Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y tế công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phú Thắng

Email: phuthangdentist@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/7/2017

Ngày phản biện khoa học: 26/8/2017

Ngày duyệt bài: 11/9/2017

3.2. Thực trạng bệnh sâu răng, viêm lợi của học sinh

Bảng 3.2. Thực trạng Sâu mất trám răng sữa và chỉ số dmft răng sữa

Tình trạng	Răng sâu	Răng mất	Răng trám	dmft /DM FT	Tổng số
Răng sữa	490	45	14	1,79	307
Răng vĩnh viễn	90	12	45	0,48	

Nhận xét: Chỉ số dmft của răng sữa là trung bình mỗi học sinh có gần 2 răng sữa bị sâu, số răng sâu được hàn là rất ít. Về chỉ số DMFT răng vĩnh viễn thấp hơn 3 lần so với răng sữa, điều này có thể giải thích bởi ở lứa tuổi này, tỷ lệ thay răng sữa bằng răng vĩnh viễn đã cao, răng vĩnh viễn vừa được thay có thời gian phơi nhiễm còn ngắn nên tỷ lệ bệnh còn thấp.

Bảng 3.3. Tình trạng răng sâu

Nội dung	Tần số	Chỉ số
Tổng số răng sữa bị sâu	490	Dmft = 1,79
Tổng số răng vĩnh viễn bị sâu	90	DMFT = 0,48
Tổng số răng sâu của học sinh	580	
Tỷ lệ sâu răng trong học sinh	192/307	62,5%
Chỉ số SMT chung của học sinh	dmft + DMFT = 2,27	

Nhận xét: Chỉ số SMT chung của đối tượng nghiên cứu là 2,27, tỷ lệ học sinh bị sâu răng là 62,5%.

Bảng 3.4. Tình trạng viêm lợi của học sinh

Nội dung	Tần số	Tỷ lệ %
Bình thường (CPITN 0)	268	87,3
Chảy máu lợi (CPITN 1)	34	11,1
Có cao răng (CPITN 2)	5	1,6

Nhận xét: Lợi và vùng quanh răng ở tình trạng bình thường, khỏe mạnh chiếm tỷ lệ cao (CPITN 0 chiếm 87,3%), tỷ lệ có chảy máu lợi hoặc có cao răng thấp chiếm 11,1% và 1,6%.

3.3. Một số yếu tố liên quan

Bảng 3.5. Nhận thức của học sinh về các nguyên nhân gây bệnh răng miệng

Nhận thức	Đạt		Không đạt	
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %
Do không chải răng	272	88,6	35	11,4
Do ăn nhiều đồ ngọt, bánh kẹo	259	84,4	48	15,6
Do cắn các vật cứng	187	60,9	120	39,1
Do ăn vặt, ăn	204	66,4	103	33,6

quả				
Do vi khuẩn	104	33,9	203	66,1

Nhận xét: Hiểu biết về các nguyên nhân gây bệnh răng miệng của học sinh đạt tỷ lệ cao ở nguyên nhân không chải răng, vệ sinh răng miệng (88,6%), nhận thức do các lý do khác cũng tương đối cao, riêng nguyên nhân do vi khuẩn còn thấp (33,9%).

Bảng 3.6. Thực hành chăm sóc răng của học sinh

Hoạt động thực hành	Kết quả	
	Tần số	Tỷ lệ %
Số lần chải răng trong ngày		
Từ 1 đến 3 lần	273	88,9
Bốn lần trở lên	34	11,1
Thời điểm chải răng trong ngày		
Buổi sáng khi ngủ dậy	261	85,0
Buổi tối trước khi đi ngủ	244	79,5
Sau cả 3 bữa ăn: sáng, trưa, tối	181	59,0
Chải răng ngay sau khi ăn ngọt	244	79,4
Cách chải răng của học sinh		
Chải cả 3 mặt răng	250	81,4
Chải dọc, chậm	149	48,5
Chải đúng phương pháp (1+2)	125	40,7
Chải răng đảm bảo qui định vệ sinh và đủ thời gian		
Có bàn chải răng riêng	294	95,8
Thời gian chải răng dưới 3p'	79	25,7
Thời gian chải răng trên 3 phút	223	72,6

Tỷ lệ học sinh có số lần chải răng trong ngày từ 1 đến 3 lần chiếm tới 88,9%, chiếm một tỷ lệ thấp các em học sinh chải răng từ 4 lần trở lên một ngày (11,1%). Tỷ lệ thực hành chăm sóc răng miệng tại 2 thời điểm buổi sáng khi ngủ dậy và buổi tối trước khi đi ngủ khá cao (80-85%), gần 80% trường hợp sau khi ăn ngọt thì có chải răng, đây là một tỷ lệ rất cao.

Số học sinh thực hành chải cả 3 mặt răng chiếm tỷ lệ cao nhất (81,4%), số học sinh thực hành chải dọc và chậm chiếm 48,5%, tổng hợp cả 2 cách 1+2 là phương pháp chải răng đúng hiện nay đang được hướng dẫn cho học sinh tại các trường chỉ có 40,7% đạt yêu cầu.

Tỷ lệ học sinh có bàn chải răng riêng chiếm 95,8%, số học sinh có thời gian chải răng trên 3 phút (đạt yêu cầu về thời gian chải răng) chiếm 72,6%.

IV. BÀN LUẬN

Đánh giá tình trạng sâu răng và viêm lợi của học sinh lớp 5 trong nghiên cứu này, kết quả nghiên cứu cho thấy: Chỉ số dmft = 1,79, DMFT = 0,48 và chỉ số sâu mất trám chung của cộng

đồng SMT = 2,27, tỷ lệ sâu răng trong học sinh là 62,5%. Kết quả này tương đối phù hợp với kết quả điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc 2001, ở lứa tuổi 12, điều tra tra toàn quốc cho kết quả là: tỷ lệ sâu răng là 56,6%, chỉ số SMT = 1,87 [3].

Chỉ số SMT và thực trạng điều trị răng trong cộng đồng, về cơ cấu Sâu - Mất - Trám răng sữa dmft chúng ta thấy, tỷ lệ răng sữa được điều trị rất thấp (12,04%), nếu chỉ tính số răng được hàn thì tỷ lệ răng sữa được điều trị là rất thấp: 2,9%. Tỷ lệ răng mất cao hơn tỷ lệ răng được điều trị, rõ ràng nếu một cộng đồng có sự quan tâm đến các vấn đề về bệnh răng miệng thì tỷ lệ răng được điều trị sẽ cao hơn, kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đăng Nhữ tiến hành tại Tuyên Quang, tỷ lệ trẻ em được điều trị răng sữa cũng chỉ dưới 5%, với dmft = 1,79, tức là trung bình trong cộng đồng này mỗi cá thể có gần 2 răng sữa bị sâu, đây là một cảnh báo với mức độ nguy cơ khá cao trong nhóm 9-11 tuổi hiện nay [4].

Về chỉ số CPITN- đánh giá mức độ viêm lợi và vùng quanh răng: Tỷ lệ học sinh được khám có chỉ số CPITN 1 và 2 thấp so với kết quả điều tra toàn quốc 2001 [3], nhóm nghiên cứu cho rằng: có thể do thiết kế của nghiên cứu còn thiếu phần điều tra, đánh giá đặc tính, chất lượng của nguồn nước sử dụng của 2 khu vực này, cũng như tác động của hoạt động cho học sinh súc miệng nước Fluor 2 tuần 1 lần và dùng kem chải răng có Fluor. Đây là vấn đề cần được rút kinh nghiệm trong các thiết kế nghiên cứu về lĩnh vực này lần sau.

Tỷ lệ sâu răng và chỉ số SMT: Kết quả của nghiên cứu này là: tỷ lệ sâu răng của học sinh 9-11 tuổi là 62,5% và chỉ số SMT (dmft + DMFT) = 2,27. So sánh với các kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sâu răng của học sinh trong nghiên cứu này cao hơn tỷ lệ chung của toàn quốc (56,6%), Hà Nội (54%), Hải Dương (tỷ lệ là 40,5%), Bắc Ninh (54,4%) [3].

Kiến thức của học sinh về các nguyên nhân gây bệnh răng miệng: là phần có điểm đạt chiếm tỷ lệ cao từ 61% đến 88,6%, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Tạ Quốc Đại và cộng sự tiến hành tại Thanh Trì, Hà Nội, cũng như nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà triển khai tại Đống Đa, Hà Nội [5], [6].

Kiến thức của học sinh về phòng chống bệnh răng miệng: phần câu hỏi này có điểm đạt cao nhất và có tính đồng đều nhất, với 6 phương án trả lời, số điểm đạt dao động từ 75% đến 87%, có thể nói: nhận thức về các biện pháp phòng

chống bệnh đã được các em tiếp thu rất tốt, tỷ lệ này tương đồng như các nghiên cứu được triển khai tại Hưng Yên, Hải Dương [7].

Tỷ lệ và tần suất chải răng của học sinh trong một ngày: kết quả tổng hợp cho thấy tỷ lệ học sinh có số lần chải răng trong ngày dưới 4 lần chiếm đa số (95,1%), tỷ lệ học sinh có số lần chải răng trên 4 lần trong ngày chỉ chiếm 4,9%. Hơn một nửa số học sinh trong nhóm chải răng dưới 4 lần/ngày, có thói quen chải răng ngày 3 lần (55,4%). Kết quả này phản ánh thói quen chăm sóc răng miệng của học sinh chưa có sự thay đổi đáng kể, gần như toàn bộ các em có chăm sóc răng miệng vào buổi sáng khi thức dậy và buổi tối trước khi đi ngủ, còn lại là phân phối vào thời điểm sau 1-2 bữa ăn trong 3 bữa ăn trong ngày. Tỷ lệ thực hành chăm sóc răng miệng tại 2 thời điểm buổi sáng khi ngủ dậy và buổi tối trước khi đi ngủ khá cao (80-85%), chải răng sau 3 bữa ăn trong ngày mà các em có chải răng chỉ có 59% thực hiện mà thôi.

Thực hành chải răng đảm bảo qui định về sinh và đủ thời gian: Qui định về sinh ở đây là mỗi học sinh có một bàn chải răng riêng và còn tốt, về thời gian cho 1 lần chải răng tối thiểu là 3 phút trở lên. Kết quả bảng 18 cho thấy đại đa số phụ huynh học sinh đã quan tâm đến chăm sóc răng miệng cho con em mình: 95,8% học sinh có bàn chải răng riêng, một tỷ lệ cao. Về thời gian cho một lần chải răng: 72,6% học sinh đạt yêu cầu (trên 3 phút), như vậy thời gian chải răng cũng đã được các em chú ý thực hiện trong quá trình CSRM của mình.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã cho biết tỷ lệ bệnh sâu răng (răng sữa+răng vĩnh viễn) của học sinh hai trường tiểu học tại Tuyên Quang là 62,5%; Chỉ số SMT chung của cộng đồng (dmft+ DMFT) = 2,27. Tỷ lệ viêm lợi và vùng quanh răng: 12,7%. Trong đó: CPITN 1 = 11,1 %, CPITN 2 = 1,6%.

Về kiến thức, thực hành phòng chống bệnh răng miệng, tỷ lệ học sinh nắm được kiến thức về các nguyên nhân gây BRM: 66,4%; Tỷ lệ học sinh nắm được kiến thức về phòng chống BRM: 65,1%.

Yếu tố liên quan tới tình trạng sâu răng của học sinh được phát hiện trong nghiên cứu đó là tần suất vệ sinh răng miệng trong ngày của học sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization**, *Oral health surveys: basic methods - 5th edition*. 2013, Geneva.
2. **Vụ Khoa học Đào tạo-Bộ Y tế**, *Nhà khoa học thực hành*. 2000, Hà Nội: Nhà xuất bản Y học.

3. **Trần Văn Trường và cộng sự**, *Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc 2000*, 2001: Hà Nội.
4. **Nguyễn Đăng Nhẫn**, *Điều tra bệnh sâu răng viêm lợi của học sinh 6-12 tuổi ở xã Phú Lâm huyện Yên Sơn tỉnh Tuyên Quang*, 2004, Trường Đại học Y Hà Nội: Hà Nội.
5. **Tạ Quốc Đại và cộng sự**, *Thực trạng bệnh sâu răng viêm lợi và một số yếu tố liên quan ở học sinh 6-12 tuổi tại Thanh Trì và Đống Đa, thành phố Hà Nội*. Tạp chí y học thực hành, 2007. 3 (566+567): p. 22-26.
6. **Nguyễn Thị Hà**, *Đánh giá hiệu quả can thiệp chương trình nha học đường tại một số trường tiểu học quận Đống Đa Hà Nội*, 2007, Trường Đại học Y Hà Nội: Hà Nội.
7. **Nguyễn Văn Thành**, *Đánh giá thực trạng bệnh sâu răng và khảo sát kiến thức thái độ hành vi của học sinh 6 tuổi ở thị xã Hưng Yên*, 2007, Đại học Y Hà Nội: Hà Nội.

NGHIÊN CỨU HÌNH THÁI, THỂ LỰC NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TỈNH KON TUM NĂM 2015

Nguyễn Xuân Kiên*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu hình thái, thể lực cộng đồng người trưởng thành các dân tộc tại Kon Tum năm 2015. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang có phân tích thực trạng hình thái, thể lực của cộng đồng các dân tộc tại tỉnh Kon Tum. **Kết quả:** Các chỉ số như chiều cao đứng, cân nặng, vòng ngực trung bình của người trưởng thành tuân theo tính quy luật phát triển cơ thể người Việt Nam. Các chỉ số nhân trắc tăng cao hơn giá trị trung bình của người Việt Nam ở thập kỷ 90 của thế kỷ 20. Vẫn có tình trạng suy dinh dưỡng và thừa cân, béo phì của các đối tượng trong nghiên cứu. **Kết luận:** Sự phát triển cơ thể của người trưởng thành ở Kon Tum tuân theo tính quy luật phát triển cơ thể người Việt Nam.

Từ khóa: Hình thái, thể lực, Kon Tum.

SUMMARY

STUDY ON THE ANTHROPOMETRY, ROBUSTICITY OF ADULTS IN KON TUM PROVINCE IN 2015

Objective: Study the status of anthropometry and robusticity of the ethnic minorities in Kon Tum in 2015. **Subjects and methods:** Cross sectional analysis of the status of anthropometry and robusticity of ethnic groups in Kon Tum province. **Results:** Indicators such as height, weight, chest perimeter of adults follow the trend of body development in Vietnam. The anthropometric indicators were higher than those of Vietnamese people in the 1990s. There were malnutrition and overweight-obesity among subjects in the study. **Conclusion:** The adult body development in Kon Tum province follows the trend in Vietnam.

Keywords: Anthropometry, robusticity, Kon Tum.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phát triển con người là mục tiêu của sự phát triển kinh tế xã hội, là nhân tố cơ bản để đi vào

công nghiệp hoá, hiện đại hoá đất nước. Mặt khác, theo đánh giá của Liên hợp quốc thì thực trạng chỉ số phát triển con người Việt Nam thuộc nhóm thấp của thế giới (đứng thứ 116 trên tổng số 173 nước). Để phục vụ cho các mục tiêu chiến lược về kinh tế, xã hội, phát triển tầm vóc người Việt, đã có nhiều công trình nghiên cứu về hình thái thể lực người Việt Nam. Tuy nhiên, hầu hết các kết quả thu được thường mới chỉ dừng lại ở các phạm vi nhỏ cộng đồng dân cư, hoặc một nhóm độ tuổi, nghề nghiệp. Tại khu vực Tây Nguyên, đặc biệt ở Kon Tum, những công trình nghiên cứu về sự tăng trưởng hình thái thể lực của người trưởng thành vẫn còn rất thưa thớt. Vì vậy mục tiêu của chúng tôi trong nghiên cứu này nhằm đánh giá sự thay đổi của một số chỉ số hình thái - thể lực của người trưởng thành ở Kon Tum năm 2015 so với người trưởng thành những năm 1990.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tổng số các đối tượng tham gia trong nghiên cứu là 2797 người, trong đó có 1389 nam và 1408 nữ. Đối tượng trong nghiên cứu được phân bố theo Bảng 1.

Bảng 1. Phân bố của đối tượng trong nghiên cứu

Tuổi	Nam		Nữ	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
18	162	5,79	175	6,27
19	182	6,5	172	6,15
20-24	177	6,32	182	6,5
25-29	180	6,4	185	6,61
30-39	171	6,11	179	6,4
40-49	178	6,36	171	6,11
50-59	183	6,54	177	6,32
> 60	156	5,58	167	6,04

2.2. Phương pháp nghiên cứu: **Phương pháp xác định các chỉ số hình thái, thể lực**
- **Chiều cao đứng (cm):** Xác định bằng thước

*Cục Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Kiên

Email: xuankien64@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 9/8/2017

Ngày phản biện khoa học: 5/9/2017

Ngày duyệt bài: 15/9/2017

đo chiều cao gần trên cân sức khỏe, có vạch chia đến 0,1 cm.

- *Trọng lượng cơ thể (kg)*: Xác định bằng cân sức khỏe, chính xác đến 0,1 kg.

- *Vòng ngực trung bình (cm)*: Xác định bằng số trung bình cộng của số đo vòng ngực lúc hít vào tận lực và lúc thở ra cổ sức.

- *Chỉ số BMI (Body Mass Index)* còn gọi là *chỉ số khối cơ thể*, được tính theo công thức: BMI =

Cân nặng (kg)/[Chiều cao đứng (m)]².

- *Chỉ số Pignet*: Được tính bằng công thức Pignet = Chiều cao đứng (cm) – [(Cân nặng (kg) + Vòng ngực trung bình (cm))].

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý trên chương trình SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Chiều cao

Bảng 2. Chiều cao đứng theo tuổi của người trưởng thành tỉnh Kon Tum

Tuổi	Nam		Nữ	
	<i>n</i>	<i>X±SD</i>	<i>n</i>	<i>X±SD</i>
18	162	165,12±5,1	196	154,31 ±5,2
19	182	165,83 ±5,15	173	155,8 ±5,64
20-24	177	166,15 ±6,76	167	156,7 ±5,45
25-29	180	166,58±5,24	182	154,79± 5,52
30-39	171	164,75±5,45	178	154,13±5,14
40-49	178	163,25±5,24	176	152,68±4,75
50-59	183	159,25±5,34	177	152,14±5,17
> 60	156	157,95±5,45	158	149,36±4,83

Các số liệu cho thấy, chiều cao đứng ở cả nam và nữ đều tương đối ổn định trong lớp tuổi từ 18 đến 29 tuổi (chiều cao đứng trong các nhóm 18 tuổi, 19 tuổi, 20 – 24 tuổi, 25 – 29 tuổi của nam tương ứng là: 165,12cm; 165,83cm; 166,15cm; 166,58cm; của nữ tương ứng là: 154,31cm; 155,8cm; 156,7cm; 154,79cm)($p < 0,05$). Chiều cao của nam và nữ giảm dần giai đoạn sau 30 tuổi. Mức độ giảm về chiều cao trong các nhóm 30 – 39 tuổi, 40 – 49 tuổi, 50 – 59 tuổi ở nam lần lượt là: 1,83cm, 1,5cm, 4cm, 1,3cm; ở nữ là: 0,66cm, 1,45cm, 0,54cm, 2,78cm

($p < 0,05$). Ở nam mức độ giảm về chiều cao lớn ở giai đoạn từ 49 đến 59 tuổi, ở nữ chiều cao giảm mạnh ở giai đoạn sau 60 tuổi.

Chiều cao đứng của nam lớn hơn chiều cao đứng của nữ tương ứng trong từng nhóm tuổi điều tra ($p < 0,05$). Nhìn chung, từ nhóm tuổi 18 đến 30, ở nam và nữ chiều cao tương đối ổn định sau đó chiều cao giảm dần giai đoạn sau 30 tuổi ($p < 0,05$). Mức độ giảm chiều cao của nam rõ rệt hơn của nữ (từ 18 đến 60 tuổi ở nam giảm 7,17 cm, ở nữ giảm 4,95 cm).

Bảng 3. Chiều cao đứng theo tuổi của người trưởng thành tỉnh Kon Tum và giá trị sinh học người Việt Nam thập kỷ 90

Tuổi	<i>X±SD</i>			
	Nam Kon Tum	Nam thập kỷ 90	Nữ Kon Tum	Nữ thập kỷ 90
18	165,12 ±5,1	163,25±4,75	154,31 ±5,2	152,77 ±4,2
19	165,83±5,15	163,44 ±4,46	155,8 ±5,64	152,97 ±4,43
20-24	166,15±6,76	163,72 ±4,67	156,7 ±5,45	153 ±4,32
25-29	166,58±5,24	163,78±4,77	154,79±5,52	152,73 ± 4,12
30-39	164,75±5,45	162,75 ±4,98	154,13±5,14	152,56 ±4,16
40-49	163,25±5,24	161,93 ±4,77	152,68±4,75	151,92 ±4,46
50-59	159,25±5,34	159,3 ±4,9	152,14±5,17	150,18 ±4,66
> 60	157,95±5,45	157,52 ±4,82	149,36±4,83	147,71 ±5,08

Nguyên nhân của sự tăng về chiều cao đứng là do trong giai đoạn hiện nay nền kinh tế khu vực Kon Tum có sự tăng trưởng nhanh, dịch vụ y tế, trường học được nâng cao, đời sống của người dân được cải thiện hơn so với giai đoạn tổng điều tra dân số thập kỷ 90 của thế kỷ 20.

3.2. Cân nặng

Bảng 4. Cân nặng theo tuổi của người trưởng thành khu vực Kon Tum

Tuổi	Nam		Nữ	
	<i>n</i>	<i>X±SD</i>	<i>n</i>	<i>X±SD</i>
18	162	50,78±5,25	175	43,88±4,56
19	182	52,76±5,71	172	45,79±5,24

20-24	177	54,01±4,12	182	46,58±5,41
25-29	180	54,42±5,58	185	47,15±5,63
30-39	171	54,96±5,97	179	48,03±5,53
40-49	178	55,18±5,94	171	46,86±5,69
50-59	183	52,24±5,65	177	45,71±5,19
> 60	156	49,21±5,74	167	43,12±4,85

Cân nặng theo tuổi của người trưởng thành khu vực Kon Tum cũng có sự thay đổi. Tuy nhiên, sự dao động về cân nặng theo tuổi không lớn bằng chiều cao theo tuổi ở cả hai giới. Ở nam, nhóm tuổi từ 18 đến 49 tuổi cân nặng tăng liên tục, nhưng mức tăng thấp, sau 50 tuổi cân nặng giảm dần. Ở nữ, cân nặng cũng tăng từ nhóm tuổi 18 đến 39, sau 40 tuổi cân nặng của nữ giảm dần.

Chúng tôi thấy rằng sự tăng trưởng cân nặng của người trưởng thành khu vực Kon Tum trong nghiên cứu tuân theo quy luật tăng trưởng cân

nặng của người Việt Nam. Trong 5 nhóm tuổi từ 18 đến 49 ở nam, cân nặng tăng trung bình 0,88 kg, cân nặng trong nhóm tuổi từ 50 trở lên giảm trung bình 2,99 kg. Ở nữ, trong 4 nhóm tuổi từ 18 đến 39, cân nặng tăng trung bình 1,04 kg, các nhóm tuổi từ 40 tuổi cân nặng giảm trung bình 1,64 kg.

Cân nặng của người trưởng thành khu vực Kon Tum cũng đã có sự thay đổi tích cực so với cân nặng trung bình của người Việt Nam theo giá trị sinh học người Việt Nam thập kỷ 90 [3].

Bảng 5. Cân nặng theo tuổi của người trưởng thành khu vực Kon Tum và giá trị sinh học người Việt Nam thập kỷ 90

Tuổi	X±SD			
	Nam khu vực Kon Tum	Nam thập kỷ 90	Nữ khu vực Kon Tum	Nam thập kỷ 90
18	50,78±5,25	49,71 ±4,84	43,88±4,56	43,84 ±4,14
19	52,76±5,71	50,72 ±4,61	45,79±5,24	44,87 ±4,04
20-24	54,01±4,12	52,11 ±4,7	46,58±5,41	44,6 ±4,22
25-29	54,42±5,58	52,6 ±5,26	47,15±5,63	44,59 ±4,33
30-39	54,96±5,97	53,15 ±5,53	48,03±5,53	45,98 ±4,97
40-49	55,18±5,94	53,74 ±6,64	46,86±5,69	46,37 ±5,32
50-59	52,24±5,65	50,22 ±5,41	45,71±5,19	43,96 ±4,69
> 60	49,21±5,74	48,53 ±5,26	43,12±4,85	42,16 ±4,5

Cân nặng theo tuổi của người trưởng thành khu vực Kon Tum tăng trung bình 1,82kg ở nam và 1,54kg ở nữ so với giá trị sinh học người Việt Nam thập kỷ 90. Cân nặng của nam trong khu vực nghiên cứu tăng đều hơn nữ so với giá trị sinh học người Việt Nam thập kỷ 90.

3.3. Vòng ngực trung bình: Cũng như khối lượng cơ thể và chiều cao đứng, vòng ngực trung bình được coi là một chỉ tiêu đặc trưng cho thể lực của mỗi người. Nhìn chung, một người có kích thước vòng ngực rộng thì có thể lực tốt.

Quy luật phát triển vòng ngực cũng gần giống với quy luật phát triển của khối lượng cơ thể. Đặc biệt, vòng ngực còn thể hiện sự khỏe mạnh của các chức năng hô hấp trong cơ thể người. Các nghiên cứu về lĩnh vực này cho thấy, các chỉ số hô hấp có liên quan chặt chẽ tới kích thước của vòng ngực trung bình, vòng ngực lúc thở ra và vòng ngực khi hít vào... Vòng ngực trung bình được tính bằng số trung bình cộng của vòng ngực hít vào hết sức và vòng ngực thở ra hết sức.

Bảng 6. Vòng ngực trung bình người trưởng thành khu vực Kon Tum

Tuổi	Nam		Nữ	
	n	X ±SD	n	X ±SD
18	162	77,79±4,24	175	74,35±4,75
19	182	79,01±3,45	172	77,04±5,21
20-24	177	80,13±4,67	182	77,82±6,01
25-29	180	83,35±4,89	185	80,33±6,75
30-39	171	84,52±4,13	179	79,85±5,63
40-49	178	83,53±5,14	171	79,35±5,42
50-59	183	81,75±4,43	177	76,75±5,75
> 60	156	80,96±4,38	167	75,56±5,54

Chúng tôi thấy rằng, vòng ngực trung bình của nam giới khu vực Kon Tum tăng dần từ nhóm tuổi 18 đến 39, sau 40 tuổi vòng ngực trung bình giảm dần. Vòng ngực trung bình của nữ giới khu vực Kon Tum tăng từ nhóm tuổi 18 đến 29, từ sau 30 tuổi vòng ngực trung bình giảm dần. Ở nam, vòng ngực trung bình lớn nhất ở nhóm 30-39 tuổi (84,52cm), nhỏ nhất ở nhóm 18 tuổi (77,79cm). Ở nữ vòng ngực trung bình lớn nhất ở nhóm 25-29 tuổi (80,33 cm), nhỏ nhất ở nhóm 18 tuổi (74,35 cm). Mức độ tăng vòng ngực trung bình lớn nhất ở nam là giữa nhóm 20-24 tuổi và nhóm 25-29 tuổi (3,12cm), ở nữ là giữa nhóm 18 tuổi và nhóm 19 tuổi (2,69cm).

Tương tự thể trong nhóm 26-40 tuổi, vòng ngực trung bình tăng ở nam là 3,13cm, ở nữ là 5,54cm. Điều đó cho thấy nhóm tuổi 18-25 vòng ngực trung bình hiện nay có tăng hơn so với người Đắc Lắc năm 2001 nhưng không tăng cao bằng nhóm 26-40 tuổi ở cả hai giới ($p < 0,05$).

Vòng ngực trung bình của người trưởng thành ở Kon Tum tăng cho thấy rằng thể lực của con người khu vực này ngày càng khỏe, tầm vóc dần được cải thiện. Trong tất cả các nhóm tuổi thì vòng ngực trung bình của nam đều cao hơn của nữ ($p < 0,05$).

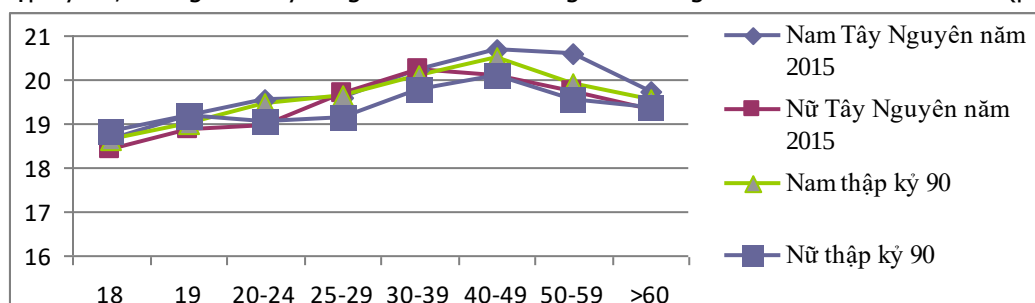
3.4. Chỉ số khối cơ thể (BMI): BMI theo tuổi của người trưởng thành khu vực Kon Tum được trình bày trong Bảng 9.

Bảng 7. BMI theo tuổi của người trưởng thành khu vực Kon Tum

Tuổi	Nam		Nữ	
	n	X $\pm$ SD	n	X $\pm$ SD
18	162	18,62 $\pm$ 1,2	175	18,43 $\pm$ 1,7
19	182	19,19 $\pm$ 1,5	172	18,86 $\pm$ 1,4
20-24	177	19,56 $\pm$ 1,7	182	18,97 $\pm$ 1,4
25-29	180	19,61 $\pm$ 1,5	185	19,68 $\pm$ 1,4
30-39	171	20,25 $\pm$ 1,3	179	20,22 $\pm$ 1,2
40-49	178	20,7 $\pm$ 1,5	171	20,1 $\pm$ 1,4
50-59	183	20,59 $\pm$ 1,5	177	19,75 $\pm$ 1,9
> 60	156	19,72 $\pm$ 1,8	167	19,33 $\pm$ 1,5

Trong tất cả các nhóm tuổi, chỉ số BMI theo tuổi của nam cao hơn của nữ. Ở cả hai giới, chỉ số BMI tăng dần từ nhóm 18 tuổi đến nhóm 40-49 tuổi, sau 50 tuổi chỉ số BMI giảm dần, tuy nhiên mức tăng giảm chiều cao giữa các nhóm tuổi không lớn.

Khi so sánh chỉ số BMI theo tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi với giá trị sinh học người Việt Nam thập kỷ 90, chúng tôi thấy rằng chỉ số BMI của người trưởng thành Kon Tum cao hơn ($p < 0,05$).



Hình 2. BMI theo tuổi của người trưởng thành khu vực Kon Tum so với giá trị sinh học người Việt Nam thập kỷ 90

3.5. Chỉ số Pignet

Bảng 8. Chỉ số Pignet theo tuổi của người trưởng thành khu vực Kon Tum

Tuổi	Nam		Nữ	
	n	X $\pm$ SD	n	X $\pm$ SD
18	865	35,92 $\pm$ 7,34	897	35,18 $\pm$ 7,74
19	915	34,11 $\pm$ 7,87	878	31,55 $\pm$ 7,93
20-24	893	31,87 $\pm$ 8,83	863	30,75 $\pm$ 8,31
25-29	910	28,94 $\pm$ 7,88	892	27,33 $\pm$ 8,12
30-39	886	24,63 $\pm$ 7,94	903	26,97 $\pm$ 7,23
40-49	866	24,69 $\pm$ 8,03	892	26,14 $\pm$ 7,84
50-59	893	25,87 $\pm$ 7,93	876	29,36 $\pm$ 7,31
> 60	832	27,96 $\pm$ 7,46	841	30,37 $\pm$ 7,85

Chỉ số Pignet của người trưởng thành khu vực Kon Tum đa số thuộc mức khỏe và một số nhóm thuộc loại trung bình, yếu. Chỉ số Pignet ở cả hai giới trong nghiên cứu giảm dần từ nhóm tuổi 18 đến 39, đến tuổi 40 chỉ số Pignet tăng dần. Các nhóm tuổi 18, 19, 20-24, 25-29, chỉ số Pignet của nữ tốt hơn của nam tương ứng, nhưng trong các nhóm tuổi còn lại chỉ số Pignet của nam tốt hơn của nữ tương ứng ($p < 0,05$).

Khi đánh giá chỉ số Pignet chúng tôi thấy rằng, nhóm tuổi 18, 19 ở nam và nhóm tuổi 18 ở nữ thuộc loại yếu. Nhóm tuổi 20-24, 25-29, trên 60 của nam, nhóm tuổi 19, 20-24, 50-59 và trên 60 của nữ thuộc loại trung bình. Các nhóm tuổi còn lại của cả hai giới thuộc loại khỏe.

IV. KẾT LUẬN

Sự phát triển cơ thể của người trưởng thành ở Kon Tum (thể hiện ở các chỉ số như chiều cao đứng theo tuổi, cân nặng theo tuổi, vòng ngực trung bình/tuổi) tuân theo tính quy luật phát triển cơ thể người Việt Nam.

Các chỉ số nhân trắc người trưởng thành Kon Tum tăng cao hơn, góp phần cải thiện tầm vóc người Việt Nam. Tuy nhiên, có một số bất thường thể hiện ra ở tình trạng thiếu năng lượng

trường diễn và tình trạng thừa cân béo phì của các đối tượng trong nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thẩm Thị Hoàng Diệp, Nguyễn Quang Quyền, Vũ Xuân Khôi và cs (1996)**, "Một số nhận xét về phát triển chiều cao, vòng đầu, vòng ngực của người Việt Nam từ 1 – 55 tuổi", *Kết quả bước đầu nghiên cứu một số chỉ tiêu sinh học người Việt Nam*, NXB Y học, tr. 68 – 71, Hà Nội.
2. **Nguyễn Văn Hoài, Nguyễn Thế Công, Nguyễn Đức Hồng (1997)**, "Báo cáo tóm tắt nghiên cứu thực trạng về thể lực của người lao động Việt Nam", *Bản vẽ đặc điểm tăng trưởng người Việt Nam*, Đề tài KX- 07-07, Hà Nội, Tr. 511 – 518.
3. **Nguyễn Đức Hồng (1996)**, "Đặc điểm nhân trắc hình thái người Việt trong lớp tuổi lao động giai đoạn 1981 – 1985", *Kết quả bước đầu nghiên cứu một số chỉ tiêu sinh học người Việt Nam*, NXB Y học, tr. 63 – 67, Hà Nội.
4. **Mai Văn Hưng (2001)**, "Một số chỉ tiêu về hình thái thể lực của học sinh trường Trung học sư phạm Thanh Hóa", *Tạp chí Khoa học Sư phạm*, Số 6, tr. 127 – 131.
5. **Đào Mai Luyện (2001)**, *Nghiên cứu một số chỉ số sinh học của người Êđê và người Kinh định cư ở Đắk Lắk*, Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân y, HN.
6. **Viện dinh dưỡng quốc gia (2006)**, *Báo cáo: Kết quả điều tra Thừa cân – béo phì và một số yếu tố liên quan ở người Việt Nam 25-64 tuổi*, Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG SÂU RĂNG, MẤT RĂNG CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TỈNH ĐẮK LẮK

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

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng sâu răng, mất răng của người cao tuổi tỉnh Đắk Lắk. **Đối tượng nghiên cứu:** 1350 người cao tuổi. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ sâu răng ở mức thấp: 34,4%, số trung bình răng sâu là 0,93 chiếc. Tỷ lệ mất răng rất cao: 83,3%, số răng mất trung bình là 8,05 chiếc. Tỷ lệ răng được trám rất thấp: 2,1%, số răng trám trung bình là 0,05 chiếc. Chỉ số SMT là 9,02. Trong đó, chỉ số mất răng là cao nhất: 8,05.

Từ khóa: Sâu răng, mất răng, người cao tuổi, Đắk Lắk

SUMMARY

ASSESSING THE STATUS OF TOOTH

*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: 11/7/2017

Ngày phản biện khoa học: 12/8/2017

Ngày duyệt bài: 28/8/2017

DECAY, TOOTH LOSS IN ELDERLY PEOPLE IN DAK LAK PROVINCE

Objective: Assessing the status of the tooth decay, tooth loss in elderly people in Dak Lak province. **Study subjects:** 1350 elderly. **Methods:** cross sectional study. **Results and conclusions:** The rate of tooth decay is low: 34.4%, the average number of decayed teeth is 0.93. The rate of tooth loss is high: 83.3%, the average number of lost teeth is 8.05. The rate of filling teeth is very low: 2.1%, the average number of filled teeth is 0.05. The SMT is 9.02. In particular, the tooth loss index is the highest: 8.05.

Keywords: Tooth decay, tooth loss, elderly, Dak Lak

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Công tác chăm sóc sức khỏe người cao tuổi (NCT) tại Việt Nam từ lâu được nhà nước và xã hội coi trọng theo đạo lý "uống nước nhớ nguồn" của dân tộc. Theo đó, việc chăm sóc sức khỏe răng miệng (SKRM) NCT cũng ngày càng được đề cao trong những năm gần đây. Một vài thập niên gần đây, Việt Nam đã có sự cải thiện đáng

kể về kinh tế và chất lượng cuộc sống người dân, nhưng không đồng đều. Do đó, việc chăm sóc SKRM cho NCT ở các vùng khác nhau cũng vậy. Đối với các thành phố lớn như Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh, NCT có cơ hội và khả năng tiếp cận các loại hình dịch vụ y tế cũng như phúc lợi xã hội được đảm bảo hơn. Còn các tỉnh miền núi, vùng sâu vùng xa như tỉnh Đắk Lắk hay các tỉnh tập trung đông đồng bào dân tộc thiểu số khác thì mức độ bao phủ y tế dành cho NCT thường kém hơn. Xuất phát từ tầm quan trọng và ý nghĩa nêu trên, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: Đánh giá thực trạng sâu răng, mất răng của người cao tuổi tỉnh Đắk Lắk.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Là NCT (theo luật NCT của Việt Nam) [1].

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

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

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.1. Cỡ mẫu nghiên cứu

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho việc ước tính một tỷ lệ trong quần thể [2]:

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

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

2.2.2. Cách chọn mẫu: Tỉnh Đắk Lắk được chọn có chủ đích đại diện cho một vùng sinh thái (thuộc sáu vùng sinh thái của đề tài cấp Bộ).

Áp dụng kỹ thuật chọn 30 chòm theo từng bước [3]: Lập danh sách các xã, phường trong tỉnh Đắk Lắk. Tính khoảng cách mẫu (K): $K = 6116$.

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

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

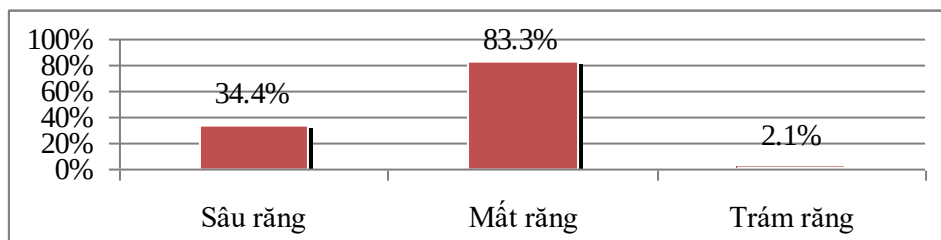
2.2.3 Một số tiêu chuẩn đánh giá trong nghiên cứu cắt ngang: theo Chỉ số sâu mất trám răng (SMTR); Các tiêu chuẩn đánh giá tình trạng răng.

2.3. Công cụ thu thập số liệu: Bộ khay khám răng: khay quả đậu, gương, thám châm, gắp. Dụng cụ để khử khuẩn. Thiết bị nha khoa di động. Hóa chất, vật liệu trám (GIC Fuji IX của G.C).

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 [4].

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

III. KẾT QUẢ



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ sâu, mất, trám răng ở người cao tuổi

Nhận xét: Phần lớn NCT mất răng (83,3%, 95%CI: 81,3%-85,3%); tỷ lệ NCT sâu răng là 34,4% (95%CI: 31,9%-37,0%), tỷ lệ trám răng chỉ chiếm 2,1% (95%CI: 1,3%-2,8%).

Bảng 3.1. Tỷ lệ sâu, mất, trám răng theo giới tính ở người cao tuổi (n=1350)

Tình trạng răng		Sâu răng	Mất răng	Trám răng
Giới tính	Nam (n=531)	196	426	6
	%	36,9	80,2	1,1
Nữ (n=819)	n	269	699	22
	%	32,4	85,4	2,7

p	>0,05	<0,05	>0,05
---	-------	-------	-------

Nhận xét: Giữa nam và nữ, chỉ có sức khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mất răng, ở nam thấp hơn ở nữ (80,2% so với 85,4%) với $p < 0,05$, χ^2 test. Tỷ lệ mất răng và trám răng không có sự khác biệt có ý nghĩa.

Bảng 3.2. Chỉ số sâu, mất, trám theo giới tính ở người cao tuổi

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

Nhận xét: Số trung bình sâu răng của nam là 0,97 cao hơn nữ 0,89, ngược lại, số trung bình răng mất và chỉ số SMT ở nữ giới lần lượt là 8,54; 9,48, cao hơn ở nam giới tương ứng là 7,31; 8,3.

Bảng 3.3. Tỷ lệ sâu, mất, trám răng theo nhóm tuổi ở người cao tuổi (n=1350)

Nhóm tuổi		Sâu răng		Mất răng		Trám răng	
		Có	Không	Có	Không	Có	Không
(1) 60 – 64	n	116	205	226	95	13	308
	%	36,1	63,9	70,4	29,6	4,1	95,9
(2) 65 – 74	n	176	350	436	90	8	518
	%	33,5	66,5	82,9	17,1	1,5	98,5
(3) ≥75	n	173	330	463	40	7	496
	%	34,4	65,6	92,1	7,9	1,4	98,6
p ₁₋₂		>0,05		<0,01		<0,05	
p ₁₋₃		>0,05		<0,01		<0,05	
p ₂₋₃		>0,05		<0,01		>0,05	

Nhận xét: Tỷ lệ mất răng cao nhất ở nhóm tuổi ≥75 là 92,1%, ở nhóm tuổi 65-74 là 82,9% và ở nhóm tuổi 60-64 là 70,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ngược lại, tỷ lệ sâu răng không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi ($p > 0,05$).

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

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

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy, số trung bình mất răng và chỉ số SMT đều tăng dần theo nhóm tuổi và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.5. Tỷ lệ sâu, mất, trám răng theo địa dư ở người cao tuổi (n=1350) * χ^2 test

Địa dư		Sâu răng		Mất răng		Trám răng	
		Có	Không	Có	Không	Có	Không
Nội thành	n	196	371	460	107	18	549
	%	34,6	65,4	81,1	18,9	3,2	96,8
Ngoại thành	n	269	514	665	107	10	773
	%	34,4	65,6	84,9	18,9	1,3	98,7
p		>0,05		>0,05		<0,05	

Nhận xét: Tỷ lệ mất răng ở ngoại thành là 84,9% cao hơn tỷ lệ mất răng nội thành (81,1%), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$, χ^2 test. Mặt khác, tỷ lệ sâu răng giữa các vùng là gần tương đương nhau (với $p > 0,05$).

Bảng 3.6. Chỉ số sâu, mất, trám theo địa dư ở người cao tuổi (n=1350)

Địa dư		Chỉ số			
		Sâu răng	Mất răng	Trám răng	SMT
Nội thành	Số răng	515	4086	47	4648

(n=567)	$\bar{x}$	0,91	7,21	0,08	8,2
Ngoại thành (n=783)	Số răng	735	6787	17	7539
	$\bar{x}$	0,94	8,67	0,02	9,62

Nhận xét: Nhóm sống ở ngoại thành số trung bình răng mất và chỉ số SMT đều cao hơn so với nhóm sống ở nội thành, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.7. Số răng tự nhiên ở người cao tuổi còn lại trên cung hàm (n=1350)

Số răng Đặc điểm	Mất răng toàn bộ		1-9 răng		10-19 răng		≥20 răng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nam	14	2,6	49	9,2	108	20,3	360	67,8
Nữ	37	4,5	96	11,7	176	21,5	510	62,3
60-64	3	0,9	16	5,0	40	12,5	262	81,6
65-74	9	1,7	39	7,4	98	18,6	380	72,2
≥75	39	7,8	90	17,9	146	29,0	228	45,3
Ngoại thành	32	4,1	93	11,9	181	23,1	477	60,9
Nội thành	19	3,4	52	9,2	103	18,2	393	69,3
Tổng số	51	3,8	145	10,7	284	21,0	870	64,4

Nhận xét: Tỷ lệ NCT còn đủ 20 răng tự nhiên trên cung hàm là 64,4%, tỷ lệ này giảm dần theo tuổi, cao nhất là nhóm 60-64 chiếm 81,6%, cao thứ nhì là nhóm 65-74 tuổi chiếm 72,2%, thấp nhất là nhóm ≥75 tuổi chiếm 45,3%. Tỷ lệ mất răng toàn bộ là 3,8%: nam là 2,6%, nữ 4,5%, nội thành 3,4%, ngoại thành 4,1%, nhóm 60-64 tuổi là 0,9%, nhóm 65-74 tuổi là 1,7%, nhóm ≥75 tuổi là 7,8%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sâu răng chung là 34,4%, kết quả này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Ấn Độ năm 2007 ở người ≥60 tuổi (91,9%) [5]. So với nghiên cứu trong nước, kết quả của chúng tôi cũng thấp hơn nghiên cứu của tác giả Trần Thanh Sơn năm 2007 ở quận Hoàng Mai (61%) [6]. Số trung bình răng sâu trong nghiên cứu là 0,93 chiếc. Kết quả này tương tự với nghiên cứu ở Brazil năm 2009 (0,5 chiếc) [7], nhưng thấp hơn so với nghiên cứu ở Trung Quốc năm 2013 (2,39 chiếc).

Tỷ lệ sâu răng ở nam là 36,9% cao hơn nữ là 32,4%. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tương tự với số trung bình răng sâu, nam giới có số trung bình răng sâu là 0,97 chiếc cao hơn nữ giới là 0,89 chiếc.

Nhóm tuổi từ 60-64 có tỷ lệ mắc bệnh sâu răng cao (36,1%) so với nhóm tuổi từ 65 – 74 (33,5%) và ≥75 (34,4%). Tỷ lệ trám răng ở nhóm 60-64 tuổi là 4,1% cao hơn so với nhóm 65-74 tuổi là 1,5% và cao hơn so với nhóm ≥75 tuổi (1,4%). Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ trám răng tăng dần theo tuổi vì tuổi càng cao tình trạng vệ sinh răng miệng kém, các răng mất do bệnh viêm quanh răng ngày càng nhiều, số răng còn lại trong miệng ít. Ngoài ra, NCT thường ít quan tâm đến tình trạng SKRM hơn khi về già, ít đi khám và kiểm tra răng miệng định kỳ nên không được phát hiện và điều trị tình trạng sâu răng. Số trung bình răng sâu ở nhóm tuổi 60-64 là 0,99, nhóm tuổi 65 – 74 là 0,88 và ≥75 là 0,93. Chỉ số

SMT tăng dần theo tuổi (60-64 là 5,93; 65-74 là 7,45; ≥75 là 12,63).

Tỷ lệ sâu răng ở các đối tượng sống ở ngoại thành là 34,4% tương đương với các đối tượng sống ở nội thành (34,6%). Tuy nhiên, tỷ lệ trám răng ở các đối tượng sống ở ngoại thành (1,3%) thấp hơn so với các đối tượng sống ở nội thành (3,2%) và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nguyên nhân có thể do các đối tượng sống ở nội thành có điều kiện kinh tế tốt hơn, thường xuyên đi khám và kiểm tra răng miệng định kỳ, bên cạnh đó, các chương trình chăm sóc SKRM cho NCT cũng được chú trọng nhiều hơn nên ý thức người dân cũng được nâng cao, thường đi điều trị sớm khi có các vấn đề về răng miệng. Tương tự, số trung bình răng sâu ở các đối tượng sống ở ngoại thành (0,94) cũng cao hơn so với nội thành (0,91). Tuy nhiên, sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Số trung bình răng trám ở nhóm NCT sống ở nội thành là 0,08 cao hơn so với nhóm sống ở ngoại thành (0,02) và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Số trung bình răng mất trong nghiên cứu của chúng tôi là 8,05 chiếc. Tỷ lệ mất răng của nữ là 85,4% cao hơn của nam (80,2%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nguyên nhân có thể do nữ giới trong quá trình mang thai ít quan tâm đến tình trạng răng miệng của mình hơn nên phát sinh nhiều bệnh răng miệng từ giai đoạn đó, đi kèm với thói quen ăn thức ăn ngọt khiến cho nguy cơ mất răng tăng cao.

Tỷ lệ mất răng tăng theo độ tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ mất răng

cao nhất ở nhóm tuổi ≥ 75 là 92,1%, ở nhóm tuổi 65-74 là 82,9% và ở nhóm tuổi 60-64 là 70,4. Khi về già, các cơ quan, bộ phận trong cơ thể bị lão hóa, mô liên kết lỏng lẻo, khả năng tự vệ sinh răng miệng giảm dần ở NCT, kết quả dẫn đến tình trạng mất răng tăng dần theo tuổi. Số trung bình răng mất ở nhóm tuổi 60-64 là 4,87 chiếc, nhóm 65-74 là 6,53 chiếc và ≥ 75 là 11,68 chiếc. Có thể thấy trung bình số răng mất cũng tăng dần theo nhóm tuổi và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Tỷ lệ mất răng ở ngoại thành là 84,9% cao hơn tỷ lệ mất răng nội thành là 81,1%. Tuy nhiên, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Số trung bình răng mất ở các đối tượng sống ở ngoại thành là 8,67 chiếc cao hơn so với nội thành là 7,21 chiếc. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Có thể giải thích sự khác biệt này là do các chương trình tuyên truyền còn ít và sự quan tâm tới SKRM của NCT sống ở ngoại thành chưa cao, bên cạnh đó các phòng khám răng hàm mặt và trang thiết bị còn hạn chế, labo răng giả chưa cập nhật nhiều, việc điều trị chủ yếu là nhổ răng hơn là bảo tồn đã làm cho tỷ lệ mất răng tăng cao.

Tỷ lệ NCT còn đủ 20 răng tự nhiên trên cung hàm là 64,4%, tỷ lệ này giảm dần theo tuổi, cao nhất là nhóm 60-64 chiếm 81,6%, cao thứ nhì là nhóm 65-74 tuổi chiếm 72,2%, thấp nhất là nhóm ≥ 75 tuổi chiếm 45,3%. Tỷ lệ mất răng toàn bộ là 3,8%: nam là 2,6%, nữ 4,5%, nội thành 3,4%, ngoại thành 4,1%, nhóm 60-64 tuổi là 0,9%, nhóm 65-74 tuổi là 1,7%, nhóm ≥ 75 tuổi là 7,8%. Mất răng là tình trạng phổ biến ở NCT. Tuổi càng cao thì tỷ lệ người mất răng cũng như số răng mất trung bình càng cao. Tùy theo vị trí và số lượng của các răng mất mà ảnh hưởng ít hoặc nhiều tới cung răng và sống hàm, dẫn đến những thay đổi nhẹ hay nặng cho cấu

trúc thẩm mỹ của khuôn mặt, rối loạn hoạt động chức năng của khớp cắn, khớp nhai... Điều đó biểu thị một quy luật: Mất răng phụ thuộc vào tuổi tác, vấn đề là cần thiết tăng cường, mở rộng các biện pháp tuyên truyền giáo dục cũng như đáp ứng các dịch vụ bảo vệ chăm sóc và điều trị bảo tồn nhằm giảm tỷ lệ mất răng.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ sâu răng ở mức thấp: 34,4%, số trung bình răng sâu là 0,93 chiếc
- Tỷ lệ mất răng rất cao: 83,3%, số răng mất trung bình là 8,05 chiếc.
- Tỷ lệ răng được trám rất thấp: 2,1%, số răng trám trung bình là 0,05 chiếc.
- Chỉ số SMT là 9,02. Trong đó, chỉ số mất răng là cao nhất: 8,05.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam. Luật người cao tuổi số 39/2009/QH12, ban hành ngày 23 tháng 11 năm 2009.
2. Lưu Ngọc Hoạt (2014). *Cổ mẫu và cách chọn mẫu*. Nghiên cứu khoa học trong y học, Nhà xuất bản Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 108-124, 124-125, 161-172.
3. Trương Mạnh Dũng và Ngô Văn Toàn (2013). *Nhà khoa cộng đồng*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, tr. 33-40, 107-113.
4. 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.
5. Patro B.K., Kumar B.R., Goswami A. et al (2008). Prevalence of dental caries among adults and elderly in an urban resettlement colony of New Delhi. *Indian journal of dental research*, 19(2), pp. 95.
6. Trần Thanh Sơn (2007). Đánh giá tình trạng bệnh răng miệng, K.A.P và nhu cầu điều trị ở người cao tuổi tại quận Hoàng Mai, Hà Nội. *Tạp chí y học thực hành*, 1, tr. 77-81.
7. Rihs L.B., Silva D.D.D. and Sousa M.D.L.R.D. (2009). Dental caries in an elderly population in Brazil. *Journal of Applied Oral Science*, 17(1), pp. 8-12.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU CÁC NHÁNH TẬN THẦN KINH MẶT CHI PHỐI CƠ VÒNG MI Ở NGƯỜI VIỆT NAM

Lê Tự Quốc Tuấn*, Phạm Đăng Diệu**, Nguyễn Văn Chương***, Trần Ngọc Anh***

TÓM TẮT

*Bệnh viện Đa khoa Triều An, TP.HCM

**Đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch,

***Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tự Quốc Tuấn

Email: lttqtuan@gmail.com

Với việc phẫu tích 30 mẫu cơ vòng mắt, các tác giả đã xác định được các chi tiết giải phẫu các nhánh thái dương và gò má chi phối cơ trăn và cơ vòng mắt. Đặc biệt các chi tiết giải phẫu sau cùng có thể ứng dụng

Ngày nhận bài: 13/8/2017

Ngày phản biện khoa học: 9/9/2017

Ngày duyệt bài: 21/9/2017

vào việc thực hiện kỹ thuật điện cơ sợi đơn độc kiểu kích thích điện trên cơ vòng mắt.

Từ khóa: Điện cơ sợi đơn độc kiểu kích thích điện, điểm vận động cơ, cơ vòng mi, vùng nguy hiểm số 2

Viết tắt: Điện cơ sợi đơn độc (SFEMG), cơ vòng mi (cơ VM)

SUMMARY

AN ANATOMICAL DETAILS OF TERMINAL RADIAL NERVE ENTRY POINTS THO THE ORBICULARIS OCULI MUSCLE OF VIETNAMESE CADAVERS

By having performed dissection of 30 Orbicularis Oculi muscles, the authors have identified the anatomical details of Temporal and zygomatic branches of Facial nerve which innervate for OO muscles. There are: facial danger zone 2, the amount and distribution region of the terminal motor branches to frontalis and OO muscles. Last detail especially applied to the technique stimulated SFEMG on OO muscle.

Key word: Stimulated SFEMG, muscle motor point, orbicularis oculi muscle.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các điểm vận động của hệ cơ vận (được nghiên cứu bởi các nhà giải phẫu và sinh lý) gần đây đã thu hút sự quan tâm của các nhà nghiên cứu trong lĩnh vực điện sinh lý [1],[2],[5]. Điểm vận động được định nghĩa là nơi đi vào của nhánh thần kinh vận động tại màng chùm cơ (epimysium) của bụng cơ [5].

Hiện nay khi tiến hành kỹ thuật SFEMG ở cơ vòng mi người ta đặt điện cực kích thích hình đĩa trên đường đi của nhánh thần kinh mặt phân bố đến cơ vòng mi bằng cách dùng kích thích điện với cường độ mà bệnh nhân chịu đựng được (trung bình 5-12mA) làm cho cơ VM bị kích thích (biểu hiện bằng động tác nhắm mắt liên tục rõ nhất). Tiếp theo nhà điện cơ đặt điện cực ghi (thường là điện cực kim đồng trục) từ vị trí đường nổi từ bờ trên đỉnh ống tai ngoài (điểm D) với khóe mắt ngoài hướng vào 1/2 dưới cơ VM cách mũi điện cực kích thích 20mm, và dịch chuyển vị trí của điện cực ghi để thu nhận các tín hiệu cần thiết [6]. Tuy cơ VM có số lượng đơn vị vận động ít (khoảng 6 MUP), nhưng do kim đồng trục có bán kính ghi nhận tín hiệu lớn nên trong thực hành dễ bị nhiễu so với khi dùng điện cực kim sợi đơn độc chuyên dụng.

Nếu đặt điện cực kích thích càng sát nhánh thần kinh vận động chi phối cơ khảo sát (điểm vận động cơ) thì cường độ điện thế thực hiện kích thích càng thấp và thời gian thực hiện kỹ thuật càng có khả năng rút ngắn hơn.

Việc nghiên cứu các đặc điểm các nhánh tận thần kinh vận động chi phối cơ VM qua phẫu tích xác người Việt hy vọng tìm ra cơ sở giải phẫu

học áp dụng cho kỹ thuật điện cơ kim sợi đơn độc kiểu kích thích bằng kim đồng trục sử dụng 1 lần trong chẩn đoán bệnh nhược cơ người Việt, đặc biệt là nhược cơ thể mắt thường biểu hiện kín đáo, khó phát hiện và thường chẩn đoán nhầm trong thực tế lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và cỡ mẫu nghiên cứu:

30 mẫu cơ VM ở vùng mặt các xác hiến, không có, dị tật, không có phẫu thuật can thiệp gây biến dạng đã xử lý tại bộ môn Giải phẫu Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh và bộ môn Giải phẫu Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

Tất cả các xác phẫu tích đều là xác hiến có hồ sơ lưu trữ tại bộ môn Giải phẫu của hai trường Đại học này từ năm 2012-2015.

2.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu: Bộ môn Giải phẫu Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch và bộ môn Giải phẫu Đại học Y Dược TP.HCM từ tháng 8/2014-7/2017.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hàng loạt.

2.4. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

2.4.1. Phẫu tích các cơ vòng mi: Khảo sát dưới kính lúp tìm các nhánh tận của thần kinh đi vào cơ vòng mi (thần kinh VII). Tiến hành đo đặc thu thập số liệu khoảng cách bởi thước Caliper Mitutoyo so với các mốc giải phẫu cố định xung quanh và tiến hành đo đặc các thông số cần thiết theo bản mô tả sau:

Cơ vòng mi: Khóe mắt ngoài, xương gò má, điểm trên bình tai ngay tại vị trí ống tai ngoài, bờ trên đỉnh ống tai ngoài (otobasion superius).

- Xác định giới hạn ngoài của cơ vòng mắt bởi 5 điểm: trên (Ob_1), dưới (Ob_2), trong (Ob_3), ngoài (Ob_4), và vị trí thấp nhất (Ob_5), của cơ vòng mắt.

- Trên đường nổi từ bờ trên đỉnh ống tai ngoài (điểm D) với khóe mắt ngoài, xác định vị trí bờ sau của đường nổi mồm trán xương gò má với mồm gò má xương trán (điểm H).

- Đo khoảng cách h (từ điểm cao nhất T_h của nhánh thái dương đi vào cơ trán đến vị trí bờ ngoài của cung gò má: T_h-H) và h' (từ điểm cao nhất T_h của nhánh thái dương đi vào cơ trán đến vị trí điểm giữa bờ trên hốc mắt (điểm S), trên đường T_h-H) Xác định điểm T sao cho $HT=h$.

Vì phẫu tích trên xác đã lột da nên khó xác định đường chân mày, nên chúng tôi chọn điểm giữa bờ trên hốc mắt (điểm S) thay thế, đây là điểm có thể xác định được dễ dàng trên lâm sàng.

- Xác định tọa độ vị trí các điểm của các nhánh thái dương trán và gò má đi vào cơ trán, cơ vòng mắt trên 3 mặt phẳng tọa độ X_1OY_1 , X_2OY_2 , X_3OY_3 .

Trong đó: O là gốc tọa độ nằm ở điểm trên bình tai, ngay tại vị trí ống tai ngoài. X_1 là đường chuẩn OML (Orbitomeatal baseline); X_2 là đường chuẩn IOML (Infra-orbitomeatal baseline: Reid's baseline); X_3 là đường chuẩn SOML (Supra Orbitomeatal baseline). OY_i : vuông góc với OX_i ($i=1,2,3$).

2.4.2. Xử lý số liệu: Chúng tôi dùng phần mềm SPSS phiên bản 22.0 xử lý số liệu nghiên cứu. Tính tỷ lệ %, trung bình ($\bar{X}$), độ lệch chuẩn (SD).

- Kiểm định sự khác biệt giữa hai trung bình bằng T - Test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0.05$.

- Kiểm định sự khác biệt giữa các tỷ lệ bằng thuật toán χ^2 . Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0.05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu: Chúng tôi đã tiến hành khảo sát được 30 vùng nửa mặt của 20 xác 14 nam và 6 nữ (trong đó: 15 nửa mặt bên phải của 5 nữ, 10 nam và 15 nửa mặt bên trái của 10 nam, 5 nữ). Qua khảo sát chúng tôi ghi nhận một số đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu như sau:

- Độ tuổi trung bình khi mất của các xác là 66 tuổi (42 - 87 tuổi).

- Bằng phép kiểm t, các thông số đo đặc không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm nam và nữ ($p > 0.05$), nên chúng tôi gộp các số liệu 2 bên để mô tả.

3.2. Đặc điểm giải phẫu các phân nhánh của thần kinh mặt cho cơ vòng mi

3.2.1 Số lượng các phân nhánh vào cơ VM: Qua phẫu tích chúng tôi ghi nhận 100% các nhánh thần kinh chi phối cơ VM đều xuất phát từ nhánh thái dương và nhánh gò má của thần kinh mặt, trong đó 1/2 dưới cơ vòng mi được chi phối bởi nhánh gò má và 1 số phân nhánh của nhánh thái dương. Chúng tôi đã đếm được số lượng phân nhánh từ nhánh thái dương và nhánh gò má cho mỗi cơ VM lần lượt dao động từ: 8-15 và 4-7 (Bảng 1)

Bảng 1. Số lượng phân nhánh từ nhánh thái dương và nhánh gò má

Điểm vận động	1/2 trên cơ vòng mi	1/2 dưới cơ vòng mi
Nhánh thái	3-10	2-9

dương		
Nhánh gò má		4-7

3.2.2 Kích thước cơ vòng mi đo được

- Giới hạn trên của cơ vòng mi: 30.98 ± 3.56 mm

- Giới hạn dưới của cơ vòng mi: 26.34 ± 2.95 mm

- Giới hạn trong của cơ vòng mi: 6.85 ± 1.13 mm

- Giới hạn ngoài của cơ vòng mi: 32.03 ± 0.39 mm

- Điểm thấp nhất của cơ vòng mi: 31.99 ± 3.76 mm

3.2.3 Vùng nguy hiểm số 2: Trong phẫu tích chúng tôi xác định được 2 vùng:

- *Vùng thần kinh mặt* (chỉ chứa các phân nhánh thần kinh mặt và mạch máu nằm trong đó).

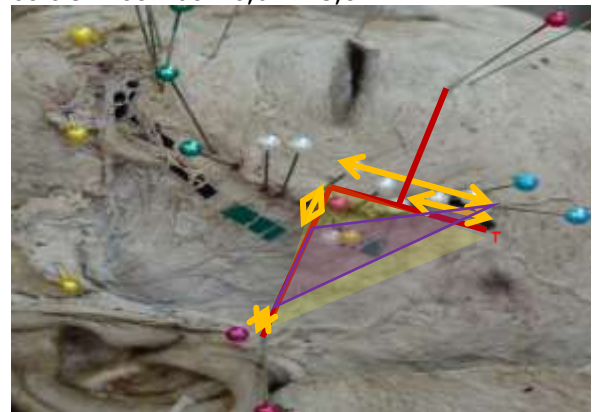
- *Vùng nguy hiểm số 2* trong thực hành là 1 vùng tam giác vuông có 2 cạnh là:

+ DH: 58.88 ± 5.84 mm

+ HT (chiều cao h): 38.20 ± 7.20 mm

+ DT: là cạnh huyền của tam giác này.

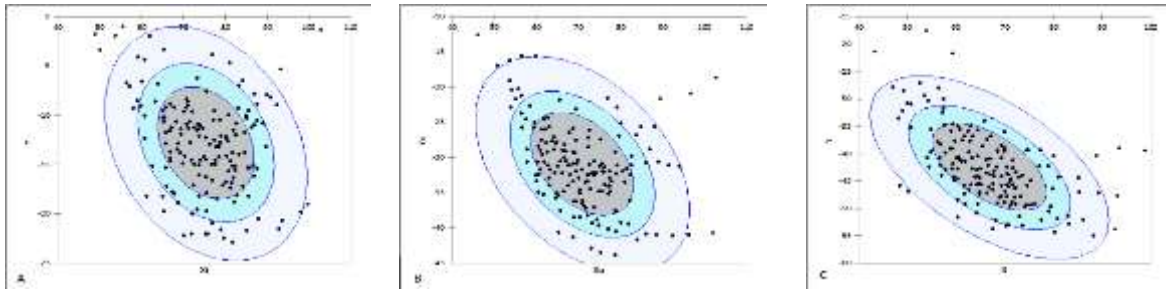
Vị trí điểm Th (chiều cao h) so với điểm giữa bờ trên hốc mắt: $10,62 \pm 5,84$ mm.



Hình 2. Tam giác thần kinh mặt (màu tím) và tam giác nguy hiểm số 2 (màu vàng)

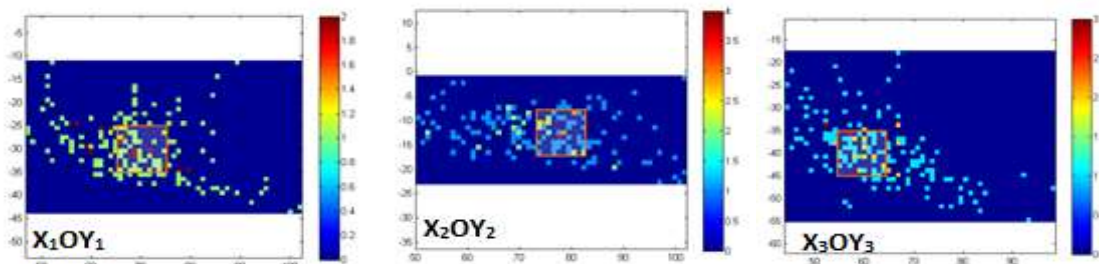
3.3.4 Vùng phân bố các phân nhánh gò má của thần kinh mặt đi vào cơ vòng mi

Chúng tôi thiết lập được 9 vùng chứa 50%, 70% và 95 % các phân nhánh thần kinh mặt đi vào cơ trán và cơ gò má theo 3 hệ trục tọa độ X_1OY_1 , X_2OY_2 , X_3OY_3 . Vì đề tài tập trung vào ứng dụng kỹ thuật SFEMG nên chúng tôi minh họa 3 vùng chứa phân nhánh gò má của thần kinh mặt chi phối 1/2 dưới cơ vòng mi.



Hình 3. Biểu đồ mô tả sự phân bố các phân nhánh gò má của thần kinh mặt vào cơ vòng mắt theo các hệ trục (A: hệ trục X_2OY_2 , B: hệ trục X_1OY_1 , C: hệ trục X_3OY_3)

3.3.5 Vùng 1cm^2 mà ở đó có tần suất cao nhất các phân nhánh gò má của thần kinh mặt đi vào cơ vòng mí:



Hình 4. Ba vùng 1cm^2 chứa các phân nhánh gò má của thần kinh mặt đi vào cơ VM

Đó là các vùng có đặc điểm như sau:

- Trục tọa độ X_1OY_1 : (X_1 : từ 65 đến 75 mm, Y_1 : từ -35 đến -25 mm)
- Trục tọa độ X_2OY_2 : (X_2 : từ 73 đến 83 mm, Y_2 : từ -17 đến -7 mm).
- Trục tọa độ X_3OY_3 : (X_3 : từ 55 đến 65 mm, Y_3 : từ -45 đến -35 mm).

IV. BÀN LUẬN

Khảo sát về đặc điểm hình thái của các nhánh thần kinh mặt chi phối cho cơ VM đã được nghiên cứu nhiều trong y văn tiếng Anh; nhưng chỉ tập trung vào khía cạnh liên quan đến phẫu thuật tạo hình là chủ yếu. Chúng tôi không ghi nhận được các y văn đề cập đến dữ liệu hình thái học liên quan trực tiếp với đề tài nghiên cứu trên cơ VM, ngoài rải rác vài bài báo viết về các điểm vận động trên vài cơ ở chi và trên động vật thí nghiệm [1],[2],[5].

Chúng tôi đã thiết lập được các vùng phân bố các điểm vận động của nhánh gò má thần kinh mặt đi trực tiếp vào $\frac{1}{2}$ dưới cơ VM, đặc biệt là tính toán được vùng 1cm^2 tập trung nhiều nhánh vận động nhất; đây là sự khác biệt chưa từng được đề cập đến trong y văn. Từ vị trí phân bố các nhánh vận động của thần kinh VII vào cơ VM, qua các hệ trục tọa độ chúng tôi thấy rằng dùng hệ trục X_2OY_2 là dễ nhất trong đặt điện cực kích thích hình đĩa thực hành kỹ thuật SFEMG. Đó là đặt điện cực hoạt động hình đĩa ngay tại vị trí 7-8 cm trên đường Reid (đường thẳng vẽ từ điểm trên bình tai, ngay tại vị trí ống tai ngoài đếm bờ dưới ổ mắt) tính từ bình tai. Vì điện cực

hình đĩa có đường kính khoảng 1cm, nên khi đặt ngay dưới điểm này ta sẽ đặt được ngay vào vùng tập trung cao nhất các điểm vận động (vùng 1cm^2 và 3 elip)

Tuy cơ VM dễ thực hiện kỹ thuật đo SFEMG, nhưng nếu thao tác không cẩn thận sẽ dễ làm tổn thương cơ gây phù và chảy máu dưới da. Với số liệu kích thước cơ vòng mí đo được, chúng tôi cũng xác định được vị trí đặt điện cực kim chắc chắn nằm ở cơ vòng mắt, để đảm bảo không di lệch gâ sang thương cho vùng mặt; đó là không đâm kim thấp quá vị trí: 24mm và vượt ra phía ngoài 31mm tính từ trung điểm khóe mắt trong và ngoài.

Từ các dữ liệu này chúng tôi có cơ sở thực tiễn về mặt giải phẫu trong thực hành kỹ thuật SFEMG trên cơ VM.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu đã giúp tìm ra đặc điểm hình thái của các phân nhánh của thần kinh mặt cho cơ VM, giúp cho việc thực hành kỹ thuật đo SFEMG thuận tiện và dễ dàng. Số liệu giải phẫu thu thập được cũng đóng góp thêm phần vào dữ liệu học thuật y khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bottle MJ, Nakai RJ, Waters RL, McNeal DR. Rubayi S (1991).** Motor point delineation of the gluteus muscle for functional electrical stimulation: An in vivo anatomic study. *Arch Phys Med Rehabil.* 72; 112 - 114
2. **Liu J, Lau HK, Min WX. Pereira BP, Kumar VP, Pho RW (1995)** Contractile characteristics on electrical stimulation of muscle with multiple motor points: an in vivo 23 study in rabbits. *Clin Orthop*, 313: 231-238
3. **Ouattava D. (2004).** Anatomical study of the variations in innervations of the orbicularis oculi by the facial nerve. In: *Surg Radial Anat* 26: 51-52. DOI. 10.1007/s00276-003-0168-0.
4. **Ramirez O.M., Santamarina R (2000).** Spatial Orientation of motor innervations to the Lower Orbicularis Oculi Muscle. In: *Aesthetic Surgery Journal* 20:107. Available from: <http://aes.sagepub.com/content/20/2/107>. DOI: 10.1067/maj.2000.106712.
5. **Safwat E. D., Abdel-Meguid E.M. (2007).** Distribution of terminal nerve entry points to the flexor and extensor groups of forearm muscles- an anatomical study. In: *Folia Morphol*, Vol, 66. No. 2, pp, 83-93
6. **Starlberg, E., Tronjeli, J. V., Sanders D.B. (2010).** In: *Single fiber Electromyo-graphy*, 3^d edition, Edshagen Publishing House.

XÂY DỰNG QUY TRÌNH THAY THẾ XƯƠNG HÀM DƯỚI BẰNG XƯƠNG MÁC CẰNG CHÂN VỚI KỸ THUẬT VI PHẪU CÓ NỖI CUỐNG MẠCH

Trần Cao Bính*, Nguyễn Mạnh Hà*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xây dựng quy trình vi phẫu trong phục hồi khuyết đoạn xương hàm dưới (XHD) bằng vật xương mạc cẳng chân có cuống mạch nuôi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu và đánh giá quy trình 30 bệnh nhân khuyết đoạn xương hàm hoặc bệnh lý cắt đoạn XHD được thay thế bằng xương mạc cẳng chân với kỹ thuật vi phẫu có nỗi cuống mạch nuôi tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ năm 2012-2014. **Kết quả:** tái tạo hình thái tăng dưới mặt trên trung bình là 96,7% chỉ có 01 trường hợp không đạt yêu cầu chiếm tỷ lệ 3,3%. Sau 01 năm với tỷ lệ 100% các trường hợp có kết quả phẫu thuật tốt. Cấy ghép Implant cho 5 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 16,6%. 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. **Kết luận:** tái tạo khuyết hổng XHD bằng vật xương mạc có nỗi cuống mạch nuôi đem lại hiệu quả cao trong phục hồi thẩm mỹ và chức năng cho người bệnh theo quy trình 6 bước chính trong đó kỹ thuật lấy vật xương mạc có 21 bước và tạo hình XHD bằng vật xương mạc có 7 bước.

Từ khóa: Tạo hình xương hàm dưới, vi phẫu thuật, quy trình

SUMMARY

BUILDING PROCESS OF MANDIBULAR RECONSTRUCTION WITH FIBULAR OSTEOCUTANEOUS FREE FLAP AND MICROSURGICAL TECHNIQUE

Objective: To build the process of mandibular reconstruction with fibular free flap and microsurgical technique. **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 2012 to 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:** Mandibular reconstruction with a fibular free flap is the gold standard for functional and

esthetic rehabilitation. The process has 6 steps. Particularly, the fibular free flap was transferred with 21 steps and the bone was reconstructed with 6 steps.

Keywords: Mandibular reconstruction, microsurgery, process.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sau cắt bỏ đoạn xương hàm dù do bất cứ loại nguyên nhân nào đều có biến dạng mặt, thiếu một phần khuôn mặt, gây trở ngại ăn uống, rối loạn phát âm... và còn gây sang chấn tâm lý, người bệnh e ngại khi giao tiếp và hòa nhập cộng đồng.

Điều trị khuyết đoạn xương hàm trước đây 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 có nhiều hạn chế 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. Giai đoạn tiếp theo 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 và đưa ra quy trình để triển khai ở các cơ sở răng hàm mặt lớn trong cả nước là rất cần thiết và có ý nghĩa thực tiễn. Vì vậy chúng tôi đã tiến hành đề tài này với mục tiêu: Xây dựng quy trình vi phẫu thuật trong phục hồi khuyết đoạn XHD bằng xương mạc cẳng chân có cuống mạch nuôi bằng kỹ thuật vi phẫu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. 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 mạc cẳng chân với kỹ thuật vi phẫu có nỗi cuống mạch nuôi tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ 2012- 2014.

2.2. Phương pháp: Can thiệp lâm sàng tiến cứu

2.2.1. Cỡ mẫu: Thuận tiện, n=30

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu

*Bệnh viện Răng Hàm Mặt TƯ Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Trần Cao Bính
Email: dr.binhnhos@gmail.com
Ngày nhận bài: 31/6/2017
Ngày phản biện khoa học: 28/7/2017
Ngày duyệt bài: 18/8/2017

- Khám lâm sàng
- Khám cận lâm sàng
- Chỉ định: những bệnh nhân khuyết XHD trên 7cm trở lên, bao gồm: bệnh nhân đã cắt đoạn hoặc có chỉ định cắt đoạn xương hàm dưới, bệnh nhân khuyết đoạn XHD đã sử dụng các phương pháp tạo hình khác nhưng không thành công hoặc khuyết đoạn xương kèm theo khuyết đoạn tổ chức,...

- Chống chỉ định: bệnh nhân có sức khỏe toàn thân không đảm bảo hoặc mắc một số bệnh lý toàn thân ảnh hưởng đến cuộc phẫu thuật, hoặc bệnh nhân thiếu một chi dưới,...

2.2.3. 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 trung bình, so sánh 2 giá trị trung bình dùng test T student

- Tính tỉ lệ %, so sánh các tỉ lệ dùng test X²

2.2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

- Đề cương nghiên cứu được Hội đồng khoa học khoa Cơ sở và Hội đồng các nhà nước chấp thuận.

- Nghiên cứu được thực hiện trên những bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện và không phân biệt đối xử trên các bệnh nhân không tự nguyện nghiên cứu.

- Các kỹ thuật thu thập thông tin, theo dõi điều trị và phân tích số liệu khách quan để đảm bảo tính trung thực trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1. Kết quả điều trị: Đánh giá kết quả phục hồi khuyết đoạn XHD từ vật liệu là xương mác cằng chân bằng kỹ thuật vi phẫu có nối cuống mạch được trình bày trong các bảng sau đây:

Bảng 1: Kết quả tái tạo hình thái tăng dưới mắt

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

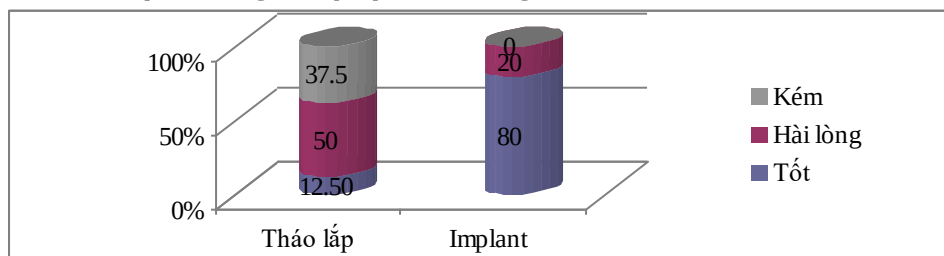
Kết quả tái tạo hình thái tăng dưới mắt trên trung bình là 96,7% chỉ có 01 trường hợp không đạt yêu cầu chiếm tỷ lệ 3,3%

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 1. 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.

3.2. Quy trình vi phẫu thuật trong phục hồi khuyết hổng xương hàm: Việc áp dụng đúng các bước trong quy trình điều trị đã đem lại kết quả tốt trong phẫu thuật.

Bảng 3: Đánh giá các bước kỹ thuật quy trình tái tạo XHD bằng vật xương mác

STT	Các bước kỹ thuật theo quy trình	Kết quả			
		Tốt		Xấu	
		Số lượng	Tỷ lệ(%)	Số lượng	Tỷ lệ(%)
01	Tư thế chân lấy xương mác	30	100	0	0
02	Vẽ sơ đồ	30	100	0	0
03	Khảo sát và nhận dạng nhánh xiên nuôi da	30	100	0	0
04	Phẫu tích các nhánh xiên nuôi da từ động mạch mác	30	100	0	0
05	Bộc lộ giới hạn bên của xương mác	30	100	0	0

06	Phẫu tích bộc lộ mạch máu của xương mác.	30	100	0	0
07	Bộc lộ cuống mạch của bó mạch mác, đến tận chỗ phân chia của động mạch khoeo	30	100	0	0
08	Bộc lộ và cắt đầu xương mác phía cổ chân	30	100	0	0
09	Bộc lộ và cắt đầu xương mác phía gần phía đầu gối	30	100	0	0
10	Cắt bó mạch xương mác đầu phía cổ chân	30	100	0	0
11	Cắt da và mô liên kết theo chu vi phần da tạo vạt	30	100	0	0
12	Tạo hình xương mác	30	100	0	0
13	Ghép xương tạm thời	30	100	0	0
14	Nối mạch	29	96,66	1	3,33
15	Kiểm tra lưu thông máu ở mạch nối	29	96,66	1	3,33
16	Cố định xương ghép bằng nẹp vít	30	100	0	0

IV. BÀN LUẬN

4.1 Về kết quả điều trị: Kết quả phẫu thuật sau 6 tháng là rất tốt 100% bệnh nhân được tái tạo khuyết đoạn XHD bằng vạt 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 vạt xương mác, chỉ có 1 trường hợp phải tháo và loại bỏ vạt [3].

Phục hồi khuyết hổng XHD bằng vạt 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 vạt, 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 vạt.

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],[6]. 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 bộc 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 vạt xương mác. Vì 100% các trường hợp trong nghiên cứu này có sử dụng vạt da.

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

4.2. Về quy trình vi phẫu thuật trong phục hồi khuyết hổng xương hàm: Việc áp dụng đúng các bước trong quy trình điều trị đã xây dựng đã đem lại kết quả tốt trong phẫu thuật. Đặc biệt với bước phẫu thuật trên mẫu cần sự chính xác cao mới đảm bảo phẫu thuật thành công.

V. KẾT LUẬN

Tái tạo khuyết hổng XHD bằng vạt xương mác có nối cuống mạch nuôi đem lại hiệu quả cao trong phục hồi thẩm mỹ và chức năng cho người bệnh theo quy trình 6 bước chính trong đó kỹ thuật lấy vạt xương mác có 21 bước và tạo hình XHD bằng vạt xương mác có 7 bước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lưu Ngọc An, "Điều trị tổn khuyết lớn xương hàm dưới bằng vạt mào chậu tự thân có nối mạch nuôi". Luận án tiến sĩ y học. (2002)
2. 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.
3. Karagozoglu K.H, Winters H.A.H, et al (2013) "Periosteal ossification of the vascular pedicle after

- reconstruction of continuity defects of the mandible and the maxilla with fibular free flaps: A retrospective study" British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 51 : 965-967.
4. **Micha Peled, et.al (2005)** "The Use of Free Fibular Flap for Functional Mandibular Reconstruction" Journal American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. Vol 126 : 220-224.
 5. **Lei Li, et al (2007)** "Long-Term Evaluation After Mandibular Reconstruction With Fibular Grafts Versus Microsurgical Fibular Flaps" J Oral Maxillofac Surg 65:281-286.
 6. **Zhang Chenping, et al (2012)** "Dental Implant Distractor Combined With Free Fibular Flap: A New Design for Simultaneous Functional Mandibular Reconstruction" J Oral Maxillofac Surg 70:2687-2700.

ĐÁNH GIÁ THAY ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ CHỈ SỐ MIỄN DỊCH Ở BỆNH NHÂN LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG TIẾN TRIỂN NẶNG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG METHYLPREDNISOLONE XUNG

Huỳnh Văn Khoa*, Lê Anh Thư*, Lê Thu Hà**

TÓM TẮT

Methylprednisolone liều cao truyền tĩnh mạch (MP xung) cho thấy có hiệu quả ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống (systemic lupus erythematosus – SLE) tiến triển nặng. Mục tiêu: đánh giá sự thay đổi một số chỉ số cận lâm sàng và một số chỉ số miễn dịch (bao gồm cytokine TNFA, IL6, IL10) ở 80 bệnh nhân SLE tiến triển nặng được điều trị bằng MP xung. Kết quả: cải thiện các chỉ số huyết học và một số chỉ số sinh hóa thông thường thấy rõ sau 1 tuần sau điều trị MP xung, tốt nhất là sau 4 tuần điều trị. Cải thiện chức năng thận, protid, albumin máu sau 4 tuần điều trị và sau 12 tuần điều trị. MP xung cải thiện các chỉ số về protein niệu, HC sau 1 tuần, sau 4 tuần điều trị. MP xung có thể làm giảm đi tình trạng rối loạn lipid máu ở bệnh nhân SLE sau 4 tuần và sau 12 tuần điều trị. MP xung làm giảm tỉ lệ anti-dsDNA (+) trước và sau điều trị. MP xung làm cải thiện nồng độ các bổ thể C3, C4 và làm giảm một số Ig MD so với trước điều trị. Nồng độ trung bình TNFA, IL6, IL10 có giảm sau điều trị MP xung, tuy nhiên chỉ có TNFA giảm có ý nghĩa thống kê. Kết luận: các chỉ số huyết học, sinh hóa, cho thấy có sự cải thiện. Nồng độ anti-dsDNA giảm, tăng C3, C4, giảm một số Ig MD sau khi điều trị MP xung. Nồng độ TNFA, IL6, IL10 có giảm sau khi điều trị MP xung, tuy nhiên chỉ có TNFA giảm có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: Thay đổi cận lâm sàng, chỉ số miễn dịch, methylprednisolone liều cao truyền tĩnh mạch, lupus ban đỏ hệ thống nặng.

SUMMARY

EVALUATION OF CHANGES IN SUBCLINICAL AND IMMUNITY INDEX IN SEVERE LUPUS SYSTEMIC ERYTHEMATOSUS TREATED WITH PULSE METHYLPREDNISOLONE THERAPY

High dose intravenous methylprednisolone (MP) has been shown to be effective in severe systemic

lupus erythematosus (SLE). Objectives: To evaluate changes in subclinical and immunity index (including TNFA, IL6, IL10 cytokines) in 80 severe SLE patients treated with pulse MP. Results: Improved hematological indices and some of the normal biochemical parameters were observed 1 week after pulse MP therapy, the best after 4 weeks of treatment. Improved kidney function, protid, and serum albumin after 4 weeks of treatment and after 12 weeks of treatment. The improvement of the proteinuria index, urinary erythrocyte morphology after 1 week, after 4 weeks of treatment. Pulse MP can reduce dyslipidemia in SLE patients after 4 weeks and after 12 weeks of treatment. Pulse MP reduces the rate of anti-dsDNA (+) before and after treatment. Pulse MP improves C3, C4 levels and reduces some IgM antibodies to previous treatments. Mean concentrations of TNFA, IL6, IL10 decreased after pulse pulse therapy, but only TNFA decreased significantly. Conclusions: Hematologic, biochemical, showed improvement after pulse MP therapy. Anti-ds DNA levels decrease, increase C3, C4, decrease some immunoglobulin index after MP therapy. TNFA, IL6, IL10 decreased after pulse MP therapy, but only TNFA decreased significantly.

Key words: Subclinical changes, immunity index, pulse methylprednisolone therapy, systemic lupus erythematosus

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong cơ chế bệnh sinh của lupus ban đỏ hệ thống (systemic lupus erythematosus – SLE) thì sự rối loạn đáp ứng miễn dịch có liên quan đến các tế bào miễn dịch như lympho T, lympho B, các tự kháng thể, Immunoglobulin miễn dịch, các cytokine đóng vai trò rất quan trọng [7]. MP xung có tác dụng ức chế quá trình viêm, ức chế các tế bào miễn dịch và các yếu tố tham gia vào quá trình đáp ứng viêm. Việc dùng methylprednisolone liều cao truyền tĩnh mạch (xung trị liệu – pulse therapy) điều trị cho SLE tiến triển nặng đe dọa tính mạng và nhiều nghiên cứu cho thấy có hiệu quả [5]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: đánh giá

*Bệnh viện Chợ Rẫy

**Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Văn Khoa

Email: khoa_hv@yahoo.com

Ngày nhận bài: 18/8/2017

Ngày phản biện khoa học: 13/9/2017

Ngày duyệt bài: 21/9/2017

sự thay đổi một số chỉ số cận lâm sàng và một số chỉ số miễn dịch (bao gồm cytokine TNFA, IL6, IL10) ở bệnh nhân SLE tiến triển nặng được điều trị bằng MP xung.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện tại khoa nội Cơ Xương Khớp, bệnh viện Chợ Rẫy TP HCM từ tháng 5/2011 đến tháng 12/2015 trên 80 bệnh nhân SLE được chẩn đoán dựa vào tiêu chuẩn ACR của Hoa Kỳ năm 1997 và có biểu hiện đợt tiến triển nặng (có thang điểm SLEDAI $\geq$ 12 điểm và có ít nhất có một trong các tổn thương nội tạng nặng) [6], được điều trị bằng liệu pháp MP xung (methylprednisolone 1g/ngày truyền TM trong 3 ngày liên tiếp) và theo dõi định kỳ các chỉ số về lâm sàng, cận lâm sàng, cytokine trước và sau điều trị

- Biểu hiện tổn thương nội tạng nặng: viêm thận lupus có hội chứng thận hư, tổn thương thần kinh trung ương, thiếu máu tán huyết nặng, xuất huyết phổi, viêm cơ tim.

- Đánh giá hiệu quả sự thay đổi các chỉ số huyết học, sinh hóa máu, nước tiểu trước và sau MP xung ở các thời điểm sau 1 tuần, 4 tuần và sau 12 tuần. Đánh giá sự thay đổi anti-dsDNA, C3, C4, các Ig MD (A, E, G, M) trước và sau điều trị MP xung ở các thời điểm sau 1 tuần, 4 tuần và 12 tuần. Đánh giá sự thay đổi nồng độ TNFA, IL6, IL10 ở các thời điểm trước và sau điều trị MP xung 1 tuần và 4 tuần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị.

III. KẾT QUẢ

3.1. Thay đổi các chỉ số huyết học

Bảng 3.1. Đặc điểm thay đổi các chỉ số huyết học

Chỉ số HH	Trước ĐT (n=80) n %	Sau điều trị			Giá trị p		
		1 tuần (n=80) n %	4 tuần (n=80) n %	12 tuần (n=79) n %	p ₀₋₁	p ₀₋₂	p ₀₋₃
Giảm BC TB	12 (15.0) 8.59 $\pm$ 5.11	31 (38.8) 10.92 $\pm$ 5.33	33 (41.3) 10.83 $\pm$ 4.98	27 (34.2) 9.99 $\pm$ 4.03	0.089 0.001	0.504 0.003	0.467 0.037
Giảm Hb TB	61 (76.3) 93.78 $\pm$ 22.77	63 (78.8) 94.26 $\pm$ 21.34	38 (47.5) 105.68 $\pm$ 25.28	20 (25.3) 119.84 $\pm$ 21.26	<0.001 0.818	<0.001 <0.001	<0.001 <0.001
Giảm TC TB	22 (27.5) 181.86 $\pm$ 102.99	10 (12.5) 220.08 $\pm$ 92.73	3 (3.8) 276.40 $\pm$ 116.53	1 (1.3) 268.24 $\pm$ 74.77	0.014 0.001	<0.001 <0.001	<0.001 <0.001
Tăng VS 1h TB	68 (85.0) 52.38 $\pm$ 37.22	67 (83.8) 35.40 $\pm$ 31.76	67 (83.8) 39.80 $\pm$ 31.38	68 (86.1) 38.39 $\pm$ 32.01	0.641 <0.001	0.373 0.016	0.259 0.007

Nhận xét: các chỉ số về BC, TC, VS sau 1 giờ cải thiện rõ chỉ sau 1 tuần điều trị

3.2. Thay đổi chỉ số sinh hóa

Bảng 3.2. Đặc điểm thay đổi các chỉ số sinh hóa

Chỉ số SH	Trước ĐT (n=80) n %	Sau điều trị			Giá trị p		
		1 tuần (n=80) n %	4 tuần (n=80) n %	12 tuần (n=79) n %	p ₀₋₁	p ₀₋₂	p ₀₋₃
Tăng Glucose TB	2 (2.5) 92.40 $\pm$ 19.51	2 (2.5) 85.91 $\pm$ 19.49	1 (1.3) 84.79 $\pm$ 20.14	1 (1.3) 84.18 $\pm$ 12.56	0.048 0.048	0.014 0.014	<0.001 <0.001
Giảm Protein TB	55 (68.8) 5.26 $\pm$ 1.03	58 (72.5) 5.32 $\pm$ 1.04	55 (68.8) 5.50 $\pm$ 0.90	35 (44.3) 5.88 $\pm$ 0.85	0.441 0.441	0.015 0.015	<0.001 <0.001
Giảm Albumin TB	64 (80.0) 2.54 $\pm$ 0.72	59 (73.8) 2.90 $\pm$ 0.61	50 (62.5) 3.20 $\pm$ 0.59	27 (34.2) 3.57 $\pm$ 0.65	<0.001 <0.001	<0.001 <0.001	<0.001 <0.001
Tăng CRP TB	38 (47.5) 15.65 $\pm$ 27.13	27 (33.8) 9.59 $\pm$ 18.35	14 (17.5) 5.77 $\pm$ 12.05	44 (55.7) 3.62 $\pm$ 6.77	0.058 0.058	0.001 0.001	<0.001 <0.001
Tăng BUN TB	47 (58.8) 28.01 $\pm$ 15.42	46 (57.5) 27.89 $\pm$ 16.21	39 (48.8) 23.19 $\pm$ 12.18	26 (32.9) 19.16 $\pm$ 8.03	0.935 0.935	0.011 0.011	<0.001 <0.001
Tăng Creatinin TB	13 (16.3) 1.03 $\pm$ 0.49	11 (13.8) 1.01 $\pm$ 0.59	4 (5.0) 0.96 $\pm$ 0.52	4 (5.1) 0.89 $\pm$ 0.34	0.611 0.611	0.250 0.250	0.001 0.001
eGER < 60	22 (27.5)	19 (23.8)	11 (13.8)	6 (7.6)	0.259	0.007	<0.001
Tăng GPT TB	18 (22.5) 36.58 $\pm$ 30.63	12 (15.0) 36.89 $\pm$ 23.07	13 (16.3) 40.08 $\pm$ 44.51	6 (7.6) 29.21 $\pm$ 15.30	0.922 0.922	0.562 0.562	0.061 0.061

Tăng GOT TB	33(41.3) 72.36 ± 85.92	15(18.8) 42.18 ± 23.59	8(10.5) 35.24 ± 26.40	0(0) 26.31 ± 9.54	0.001 0.001	<0.001 <0.001	<0.001 <0.001
----------------	---------------------------	---------------------------	--------------------------	----------------------	----------------	------------------	------------------

Nhận xét: Sau 1 tuần: tỉ lệ giảm al bumin máu và nồng độ albumin máu có cải thiện sau, tỉ lệ tăng GOT và chỉ số GOT trung bình giảm. Sau 4 tuần; hầu hết các chỉ số sinh hóa cải thiện rõ.

3.3. Thay đổi chỉ số nước tiểu

Bảng 3.3. Đặc điểm thay đổi các chỉ số nước tiểu

Chỉ số SH	Trước ĐT (n=80)n %	Sau điều trị			Giá trị p		
		1 tuần (n=80)n%	4 tuần (n=80)n%	12 tuần (n=79)n%	p ₀₋₁	p ₀₋₂	p ₀₋₃
Protein niệu (+)	74 (92.5)	63 (78.8)	69(86.3)	63(78.7)	<0.001	<0.001	<0.001
HC (+)	67 (83.8)	53(66.2)	52(65.0)	58(60.0)	<0.001	<0.001	<0.001
BC (+)	11 (13.8)	15(18.7)	10(12.5)	11(13.7)	0.107	0.540	0.533
Protein niệu/24giờ	65 (81.3)	60(75.0)	58(72.5)	56(70.0)	0.024	0.007	0.006
TBProtein niệu/24giờ	7.40±14.07	5.49±4.67	3.12±1.77	1.82±1.16	<0.001	<0.001	<0.001

Nhận xét: Tỷ lệ đạm niệu (+) cải thiện sau 1 tuần và sau 12 tuần điều trị. Đạm niệu trung bình/24 giờ cải thiện sau 1 tuần và sau 12 tuần điều trị.

3.4. Biến đổi nồng độ kháng thể tự miễn

Bảng 3.4. Đặc điểm thay đổi nồng độ Anti-dsDNA

Chỉ số Anti-ds DNA	Trước ĐT (n=80) n %	Sau điều trị			Giá trị p		
		1 tuần (n=80) n %	4 tuần (n=80) n %	12 tuần (n=79) n %	p ₀₋₁	p ₀₋₂	p ₀₋₃
Tăng ≥ 50 UI	63 (78.8)	43 (53.8)	31 (38.8)	23 (29.1)	<0.001	<0.001	<0.001
Trung bình	163.91 ± 92.67	82.90 ± 75.61	54.22 ± 50.06	35.88 ± 27.68	<0.001	<0.001	<0.001
(min -max)	(4.9 – 240)	(3.29 – 240)	(0.85 – 240)	(0.79 – 137.6)			

Nhận xét: tỉ lệ Anti-ds DNA (+) và nồng độ trung bình anti-dsDNA đều giảm sau điều trị 1 tuần, 4 tuần và 12 tuần

3.5. Đặc điểm thay đổi nồng độ C3, C4 và Ig MD

Bảng 3.5. Đặc điểm thay đổi nồng độ C3, C4 và Ig MD (tính giá trị TB)

Chỉ số	Trước ĐT (n=80)	Sau điều trị			Giá trị p		
		1 tuần (n=80)	4 tuần (n=80)	12 tuần (n=79)	p ₀₋₁	p ₀₋₂	p ₀₋₃
C3	41.67 ± 25.27	55.40 ± 22.19	79.54 ± 23.32	90.23 ± 20.27	<0.001	<0.001	<0.001
C4	10.95 ± 7.86	13.53 ± 7.48	18.84 ± 9.02	20.75 ± 10.10	<0.001	<0.001	<0.001
IgA	246.24 ± 103.30	206.32 ± 83.60	207.82 ± 80.01	225.18 ± 83.19	<0.001	0.001	0.091
IgE	545.17 ± 587.51	353.92 ± 468.08	366.26 ± 721.44	188.61 ± 214.94	0.001	0.052	<0.001
IgG	1170.72 ± 611.70	943.86 ± 526.55	944.76 ± 402.17	1007.95 ± 359.58	<0.001	<0.001	0.023
IgM	132.16 ± 101.27	104.75 ± 59.87	115.78 ± 61.79	129.52 ± 53.23	0.005	0.173	0.786

Nhận xét: Nồng độ trung bình C3, C4 giảm sau 1 tuần, sau 4 tuần và sau 14 tuần điều trị.

3.6. Biến đổi nồng độ một số cytokine

Bảng 3.6. Đặc điểm thay đổi cytokine trước và sau điều trị

Chỉ số MD	Trước ĐT n %	Sau điều trị		Giá trị p	
		1 tuần n %	4 tuần n %	p ₀₋₁	p ₀₋₂
Tăng TNFA TB	28 (42.4) 31.52 ± 79.9	20 (32.8) 11.36 ± 13.12	9 (15.8) 7.56 ± 3.71	0.059	0.029
Tăng IL6 TB	64 (97.0) 56.27 ± 180.704	58 (95.1) 15.76 ± 15.52	55 (96.5) 10.80 ± 12.91	0.084	0.061
Tăng IL10 TB	56 (84.8) 8.75 ± 20.08	54 (88.5) 7.34 ± 10.79	44 (77.2) 7.97 ± 14.87	0.296	0.763

Nhận xét: Tỉ lệ tăng TNFA và nồng độ trung bình TNFA giảm có ý nghĩa thống kê sau 4 tuần. Tỉ lệ tăng IL6, IL10 và nồng độ trung bình của IL6, IL10 có giảm sau 1 tuần và sau 4 tuần tuy nhiên chưa thấy có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thay đổi các chỉ số huyết học: Theo kết quả (Bảng 3.1) chúng tôi nhận thấy đáp ứng trên các chỉ số huyết học của liệu pháp MP xung: Hb và TC cải thiện có ý nghĩa chỉ sau 1 tuần điều trị và ổn định sau 4 tuần, sau 12 tuần theo dõi. Các chỉ số VS và BC thấy không thay đổi có ý nghĩa. Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỉ lệ giảm bạch cầu và tăng VS không có sự khác nhau trước và sau ở tất cả thời điểm khảo sát, tuy nhiên khi so sánh trị số trung bình bạch cầu thì thấy chỉ số trung bình bạch cầu tăng và chỉ số VS giảm có ý nghĩa sau 1 tuần, 4 tuần và sau 12 tuần.

4.2. Đặc điểm thay đổi các chỉ số sinh hóa: Theo kết quả (Bảng 3.2) chúng tôi nhận thấy các thay đổi về các chỉ số sinh hóa đáng lưu ý trước và sau điều trị MP xung: không thấy có biểu hiện tăng đường huyết sau khi điều trị MP xung. Tỉ lệ giảm protid máu giảm đáng kể trước và sau khi điều trị xung nhất là thời điểm sau 4 tuần và sau 12 tuần điều trị. Điều này phù hợp với tình trạng đáp ứng với điều trị MP xung nhất là ở nhóm lupus có hội chứng thận hư. Tương tự tình trạng giảm albumin máu giảm cải thiện sau khi điều trị MP xung 1 tuần sau điều trị. Chỉ số viêm giảm rõ sau 4 tuần điều trị, cải thiện chức năng thận rõ nhất sau 4 tuần và sau 12 tuần điều trị. Như vậy các chỉ số sinh hóa đều có sự cải thiện rõ sau điều trị MP xung 1 tuần và tốt nhất sau 4 tuần. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với nghiên cứu của Phạm Huy Thông là có sự cải thiện một số chỉ số hóa sau 1 tháng và sau 3 tháng điều trị MP xung [2].

4.3. Đặc điểm thay đổi các chỉ số nước tiểu: Chúng tôi nhận thấy có sự cải thiện các chỉ số đạm niệu, đạm niệu/24 giờ, HC niệu (theo bảng 3.3) cho thấy có hiệu quả chỉ sau 1 tuần điều trị MP xung, kết quả này cũng duy trì tốt sau 4 tuần và 12 tuần. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Phạm Huy Thông [1] là giá trị trung bình của protein niệu/24 giờ giảm và HC niệu giảm có ý nghĩa thống kê sau 4 và 12 tuần. Giá trị trung bình của BC niệu theo nghiên cứu của chúng tôi có giảm nhưng không có ý nghĩa thống kê và kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Phạm Huy Thông là giá trị trung bình của BC niệu có giảm sau 1 tháng và sau 3 tháng điều trị nhưng không có ý nghĩa thống kê [1].

4.4. Biến đổi nồng độ kháng thể Anti-dsDNA: Tỉ lệ bệnh nhân có nồng độ kháng thể anti-dsDNA tăng ≥ 50 UI giảm so với trước và sau điều trị ở các thời điểm và giảm dần theo

thời gian và nồng độ trung bình của kháng thể anti-dsDNA cũng giảm theo thời gian (Bảng 3.4). Như vậy nồng độ kháng thể anti-dsDNA giảm dần theo mức độ nặng của bệnh và cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu khác khi đánh giá vai trò của anti-ds DNA trong đánh giá hoạt động của bệnh và theo dõi điều trị [3]. Nồng độ anti-dsDNA giảm sau điều trị MP xung ở các thời điểm nghiên cứu 1 tuần, 4 tuần, 12 tuần. Nồng độ anti-dsDNA giảm phản ứng mức độ đáp ứng của bệnh với liệu pháp điều trị.

4.5. Biến đổi nồng độ một số bổ thể, immunoglobulin miễn dịch: Sự thay đổi nồng độ C3, C4 theo có ý nghĩa thống kê sau 1 tuần, sau 4 tuần và sau 12 tuần điều trị MP xung (bảng 3.42). Đánh giá về sự thay đổi nồng độ các Ig MD như: Ig A, Ig E, Ig G và Ig M chúng tôi nhận thấy rằng có sự giảm nồng độ các Ig MD có ý nghĩa thống kê sau 1 tuần điều trị MP xung. Sau 4 tuần nồng độ Ig A và Ig G trung bình giảm có ý nghĩa thống kê so với trước khi điều trị MP xung, nồng độ Ig E sau 4 tuần có giảm nhưng không có ý nghĩa thống kê, tuy vậy sau 12 tuần nồng độ Ig E giảm có ý nghĩa thống kê, riêng nồng độ Ig M trung bình không thấy giảm có ý nghĩa thống kê sau 4 và 12 tuần. Theo cơ chế tác dụng của liệu pháp MP xung, methylprednisolone liều cao có tác dụng ức chế tế bào lympho B và sẽ làm nồng độ các Ig MD. Theo nghiên cứu của Phạm Huy Thông khi theo dõi nồng độ Ig G thấy có giảm sau 1 tháng điều trị MP xung nhưng không có ý nghĩa thống kê [1], và cũng theo nghiên cứu này thì nồng độ Ig M thay đổi không có ý nghĩa thống kê sau 1 tháng và sau 3 tháng điều trị MP xung.

4.6. Biến đổi nồng độ một số cytokine: Nghi nhận sự tỉ lệ tăng TNFA, IL6, IL10 có giảm so với trước MP xung ở các thời điểm nghiên cứu sau 1 tuần và sau 4 tuần, tuy nhiên chỉ có TNFA là giảm có ý nghĩa thống kê sau điều trị MP xung 4 tuần, tương tự giá trị trung bình của các cytokine trong nghiên cứu có giảm nhưng chỉ có giá trị trung bình nồng độ TNFA là giảm có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Bai thì nồng độ của TNFA có giảm sau khi điều trị MP xung [4]. Chúng tôi hiện chưa tìm thấy tài liệu nào đánh giá về sự thay đổi nồng độ IL6, IL10 sau khi điều trị MP xung.

V. KẾT LUẬN

Các chỉ số huyết học, sinh hóa máu, nước tiểu cho thấy cải thiện tốt nhất sau 4 tuần điều trị MP xung. MP làm giảm nồng độ anti-ds DNA, tăng

nồng độ C3, C4 và làm giảm một số Ig MD. MP xung làm giảm nồng độ TFNA, IL6, IL10 so với trước điều trị, tuy nhiên chỉ có TNFA giảm có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Huy Thông, Phan Quang Đoàn (2012)**, "Nghiên cứu hiệu quả điều trị lupus ban đỏ hệ thống có đợt cấp tổn thương thận bằng methylprednisolone đường tĩnh mạch liều cao". *Y Học Thực Hành*, 3 (813), pp. 83-85.
2. **Phạm Huy Thông (2011)**, "Bước đầu nghiên cứu sự thay đổi một số yếu tố miễn dịch dịch thể ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống có tổn thương thận trước và sau điều trị Methyl-prednisolone liều cao truyền tĩnh mạch". *Y Học Thực Hành*, 10 (788), pp. 80-82.
3. **Alba P, Bento L, Cuadrado MJ, Karim Y, Tungekar MF, et al. (2003)**, "Anti-dsDNA, anti-Sm antibodies, and the lupus anticoagulant: significant factors associated with lupus nephritis". *Annals of the rheumatic diseases*, 62 (6), pp. 556-560.
4. **Bai LQ, Chen XM, Mao J (1994)**, "Effects of methylprednisolone pulse therapy on TNF alpha levels in chronic nephritis". *Zhonghua nei ke za zhi*, 33 (12), pp. 827-829.
5. **Barile-Fabris L, Ariza-Andraca R, Olguin-Ortega L, Jara LJ, Fraga-Mouret A, et al. (2005)**, "Controlled clinical trial of IV cyclophosphamide versus IV methylprednisolone in severe neurological manifestations in systemic lupus erythematosus". *Annals of the Rheumatic Diseases*, 64 (4), pp. 620-625.
6. **Criteria American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Systemic Lupus Erythematosus Response (2004)**, "The American College of Rheumatology response criteria for systemic lupus erythematosus clinical trials: measures of overall disease activity". *Arthritis and rheumatism*, 50 (11), pp. 3418.
7. **Grondal G, Gunnarsson I, Ronnelid J, Rogberg S, Klareskog L, et al. (2000)**, "Cytokine production, serum levels and disease activity in systemic lupus erythematosus". *Clinical and experimental rheumatology*, 18 (5), pp. 565-570.

KẾT QUẢ BAN ĐẦU ĐIỀU TRỊ KHỐI DẠNG ĐỘNG TĨNH MẠCH NÃO VỠ BẰNG PHẪU THUẬT PHỐI HỢP VỚI NÚT MẠCH TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Hữu An*, Trần Anh Tuấn*, Phạm Minh Thông*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu về đặc điểm hình ảnh và kết quả bước đầu điều trị dị dạng động tĩnh mạch não vỡ (DDĐTMN) bằng phẫu thuật phối hợp nút mạch tại Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu theo dõi dọc theo thời gian không đối chứng 20 bệnh nhân DDĐTMN vỡ được phẫu thuật phối hợp với nút mạch tại bệnh viện Bạch Mai từ 8.2014 đến 2.2017. **Kết quả:** Có 20 bệnh nhân có DDĐTMN vỡ được điều trị bằng nút mạch sau đó phẫu thuật. Các đặc điểm phổ biến ở các dị dạng này là ổ dị dạng ở sâu, tĩnh mạch dẫn lưu sâu và phình động mạch trong ổ dị dạng. Biến chứng chảy máu sau nút mạch gặp ở 2 bệnh nhân (10%). Tổn thương khuyết nhu mô não sau mổ phần lớn là nhỏ hơn kích thước của ổ dị dạng (85%). Kết quả tốt với 100% các dị dạng nhỏ (Spetzler-Martin II-III) hết dị dạng và có lâm sàng tốt sau điều trị, 80% các dị dạng lớn (Spetzler-Martin IV-V) hết dị dạng sau mổ với 60% bệnh nhân có kết quả lâm sàng tốt. Có 01 bệnh nhân tử vong sau điều trị. **Kết luận:** Phối hợp phẫu thuật và nút mạch là chỉ định phù hợp cho các khối DDĐTMN vỡ lớn hoặc có

động mạch nuôi sâu. Dị dạng ở sâu, tĩnh mạch dẫn lưu sâu, phình động mạch trong ổ dị dạng là những yếu tố nguy cơ gây chảy máu cần được cân nhắc để điều trị với các DDĐTMN chưa vỡ.

SUMMARY

COMBINED ENDOVASCULAR EMBOLIZATION AND SURGERY IN THE MANAGEMENT OF RUPTURED CEREBRAL ARTERIOVENOUS MALFORMATION AT THE BACH MAI HOSPITAL

Objective: To study the radiology features of ruptured cerebral arteriovenous malformation and the results of combined endovascular and surgical management of ruptured cerebral AVM. **Methods:** Uncontrolled follow-up study of 20 ruptured cerebral AVM underwent surgery combining with prior embolization in Bach Mai Hospital from 8.2014 to 2.2017. **Results:** Twenty patients were treated by combined endovascular and surgical management. These common imaging features were deep brain location, deep venous drainage and arterial aneurysms located in the AVM nidus. Complication of embolization includes bleeding in 10%. Postoperative parenchymal lesions were much smaller than the size of AVM in 85% cases. Radical resection was achieved in 80% with good overall result 100% in small AVM and 60% in large AVM. There was one patient died after treatment. **Conclusions:** The combination of endovascular embolization and surgery was an ideal indication for large AVM and deep feeder arteries.

*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu An

Email: nguyenuuan.dr@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.9.2017

Ngày duyệt bài: 14.9.2017

Deep brain location, deep venous drainage and arterial aneurysms located in the AVM nidus were the high-risk factors of hemorrhage and should be considered while making the decision for treatment unruptured AVM.

Key words: ruptured cerebral arteriovenous malformation, surgery, endovascular embolization.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị dạng động - tĩnh mạch não (DDĐTMN) là dị dạng mạch bẩm sinh nguy hiểm nhất. Đây là bệnh lý hiếm gặp nhưng thường biểu hiện bằng các triệu chứng thần kinh kéo dài và có nguy cơ vỡ cao gây chảy máu não có thể dẫn tới tử vong. Để quyết định điều trị DDĐTMN cần cân nhắc giữa nguy cơ diễn tiến tự nhiên và nguy cơ của điều trị. Vào cuối năm 2014 nghiên cứu ARUBA [1] (là nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng duy nhất so sánh điều trị nội khoa và can thiệp nói chung trên các DDĐTMN chưa vỡ) đưa ra khuyến cáo thì nguy cơ điều trị nhìn chung cao hơn phần lớn nguy cơ tự nhiên của các DDĐTMN chưa vỡ. Nguy cơ chảy máu theo năm đối với DDĐTMN chưa vỡ khoảng 2%-4%, khi DDĐTMN đã vỡ thì nguy cơ vỡ lại ở năm đầu tăng lên 6%-8% [2] bởi vậy điều trị dứt điểm được ủng hộ sau khi tình trạng xuất huyết nội sọ đã ổn định. Điều trị có thể gồm nút mạch, phẫu thuật, xạ phẫu hoặc phối hợp của 3 phương pháp dựa trên từng tổn thương (kích thước, vị trí ở vùng chức năng, và các đặc điểm nguy cơ cao ảnh hưởng tới nguy cơ vỡ). Với nút mạch đơn thuần thường không nút được hoàn toàn khối dị dạng còn điều trị phẫu thuật đơn thuần với khối DDĐTMN lớn có nguy cơ mất máu cao trong mổ. Bởi vậy việc phối hợp nút mạch sau đó phẫu thuật lấy bỏ dị dạng đang được nhiều trung tâm trên thế giới lựa chọn. Hướng điều trị phối hợp này bắt đầu được thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8.2014 tuy nhiên vẫn chưa có một nghiên cứu nào đánh giá về hiệu quả của việc phối hợp điều trị. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Kết quả ban đầu điều trị khối dị dạng động tĩnh mạch não vỡ bằng phẫu thuật phối hợp với nút mạch tại bệnh viện Bạch Mai" với hai mục tiêu: 1. Phân tích các đặc điểm hình ảnh của DDĐTMN vỡ từ đó giúp tiên lượng yếu tố nguy cơ cho các dị dạng chưa vỡ. 2. Kết quả ban đầu điều trị DDĐTMN vỡ bằng phối hợp phẫu thuật và nút mạch.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân có DDĐTMN vỡ, được điều trị nút mạch sau đó mổ lấy dị dạng từ tháng 8.2014 đến tháng 2.2017 tại khoa CĐHA và khoa PTTK

2. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu theo dõi dọc theo thời gian không đối chứng

3. Tiêu chuẩn lựa chọn: DDĐTMN đã vỡ được chẩn đoán trên CĐHA. Điều trị phối hợp hai phương pháp: nút mạch và phẫu thuật. Đủ hồ sơ bệnh án, phim ảnh.

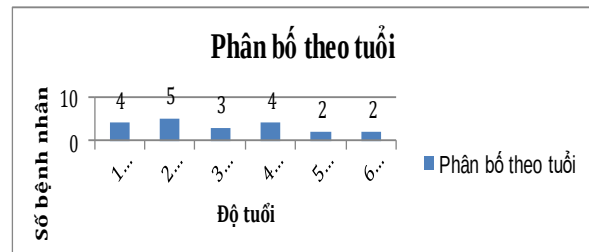
4. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân chỉ được điều trị bằng phẫu thuật hoặc nút mạch đơn thuần. Không đủ hồ sơ bệnh án, phim ảnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 8.2014 đến tháng 2.2017, tại bệnh viện Bạch Mai, có 20 bệnh nhân được chẩn đoán chảy máu trong não do vỡ khối DDĐTMN, được điều trị phẫu thuật sau khi nút mạch.

1. Đặc điểm tuổi - giới:

- 16 nam: 4 nữ
- Tuổi trung bình 36,1 (từ 16 đến 67).



Biểu đồ 1. Phân bố theo tuổi

Nhận xét: Số bệnh nhân trẻ tuổi có dị dạng vỡ chiếm đa số (tuổi trung bình 36 ±15.5)

2. Đặc điểm chụp mạch

2.1. Các yếu tố nguy cơ chảy máu cao

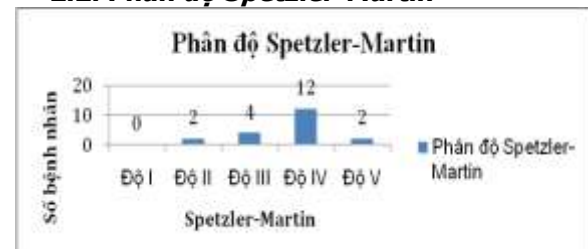
Bảng 1. Các đặc điểm nguy cơ cao chảy máu ở dị dạng

Đặc điểm dị dạng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Có 1 trong các yếu tố nguy cơ	17	85
Không có yếu tố nguy cơ	3	15

(**Ghi chú:** các yếu tố nguy cơ cao chảy máu gồm dị dạng ở sâu, tĩnh mạch dẫn lưu sâu, phình hình quả dứa động mạch cấp máu)

Nhận xét: nhóm dị dạng có các yếu tố nguy cơ cao chảy máu chiếm đa số (85%)

2.2. Phân độ Spetzler-Martin

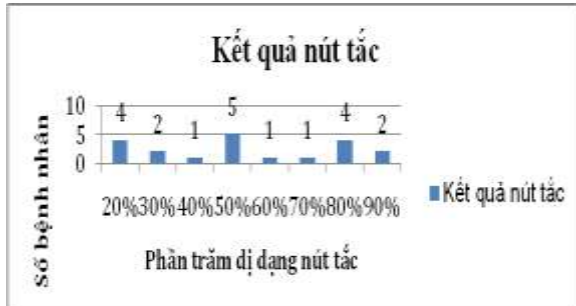


Biểu đồ 2. Phân độ Spetzler-Martin

Nhận xét: nhóm dị dạng độ IV chiếm đa số (60%).

3. Các đặc điểm của quá trình nút mạch

3.1. Phần trăm khối AVM được nút và số lần nút



Biểu đồ 3. Kết quả nút tắc

Nhận xét: nhóm dị dạng nút tắc $\geq 50\%$ chiếm đa số (chiếm 65%).

3.2. Số lần nút mạch

Bảng 2. Số lần nút mạch

Số lần nút mạch	Số bệnh nhân	%
1	17	85
2	3	15

Nhận xét: phần lớn bệnh nhân được nút mạch 01 lần, các bệnh nhân được nút 02 lần do thể tích nút được ở lần thứ nhất ít.

3.3. Vật liệu nút mạch và thể tích đã dùng

Bảng 3. Vật liệu nút mạch đã dùng

Vật liệu nút mạch	Số bệnh nhân	%
Onyx	14	70
Onyx và Hystoacryl	3	15
Squid	3	15
Tổng số	20	100

Nhận xét: vật liệu nút mạch chính được sử dụng là Onyx (chiếm 70%). Thể tích vật liệu nút mạch trung bình: $2.31 \pm 1.34\text{ml}$ (đối với các bệnh nhân được nút mạch 2 lần thì thể tích vật liệu nút mạch được tính chung). Bệnh nhân dùng ít nhất: 0.7ml

3.4. Các biến chứng sau nút: Biến chứng gặp phải ở 2 bệnh nhân và đều là chảy máu trong dị dạng sau nút. Không có biến chứng yếu, liệt hay tử vong sau nút mạch.

4. Các đặc điểm của quá trình phẫu thuật

4.1. Phương pháp phẫu thuật: Phương pháp phẫu thuật được tóm tắt trong bảng 4:

Bảng 4. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp PT	Số BN	Tỷ lệ %
Lấy toàn bộ dị dạng	18	90
Lấy một phần dị dạng và kẹp các động mạch nuôi	1	5
Kẹp động mạch nuôi đơn thuần, không lấy dị dạng	1	5

Nhận xét: có 01 bệnh nhân mổ lấy một phần dị dạng và kẹp động mạch nuôi do khối dị dạng

ở sâu không lấy được hết. 01 bệnh nhân mổ kẹp động mạch nuôi đơn thuần do bệnh nhân có tình trạng suy thận nặng không có khả năng chịu đựng cuộc mổ kéo dài.

4.2. Biến chứng sau mổ: Có 3/20 bệnh nhân (15%) xuất hiện biến chứng yếu/liệt 1/2 người sau mổ. Có 1/20 bệnh nhân (5%) tử vong sau mổ.

5. Các kết quả điều trị

5.1. Về dị dạng mạch

Bảng 5. Kết quả về hình ảnh

DSA hoặc MSCT	Số BN	Tỷ lệ %
Hết toàn bộ dị dạng	17	85
Còn một phần dị dạng	2	10

Nhận xét: 19/20 bệnh nhân được chụp kiểm tra sau mổ (MSCT hoặc DSA) phần lớn hết hoàn toàn dị dạng (85%). Có 01 bệnh nhân tình trạng nặng lên sau mổ chỉ được chụp CTscanner không tiêm, sau đó bệnh nhân tử vong.

5.2. Về tổn thương nhu mô sau mổ

Bảng 6. Bảng so sánh tổn thương nhu mô não với thể tích dị dạng

Tổn thương nhu mô so với dị dạng	Số BN	Tỷ lệ %
Nhỏ hơn hoặc bằng	14	87,5
Lớn hơn	2	12,5

Nhận xét: có 16 bệnh nhân được chụp CLVT sau mổ thì phần lớn bệnh nhân có vùng tổn thương nhu mô não sau phẫu thuật nhỏ hơn thể tích của dị dạng (chiếm 87,5%). Có 02 bệnh nhân vùng tổn thương rộng hơn so với thể tích dị dạng thì 01 bệnh nhân tử vong và 01 bệnh nhân có biến chứng liệt sau phẫu thuật.

5.3. Kết quả về lâm sàng: Được đánh giá theo độ Rankin cải tiến ngay sau mổ và tại thời điểm theo dõi sau 03 tháng. Độ 0-2 được phân loại là tốt, 3-4 là trung bình, 5-6 là xấu. Kết quả lâm sàng được tóm tắt trong bảng 7 và 8.

Bảng 7. Kết quả lâm sàng sau mổ

Kết quả (%)		Tốt	Trung bình	Xấu
S-M				
Độ II (N=2)	Sau mổ	100	0	0
	Sau 3 tháng	100	0	0
Độ III (N=4)	Sau mổ	100	0	0
	Sau 3 tháng	100	0	0
Độ IV (N=12)	Sau mổ	42	50	8
	Sau 3 tháng	50	42	8
Độ V (N=2)	Sau mổ	50	50	0
	Sau 3 tháng	50	50	0

Nhận xét: đối với các dị dạng nhỏ (độ II-III) kết quả lâm sàng sau điều trị tốt (100% có mRS ≤ 2). Trong nhóm dị dạng độ IV có 1/12 bệnh nhân có hồi phục lâm sàng trong thời gian theo

đổi và tập phục hồi chức năng (điểm mRS giảm từ 3 điểm xuống 2 điểm).

Bảng 8. Kết quả lâm sàng đối với nhóm dị dạng độ IV theo % nút mạch

Kết quả	Tắc ≤50%	Tắc >50 %
Tốt	33%	67%
Trung bình	56%	33%
Xấu	11%	0

Nhận xét: kết quả sau mổ tốt hơn ở nhóm bệnh nhân nút mạch được >50%, đây cũng chính là lý do chúng tôi khuyến nghị nút tắc thêm cho với các dị dạng mà nút mạch được <50% ở lần 1.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm tuổi, giới của bệnh nhân:

Tuổi bệnh nhân từ 16-67, trung bình 36 ± 15.5 tương tự độ tuổi được chẩn đoán DDĐTM vỡ nói chung. Tỷ lệ 4 nam/1 nữ không tương đồng với tỷ lệ chung trong y văn [3]. Nguyên nhân là do số lượng bệnh nhân trong mẫu chưa đủ lớn và sự lựa chọn không ngẫu nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi.

2. Về đặc điểm của DDĐTM và kết quả điều trị: Các đặc điểm phổ biến của các ổ dị dạng trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là các ổ dị dạng ở sâu, dị dạng có tĩnh mạch dẫn lưu sâu và dị dạng có các phình tĩnh mạch dẫn lưu. Các đặc điểm này phù hợp với các báo cáo về các dị dạng động tĩnh mạch não vỡ.

Chúng tôi không chỉ định phẫu thuật phối hợp với nút mạch dựa vào một đặc điểm đơn thuần nào của khối dị dạng mà dựa vào phân tích tổng hợp các yếu tố: phân loại dị dạng, kích thước và phân độ khối dị dạng.

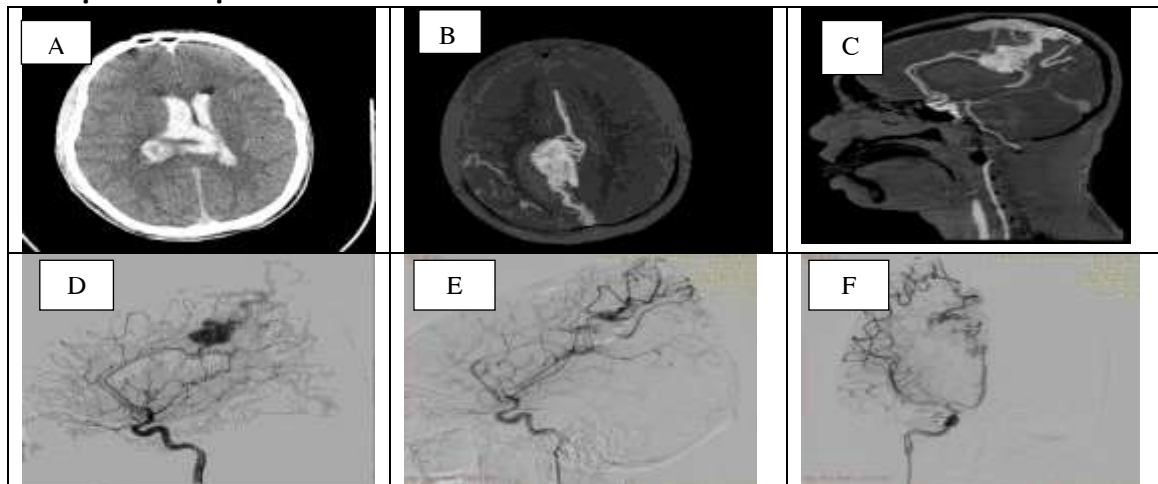
Trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi thì độ IV chiếm đa số (60%). Với các DDĐTM nhỏ thì

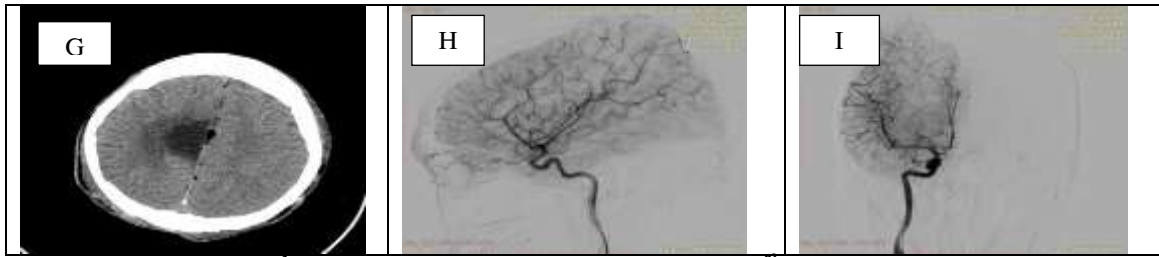
kết quả ban đầu cho thấy hiệu quả điều trị tốt với 100% bệnh nhân hết ổ dị dạng và lâm sàng tốt. Với các dị dạng lớn thì kết quả tốt chỉ đạt 50%. Trong số nhóm dị dạng độ IV là nhóm chiếm đa số trong nghiên cứu thì kết quả sau điều trị ở nhóm nút mạch được >50% dị dạng là tốt hơn khi so sánh với nhóm nút mạch được ≤50% dị dạng. Từ quan sát trực quan này chúng tôi khuyến nghị nên nút tắc lớn hơn 50% các ổ dị dạng khi điều kiện cho phép.

3. Kết quả điều trị: Kết quả tốt trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ (60%) thấp hơn so với báo cáo của Vinuela (1991) với tỷ lệ kết quả tốt (89%) [4] nguyên nhân do nhóm bệnh nhân của chúng tôi có tỷ lệ các dị dạng lớn hơn (60% bệnh nhân của chúng tôi có Spetzler-Martin độ IV so với nhóm của Vinuela chỉ có 42%) và hơn nữa chỉ có một nửa trong số bệnh nhân trong nghiên cứu của Vinuela là có xuất huyết nội sọ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân tử vong. Bệnh nhân này sau mổ xuất hiện sốt cao, sau đó hôn mê và sau đó tử vong.

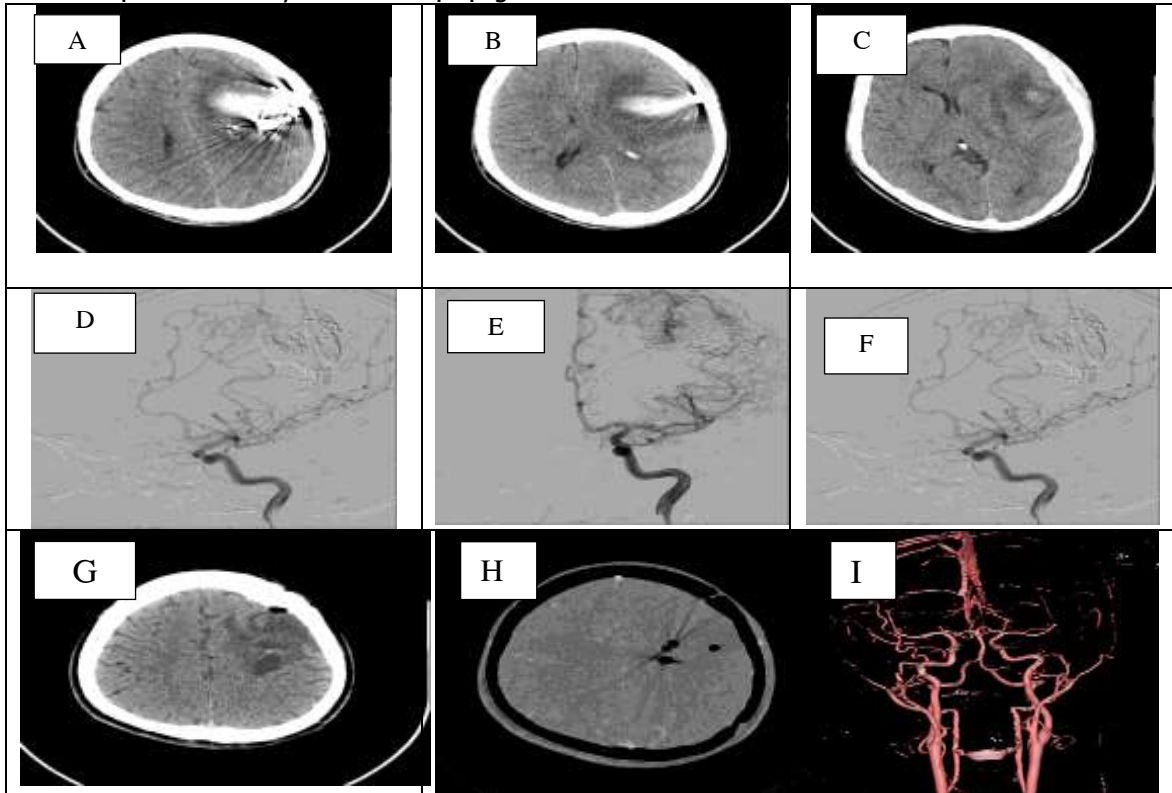
Khi so sánh với kết quả của phẫu thuật đơn thuần trong nghiên cứu của Ren, Quingqing và cs [5] thì với nhóm dị dạng nhỏ (độ II-III) kết quả ban đầu 100% bệnh nhân có kết quả tốt (so với 86% so với báo cáo của Ren). Đối với các dị dạng lớn độ IV thì kết quả tốt thu được trong nghiên cứu ban đầu là 50% (tương tự với báo cáo của Ren là 52.5%) do vấn đề phẫu thuật với các dị dạng lớn vẫn thật sự là những thách thức. 95% bệnh nhân khám lại được chụp kiểm tra sau mổ. 17/20 bệnh nhân (85%) hết hoàn toàn khối dị dạng. 2 bệnh nhân không lấy được khối dị dạng được theo dõi và chụp phim kiểm tra định kỳ.

VÍ DỤ MINH HỌA:





Ca 1: BN nam, 25 tuổi, đau đầu đột ngột, hôn mê. A, B, C. Ổ dị dạng trán-đỉnh trong bên phải Spetzler-Martin độ 3 vỡ, cấp máu từ nhánh sâu động mạch quanh trái bên phải. D, E, F. Sau mổ lấy máu tụ cấp cứu BN được nút mạch tiền phẫu 80% dị dạng và củng cố ĐM quanh trái. G, H, I. Chụp CLVT và mạch sau mổ lấy hoàn toàn dị dạng.



Ca 2: BN nam 26 tuổi dị dạng AVM lớn trán ngoài trái Spetzler-Martin 4 điểm, đã nút mạch 01 lần năm 2015. A, B, C. Vỡ dị dạng trên CLVT. D, E, F. Nút thì 2 tắc 90% dị dạng. G, H, I. Chụp MSCT sau mổ, hết hoàn toàn ổ dị dạng.

V. KẾT LUẬN

Chỉ định phối hợp phẫu thuật với nút mạch rất phù hợp với những khối dị dạng vừa (Spetzler-Martin 2-3). Với các dị dạng lớn (Spetzler-Martin 4-5) kết quả điều trị ban đầu chưa cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mohr, J., et al.,** *Medical management with or without interventional therapy for unruptured brain arteriovenous malformations (ARUBA): a multicentre, non-blinded, randomised trial.* The Lancet, 2014. **383**(9917): p. 614-621.
2. **da Costa, L., et al.,** *The natural history and predictive features of hemorrhage from brain arteriovenous malformations.* Stroke, 2009. **40**(1): p. 100-105.
3. **Lawton, M.T.,** *Seven AVMs: Tenets and Techniques for Resection.* 2014: Thieme.
4. **Viñuela, F., et al.,** *Combined endovascular embolization and surgery in the management of cerebral arteriovenous malformations: experience with 101 cases.* Journal of neurosurgery, 1991. **75**(6): p. 856-864.
5. **Ren, Q., et al.,** *Microsurgery for intracranial arteriovenous malformation: Long-term outcomes in 445 patients.* PloS one, 2017. **12**(3): p. e0174325.

RỐI LOẠN LIPID MÁU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

Cao Trường Sinh*, Nguyễn Thị Sang*

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Xác định tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường typ2. 2. Xác định mối tương quan giữa lipid máu với các yếu tố nguy cơ: tuổi, giới, vòng eo, BMI, huyết áp, glucose máu đói. **Đối tượng và phương pháp:** 82 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An. Gồm 37 nam, 45 nữ Độ tuổi trung bình là $65,78 \pm 11,9$. Tất cả được khám lâm sàng, xét nghiệm sinh hoá (glucose máu, một số thông số lipid máu). **Kết quả:** Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 là 82,9%. Tăng cholesterol chiếm 40,24%, tăng triglyceride chiếm 51,23%, giảm HDL-C chiếm 36,59%, tăng LDL - C chiếm 45,12%. Có mối tương quan thuận giữa cholesterol máu với glucose máu đói với $r = 0,254$, mỗi tương quan thuận giữa triglycerid máu với glucose máu đói với $r = 0,310$, tương quan nghịch giữa HDL - C với tuổi của bệnh nhân với $r = - 0,291$, tương quan thuận giữa LDL - C với vòng eo và HATT với r lần lượt là 0,250 và 0,251. **Kết luận:** Có tăng lipid toàn phần, cholesterol toàn phần, giảm HDL-C và tăng LDL-C ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2. Có mối tương quan thuận giữa cholesterol và triglycerid máu với glucose máu đói; tương quan nghịch giữa HDL - C với tuổi của bệnh nhân; tương quan thuận giữa LDL - C với vòng eo và huyết áp tâm thu.

SUMMARY

DYSLIPIDEMIA IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS AND RISK FACTORS

Objectives: Determine the rate of dyslipidemia in type 2 diabetic patients and determine the correlation between blood lipids and factors such as age, gender, waist circumference, BMI, blood pressure, fasting plasma glucose level. **Objects and methods:** 82 type 2 diabetic patients treated at the 2017 annapolis medical journal hospital from March to June 2017. Averaged ages $65,78 \pm 11,96$, females is 54,9%, males is 45,1%. All of patients were examined clinic, biochemistry (glucosemia, lipidemia). **Results:** The rate of dyslipidemia in type 2 diabetic patients was 82,9%. Hypercholesteremia was 40,24%, hypertriglyceridemia was 51,23%, decreased HDL - C was 36,59% and increased LDL - C was 45,12%. There was positive correlation between cholesterol level with fasting plasma glucose level with $r = 0,254$, the positive correlation between triglycerid level with fasting plasma glucose level with $r = 0,310$, the

negative correlation between HDL - C with ages with $r = - 0,291$, the positive correlation between LDL - C with waist and systolic pressure with r is 0,250 and 0,251. **Conclusion:** The rate of dyslipidemia in type 2 diabetic patients was 82,9%. Hypercholesteremia was 40,24%, hypertriglyceridemia was 51,23%, decreased HDL - C was 36,59% and increased LDL - C was 45,12%. There was positive correlation between cholesterol level and triglycerid level with fasting plasma glucose level, the negative correlation between HDL - C with ages, the positive correlation between LDL - C with waist and systolic pressure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng glucose máu mạn tính thường kết hợp với sự huỷ hoại, sự rối loạn chức năng của nhiều cơ quan đặc biệt là mắt, thận, thần kinh, tim và mạch máu. Bệnh đái tháo đường là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ tư ở các nước phát triển. Hiện nay bệnh đái tháo đường đang gia tăng trên toàn thế giới và đang là vấn nạn cho ngành y tế toàn cầu. Chi phí cho bệnh đái tháo đường cũng theo đó mà tăng lên nhanh chóng. Có một sự tương quan chặt chẽ giữa rối loạn lipid máu với các yếu tố nguy cơ trong bệnh đái tháo đường. Việc phát hiện và điều trị kịp thời rối loạn lipid máu có một ý nghĩa rất lớn trong việc dự phòng các biến chứng, kéo dài tuổi thọ ở bệnh nhân đái tháo đường, cải thiện cuộc sống, góp phần giảm gánh nặng, hao tổn của gia đình và xã hội. Các công trình nghiên cứu trong và ngoài nước cũng đã đề cập nhiều về vấn đề này. Tuy nhiên, ở Nghệ An, do điều kiện kinh tế còn nhiều hạn chế, vì vậy người dân chưa có sự quan tâm nhiều đến sức khoẻ, việc tập luyện và đảm bảo chế độ ăn hợp lý còn chưa tốt, ngoài ra chưa chủ động khám sức khoẻ định kỳ để phát hiện và điều trị bệnh nên tỷ lệ đái tháo đường chưa được phát hiện còn nhiều và việc điều trị cũng chưa tuân thủ tốt nên tỷ lệ bệnh chưa được kiểm soát còn cao. Do đó các bệnh kèm theo cũng từ đó mà tăng lên đặc biệt là rối loạn lipid máu. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 82 bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường theo tiêu chuẩn của ADA - 2016 [2] và tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường typ 2 của Hiệp hội ĐTĐ quốc tế (IDF) năm 2005 [3], các bệnh nhân bị đái tháo đường đang điều trị tại Bệnh viện hữu nghị đa

*Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Cao Trường Sinh

Email: caotruongsinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.9.17

Ngày duyệt bài: 28.9.2017

khoa Nghệ An; 37 nam, 45 nữ tuổi trung bình $65,78 \pm 11,96$.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

- Dùng phương pháp mô tả cắt ngang.
- Tất cả bệnh nhân được khám lâm sàng, làm xét nghiệm đường máu lúc đói, bilan lipid máu cũng như các xét nghiệm khác bằng máy sinh hóa tự động BECKMAN COULTER AU 640 do Mỹ sản xuất.
- Chẩn đoán đái tháo đường theo tiêu chuẩn ADA - 2016 và tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo

đường typ 2 theo Hiệp hội ĐTĐ quốc tế (IDF) năm 2005.

- Chẩn đoán rối loạn lipid máu theo tiêu chuẩn của Hội tim mạch Việt Nam và Hiệp hội xơ vữa động mạch Châu Âu [4], [5].

Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 22.2 và excel.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

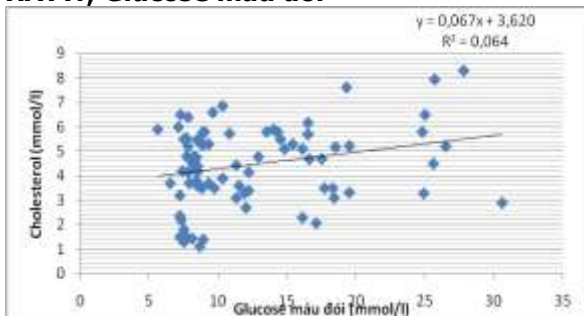
3.1. Rối loạn lipid máu.

Bảng 3.1: Tỷ lệ rối loạn các thành phần lipid máu.

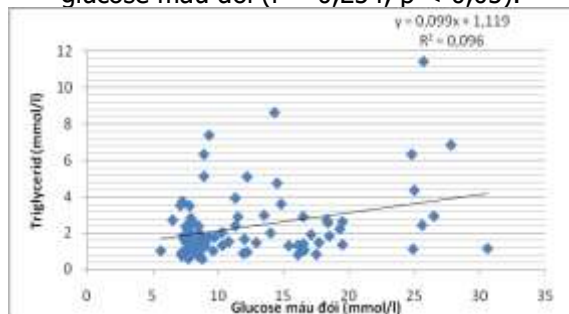
Lipid máu	Nam	%	Nữ	%	Chung	%	$\bar{X} \pm SD$	p
CT ($\geq 5,2$ mmol/l)	18	21,95	15	18,29	33	40,24	$4,77 \pm 1,58$	$>0,05$
TG ($\geq 1,7$ mmol/l)	25	30,49	17	20,73	42	51,23	$2,37 \pm 1,91$	$<0,05$
HDL - C (≤ 1 mmol/l)	15	18,29	15	18,29	30	36,59	$1,13 \pm 0,39$	$>0,05$
LDL - C ($\geq 3,1$ mmol/l)	15	18,29	22	26,83	37	45,12	$2,99 \pm 1,23$	$>0,05$
Tổng cả CT và TG	14	17,07	8	9,76	22	26,83		$<0,05$

Tỷ lệ tăng cholesterol máu toàn phần (TC) đơn thuần là 40,24%, tỷ lệ tăng triglyceride máu đơn thuần là 51,23%, tỷ lệ tăng hỗn hợp cả cholesterol toàn phần và triglyceride là 26,83%, giảm HDL - C là 36,59%, tăng LDL - C là 45,12%.

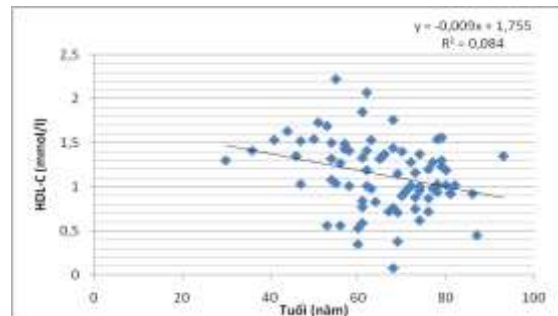
3.2. Tương quan giữa các thành phần lipid máu với tuổi, BMI, Vòng eo (VE), HATT, HATTr, Glucose máu đói



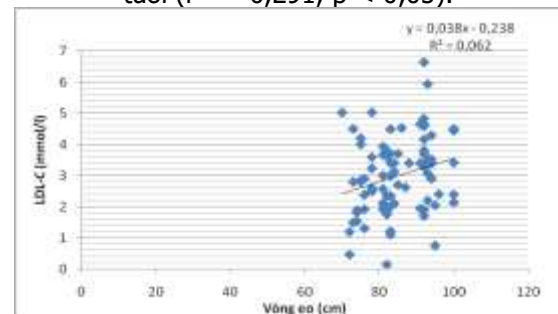
Biểu đồ 1. Tương quan giữa cholesterol máu với glucose máu đói ($r = 0,254$, $p < 0,05$).



Biểu đồ 2. Tương quan giữa triglyceride máu với glucose máu đói ($r = 0,310$, $p < 0,05$).



Biểu đồ 3. Tương quan giữa HDL - C máu với tuổi ($r = -0,291$, $p < 0,05$).

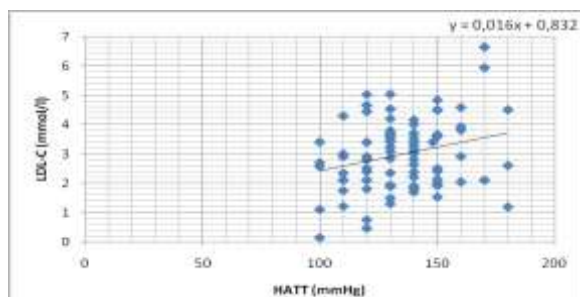


Biểu đồ 4. Tương quan giữa LDL - C máu với vòng eo ($r = 0,250$, $p < 0,05$).

Bảng 3.2: Môi tương quan giữa các thành phần lipid máu với tuổi, BMI, vòng eo, HATT, HATTr, glucose máu đói.

Lipid máu	Tương quan	Tuổi	BMI	Vòng eo	HATT	HATTr	Glucose
Cholesterol (mmol/l)	r	- 0,035	0,157	0,122	0,092	- 0,034	0,254
	p	0,758	0,158	0,273	0,412	0,761	0,021
Triglycerid	r	- 0,103	0,086	0,036	- 0,010	- 0,055	0,310

(mmol/l)	p	0,356	0,440	0,751	0,931	0,623	0,005
HDL - C	r	- 0,291	- 0,098	- 0,064	0,106	0,097	- 0,084
(mmol/l)	p	0,008	0,381	0,567	0,341	0,384	0,455
LDL - C	r	0,077	0,190	0,250	0,251	0,122	0,015
(mmol/l)	p	0,492	0,087	0,023	0,023	0,277	0,891



Biểu đồ 5. Tương quan giữa LDL - C máu với HATT ($r = 0,251$, $p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ rối loạn các thành phần lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2.

ĐTĐ là một nguyên nhân gây rối loạn lipid máu, rối loạn này có liên quan đến thiếu insulin và kháng insulin, là yếu tố nguy cơ của các bệnh lý tim mạch. Nghiên cứu trên 82 bệnh nhân ĐTĐ typ 2, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tăng cholesterol máu là 40,24%, triglycerid là 51,23%, LDL - C là 45,12% và giảm HDL - C là 36,59%. Theo nghiên cứu của Amit Kumar Dixit, Ranjit Dey [7] trên 150 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại bệnh viện Ayurvede, Ấn độ cho thấy tỷ lệ tăng cholesterol máu là 52,6%, tăng triglyceride máu là 63,3%, tăng LDL - C là 72,6%. Nghiên cứu của Mohamed Ahmida, Zuhair Gatis, Samir (2007 - 2009) [8] tiến hành trên 2 nhóm đối tượng: nhóm nghiên cứu gồm 350 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 và nhóm chứng gồm 150 bệnh nhân không bị đái tháo đường cho thấy tỷ lệ tăng cholesterol máu, tăng triglyceride máu và tăng LDL - C ở nhóm nghiên cứu lần lượt là 41%, 56%, 57% cao hơn so với tỷ lệ tăng cholesterol máu, triglyceride máu và tăng LDL - C ở nhóm chứng (8%, 21%, 34%). Đào Thị Dừa [6] nghiên cứu 179 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có tăng huyết áp cho thấy tỷ lệ tăng cholesterol máu là 65,93%, tỷ lệ tăng triglyceride máu là 73,33%, giảm HDL - C là 48,89%, tăng LDL - C là 50,4%.

4.2. Tương quan giữa nồng độ các thông số lipid máu với một số yếu tố: Glucose máu đói, tuổi, vòng eo, HATT.

Ở bệnh nhân đái tháo đường, sự kiểm soát glucose máu có liên quan đến sự rối loạn lipid máu, khi bệnh nhân được kiểm soát glucose máu tốt thì sự rối loạn lipid máu sẽ được cải thiện.

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy có sự tương quan thuận giữa cholesterol máu với glucose máu đối với $r = 0,254$, tương quan thuận giữa triglyceride máu với glucose máu đối với $r = 0,310$. Đào Thị Dừa [6] nghiên cứu 179 bệnh nhân đái tháo đường có tăng huyết áp cho thấy có mối tương quan thuận giữa cholesterol máu với glucose máu đối với $r = 0,47$, tương quan thuận giữa triglyceride máu với glucose máu đối với $r = 0,57$, tương quan thuận giữa LDL - C với glucose máu đối với $r = 0,45$, mối tương quan nghịch giữa HDL - C máu với glucose máu đối với $r = - 0,46$. Ta thấy nghiên cứu của Đào Thị Dừa có mối tương quan giữa các chỉ số lipid máu với glucose máu đối chặt chẽ hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này có thể giải thích do nghiên cứu của chúng tôi nghiên cứu trong thời gian ngắn, lấy cỡ mẫu nhỏ nên chưa phản ánh được rõ nét về mối tương quan này. Như vậy mối tương quan giữa nồng độ triglyceride máu với glucose máu đối chặt chẽ hơn so với các thông số lipid khác. Tăng triglyceride máu là một đặc trưng của đái tháo đường không được kiểm soát glucose máu tốt. Ngoài ra ta còn thấy có sự tương quan nghịch giữa HDL - C với tuổi của bệnh nhân với $r = - 0,291$, như vậy tuổi càng cao thì HDL - C càng giảm. Tương quan thuận giữa LDL - C với vòng eo với $r = 0,250$ và tương quan thuận giữa LDL - C với HATT với $r = 0,251$.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2: 82,9%. Tỷ lệ tăng cholesterol chiếm 40,24%, tăng triglyceride chiếm 51,23%, giảm HDL - C chiếm 36,59%, tăng LDL - C chiếm 45,12%.

Có sự tương quan giữa nồng độ lipid máu nói chung và các thành phần cholesterol, triglycerid với giới, thừa cân, béo phì; với huyết áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Diabetes Federation (2015)**, *The seventh edition of the IDF Diabetes Atlas*, ISBN: 978 - 2 - 930229 - 81 - 2, p 7.
2. **American Diabetes Association (2016)**, *Standards of medical care in diabetes, Diabetes Care*, p 14.
3. **Trần Vĩnh Thuý (2007)**, *Đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn chuyển hoá lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 bằng mediator tại bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên*, Luận văn thạc sỹ y học, Đại Học Thái Nguyên, tr 29 - 30.

4. **Phạm Mạnh Hùng (2006)**, "Rối loạn lipid máu", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 37.
5. **Tạ Văn Bình (2007)**, *Những nguyên lý nền tảng - bệnh đái tháo đường và tăng glucose máu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 67 - 68.
6. **Đào Thị Dừa (2007 - 2009)**, Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có

tăng huyết áp, Y Học TP. Hồ Chí Minh, tập 14 - số 2 - 2010: 424 - 428.

7. **Amit Kumar Dixit, Ranjit Dey, Aela Suresh (2014)**, The prevalence of dyslipidemia in patients with diabetes mellitus of ayurveda Hospital, *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, Doi: 10.1186/2251 - 6581 - 13 - 58, p 76 -79.

NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG TRÊN TUẦN HOÀN, HÔ HẤP VÀ CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA GIẢM ĐAU NGOÀI MÀNG CỨNG SẢN KHOA BẰNG ROPIVACAINE Ở HAI NỒNG ĐỘ 0,1% VÀ 0,15% CÙNG PHỐI HỢP FENTANYL

Nguyễn Đức Lam*, Đoàn Trung Quyền**

TÓM TẮT

Nghiên cứu tiến hành trên 100 sản phụ chuyển dạ đẻ thường tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội, được giảm đau trong đẻ bằng gây tê ngoài màng cứng và được chia ngẫu nhiên thành hai nhóm: nhóm I sử dụng ropivacaine 0,1% và nhóm II sử dụng Ropivacaine 0,15%, cả hai nhóm đều được phối hợp với fentanyl 2mcg/ml. Dung dịch thuốc tê sẽ được truyền liên tục bằng bơm tiêm điện qua catheter ngoài màng cứng và được điều chỉnh liều tùy theo đáp ứng của sản phụ. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Mạch, huyết áp động mạch, tần số thở, bão hòa oxy mao mạch của các sản phụ ở hai nhóm không có sự khác biệt ở tất cả các thời điểm nghiên cứu; các tác dụng không mong muốn của hai nhóm tương ứng là: tỷ lệ đau lưng nơi chọc kim là 6% so với 4%; nôn, buồn nôn là 4% so với 8%; ngứa là 14% so với 12%; rét run là 14% so với 14%. **Kết luận:** Gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong chuyển dạ bằng ropivacaine 0,15% phối hợp với fentanyl 2 mcg/ml không ảnh hưởng đến tuần hoàn, hô hấp người mẹ và có các tác dụng không mong muốn tương đương với ropivacaine 0,1% phối hợp với fentanyl 2 mcg/ml.

Từ khóa: gây tê ngoài màng cứng, giảm đau trong chuyển dạ, ropivacaine.

SUMMARY

RESEARCH OF EFFECTIVE IN CIRCULATION, RESPIRATORY AND SIDE EFFECTS OF EPIDURAL ANALGESIA DURING THE LABOR WITH ROPIVACAINE 0,1% AND 0,15% COMBINATION WITH FENTANYL

The study conducted on 100 women in labor with epidural anesthesia in Hanoi Obstetric and Gynecology hospital and were randomized into two groups: Group

I used Ropivacaine 0.1% and group II used Ropivacaine 0.15%, both groups are combined with fentanyl 2 mcg/ml. Anesthetic solution will be perfused continuously using a electrical syringe through the epidural catheter and dose adjusted according to the response of women. The study results show that heart rate, arterial blood pressure, respiratory frequency, capillary oxygen saturation of the two groups were not significantly different at all study points; The side effects of the two groups, respectively, were: the incidence of back pain was 6% versus 4%; nausea, vomiting was 4% compared to 8%; itching was 14% compared to 12%; chills are 14% compared to 14%. Conclusion: Epidural analgesia with ropivacaine 0.15% combined with fentanyl 2 mcg/ml did not affect on maternal circulation, respiration and had the same side effects as Ropivacaine 0.1% combined with fentanyl 2 mcg/ml.

Key words: Epidural anesthesia, pain relief during labor, ropivacaine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau trong chuyển dạ đẻ luôn là nỗi ám ảnh, lo lắng lớn nhất của các sản phụ vì cường độ đau khá dữ dội, tần suất các cơn đau càng về cuối cuộc chuyển dạ càng dồn dập và thời gian chịu đau đớn có thể kéo dài, đặc biệt ở các sản phụ con so. Vì vậy, giảm đau trong chuyển dạ đẻ không chỉ là một phương pháp điều trị mà còn mang tính nhân văn. Phương pháp giảm đau trong chuyển dạ đẻ phổ biến nhất hiện nay là gây tê ngoài màng cứng bằng bupivacaine, tuy nhiên, vì thuốc này có độc tính cao với hệ tim mạch nên có thể gây một số biến chứng nguy hiểm khi tiêm nhầm vào mạch máu. Ropivacaine là thuốc tê thế hệ mới, có tính chất gây tê tương tự bupivacaine nhưng ít độc trên hệ tim mạch và thần kinh hơn, do đó, ở các nước phát triển, thuốc đã được khuyến cáo thay thế bupivacaine trong giảm đau sản khoa. Ở Việt Nam, ropivacaine mới được nhập khẩu vài năm gần đây nên còn ít nghiên cứu về nồng độ sử dụng và

*Trường ĐHY HN

**Bv Đa khoa Đông Anh, HN

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Lam

Email: lamgmhs75@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.9.2017

Ngày duyệt bài: 13.9.2017

các tác dụng không mong muốn của thuốc này trong giảm đau sản khoa. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: So sánh ảnh hưởng trên tuần hoàn, hô hấp người mẹ và các tác dụng không mong muốn khác của giảm đau ngoài màng cứng sản khoa bằng ropivacain ở hai nồng độ 0,1% và 0,15% cùng phối hợp với Fentanyl 2mcg/ml.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

***Đối tượng nghiên cứu:** 100 sản phụ chuyển dạ đẻ thường, tuổi từ 18- 35, ASA độ I - II, có chỉ định và đồng ý giảm đau bằng phương pháp gây tê ngoài màng cứng. Tiêu chuẩn loại trừ: các sản phụ có chống chỉ định gây tê vùng, các trường hợp diễn biến cuộc đẻ bất thường: chảy máu, thai suy nặng, sa dây rốn...

***Phương pháp nghiên cứu:** Thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên có so sánh.

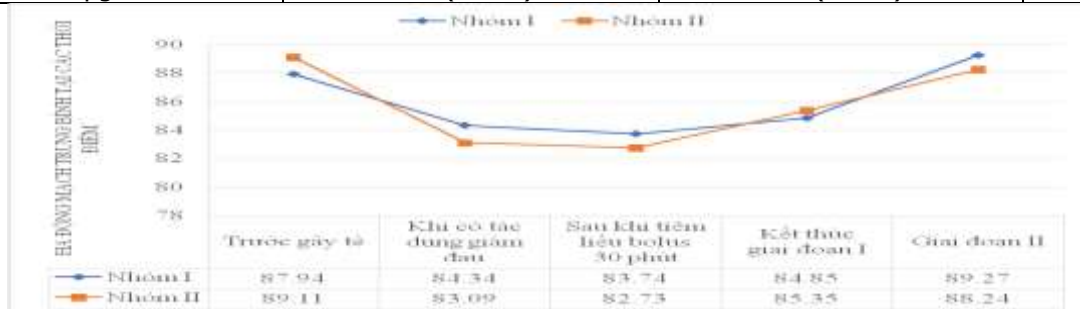
***Cách thức tiến hành:** Sau khi khám lâm sàng và kiểm tra kết quả các xét nghiệm đông máu và số lượng tiểu cầu, khi sản phụ có chỉ định gây tê ngoài màng cứng thì tiến hành giải thích cho sản phụ về kỹ thuật, đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại vi cỡ 20G và bắt đầu truyền tĩnh mạch 500ml dung dịch Ringer lactat. Mặc monitor theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂ của mẹ

và theo dõi tim thai, cơn co tử cung. Bốc thăm ngẫu nhiên để chia bệnh nhân thành hai nhóm: nhóm I sử dụng ropivacain 0,1% phối hợp với fentanyl 2µg/ml; nhóm II sử dụng ropivacain 0,15% phối hợp với fentanyl 2µg/ml. Tiến hành gây tê ngoài màng cứng ở L2-3 hoặc L3-4, bệnh nhân ở tư thế nằm nghiêng trái cong lưng tôm hoặc tư thế ngồi đầu cúi, xác định khoang ngoài màng cứng bằng kỹ thuật mất sức cản với bơm tiêm chứa dịch NaCl 0,9%. Luồn catheter lên phía đầu sản phụ và để sâu 3-5cm trong khoang ngoài màng cứng. Liều test là 60mg Lidocain 2%. Bắt đầu giảm đau bằng tiêm liều ban đầu qua catheter ngoài màng cứng 10ml dung dịch thuốc tê ropivacain 0,1% hoặc ropivacain 0,15% phối hợp với fentanyl 2µg/ml, sau đó duy trì bằng truyền liên tục các dung dịch thuốc tê nổi trên với bơm tiêm điện tốc độ 8ml/giờ. Nếu sản phụ vẫn đau, điểm VAS > 4 thì tiêm thêm 5 ml dung dịch thuốc tê qua catheter ngoài màng cứng và tiếp tục truyền duy trì tốc độ 8ml/giờ, sau khi xổ thai tiêm 10ml thuốc tê để giảm đau khi làm thủ thuật sản khoa. Sau khi khâu xong tầng sinh môn thì rút catheter ngoài màng cứng. Đánh giá tác dụng giảm đau dựa vào thang điểm VAS. Đánh giá tác dụng gây ức chế vận động dựa vào thang điểm Bromage.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Đặc điểm chung của sản phụ và gây tê ngoài màng cứng

Chỉ số	Nhóm I (ropivacain 0,1%) (n = 50)	Nhóm II(ropivacain 0,15%) (n = 50)	p
Tuổi (năm)	28 ± 3,39 (22-35)	28,1 ± 3,561 (21-35)	> 0,05
Chiều cao (cm)	158,7 ± 3,6 (150-166)	158,7 ± 5,7 (149-173)	> 0,05
Cân nặng (kg)	63,92 ± 5,4 (53-82)	63,76 ± 7,66 (53-96)	> 0,05
Tuần tuổi thai (tuần)	39,5 ± 1 (38-42)	39,7 ± 1 (38-42)	> 0,05
Khoảng cách da-khoang NMC (cm)	3,92 ± 0,53 (3 -5)	3,93 ± 0,46 (3-5)	> 0,05
Cách sinh: Đẻ thường	46 (92%)	45 (90%)	> 0,05
Mổ lấy thai	4 (8%)	5 (10%)	> 0,05
Lý do mổ lấy thai	4 (8%)	5 (10%)	> 0,05
Đầu không lọt			
Cân nặng sơ sinh (g)	3195,9 ± 266,90	3154 ± 256,52	> 0,05
Apgar ≥ 7	50 (100%)	50 (100%)	> 0,05



Biểu đồ 3.1. Thay đổi huyết áp động mạch trung bình của hai nhóm

Bảng 2: Ảnh hưởng lên tuần hoàn, hô hấp của sản phụ

	Nhóm I (ropivacain 0,1%) (n = 46)	Nhóm II (ropivacain 0,15%) (n = 45)	p
Tần số tim của sản phụ (lần/phút)			
Trước gây tê	92,40 ± 10,17	95,32 ± 14,15	> 0,05
Khi có tác dụng giảm đau	87,76 ± 9,8	88,36 ± 12,29	> 0,05
Sau gây tê 30 phút	84,98 ± 8,39	85,96 ± 11,04	> 0,05
Cuối giai đoạn I	84,94 ± 7,86	88,66 ± 12,25	> 0,05
Cuối giai đoạn II	92,06 ± 9,30	91,58 ± 10,33	> 0,05
Tần số thở của sản phụ (lần/phút)			
Trước gây tê	19 ± 1.01	18.48 ± 0.95	> 0,05
Khi có tác dụng giảm đau	18.38 ± 0.92	18.22 ± 0.93	> 0,05
Cuối giai đoạn I	18.38 ± 0.90	18.24 ± 0.89	> 0,05
Cuối giai đoạn II	18.38 ± 0.88	18.32 ± 0.87	> 0,05
SpO ₂ của sản phụ (%)			
Trước gây tê	97,86 ± 0,54	97,60 ± 0,78	> 0,05
Khi có tác dụng giảm đau	98,02 ± 0,55	97,72 ± 0,76	> 0,05
Cuối giai đoạn I	98,10 ± 0,71	98,00 ± 0,57	> 0,05
Cuối giai đoạn II	98,16 ± 0,51	97,94 ± 0,62	> 0,05

Bảng 3: Các tác dụng không mong muốn

	Nhóm I(ropivacain 0,1%) (n = 46)	Nhóm II(ropivacain 0,15%)(n = 45)	p
Đau lưng nơi chọc kim	2 (4%)	3 (6%)	> 0,05
Nôn, buồn nôn	4 (8%)	2 (4%)	> 0,05
Ngứa	6 (12%)	7 (14%)	> 0,05
Bí tiểu	0	0	> 0,05
Đau đầu	0	0	> 0,05
Rét run	7 (14%)	7 (14%)	> 0,05

IV. BÀN LUẬN

Kết quả ở bảng 3.1 cho thấy: Các sản phụ ở hai nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt về các đặc điểm chung như: tuổi của sản phụ, tuổi thai, chiều cao, cân nặng, khoảng cách từ da đến khoang ngoài màng cứng. Tỷ lệ sản phụ phải mổ lấy thai trong quá trình chuyển dạ cũng không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Lý do chủ yếu của chỉ định mổ lấy thai là đầu không lọt. Ở nhóm ropivacain 0,1% có 4 sản phụ phải mổ lấy thai trong tổng số 50 sản phụ tham gia nghiên cứu nên chỉ đánh giá giảm đau trong chuyển dạ ở 46 sản phụ còn lại. Tương tự, ở nhóm ropivacain 0,15% có 5 sản phụ phải mổ lấy thai nên chỉ đánh giá giảm đau ở 45 sản phụ. Có thể thấy: nồng độ thuốc gây tê ropivacain sử dụng trong gây tê ngoài màng cứng không ảnh hưởng đến tỷ lệ mổ lấy thai.

Tác dụng của gây tê ngoài màng cứng trên tuần hoàn của sản phụ được đánh giá bằng các thông số huyết động: tần số tim, huyết áp động mạch trung bình. Các thông số này được theo dõi liên tục ở cả hai nhóm nghiên cứu tại các thời điểm trong quá trình chuyển dạ. Khi so sánh tần số tim và huyết áp động mạch trung bình của các sản phụ tại cùng một thời điểm trong chuyển

dạ thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm ropivacain 0,15% so với nhóm ropivacain 0,1%. Ảnh hưởng của gây tê ngoài màng cứng lên huyết động chủ yếu là gây giảm huyết áp và chậm nhịp tim do phong bế thần kinh giao cảm. Mức độ ảnh hưởng trên huyết động phụ thuộc vào nhiều yếu tố như loại thuốc tê, mức lan tỏa của thuốc tê trong ngoài màng cứng, nồng độ và liều lượng thuốc tê, đặc điểm người bệnh (người già, phụ nữ mang thai...), tình trạng toan kiềm hay trạng thái thiếu khối lượng tuần hoàn... Gây tê ngoài màng cứng trên phụ nữ có thai, ảnh hưởng trên huyết động sẽ nhiều hơn do những yếu tố sau: Thay đổi về nội tiết làm tăng mức độ nhạy cảm với thuốc tê, thể tích khoang ngoài màng cứng giảm do ứ trệ tuần hoàn hệ tĩnh mạch; sự chèn ép của tử cung lên tĩnh mạch chủ dưới trong tư thế nằm ngửa làm giảm tuần hoàn trở về. Trong nghiên cứu của chúng tôi, mạch và huyết áp có xu hướng giảm nhưng không nhiều và duy trì ổn định trong suốt cuộc chuyển dạ. Mạch chậm nhất ở thời điểm 30 phút sau liều tiêm đầu tiên và mức thay đổi về mạch so sánh giữa hai nhóm không có sự khác biệt (nhịp tim mẹ ở nhóm I là 84,98 ± 8,39 lần/phút, nhóm II là 85,96 ± 11,04 lần/phút,

mức thay đổi <10% và không có trường hợp nào chậm dưới 60). Bệnh nhân ở cả hai nhóm cũng có huyết áp trung bình giảm thấp nhất vào phút 30 sau gây tê (nhóm I là $83,74 \pm 6,25$ mmHg, nhóm II là $82,73 \pm 6,87$ mmHg sự khác biệt không có ý nghĩa với $p > 0,05$). Tuy nhiên, mức hạ huyết áp không nhiều chỉ < 10% và không có trường hợp nào phải dùng Ephedrin. Huyết động của sản phụ trong nghiên cứu của chúng tôi ổn định có thể do chúng tôi dùng liều và nồng độ thuốc tê không cao. Kết quả của chúng tôi phù hợp với, Hoàng Quốc Khái, Patkar.C [1], [5]. Tuy nhiên, theo nghiên cứu của Yogesh. K: huyết áp động mạch giảm 15,06% so với huyết áp nền ($72,00 \pm 8,34$ so với $85,38 \pm 8,74$ mmHg), có thể do tác giả dùng Ropivacain 0,2% và liều tiêm đầu tiên là 15ml [6].

So sánh tác dụng trên hô hấp của sản phụ được gây tê ngoài màng cứng bằng ropivacain 0,15% hoặc 0,1% cho thấy: không có sự khác biệt về tần số thở và SpO₂ của cả hai nhóm trong cùng một thời điểm của quá trình chuyển dạ. Chúng tôi cũng không gặp trường hợp nào bị suy hô hấp hoặc SpO₂ < 90% ở cả hai nhóm nghiên cứu. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của các tác giả trong và ngoài nước [1], [2], [4]. Theo y văn, đau trong chuyển dạ làm sản phụ thở nhanh nồng gây kiềm hô hấp và làm giảm khả năng tách oxy ra khỏi hemoglobin, gây tê ngoài màng cứng giảm đau sẽ cải thiện rõ rệt tình trạng này do đó, cải thiện tình trạng cung cấp oxy cho thai trong quá trình chuyển dạ. Mặt khác, với liều thuốc tê sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi (liều tiêm ban đầu là 10 ml dung dịch thuốc tê ropivacain 0,15% hoặc ropivacain 0,1% tương đương với 10 – 15 mg ropivacain tiêm vào khoang ngoài màng cứng) thì hoàn toàn không gây ức chế các cơ hô hấp nên không ảnh hưởng đến hô hấp của sản phụ.

Trong giảm đau sản khoa bằng gây tê ngoài màng cứng thì ngoài tác dụng trên người mẹ, ta cần phải quan tâm đến ảnh hưởng trên con. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm Apgar của sơ sinh ở phút thứ nhất và phút thứ năm không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu. Cũng không ghi nhận trường hợp nào có chỉ số Apgar < 7, cần phải hồi sức sơ sinh. Như vậy, cả hai nồng độ thuốc tê ropivacain sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi đều không ảnh hưởng đến trẻ sơ sinh. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với Boselli E và Patkar C.S [2], [5].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi có gặp một số tác dụng không mong muốn của gây tê ngoài màng cứng ở cả hai nhóm nhưng không nghiêm

trọng, tỷ lệ thấp và thường tự hết một thời gian ngắn sau đó. Các tác dụng không mong muốn này không có sự khác biệt giữa nhóm ropivacain 0,1% với nhóm ropivacain 0,15% (tỷ lệ đau lưng nơi chọc kim là 4% so với 6%; nôn, buồn nôn là 8% so với 4%; ngứa là 12% so với 14%; rét run là 14% so với 14%). Tỷ lệ các tác dụng không mong muốn của chúng tôi cao hơn so với của José M khi dùng Ropivacain phối hợp sufentanil (tỷ lệ ngứa là 17,2% và buồn nôn là 8,6%), có thể do tác giả sử dụng liều thuốc họ morphin cao hơn [3]. Chúng tôi cũng không gặp các biến chứng nguy hiểm như thủng màng cứng, tụ máu khoang ngoài màng cứng hay các biến chứng thần kinh sau gây tê ngoài màng cứng.

V. KẾT LUẬN

Gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong chuyển dạ bằng ropivacain 0,15% phối hợp với fentanyl 2mcg/ml không ảnh hưởng đến tuần hoàn, hô hấp người mẹ và có các tác dụng không mong muốn tương đương với ropivacain 0,1% phối hợp với fentanyl 2mcg/ml (mạch, huyết áp động mạch, tần số thở, bão hòa oxy mao mạch của hai nhóm không có sự khác biệt ở tất cả các thời điểm nghiên cứu; các tác dụng không mong muốn của hai nhóm tương ứng là: tỷ lệ đau lưng nơi chọc kim là 6% so với 4%; nôn, buồn nôn là 4% so với 8%; ngứa là 14% so với 12%; rét run là 14% so với 14%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Quốc Khái** (2016): "Đánh giá hiệu quả giảm đau trong chuyển dạ do bệnh nhân tự điều khiển qua catheter ngoài màng cứng Ropivacain - fentanyl với các nồng độ khác nhau", *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ CKII, Đại học Y Hà Nội*.
2. **Boselli E.**, et al (2003): "Ropivacaine 0.15% plus sufentanil 0.5 microg/mL and ropivacaine 0.10% plus sufentanil 0.5 microg/mL are equivalent for patient-controlled epidural analgesia during labor", *Anesth Analg*, 96(4): pp. 1173-7, table of contents.
3. **José M.**, et al (2015): "Effects of local anesthetic on the time between analgesic boluses and the duration of labor in patient-controlled epidural analgesia: prospective study of two ultra-low dose regimens of ropivacaine and sufentanil", *Acta Med Port*. 28(1): pp. 70-6.
4. **Stienstra R.** "The place of Ropivacaine in anesthesia", *Acta Anaesth Belg*, 2003,54, 141-148.
5. **Patkar C.S.**, et al (2015): "A comparison of continuous infusion and intermittent bolus administration of 0.1% ropivacaine with 0.0002% fentanyl for epidural labor analgesia", *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*, 31(2): pp. 234-8.
6. **Yogesh, K.C.**, et al (2013): "Epidural labor analgesia: A comparison of ropivacaine 0.125% versus 0.2% with fentanyl", *Journal of Obstetric Anaesthesia and Critical Care*. 3(1): pp. 16-22.

XÁC ĐỊNH YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐỐI VỚI TỶ LỆ CÓ THAI LÂM SÀNG TRONG THỤ TINH ỨNG NGHIỆM NĂM 2010 VÀ 2015 TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Xuân Hợi*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định yếu tố liên quan với tỷ lệ có thai lâm sàng trong điều trị thụ tinh ống nghiệm năm 2010 và 2015. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang trên 2000 bệnh nhân chia làm 2 nhóm nghiên cứu. Năm 2010 chưa có cải tiến kỹ thuật. Năm 2015 có các cải tiến như chuyển phôi dưới siêu âm, chuyển phôi ngày 3, catheter chuyển phôi mềm, hỗ trợ hoàng thể liều progesteron 800mg. **Kết quả:** Tỷ lệ có thai năm 2015 (46,4%) cao hơn so với năm 2010 (29,4%) ($p < 0,05$). Tỷ lệ có thai lâm sàng ở phác đồ antagonist năm 2015 là 51,9% cao hơn so với tỷ lệ có thai lâm sàng năm 2010 (21%) ($p < 0,05$). Trong năm 2010 và 2015, tỷ lệ có thai ở nhóm ≤ 35 tuổi cao hơn có ý nghĩa so với nhóm > 35 ($p < 0,05$), tỷ lệ có thai nhóm có số noãn > 5 cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có số noãn ≤ 5 . **Kết luận:** Sự thay đổi các kỹ thuật là những yếu tố làm tăng tỷ lệ có thai trong thụ tinh ống nghiệm. Các yếu tố như tuổi và số noãn liên quan đến tỷ lệ có thai một cách hằng định ở thời điểm trước hay sau thay đổi kỹ thuật.

Từ khóa: Thụ tinh ống nghiệm, yếu tố liên quan, có thai lâm sàng.

SUMMARY

DETERMINING FACTORS RELATED TO CLINICAL PREGNANCY RATE IN IVF IN 2010 AND 2015 AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: To determine factors related to the clinical pregnancy rates in 2010 and 2015. **Materials and Methods:** This was a retrospective study including 2000 patients that divided into 2 groups of the years of 2010 and 2015. In 2015, there were some new techniques such as embryo transfer under ultrasound guidance, day 3 transfer, soft catheter, progesterone 800 mg for luteal phase support. **Results:** The clinical pregnancy rate in 2015 was significantly higher than that in 2010 (46.4% vs 29.4%). The clinical pregnancy rate in antagonist protocol in 2015 (51.9%) was significantly higher than that in 2010 (21%) ($p < 0.05$). In the years of 2010 and 2015, the clinical pregnancy rate in patients ≤ 35 years old was significantly higher than that > 35 years old ($p < 0.05$), the clinical pregnancy rate in the group > 5 oocytes was significantly higher than that in

the group ≤ 5 oocytes. **Conclusions:** New techniques were the factors increasing clinical pregnancy rate in IVF. Maternal age and number of oocytes were the factors constantly related to clinical pregnancy rate.

Keywords: IVF, related factors, clinical pregnancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tháng 8 năm 2000, tại trung tâm hỗ trợ sinh sản quốc gia được đánh dấu bằng em bé đầu tiên ra đời bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm. Cho đến nay có hàng nghìn em bé ra đời bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm tại trung tâm mỗi năm [1]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Xuân Huy tại trung tâm hỗ trợ sinh sản quốc gia quốc gia năm 2003 tỷ lệ có thai sinh học 35,2% và hiện tại theo thống kê của trung tâm hỗ trợ sinh sản quốc gia tỷ lệ có thai sinh học của trung tâm khoảng 50% [1]. Tỷ lệ có thai này bị ảnh hưởng của rất nhiều yếu tố như chất lượng noãn, chất lượng phôi, niêm mạc tử cung ngày chuyển phôi... ngoài ra các yếu tố trên thì loại catheter chuyển phôi, điểm chuyển phôi... đã được chứng minh ảnh hưởng đến tỷ lệ làm tổ của phôi làm ảnh hưởng đến thành công của thụ tinh trong ống nghiệm. Theo nghiên cứu Abou-Setta và cs (2005) tỷ lệ có thai lâm sàng khi sử dụng catheter mềm là 30,48% cao hơn catheter cứng 24,01% với $p=0,01$, $OR=1,39$, CI 1,08-1,79, tỷ lệ có thai ở nhóm chuyển phôi dễ là 41,4% cao hơn có ý nghĩa với nhóm chuyển phôi khó (17%) [2]. Năm 2010, trung tâm hỗ trợ sinh sản quốc gia chưa có cải tiến kỹ thuật. Năm 2015 đã áp dụng thành công các cải tiến như chuyển phôi dưới siêu âm, chuyển phôi ngày 3, catheter chuyển phôi mềm, hỗ trợ hoàng thể liều progesteron 800mg. Để chứng minh hiệu quả của những thay đổi đó mang lại chúng tôi chọn 2 thời điểm năm 2010 và 2015 là 2 đầu mút từ khi bắt đầu thay đổi đến khi hoàn thiện tất cả các kỹ thuật nhằm xác định một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ có thai lâm sàng tại 2 thời điểm nói trên. **Mục tiêu:** Xác định yếu tố liên quan đến tỷ lệ có thai lâm sàng trong điều trị thụ tinh ống nghiệm trong 2 năm 2010 và 2015.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là tất cả bệnh nhân thực hiện thụ tinh ống nghiệm tiêm tinh trùng

*Bệnh viện Phụ sản TW

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hợi

Email: doctorhoi@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.9.2017

Ngày duyệt bài: 18.9.2017

vào bào tương noãn (ICSI) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/01/2010 đến 31/12/2010 và từ 01/01/2015 đến 31/12/2015.

2.2 Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Có đầy đủ kết quả khám lâm sàng, tiền sử bệnh tật của hai vợ chồng.
- Có đầy đủ kết quả xét nghiệm: nội tiết ngày 3 của chu kỳ, số nang thứ cấp, phim chụp TCVT, tinh dịch đồ, chức năng gan thận...

- Đầy đủ về thông tin phác đồ kích trứng, quá trình tăng liều, số ngày kích trứng
- Chuyển phôi tươi
- Đầy đủ thông tin về ngày chọc hút noãn, số noãn, tình trạng thụ tinh, số lượng phôi
- Có đầy đủ thông tin về kết quả có thai lâm sàng
- Các thay đổi kỹ thuật năm 2015 so với năm 2010:

TT	Năm 2010	Năm 2015
1	Không chuyển phôi dưới siêu âm	Chuyển phôi dưới siêu âm cách đáy tử cung 1.5cm
2	Chuyển phôi ngày 2	Chuyển phôi ngày 3
3	Catheter cứng(frydman)	Catheter mềm (Gynetics)
4	Hỗ trợ hoàng thể liều progesteron 600mg	Hỗ trợ hoàng thể liều progesteron 800mg

Tiêu chuẩn loại trừ

- Thông tin bệnh nhân không đầy đủ rõ ràng các tiêu chuẩn nói trên.

- Bệnh nhân chuyển phôi đông lạnh.
- Bệnh nhân đông phôi toàn bộ
- Bệnh nhân mang thai hộ

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả

Cỡ mẫu nghiên cứu: Đây là nghiên cứu bệnh chứng so sánh giữa 2 tỷ lệ thành công của phương pháp TTTON năm 2010 và năm 2015.

$$N = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

N = số lượng đối tượng cho mỗi nhóm.

Mức ý nghĩa: $\alpha = 1\%$; $Z_{1-\alpha/2} = 2,576$

Độ mạnh: $1 - \beta = 99\%$; $Z_{1-\beta/2} = 2,362$

$P_1 = 35,2\%$; Tỷ lệ có thai lâm sàng bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm năm 2003 tại trung tâm hỗ trợ sinh sản quốc gia (Nguyễn Xuân Huy, 2003) $P_2 = 46,7\%$; Tỷ lệ có thai lâm sàng năm 2014 [4]

$P = (P_1 + P_2)/2 = 40,9\%$; $n = 998$

Thực tế chúng tôi thu thập được 1000 bệnh nhân thỏa mãn điều kiện lựa chọn chia vào mỗi nhóm nghiên cứu.

Đạo đức nghiên cứu: Đây là nghiên cứu hồi cứu mô tả nên không có bất kỳ can thiệp nào và đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Tỷ lệ có thai lâm sàng của mỗi năm.

	Năm 2010		Năm 2015		P
	n	%	n	%	
Không có thai	706	70,6	536	53,6	0,01
Có thai	294	29,4	464	46,4	
OR	2,07(1,72-2,49)				

Tỷ lệ có thai năm 2015 (46,4%) cao hơn có ý nghĩa so với năm 2010 (29,4%) với $p = 0,01$. Sự khác biệt về tỷ lệ có thai lâm sàng giữa 2 năm 2010 và 2015 có ý nghĩa thống kê với OR 2,07; CI95%: 1,72-2,49

Bảng 2. Kết quả thụ tinh ống nghiệm theo phác đồ KTBT

Phác đồ KTBT	Năm 2010				Năm 2015				p
	Có thai		Không có thai		Có thai		Không có thai		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Phác đồ ngắn	107	30,3	246	69,7	129	27,1	219	62,9	0,01
Phác đồ dài	162	30,7	366	69,3	105	50,2	104	49,8	0,01
Phác đồ antagonist	25	21	94	79	230	51,9	213	48,1	0,035
p	0.1				0.01				

Tỷ lệ có thai lâm sàng ở cùng 1 phác đồ ở mỗi thời điểm lại khác nhau có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ có thai lâm sàng ở phác đồ antagonist năm 2015 là 51,9% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ có thai lâm sàng năm 2010 (21%).

Bảng 3. Tỷ lệ có thai theo nhóm tuổi

Số noãn chọc hút được	Năm 2010				Năm 2015				p
	Có thai		Không có thai		Có thai		Không có thai		
	n	%	n	%	n	%	n	%	

≤35	216	30,3	496	69,7	381	51,6	358	48,4	0,01
>35	78	27,1	210	72,9	83	31,8	178	68,2	0,01
	0,01				0,01				

Tỷ lệ có thai ở nhóm ≤ 35 tuổi năm 2015 (51,6%) cao hơn có ý nghĩa so với năm 2010 (30,3%) với $p < 0,05$. Trong năm 2010 và 2015 thì tỷ lệ có thai nhóm tuổi ≤ 35 cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm tuổi > 35. Như vậy tỷ lệ có thai liên quan với tuổi cho dù có hay không thay đổi các kỹ thuật.

Bảng 4. Tỷ lệ có thai theo số noãn chọc hút được

Số noãn chọc hút được	Năm 2010				Năm 2015				p
	Có thai		Không có thai		Có thai		Không có thai		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
≤5	152	36,3	267	63,7	67	40,1	100	59,9	0,01
>5	142	24,4	439	75,6	397	47,4	436	52,3	0,01
	0.01				0.01				

Tỷ lệ có thai nhóm chọc hút ≤ 5 noãn năm 2015 (40,1%) cao hơn có ý nghĩa so với năm 2010 (36,3%). Trong năm 2010 và 2015 thì tỷ lệ có thai nhóm có số noãn > 5 cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có số noãn ≤ 5. Như vậy tỷ lệ có thai liên quan với số noãn cho dù có hay không thay đổi các kỹ thuật.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ có thai trong năm 2010 và 2015:

Theo nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ có thai năm 2015 lâm sàng năm 2015 là 46,4% cao gấp 2,07 lần năm 2010 (29,4%) CI95% 1,72-2,49. Kết quả thụ tinh ống nghiệm của chúng tôi năm 2015 cũng cao hơn các năm trước đó. Theo nghiên cứu của Nguyễn Xuân Huy (2004) tỷ lệ có thai lâm sàng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương là 33,5% [3]. Kết quả này là do hàng loạt cải tiến kỹ thuật mà trung tâm hỗ trợ sinh sản Quốc gia đã thay đổi, đó là sự thay đổi về phác đồ kích trứng nên số noãn thu được nhiều hơn, chất lượng noãn tốt hơn có nhiều lựa chọn để lựa chọn phôi tốt chuyển, mặt khác đó là ngày chuyển phôi năm 2015 chúng tôi thực hiện 100% chuyển phôi ngày 3 hoặc ngày 5. Theo nghiên cứu của Vũ Thị Bích Loan (2008) [5], tỷ lệ có thai lâm sàng cải thiện đáng kể nếu chuyển phôi ngày 3 thay cho chuyển phôi ngày 2. Nghiên cứu của Chi và cộng sự (2015) [6] thực hiện đông phôi và chuyển phôi cho thấy: với nhóm phôi ngày 3, tỉ lệ phôi sống sau rã đông, tỉ lệ thai lâm sàng và trẻ sinh sống đều cao hơn nhóm phôi ngày 2. Kết quả này cho thấy kỹ thuật chuyển phôi ngày 3 của trung tâm hỗ trợ sinh sản Quốc gia ngày càng hoàn thiện và các phôi ngày 3 được coi đã qua giai đoạn chuyển tiếp hay giai đoạn ngưỡng phát triển (embryo block) nên có khả năng phát triển làm tổ tốt hơn phôi ngày 2. Do vậy chúng ta có thể dựa vào số phôi tốt của ngày 3 có thể tiên lượng vào khả năng phát triển của phôi cũng như khả năng có thai của bệnh nhân.

Tỷ lệ có thai theo mỗi phác đồ: Theo nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ có thai theo mỗi phác đồ kích thích buồng trứng năm 2010 là

phác đồ ngắn 30,3%, phác đồ dài 30,7%, phác đồ antagonist 21% không có sự khác biệt về tỷ lệ có thai theo mỗi phác đồ kích thích buồng trứng. theo một phân tích dữ liệu của Cochrane 2011 cho thấy phác đồ GnRH-ant có kết cục tỉ lệ thai lâm sàng thấp hơn (dù không có ý nghĩa thống kê OR=0.86, 95% CI: 0.69-1.08) so với phác đồ GnRH-a trên nhóm dân số chung [7]. Vậy đâu là phác đồ lý tưởng nhất để kích thích buồng trứng, theo kinh nghiệm của chúng tôi việc lựa chọn phác đồ kích thích buồng trứng nên cá thể hóa những bệnh nhân còn trẻ, dự trữ buồng trứng tốt, xét nghiệm nội tiết bình thường thì được lựa chọn phác đồ dài sẽ thu được nhiều nang noãn chất lượng tốt giúp lựa chọn phôi tốt để chuyển. Những bệnh nhân lớn tuổi có dự trữ buồng trứng kém hoặc tiên lượng đáp ứng kém buồng trứng thì được điều trị bằng phác đồ ngắn hoặc phác đồ antagonist. Mặt khác tại mỗi thời điểm kích trứng, ngay tại từng phác đồ cũng có sự khác biệt về tỷ lệ có thai giữa năm 2010 và 2015, kết quả cho thấy tỷ lệ có thai lâm sàng tại mỗi phác đồ năm 2015 cao hơn 2010. Điều này cho thấy những cải tiến kỹ thuật tại trung tâm đã làm tăng tỷ lệ có thai lâm sàng.

Liên quan tuổi và tỷ lệ có thai: Tuổi của bệnh nhân liên quan đến sự hoàn thiện hay suy giảm chức năng buồng trứng, khi tuổi càng cao thì dự trữ buồng trứng càng kém. Theo nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ có thai lâm sàng ở nhóm tuổi ≤ 35 tuổi cao hơn nhóm tuổi >35 tuổi với $p=0,01$, năm 2015 tỷ lệ có thai ở nhóm tuổi ≤ 35 tuổi 30,3% cao hơn có ý nghĩa nhóm tuổi >35 (27%), năm 2015 tỷ lệ có thai nhóm tuổi ≤ 35 tuổi (51,6%) cao hơn nhóm tuổi <35 tuổi (31,8%). Kết quả của chúng tôi tương tự Vũ Thị Bích Loan so sánh tỷ lệ có thai lâm sàng ở 2

nhóm tuổi ≤ 35 tuổi và > 35 tuổi tỷ lệ có thai lâm sàng đạt 42,4% cao hơn gấp 1,58 lần so với nhóm > 35 tuổi (26,8%) với $OR = 1,581$; $CI_{95\%} 1,035-3,851$) [5]. Theo Allan và Cs nghiên cứu trên 36961 chu kỳ thấy tỷ lệ sinh sống cao nhất ở nhóm tuổi 25-30 tuổi (17%, tuổi càng cao tỷ lệ có thai càng giảm và giảm nhanh nhất ở tuổi > 40 tuổi (7%), ở tuổi 45 tỷ lệ này còn 2%, không thấy trường hợp nào có thai tuổi > 45 . Kết quả này cho thấy tuổi của bệnh nhân ảnh hưởng nhiều đến tỷ lệ thành công trong quá trình thụ tinh trong ống nghiệm, tuổi của phụ nữ dự báo được chất lượng và số lượng noãn từ đó dự báo được chất lượng phôi [8].

Liên quan số noãn tỷ lệ có thai: Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ có thai lâm sàng ở nhóm chọc hút < 5 noãn năm 2015 (40,1%) cao hơn năm 2010 (36,3%). Tỷ lệ có thai ở nhóm chọc hút > 5 noãn năm 2015 (47,4%) cao hơn năm 2010 (24,5%). Kết quả của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ có thai ở nhóm chọc hút được > 5 noãn có tỷ lệ có thai cao hơn nhóm chọc hút < 5 noãn ($p < 0,05$). Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Qublan (2005) tỷ lệ có thai lâm sàng ở nhóm chu kỳ có số noãn > 5 (33,7%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có số noãn ≤ 5 noãn (24,7%) với $p < 0,0001$. Sự khác biệt ở các kết quả này là do để có thai lâm sàng trong thụ tinh ống nghiệm phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố mặc dù có nhiều noãn sẽ thu được nhiều phôi hơn và tăng tỷ lệ chọn lựa được những phôi tốt hơn, nhưng mỗi lần chuyển phôi chúng ta chỉ chuyển 2-4 phôi tốt nhất. Kết quả của tôi cũng chứng minh cùng 1 nhóm số noãn chọc hút < 5 noãn hoặc số noãn chọc hút ≥ 5 noãn thì tỷ lệ có thai lâm sàng của năm 2015 đều cao hơn năm 2010 điều đó chứng minh cho các kỹ thuật chuyển phôi, thời gian

chuyển phôi và tăng liều hỗ trợ hoàng thể cũng góp phần làm tăng tỷ lệ có thai lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Sự thay đổi các kỹ thuật như chuyển phôi dưới siêu âm, chuyển phôi ngày 3, catheter chuyển phôi mềm, hỗ trợ hoàng thể liều progesteron 800mg làm tăng tỷ lệ có thai trong thụ tinh ống nghiệm. Các yếu tố như tuổi và số noãn liên quan có ý nghĩa thống kê đến tỷ lệ có thai một cách hằng định ở thời điểm trước hay sau thay đổi kỹ thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abou-setta AM, Mansour RT. Et all (2007)** " Among women undergoing embrzo tranfer, is the probability of pregnancy and live birth improved with ultrasound guidance over clinical touch alone? A szatemic review and meta-analzsis of prospective randomiyed trials" *fertil steril*, 2007 AUG; 88(2); 333.
2. **Nguyễn Xuân Huy (2004)**, *Nghiên cứu kết quả thụ tinh ống nghiệm tại BVPSTW năm 2003*, Luận án tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Đại Học Y Hà Nội.
3. **Vũ Thị Bích Loan (2008)**, *Nguyễn Việt Tiến, Đánh giá kết quả chuyển phôi ngày 3 của thụ tinh ống nghiệm tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ 2/2008 đến tháng 8/2008*, luận văn thạc sỹ y học, Đại Học Y Hà Nội.
4. **Chi F, Luo C, Hong L. et al (2015)** "Vitrification of day 3 cleavage- stage embrzos yields better clinical outcome in comparison with vitrification of day 2 cleavage- stage embrzos" 2015 apr, 23(2) : 169.
5. **Blake D, Proctor M, Johnson N, Olive D (2005)**, cleavage stage versus blastocys stage embryo transfer inassisted conception. *Cochrane database of systematic reviews 2005*, issue 4. Art. No: CD002118.
6. **Allan P., Templeton F., Joan K, Morris P, William P., (2000)**, "factor that affect outcome of in vitro fertilisation treatmen". *The lancet Vo 348*, Issue 9039; p.1394.
7. **Qublan HS, Malkawi HY, taaht YA, Areidah S, Nusair B et al (2005)** " In vitro fertilization treatmant: facctor affecting its results and outcome". *J Obbstet Gynaecol*. Oct.25(7); p.689-693.

XÁC ĐỊNH SỰ LIÊN QUAN CỦA MỘT SỐ YẾU TỐ VỚI TÌNH TRẠNG VIÊM LỢI CỦA NGƯỜI ĐẾN KHÁM SỨC KHỎE TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Lê Long Nghĩa*

TÓM TẮT

*Viện Đào tạo Răng hàm mặt, Đại học Y Hà nội
Chịu trách nhiệm chính: Lê Long Nghĩa
Email: nghia.lelong@gmail.com
Ngày nhận bài: 5.7.2017
Ngày phản biện khoa học: 5.9.2017
Ngày duyệt bài: 12.9.2017

Tỉ lệ người dân mắc viêm lợi trong cộng đồng rất cao, mức độ bệnh viêm lợi của các cá thể không giống nhau và liên quan với nhiều yếu tố. **Mục tiêu:** Tìm hiểu sự liên quan của một số yếu tố với bệnh viêm lợi. **Đối tượng:** Người đến khám sức khỏe tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội năm 2016. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** người có tình trạng vệ sinh răng miệng tốt thì tỉ lệ bị viêm lợi (27,8%) thấp hơn người có tình trạng vệ sinh răng miệng trung bình (77,15%) và vệ sinh răng miệng kém (98%) và sự

khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chải răng ngay sau khi ăn thì tỉ lệ viêm lợi (32,82%) thấp hơn khi chải răng vào buổi sáng và tối (84,31%), và chỉ chải răng vào buổi sáng có tỉ lệ viêm lợi cao nhất (95,35%). Tỉ lệ viêm lợi ở người không dùng chỉ tơ (89,3%) cao hơn ở người có dùng chỉ tơ (10,7%). **Kết luận:** Có mối liên quan giữa cao răng, vệ sinh răng miệng với mức độ viêm lợi.

Từ khóa: viêm lợi, cao răng, vệ sinh răng miệng

SUMMARY

DETERMIN THE RELEVANCE OF SEVERAL FACTORS TO GINGIVITIS OF THOSE WHO HAD HEALTH EXAMINATION AT HA NOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

The rate of people with gingivitis in the community is very high, the level of gingivitis of individuals is not the same and is related to many factors. **Aim:** Find out the relevance of some factors to gingivitis. **Subjects:** People who had medical examination at Hanoi Medical University Hospital in 2016. **Method:** cross-sectional descriptive study. **Results:** People with good oral hygiene had a lower incidence of gingivitis (27.8%) than those with average oral hygiene (77.15%) and poor oral hygiene (98%) and this difference was statistically significant with $p < 0.05$. Brush the teeth immediately after eating, the rate of gingivitis (32.82%) was lower than brushing in the morning and evening (84.31%), and brushing only in the morning had the highest rate of gingivitis (95.35%). The rate of gingivitis of people not using floss (89.3%) was higher than that of people using floss (10.7%). **Conclusion:** There is a relationship between tartar, oral hygiene and degree of gingivitis.

Keyword: gingivitis, tartar, oral hygiene

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các tổn thương mô nha chu thì viêm lợi là bệnh phổ biến nhất. Viêm lợi là bệnh mạn tính, hình thành và tiến triển trong thời gian dài mới gây nên tiêu xương, tụt lợi, lung lay răng và dẫn đến mất răng[1]. Do đó nhiều người không nghĩ rằng viêm lợi là một bệnh và rất ít người đến khám bác sĩ chỉ vì tình trạng viêm lợi đơn thuần.

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 quanh răng ở mức cao, tăng dần theo tuổi [2]. Năm 2011, nghiên cứu của Trần Văn Dũng và cộng sự về thực trạng bệnh sâu răng và viêm nha chu trong người dân thành phố Huế, kết quả là tỉ lệ người dân mắc bệnh nha chu là 80,1%. Trong đó tỉ lệ viêm lợi chảy máu là 26,1%, tỉ lệ viêm lợi cao răng là 31,4%[3]. Một số yếu tố liên quan như tuổi, giới tính, trình độ học vấn, thói quen vệ sinh răng miệng... ảnh hưởng không nhỏ tới tỉ lệ mắc cũng như tiến triển của viêm lợi [1,4]. Để xác định sự liên quan của một số yếu tố với tình trạng viêm lợi, tôi tiến hành đề tài: "Xác định sự liên quan của một số yếu tố với tình trạng viêm lợi của người đến khám sức khỏe tại bệnh viện Đại học Y Hà nội" với mục tiêu: "Tìm hiểu sự liên quan của một số yếu tố với bệnh viêm lợi."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người đến khám sức khỏe tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội năm 2016. Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người 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.

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang

Chọn mẫu: có chủ đích theo tiêu chuẩn trên

Cỡ mẫu: 117 đối tượng.

Vấn đề đạo đức: Quá trình nghiên cứu không tiến hành một thử nghiệm nào. Các dụng cụ để tiến hành nghiên cứu được đảm bảo vô trùng.

Đối tượng nghiên cứu được thông báo về nội dung nghiên cứu, được khám và tư vấn về các vấn đề sức khỏe răng miệng gặp phải. Đối tượng nghiên cứu có thể rút khỏi nghiên cứu

III. KẾT QUẢ

Các yếu tố liên quan đến tình trạng viêm lợi

Bảng 1. Mối liên quan giữa tình trạng cao răng với tỉ lệ viêm lợi

Tình trạng lợi	Tình trạng cao răng			Không có cao răng
	Độ 1	Độ 2	Độ 3	
Lợi lành mạnh	13	2	0	10
Lợi viêm nhẹ	23	20	1	2
Lợi viêm trung bình	2	23	16	0
Lợi viêm nặng	0	1	4	0
P	0.000			

Mức độ cao răng có liên quan đến bệnh viêm lợi. Trong 12 người không có cao răng thì có 10 người có lợi lành mạnh, 2 người bị viêm lợi nhẹ. Trong 21 người có cao răng độ 3 thì có 4 người bị

viêm lợi nặng, 16 người viêm lợi trung bình, 1 người viêm nhẹ và không có ai có tình trạng lợi lành mạnh. Mỗi liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2. Đánh giá mối liên quan giữa tình trạng vệ sinh răng miệng (VSRM) với tỉ lệ viêm lợi

Tình trạng VSRM	Viêm lợi		Không viêm lợi	
	Số lượng	%	Số lượng	%
Tốt	5	27,8	13	72,2
Trung bình	37	77,1	11	22,9
Kém	50	98	1	2
P	0,000			

Có mối liên quan giữa tình trạng vệ sinh răng miệng với tỉ lệ viêm lợi, người có tình trạng vệ sinh răng miệng tốt thì tỉ lệ bị viêm lợi (27,8%) thấp hơn người có tình trạng vệ sinh răng miệng trung bình (77,15%) và vệ sinh răng miệng kém (98%) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Đánh giá hành vi chăm sóc răng miệng (CSRМ) và mối liên quan giữa chăm sóc răng miệng với tỉ lệ viêm lợi.

Hành vi CSRМ của đối tượng nghiên cứu	N	Tỉ lệ (%)	Tỉ lệ viêm lợi	p
Số lần chải răng/ ngày	≤ 2 lần	96	82,1	P < 0,05
	> 2 lần	21	17,9	
Thời điểm chải răng	Ngay sau mỗi bữa ăn	22	18,8	P < 0,05
	Chỉ chải vào sáng thức dậy	43	36,8	
	Chỉ chải tối trước khi đi ngủ	1	0,01	
	Chải răng vào cả sáng và tối	51	44,4	
Thời điểm chải răng	< 2 phút	37	31,6	P > 0,05
	2-3 phút	65	55,6	
	> 3 phút	15	12,8	
Thời gian thay bàn chải	< 3 tháng	24	20,5	P < 0,05
	3-6 tháng	55	47	
	6-12 tháng	29	20,5	

Trong đối tượng nghiên cứu có 82,1% đánh răng ≤ 2 lần/ngày cao hơn 17,9% người đánh răng > 2 lần/ngày. Tỉ lệ viêm lợi khi đánh răng ≤ 2 lần/ ngày (87,5%) cao hơn khi đánh răng > 2 lần/ ngày (35%).

Về thời điểm chải răng có 44,4% người đánh răng cả sáng và tối cao hơn 36,8% người chỉ chải răng vào buổi sáng và chỉ có 18,8% người đánh răng ngay sau mỗi bữa ăn. Chải răng ngay sau khi ăn thì tỉ lệ viêm lợi (32,82%) thấp hơn khi chải răng vào buổi sáng và tối (84,31%), và chỉ chải răng vào buổi sáng có tỉ lệ viêm lợi cao

nhất (95,35%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Về thời gian chải răng, chủ yếu đối tượng nghiên cứu chải trong vòng 2-3 phút (55,6%), trên 3 phút (12,8%). Tỉ lệ viêm lợi cao nhất ở nhóm chải răng từ 2-3 phút và thấp nhất ở nhóm chải răng trên 3 phút. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Tỉ lệ viêm lợi tăng khi thời gian thay bàn chải tăng, tỉ lệ viêm lợi cao nhất ở nhóm thay bàn chải từ 6 – 12 tháng (93,1%) và thấp nhất ở nhóm thay bàn chải dưới 3 tháng (50%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Mối liên quan giữa việc sử dụng chỉ tơ nha khoa sau ăn với tỉ lệ viêm lợi.

Các biến	Tỉ lệ	Viêm lợi	
		Có	Không
Có dùng chỉ tơ	28,2%	17 (54,8%)	14 (45,2%)
Không dùng chỉ tơ	71,8%	75 (89,3%)	9 (10,7%)
P		0,000	
OR (95%CI)		0,13 (0,04-0,37)	

Tỉ lệ viêm lợi ở người không dùng chỉ tơ (89,3%) cao hơn ở người có dùng chỉ tơ (10,7%). Và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Người dùng chỉ tơ có nguy cơ viêm lợi bằng 0,13 lần so với người không dùng chỉ tơ với độ tin cậy 95% (0,04 – 0,37).

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi đánh giá tình trạng vệ sinh răng miệng qua chỉ số OHI-S và hành vi chăm sóc răng miệng của đối tượng nghiên cứu thông qua

số lần chải răng trong ngày, thời gian chải răng, cách vệ sinh răng miệng sau ăn và thời gian thay bàn chải trong năm để từ đó đưa ra mối liên quan của chúng với tình trạng viêm lợi.

Theo bảng 1: Mức độ cao răng cũng ảnh hưởng đến tình trạng viêm lợi. Mức độ cao răng càng lớn thì mức độ viêm lợi càng nặng. Không có cao răng 83,3% lợi lành mạnh, 16,7% viêm lợi nhẹ, không có viêm lợi trung bình và nặng. Cao răng độ 2 có 50% viêm lợi trung bình, cao răng độ 3 có 80% viêm lợi trung bình. Cao răng tích tụ ở răng, bề mặt cao răng gỗ ghề tạo điều kiện lưu giữ mảng bám, trên nền mảng bám vi khuẩn sinh sôi và phát triển gây ra sâu răng và viêm lợi. Đã có nhiều nghiên cứu chứng minh cao răng là một trong nhiều yếu tố nguy cơ gây viêm lợi, đặc biệt là cao răng ở dưới lợi.

Có mối liên quan chặt chẽ giữa tình trạng vệ sinh răng miệng với tỉ lệ mắc viêm lợi, nhóm vệ sinh răng miệng tốt có 27,8% bị viêm lợi. Trong khi đó nhóm vệ sinh răng miệng kém có tới 98% bị viêm lợi. Điều này một lần nữa khẳng định tầm quan trọng của vệ sinh răng miệng trong việc phòng chống bệnh viêm lợi.

Về hành vi chăm sóc răng miệng qua bảng 4 cho thấy: Dùng chỉ tơ để làm sạch thức ăn ở vùng kẽ là rất tốt, nó làm giảm tỉ lệ viêm lợi. Tỉ lệ dùng chỉ tơ trong nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là 28,2%, lớn hơn trong nghiên cứu của Hoàng Thị Xiêm với tỉ lệ dùng chỉ tơ nha khoa là 7,27% [5] nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Thị Đợi năm 2014 là 30% [6]. Xét trên đối tượng nghiên cứu của chúng tôi khi được khám sức khỏe hằng năm, được giới thiệu về hiệu quả của chỉ tơ nha khoa cũng như cách sử dụng nhưng tỉ lệ sử dụng vẫn còn thấp, phải chăng ý thức tiếp cận cái mới của đối tượng nghiên cứu còn hạn chế hay công tác tư vấn của bác sĩ còn chưa hiệu quả.

Kết quả bảng thống kê mối liên quan giữa hành vi chăm sóc răng miệng với tỉ lệ viêm lợi. Tỉ lệ viêm lợi khi đánh răng ≤ 2 lần/ngày (87,5%) cao hơn khi đánh răng > 2 lần/ngày (35%). Kết quả này phù hợp với kết quả của Trần Anh Tuấn khi nghiên cứu mối liên quan giữa thực hành chăm sóc răng miệng với bệnh sâu răng và viêm lợi ở học sinh trung học phổ thông tại Hòa Bình năm 2011 [7], theo nghiên cứu này, tỉ lệ viêm lợi ở nhóm học sinh chải răng 1 lần/ngày là 43,5%, 2 lần/ngày là 31,6%, và khi chải răng > 3 lần/ngày tỉ lệ viêm lợi giảm chỉ còn 25,6%.

Thời gian chải răng tăng làm giảm tỉ lệ viêm lợi, nhóm chải răng 2-3 phút tỉ lệ viêm lợi là 83%, nhóm chải răng > 3 phút là 53,3%. Kết quả này khác với nghiên cứu của Trần Anh Tuấn khi tác giả đưa ra kết luận là không có mối liên quan giữa viêm lợi và thời gian chải răng, thời gian chải răng tăng lên không làm thay đổi tỉ lệ viêm

lợi [7]. Có thể do các nghiên cứu được thực hiện trên cơ mẫu khác nhau, độ tuổi khác nhau. Cần có nhiều nghiên cứu với cơ mẫu lớn hơn trên đối tượng toàn diện hơn để đưa ra kết luận cho vấn đề này.

Thời gian thay bàn chải khác nhau cũng làm thay đổi tỉ lệ mắc bệnh viêm lợi. Kết quả chúng tôi thu được, nhóm đối tượng thay bàn chải < 3 tháng/lần có tỉ lệ viêm lợi thấp (50%), nhóm đối tượng thay trong vòng 3 - 6 tháng là 80% và tăng lên đến 93,1% ở nhóm thay bàn chải trong 6 - 12 tháng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau thời gian 3 tháng thì lông bàn chải bị xơ, mất độ cọ xát làm giảm tỉ lệ làm sạch mảng bám thức ăn khi đánh răng, từ đó làm tăng tỉ lệ viêm lợi.

Qua bảng 4 cho thấy mối liên quan giữa việc dùng chỉ tơ nha khoa với tỉ lệ viêm lợi. Kết quả cho thấy tỉ lệ viêm lợi ở người không dùng chỉ tơ (89,3%) cao hơn ở người có dùng chỉ tơ (10,7%). Và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Người dùng chỉ tơ có nguy cơ mắc viêm lợi bằng 0,13 lần so với người không dùng chỉ tơ với độ tin cậy 95% (0,04 - 0,37). Viêm lợi thường bắt đầu từ nhú lợi rồi mới lan ra bờ lợi. Vị trí nhú lợi - kẽ giữa các răng là vị trí khó làm sạch nếu chỉ sử dụng cách chải răng thông thường mà không sử dụng đến bàn chải kẽ hay chỉ tơ nha khoa. Do đó việc sử dụng chỉ tơ nha khoa sẽ làm giảm đáng kể tỉ lệ viêm lợi. Việc sử dụng chỉ tơ lúc đầu sẽ khá khó khăn đặc biệt là những vùng răng ở phía trong, do đó có nhiều người dù biết đến chỉ tơ nha khoa nhưng ngại sử dụng. Để tăng tỉ lệ người dùng chỉ tơ nha khoa, không thể chỉ dừng lại ở việc giới thiệu sản phẩm cũng như hiệu quả của chỉ tơ nha khoa trong làm sạch mảng bám mà còn cần hướng dẫn cụ thể từng người dân cách sử dụng sao cho hiệu quả.

V. KẾT LUẬN

Mức độ cao răng càng lớn thì tỉ lệ viêm lợi càng cao.

Tình trạng vệ sinh răng miệng tốt làm giảm tỉ lệ viêm lợi.

Hành vi chăm sóc răng miệng bao gồm số lần chải răng, thời gian chải răng, thời gian thay bàn chải trong năm, cách vệ sinh răng miệng sau ăn khác nhau làm thay đổi tỉ lệ viêm lợi.

Sử dụng chỉ tơ làm giảm tỉ lệ viêm lợi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Long Nghĩa (2013). Viêm lợi mạn tính do mảng bám. *Bệnh học quanh răng*. Nhà xuất bản giáo dục. 82-89.

2. **Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ẩn, Trịnh Đình Hải (2002).** Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc, Nhà xuất bản Y học, 23-70.
3. **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.* 45-53.
4. **Lê Long Nghĩa (2013).** Ảnh hưởng của bệnh đái tháo đường và các rối loạn toàn thân lên vùng quanh răng. *Bệnh học quanh răng.* Nhà xuất bản giáo dục. 44-52.
5. **Hoàng Thị Xiêm (2016).** Nghiên cứu kiến thức, thái độ và tình trạng vệ sinh răng miệng trên sinh viên năm nhất kí túc xá đại học Y Hà Nội năm 2016. *Luận văn tốt nghiệp y khoa, trường đại học Y Hà Nội.* 30-39.
6. **Hoàng Thị Đợi (2014).** Nghiên cứu thực trạng bệnh sâu răng, viêm lợi, viêm nha chu 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.* 44-51.
7. **Trần Anh Tuấn (2012).** Nghiên cứu mối liên quan giữa thực hành chăm sóc răng miệng với bệnh sâu răng và viêm lợi ở học sinh THPT tại Hòa Bình năm 2011. *Luận văn thạc sĩ y học, đại học Y Hà Nội.* 45-50.

NHỮNG BẰNG CHỨNG CƠ BẢN VỀ KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN PHỤC VỤ BỆNH NHÂN GHEP TẾ BÀO GỐC TẠO MÁU TẠI BỆNH VIỆN TWQĐ108

Đinh Vạn Trung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đưa ra các bằng chứng cơ bản về kiểm soát nhiễm khuẩn phục vụ những bệnh nhân ghép tế bào gốc tạo máu. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp, mô tả cắt ngang có phân tích tại khu ghép tủy - Bệnh viện TWQĐ108, từ tháng 9 năm 2014 - 9 năm 2016. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân sống trên 5 năm sau ghép tế bào gốc tạo máu là 91,0%. Không có bệnh nhân nào bị nhiễm khuẩn bệnh viện. Đảm bảo môi trường siêu sạch trong buồng bệnh nhân ghép tủy bằng các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn hiệu quả. Sau can thiệp, 100% các mẫu nước cho bệnh nhân sử dụng không bị ô nhiễm. Trong thời gian nằm buồng bệnh, các bệnh nhân và nhân viên đều phải tuân thủ các quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn trong điều kiện siêu sạch.

Từ khóa: ghép tế bào gốc tạo máu, siêu sạch, môi trường, kiểm soát nhiễm khuẩn

SUMMARY

BASIC EVIDENCE OF INFECTION CONTROL SERVES PATIENTS WITH HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANT IN 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objects: Provides basic evidence of infection control for hematopoietic stem cell transplant recipients. **Subject and method:** Intervention studies, cross-sectional descriptive analyzes at the area for hematopoietic stem cell transplantation – 108 Military Central Hospital from September 2014 to September 2016. **Results:** Survival rate more than 5 years after hematopoietic stem cell transplant was 91.0%. No patients have hospital-acquired infections.

**Bệnh viện tw quân đội 108*

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Vạn Trung

Email: drtrung108@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.8.2017

Ngày duyệt bài: 6.9.2017

Ensure a super clean environment in the patient's room by effective infection control measures. After intervening, 100% of water samples for patient use are not contaminated. During treatment in the stem cell transplant area, patients and medical staff are subject to strict adherence to infection control regulations.

Key word: Hematopoietic stem cell transplant, super clean, environmental, infection control

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép tế bào gốc tạo máu (còn gọi là ghép tủy) hiện nay được coi là phương pháp điều trị tốt nhất, có thể đưa lại cơ hội sống cho những bệnh nhân bị mắc các bệnh lý huyết học và rất nhiều bệnh lý khác nhau thuộc nhiều chuyên khoa như: các ung thư dạng đặc (ung thư vú, ung thư thận), các bệnh tự miễn như viêm đa khớp dạng thấp, xuất huyết giảm tiểu cầu... Ghép tế bào gốc làm tăng đáng kể thời gian sống thêm không bệnh và thời gian sống thêm toàn bộ cho bệnh nhân, nhưng đây là một kỹ thuật khó, nhiều công đoạn, đòi hỏi phải có sự kết hợp của nhiều chuyên ngành và có tỷ lệ tai biến, biến chứng cao. Trên thế giới ghép Tế bào gốc đang được thực hiện khá phổ biến ở nhiều nước. Tại các nước phát triển như: Mỹ, Pháp, Nhật, Ý, Hàn Quốc... hằng năm có hàng nghìn ca bệnh hiểm nghèo đã được cứu sống nhờ phương pháp ghép Tế bào gốc.

Bệnh viện TWQĐ108 là một trong các cơ sở ghép tủy có uy tín trong cả nước, đã tích cực đào tạo cán bộ, đầu tư trang thiết bị, đảm bảo hóa chất, thuốc và các loại sinh phẩm, giải quyết các vấn đề về pháp lý và bảo hiểm y tế. Từ năm 2014 đến nay đã triển khai thường quy các kỹ thuật ghép tế bào gốc ngay tại Bệnh viện.

Một trong các biến chứng nguy hiểm nhất của bệnh nhân ghép tế bào gốc là nhiễm các vi sinh

vật gây bệnh do bệnh nhân trong thời gian ghép bị mất hết khả năng miễn dịch của cơ thể đối với các mầm bệnh [1]. Chính vì vậy, kiểm soát nhiễm khuẩn có một vai trò rất quan trọng trong thành công của các ca ghép tế bào gốc. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: đưa ra các bằng chứng cơ bản về kiểm soát nhiễm khuẩn phục vụ những bệnh nhân ghép tế bào gốc tạo máu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Khu ghép tủy - Bệnh viện TWQĐ108

2.2. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 9 năm 2014 đến tháng 9 năm 2016

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Can thiệp, mô tả cắt ngang có phân tích.

*Các biện pháp can thiệp:

- Nguồn nước: Nước máy của thành phố, được lọc qua máy RO sau đó nước được lọc cuối cùng trước khi cho BN sử dụng hàng ngày qua quả lọc Nano do hãng Anios (Pháp) sản xuất.

- Không khí: Phun khử khuẩn không khí bằng máy phun Aerosept100 với dung dịch Anios Special DJP SF (Pháp).

- Sau khi bệnh nhân được phép vào buồng bệnh, bật máy lọc không khí AiroCide (Mỹ).

- Lau bề mặt sàn, tường, bàn, ghế, giường, tủ, trong khu ghép tủy bằng dung dịch Surfanios pha loãng 0,25%

- Xét nghiệm vi sinh vật các mẫu nước, không khí, bề mặt: do các kỹ thuật viên khoa Vi sinh vật thực hiện.

* Tiêu chuẩn WHO 902 (2002): quy định về mật độ vi sinh vật trong không khí cho từng cấp độ phòng sạch bệnh viện [6,7]:

Ký hiệu cấp độ	A	B	C	D
Số vi khuẩn tối đa cho phép (ufc/m ³)	< 3	10	100	200

2.4. Xử lý số liệu: Bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ bệnh nhân sống theo thời gian

Số BN	Thời gian sống			Nhiễm khuẩn bệnh viện n (%)
	1-2 năm n (%)	4-5 năm n (%)	> 5 năm n (%)	
n = 22	01 (4,5)	01 (4,5)	20 (91,0)	00

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân sống sót trên 5 năm sau ghép tủy là 91,0%. Không có bệnh nhân nào bị nhiễm khuẩn bệnh viện trong thời gian nằm điều trị nội trú.

Bảng 2: Kiểm soát nhiễm khuẩn môi trường

Nội dung	Vật tư sử dụng	Tần suất
Lau các bề mặt	Surfanios 0,25%	1 lần/ngày
Khử khuẩn không khí	Anios Special DJP SF	1 lần/tuần
Lọc không khí buồng	Máy AiroCide	Liên tục
Lọc nước	Máy RO và quả lọc Nano	Liên tục
Trao đổi không khí buồng	Màng lọc HEPA	Liên tục

Nhận xét: các biện pháp sử dụng đều đảm bảo hiệu quả khử khuẩn môi trường buồng bệnh.

Bảng 3. Vi khuẩn trong không khí đạt cấp độ của WHO

Vị trí	Trước ghép	Trong thời gian BN nằm điều trị			
		lần 2	lần 3	lần 4	lần 5
Buồng BN1	C	A	A	A	A
Buồng BN2	C	A	A	A	A
Buồng BN3	C	A	A	A	A
Buồng tiêm	C	B	B	B	B
Buồng giao ban	C	C	C	C	C
Hành lang	D	C	C	C	C

Nhận xét: Sau khi phun khử khuẩn không khí, 100% các buồng bệnh nhân nằm đều đạt tiêu chuẩn A (<3cfu/m³), các buồng khác đạt tiêu chuẩn B hoặc C.

Bảng 4: Kết quả xét nghiệm mẫu nước

Vị trí (Các vòi nước)	Trước ghép (lần 1)	Trong thời gian BN nằm điều trị			
		lần 2	lần 3	lần 4	lần 5
Buồng BN1	+	-	-	-	-
Buồng BN2	+	-	-	-	-
Buồng BN3	+	-	-	-	-

Buồng tiềm	+	-	-	-	-
Buồng giao ban	+	-	-	-	-

Nhận xét: Trước khi ghép, các mẫu nước đều nhiễm vi sinh vật (+), các vi sinh vật gây ô nhiễm nguồn nước là *E.coli*, *Klebsiella* và *Bacillus*. Nước sau khi can thiệp tất cả các mẫu nước đều có kết quả (-) trong suốt thời gian bệnh nhân nằm điều trị.

Bảng 5. Điều kiện trang thiết bị cho bệnh nhân

Vật tư bệnh nhân sử dụng	Điều kiện	n
Chăn, ga, gối, khăn...	Vô khuẩn	22
Bát, đĩa, cốc, bàn chải, thuốc đánh răng	Vô khuẩn	22
Trang phục (quần áo, dép, khẩu trang...)	Vô khuẩn	22

Nhận xét: Tất cả các vật dụng cho bệnh nhân sử dụng đều được hấp tiệt khuẩn

Bảng 6. Tuân thủ các yếu tố trước và trong ghép của bệnh nhân

Các yếu tố kiểm soát nhiễm khuẩn	Tần suất	n
Vệ sinh lông tóc móng	Hàng ngày	22
Tắm xà phòng khử khuẩn	Hàng ngày	22
Thay quần áo vô khuẩn sau tắm	Hàng ngày	22
Thay chăn, ga, gối vô khuẩn	3 ngày/lần	22

Nhận xét: Trước ghép 1 tuần, trong thời gian nằm buồng bệnh, các bệnh nhân đều tuân thủ các quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn trong điều kiện siêu sạch.

Bảng 7. Tuân thủ các yếu tố trước và trong ghép của nhân viên y tế

Các yếu tố kiểm soát nhiễm khuẩn	Tần suất
Vệ sinh tay với dung dịch chứa cồn	Trước khi vào khu ghép
Mang phòng hộ cá nhân vô khuẩn (Quần áo, mũ, khẩu trang, dép...)	Trước khi vào khu ghép
Vệ sinh tay bằng xà phòng khử khuẩn, Mang găng vô khuẩn	Trước khi làm các thủ thuật
Vệ sinh tay với dung dịch chứa cồn	Sau khi ra khỏi buồng bệnh

Nhận xét: Trước và sau khi vào khu ghép tủy, các nhân viên đều tuân thủ các quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn trong điều kiện siêu sạch.

III. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này của chúng tôi được thực hiện sau khi sử dụng các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn cần thiết để đảm bảo cho ghép tế bào gốc tạo máu thành công. Kết quả nghiên cứu ở bảng 1 cho thấy, trong số 22 bệnh nhân được ghép tủy, tỷ lệ sống sót của bệnh nhân từ 1-2 năm là 4,5%, sống sót từ 4-5 năm là 4,5%, sống sót trên 5 năm là 91,0%. Không có bệnh nhân nào bị nhiễm khuẩn bệnh viện trong thời gian nằm điều trị nội trú. Cho đến tháng 3/2012 Viện Huyết học – Truyền máu TW đã ghép được 44 ca (trong đó ghép Tế bào gốc tự thân là 34 ca, ghép Tế bào gốc đồng loại là 10 ca). Tỷ lệ thành công cho nhóm ghép tự thân bị bệnh Đa u tủy xương là >70%; cho nhóm bị Suy tủy xương được ghép tế bào gốc đồng loại là >75%. Nhiều bệnh nhân sau khi ghép một năm, hai năm ... thậm chí là 6 năm vẫn còn ổn định, có thể trở lại cuộc sống hoàn toàn bình thường (theo bản tin trên <https://www.nihbt.org.vn> > Tế bào gốc của Viện Huyết học Truyền máu Trung ương).

Về môi trường khu ghép tủy, kết quả nghiên cứu ở bảng 2 cho thấy, các biện pháp sử dụng để khử khuẩn môi trường khu ghép tủy đều tiên tiến đảm bảo được hiệu quả khử khuẩn môi trường buồng bệnh và các khu vực liên quan.

Khử khuẩn không khí bằng phun khí dung với hàm lượng là 4ml/m³ không khí dung dịch Anios Special DJP SF (Pháp). Phổ diệt khuẩn: EN 1040, pr EN 14561. Diệt nấm: EN 1275 (*Candida albicans*), pr EN 14562 (*A. fumigatus*) tại 7 buồng trong đó có 3 buồng bệnh, 1 buồng giao ban, 1 buồng thay quần áo của nhân viên, 1 buồng tiềm và 1 buồng làm hành lang cho bệnh nhân đi dạo hàng ngày. Nếu có 2 bệnh nhân sẽ được tính toán luân chuyển hợp lý trong 3 buồng bệnh để sao cho buồng bệnh nào cũng được phun khử khuẩn không khí định kỳ với tần suất phun 1 lần/tuần. Sau khi phun 24h, bệnh nhân được phép vào buồng bệnh, bật máy lọc không khí AiroCide - Mỹ, máy sử dụng quá trình quang sinh hóa dưới UV chiếu lên hạt nano Oxit Titan (TiO₂) phá vỡ các liên kết hữu cơ (vi khuẩn, nấm, mốc, virút...) có hại trong không khí chuyển hóa thành chất vô cơ (CO₂, H₂O) không gây hại cho bệnh nhân. Các bề mặt như sàn nhà, tường, bàn, ghế, giường, tủ, trong khu ghép tủy cũng được lau bằng dung dịch Surfanios pha loãng 0,25%. Sau khi thực hiện các biện pháp khử khuẩn ở trên, 100% các buồng bệnh nhân nằm điều trị đều đạt tiêu chuẩn A (<3cfu/m³), các buồng khác đạt tiêu chuẩn B hoặc C [5,7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả

nguyên cứu của Kiều Chí Thành (2010) tại Viện Quân y 103 khi lấy mẫu từ 8h30-14h30 tại các phòng mổ, số lượng vi sinh vật dao động từ 234-312 cfu/m³ [2]. Nguồn nước là rất quan trọng đối với bệnh nhân ghép tủy, qua bảng 4 chúng tôi thấy, trước khi ghép, các mẫu nước đều nhiễm vi sinh vật (+), các vi sinh vật gây ô nhiễm nguồn nước là *E.coli*, *Klebsiella* và *Bacillus*, sau khi can thiệp bằng lọc RO và lắp quả lọc Nano ở đầu vòi, tất cả các mẫu nước đều có kết quả (-) trong suốt thời gian bệnh nhân nằm điều trị.

Để đảm bảo môi trường siêu sạch, không chỉ không khí và nguồn nước, kết quả ở bảng 5 và bảng 6 cho thấy, tất cả các vật dụng cho bệnh nhân sử dụng đều được hấp tiệt khuẩn tại Trung tâm tiệt khuẩn của Bệnh viện, trong thời gian nằm buồng bệnh kể cả thời gian trước ghép và sau ghép các bệnh nhân đều tuân thủ chặt chẽ các quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn trong điều kiện siêu sạch. Đối với các nhân viên tham gia điều trị và chăm sóc cho bệnh nhân, trước và sau khi vào khu ghép tủy, đều phải tuân thủ các quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn một cách nghiêm ngặt.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bệnh nhân sống trên 5 năm sau ghép tế bào gốc tạo máu là 91,0%. Không có bệnh nhân nào bị nhiễm khuẩn bệnh viện.
- Đảm bảo môi trường siêu sạch trong buồng

bệnh nhân ghép tủy bằng các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn hiệu quả. Sau can thiệp, 100% các mẫu nước cho bệnh nhân sử dụng không bị ô nhiễm.

- Trong thời gian nằm buồng bệnh, các bệnh nhân và nhân viên đều phải tuân thủ chặt chẽ các quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1- **Phạm Thị Tuyết Nhung, Nguyễn Thị Minh Phương (2015)**, "Báo cáo ca lâm sàng: Bệnh nhân đầu tiên được ghép tế bào gốc tạo máu đồng loại thành công tại Bệnh viện TWQĐ108", Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 429, tr 88-94
- 2- **Kiều Chí Thành (2010)**, "Đánh giá thực trạng vi khuẩn không khí ở bệnh viện 103", Tạp chí Y dược học Quân sự 9 : 55-60.
- 3- **M.Fleischer et al (2005)** "Microbiological Control of Airborne Contamination in Hospitals". *Indoor Buid Environ* 15 ; 1 : 53-6.
- 4- **Agnieszka Gniadek, Anna B. Macura (2011)**, "Air-conditioning vs.presence of pathogenic fungi in hospital operating theatre environmental". *Wiadomosci Paratologiczne* 57(2), 103-6.
- 5- **ISO 14698-1:2003 (E)**, Cleanrooms and associated control environment -Biocontamination control, First edition.
- 6- **Merck (2009)**. Microorganism titers in different environments. care unit: newborns and infants can be contaminated while being fed. *Jpn J Infect Dis.* 2006 Aug;59(4):213-5.
- 7- **WHO (2002)**, WHO expert committee on specifications for pharmaceutical preparations, thirty sixth report, 902, 2002.

TÌNH HÌNH BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG DO TAI NẠN GIAO THÔNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NÔNG NGHIỆP GIAI ĐOẠN 2014-2016

Hà Hữu Tùng*

TÓM TẮT

Hàng năm, Tai nạn giao thông (TNGT) đã làm trên 1000 người chết, Chưa đầy 10% số nạn nhân bị tai nạn giao thông đường bộ được cấp cứu ban đầu tại chỗ. Nghiên cứu được sử dụng trong đề tài là phương pháp hồi cứu mô tả 10126 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân TNGT trong 3 năm từ 2014 đến 2016 tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp nằm trên Quốc lộ 1A, Thanh Trì, Hà Nội. Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân vào cấp cứu do tai nạn giao thông chủ yếu là do sử dụng phương tiện là xe đạp và xe máy; nhóm tuổi bị nhiều nhất từ 16 đến 60 tuổi có 7686 trường hợp

(75,9%). Tỷ lệ nam bị TNGT gấp 2,13 lần so với tỷ lệ ở nữ; Tỷ lệ thương tật cao nhất là chấn thương sọ não và gãy xương chi; BN TNGT được đưa đến bệnh viện cấp cứu chủ yếu do người đi đường và người thân đưa đến; Tỷ lệ bệnh nhân bị shock trên những bệnh nhân không được sơ cứu hoặc có sơ cứu nhưng sai cao gấp đôi tỷ lệ bệnh nhân bị shock trên những bệnh nhân được sơ cứu đúng.

SUMMARY

SITUATION OF PATIENT INJURIES IN TRAFFIC ACCIDENTS AT GENERAL HOSPITAL OF AGRICULTURE FOR THE PERIOD 2014-2016

Every year, traffic accidents have killed more than 1,000 people, less than 10% of victims of road traffic accidents are initially on the spot. The study used in the study is a retrospective method that describes 10126 patient records of traffic accident patients in three years from 2014 to 2016 at the General Hospital of Agriculture located on Highway 1A, Thanh Tri,

*Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp
Chịu trách nhiệm chính: Hà Hữu Tùng
Email: tungbvn@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 17.7.2017
Ngày phản biện khoa học: 30.8.2017
Ngày duyệt bài: 12.9.2017

Hanoi. The results of the study show that patients who get into traffic accident due to traffic accidents are mainly using bicycles and motorbikes; The most aged group aged 16 to 60 years had 7686 cases (75.9%). The proportion of men with traffic accidents is 2.13 times higher than that of women; The highest incidence is head injury and fractures; Patients with traffic accidents are taken to emergency hospitals mainly by pedestrians and their dependents; The incidence of shock in patients who have not been first aid or first-aid but is higher than twice the rate of shock in patients who receive first aid.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai nạn giao thông (TNGT) là mối hiểm họa của toàn nhân loại, xảy ra ngày càng nhiều, ảnh hưởng trầm trọng đến sức khỏe, là gánh nặng cho gia đình và xã hội. Số liệu thống kê của Ủy ban An toàn Giao thông quốc gia cho thấy, 10 năm qua có hơn 120.000 người chết vì tai nạn giao thông, bình quân mỗi năm có 1.000 nghìn người chết vì tai nạn giao thông. Cụ thể, mỗi ngày có khoảng 30 gia đình mất người thân, 200 gia đình chịu những tổn thất về vật chất và tinh thần do tai nạn giao thông, đồng thời những người gây tai nạn và người gánh hậu quả tai nạn sẽ phải chịu những dẫn vật tinh thần suốt cuộc đời [1].

Chưa đầy 10% số nạn nhân bị tai nạn giao thông đường bộ được cấp cứu ban đầu tại chỗ. Chưa đến 10 tỉnh/thành phố có hệ thống dịch vụ cấp cứu y tế (EMS) chuyên trách trong khi số tỉnh/thành còn lại phải phụ thuộc vào những nguồn lực của bệnh viện. Chất lượng của công tác cấp cứu ban đầu còn kém với 50% số ca được xử trí không đúng cách. Chưa đầy 10% số nạn nhân được hệ thống dịch vụ cấp cứu y tế chính quy chuyển đến bệnh viện với đa số bệnh nhân đến bệnh viện bằng xe tắc-xi hoặc xe máy [2].

Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp (BVĐKNN) nằm trên quốc lộ 1A cửa ngõ ra vào phía nam Hà Nội, với mật độ giao thông dày đặc và đầy đủ phương tiện tham gia giao thông trên cùng một tuyến đường như tàu hỏa, xe tải, xe đầu kéo, xe máy, ô tô, xe đạp, ... Mỗi ngày khoa chấn thương của Bệnh viện tiếp đón và xử trí trung bình 25 ca chấn thương/ngày, trong đó TNGT khoảng 15 ca.

Xuất phát từ thực tế nói trên và để có kế hoạch, chiến lược thành lập Trung tâm cấp cứu chấn thương thuộc mạng lưới cấp cứu TNGT quốc gia, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Tình hình bệnh nhân chấn thương do tai nạn giao thông tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp giai đoạn 2014-2016" với mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng bệnh nhân bị tai nạn giao thông được cấp cứu tại Bệnh viện Đa Khoa Nông Nghiệp giai đoạn 2014-2016.

2. Cung cấp thông tin giúp cho cơ quan chức năng xây dựng được mô hình mạng lưới cấp cứu chấn thương trên toàn quốc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân tai nạn giao thông (BN TNGT) đường bộ đến cấp cứu, điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Nông Nghiệp từ 01/01/2014 đến 31/12/2016.

Tiêu chuẩn chọn lựa chọn: Tất cả các hồ sơ bệnh án của BN TNGT đường bộ đến cấp cứu, nằm điều trị, chuyển viện, xin về, tử vong tại BVĐKNN.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những hồ sơ bệnh án của BN TNGT đường bộ đã ổn định đến điều trị tiếp tục hoặc đến phục hồi chức năng được bệnh viện tuyến trên chuyển về.

2.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp, Thanh Trì, Hà Nội

- Thời gian: Nghiên cứu từ tháng 02/2017 đến tháng 05/2017

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu:

Toàn bộ các hồ sơ bệnh án các trường hợp TNGT đường bộ đến cấp cứu, điều trị, chuyển viện, tử vong tại BVĐKNN từ tháng 1/2014 đến tháng 12/2016

2.2.4. Phương pháp và kỹ thuật thu thập

số liệu: Thu thập từ sổ ghi chép tại phòng cấp cứu chấn thương (phiếu ghi chép các trường hợp TNGT đường bộ nhập viện theo Quyết định 1356/QĐ-BYT ngày 18/4/2008 của Bộ Y tế) [3].

- Hồ sơ bệnh án của khoa ngoại chấn thương.

- Sổ phẫu thuật tại khoa gây mê hồi sức.

2.2.5. Xử lý số liệu

- Phân tích số liệu TNGT trong 3 năm (01/2014 - 12/2016).

- Sử dụng phần mềm SPSS và phần mềm phòng chống TNTT để phân tích số liệu, các chỉ số nghiên cứu.

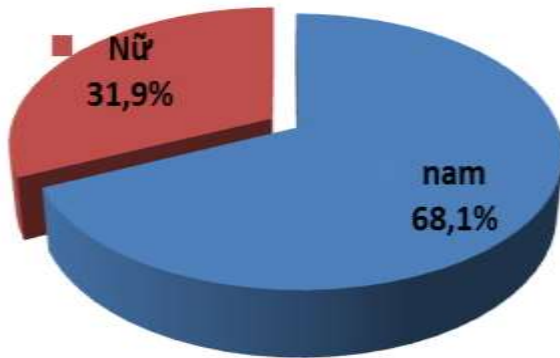
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Tỷ lệ bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Tần số (n)	Tỷ lệ %
<16	1448	14,3
16 - 60	7686	75,9
>60	992	9,8
Tổng	10126	100,00

Nhận xét: Lứa tuổi gặp TNGT nhiều nhất ở lứa tuổi 16 - 60 tuổi, chiếm đến 75,9%.



Biểu đồ 3.1. Phân bố theo giới

Nhận xét: Tỷ lệ TNGT ở nam giới chiếm 68,1% tổng số TNGT, gấp 2,13 lần so với tỷ lệ TNGT ở nữ (31,9%).

3.2. Đặc điểm về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2: Phân bố theo sử dụng phương tiện giao thông

Phương tiện	Đi bộ	Xe đạp	Xe máy	Ô tô	Tổng
Số ca	871	1214	7801	240	10126
Tỷ lệ%	8,61	11,98	77,04	2,37	100,00

Nhận xét: Về phương tiện giao thông, nhiều nhất là xe máy với 7801 BN (chiếm tỷ lệ 77,04%)

Bảng 3.3: Tỷ lệ đối tượng TNGT được đưa đến Bệnh viện

	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tự đến	1579	15,6
Người đi đường đưa đến	4283	42,3
Người nhà đưa đến	2248	22,2
Tuyển trước chuyển đến	1145	11,3
Cấp cứu 115	871	8,6
Tổng	10126	100

Nhận xét: Tỷ lệ BN bị tai nạn giao thông được người nhà đưa đến (chiếm tỷ lệ 22,2%) và người đi đường đưa đến (chiếm tỷ lệ 42,3%). Bệnh nhân bị TNGT đường bộ được vận chuyển vào bệnh viện cấp cứu hầu hết bằng phương tiện xe máy và ô tô không chuyên dụng với tỷ lệ 80,1%.

Bảng 3.4: Phân bố loại thương tổn của nạn nhân

Loại thương tổn	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Trầy xước	1125	11,1
Gãy xương	2319	22,9
Chấn thương ngực	536	5,3
Chấn thương sọ não	4627	45,7
Chấn thương nhiều vùng	1478	14,6

Tử vong sau khi cấp cứu	41	0,4
Tổng	10126	100

Nhận xét: Nhiều nhất là chấn thương sọ não 45,7%, tiếp đến gãy xương 22,9%, tỷ lệ tử vong sau khi cấp cứu không thành là 0,4%. Số nạn nhân bị TNGT đến bệnh viện có tình trạng shock là: 587/10126 ca chiếm 5,8%.

Bảng 3.5. Phân tích số bệnh nhân bị shock và số bệnh nhân được sơ cứu trước khi đến Bệnh viện

Sơ cứu Shock	Sơ cứu đúng		Không sơ cứu/sơ cứu sai		p
	n	%	n	%	
Shock	72	3,5	515	6,4	< 0,01
Không shock	1984	96,5	7555	93,6	
Tổng	2056	100	8070	100	

Nhận xét: Có 8070 ca chấn thương không được sơ cứu hay có sơ cứu nhưng sai (chiếm tỷ lệ 80%), 2056 ca là có sơ cứu và đúng (chiếm tỷ lệ 20%). Có 72 ca bị shock trong 2056 ca được sơ cứu đúng chiếm 3,5%. Có 515 ca bị shock trong 8070 ca không được sơ cứu hoặc sơ cứu sai chiếm 6,4%. Tỷ lệ khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

Bảng 3.6. Phân tích chi phí trung bình cho mỗi bệnh nhân

Chi phí (triệu đồng)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dưới 01 triệu đồng	1954	19,3
Từ 01 - <03 triệu đồng	3929	38,8
Từ 03 - <05 triệu đồng	1995	19,7
Từ 05 - <10 triệu đồng	1296	12,8
Từ 10 triệu đồng trở lên	952	9,4
Tổng	10126	100,0

Nhận xét: Chi phí điều trị trung bình cho một BN TNGT đường bộ tại BVĐKNN là từ 01 đến 03 triệu đồng chiếm tỷ lệ cao nhất 38,8%.

IV. BÀN LUẬN

Số trường hợp cấp cứu do TNGT đến cấp cứu tại BVĐKNN trong giai đoạn 2014-2016 là 10126 BN. Như vậy trung bình mỗi ngày có hơn 9 BN TNGT đến cấp cứu. Điều này là do BVĐK Nông nghiệp là bệnh viện lớn nhất ở phía nam thủ đô Hà Nội, nằm ở vị trí giao thông huyết mạch nên những trường hợp TNGT trong khu vực thường được đưa đến cấp cứu tại Bệnh viện. Mặt khác đây là một Bệnh viện đa khoa có nhân lực chuyên sâu về chấn thương và trang thiết bị đồng bộ, đảm bảo chất lượng và điều trị trong việc cấp cứu TNGT là khẩn trương – khoa học – chính xác.

Phương tiện gây tai nạn nhiều nhất là xe máy 93,8%, Đi bộ chiếm 2,7%. Xe đạp ít nhất chiếm 1,4%. Xe máy (loại phương tiện được sử dụng

rộng rãi nhất hiện nay ở nước ta) là phương tiện gây tai nạn nhiều nhất (93,8%). Ở nông thôn, xe máy còn là phương tiện được sử dụng vào nhiều việc, chở nhiều người, chở nhiều hàng và phần nhiều là đã cũ, ít được bảo dưỡng, thậm chí được "cải tiến" cho phù hợp với chức năng mới. Tỷ lệ tai nạn do xe đạp gây ra thấp - theo chúng tôi - còn do những sự cố xảy ra thường chỉ gây thương tổn rất nhẹ nên đại đa số người bị tai nạn không cần đến cơ sở y tế để cấp cứu và những trường hợp này không được thống kê.

Nhóm tuổi bị TNGT đường bộ nhiều nhất là từ 16 - 60 tuổi (75,9%); nam giới gặp TNGT cao gấp 2,13 lần so với nữ giới. Đây là độ tuổi học tập và lao động chính của xã hội, tham gia giao thông nhiều nhất, và gây ảnh hưởng lớn đến cuộc sống học tập, lao động của cá nhân, gia đình và gây suy giảm đến lực lượng lao động, sản xuất của xã hội.

Phương tiện vận chuyển BN bị TNGT chủ yếu là xe máy và phương tiện không chuyên dụng (chiếm tỷ lệ 80,1%). Đối tượng tham gia vận chuyển BN chủ yếu là người thân và người đi đường, điều này được giải thích là trình độ dân trí còn thấp chưa ý thức được sự cần thiết trong việc sử dụng phương tiện chuyên dụng để vận chuyển BN và các dịch vụ vận chuyển chuyên dụng chưa được phát triển để phục vụ nhu cầu cần thiết khi bị TNGT.

Tỷ lệ BN bị chấn thương sọ não và gãy xương rất cao (45,7% và 22,9%), tương tự với kết quả nghiên cứu khác là chấn thương tại vùng đầu, mặt và chi chiếm hơn một nửa (59,8%) các vụ chấn thương [4]. Điều này được giải thích là BVĐKNN có máy móc hiện đại (chụp cộng hưởng từ và chụp cắt lớp vi tính) hỗ trợ chính xác cho việc chẩn đoán và điều trị.

Tỷ lệ BN trước khi đến BV chưa được sơ cứu hoặc sơ cứu nhưng không đúng phương pháp còn rất cao chiếm tỷ lệ 80%. Qua kết quả này cho chúng ta thấy được là mặc dù đã được tuyên truyền rộng rãi về kiến thức sơ cấp cứu nạn nhân, nhưng hiệu quả cũng chưa thật sự hài lòng. Với tỷ lệ chấn thương sọ não cao, gãy xương nhiều chứng tỏ một số cơ sở khám chữa bệnh trong hệ thống vẫn chưa đáp ứng tốt trong công tác tổ chức khám chữa bệnh cho nhóm người bệnh này.

V. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân vào cấp cứu do tai nạn giao thông chủ yếu là do sử dụng phương tiện là xe đạp và xe máy.

- Lứa tuổi bị nhiều nhất từ 16 đến 60 tuổi

7686 trường hợp (75,9%). Tỷ lệ nam bị tai gấp 2,13 lần so với tỷ lệ ở nữ.

- Tỷ lệ thương tật: cao nhất là chấn thương sọ não và gãy xương chi.

- BN bị TNGT được đưa đến bệnh viện cấp cứu chủ yếu do người đi đường và người thân đưa đến

- Tỷ lệ bệnh nhân bị shock trên những bệnh nhân không được sơ cứu hoặc sơ cứu sai cao gấp đôi tỷ lệ bệnh nhân bị shock trên những bệnh nhân được sơ cứu đúng.

- Nếu được điều trị ngay tại tuyến đầu thì kết quả điều trị sẽ rất tốt, chóng hồi phục chấn thương và kinh phí chi trả là hợp lý (từ 1-3 triệu đồng).

KIẾN NGHỊ

- Cần tăng cường hơn nữa công tác truyền thông để nâng cao nhận thức của nhân dân, nhất là nam giới trong độ tuổi lao động về tính hiệu quả, sự cần thiết bảo vệ bản thân trong việc đội mũ bảo hiểm đúng quy cách, quy định và không uống rượu bia khi tham gia giao thông. Thường xuyên tuyên truyền, giáo dục pháp luật về ATGT cho học sinh trong trường học và tuyên truyền lưu động, tuyên truyền trên các phương tiện thông tin đại chúng cho công nhân lao động và người dân địa phương

- Xây dựng các trạm cấp cứu chấn thương tại những vị trí phù hợp, đặc biệt là dọc theo chiều các tuyến giao thông trọng điểm. Hướng dẫn cho mọi người các biện pháp sơ cứu chấn thương do tai nạn giao thông (ví dụ; cố định tạm thời gãy xương, cầm máu ...) ở nhà trường, ở cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tổng cục thống kê (2011)**, Tình hình kinh tế - xã hội Việt Nam mười năm 2001 - 2010, Nhà Xuất bản Thống kê.
2. **Bộ Giao thông Vận tải (2011)**, Kết quả phòng chống TNGT đường bộ tại Việt Nam của ngành Y tế và kế hoạch triển khai giai đoạn 2011-2015, có sẵn tại, <http://www.mt.gov.vn/m/tin-tuc/1005/29742/ket-qua-phong-chong-tngt-duong-bo-tai-viet-nam-cua-nganh-y-te-va-ke-hoach-trien-khai-giai-doan-2011-2015.aspx>, truy cập ngày 20/9/2015.
3. **Ministry of Health of Vietnam, World Health Organization, Hanoi School of Public Health (2009)**, Report: Evaluation of the Vietnam road traffic injury prevention project (VRTIPP).
4. **Học viện cảnh sát nhân dân (2013)**, Tổng kết tình hình tai nạn giao thông năm 2013, <http://www.hvcsnd.edu.vn/vn/Acedemy/Tin-An-toan-giao-thong/207/3910/Tong-ket-tinh-hinh-tai-nan-giao-thong-nam-2013.aspx>
5. **Luật giao thông đường bộ 2008.**
6. **Đỗ Hàng Thạch (2014)**, giảm TNGT nhìn từ công tác tuyên truyền, NXB giao thông vận tải.

XÁC ĐỊNH ĐỘT BIẾN GEN NRAS TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phạm Cẩm Phương*, Mai Trọng Khoa*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định đột biến NRAS trên bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 69 bệnh nhân chẩn đoán xác định ung thư đại trực tràng được xác định đột biến gen NRAS bằng kit NRAS StripAssay® (ViennaLab). **Kết quả:** Có 7 bệnh nhân phát hiện đột biến NRAS (10,1%) trong đó đột biến trên codon 12 chiếm 57,1%, codon 13 chiếm 14,3% và 28,6% đột biến trên codon 61. Tình trạng đột biến gen NRAS không phụ thuộc vào các đặc điểm như tuổi, giới tính, phương pháp lấy mẫu, vị trí u nguyên phát và giai đoạn TNM. **Kết luận:** Kết quả phân tích đột biến gen NRAS trên bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Bạch Mai tương tự nhiều nghiên cứu khác tại Việt Nam và trên thế giới.

Từ khóa. Ung thư đại trực tràng, đột biến gen NRAS.

SUMMARY

DETERMINING THE NRAS MUTATION IN COLORECTAL CANCER PATIENTS AT BACH MAI HOSPITAL

Objectives: To determine the NRAS mutation in colorectal cancer patients at Bach Mai Hospital. **Subjects and methods:** 69 patients with colorectal cancer were identified their NRAS mutations by using the NRAS StripAssay® (ViennaLab). **Results:** The NRAS mutations were identified in 7 patients (10.1%), which were in codon 12, 13 and 61 with ratio 57.1%, 14.3%, and 28.6%, respectively. There were no significant correlations between NRAS mutations and various parameters such as age, gender, sampling method, tumor location and TNM staging. **Conclusion:** The results of genetic mutation analysis in colorectal cancer patients at Bach Mai Hospital are similar to many other studies in Vietnam and worldwide.

Keywords: colorectal cancer, NRAS mutation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là loại ung thư thường gặp trên thế giới và tại Việt Nam. Theo GLOBOCAN 2012, trên toàn thế giới, ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ ba trong các loại bệnh ung thư ở nam giới và đứng thứ hai ở nữ giới. Tại Việt nam, UTĐTT đứng hàng thứ 5 ở cả hai giới và tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng.

Điều trị bệnh ung thư đại trực tràng bao gồm: phẫu thuật, xạ trị, hóa trị, điều trị đích. Điều trị đích được áp dụng ở giai đoạn muộn. Các nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh được vai trò của các kháng thể đơn dòng ức chế EGFR như cetuximab, panitumumab có tác dụng kéo dài thời gian sống thêm toàn bộ (overall survival) và thời gian sống không bệnh (disease free survival) chỉ ở những có bệnh nhân đột biến gene KRAS âm tính. Do vậy, mạng lưới ung thư quốc gia của Hoa Kỳ từ tháng 11 năm 2008 đã khuyến cáo xét nghiệm phát hiện đột biến gen KRAS ở những bệnh nhân UTĐTT tiến triển để cân nhắc sử dụng kháng thể đơn dòng kháng EGFR ở những bệnh nhân này. Tuy nhiên, từ năm 2010 thì NCCN bắt đầu khuyến cáo làm xét nghiệm phát hiện đột biến gen NRAS cho những trường hợp xét nghiệm không phát hiện đột biến gen KRAS ở bệnh nhân UTĐTT. Nguyên nhân là do có những bệnh nhân mặc dù không có đột biến gen KRAS nhưng lại đáp ứng rất ít với liệu pháp kháng thể đơn dòng kháng EGFR vì những bệnh nhân này lại có đột biến gen BRAF và NRAS, làm cho tế bào vẫn tiếp tục tăng sinh, mà không cần tín hiệu thông qua EGFR [1], [2].

Gen NRAS là gen mã hóa cho protein NRAS (thuộc họ RAS), đóng vai trò quan trọng trong quá trình phân bào, sự chết theo chương trình của tế bào... Đột biến gen NRAS làm cho protein NRAS bị kích hoạt liên tục, do đó tế bào vẫn tiếp tục tăng sinh, mà không cần tín hiệu thông qua các thụ thể yếu tố phát triển biểu mô (Epidermal Growth Factor Receptor: EGFR). Do đó, xét nghiệm đột biến gen NRAS cần thiết cho chẩn đoán, quyết định phác đồ điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân ung thư, đặc biệt là bệnh nhân UTĐTT có xét nghiệm đột biến gen KRAS âm tính. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: *Nhận xét kết quả xét nghiệm đột biến NRAS ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng, đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố đến tỷ lệ đột biến gen NRAS.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 69 bệnh nhân ung thư đại trực tràng được xét nghiệm đột biến gen NRAS tại Đơn vị gen trị liệu, Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai. Các bệnh nhân đều đồng ý cung cấp thông tin dịch

*Tt Y học hạt nhân và Ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Cẩm Phương
Email: camphuongmd@yahoo.com
Ngày nhận bài: 23.7.2017
Ngày phản biện khoa học: 5.9.2017
Ngày duyệt bài: 14.9.2017

tế học, lâm sàng, cận lâm sàng phục vụ cho nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả

+ Thu thập các thông tin về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, giai đoạn bệnh của bệnh nhân theo một mẫu thu thập thông tin thống nhất, bằng cách phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân/người nhà bệnh nhân, kết hợp với khai thác hồ sơ bệnh án.

+ Quy trình xét nghiệm: gồm 4 giai đoạn chính

- Tách DNA từ mô cố định formalin – vùi paraffin (FFPE)

- Khuếch đại đoạn gen quan tâm bằng phản ứng PCR theo kit NRAS XL StripAssay® (ViennaLab)

- Lai sản phẩm khuếch đại với đầu dò đặc hiệu được phân bố trên Test strip theo kit NRAS XL StripAssay® (ViennaLab)

- Phân tích kết quả bằng cách so sánh các vạch trên tetstrip với thang chuẩn.

+ **Xử lý số liệu:** sử dụng phần mềm SPSS 16.0

Địa điểm nghiên cứu: Đơn vị Gen trị liệu, Trung tâm Y học Hạt nhân và Ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Tuổi và giới

Yếu tố	Tiêu chí	n	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	40	58,0
	Nữ	29	42,0
	Tổng	69	100
Tuổi	< 40	6	8,7
	40 – 60	29	42,0
	> 60	34	49,3
	Tổng	69	100
Tuổi trung bình	59,6 ± 11,6		
Tuổi lớn nhất	82		
Tuổi nhỏ nhất	34		

Nhận xét: Bệnh nhân nam chiếm đa số (58,0%), tỷ lệ nam: nữ là 1,5: 1. Bệnh gặp chủ

yếu ở bệnh nhân cao tuổi với 49,3% trên 60 tuổi. Độ tuổi trung bình là 59,6 ± 11,6, tuổi lớn nhất 82, nhỏ nhất 34.

Bảng 3.2. Chẩn đoán và giai đoạn bệnh

Yếu tố	Tiêu chí	n	Tỷ lệ (%)
Chẩn đoán	Ung thư đại tràng	40	58,0
	Ung thư trực tràng	29	42,0
Giai đoạn	1	2	2,9
	2	17	24,6
	3	21	30,4
	4	29	42,1
Tổng		69	100

Nhận xét: Ung thư đại tràng gặp nhiều hơn ung thư trực tràng với tỷ lệ tương ứng là 58,0% và 42,0%. Bệnh thường gặp ở giai đoạn 3, 4 chiếm 72,5%.

Bảng 3.3. Vị trí và phương pháp lấy mẫu

Yếu tố	Tiêu chí	n	Tỷ lệ (%)
Vị trí lấy mẫu	Đại tràng	35	50,7
	Trực tràng	28	40,6
	Tổn thương di căn	6	8,7
Phương pháp lấy mẫu	Phẫu thuật	47	68,1
	Sinh thiết	22	31,9
Tổng		69	100

Nhận xét: Bệnh phẩm thường được lấy tại khối u (91,3%) và thường là bệnh phẩm sau phẫu thuật (68,1%).

2. Xác định đột biến NRAS

Bảng 3.4. Tỷ lệ đột biến gen NRAS

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Phát hiện đột biến	7	10,1
Không phát hiện đột biến	62	89,9
Tổng số	69	100

Nhận xét: Trong số 69 mẫu bệnh phẩm được xét nghiệm có 7 bệnh nhân có phát hiện đột biến gen NRAS (10,1%)

Bảng 3.5. Các yếu tố ảnh hưởng đến đột biến gen NRAS

Yếu tố	Tiêu chí	Số mẫu (N)	Phát hiện đột biến		Không phát hiện đột biến		p
			n	%	n	%	
Giới tính	Nam	40	5	12,5	35	87,5	0,447
	Nữ	29	2	6,9	27	93,1	
Tuổi	< 40	6	1	16,7	5	83,3	0,841
	40 – 60	29	3	10,3	26	89,7	
	≥ 60	34	3	8,8	31	91,2	
Giai đoạn	Giai đoạn I	2	0	0	2	100	0,397
	Giai đoạn II	17	0	0	17	100	
	Giai đoạn III	22	3	13,6	19	86,4	
	Giai đoạn IV	28	4	14,3	24	85,7	
Chẩn đoán	Ung thư đại tràng	40	4	10	36	90	0,963

	Ung thư trực tràng	29	3	10,3	26	89,7	
Vị trí lấy mẫu	Đại tràng	35	4	11,4	31	88,6	0,733
	Trực tràng	28	2	7,1	26	92,9	
	Tổn thương di căn	6	1	16,7	5	83,3	
Phương pháp lấy mẫu	Phẫu thuật	47	6	12,8	41	87,2	0,292
	Sinh thiết	22	1	4,5	21	95,5	

Nhận xét: Tình trạng đột biến gen NRAS không phụ thuộc vào các yếu tố: tuổi, giới, giai đoạn bệnh, vị trí lấy bệnh phẩm cũng như phương pháp lấy bệnh phẩm.

IV. BÀN LUẬN

Ở các tế bào ung thư đại trực tràng, các con đường tín hiệu phụ thuộc EGFR thường được kích hoạt. Theo con đường này, yếu tố tăng trưởng biểu mô liên kết với EGFR, từ đó hoạt hóa protein RAS và truyền tín hiệu qua các con đường khác nhau: qua RAF, MAPK để kiểm soát sự tăng sinh và biệt hóa; qua PI3K, AKT, mTOR giúp tế bào duy trì khả năng sống sót, không đi vào chết theo chương trình... Vì vậy một trong những hướng điều trị ung thư đại trực tràng giai đoạn muộn hiệu quả là ngăn chặn sự kết hợp giữa yếu tố tăng trưởng và thụ thể của nó, đó chính là cơ chế hoạt động của các kháng thể đơn dòng kháng EGFR (cetuximab và panitumumab). Tuy nhiên, nếu gen *RAS* bị đột biến thì protein RAS có khả năng tự hoạt hóa, kích thích con đường tín hiệu nội bào mà không phụ thuộc tín hiệu từ EGFR, do đó các thuốc ức chế EGFR trở nên vô tác dụng. Một số nghiên cứu cho thấy việc sử dụng các thuốc ức chế EGFR trên những bệnh nhân có đột biến gen *KRAS* không chỉ không có hiệu quả mà còn có thể làm giảm thời gian sống thêm toàn bộ của bệnh nhân. Các đột biến gen RAS xảy ra ở khoảng 20% số bệnh nhân ung thư, chủ yếu gặp ở codon 12, 13 hoặc 61. Đột biến *KRAS* chiếm khoảng 85% tất cả các đột biến gen RAS của người, đột biến NRAS chiếm khoảng 15% và HRAS dưới 1%. Đột biến NRAS có thể gặp trong ung thư đại trực tràng, bệnh bạch cầu tủy xương, ung thư biểu mô tế bào gan, ung thư hắc tố...

Theo nhiều nghiên cứu trên thế giới, tỷ lệ phát hiện đột biến NRAS ở bệnh nhân ung thư trực tràng thấp. Theo nghiên cứu của Natsumi Irahara (2011) trên 225 bệnh nhân ung thư đại trực tràng trải qua phẫu thuật hoặc sinh thiết, phát hiện được 5 bệnh nhân (2,2%) có đột biến gen NRAS và thường gặp nhất biểu hiện tại đại tràng trái (4/5 trường hợp). Tác giả Jing Zhang (2015) nghiên cứu trên 1110 trường hợp bệnh nhân ung thư đại trực tràng có 43 bệnh nhân (chiếm 3,9%) phát hiện đột biến NRAS. Một nghiên cứu khác của tác giả Negru trên 2425 bệnh nhân Romania và Hy Lạp, tỷ lệ đột biến

NRAS được báo cáo là 9,6%. Theo nghiên cứu của chúng tôi phát hiện được 7/69 trường hợp có đột biến NRAS (chiếm 10,1%), kết quả này cao hơn không đáng kể so với các nghiên cứu trên thế giới. Tuy nhiên, sự khác biệt này có thể là do các phương pháp xác định đột biến, chủng tộc, các yếu tố di truyền, phân bố địa lý và một nguyên nhân chính là cỡ mẫu trong nghiên cứu này chưa đủ lớn để đại diện cho quần thể người Việt Nam [3], [4], [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7 mẫu bệnh phẩm có đột biến NRAS trên các codon 12, 13, 61 với tỷ lệ là 57,1% (4/7 trường hợp) đột biến trên codon 12, 14,3% (1/7 trường hợp) trên codon 13 và 28,6% (2/7 trường hợp) đột biến trên codon 61). Tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới, chúng tôi không tìm thấy mối liên hệ có ý nghĩa giữa tỷ lệ đột biến NRAS với các dữ liệu lâm sàng (tuổi, giới, vị trí lấy bệnh phẩm, phương pháp lấy mẫu) vì tỷ lệ đột biến thấp. Trong 7 trường hợp phát hiện đột biến có 4 trường hợp bệnh nhân ở giai đoạn IV và 3 bệnh nhân giai đoạn III, không có bệnh nhân ở giai đoạn I, II. Mặc dù kết quả này không có ý nghĩa thống kê tuy nhiên cũng gợi mở một suy nghĩ là dường như đột biến NRAS xuất hiện ở giai đoạn muộn không giống đột biến *KRAS* thường phát sinh sớm. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu của Demunter (2001) và Vogelstein (1988) và nguyên nhân có thể là do đột biến NRAS ngăn chặn tế bào khối u chết theo chương trình [6], [7].

Kết quả của chúng tôi chưa đạt được ý nghĩa thống kê tuy nhiên có thể cung cấp được thêm các dữ liệu về đột biến NRAS trong ung thư trực tràng. Vì vậy nghiên cứu cần được thực hiện với cỡ mẫu lớn hơn.

V. KẾT LUẬN

Trong số 69 bệnh nhân nghiên cứu, đột biến gen NRAS phát hiện thấy trên 7/69 bệnh nhân (chiếm 10,1 %), trong đó đột biến trên codon 12 chiếm 57,1%, codon 13 chiếm 14,3% và 28,6% đột biến trên codon 61. Tình trạng đột biến gen NRAS không phụ thuộc vào tuổi, giới tính,

phương pháp lấy mẫu, vị trí u nguyên phát, và phân loại giai đoạn TNM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mai Trọng Khoa (2016)**. Kháng thể đơn dòng và phân tử nhỏ trong điều trị bệnh ung thư. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **De Roock W., Claes B., et al. (2010)**, "Effects of KRAS, BRAF, NRAS, and PIK3CA mutations on the efficacy of cetuximab plus chemotherapy in chemotherapy-refractory metastatic colorectal cancer: a retrospective consortium analysis", *Lancet Oncol*, 11 (8), pp. 753-762
3. **Natsumi Irahara, Yoshifumi Baba, Katsuhiko Noshio et al (2010)**. NRAS mutations are rare in colorectal cancer. *Diagn Mol Pathol*. 2010 Sep; 19(3): 157-163.
4. **Jing Zhang, Jianming Zheng, Yinghong Yang, Junliang Lu et al (2015)**. Molecular spectrum of KRAS, NRAS, BRAF and PIK3CA mutations in Chinese colorectal cancer patients: analysis of 1,110 cases. *Scientific Reports*.
5. **Negru S. et al (2014)**. KRAS, NRAS and BRAF mutations in Greek and Romanian patients with colorectal cancer: a cohort study. *BMJ Open* 23, e004652.
6. **Demunter A, Stas M, Degreef H, et al (2001)**. Analysis of N- and K-ras mutations in the distinctive tumor progression phases of melanoma. *J Invest Dermatol*. 2001;117:1483-1489
7. **Vogelstein B, Fearon ER, Hamilton SR, et al (1998)**. Genetic alterations during colorectal-tumor development. *N Engl J Med*. 1988;319:525-532.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ U MÔ ĐỆM Ở DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN K

Trần Đình Tân¹, Phạm Văn Bình¹, Nguyễn Văn Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật điều trị U mô đệm đường tiêu hóa (GIST) ở dạ dày. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân có chẩn đoán hoá mô miễn dịch là u mô đệm dạ dày, được phẫu thuật lần đầu tại bệnh viện K từ tháng 1/2013-6/2017. **Kết quả:** Có 50 bệnh nhân bao gồm 32 nữ và 18 nam, tuổi trung bình 54,4 (22 - 75). Mổ mở 96%, mổ nội soi 4%. Có 90% phẫu thuật triệt căn, phẫu thuật không triệt căn 10%. Phương pháp phẫu thuật cắt hình chêm 72%, cắt dạ dày mở rộng 10 %, cắt bán phần dạ dày chiếm 8% và cắt toàn bộ dạ dày chiếm 8%, có một bệnh nhân mổ thông dạ dày 2%. Thời gian nằm hậu phẫu trung bình 11,4 ± 5 ngày với tỉ lệ biến chứng sau mổ thấp 6%, không có trường hợp nào tử vong sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn với tỷ lệ phẫu thuật triệt căn cao, tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ thấp đối với GIST dạ dày.

Từ khoá: GIST, dạ dày, phẫu thuật, Bệnh viện K.

SUMMARY

EARLY RESULTS OF SURGERY IN GASTRIC GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR (GIST)

Aims: To evaluate early results of surgery in gastric GIST. **Patient and Methods:** This is a retrospective and perspective description study of patients who had gastric GIST and underwent surgical

management in National Cancer Hospital from January, 2013 to June, 2017. **Results:** There were 50 patients with 32 females and 18 males. The mean age was 54.4 (22 - 75). Laparoscopic surgery was performed in 2 patients (4%) and conventional open surgical resections for 48 patients (96%). Complete resection (R0 resection) was achieved in 45 patients (90%), while palliative surgery was found in 5 patients (10%). Regarding the surgical management, 36 patients (72%) underwent gastric wedge resection, 5 patients (10%) underwent extended gastrectomy, 4 patients (8%) underwent partial gastrectomy, 4 patients (8%) underwent total gastrectomy, only 1 patient (2%) underwent gastrotomy. The mean length of hospitalization was 11.4 ± 5 days with very low rate of complication and there was no patient died. **Conclusions:** Surgery is an effective and safe treatment with high rate achievement of complete resection in gastric GIST. Complication in-postoperative is low.

Keywords: Gastric, GIST, surgery, National cancer hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U mô đệm đường tiêu hóa (GIST) là loại u ít gặp trong các u ở đường tiêu hóa chiếm tỷ lệ dưới 1% các trường hợp u đường tiêu hóa và 5% các sarcoma, nhưng GIST lại là loại thường gặp nhất trong các loại u trung mô của thành ống tiêu hóa và có thể gặp ở bất kỳ vị trí nào của đường tiêu hóa tuy nhiên hay gặp nhất là ở dạ dày chiếm 60-70%, tuổi trung bình của GIST là 63 tuổi với tỉ lệ nam giới có xu hướng mắc nhiều hơn nữ giới [1]. GIST được phát hiện chủ yếu bằng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính, nội soi đường tiêu hóa, siêu âm nội soi, siêu âm ổ bụng..., tuy nhiên các

¹Bệnh viện K

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đình Tân

Email: drnew86@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.8.2017

Ngày duyệt bài: 11.9.2017

u này thường bị nhầm lẫn với u cơ trơn lành tính hay ác tính do có hình ảnh mô bệnh học có những điểm tương đồng [2]. Nhờ sự phát triển của hóa miễn dịch và các nghiên cứu về gen, các nhà giải phẫu đã tìm thấy sự đột biến của gen KIT, một gen tiềm năng ung thư và tìm ra sự bộc lộ kháng nguyên bề mặt CD117 của GIST nên đã giúp chẩn đoán GIST được chính xác hơn.

Trong khi điều trị GIST bằng hóa chất và xạ trị còn nhiều hạn chế, phương pháp điều trị chính vẫn là phẫu thuật với diện cắt âm tính. Việc nạo vét hạch là không cần thiết vì GIST hiếm khi di căn hạch (tỷ lệ dưới 5%) [1]. Ở Việt Nam nói chung và Bệnh viện K nói riêng vẫn chưa có nhiều nghiên cứu đầy đủ về điều trị GIST, đặc biệt GIST ở dạ dày. Chính vì những lý do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật điều trị GIST ở dạ dày tại bệnh viện K".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng gồm 50 bệnh nhân được phẫu thuật lần đầu có kết quả mô bệnh học, hóa mô miễn dịch là u GIST dạ dày từ tháng 1/2013 đến tháng 6/2017 tại bệnh viện K.

- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu.

- Cỡ mẫu: Thuận tiện.

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Bảng 2: Cách thức phẫu thuật và tính triệt căn

	Cách thức	Bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
Phương pháp phẫu thuật	Mổ mở	48	96%
	Mổ nội soi	2	4%
Cách thức phẫu thuật	Cắt rộng u (hình chêm)	36	72%
	Phẫu thuật mở rộng	5	10%
	Phẫu thuật cắt đoạn	4	8%
	Cắt toàn bộ dạ dày	4	8%
	Mở thông dạ dày, sinh thiết	1	2%
Mức độ triệt căn	Triệt căn	45	90%
	Không triệt căn	5	10%

Về phương pháp phẫu thuật: Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân được chẩn đoán GIST dạ dày chủ yếu được phẫu thuật mổ mở (chiếm 96%), chỉ có 2 bệnh nhân (chiếm 4%) được phẫu thuật nội soi có sử dụng stapler. Tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật nội soi trong nghiên cứu của tôi thấp hơn nhiều so với một số nghiên cứu trong nước [3] và nước ngoài [4];[5];[6] như Min-Chan Kim và cộng sự tiến hành nghiên cứu đa trung tâm trên 1057 bệnh nhân tại Hàn

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo các nhóm tuổi

Nhóm tuổi	n	Tỷ lệ (%)
< 20 tuổi	0	0
20 – 40 tuổi	6	12%
40 – 60 tuổi	28	56%
> 60 tuổi	16	32%

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 22 tuổi, lớn tuổi nhất là 75 tuổi, độ tuổi trung bình $54,4 \pm 11,4$ tuổi. Trong đó nhóm đối tượng trung niên (40-60 tuổi) hay gặp nhất chiếm tỉ lệ 56%. Kết quả này cũng tương tự như nhiều kết quả khác được ghi nhận trong nước [3] và ngoài nước [4]. Miettinen và cộng sự tiến hành nghiên cứu trên 1765 bệnh nhân nhận thấy người trẻ nhất mắc GIST dạ dày là 8 tuổi, tỉ lệ bệnh nhân < 21 tuổi chiếm 2,7% [1]. Nghiên cứu của chúng tôi tuy số lượng không nhiều như Miettinen và cộng sự nhưng cũng cho thấy rằng tỉ lệ GIST dạ dày ít gặp ở người trẻ.

3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới:

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 50 trường hợp trong đó có 32 bệnh nhân nữ và 18 bệnh nhân nam với tỷ lệ nam/nữ = 0,56. Tỷ lệ mắc GIST dạ dày ở nam và nữ tuy có sự chênh lệch nhưng không có ý nghĩa thống kê. Một số tác giả nước ngoài nghiên cứu trước đây như Miettinen có tỷ lệ bệnh nhân nam giới có xu hướng mắc nhiều hơn nữ [1]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới tương tự với một vài nghiên cứu trong [3], và ngoài nước [4],[5].

3.2. Điều trị phẫu thuật

3.2.1. Phẫu thuật

Quốc và Nhật Bản số trường hợp mổ nội soi chiếm tỉ lệ 37,7% [6]. Sở dĩ có sự chênh lệch kết quả như vậy vì kích thước u trung bình trong nghiên cứu của các tác giả này là 4 cm, thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (8,1 cm), ngoài ra có thể do trình độ, kinh nghiệm phẫu thuật viên và trang thiết bị hiện đại hơn Việt Nam. Tuy hiện tại tỉ lệ mổ nội soi GIST dạ dày còn thấp nhưng phẫu thuật nội soi cắt u GIST dạ dày trong nước đang từng bước được áp dụng và

phát triển ngày càng rộng rãi hơn.

Về mức độ triệt căn: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 45/50 (chiếm tỉ lệ 90%) trường hợp phẫu thuật triệt để (R0), còn lại 5 trường hợp (chiếm tỉ lệ 10%) phẫu thuật không triệt để (R2) do u xâm lấn phúc tạp chỉ có thể lấy u tối đa, trong đó có một trường hợp phẫu thuật thăm dò sinh thiết, mở thông dạ dày. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu trong nước [3], [6]. Như vậy trong GIST dạ dày tỉ lệ phẫu thuật được triệt để là tương đối cao.

Về cách thức phẫu thuật: Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân được chủ yếu được phẫu thuật cắt u hình chêm (chiếm tỉ lệ 72%) với diện cắt cách bờ khối u khoảng 2 cm, còn các phương pháp khác như phẫu thuật cắt đoạn, toàn bộ dạ dày, phẫu thuật cắt dạ dày mở rộng chiếm tỉ lệ thấp, đặc biệt mở thông dạ dày, sinh thiết rất thấp chỉ có 1 trường hợp (chiếm 2%) do u tâm vị lan rộng xâm lấn ôm mặt trước động mạch chủ bụng. Kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu trên thế giới [4];[5];[6] và trong nước [3]. Việc phẫu thuật cắt u hình chêm đã đem lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân, giúp bảo tồn được chức năng sinh lý của dạ dày. Chính vì vậy phẫu thuật cắt u hình chêm chiếm tỉ lệ cao nhất và phương pháp này cũng được khuyến cáo áp dụng chủ yếu trong phẫu thuật điều trị GIST dạ dày.

3.2.2. Tai biến trong mổ: Chúng tôi quan sát thấy diễn biến trong mổ thuận lợi, chỉ có 1 trường hợp chảy máu trong mổ (chiếm tỉ lệ 2%) do khối u nằm ở mặt sau dạ dày, lan rộng, xâm lấn vào lách và đuôi tụy, xâm lấn mạch mạc treo đại tràng ngang nên phải cắt đoạn dạ dày kèm lách và đuôi tụy, cắt đại tràng ngang để cầm máu, bệnh nhân phải truyền máu trong và sau mổ, tuy nhiên kết quả hậu phẫu tốt và bệnh nhân ra viện, kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Xanxai Soryavong tiến hành trên 35 bệnh nhân tại bệnh viện Việt Đức có 2 bệnh nhân phải truyền máu trong mổ [3].

3.2.3. Thời gian hậu phẫu: Thời gian hậu phẫu trung bình $11,1 \pm 5$ ngày, ngắn nhất 5 ngày, dài nhất 32 ngày. Kết quả của chúng tôi cho thấy thời gian hậu phẫu dài hơn so với một số nghiên cứu trong nước như Xanxai Soryavong thời gian hậu phẫu $8,1 \pm 3$ ngày [3] và nước ngoài như Daigle C và cộng sự chỉ có 6 ngày [7]. Một trong những ưu điểm của phẫu thuật nội soi là giảm thời gian nằm viện hậu phẫu so với mổ mở truyền thống, trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ phẫu thuật nội soi chỉ chiếm 4% thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Xanxai Soryavong (31,4%) và nghiên cứu của Daigle C

(82,6%) điều này cũng lí giải trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian hậu phẫu kéo dài hơn so với 2 tác giả trên.

3.5.4. Biến chứng sau mổ: Nhìn chung các bệnh nhân trong nghiên cứu có kết quả tốt sau phẫu thuật, biến chứng thấp và không có trường hợp nào tử vong sau mổ. Có 2 bệnh nhân biến chứng tại chỗ (4%), 1 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ và rò tụy (2%) đã được điều trị nội khoa đạt kết quả, 1(2%) trường hợp còn lại áp xe tồn dư đã được tách vết mổ, đặt dẫn lưu và kháng sinh, sau đó 2 trường hợp này ổn định, và ra viện. Có 1 bệnh nhân (2%) gặp biến chứng toàn thân là viêm phổi, sau điều trị kháng sinh ổn định. Kết quả này cũng tương tự như một số nghiên cứu trong và ngoài nước: Xanxai Soryavong nghiên cứu ở bệnh viện Việt Đức có 3 bệnh nhân nhiễm trùng sau mổ 1 bệnh nhân viêm phổi [3].

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 50 bệnh nhân GIST ở dạ dày tại Bệnh viện K cho thấy kết quả sớm của phẫu thuật điều trị GIST ở dạ dày hiệu quả và an toàn với tỷ lệ phẫu thuật triệt căn cao 90%, thời gian hậu phẫu trung bình $11,1 \pm 5$ ngày, tai biến trong mổ thấp 2%, biến chứng sau mổ chiếm 6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Miettinen M, Sobin LH, Lasota J, (2005).** Gastrointestinal stromal tumors of the stomach: a clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 1765 cases with long-term follow-up. *Am J Surg Pathol*, 29:52–68. [PubMed]
2. **Fletcher C. D., Berman J. J., Corless C., et al, (2002).** Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: A consensus approach. *Hum Pathol*, 33(5), 459–65.
3. **Xanxai Soryavong, (2016).** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật u mô đệm dạ dày tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ ngoại khoa, trường đại học Y Hà Nội.
4. **Ki-Han Kim, Min-Chan Kim, Ghap-Joong Jung, et al, (2012).** Long term survival results for gastric GIST: is laparoscopic surgery for large gastric GIST feasible?. *World J Surg Oncol*, 10: 230.
5. **In-Hwan Kim, In-Ho Kim, Sang-Gyu Kwak, et al, (2014).** Gastrointestinal stromal tumors (GISTs) of the stomach: a multicenter, retrospective study of curatively resected gastric GISTs. *Ann Surg Treat Res*, 87(6), 298–303.
6. **Min-Chan Kim, Jeong-Hwan Yook, Han-Kwang Yang, et al (2015).** Long-Term Surgical Outcome of 1057 Gastric GISTs According to 7th UICC/AJCC TNM System: Multicenter Observational Study From Korea and Japan. *Published Medicine (Baltimore)*, 94(41).
7. **Carl Daigle, MD, Adam T. Meneghetti, MD et al (2012).** Laparoscopic management of gastrointestinal stromal tumours: review at a Canadian centre. *Can J Surg*, 55(2): 105–109.

GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM DRAGON TRONG DỰ ĐOÁN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHỒI MÁU NÃO CẤP BẰNG THUỐC TIÊU HUYẾT KHỐI ALTEPLASE ĐƯỜNG TĨNH MẠCH

Phan Văn Quỳnh¹, Đào Việt Phương², Mai Duy Tôn²

TÓM TẮT

Thang điểm DRAGON có giá trị trong dự đoán kết quả hồi phục chức năng của bệnh nhân nhồi máu não cấp được điều trị bằng thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch. Mục tiêu của chúng tôi là đánh giá giá trị của thang điểm trong dự đoán kết quả hồi phục chức năng trên những bệnh nhân nhồi máu cấp được điều trị thuốc tiêu huyết khối alteplase với liều 0.6 mg/kg. **Phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu, có 178 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn. Chúng tôi đánh giá khả năng dự đoán của thang điểm DRAGON với diện tích dưới đường cong ROC cho kết quả tốt (mRS 0-2) và kết quả xấu (mRS 5-6). **Kết quả:** tỷ lệ bệnh nhân có kết quả tốt (mRS 0-2) là 100%, 87.5%, 80% và 0% tương ứng với điểm DRAGON là 0-1, 2,3 và 8-10. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả xấu (mRS 5-6) là 0%, 4.65%, 12.5%, 71.4% và 100% tương ứng với điểm DRAGON là 0-2, 3, 4, 8 và 9-10 điểm. Khả năng dự đoán của thang điểm với diện tích dưới đường cong là 0.854 (0.82- 0.87) cho kết quả tốt và 0.849 (0.82-0.88) cho kết quả xấu. **Kết luận:** thang điểm DRAGON có giá trị tốt trong dự đoán kết quả tốt và kết quả xấu của bệnh nhân nhồi máu não cấp được điều trị bằng thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch.

SUMMARY

VALUE OF DRAGON SCORE IN PREDICTING OUTCOME OF THROMBOLYTIC TREATMENT FOR ACUTE ISCHEMIC STROKE

Background: The DRAGON score was found in the predicted outcome of functional independence of patients with acute ischemic stroke treated with thrombolytic. Our goal is to evaluate the value of the score scale in predicting functional independence in patients with acute ischemic stroke treated with dose of 0.6 mg / kg alteplase. **Method:** retrospective study, included 178 eligible patients. We assessed the predictive ability of the DRAGON scale with the area under the ROC curve for good outcome (mRS 0-2) and the poor outcome (mRS 5-6). **Results:** The percentage of patients with good outcome (mRS 0-2) was 100%, 87.5%, 80% and 0% relative to the DRAGON score of 0-1, 2,3 and 8-10. The rate of patients with poor outcomes (mRS 5-6) was 0%, 4.65%, 12.5%, 71.4% and 100%, respectively, for DRAGON scores of 0-2, 3, 4, 8 and 9-10 points. The

predictive ability of the area under the curve was 0.854 (0.82- 0.87) for good outcome and 0.849 (0.82-0.88) for poor outcome. **Conclusion:** The DRAGON scoring scale has good values in predicting good outcome and poor outcome of acute ischemic stroke treated with thrombolytic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị nhồi máu não cấp bằng thuốc tiêu huyết khối alteplase đường tĩnh mạch là một trong những biện pháp đầu tiên nhằm duy trì sự tưới máu não và mang lại kết quả tốt. Tuy nhiên không phải tất cả các bệnh nhân được điều trị đều cho kết quả tốt, khoảng hơn một nửa số bệnh nhân được điều trị cho kết quả hồi phục tốt về chức năng sau 3 tháng (mRS 0-2)^{1,2}. Việc dự đoán sớm kết quả của bệnh nhân trước điều trị sẽ hỗ trợ các bác sỹ lâm sàng quyết định lựa chọn biện pháp điều trị (sử dụng thuốc tiêu huyết khối đơn thuần, phối hợp dùng thuốc tiêu huyết khối với can thiệp nội mạch lấy huyết khối hoặc lấy huyết khối nội mạch thì đầu) đồng thời giải thích cho bệnh nhân và gia đình về khả năng hồi phục chức năng khi điều trị thuốc tiêu huyết khối. Thang điểm DRAGON³ (bảng 1) được phát triển để dự đoán kết quả hồi phục chức năng của bệnh nhân nhồi máu não cấp được điều trị bằng thuốc tiêu huyết khối sau ba tháng.

Nhiều nghiên cứu cho thấy thang điểm DRAGON có giá trị tốt trong dự đoán kết quả hồi phục chức năng của bệnh nhân nhồi máu não cấp được điều trị bằng thuốc tiêu huyết khối alteplase sau 3 tháng^{4,5,6}. Tại Việt Nam điều trị nhồi máu não cấp bằng thuốc tiêu huyết khối alteplase liều 0.6 mg/kg đã được nghiên cứu và áp dụng tại bệnh viện Bạch Mai⁷ và nhiều bệnh viện khác, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào dự đoán sớm kết quả của bệnh nhân sau điều trị thuốc tiêu huyết khối. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Đánh giá giá trị của thang điểm DRAGON trong dự đoán kết quả hồi phục chức năng của bệnh nhân nhồi máu não cấp được điều trị bằng thuốc tiêu huyết khối alteplase liều 0.6 mg/kg sau 3 tháng.*

Bảng 1. Thang điểm DRAGON

		Điểm
Dấu hiệu tăng tỷ trọng động mạch não trên chụp cắt lớp vi tính sọ não	Có không	1 0

¹Bệnh viện đa khoa Phố Nối

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Phương

Email: daovietphuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.9.2017

Ngày duyệt bài: 13.9.2017

Dấu hiệu nhồi máu não sớm trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ não	Có không	1 0
Tuổi	< 65	0
	65-79	1
	≥ 80	2
Điểm NIHSS lúc nhập viện	> 15	3
	10- 15	2
	5-9	1
	0-4	0
Đường máu tĩnh mạch lúc nhập viện	< 8 mmol/l	0
	≥ 8 mmol/l	1
Mức độ tàn phế trước khi bị đột quỵ(mRS)	≤ 1	0
	> 1	1
Thời gian khởi phát đột quỵ đến khi điều trị thuốc tiêu huyết khối	≤ 90 phút	0
	> 90 phút	1
Tổng điểm		

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: gồm 178 bệnh nhân nhồi máu não cấp được điều trị thuốc tiêu huyết khối alteplase đường tĩnh mạch liều 0.6 mg/kg từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 6 năm

2017 tại khoa cấp cứu bệnh viện Bạch Mai.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân nhồi máu não cấp được điều trị thuốc tiêu huyết khối alteplase liều 0.6mg/kg.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân bị tắc tuần hoàn não sau, bệnh nhân có phổi hợp dùng thuốc tiêu huyết khối với lấy huyết khối nội mạch

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu. Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

Điểm modified Rankin Scale (mRS) được đánh giá sau 3 tháng. Kết quả tốt được xác định là điểm mRS: 0-2, kết quả xấu là mRS: 5-6

Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Số liệu nhân khẩu học và đặc điểm của bệnh nhân từ nghiên cứu gốc tại Helsinki và nghiên cứu của chúng tôi được mô tả trong bảng 2.

Độ nhạy, độ đặc hiệu được tính toán cho tương ứng với mỗi điểm DRAGON bằng cách sử dụng bảng 2x 2.

Mô hình dự đoán được đánh giá bằng diện tích dưới đường cong ROC với khoảng tin cậy 95%. Đánh giá mức độ phù hợp của mô hình bằng thử nghiệm Hosmer – Lemeshow.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

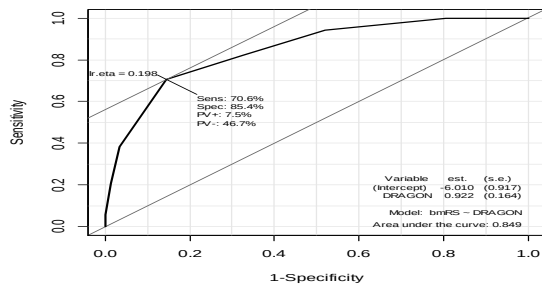
Bảng 2. Số liệu nhân khẩu học và đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

	Nghiên cứu gốc n =1319	Nghiên cứu tại Bạch Mai n = 178	
Tuổi	69 (60- 77)	65 (40-86)	P <0.01
Nam giới,n	729 (55.3)	108 (60.7)	P =0.198
Thời gian khởi phát đột quỵ đến khi điều trị thuốc tiêu huyết khối	118 (88-158)	180 (75-265)	P < 0.01
Điểm NIHSS lúc nhập viện	9 (5-14)	11 (5-23)	P< 0.01
Dấu hiệu tăng tỷ trọng động mạch não trên CT	233 (17.7)	30 (16.8)	P=0.79
Dấu hiệu nhồi máu não sớm	406 (30.6)	68 (38.2)	P=0.02
Điểm mRS trước đột quỵ >1, n	82 (6.2)	4 (2.2)	P =0.033
Đường máu lúc nhập viện	6.6 (5.7-7.8)	7.2 (5.2-17.2)	P < 0.01
Tiền sử THA	787 (59.7)	101 (56.7)	P= 0.596
Tiền sử bệnh tiểu đường	191 (14.5)	27 (15.1)	P= 0.936
Tăng mỡ máu	516 (39.1)	40(22.4)	P < 0.01
Rung nhĩ	365 (27.7)	27 (15.1)	P < 0.01
Điểm mRS sau 3 tháng			
0-2	798 (60.5)	104 (58.4)	P= 0.52
3-4	339 (25.7)	43 (24.1)	P= 0.65
5-6	182 (13.8)	25 (14)	P = 0.92

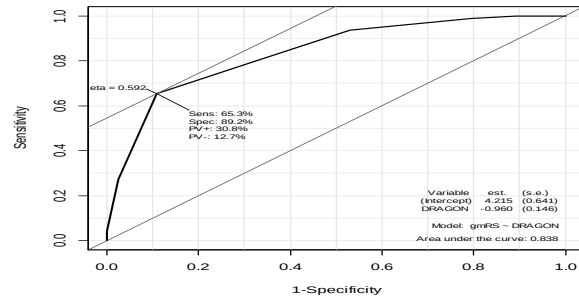
Bảng 3. Độ nhạy, độ đặc hiệu cho kết quả tốt, kết quả xấu tương ứng với mỗi điểm DRAGON

DRAGON	Kết quả tốt (mRS 0-2)		Kết quả xấu (mRS 5-6)	
	Độ nhạy %	Độ đặc hiệu %	Độ nhạy %	Độ đặc hiệu %
0-1	3.8 (3.2-4.3)	97.3 (96.5-98.5)	0	100
2	21.1(18.5-23.2)	95.9 (94.2-97.6)	0	100
3	25.9 (23.4- 30.5)	78.4 (75.3-79.8)	4 (3.5- 5.5)	79.7 (78.2- 81.3)

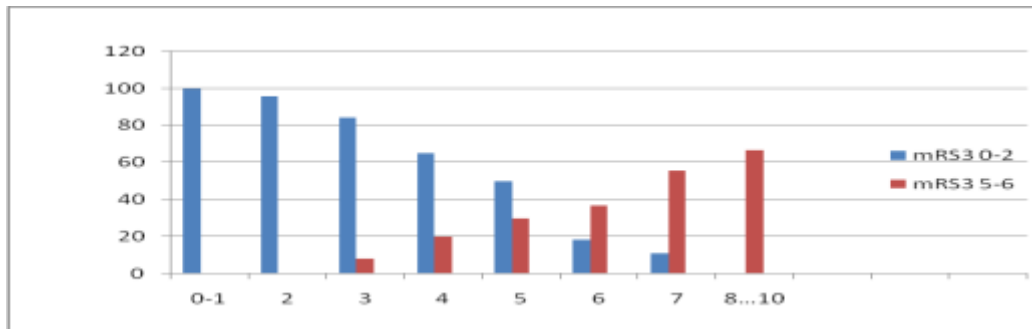
4	25.9 (23.4- 30.5)	79.7 (77.4-82.5)	16 (14-18)	74.5 (72.6- 76.1)
5	14.4 (12.1-16.6)	66.2 (65.3-67.1)	4 (2.1-4.3)	81 (79.5- 83.2)
6	4.8 (3.3-5.6)	89.2 (88.1- 90.2)	32 (30.2-35.1)	87.5 (85.4-88.8)
7	0.96 (0.4-1.4)	89.2 (87.5-91.3)	25 (23.2-27.4)	97.3 (96.6-99.2)
8-10	0	100	24 (22.5-27.3)	98 (96.2-99.1)



Biểu đồ 1. Đường cong ROC và diện tích dưới đường cong của thang điểm DRAGON dự đoán kết quả tốt sau 3 tháng



Biểu đồ 2. Đường cong ROC và diện tích dưới đường cong của thang điểm DRAGON dự đoán kết quả xấu sau 3 tháng



Biểu đồ 3. Kết quả của bệnh nhân sau 3 tháng tương ứng với các mức điểm DRAGON.

Kết quả tốt tương ứng với điểm modified Rankin sửa đổi (mRS3) 0-2 và được biểu thị bằng các thanh màu xanh. Kết quả xấu tương ứng với mRS3 5-6 và được biểu thị bằng các thanh màu đỏ. Từ tháng 1/2015 đến tháng 6/2017 có 178 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu.

Đặc điểm cơ bản của bệnh nhân nghiên cứu được mô tả trong bảng 2. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình là 65 tuổi, có 60.7% là nam, 39,3% là nữ, tuổi thấp nhất là 32 và cao nhất là 86 tuổi. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Strbian.

Thời gian từ khi khởi phát đột quỵ đến khi điều trị thuốc tiêu huyết khối trung bình là 180 phút tương tự như trong nghiên cứu của Zhang nhưng cao hơn trong nghiên cứu của Strbian (118 phút) với $p < 0.01$, nguyên nhân là do bệnh nhân bị đột quỵ thường đến viện chậm trễ, do vậy cần tăng cường giáo dục truyền thông cho người dân hiểu về đột quỵ não để khi xảy ra đột quỵ bệnh nhân sẽ được đưa đến viện nhanh nhất.

Điểm NIHSS trung bình lúc nhập viện là 11 tương tự như trong nghiên cứu của Zhang và cao hơn trong nghiên cứu gốc của Strbian ($p < 0.01$). Có 56.7% số bệnh nhân có tiền sử tăng HA trước đó, đường máu trung bình lúc nhập viện là 7,2mmol/l cao hơn đường máu trung bình trong nghiên cứu của Strbian (6.6 mmol/l) và của Zhang (6.8 mmol/l). 15.1% bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường. Tỷ lệ bệnh nhân có rung nhĩ là 15.1% thấp hơn trong nghiên cứu của Strbian.

Kết quả hồi phục về chức năng của bệnh nhân sau 3 tháng tương ứng với các điểm DRAGON được thể hiện trong biểu đồ 3. Bệnh nhân có điểm DRAGON bằng 4 chiếm tỷ lệ cao nhất 44/178 (24.7%) tương tự như các nghiên cứu trước đó. Tỷ lệ bệnh nhân đạt có kết quả hồi phục chức năng tốt (mRS 0-2) là 100%, 91.6%, 87.5%, 63.6% và 0% tương ứng với điểm DRAGON là 0-1, 2, 3, 4 và 8-10. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả xấu (mRS 5- 6) là 0%, 3.1%, 9.3%, 66.7% và tương ứng với điểm DRAGON là 0-2, 3, 4 và 8-10 điểm, trong nghiên cứu của chúng tôi

không có bệnh nhân nào có điểm DRAGON 0 hoặc 10 điểm do số lượng bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi nhỏ. Độ nhạy, độ đặc hiệu cho kết quả phục hồi chức năng sau 3 tháng tương ứng với các điểm DRAGON được trình bày trong bảng 3. Kết quả dự đoán của thang điểm được trình bày trong biểu đồ 2. Khả năng dự đoán của thang điểm với diện tích dưới đường cong AUC-ROC là 0.854 (0.82-0.87) cho kết quả tốt và 0.849 (0.82-0.88) cho kết quả xấu tương tự như trong nghiên cứu của Strbian. Kiểm tra với Hosmer- Lemeshow cho thấy sự phù hợp giữa giá trị quan sát được và giá trị dự đoán.

Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có điểm DRAGON ≥ 8 đều có kết cục không tốt tại thời điểm 3 tháng sau điều trị thuốc tiêu huyết khối, do vậy trong thực hành lâm sàng có thể cân nhắc lựa chọn biện pháp điều trị thay thế thuốc tiêu huyết khối khi điểm DRAGON của bệnh nhân ≥ 8 .

V. KẾT LUẬN

Thang điểm DRAGON là công cụ đơn giản, dễ áp dụng trong lâm sàng, không tốn kém có thể nhanh chóng dự đoán khả năng hồi phục chức năng của bệnh nhân nhồi máu não cấp được

điều trị bằng thuốc tiêu huyết khối alteplase đường tĩnh mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke.** The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. N Engl J Med 1995; 333:1581-1587.
2. **Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, et al.** Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. N Engl J Med 2008; 359: 1317-1329.
3. **Strbian D, Meretoja A, Ahlhelm F, et al.** Predicting outcome of IV thrombolysis-treated ischemic stroke patients: the DRAGON score. Neurology 2012;78: 427-432.
4. **Strbian D, Seiffge D, Breuer L, et al.** Validation of the DRAGON score in 12 stroke centers in anterior and posterior circulation. Stroke 2013; 44:2718-2721.
5. **Zhang X, Liao X, Wang C, et al.** Validation of the DRAGON Score in a Chinese Population to Predict Functional Outcome of Intravenous Thrombolysis-Treated Stroke Patients. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases 2015; 24(8): 1755- 1760.
6. **Eva G, Ana R, Elisa C, et al.** External validation of the DRAGON score in an elderly Spanish population: prediction of stroke prognosis after IV thrombolysis. Cerebrovasc Dis 2013;36(2):110-114.
7. **Mai Duy Tôn (2012).** *Đánh giá hiệu quả điều trị đột quỵ nhồi máu não cấp trong vòng 3 giờ đầu bằng thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch Alteplase liều thấp*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.

ẢNH HƯỞNG CỦA HỒI XUÂN HOÀN LÊN MỘT SỐ CHỈ SỐ PHÔI THAI VÀ KHẢ NĂNG MANG THAI CHUỘT NHẮT TRẮNG

Đoàn Minh Thụy*

TÓM TẮT

Cho đến nay, việc điều trị vô sinh vẫn là vấn đề hóc búa và thách thức, nhiều phương pháp điều trị vô sinh vẫn đang tiếp tục được nghiên cứu. Để góp phần chứng minh tính an toàn trước khi sử dụng trên bệnh nhân nam vô sinh, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: *Đánh giá ảnh hưởng của Hồi xuân hoàn (HXH) lên một số chỉ số phôi thai và khả năng mang thai chuột nhắt trắng*. Nghiên cứu thực hiện trên 441 chuột nhắt trắng Mus musculus chủng Swiss (thể hệ P), gồm 147 chuột đực và 294 chuột cái, 4 tuần tuổi, chia ngẫu nhiên làm 05 lô: lô chứng, lô 1, lô 2, lô 3, lô 4. *Kết quả và kết luận:* HXH ở hai liều 3g/kg TLCT và liều 9g/kg TLCT khi cho chuột đực ăn liên tục ít nhất 60 ngày, chuột cái ăn liên tục ít nhất 15 ngày có tác dụng làm tăng tỉ lệ thai sống, giảm tỉ lệ thai chết ở chuột P sinh F1,

không gây các đột biến ở các thể hệ con F1 và F2. HXH tăng tỉ lệ mang thai ở chuột P so với lô chứng.

Từ khóa: tỉ lệ thai sống, tỉ lệ thai chết, tỉ lệ mang thai.

SUMMARY

THE EFFECTS OF HXH ON EMBRO-FETUS PARAMETERS, POSSIBILITY PREGNANCE IN MICES

So far, the treatment of infertility remains the thorny problems and challenges, many infertility treatments continues to be studied. In order to demonstrate the safety of HXH before using onto patients with infertility. We have conducted this research with aims: Assess the affects of HXH on embryo - fetus parameters and possibility pregnancy in mices. The study carried on 441 Musmusculus mices, Swiss, 147 mice and 294 female mice, age 4 weeks, randomized to 5 groups: control group, group 1, group 2, group 3, group 4. Results & Conclusions: With dose 3 g/kg BW and 9g/kg BW, the male mices were kept taking dose for at least 60 days consecutively, the female mices were kept taking dose for at least 15 days consecutively, HXH has increased live fetal rate, reduced death fetal rate in generation P birth F1. HXH has not caused mutations in F1 and F2

*Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Minh Thụy
Email: doanminhthuyvn@yahoo.com
Ngày nhận bài: 18.7.2017
Ngày phản biện khoa học: 30.8.2017
Ngày duyệt bài: 5.9.2017

generations of mice. HXH increased the pregnancy rate in P generation when compared to the control.

Keywords: live fetal rate, death fetal rate, pregnancy rate of mice

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cho đến nay, việc điều trị vô sinh vẫn là vấn đề hóc búa và thách thức, nhiều phương pháp điều trị vô sinh vẫn đang tiếp tục được nghiên cứu. Bên cạnh những thành tựu đạt được như số lượng, chất lượng tinh trùng tăng lên, tỉ lệ trẻ sinh sống đạt từ 20,8% đến 33,4%, tùy từng phương pháp, những phương pháp này còn có những tác dụng không mong muốn như đa thai, chửa ngoài tử cung, quá kích buồng trứng, bất thường di truyền phôi [1].

Với mong muốn tìm một bài thuốc y học cổ truyền, đóng góp điều trị tốt bệnh này, giúp các cặp vợ chồng vô sinh có cơ hội có con một cách tự nhiên, ít hoặc không có tác dụng không mong muốn. Nhằm đảm bảo tính an toàn khi sử dụng bài thuốc điều trị cho những bệnh nhân vô sinh nam, đề tài được tiến hành nhằm mục tiêu: *Đánh giá ảnh hưởng của HXH lên một số chỉ số phôi thai và khả năng mai thai chuột nhắt trắng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Vật liệu nghiên cứu: Viên nang HXH 500mg, đạt tiêu chuẩn cơ sở. Do Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam sản xuất.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: 441 chuột chuột nhắt trắng Mus musculus chủng Swiss, thuần chủng, gồm 147 chuột đực và 294 chuột cái, 4 tuần tuổi, trọng lượng 18,0-22,0g, khỏe mạnh. Tất cả chuột, được nuôi trong điều kiện chuẩn tại phòng chăn nuôi thực nghiệm của Bộ môn Dược lý-Học viện Quân Y với cùng điều kiện về nhiệt độ, độ ẩm, tỉ lệ thời gian sáng tối là 12/12, nước uống sạch, thức ăn do Trung tâm Động vật thí nghiệm Học viện Quân Y cung cấp.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Thực hiện theo mô hình hướng dẫn về nghiên cứu tính an toàn và hiệu quả thuốc thảo dược của WHO 1993 [2] và đánh giá tính an toàn của thuốc của Tổ chức các nước phát triển Châu Âu (OECD) [3], [4]; có áp dụng tiêu chuẩn Việt Nam [5], [6].

2.3.1. Chỉ số nghiên cứu: Số thai sống, số thai chết; Số thai dị dạng; Số chuột không phôi không hoàng thể; Số chuột không phôi có hoàng thể; Số chuột không thai;

2.3.2 Liều thuốc và cách dùng: Vì HXH đã được sử dụng trên người, nên chúng tôi ngoại suy từ liều trên người cho thử nghiệm trên động vật [6].

Liều 1: 3g/kg TLCT chuột; Liều 2 (gấp 3 liều

1): 9g/kg TLCT chuột (Liều 1 được ngoại suy từ liều điều trị dùng trên người nhân hệ số 10).

Cách dùng: Bằng đường ăn. Chuột được cho ăn từ 16 giờ ngày hôm trước, vào 8 giờ sáng ngày hôm sau cho ăn thuốc. Trộn thuốc với một lượng cơm nhỏ, vo thành viên, đặt vào đĩa petri và cho chuột ăn. Theo dõi chuột ăn hết thức ăn có thuốc mới cho ăn thức ăn như bình thường.

2.3.3. Cách tiến hành

➤ **Giai đoạn trước khi ghép cặp:** Con đực ăn thuốc ít nhất 60 ngày (lô 1, lô 2, lô 3, lô 4) trước khi ghép cặp, con cái ăn thuốc ít nhất 15 ngày (lô 1, lô 2) trước khi ghép cặp [6], [2].

➤ **Giai đoạn ghép cặp:** Khi chuột ăn thuốc đủ thời gian, lúc này tất cả chuột đã được nuôi 63 ngày và đạt cân nặng từ 28gram trở lên, tiến hành ghép cặp, chia làm 5 lô nghiên cứu như sau:

Lô chứng: 28 chuột đực không ăn thuốc + 56 chuột cái không ăn thuốc

Lô 1: 33 chuột đực ăn thuốc liều 1 + 66 chuột cái ăn thuốc liều 1

Lô 2: 28 chuột đực ăn thuốc liều 2 + 56 chuột cái ăn thuốc liều 2

Lô 3: 30 chuột đực ăn thuốc liều 1 + 60 chuột cái không ăn thuốc

Lô 4: 28 chuột đực ăn thuốc liều 2 + 56 chuột cái không ăn thuốc

Ghép chuột: mỗi chuồng 1 đực, 2 cái.

Sau khi ghép cặp ở lô 1 và lô 2 vẫn tiếp tục cho chuột ăn thuốc đến khi nhận định chuột cái đã có thai [2], [6],[7].

➤ **Giai đoạn sau ghép cặp:** 15 ngày sau khi ghép cặp, tách riêng đực, cái. Chia ngẫu nhiên chuột cái ở các chuồng thành 2 nhóm:

- Nhóm 1: gồm 50% số chuột cái, được mổ để quan sát, đánh giá các chỉ số phôi thai và tình trạng buồng trứng của chuột (thể hệ P).

- Nhóm 2: số chuột cái còn lại được nuôi đến khi đẻ để quan sát đánh giá thể hệ con F₁.

Thể hệ F₁: Số chuột con F₁ do P đẻ ra được nuôi lớn trong điều kiện của phòng chăn nuôi thực nghiệm. Khi cân nặng đạt 12g (khoảng 3 tuần sau khi sinh), tách riêng đực, cái. Tiếp tục nuôi lớn (không uống HXH) khi cân nặng đạt từ 28 gram trở lên (khoảng 10 tuần tuổi), tiến hành ghép cặp một đực với hai cái để đánh giá tình trạng phôi thai của F₁ theo quy trình như trên.

Nghiên cứu được thực hiện tại bộ môn Dược lý, Học viện Quân Y, bộ môn Y Sinh học và Di truyền trường đại học Y Hà Nội từ 10/ 2007 đến 10/2009.

2.4. Xử lý số liệu: Các số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm Microsoft Office Excel 2003 và Epi Info 6.04.

III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1 Số thai dị dạng, số thai sống, thai chết ở chuột P mang thai F1

Lô	Số chuột có thai	Số hoàng thể	Số thai dị dạng	Số thai sống (%)	Số thai chết		
					Sớm	Muộn	Tổng số (%)
Chứng	11	106	0	89 (83,96 %)	7	4	11 (10,38 %)
Lô 1	23	194	0	188 (96,91 %)	2	1	3 (1,55 %)
Lô 2	21	207	0	180 (86,96 %)	5	1	6 (2,90 %)
Lô 3	15	132	0	122 (92,42 %)	1	3	4 (3,03%)
Lô 4	15	151	0	146 (96,69 %)	0	2	2 (1,32 %)
So sánh chứng - lô1				$p < 0,001$			$p < 0,01$
Chứng - lô 2				$p > 0,05$			$p < 0,01$
Chứng - lô 3				$p < 0,05$			$p < 0,05$
Chứng - lô 4				$p < 0,001$			$p < 0,01$
Lô1 - lô 2				$p < 0,001$			$p > 0,05$
Lô3 - lô 4				$p > 0,05$			$p > 0,05$

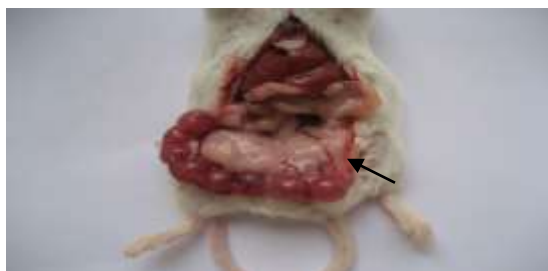
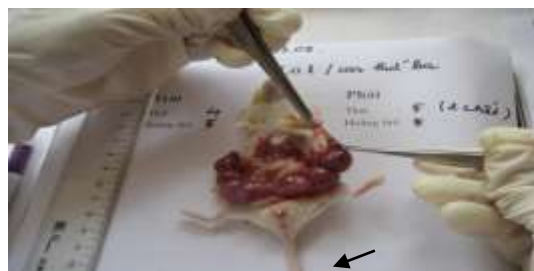
Kết quả từ bảng 3.1 cho thấy: Không quan sát thấy thai dị dạng ở các lô chuột nghiên cứu.

Tỉ lệ thai sống ở các lô 1 và lô 4 cao hơn lô chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001-0,05$). Tỉ lệ thai sống ở lô 2 có xu hướng cao hơn lô chứng với $p > 0,05$.

Tỉ lệ thai sống lô 1 cao hơn lô 2 ($p < 0,001$).

Tỉ lệ thai chết ở các lô (1, 2, 3, 4) đều giảm so với lô chứng ($p < 0,01-0,05$).

Hình ảnh thai chết sớm, chết muộn: Rất ít gặp hình ảnh các thai chết ở các chuột nghiên cứu (Hình 3.1; 3.2):

**Hình 3.1. Hình ảnh thai chết muộn****Hình 3.2. Hình ảnh thai chết sớm****Bảng 3.2. Số thai dị dạng, số thai sống, số thai chết ở chuột F1 mang thai F2**

Lô	Số chuột có thai	Số hoàng thể	Số thai dị dạng	Số thai sống (%)	Số thai chết		
					Sớm	Muộn	Tổng
Chứng	23	220	0	197 (89,55 %)	5	7	12 (5,45%)
Lô1	22	194	0	182 (93,81 %)	1	3	4 (2,1 %)
Lô 2	20	176	0	157 (89,2 %)	3	7	10 (5,68 %)
Lô 3	18	166	0	156 (93,98 %)	4	1	5 (3,01 %)
Lô 4	17	131	0	114 (87,02 %)	12	1	13 (9,91 %)
So sánh chứng – lô1			$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$		
So sánh chứng – lô 2			$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$		
So sánh chứng – lô 3			$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$		
So sánh chứng – lô 4			$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$		
So sánh lô1 – lô 2			$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$		
So sánh lô3 – lô 4			$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$		

Kết quả từ bảng 3.2 cho thấy: Ở tất cả các lô đều không có thai dị dạng. Tỉ lệ thai sống, tổng số tỉ lệ thai chết ở các lô 1, lô 2, lô 3 và lô 4 khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với lô chứng ($p > 0,05$).

Bảng 3.3. Ảnh hưởng của HXH lên khả năng mang thai ở chuột P

Lô	Số chuột mổ	Số chuột có thai	Số chuột không phôi, không hoàng thể	Số chuột không phôi, có hoàng thể	Số chuột không có thai
Chứng	28	11	13 (46,4%)	4 (14,3%)	17 (60,7%)
Lô 1	33	23	9 (27,3%)	1 (3,0%)	10 (30,3%)
Lô 2	28	21	5 (17,9%)	2 (7,1%)	7 (25,0%)

Lô 3	30	15	15 (50,0%)	0	15 (50,0%)
Lô 4	28	15	10 (35,7%)	3 (10,7%)	13 (46,4%)
So sánh chứng - lô 1			$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p < 0,05$
So sánh chứng - lô 2			$p < 0,05$	$p > 0,05$	$p < 0,01$
So sánh chứng - lô 3			$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$
So sánh chứng - lô 4			$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$

Kết quả từ bảng 3.3 cho thấy: số chuột mổ không có thai ở lô 1, lô 2, thấp hơn lô chứng, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01 - 0,05$). Số chuột không phôi, không hoàng thể ở lô 2 thấp hơn lô chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.4. Ảnh hưởng của HXH lên khả năng mang thai ở chuột F1

Lô	Số chuột mổ	Số chuột có thai	Số chuột không phôi, không hoàng thể	Số chuột không phôi, có hoàng thể	Tổng số chuột không thai
Chứng	25	20	3 (12 %)	2 (8%)	5 (20 %)
Lô 1	22	22	0	0	0
Lô 2	25	20	4 (16 %)	1 (4%)	5 (20%)
Lô 3	24	19	4 (16.67%)	1 (4.17%)	5 (20.83%)
Lô 4	20	15	3 (15 %)	2 (10 %)	5 (25%)
So sánh chứng - lô 1			$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$
So sánh chứng - lô 2			$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$
So sánh chứng - lô 3			$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$
So sánh chứng - lô 4			$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$

Kết quả từ bảng 3.4 cho thấy: Tỷ lệ chuột không phôi, không hoàng thể; không phôi, có hoàng thể ở lô 1, lô 2, lô 3, lô 4 khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với lô chứng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Chuột P mang thai F1: Tỷ lệ thai sống ở tất cả các lô dùng thuốc đều cao hơn so với lô chứng, đặc biệt ở lô 1, lô 3 và lô 4, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001 - 0,05$). Lô 1 (liều 1 đực - cái ăn thuốc), lô 3 (đực ăn thuốc liều 1), lô 4 (đực ăn thuốc liều 2), tỷ lệ thai sống cao hơn hẳn lô 2 (đực cái ăn thuốc liều 2) (bảng 3.1).

Mọi sinh vật nói chung và con người nói riêng, đều chịu sự chi phối của quy luật chọn lọc tự nhiên diễn ra trong suốt quá trình phát triển cá thể: đa số phôi thai mang gen đột biến bị đào thải sớm hoặc muộn bằng chết hợp tử, thai lưu, sảy thai, đẻ non, ... Chỉ một phần nhỏ phôi thai có nhiễm sắc thể bị rối loạn được ra đời, tùy mức độ nặng nhẹ mà có thể bị chết sau sinh.

Thai chết sớm: là thai không còn nhìn rõ hình thái, bị thoái hóa nhiều hay ít, để lại trên tử cung một mô thoái hóa màu nâu giống như vết máu thâm. Nếu thai chết ở giai đoạn rất sớm, vết tích còn lại cũng ít hơn. Thai chết muộn: là thai còn nhìn thấy rõ hình thái, bắt đầu bị thoái hóa hay chỉ là thai có màu nhợt nhạt.

Tỷ lệ thai chết ở tất cả các lô chuột dùng thuốc đều nhỏ hơn ở lô chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01 - 0,05$) (bảng 3.1).

Kết quả này cho thấy tác dụng theo chiều hướng tích cực của bài thuốc sử dụng. Kể cả ở liều gấp 3 liều điều trị và khi cả đực và cái cùng sử dụng thuốc cũng không có ảnh hưởng bất lợi đến phôi thai của chuột thí nghiệm.

Số chuột không có thai, không có hoàng thể (chuột không phóng noãn) lô dùng thuốc giảm rõ rệt so với lô chứng; đặc biệt là ở lô dùng thuốc liều II, hai chỉ số này đều giảm mạnh. Chứng tỏ tác dụng của thuốc HXH làm tăng mạnh mẽ khả năng sinh sản của chuột khi dùng thuốc cho chuột đực và chuột cái, đặc biệt là khi dùng liều gấp 3 lần liều điều trị (bảng 3.3).

Thai chuột và chuột con của các lô nghiên cứu P và F1 không có dị tật bẩm sinh quan sát được ở mắt, mũi, môi, tai, chân... Đây là kết quả mong đợi, chứng tỏ HXH không gây các đột biến ở các thế hệ con của chuột nhất trắng.

4.2. Chuột F1 mang thai F2: Chuột F1 mang thai F2: Không có sự khác biệt về tỷ lệ thai sống, tỷ lệ thai chết ở các lô thử nghiệm so với lô chứng. Như vậy, thuốc không còn tác động đến bào thai của chuột F1, không có hiện tượng tích lũy thuốc (bảng 3.2, 3.4).

V. KẾT LUẬN

HXH ở hai liều 3g/kg TLCT và liều 9g/kg TLCT khi cho chuột đực ăn liên tục ít nhất 60 ngày, chuột cái ăn liên tục ít nhất 15 ngày:

HXH làm tăng tỷ lệ thai sống, giảm tỷ lệ thai chết ở chuột P sinh F1, không gây các đột biến ở các thế hệ con F1 và F2.

HXH tăng khả năng sinh sản ở chuột P so với lô chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Schieve LA, Peterson HB, Meikle SF, Jeng G, Danel I, Burnett NM, et al. Live-birth rates and multiple-birth risk using in vitro fertilization. *J Am Med Assoc.* 1999; 282:1832-8.
2. World Health Organization (1993), Research Guidelines for Evaluating the Safety and Efficacy of Herbal Medicines, Manila, Philipin, pp 35 - 58.
3. Gad, Shayne C. (2002), "Acute Toxicity Testing in Drug Safety Evaluation", *Drug Safety Evaluation*, Wiley - Interscience a John Wiley and Sons, InC., Publication, 1, pp. 130-75.
4. Gad, Shayne C. (2002), "Subchronic and Chronic Toxicity Studies", *Drug Safety Evaluation*, Wiley - Interscience, a John Wiley and Sons, InC., Publication, 1, pp. 237-57.
5. Bộ Y Tế (1996) "Phụ lục 3: Hướng dẫn về khảo sát độc tính thuốc cổ truyền", *Hướng dẫn nghiên cứu, đánh giá tính an toàn và hiệu lực thuốc cổ truyền Việt Nam*, tr. 41-6.
6. Đỗ Trung Đàm (2006), *Phương pháp nghiên cứu tác dụng dược lý của thuốc từ dược thảo*, NXB Khoa học và Kỹ thuật Hà Nội, tr. 335- 42, 347-52, 355-368, 377-392.
7. Đoàn Thị Nhu (2006), "Chăm sóc, sinh sản và quản lý động vật thí nghiệm", *Phương pháp nghiên cứu tác dụng dược lý của thuốc từ dược thảo*, Viện Dược Liệu, NXB Khoa học và Kỹ thuật Hà Nội, tr. 22-7.

ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG PHỤC HỒI VẬN ĐỘNG CỘT SỐNG THẮT LƯNG CỦA THUỐC "BỔ THẬN TRẮNG DƯƠNG HOÀN" Ở BỆNH NHÂN MẮC CHỨNG ĐAU THẮT LƯNG THỂ THẬN DƯƠNG HƯ

Đoàn Quang Huy*

TÓM TẮT

Nghiên cứu điều trị của "Bổ thận tráng dương hoàn" ở 30 bệnh nhân mắc chứng đau thắt lưng thể thận dương hư về khả năng phục hồi vận động cột sống thắt lưng. Kết quả cho thấy, nghiệm pháp Schober, cử động gấp duỗi cột sống, động tác nghiêng cột sống sang phải, trái và động tác xoay cột sống sang phải trái cải thiện dần sau thời gian điều trị, tuy nhiên tăng rõ sau 30 ngày điều trị. Kết quả nghiệm pháp Schober 11-12cm giảm đi (0% so với 6.67%), phần trăm kết quả nghiệm pháp Schober 11-12cm giảm 100.0%; kết quả 12-13 cm cũng giảm (3.33% so với 43.33%), phần trăm kết quả 12-13cm giảm 92.3%; kết quả >14cm cũng giảm (60.0% so với 0.0%), phần trăm kết quả >14cm tăng 100.0%. Cử động gấp và duỗi cột sống cải thiện (79,29° so với 88,53° và 17,29° so với 22,79°); động tác nghiêng cột sống sang phải và trái cải thiện (23,79° so với 30,29°); động tác xoay cột sống sang phải và trái cải thiện (33,59° so với 41,07°).

SUMMARY

AN EVALUATION OF REHABILITATION OF THE LUMBAR SPINE 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 "Bổ thận tráng dương hoàn" for 30 patients with renal lumbar spine disease for resuscitation of lumbar spine movement

*Học viện Y Dược học cổ truyền VN

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Quang Huy

Email: huydoanquang195@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.8.2017

Ngày duyệt bài: 6.9.2017

revealed the results of Schober's trial; Straining and stretching of the spine; Movement of the spine to the right, the left and the rotation of the spine to the right, the left to improve gradually after the treatment time, but increased significantly after 30 days of treatment, specifically: Schober 11-12 cm test results decreased (0% compared to 6.67%), percentage of test results Schober 11-12 cm decreased by 100.0%; Results of 12-13cm also decreased (3.33% compared to 43.33%), the percentage of results 12-13 cm decreased by 92.3%; Results > 14 cm also decreased (60.0% compared to 0.0%), percentage of result > 14 cm increased by 100.0%; Movement and stretching improved the spine (79.29° compared to 88.53° and 17.29° compared to 22.79°); Tilt left and right (23.79° compared to 30.29°) Tilt left and right to improve (33.59° compared to 41.07°).

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 yếu 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 Nhạch 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

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 khả năng phục hồi vận động cột sống 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 tiến 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: 10 ngày/lần, bao gồm: độ giãn cột sống thắt lưng, các chỉ số góc vận động cột sống.

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. Nghiệm pháp schober tại thời điểm D₀

Bảng 3.4. So sánh Nghiệm pháp schober tại thời điểm trước và sau điều trị 15 ngày, 30 ngày (D₀; D₁₅ và D₃₀)

Nghiệm pháp Schober	D ₀		D ₁₀		D ₃₀		% giảm/tăng		p
	n	%	n	%	n	%	D ₁₅	D ₃₀	
< 11 cm	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	-
11-12 cm	2	6.67	1	3.33	0	0.0	50.0	100.0	-
12-13 cm	13	43.33	8	26.67	1	3.33	38.4	92.3	D(0; 15)>0.05

Nghiệm pháp Schober	n	%
< 11 cm	0	0.00
11-12 cm	2	6.67
12-13 cm	13	43.33
13-14 cm	15	50.00
> 14 cm	0	0.00
Trung bình	13,15 ± 1,87	

Kết quả bảng 3.1 cho thấy: Tại thời điểm D₀, mức độ vận động cột sống hạn chế nhiều. Nghiệm pháp schober kết quả < 11cm và trên 14cm là không có trường hợp nào; 13-14cm tỷ lệ cao nhất 50.0%; tiếp đến 12-13cm là 43.33%. Trung bình 13,15 ± 1,87cm

Bảng 3.2. Nghiệm pháp schober tại thời điểm D₁₀

Nghiệm pháp Schober	n	%
< 11 cm	0	0.00
11-12 cm	1	3.33
12-13 cm	8	26.67
13-14 cm	21	70.00
> 14 cm	0	0.00
Trung bình	13,55 ± 1,42	

Kết quả bảng 3.2 cho thấy: Sau 10 ngày dùng "bổ thận tráng dương" (thời điểm D₁₀), khả năng vận động cột sống thắt lưng, kết quả 13-14cm tỷ lệ cao nhất 70.0%; tiếp đến 12-13cm là 26.67%; kết quả <11cm và trên 14cm là không có trường hợp nào; Trung bình 13,55 ± 1,42cm.

Bảng 3.3. Nghiệm pháp schober tại thời điểm D₂₀

Nghiệm pháp Schober	n	%
< 11 cm	0	0.00
11-12 cm	0	0.00
12-13 cm	5	16.67
13-14 cm	17	56.67
> 14 cm	8	26.67
Trung bình	13,95 ± 1,66	

Kết quả bảng 3.3 cho thấy: Sau 20 ngày dùng "bổ thận tráng dương" (thời điểm D₂₀), khả năng vận động cột sống thắt lưng, kết quả 13-14cm tỷ lệ cao nhất 56.67%; tiếp đến 12-13cm là 16.67%; >14cm là 26.67%. Không có trường hợp nào < = 12cm; Trung bình 13,95 ± 1,66cm.

									$D(0; 30) < 0.01$
13-14 cm	15	50.0	21	70.0	11	36.67	40.0	26.7	$D(0; 15) > 0.05$ $D(0; 30) < 0.01$
> 14 cm	0	0.0	0	0.00	18	60.0	0.0	100.0	-
Trung bình	$13,15 \pm 1,87$		$13,55 \pm 1,42$		$14,25 \pm 0,93$				

Kết quả bảng 3.4 cho thấy: Sau điều trị 10 ngày so với trước điều trị, khả năng vận động cột sống thắt lưng, kết quả nghiệm pháp Schober 11-12cm giảm đi (3.33% so với 6.67%), phần trăm kết quả nghiệm pháp Schober 11-12cm giảm 50.0%; kết quả 12-13cm cũng giảm (26.67% so với 43.33%), phần trăm kết quả 12-13cm giảm 38.4 phần trăm; kết quả nghiệm pháp Schober 11-12cm giảm 50.0%; kết quả 13-14cm tăng lên (70.0% so với 50.0%), phần trăm kết quả 13-14cm tăng 40.0%; Tuy nhiên, sự khác nhau không có ý nghĩa, $p > 0,05$.

Sau 30 ngày so với trước điều trị, khả năng vận động cột sống thắt lưng, kết quả nghiệm pháp Schober 11-12cm giảm đi (0% so với 6.67%), phần trăm kết quả nghiệm pháp Schober 11-12cm giảm 100.0%; kết quả 12-13cm cũng giảm (3.33% so với 43.33%), phần trăm kết quả 12-13cm giảm 92.3%; kết quả 13-14cm giảm đi (36.67% so với 50.0%), phần trăm kết quả 13-14cm giảm 26.7%; kết quả >14cm cũng giảm (60.0% so với 0.0%), phần trăm kết quả >14cm tăng 100.0%; Sự khác nhau có ý nghĩa, $p < 0,05$.

Bảng 3.5. Diễn biến động tác gấp duỗi cột sống

Thời điểm	Động tác	
	Gấp cột sống	Duỗi cột sống
D ₀	79,29 ± 4,30	17,29 ± 3,31
D ₁₀	81,54 ± 5,20	18,27 ± 3,91
D ₂₀	85,22 ± 5,05	19,25 ± 4,19
D ₃₀	88,53 ± 5,22	22,79 ± 3,84
P ₀₋₂₀	> 0,05	> 0,05
P ₀₋₃₀	< 0,05	< 0,05

Kết quả bảng 3.5 cho thấy: Cử động gấp và duỗi cột sống cải thiện dần sau thời gian điều trị, tuy nhiên tăng rõ sau 30 ngày điều trị (79,29° so với 88,53° và 17,29° so với 22,79°), sự khác biệt có ý nghĩa $p < 0.05$.

Bảng 3.6. Diễn biến động tác nghiêng cột sống

Thời điểm	Động tác Nghiêng sang 1 bên	
D ₀	23,79 ± 2,25	
D ₁₀	25,61 ± 3,55	
D ₂₀	28,10 ± 3,83	
D ₃₀	30,29 ± 2,79	
P ₀₋₂₀	> 0,05	
P ₀₋₃₀	< 0,05	

Kết quả bảng 3.6 cho thấy: Động tác nghiêng cột sống sang phải và trái cải thiện dần sau thời gian điều trị, tuy nhiên tăng rõ sau 30 ngày điều trị (23,79° so với 30,29°), sự khác biệt có ý nghĩa $p < 0.05$.

Bảng 3.7. Diễn biến động tác nghiêng cột sống

Thời điểm	Động tác Xoay sang 1 bên
D ₀	33,59 ± 3,16
D ₁₀	35,74 ± 4,36
D ₂₀	37,89 ± 3,87
D ₃₀	41,07 ± 3,79
P ₀₋₂₀	> 0,05
P ₀₋₃₀	< 0,05

Kết quả bảng 3.7 cho thấy: Động tác xoay cột sống sang phải và trái cải thiện dần sau thời gian điều trị đều tăng lên, tuy nhiên tăng rõ sau 30 ngày điều trị (33,59° so với 41,07°), sự khác biệt có ý nghĩa $p < 0.05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi dùng nghiệm pháp Schober là đại diện để đánh giá tầm vận động khớp cột sống thắt lưng. Số liệu biểu hiện ở bảng 3.1 cho thấy vận động cột sống thắt lưng ở các bệnh nhân được lựa chọn nghiên cứu hạn chế không nhiều.

Sau 10, 20 dùng thuốc "bổ thận tráng dương", vận động cột sống thắt lưng của các bệnh nhân nghiên cứu tốt dần. So với thời điểm D₀, sự khác biệt về khả năng vận động khớp chỉ có ý nghĩa sau 30 ngày dùng thuốc ($p < 0,01$) (kết quả ảnh 3.3). Như vậy có thể thấy rằng, khả năng cải thiện mức độ hạn chế vận động cột sống thắt lưng của phương pháp điều trị sử dụng trong nghiên cứu này là khá chậm. Kết quả này phần nào được giải thích bởi đặc điểm bệnh tật của bệnh nhân nghiên cứu, đây là các bệnh nhân mạn tính. Theo y học hiện đại, thoái hóa cột sống là bệnh lý thực thể, hạn chế vận động trong thoái hóa cột sống thắt lưng gây ra do 2 nguyên nhân: do biến dạng khớp cột sống và do đau. Chỉ có phần hạn chế vận động do đau mới có thể cải thiện được. Vì vậy, tác dụng làm tăng khả năng vận động khớp cột sống thắt lưng trong nghiên cứu này chỉ thấy rõ khi tác dụng giảm đau của phương pháp đã rõ ràng. Phạm hạn chế vận động khớp do tổn thương thực thể rất khó cải thiện, "bổ thận tráng dương" có khả

năng cải thiện phần này không, chúng tôi cần có nghiên cứu trong thời gian dài và trên nhiều bệnh nhân hơn nữa.

Trong khoảng 10 năm trở lại đây, tại nước ta đã có một số tác giả nghiên cứu về tầm hoạt động cột sống thắt lưng. Các công trình này đã tiến hành nghiên cứu một cách khoa học tầm hoạt động cột sống thắt lưng của người Việt Nam bình thường và một số trường hợp bệnh lý vùng cột sống thắt lưng. Tuy vậy các nghiên cứu số lượng chưa nhiều, đối tượng nghiên cứu chưa phong phú, đặc biệt chưa có nhiều các nghiên cứu chuyên sâu về tầm hoạt động cột sống thắt lưng của các bệnh nhân mắc một chứng bệnh đơn thuần vùng cột sống thắt lưng. Qua các phân tích trên các bảng vừa qua ta nhận thấy rõ tầm hoạt động cột sống thắt lưng của các bệnh nhân thoái hoá cột sống thắt lưng là rõ nhưng không lớn.

Qua các kết quả thu được bảng 3.4; 3.5; 3.6 ở trên chúng tôi thấy các cử động của cột sống thắt lưng đều tiến triển tương đối tốt sau thời gian điều trị. Tuy vậy, nếu so sánh với tác dụng giảm đau thì khả năng cải thiện vận động cột sống thắt lưng diễn ra chậm và ít hơn, sự khác biệt chỉ có ý nghĩa sau khi uống thuốc 30 ngày. Kết quả này có thể được lý giải bởi trong số các bệnh nhân đau thắt lưng mà chúng tôi lựa chọn nghiên cứu đa phần là bệnh lý mạn tính, hạn chế vận động cột sống thắt lưng phần lớn do nguyên

nhân thực thể, một phần ít là đau. Bệnh nhân vốn sẵn có hạn chế vận động, trong đợt tiến triển, bệnh nhân có cảm giác đau hơn nên hạn chế vận động cũng tăng lên. Thuốc có tác dụng giảm đau nên phần nào làm tăng tầm vận động khớp.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu thu được, chúng tôi đưa ra kết sau: Bổ thận tráng dương hoàn có tác dụng cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng ở những bệnh nhân đau thắt lưng thể thận dương hư. Nhiệm pháp Schober, cử động gấp duỗi cột sống, động tác nghiêng cột sống sang phải, trái và động tác xoay cột sống sang phải trái cải thiện dần sau thời gian điều trị, tác dụng rõ rệt sau 30 ngày điều trị.

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 Trinh (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.

NGUY CƠ TRẦM CẢM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở SINH VIÊN KHỐI KỸ THUẬT NĂM I TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG NĂM HỌC 2016 - 2017

Trần Thị Minh Tâm*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ nguy cơ trầm cảm (NCTC) và một số yếu tố liên quan ở sinh viên Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương năm học 2016 - 2017. **Phương pháp nghiên cứu** mô tả cắt ngang có phân tích. **Kết quả:** nghiên cứu 273 sinh viên năm nhất khối kỹ thuật trường Đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương năm học 2016-2017 thấy sinh viên có NCTC chiếm tỉ lệ 11,4% và sinh viên không có NCTC chiếm tỉ lệ 88,6%. Trong đó tỷ lệ sinh viên có NCTC ở chuyên ngành xét nghiệm chiếm tỉ lệ 14,3%, ở hình ảnh

chiếm tỉ lệ 8,1% và số sinh viên khoa PHCN 11,8%. NCTC có mối liên quan với gia đình, bạn bè, xã hội: Khi gặp khó khăn trong việc tìm bạn mới thì sinh viên có NCTC cao hơn 1,3 lần sinh viên không gặp khó khăn. NCTC phụ thuộc về bản thân sinh viên: sinh viên giảm sút sức khỏe có NCTC cao gấp 2,875 lần so với những sinh viên khỏe mạnh. Khi tăng áp lực học hành, sinh viên có NCTC cao gấp 30 lần sinh viên khác. NCTC và yếu tố stress từ môi trường sống và làm việc: Khi môi trường sống lộn xộn, bữa bãi thì tỉ lệ có NCTC cao gấp 13,5 lần sinh viên khác.

Từ khóa: Nguy cơ trầm cảm ở sinh viên

SUMMARY

RISKS FOR MAJOR DEPRESSIVE DISORDER AND ITS RELATING FACTORS AMONG FIRST - YEAR STUDENTS AT MEDICAL TECHNOLOGY UNIT OF HAI DUONG MEDICAL TECHNICAL UNIVERSITY

*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Minh Tâm
Email: tranthiminhtram12@gmail.com
Ngày nhận bài: 12.7.2017
Ngày phản biện khoa học: 4.9.2017
Ngày duyệt bài: 13.9.2017

Purposes: To determine the rate of students who had risk factors for major depressive disorder (MDD) and relating factors for MDD in Hai duong medical technical university (HMTU) students in academic year 2016- 2017. **Methodology:** Cross – sectional study with analysis. **Results:** Among a total of 273 first-year students HTMU at medical technology unit in academic year 2016-2017, students with risks for MDD accounted for 11.4% while students without that accounted for 88.6%. The rate of students in medical laboratory, radiological technology and rehabilitation majors with risks for MDD were 14.3%, 8.1% and 11.8%, respectively. MDD risk factors correlated to families, friends, society. When facing difficulties in making new friends, these students had a risk for MDD at 1.3 times higher than those did not have that. Students with degradation of health had risk for MDD at 2.875 times higher than healthy students. When increasing study pressures, students had risk for MDD at 30 times higher than those without that. Student with untidy lifestyle had risk for MDD at 13.5 times higher than others.

Keywords: Risks for major depressive disorder of students

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm ngày nay là một trong những rối loạn tâm thần phổ biến và trầm trọng ở hầu hết các quốc gia. Theo WHO và nhiều tác giả có từ 3% - 5% dân số trên thế giới (khoảng 100 triệu người) có các triệu chứng trầm cảm ở một giai đoạn nào đó trong cuộc đời [6]. Rối loạn trầm cảm làm cho người bệnh bị gián đoạn học tập và lao động, tách rời xã hội, không những gây hại cho bản thân mà còn ảnh hưởng lớn đến gia

đình và xã hội. Rối loạn trầm cảm biểu hiện là những thay đổi về cảm xúc như cảm thấy buồn, khóc, vô vọng, không quan tâm đến những hoạt động vui chơi, giải trí hay suy giảm các hoạt động học tập tại trường, có thể biểu hiện ăn không ngon miệng hay thay đổi giấc ngủ hay có những khó chịu trong cơ thể một cách mơ hồ, ngoài ra còn nghĩ rằng không thể làm được việc gì đúng hoặc cảm thấy cuộc sống không có ý nghĩa hoặc vô vọng [5]. Theo nhiều tác giả, trầm cảm chiếm tỷ lệ 3% - 5% dân số [1]. Tại Việt Nam, nghiên cứu về trầm cảm ở đối tượng sinh viên cho đến nay thì có rất ít, đặc biệt là sinh viên ngành Y. Vì các lý do này tôi đã thực hiện nghiên cứu: "Tỷ lệ trầm cảm của sinh viên trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương năm học 2016-2017 và một số yếu tố liên quan". Với mục tiêu. 1.Xác định tỉ lệ NCTC ở sinh viên Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương năm học 2017. 2.Mô tả một số yếu tố liên quan đến NCTC của sinh viên trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 273 sinh viên khối kỹ thuật năm nhất trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương năm học 2016-2017. Từ tháng 4/2017 đến tháng 6/2017

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Mô tả cắt ngang có phân tích.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu:

Bảng 3.1: Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Số lượng	Tỷ lệ
Giới	Nam	129	47.3
	Nữ	144	52.7
Dân tộc	Kinh	240	87.9
	Khác	33	12.1
Tôn giáo	Có	7	2.6
	Không	260	95.2
	Không biết	6	2.2
Nơi ở	Sống ở nhà bố mẹ	19	7.0
	Sống ở nhà riêng	6	2.2
	Ký túc xá	47	17.2
	Nhà trọ	192	70.3
	Ở nhà người quen, họ hàng	8	2.9
	Khác	1	0.4
Sống cùng với	Một mình	88	32.2
	Bạn bè	148	54.2
	Người quen	3	1.1
	Họ hàng	11	0.4
	Gia đình	19	7.0
	Người yêu	1	0.4
	Khác	2	0.7
	Không trả lời	1	0.4

Nhận xét: Tỷ lệ nam nữ tham gia nghiên cứu là tương đương nhau (nam 47,3%, nữ 52,7%). Đa số sinh viên là người dân tộc kinh (87,9%) và không theo tôn giáo nào (95,2%). Chủ yếu sống tại nhà trọ (70,3%) và lựa chọn sống cùng bạn bè (54,2%) hoặc sống một mình (32,2%).

3.2. Nguy cơ trầm cảm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2: Tỷ lệ có dấu hiệu/ hành vi theo thang đo CESD 20

Dấu hiệu/hành vi	Có dấu hiệu/hành vi		Không có dấu hiệu/ hành vi		Giá trị trung bình	95%CI của giá trị trung bình
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ		
Cảm thấy khó chịu, bức mình với những điều mà trước đây bình thường đối với tôi	171	62.65	102	37.75	0.54	0.455-0.625
Cảm thấy không thèm ăn hoặc ăn không thấy ngon miệng	126	46.2	147	53.8	0.785	0.694-0.877
Cảm thấy không thể thoát khỏi nỗi buồn dù gia đình hoặc bạn bè giúp đỡ	168	61.5	105	38.5	0.591	0.496-0.685
Cảm thấy mình tốt bình thường như bao người khác	48	17.6	225	82.4	2.000	1,869-2.130
Cảm thấy khó khăn khi kiểm soát suy nghĩ của mình (khó tập trung)	61	22.3	212	77.7	1.217	1.112-1.321
Cảm thấy chán nản, thất vọng	95	34.8	178	65.2	0.853	0.765-0.940
Cảm thấy mình đã phải cố gắng để hoàn tất mọi việc	41	15.0	232	85	1.581	1.472-1.690
Hy vọng về tương lai	14	5.1	259	94.9	2.281	2.180-2.382
Nghĩ cuộc sống mình chỉ toàn là thất bại	162	59.3	111	40.7	0.514	0.435-0.593
Cảm thấy lo lắng, sợ hãi	125	45.8	148	54.2	0.651	0.572-0.730
Ngủ không yên giấc	128	46.9	145	53.1	0.798	0.699-0.898
Cảm thấy mình hạnh phúc	24	8.8	249	91.2	1.97	1.86-2.081
Cảm thấy mình nói ít hơn bình thường	89	32.6	184	67.4	1.130	0.991-1.270
Cảm thấy cô đơn	116	42.5	157	57.5	0.849	0.751-0.948
Mọi người không thân thiện với tôi	159	58.2	114	41.8	0.565	0.479-0.652
Được tận hưởng cuộc sống	27	9.9	246	90.1	2.047	1.938-2.157
Đã có lúc khóc lóc	101	37.0	172	63	0.888	0.793-0.983
Cảm thấy buồn	59	21.6	214	78.4	1.050	0.97-1.129
Cảm thấy mọi người không thích mình	111	40.7	162	59.3	0.764	0.68-0.847
Đã không thể tiếp tục điều gì, hay chán nản (bỏ việc giữa chừng)	118	43.2	155	56.8	0.716	0.635-0.796

Nhận xét: Trong 20 dấu hiệu/hành vi, 4 dấu hiệu có tỷ lệ trên 50% là "Cảm thấy khó chịu, bức mình với những điều mà trước đây bình thường đối với tôi" (62,65%), "Cảm thấy không thể thoát khỏi nỗi buồn dù gia đình hoặc bạn bè giúp đỡ" (61,5%), "Nghĩ cuộc sống mình chỉ toàn là thất bại" (59,3%), "Mọi người không thân thiện với tôi" (58,2%).

3.3. Một số yếu tố liên quan đến NCTC của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3: Nguy cơ trầm cảm và trình độ học vấn

Trình độ chuyên môn	Có NCTC		Không có NCTC	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
Đại học	18	6.59	177	64.84
Cao đẳng	13	4.76	65	23.81
Tổng	31	11.35	242	88.65

Nhận xét: Trong số 273 sinh viên tham gia nghiên cứu có 31 sinh viên có NCTC chiếm 11,35% và có 242 sinh viên không có NCTC chiếm tỷ lệ 88,35%. Tỷ lệ sinh viên có NCTC ở đại học (6,59%) cao gấp 1,38 lần tỷ lệ sinh viên có NCTC ở cao đẳng (4,76%).

Bảng 3.4: Nguy cơ trầm cảm và chuyên ngành học

Chuyên ngành học	Có NCTC		Không có NCTC		Tổng(SV)
	Số lượng	Tỷ lệ%	Số lượng	Tỷ lệ%	
Xét nghiệm	14	14.3	84	85.7	98
Hình ảnh	8	8.1	91	91.9	99
PHCN	9	11.8	67	88.2	76
Tổng (SV)	31		242		273

Nhận xét: Những sinh viên có NCTC ở chuyên ngành xét nghiệm(14.3%) có tỉ lệ cao gấp 1,77 lần so với những sinh viên có NCTC ở chuyên ngành hình ảnh và gấp 1,21 lần so với chuyên ngành PHCN.

Bảng 3.5: Nguy cơ trầm cảm và cách xử trí khi gặp khó khăn

Xử trí khi gặp khó khăn		Có NCTC		Không có NCTC		OR	χ^2	P
		Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ			
Tự giải quyết bằng các cách khác nhau	Có	22	71	155	64.0	1.37	0.57	0.448
	Không	9	29	87	36.0			
Tâm sự, nhờ sự giúp đỡ của cha mẹ	Có	11	35,5	83	34.3	1.05	0.02	0.896
	Không	20	64,5	159	65.7			
Tâm sự, nhờ sự giúp đỡ của bạn bè	Có	13	41,9	91	37.6	1.20	0.22	0.640
	Không	18	58,1	151	62.4			
Tâm sự, nhờ sự giúp đỡ của người yêu, vợ chồng	Có	1	3,2	23	9.5	0.32	1.35	0.245
	Không	30	96,8	219	90.5			
Tâm sự, nhờ sự giúp đỡ của các cơ quan tổ chức đoàn thể	Có	3	9,7	4	1.7	6.38	7.06	0.008
	Không	28	90,3	238	98.3			
Đi chùa, nhà thờ	Có	1	3,2	7	2.9	1.12	0.01	0.918
	Không	30	96,8	235	97.1			
Uống bia, rượu, hút thuốc	Có	1	3,2	5	2.1	0.64	0.17	0.678
	Không	30	96,8	237	97.9			
Khác	Có	9	29,0	41	16.9	2.0	2.68	0.101
	Không	22	71	201	83.1			

Nhận xét: Khi gặp khó khăn, sinh viên tự giải quyết bằng các cách khác nhau có NCTC cao(71%). Lựa chọn tâm sự, nhờ sự giúp đỡ của các cơ quan tổ chức đoàn thể có tỉ lệ cao($\chi^2=7.06$, $p=0.008$) khi sinh viên gặp rắc rối.

Bảng 3.6: Nguy cơ trầm cảm và mối quan hệ cá nhân với gia đình, bạn bè, xã hội

Khó khăn về mối quan hệ cá nhân với gia đình, bạn bè, xã hội		Có NCTC		Không có NCTC		OR	χ^2	P
		Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ			
Khó khăn trong việc tìm bạn mới	Có	16	21.9	57	76.1	11	3.46	0.0009
	Không	15	7.5	185	92.5			
Phải làm việc với người không quen biết	Có	27	16.9	132	83.1	11.93	5.63	0.0005
	Không	4	3.5	110	96.5			
Mâu thuẫn với bạn cùng phòng	Có	21	26.6	58	73.4	25.51	6.66	$4.18 \cdot 10^{-7}$
	Không	10	5.1	184	94.9			
Khó khăn trong thay đổi các hoạt động tham gia bên ngoài xã hội	Có	21	17.8	97	82.2	8.59	3.14	0.0034
	Không	10	6.5	145	93.5			
Đánh nhau với bạn	Có	8	33.3	16	66.7	4.91	12.58	0.0004
	Không	23	9.2	226	90.8			
Gặp rắc rối với ba mẹ	Có	22	40	49	60	36.6	9.63	$1.4 \cdot 10^{-9}$
	Không	9	4.5	193	95.5			

Nhận xét: Trong các mối quan hệ cá nhân với gia đình, bạn bè, xã hội: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ NCTC khi sinh viên gặp khó khăn: trong việc tìm bạn mới ($\chi^2=3.46$, $p=0.0009$), làm việc với người không quen biết ($\chi^2=5.63$, $p=0.0005$), mâu thuẫn với bạn cùng phòng ($\chi^2=6.66$, $p=4.18 \cdot 10^{-7}$) hay thay đổi các hoạt động tham gia bên ngoài xã hội ($\chi^2=3.14$, $p=0.0034$). Đánh nhau với bạn hay gặp rắc rối với bố mẹ thì tỷ lệ có NCTC cao hơn tương ứng ($\chi^2=12.58$, $p=0.0004$) và ($\chi^2=9.63$, $p=1.4 \cdot 10^{-9}$).

Bảng 3.7: Nguy cơ trầm cảm và các đặc điểm liên quan đến học tập

Các đặc điểm liên quan đến học tập		Có NCTC		Không có NCTC		OR	χ^2	P
		Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ			
Tăng áp lực học hành	Có	30	13.5	193	86.5	7.62	8.54	0.001
	Không	1	2	49	98			
Điểm thấp hơn mong đợi	Có	29	12.7	200	87.3	3.04	2.41	0.120
	Không	2	4.7	42	95.3			

Thay đổi chuyên ngành	Có	14	23.3	46	76.7	3.51	10.92	0.0009
	Không	17	7.9	196	92.1			
Tìm công việc hoặc trường học (chuẩn bị cho sau khi tốt nghiệp)	Có	23	17.0	112	83	3.34	8.53	0.003
	Không	8	5.8	130	94.2			
Bỏ nhiều tiết học	Có	8	29.6	19	70.3	4.08	9.9	0.002
	Không	23	9.3	223	90.7			
Chuẩn bị, mong đợi tốt nghiệp	Có	23	16.3	118	83.7	3.02	7.09	0.008
	Không	8	6.1	124	93.9			
Tranh cãi (bất đồng, xích mích) với thầy cô	Có	6	33.3	12	66.7	1	9.21	0.002
	Không	25	9.8	230	90.2			
Chuyển trường	Có	8	25.8	23	74.2	3.31	7.23	0.007
	Không	23	9.5	219	90.5			

Nhận xét: Các yếu tố liên quan đến học tập đều làm tăng NCTC ở sinh viên ($p < 0,05$), ngoại trừ: Điểm thấp hơn mong đợi ($\chi^2 = 2,41, p = 0.12$)

Bảng 3.8: NCTC và các yếu tố từ môi trường sống và làm việc

Các yếu tố stress từ môi trường sống và làm việc		Có NCTC		Không có NCTC		OR	X2	P
		Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ			
Ngày nghỉ, ngày lễ quá ngắn hoặc không đủ	Có	27	20.9	102	79.1	9.26	22.19	$2.4 \cdot 10^{-6}$
	Không	4	2.8	140	97.2			
Xếp hàng chờ đợi	Có	29	22.7	99	77.3	20.9	30.46	$3.4 \cdot 10^{-8}$
	Không	2	1.3	143	98.7			
Được đặt vào nhiều tình huống khác nhau	Có	30	16.0	157	84	16.29	12.91	0.00032
	Không	1	1.2	85	98.8			
Thay đổi môi trường sống	Có	31	14.3	185	85.7		9.19	0.0024
	Không	0	0	57	100			
Vấn đề rắc rối về xe cộ	Có	25	23.6	81	76.4	8.28	25.65	$3.8 \cdot 10^{-7}$
	Không	6	3.6	161	96.4			
Vấn đề rắc rối về máy tính	Có	20	21.7	72	78.3	4.29	14.81	0.0001
	Không	11	6.1	170	93.9			
Môi trường sống lộn xộn, bừa bãi	Có	27	30.7	61	69.3	20.03	48.01	$387 \cdot 10^{-10}$
	Không	4	2.2	181	97.8			
Chờ đợi 1 điều gì đó mà không biết bao giờ xảy ra	Có	26	18.4	115	81.6	5.74	14.49	0.0001
	Không	5	3.8	127	96.2			
Bỏ việc làm	Có	12	34.3	23	65.7	6.01	20.89	$4.66 \cdot 10^{-6}$
	Không	19	8	219	92			
Bố mẹ li dị	Có	2	40	3	60	5.49	4.14	0.042
	Không	29	10.8	239	89.2			

Nhận xét: Tất cả các yếu tố liên quan đến stress từ môi trường sống và làm việc đều làm tăng NCTC ở sinh viên ($p < 0.05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

Tỷ lệ sinh viên nam có NCTC: 8,53%, nữ có NCTC 13,98%. Ta thấy nữ có NCTC cao gấp 1,66 lần nam giới, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Liên (0,56 lần).

4.2. NCTC ở sinh viên và các yếu tố liên quan

NCTC và một số yếu tố liên quan đến sinh viên có NCTC cao hơn khi gặp: Gặp stress từ môi trường sống là làm việc: Thay đổi môi trường sống, được đặt vào những tình huống khác nhau, sống trong môi trường lộn xộn, bừa bãi; Đặc điểm liên quan đến học tập: Tăng áp lực học hành, điểm thấp hơn mong đợi; Các yếu tố liên quan đến sinh viên: giảm sút sức khỏe, thay đổi thói quen ăn uống; Khó khăn về mối quan hệ

giữa cá nhân với gia đình, bạn bè, xã hội: khó khăn trong việc tìm bạn mới, mâu thuẫn với bạn cùng phòng, khó khăn trong thay đổi các hoạt động xã hội, gặp rắc rối với bố mẹ. Trong số những sinh viên có NCTC thì thay đổi thói quen ăn uống là 28 sinh viên chiếm 90,3% và thay đổi thói quen ngủ có 25 sinh viên chiếm 80,6% cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Liên (65,6% và 70,7%). Tỷ lệ sinh viên có NCTC trả lời là có stress khi đặt vào tình huống khác nhau là 30/31 (chiếm 97%). Đối tượng nghiên cứu là sinh viên năm nhất, có những sinh viên lần đầu tiên bước vào cánh cửa đại học, các em còn bỡ ngỡ, chưa tiếp xúc với nhiều tình huống nên không có kỹ năng để ứng xử với các vấn đề gặp phải. Khi các em không thể giải quyết được sẽ gây khó chịu,

chán nản, dần dần không thể giải quyết vấn đề ,bỏ cuộc và có thể dẫn đến trầm cảm.

Tỉ lệ sinh viên có NCTC khi sống môi trường lộn xộn, bừa bãi là 27/31, gấp 20,03 lần các sinh viên khác,cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Liên (1,91 lần). Trong sinh viên có NCTC có 23/31 sinh viên có giảm sút sức khỏe, gấp 4,45 lần sinh viên khác, cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Liên (1,67 lần). Số sinh viên có NCTC trả lời có tăng áp lực học hành 30/31, gấp 7,62 lần các sinh viên khác, cao hơn so với nghiên cứu Nguyễn Thị Bích Liên (2,2 lần) và nghiên cứu tại trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm 2015 (3,91 lần). Vì không đảm bảo được sức khỏe, sinh viên mất sự tập trung trong việc học, không thể đạt được mục tiêu đã đặt ra, sợ thua kém bạn bè, áp lực học tập càng ngày càng tăng do thi cử, tính chất học tín chỉ và các em phải thay đổi cách học, nên có thể khiến sinh viên có cảm giác buồn chán, thất bại và bất lực dẫn đến trầm cảm. Khi có điểm thấp hơn mong đợi, sinh viên có NCTC gấp 3,04 lần sinh viên khác.

V. KẾT LUẬN

1. Tỉ lệ NCTC ở sinh viên năm nhất khối kỹ thuật trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương năm học 2016-2017: 11,4% sinh viên có NCTC và 88,6% sinh viên không có NCTC. Trong đó tỷ lệ sinh viên có NCTC ở chuyên ngành xét nghiệm là 14,3%, kỹ thuật hình ảnh là 8,1% và số sinh viên khoa PHCN có NCTC là 11,8%.

2. Những yếu tố liên quan đến NCTC ở sinh viên trường ĐH Kỹ thuật Y tế Hải Dương: Tỷ lệ sinh viên nữ có NCTC cao gấp 1,82 lần sinh viên nam.

- NCTC và mối quan hệ cá nhân với gia đình,

bạn bè, xã hội: Khi gặp khó khăn trong việc tìm bạn mới sinh viên có NCTC cao hơn 1,3 lần sinh viên không gặp khó khăn trong việc tìm bạn mới.

- NCTC và yếu tố thuộc về bản thân sinh viên: sinh viên giảm sút sức khỏe có NCTC cao gấp 2,875 lần so với những sinh viên khỏe mạnh.

- NCTC và đặc điểm liên quan đến học tập: Khi tăng áp lực học hành, sinh viên có NCTC cao gấp 30 lần sinh viên khác.

- NCTC và yếu tố stress từ môi trường sống và làm việc: Khi môi trường sống lộn xộn, bừa bãi thì tỉ lệ có NCTC cao gấp 13,5 lần sinh viên khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Thủy Linh (2009)** "Thực trạng nhu cầu chăm sóc sức khỏe sinh viên và khả năng đáp ứng của trạm y tế trường Đại học Y Hà Nội năm 2009". Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ đa khoa 2003 – 2009.
- Trần Viết Nghị (2003)** "Thuốc chống trầm cảm hiện tại và tương lai" Tài liệu báo cáo hội nghị khoa học về tác dụng của thuốc remeron – Hạ Long, trang 3.
- Nguyễn Triệu Phong (2011)** "Áp lực học tập và một số vấn đề sức khỏe tâm thần ở sinh viên năm thứ nhất Đại học Y Hà Nội năm 2011". Khóa luận tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa 2005 – 2011, trang 35 - 36.
- Do Đình Quyên (2007)** "Depression and among the first year medical students in university of medicine and pharmacy Ho Chi Minh city, Viet Nam", College of Public Health Sciences, Chulalongkorn University.
- Kaplan H.I, Sadock B.J, Grebb J.A (1994)**, "Mood disorders. Beha viors sciences clinical Psychiatry", Synopsis of Psychiatry. PP. 516-532.
- Niemi, P. M. and Vainiomäki, P. T.(2006)** "Medical students' distress - quality, continuity and gender differences during a six-year medical programme", Medical Teacher,28:2,136 — 141.
- Radloff, L.S (1977)** "The CES-D scale: A self – report depression scale for research in the general population. Applied Psychological measurement 1977". 1(3) pp. 385-401.

TÁC ĐỘNG CỦA VI PHẪU THẮT TĨNH MẠCH TINH GIẢN LÊN CÁC THÔNG SỐ TINH DỊCH ĐỒ Ở NAM GIỚI TRƯỞNG THÀNH

Nguyễn Hoài Bắc^{1,2}, Bùi Cảnh Vin¹, Hoàng Long^{1,3}

TÓM TẮT

Nghiên cứu tiến cứu theo dõi dọc trên 86 bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh được điều trị bằng thắt tĩnh mạch tinh vi phẫu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ

tháng 1/2014 đến tháng 12/2015. Sử dụng phương pháp thống kê để mô tả đặc điểm tinh dịch đồ của bệnh nhân, và so sánh kết quả trước và sau phẫu thuật để đánh giá hiệu quả của vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh đối với các thông số tinh dịch đồ ở nam giới trưởng thành giãn tĩnh mạch tinh. Kết quả cho thấy tỉ lệ tinh dịch đồ bình thường chiếm 12,8%, tỉ lệ tinh dịch đồ bất thường chiếm 87,2%. Sau phẫu thuật 3 tháng, tỉ lệ tinh dịch đồ bình thường tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê, tỉ lệ tinh trùng bất thường về mật độ, độ di động và hình dạng giảm đi một cách rõ ràng. Các thông số tinh dịch đồ được cải thiện nhiều là mật độ tinh trùng và độ di động tiến tới. Qua kết

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoài Bắc

Email: drbac.uro@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 4.9.2017

Ngày duyệt bài:13.9.2017

quả này chúng tôi nhận thấy: phần lớn nam giới trưởng thành bị giãn tĩnh mạch tinh có bất thường tinh dịch đồ ở các mức độ khác nhau. Vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh giúp cải thiện mật độ tinh trùng và độ di động tiến tới ở nhóm bệnh nhân có bất thường về mật độ và độ di động tiến tới trước phẫu thuật, nhưng không làm cải thiện đáng kể hình thái của tinh trùng.

Từ khóa: Giãn tĩnh mạch tinh, thắt tĩnh mạch tinh vi phẫu, tinh dịch đồ, tinh trùng bình thường, ít, yếu, dị dạng.

SUMMARY

THE EFFECT OF MICROSURGICAL VARICOCECTOMY ON SEMEN PARAMETERS IN ADULT

We conducted a prospective study on 86 patients who underwent microsurgical varicocelectomy at Hanoi medical University Hospital from January 2014 to December 2015. Using descriptive statistical methods to describe patient's characteristics, semen analysis, and compare results of semen analysis before and after operation. The results showed that the percentage of normal semen analysis was 12.8%, and abnormal semen analysis was 87.2%. Three months postoperation, the percentage of normozoospermia significantly increased (12.8% to 18.6%; $p=0.04$), the rate of OAT clearly decreased (19.77% to 12.8%; $p=0.01$). The improvement was only observed in patients who had abnormal semen analysis before operation. The improved seminal parameters were sperm density and sperm progressive motility. In this study, we demonstrate that varicocele seriously affects semen parameters and microsurgical varicocelectomy improved sperm density and progressive motility in the group of patients with abnormal semen analysis before surgery, but does not significantly improve sperm morphology.

Key words: Varicocele, microsurgical varicocelectomy, semen analysis, normozoospermia, Oligo-astheno-teratozoospermia (OAT).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Có nhiều phương pháp điều trị giãn tĩnh mạch tinh như mổ mở kinh điển, mổ nội soi sau phúc mạc, nút tĩnh mạch tinh qua da, tuy nhiên theo khuyến cáo của Hội Nội khoa Hoa Kỳ [2] và Hội Nội khoa châu Âu (EAU) [3] thì thắt tĩnh mạch tinh vi phẫu là một phương pháp tốt nên ưu tiên lựa chọn đầu tiên. Trong một nghiên cứu tiền cứu thử nghiệm có đối chứng ngẫu nhiên, các tác giả nhận thấy việc điều trị giãn tĩnh mạch tinh ở những người bệnh bị giãn tĩnh mạch tinh thể lâm sàng sẽ làm cải thiện cả mật độ, độ di động và hình thái tinh trùng, và làm tăng tỉ lệ có thai tự nhiên so với nhóm chứng ở thời điểm theo dõi sau 1 năm [4]. Bên cạnh đó, một số tác giả trước đây [5],[6], cũng như gần đây [7] trong các nghiên cứu của mình đã báo cáo rằng độ di động tiến tới, mật độ tinh trùng, hình thái tinh trùng đã được cải thiện rõ rệt sau thắt tĩnh mạch tinh vi phẫu.

Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về tác dụng của các biện pháp phẫu thuật lên các thông số tinh dịch đồ. Tuy nhiên, hầu hết các nghiên cứu này mới chỉ tập trung vào tỷ lệ thành công, tỉ lệ tái phát, tỉ lệ biến chứng, thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện chứ chưa có nghiên cứu nào đánh giá cụ thể và chi tiết tác động của vi phẫu lên các thông số tinh dịch đồ ở bệnh nhân vô sinh.

Vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành nhằm mô tả đặc điểm tinh dịch đồ của nhóm nam giới trưởng thành có giãn tĩnh mạch tinh và đánh giá tác động của thắt tĩnh mạch tinh vi phẫu lên các thông số tinh dịch đồ ở những bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân nam giới trưởng thành có giãn tĩnh mạch tinh được điều trị bằng vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/2014- 12/2015.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh thể lâm sàng (độ I, độ II và độ III).
- Bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh một bên được thắt tĩnh mạch tinh vi phẫu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.
- Bệnh nhân có đầy đủ xét nghiệm tinh dịch đồ trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 3 tháng.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được thắt tĩnh mạch tinh vi phẫu hai bên.

- Bệnh nhân có các bệnh lý khác ảnh hưởng đến quá trình sinh sản như rối loạn nội tiết tố sinh dục, rối loạn chuyển hóa, các bệnh mạn tính....
- Bệnh nhân có xét nghiệm từ các phòng xét nghiệm khác.
- Bệnh nhân được điều trị bổ sung bằng các chất chống oxy hóa tế bào như vitamin E, coenzyme Q10, selen... Đây được coi là các chất chống oxy hóa có tác dụng làm tăng chất lượng tinh trùng.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, dùng thống kê mô tả để mô tả các đặc điểm tinh dịch đồ, thông qua các giá trị trung bình, độ lệch chuẩn và tỉ lệ phần trăm của các biến số nghiên cứu. Sử dụng T-test ghép cặp để so sánh sự khác biệt các giá trị trung bình và tỉ lệ phần trăm của các biến trước và sau phẫu thuật, với mức $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

Các biến số được sử dụng trong nghiên cứu này là tỉ lệ tinh dịch đồ bình thường (là tinh dịch đồ không có thông số nào bất thường), tỉ lệ tinh

dịch đồ bất thường (là tình dịch đồ có bất thường một, hai, hoặc ba thông số tình trùng), mật độ tình trùng, độ di động tiến tới, và hình thái tình trùng.

Bệnh nhân lấy tinh dịch bằng cách thủ dâm sau khi kiêng xuất tinh 3-5 ngày, trong một phòng lấy tinh dịch chuyên biệt. Mẫu tinh dịch được gửi đến phòng xét nghiệm để phân tích ngay sau khi được lấy ra. Tinh dịch đồ được chỉ định vào các thời điểm trước khi phẫu thuật và sau khi phẫu thuật 3 tháng. Tiến hành phân tích tinh dịch đồ trên máy CASA, tại Labo xét nghiệm của Bộ môn Y sinh học và Di truyền Trường Đại học Y Hà Nội. Nhận định và đánh giá kết quả theo quy trình hướng dẫn của tổ chức y tế thế giới phiên bản 1999.

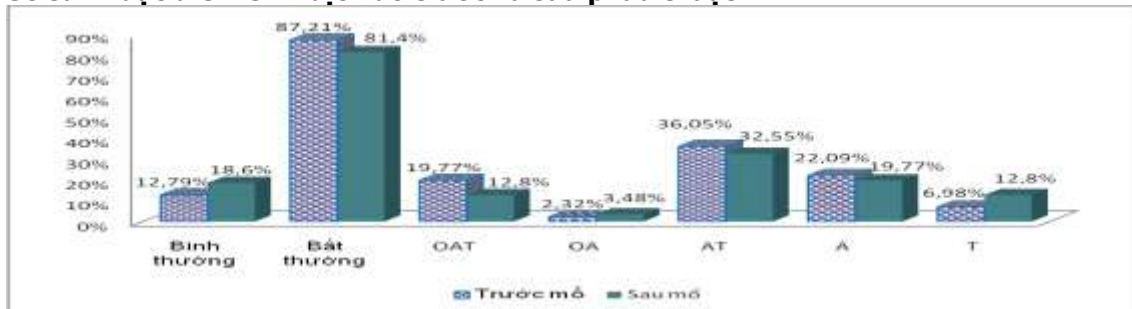
Dựa vào kết quả tinh dịch đồ trước phẫu thuật, bệnh nhân được chia thành 3 nhóm: nhóm bình thường, nhóm OAT (bất thường 3 thông số), và nhóm bất thường khác (bất thường 1 hoặc 2 thông số). Để đánh giá hiệu quả của phẫu thuật, chúng tôi tiến hành so sánh các giá trị trung bình và tỉ lệ phần trăm của các biến số nghiên cứu trước và sau phẫu thuật giữa các nhóm.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

3. Đạo đức trong nghiên cứu: Các đối tượng tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện và có quyền rút khỏi nghiên cứu khi không muốn tham gia nghiên cứu. Các thông tin liên quan đến người tham gia nghiên cứu được đảm bảo bí mật. Đồng thời, nghiên cứu này cũng được sự chấp nhận của Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

3.2 Sự thay đổi tinh dịch đồ sau vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh

So sánh đặc điểm tinh dịch đồ trước và sau phẫu thuật



Biểu đồ 2: So sánh đặc điểm tinh dịch đồ trước và sau phẫu thuật

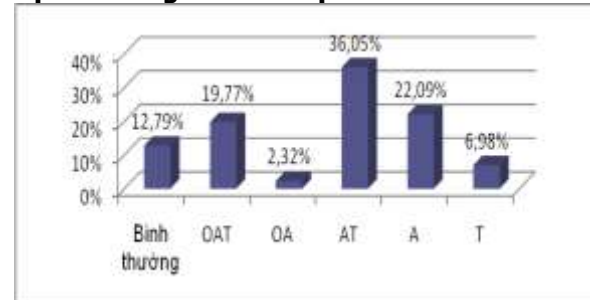
Chú thích: OAT: Hội chứng tinh trùng bất thường về mật độ, độ di động và hình thái; AT: Hội chứng tinh trùng bất thường về độ di động và hình thái; OA: Hội chứng tinh trùng bất thường về mật độ và độ di động; A: Tinh trùng bất thường về di động; T: Tinh trùng bất thường về hình thái.

Nhận xét: Sau phẫu thuật tỷ lệ tinh dịch đồ bình thường tăng từ 12,8 lên 18,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,04$). Tỷ lệ OAT sau phẫu thuật giảm nhiều, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,01$). Nhóm tinh trùng bất thường khác thay đổi không có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 1/2014 đến 12/2015, có 120 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu. Trong quá trình theo dõi, vào thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, có 34 bệnh nhân vi phạm tiêu chuẩn loại trừ. Còn lại 86 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn của nghiên cứu được phân tích và xử lý. Kết quả thu được như sau:

3.1 Đặc điểm tinh dịch đồ của những bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh



Biểu đồ 1: Đặc điểm tinh dịch đồ của nhóm nghiên cứu

Chú thích: OAT: Hội chứng tinh trùng bất thường về mật độ, độ di động và hình thái; AT: Hội chứng tinh trùng bất thường về độ di động và hình thái; OA: Hội chứng tinh trùng bất thường về mật độ và độ di động; A: Tinh trùng bất thường về di động; T: Tinh trùng bất thường về hình thái.

Nhận xét: Hầu hết tinh dịch đồ của bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh có bất thường một, hai, hoặc ba thông số. Bất thường phổ biến nhất là loại AT chiếm cao nhất 36,05%, loại A chiếm 22,09%, và loại OAT chiếm 19,77%.

Sự thay đổi các thông số tinh dịch đồ trước và sau phẫu thuật.**Bảng 1: Sự thay đổi các thông số tinh dịch đồ trước và sau phẫu thuật**

	Bất thường OAT (n=17)		Bất thường khác (n=58)		Bình thường (n= 11)	
	$X \pm SD$	p	$X \pm SD$	p	$X \pm SD$	p
Mật độ tinh trùng (triệu/ml)						
Trước phẫu thuật	11,3±6,65	0,008	72,78±53,7	0,695	112,9 ± 60,9	0.830
Sau phẫu thuật	23±18,37		75,69 ± 44,8		117,3 ± 45,9	
Di động tiến tới (%)						
Trước phẫu thuật	15,94±8,63	0,042	33,27±14,86	0,027	61,45±9,62	0,201
Sau phẫu thuật	22,29±10,5		39,57±19,87		54,45±19,42	
Hình thái bình thường (%)						
Trước phẫu thuật	92,8 ± 3,36	0,177	86,38 ± 8,58	0,2	74,82±12,58	0,618
Sau phẫu thuật	90,2± 7,55		82,6±19,84		77,36±10,09	

Nhận xét: Ở nhóm OAT, trong khi mật độ tinh trùng và độ di động tiến tới sau phẫu thuật tăng có ý nghĩa thống kê so với trước phẫu thuật ($p = 0,008$, và $p = 0,042$) thì hình thái tinh trùng bình thường sau phẫu thuật lại không có sự thay đổi. Ở nhóm bất thường khác, trong khi độ di động tiến tới sau phẫu thuật tăng đáng kể so với trước phẫu thuật ($p=0,027$) thì sự cải thiện mật độ tinh trùng và hình thái bình thường của tinh trùng lại thay đổi không có ý nghĩa thống kê. Ở nhóm tinh trùng bình thường, không có sự thay đổi đáng kể các thông số tinh dịch đồ sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Đã từ lâu người ta đã biết đến tác động tiêu cực của giãn tĩnh mạch tinh đến chức năng của tinh hoàn trong việc sản xuất tinh trùng và hormon sinh dục. Sự ảnh hưởng này thể hiện bằng các hình thức giảm số lượng tinh trùng, giảm độ di động của tinh trùng và tăng tỉ lệ tinh trùng bất thường. Những bất thường này có thể xảy ra đơn độc hay phối hợp trên cùng một bệnh nhân.

Trong một nghiên cứu trên 716 nam giới bị giãn tĩnh mạch tinh ở Úc cho thấy tỉ lệ tinh trùng bất thường nói chung chiếm 66,7%. Trong đó, loại bất thường về độ di động và hình dạng (AT) chiếm 6%, loại bất thường về di động (A) chiếm 17,9%, loại bất thường về mật độ, về di động và hình thái (hội chứng OAT) 14,2% và loại bất thường về hình dạng (T) chiếm 2,5%, còn các kiểu bất thường khác chiếm 26,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ tinh dịch đồ bất thường chiếm 87,2%. Trong đó, loại AT chiếm 36%, loại A chiếm 22,1%, loại OAT chiếm 19,77%, loại T chiếm 6,97%, và không gặp các kiểu bất thường khác. So sánh với kết quả của các tác giả trong nghiên cứu nói trên thì tỉ lệ tinh trùng bất thường nói chung của chúng tôi cao hơn (87,2% so với 66,7%), và bất thường loại AT, loại A, hội chứng OAT, và loại T cũng chiếm tỉ lệ cao hơn. Điều này được lý giải là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân bị giãn tĩnh mạch tinh đã có chỉ định mổ. Chỉ định phẫu thuật khi tĩnh mạch tinh giãn ở mức độ nặng nghĩa là giãn độ III, giãn tĩnh mạch tinh gây các triệu chứng lâm sàng, giãn tĩnh mạch tinh gây ảnh hưởng đến tinh dịch đồ[2].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi một lần nữa khẳng định rằng giãn tĩnh mạch tinh làm ảnh hưởng nghiêm trọng quá trình sinh sản tinh trùng làm suy giảm khả năng sinh sản của nam giới. Cần phải khám xét tỉ mỉ cho tất cả những bệnh nhân nam giới đến khám vì chậm con để phát hiện giãn tĩnh mạch tinh. Đây là một nguyên nhân gây vô sinh có thể điều trị được.

Khi so sánh đặc điểm tinh dịch đồ trước và sau vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh 3 tháng, chúng tôi thấy tỉ lệ tinh dịch đồ bình thường sau phẫu thuật tăng từ 12,8% lên 18,6%, sự khác biệt trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với $p=0,04$. Tỉ lệ hội chứng OAT sau phẫu thuật cũng giảm từ 19,77% xuống 12,8%, với $p<0,01$. Kết quả nghiên cứu này cho thấy vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh có tác động tích cực lên chức năng của tinh hoàn thông qua việc cải thiện số lượng và chất lượng tinh trùng, từ đó làm cải thiện khả năng sinh sản của nam giới. Kết quả này phù hợp với kết quả của một nghiên cứu trước[4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự cải thiện các thông số tinh dịch đồ ở nhóm bệnh nhân có tinh dịch đồ bình thường trước phẫu thuật là không đáng kể, nhưng ngược lại ở nhóm tinh dịch đồ bất thường trước phẫu thuật lại có sự cải thiện đáng kể một số thông số. Sau phẫu thuật, mật độ tinh trùng ở cả nhóm bất thường OAT và nhóm bất thường khác đều tăng. Nhưng chỉ ở nhóm OAT sự khác biệt này mới đạt được mức có ý nghĩa thống kê với $p= 0,008$ ($11,3 \pm 6,65$ triệu/ml so với $23 \pm 18,37$ triệu/ml), còn sự khác biệt ở nhóm bất thường khác là không có ý nghĩa thống kê với $p= 0,695$. Sở dĩ có sự khác biệt về mức ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm là do mật

độ tinh trùng trước phẫu thuật của hai nhóm khác nhau. Trong khi trung bình mật độ tinh trùng của nhóm OAT thấp hơn 20 triệu/ml ($11,3 \pm 6,65$ triệu/ml) thì ở nhóm bất thường khác con số này lại cao hơn 20 triệu/ml ($72,78 \pm 53,7$ triệu/ml). Các nghiên cứu trước đây chỉ ra rằng vi phẫu thắt tinh mạch chỉ làm cải thiện mật độ tinh trùng ở nhóm bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh có mật độ tinh trùng trước phẫu thuật dưới mức bình thường. Cũng sau phẫu thuật, độ di động tiến tới ở cả hai nhóm bất thường đều tăng lên ($15,94 \pm 8,63\%$ so với $22,29 \pm 10,5\%$ đối với nhóm OAT; $33,27 \pm 14,86\%$ so với $39,57 \pm 19,87\%$ đối với nhóm bất thường khác). Sự khác biệt ở cả hai nhóm đều đạt mức có ý nghĩa thống kê ($p=0,042$ đối với nhóm OAT và $p=0,027$ đối với nhóm bất thường khác). Tuy nhiên, chúng tôi lại không nhận thấy sự cải thiện đáng kể nào về hình thái tinh trùng sau phẫu thuật ở cả hai nhóm bất thường. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của các giả khác khi nghiên cứu trên một nhóm gồm 99 bệnh nhân có giãn tĩnh mạch tinh trên lâm sàng và tinh trùng có bất thường về độ di động được vi phẫu thắt tinh mạch tinh. Kết quả là tác giả cũng không nhận thấy có sự thay đổi đáng kể về hình thái tinh trùng, trong khi lại có sự thay đổi rõ ràng về mật độ và tỉ lệ di động tiến tới. Một nghiên cứu gần đây cũng nhận thấy sau vi phẫu thắt tinh mạch tinh tất cả các thông số tinh dịch đồ đều cải thiện tốt ngoại trừ hình thái tinh trùng.

V. KẾT LUẬN

- Phần lớn bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh ở tuổi trưởng thành có bất thường một, hai hoặc ba thông số tinh dịch đồ (87,2%). Các kiểu bất

thường chủ yếu là bất thường về độ di động và hình thái (AT) chiếm 36,05%, bất thường về độ di động (A) chiếm 22,09%, bất thường về mật độ, độ di động và hình thái (OAT) chiếm 19,77%.

- Vi phẫu thắt tinh mạch tinh làm cải thiện cả về số lượng và chất lượng tinh trùng tinh trùng. Tuy nhiên sự cải thiện chỉ quan sát thấy ở nhóm bệnh nhân có bất thường về tinh dịch đồ trước phẫu thuật. Các thông số tinh dịch đồ được cải thiện nhiều nhất sau vi phẫu thắt tinh mạch tinh là mật độ tinh trùng và độ di động của tinh trùng. Vi phẫu thắt tinh mạch tinh không ảnh hưởng nhiều đến hình thái của tinh trùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jarow, J.P (2001). Effects of varicocele on male fertility. *Hum Reprod Update*, **7**(1), 59-64.
2. AUA and ASRM (2004). Report on varicocele and infertility. *Fertil Steril*, **82**(S1), S142- 145.
3. Jungwirth, A., A. Giwercman, H. Tournaye, et al (2012). European Association of Urology guidelines on Male Infertility: the 2012 update. *Eur Urol*, **62**(2), 324- 332.
4. Abdel-Meguid, T.A., A. Al-Sayyad, A. Tayib, et al (2011). Does varicocele repair improve male infertility? An evidence-based perspective from a randomized, controlled trial. *Eur Urol*, **59**(3), 455- 461.
5. Seftel, A.D., S.D. Rutchik, H. Chen, et al (1997). Effects of subinguinal varicocele ligation on sperm concentration, motility and Kruger morphology. *J Urol*, **158**(5), 1800- 1803.
6. Yamamoto, M., H. Hibi, Y. Hirata, et al (1996). Effect of varicocelectomy on sperm parameters and pregnancy rate in patients with subclinical varicocele: a randomized prospective controlled study. *J Urol*, **155**(5), 1636- 1638.
7. Zhang, H., H. Li, Y. Hou, et al (2015). Microscopic Retroperitoneal Varicocelectomy With Artery and Lymphatic Sparing: An Alternative Treatment for Varicocele in Infertile Men. *Urology*, **86**(3), 511- 515.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ THỂ TÍCH KHÍ PHẾ THŨNG Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH BẰNG CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY

Phạm Hồng Cảnh*, Vũ Thành Trung*, Phạm Minh Thông*

TÓM TẮT

Khí phế thũng là tổn thương phổi phổ biến ở bệnh nhân Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Mục đích của nghiên cứu là đánh giá đặc điểm hình ảnh, định

lượng thể tích khí phế thũng và đánh giá mối tương quan giữa tỷ lệ phần trăm thể tích khí phế thũng với một số chỉ số chức năng hô hấp ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) bằng cắt lớp vi tính đa dãy. Tỷ lệ phần trăm khí phế thũng trung bình của toàn phổi là $28,53 \pm 8,40(\%)$. Khí phế thũng trung tâm tiểu thùy xuất hiện ở tất cả các bệnh nhân và khí phế thũng thể trung tâm tiểu thùy đơn thuần chiếm 60% số bệnh nhân. Hai kiểu hình của nhóm nghiên cứu là: Kiểu hình E với 36 bệnh nhân và kiểu hình M với 14 bệnh nhân, không có bệnh nhân nào kiểu hình A. Quan sát thấy mối tương quan mức độ thấp giữa tỷ lệ

*Bệnh Viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Cảnh

Email: canhhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.8.2017

Ngày duyệt bài: 11.9.2017

phần trăm khí phế thũng với chỉ số FEV1%, FEV1/FVC % và mối tương quan này ở kiểu hình E cao hơn so với kiểu hình M.

SUMMARY

STUDY OF IMAGING CHARACTERISTICS AND VOLUME OF EMPHYSEMA IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE BY MULTISLICE COMPUTED TOMOGRAPHY

Emphysema is common lesion of the lung in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). The objective of the study is to assess imaging characteristics, quantify volume of emphysema and the correlation between percentage of emphysema with some indexes of lung function test in patients with COPD by multislice computed tomography. Their mean percentage emphysema of two lungs are $28,53 \pm 8,40(\%)$. Centrilobular emphysema presences at all of patients and the single centrilobular emphysema makes up 60% of the patients. Two phenotypes of patients are: Phenotype E with 36 patients and phenotype M with 14 patients, there is no patient with phenotype A. There is low significant correlation was observed between percentage of emphysema and FEV1%, FEV1/FVC % and this correlation is higher in phenotype E than phenotype M.

Key words: Emphysema, quantitative computed tomography, COPD phenotype.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GOLD 2016 (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - Chiến lược toàn cầu về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính), bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là bệnh lý có thể phòng ngừa và điều trị, được đặc trưng bởi sự hạn chế thông khí không hồi phục. Sự hạn chế thông khí này thường tiến triển từ từ và liên quan với sự tăng phản ứng viêm mạn tính của đường dẫn khí và nhu mô phổi với các phân tử nhỏ và khí độc hại [1].

Cơ chế bệnh sinh của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính vẫn chưa được hiểu biết đầy đủ, có thể là do sự kết hợp của nhiều yếu tố, các yếu tố được tập trung nghiên cứu nhiều nhất là sự tắc nghẽn đường dẫn khí do viêm phế quản mạn tính và khí phế thũng. Khí phế thũng hay còn gọi là giãn phế nang là tổn thương căng giãn thường xuyên và phá hủy không hồi phục ở thành các khoảng chứa khí dưới phế quản tận, thường kèm theo phá hủy thành và không xơ hóa. Trên cắt lớp vi tính khí phế thũng là những vùng có tỷ trọng thấp hơn một ngưỡng tỷ trọng giới hạn (thường sử dụng ngưỡng là -950HU ở cuối thì hít vào) [2].

Theo nghiên cứu của Fujimoto và CS (2006) dựa vào các dấu hiệu cắt lớp vi tính để phân loại bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thành các kiểu hình: Kiểu hình A: không có hoặc có rất ít khí phế thũng có thể kèm hoặc không kèm theo bệnh đường dẫn khí. Kiểu hình E: khí phế thũng

và không kèm theo bệnh đường dẫn khí. Kiểu hình M: Kết hợp cả khí phế thũng và bệnh đường dẫn khí [3].

Ngày nay cắt lớp vi tính đa dãy đầu thu có sử dụng các phần mềm chuyên dụng cung cấp hình ảnh với chất lượng cao cho phép tính toán tự động thể tích phổi, tự động nhận biết và tính toán phần nhu mô phổi bị phá hủy là những vùng có tỷ trọng thấp hơn tỷ trọng nhu mô phổi bình thường. Phương pháp này có giá trị cao trong việc phát hiện, phân loại mức độ nặng tổn thương khí phế thũng góp phần quan trọng trong việc điều trị, theo dõi tiến triển của bệnh. Tuy nhiên hiện chưa thấy báo cáo trong nước nào về nghiên cứu và ứng dụng phương pháp này.

Vì vậy để có thêm thông tin về tổn thương khí phế thũng và ứng dụng cắt lớp vi tính đa dãy trong định lượng thể tích khí phế thũng ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá đặc điểm hình ảnh, định lượng thể tích khí phế thũng và đánh giá liên quan phần trăm thể tích khí phế thũng với một số chỉ số ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) bằng cắt lớp vi tính đa dãy.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, có kết quả đo chức năng hô hấp đợt vào viện này và có khả năng thực hiện đúng theo chỉ dẫn để có phim chụp cắt lớp vi tính lồng ngực chuẩn.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có liên quan các bệnh phổi lan tỏa hoặc bệnh khác gây ảnh hưởng đến khả năng hít thở và thể tích nhu mô phổi như bệnh nhân suy hô hấp nặng, mắc bệnh tim mạch hoặc thận nặng gây tràn dịch màng phổi, bệnh nhân có khối u, áp xe, xẹp phổi, viêm phổi, bất thường màng phổi gây ảnh hưởng lớn thể tích phổi. Hoặc không có khả năng thực hiện đúng các hướng dẫn

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu được thực hiện từ tháng 10 năm 2016 đến tháng 9 năm 2017 tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh và trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai. Phương tiện nghiên cứu: Hệ thống máy chụp cắt lớp vi tính 64 và 128 dãy có hệ thống Syngovia và phần mềm xử lý hình ảnh PULMO 3D của hãng SIEMENS.

2.3 Quy trình nghiên cứu: Đặt bệnh nhân lên bàn chụp, nằm ngửa, hai tay để thoải mái lên phía trên đầu. Chụp xoắn ốc từ trên đỉnh phổi cho đến hết tuyến thượng thận hai bên, không tiêm thuốc cản quang với độ dày lát cắt 5mm và

tái tạo 1.0mm. Chụp vào cuối thì hít vào sâu. Sử dụng phần mềm PULMO 3D để xử lý hình ảnh với ngưỡng giá trị tỷ trọng để xác định khí phế thũng là -950HU.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Các thông số chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Các thông số chung của đối tượng nghiên cứu

Thông số	X $\pm$ s
Tuổi (năm)	65,46 $\pm$ 9,97
Giới (Nam/nữ)	36/14 (72%/28%)
Yếu tố nguy cơ	
Số bao-năm (nếu có hút thuốc lá/thuốc lào)	15,72 $\pm$ 10,55
Phân loại theo GOLD – 2016	
GOLD I; II; III; IV	0; 25; 16; 9

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi có 36 bệnh nhân nam giới, có 14 bệnh nhân nữ giới, tuổi trung bình là 65,46 $\pm$ 9,97. Trong tất cả các bệnh nhân thì có 5 bệnh nhân không có tiền sử hút thuốc lá, thuốc lào, số bao – năm là 15,72 $\pm$ 10,55. Theo phân loại GOLD thì có 25 bệnh nhân GOLD II, 16 bệnh nhân GOLD III và 9 bệnh nhân GOLD IV.

2. Đặc điểm hình ảnh khí phế thũng trên cắt lớp vi tính đa dãy

2.1. Tỷ lệ các loại khí phế thũng của đối tượng nghiên cứu: Có 30/50 bệnh nhân có loại khí phế thũng trung tâm tiểu thùy đơn thuần. Có 15/50 bệnh nhân có loại khí phế thũng kết hợp cả loại trung tâm tiểu thùy và cạnh vách, 2/50 bệnh nhân có loại khí phế thũng trung tâm tiểu thùy và toàn tiểu thùy, 3 bệnh nhân có cả 3 loại khí phế thũng.

2.2. Phân loại kiểu hình của đối tượng nghiên cứu: Trong số 50 bệnh nhân, có 72% bệnh nhân có kiểu hình E (có giãn phế nang nhưng không có tổn thương đường dẫn khí), 28% bệnh nhân có kiểu hình M (có cả tổn thương giãn phế nang kèm giãn hoặc dày thành phế quản), không có bệnh nhân nào kiểu hình A (không có/rất ít tổn thương khí phế thũng).

2.3. Định lượng thể tích phổi và khí phế thũng của đối tượng nghiên cứu

2.3.1. Thể tích khí phế thũng của đối tượng nghiên cứu theo các thùy phổi

Bảng 2. Thể tích khí phế thũng trung bình của đối tượng nghiên cứu

		X $\pm$ s (%)
Phổi phải	Thùy trên	29,01 $\pm$ 9,27
	Thùy giữa	28,38 $\pm$ 7,14
	Thùy dưới	27,06 $\pm$ 9,54
Phổi trái	Thùy trên	29,67 $\pm$ 9,42
	Thùy dưới	27,68 $\pm$ 10,07
Toàn phần		28,53 $\pm$ 8,40

Nhận xét: Tỷ lệ phần trăm khí phế thũng trung bình của toàn phổi là 28,53 $\pm$ 8,40 (%), trong đó tỷ lệ phần trăm khí phế thũng trung bình cao nhất ở thùy trên phổi phải, thấp nhất ở thùy trên phổi phải.

2.3.2. So sánh mức độ nặng của khí phế thũng với mức độ nặng theo GOLD

Bảng 3. So sánh mức độ nặng của khí phế thũng với mức độ nặng theo GOLD

GOLD	Số bệnh nhân	% khí phế thũng trung bình (X $\pm$ s)
GOLD1	0	
GOLD2	25	25,16 $\pm$ 9,0
GOLD3	16	30,94 $\pm$ 5,76
GOLD4	9	33,6 $\pm$ 7,10
Tổng	50	28,53$\pm$8,40

Nhận xét: Dựa vào bảng kết quả trên cho thấy thể tích khí phế thũng trung bình tăng dần theo mức độ nặng của bệnh nhân theo phân độ GOLD, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p = 0,036).

3. Đánh giá liên quan phần trăm thể tích khí phế thũng với một số chỉ số FEV1% và FEV1/FVC%

Tỷ lệ phần trăm khí phế thũng có mối tương quan với các chỉ số: FEV1%, FEV1/FVC% tuy nhiên mối tương quan mức độ thấp với r = -0,42 và -0,31. Bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi thuộc hai nhóm kiểu hình: Kiểu hình E (chủ yếu KPT) và kiểu hình M (gồm cả KPT và dày thành phế quản), trong đó hệ số tương quan của chỉ số LAV₉₅₀ với FEV1%, FEV1/FVC% trong lần lượt là -0,54 và -0,40 nhóm bệnh nhân kiểu hình E và không có sự tương quan trong nhóm kiểu hình M.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kiểu hình E chiếm tỷ lệ cao nhất (72%), kiểu hình M (28%), không có bệnh nhân nào kiểu hình A. Nghiên cứu của Fujimoto và CS (2006) trên 172 bệnh nhân có 51,7% kiểu hình E, 25,6% kiểu hình M, 22,7% kiểu hình A [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có phần tương tự về thứ tự tần suất các loại kiểu hình của bệnh nhưng do số lượng đối tượng nghiên cứu thấp nên việc đánh giá chưa được đầy đủ và chính xác.

Tỷ lệ khí phế thũng trung bình toàn phổi của đối tượng nghiên cứu là 28,53 $\pm$ 8,40 (%), không có sự khác biệt quá lớn giữa các thùy phổi. Tỷ lệ phần trăm thể tích khí phế thũng tăng dần theo mức độ nặng của bệnh nhân theo phân độ GOLD. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự phù hợp với nghiên cứu của Schroeder và CS (2013) [4].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD).** Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease update 2016.
2. **Madani A, Keyzer C, Gevenois P.A.** "Quantitative computed tomography assessment of lung structure and function in pulmonary emphysema". *Eur Respir J*. 2001 OCT; **18**(4): 720-730.
3. **Fujimoto K, Kitaguchi Y, Kubo K, Honda T (2006).** "Clinical analysis of chronic obstructive pulmonary disease phenotypes classified using high-resolution computed tomography". *Respirology* 2006;**11**: 731-40.
4. **Schroeder J.D., McKenzie A.S., Zach J.A. và cộng sự (2013).** Relationships Between Airflow Obstruction and Quantitative CT Measurements of Emphysema, Air Trapping, and Airways in Subjects With and Without Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *AJR Am J Roentgenol*, **201**(3), W460-W470.
5. **Akira M., Toyokawa K., Inoue Y. và cộng sự. (2009).** Quantitative CT in chronic obstructive pulmonary disease: inspiratory and expiratory assessment. *AJR Am J Roentgenol*, **192**(1), 267-272.
6. **Washko G.R., Criner G.J., Mohsenifar Z. và cộng sự (2008).** Computed tomographic based quantification of emphysema and correlation to pulmonary function and mechanics. *COPD*, **5**(3), 177-186.
7. **Lalita Fernandes et al (2015),** "Quantification of Emphysema in Chronic Obstructive Pulmonary Disease by Volumetric Computed Tomography of Lung", *Lung India* 2016 Nov-Dec; **33**(6): 646-652.

ĐÁNH GIÁ CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN KHI GÂY MÊ BẰNG SEVOFLURAN TRONG NỘI SOI PHẾ QUẢN Ở TRẺ EM

Nguyễn Đức Lam*, Phạm Thị Hiền Hòa**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các tác dụng không mong muốn khi gây mê bằng thuốc mê sevofluran trong nội soi hô hấp ở trẻ em. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 64 bệnh nhân từ 0 – 90 tháng tuổi được nội soi hô hấp tại Bệnh viện Nhi trung ương, được vô cảm bằng sevofluran và gây tê tại chỗ bằng xit lidocain, khi độ an thần vẫn chưa đủ thì được bổ xung bằng propofol 0,5 mg/kg/lần. **Kết quả:** Biến chứng khi nội soi hô hấp gặp phải là: xanh tím (14,06%), chảy máu (3,13%), dọa ngừng tim (1,56%, cấp cứu kịp thời, không để lại di chứng gì). Tác dụng không mong muốn ở bệnh nhân là: quấy khóc sau khi nội soi hô hấp (12,5%), đau họng sau khi nội soi (4,69%). Tác dụng không mong muốn trên nhân viên y tế trong phòng mổ là: buồn ngủ (7,81%), ngửi thấy mùi thuốc mê sevofluran trong phòng nội soi (26,6%). **Kết luận:** Gây mê bằng sevofluran trong nội soi hô hấp ở trẻ em là phương pháp vô cảm tương đối an toàn, ít biến chứng và tác dụng không mong muốn trên bệnh nhân, tuy nhiên, vẫn có một lượng khí mê sevofluran thoát ra môi trường nên cần có hệ thống thông khí phòng nội soi tốt để tránh bị phơi nhiễm cho nhân viên y tế.

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

SUMMARY

*Trường Đại học y Hà Nội

**Bệnh viện Nhi trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Hiền Hòa

Email: ngoctraden@hotmail.com

Ngày nhận bài: 10.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.8.2017

Ngày duyệt bài: 5.9.2017

EVALUATION THE SIDE EFFECTS OF ANESTHESIA WITH SEVOFLURANE FOR BRONCHOSCOPY IN CHILDREN

Objective: To evaluate the side effects of anesthesia for children's bronchoscopy using sevoflurane. **Patients and Methods:** A retrospective descriptive study of 64 patients from 0 to 90 months of age who received bronchoscopy at the National Hospital of Paediatrics, sedated with sevoflurane and local anesthetic by lidocaine, when sedation is not sufficient, it is supplemented with propofol 0.5mg/kg. **Results:** Complications during bronchoscopy were: cyanosis (14.06%), bleeding (3.13%), menace cardiac arrest (1.56%, successful treatment, no sequelae). Side effects in patients are: crying after bronchoscopy (12.5%), sore throat after bronchoscopy (4.69%). The side effects on the medical staff in the endoscopy room were: sleepiness (7.81%), smell of Sevofluran in the environment (26.6%). **Conclusion:** Sevoflurane anesthesia in pediatric endoscopy is a relatively safe, minimally invasive and side effects of anesthetic method in patients, however, there is still a high level of sevoflurane in the environment should be well ventilated to avoid exposure medical staff.

Keywords: respiratory endoscopy, pediatric anesthesia, sevoflurane

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây mê cho nội soi hô hấp ở trẻ em là vấn đề khó khăn vì phải chia sẻ đường thở với các dụng cụ nội soi. Thuốc mê thường được sử dụng cho thủ thuật này là sevofluran, tuy nhiên, trong quá trình nội soi hô hấp, một lượng thuốc mê này bị thoát ra ngoài nên có thể ảnh hưởng đến mức độ vô cảm và gây ô nhiễm môi trường. Việc sử dụng gây mê bằng sevofluran trong nội soi hô hấp với các phương tiện hỗ trợ hô hấp

mới hiện nay có đảm bảo được tính an toàn trong gây mê hồi sức và có thể gặp các tác dụng không mong muốn gì đối với bệnh nhân trong và sau thủ thuật, đối với nhân viên y tế trong phòng mổ hay không? Để trả lời câu hỏi trên, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: Đánh giá các tác dụng không mong muốn khi gây mê bằng thuốc mê sevofluran trong nội soi hô hấp ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

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

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

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

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

2.3 Cách thức tiến hành

- Chuẩn bị bệnh nhân: khám lâm sàng bệnh nhân và xem các kết quả xét nghiệm,

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

- Khi nội soi ống mềm thành công, nếu có chỉ định nội soi phế quản ống cứng thì tăng liều sevofluran lên 5% trong oxy 5lít/phút, sau đó duy trì mê bằng sevofluran nồng độ 1–2%, gây tê niêm mạc bằng xịt lidocain. Nếu độ mê chưa đủ thì tiêm thêm propofol 0,5mg/kg/lần đến khi đủ độ mê. Sau thủ thuật, trẻ được theo dõi tại phòng Hồi tỉnh cho đến đi tỉnh hoàn toàn. Các chỉ tiêu nghiên cứu: các đặc điểm chung của bệnh nhân, các biến chứng trong quá trình nội soi hô hấp, các tác dụng không mong muốn trên bệnh nhân sau thủ thuật, các tác dụng không mong muốn trên nhân viên y tế trong phòng mổ...

III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

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

Bảng 3.2. Các biến chứng trong khi nội soi hô hấp ở trẻ em

Biến chứng	Phương pháp nội soi sử dụng		Tổng (n, %)
	Nội soi ống mềm	Nội soi ống mềm + ống cứng	

	(n, %)	(n, %)	(n, %)
Chảy máu	1 (1,56%)	1 (1,56%)	2 (3,13%)
Dọa ngừng tim	0 (0%)	1 (1,56%)	1 (1,56%)
Xanh tím	5 (7,81%)	4 (6,25%)	9 (14,06%)
Không biến chứng	42 (65,63%)	10 (15,63%)	52 (81,25%)

Bảng 3.3. Các tác dụng không mong muốn trên bệnh nhân giai đoạn sau nội soi hô hấp

Tác dụng không mong muốn	n	%
Trẻ quấy khóc khi tỉnh	8	12,5%
Trẻ kêu đau họng	3	4,69%
Không	53	82,81%

Bảng 3.4. Các tác dụng không mong muốn trên nhân viên y tế trong phòng nội soi

Tác dụng không mong muốn	n	%
Nhân viên y tế buồn ngủ	5	7,81%
Ngửi thấy mùi Sevofluran	17	26,6%
Không	42	65,63%

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trong bảng 3.1. cho thấy: độ tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều ở lứa tuổi từ 0 đến 8 tuổi, trong đó tỷ lệ dưới 1 tuổi là 54,69%, do nghiên cứu được thực hiện ở Bệnh viện Nhi trung ương nên chúng tôi gặp rất nhiều trẻ được chuyển từ tuyến dưới lên do mắc các bệnh lý bẩm sinh gây bất thường ở đường hô hấp nên cần phải nội soi để chẩn đoán và can thiệp sớm, có trường hợp phải nội soi cho trẻ ngay sau khi sinh. Gây mê cho đối tượng trẻ nhỏ tuổi này thường khó khăn hơn do trẻ rất nhạy cảm với tình trạng thiếu oxy [2], [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân trong tình trạng nặng, phân loại sức khỏe ASA độ 3, độ 4 chiếm tỷ lệ 27%, đây cũng là một thách thức với bác sỹ gây mê hồi sức vì gây mê để nội soi hô hấp cho các bệnh nhân này sẽ có rất nhiều nguy cơ. Các triệu chứng lâm sàng của các bệnh nhân trước khi nội soi phế quản là: khó thở, ran ẩm, ran rít, thở co kéo... Đặc biệt, có 13 trẻ đã được đặt nội khí quản (20,31%), 3 trẻ đã được đặt canyl khí quản (4,68%), do khi nội soi hô hấp nhiều khi phải rút ống nội khí quản để tiến hành nội soi hoặc bỏ canyl để nong chỗ khí quản hẹp nên thực sự rất khó khăn ở những trẻ đang có ống nội khí quản hoặc có canyl khí quản.

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

Kết quả ở bảng 3.2 cho thấy: có các tai biến nguy hiểm gặp phải trong thời gian nghiên cứu đó là: dọa ngừng tim, chảy máu và xanh tím. Có gặp 1 trường hợp dọa ngừng tim: bệnh nhân 3

tuổi, bị hẹp hạ thanh môn do màng ngăn, đã được mở khí quản, thủ thuật nội soi can thiệp nong chỗ hẹp bằng nội soi ống cứng khó khăn, bệnh nhân xuất hiện nhịp tim chậm, tần số tim dưới 30 lần/phút. Bệnh nhân đã được ép tim hỗ trợ và cấp cứu kịp thời, sau đó nhịp tim trở lại bình thường, không có di chứng về thần kinh sau đó. Tỷ lệ chảy máu vùng niêm mạc đường hô hấp khi nội soi hô hấp là 3,13%, chúng tôi phải cầm máu bằng cách tiêm 1,5 ml dung dịch adrenalin 1/100 000 vào vị trí chảy máu để cầm máu. Mức độ chảy máu không đáng kể và bệnh nhân ổn định ngay sau khi soi. Tỷ lệ bệnh nhân bị xanh tím chiếm 14,06% trong nghiên cứu của chúng tôi. Xanh tím là do thiếu oxy hoặc do co thắt phế quản trong quá trình nội soi. Tỷ lệ xanh tím của chúng tôi cao hơn so với của J de Blic (< 6%), có thể do tác giả này chỉ sử dụng ống soi mềm, trong khi chúng tôi có sử dụng cả ống soi cứng cho một số trường hợp [1]. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân bị xanh tím của chúng tôi thấp hơn so với của Soudabeh Haddadi (18,6%), có thể do tác giả này tiến hành nội soi phế quản để lấy dị vật bằng ống soi cứng nên tỷ lệ xanh tím cao hơn [4].

Các tác dụng không mong muốn trên bệnh nhân giai đoạn sau khi nội soi là: trẻ quấy khóc sau khi soi (12,5%) và đau họng sau khi soi (4,69%). Do đặc điểm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là trẻ em, đa số nhỏ tuổi (<3 tuổi), nên khó hỏi được về triệu chứng đau họng hơn so với bệnh nhân là người lớn hoặc trẻ lớn. Do đó, cần theo dõi và cho thuốc giảm đau sau nội soi hô hấp ở trẻ em, đặc biệt trẻ quá nhỏ không đánh giá được về đau. Có thể tỷ lệ trẻ quấy khóc sau mổ cũng liên quan đến tác dụng không mong muốn này.

Trong gây mê bằng thuốc mê hô hấp sevofluran cho nội soi hô hấp ở trẻ em, cần quan tâm đến các tác dụng không mong muốn nên nhân viên y tế trong phòng nội soi do thuốc mê thoát ra môi trường bên ngoài. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có tới 26% số trường hợp nội soi hô hấp có ghi nhận phản nản về mùi thuốc sevofluran trong phòng soi và 7% các trường hợp nội soi có ghi nhận nhân viên y tế trong phòng nội soi thấy buồn ngủ do hít thuốc mê sevofluran hờ ra môi trường. Có thể do gây mê với lưu lượng dòng khí mới cao và sự không cân đối giữa dụng cụ nội soi và đường thở nên làm khí mê thoát ra môi trường phòng nội soi khá nhiều. Cần phải có hệ thống thông khí tốt trong phòng nội soi để giảm thiểu phơi nhiễm của nhân viên y tế với khí mê gây ô nhiễm phòng thủ thuật.

V. KẾT LUẬN

Sử dụng sevofluran với nồng độ khi khởi mê là 6% lưu lượng oxy là 5 lít/phút và duy trì mê nồng độ 1% với lưu lượng oxy 2 – 3 lít/phút, kết hợp với gây tê tại chỗ bằng xịt dung dịch lidocain

là phương pháp vô cảm tương đối an toàn cho thủ thuật nội soi hô hấp ở trẻ em, ít gây biến chứng và tác dụng không mong muốn trên bệnh nhân, tuy nhiên, vẫn có một lượng khí mê sevofluran thoát ra môi trường nên cần có hệ thống thông khí phòng nội soi tốt để tránh bị phơi nhiễm cho nhân viên y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. J.de Blic, V.Marchac và P.Scheinmann (2002), "Complications of flexible bronchoscopy in children: prospective study of 1,328 procedures", *Eur Respir J*, 20, tr. 1271–1276.
2. K.Z. Chen, M. Ye, C.-B. Hu và X. Shen (2014), "Dexmedetomidine vs remifentanyl intravenous anaesthesia and spontaneous ventilation for airway foreign body removal in children", *British Journal of Anaesthesia*, 112(5), tr. 892-7.
3. Selma Maria de A.S et al (2012), "Pediatric bronchoscopy", *Global perspective on Bronchoscopy*, 177-200.
4. Soudabeh Haddadi, Shideh Marzban et al (2015), "Tracheobronchial foreign-bodies in children: a 7 year retrospective study", *Iranian Journal of Otorhinolaryngology*, 27(5).

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG HỖ TRỢ CỦA GIA ĐÌNH TRONG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI KHUYẾT TẬT TẠI XÃ QUẾ NHAM, HUYỆN TÂN YÊN, TỈNH BẮC GIANG

Nguyễn Thị Thời¹, Nguyễn Phương Sinh²

TÓM TẮT

Sự hỗ trợ của gia đình trong phục hồi chức năng cho người khuyết tật là rất quan trọng giúp người khuyết tật nhanh chóng hòa nhập xã hội, đồng thời nâng cao chất lượng cuộc sống. **Mục tiêu:** Mô tả thực trạng hỗ trợ của gia đình trong phục hồi chức năng tại nhà cho người khuyết tật tại xã Quế Nham, huyện Tân Yên, tỉnh Bắc Giang năm 2016. **Phương pháp nghiên cứu:** Điều tra mô tả cắt ngang được thực hiện trên 247 người khuyết tật và người hỗ trợ chính trong phục hồi chức năng cho người khuyết tật, sử dụng bộ câu hỏi nhằm tìm hiểu việc hỗ trợ của gia đình trong phục hồi chức năng cho người khuyết tật. **Kết quả:** Tỷ lệ người khuyết tật được hỗ trợ của gia đình trong phục hồi chức năng chiếm 72,1%, trong đó hỗ trợ phục hồi chức năng hòa nhập xã hội chiếm tỷ lệ cao nhất 91%, hỗ trợ phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày chiếm

45,3%, hỗ trợ phục hồi chức năng vận động và di chuyển chiếm 54,7 %, hỗ trợ phục hồi chức năng giao tiếp và ngôn ngữ chiếm tỷ lệ thấp nhất 45,3%.

Từ khóa: Phục hồi chức năng, người khuyết tật

SUMMARY

RESEARCH ON THE REAL SITUATION OF FAMILY SUPPORT IN REHABILITATION FOR DISABILITIES IN QUE NHAM COMMUNE, TAN YEN DISTRICT, BAC GIANG PROVINCE

It is important to help people with disabilities to have social integration and improve their quality of life is the family support in rehabilitation. **Objectives:** To describe the status of family support in home rehabilitation for the people with disabilities in Que Nham commune, Tan Yen district, Bac Giang province in 2016. **Research methodology:** The investigation was conducted on 247 people with disabilities and primary supporters in the process of rehabilitation. Using questionnaires to explore family support in rehabilitation for the disabilities. **Results:** The percentage of people with disability received the family support in home rehabilitation is 72.1%, including the support of social integration was the highest, accounting for 91%, the support for rehabilitation of daily activities made up 45.3%, the support of mobility rehabilitation accounted for 54.7%. In contrast, The

¹Bệnh viện Phục hồi chức năng Bắc Giang

²Trường Đại học Y-Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phương Sinh

Email: sinhn.p.y@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.9.2017

Ngày duyệt bài: 14.9.2017

support of communication and language rehabilitation was the lowest, constituting at 45.3%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Người khuyết tật là một đối tượng cần được sự quan tâm và hỗ trợ đặc biệt của người thân, gia đình và xã hội, chiếm khoảng 6% dân số cả nước [6]. Khuyết tật nếu không được PHCN và can thiệp y tế kịp thời sẽ tác động tới tình trạng sức khỏe, ảnh hưởng đến các chức năng sinh hoạt, gây hạn chế khả năng tham gia các hoạt động xã hội của người khuyết tật.

Mục tiêu cuối cùng của quá trình hỗ trợ NKT là giúp họ có khả năng hòa nhập xã hội, đồng thời nâng cao chất lượng cuộc sống. Vì vậy việc đánh giá thực trạng hỗ trợ của gia đình trong phục hồi chức năng tại nhà cho người khuyết tật là cần thiết. Mục tiêu: *Mô tả thực trạng hỗ trợ của gia đình trong phục hồi chức năng tại nhà cho người khuyết tật tại xã Quế Nham, huyện Tân Yên, tỉnh Bắc Giang năm 2016.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 247 người khuyết tật và người hỗ trợ chính trong phục hồi chức năng cho người khuyết tật sống tại xã Quế Nham, huyện Tân Yên, tỉnh Bắc Giang năm 2016.

2. Phương pháp nghiên cứu: Phỏng vấn người khuyết tật và người hỗ trợ chính trong phục hồi chức năng cho người khuyết tật theo bộ câu hỏi, nhằm tìm hiểu việc hỗ trợ của gia đình trong PHCN cho NKT

- Chọn mẫu toàn bộ 247 người khuyết tật và người hỗ trợ chính trong phục hồi chức năng cho người khuyết tật theo sổ sách quản lý của TYT trên địa bàn xã Quế Nham.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 247 người khuyết tật và người hỗ trợ chính PHCN cho NKT tại xã Quế Nham, huyện Tân Yên, xác định việc hỗ trợ phục hồi chức năng của gia đình trong phục hồi chức năng cho người khuyết tật:

Bảng 1. Thông tin về người khuyết tật

Yếu tố		n	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	142	57,5
	Nữ	105	42,5
Dân tộc	Kinh	247	100
	Khác	0	0
Trình độ học vấn	Tiểu học	100	40,5
	THCS	51	20,6
	THPT	14	5,7
	Sơ cấp nghề	4	1,6
	TC/ CĐ/ ĐH học trở lên	7	2,8
	Chưa đi học	71	28,7

***Nhận xét:** Tỷ lệ NKT nam gấp 1,4 lần nữ. Về trình độ học vấn số người học tiểu học chiếm 40,5%, tiếp đến là không đi học chiếm 28,7%, trung học cơ sở chiếm 20,6%, THPT 5,7%, TC/CĐ/ĐH 2,8%, thấp nhất là sơ cấp nghề 1,6%.

Bảng 2. Dạng khuyết tật

Dạng khuyết tật của NKT	n	Tỷ lệ %
Khuyết tật vận động	105	42,5
Khuyết tật về nghe/nói hoặc nghe và nói kết hợp	48	19,4
Khuyết tật về nhìn	61	24,7
Khuyết tật về học	52	21,1
Động kinh	25	10,1
Hành vi xa lạ (tâm thần kinh)	35	14,2

***Nhận xét:** Trong các dạng khuyết tật thì dạng khuyết tật vận động chiếm tỷ lệ cao nhất, chiếm 42,5%, tiếp đến là khuyết tật nhìn chiếm 24,7%, khuyết tật học chiếm 21,1%, thấp nhất là dạng khuyết tật động kinh chiếm 10,1%.

Bảng 3. Thông tin về người hỗ trợ

Yếu tố		n	Tỷ lệ %
Mối quan hệ với NKT	Bố/me	86	34,8
	Vợ/chồng	91	36,8
	Anh/chị/em	19	7,7
	Khác (ghi rõ): con	51	20,6
Tuổi	≤ 24	0	0

	25-54	146	59,1
	≥ 55	101	40,9
Giới tính	Nam	91	6,8
	Nữ	156	63,2
Dân tộc	Kinh	240	100
	Khác	0	0
Trình độ học vấn của Người hỗ trợ	Tiểu học	69	27,9
	Trung học cơ sở	143	57,9
	Trung học phổ thông	23	9,3
	Trung cấp/ Cao đẳng/ Đại học trở lên	09	3,6
	Chưa đi học	03	1,2
Nghề nghiệp của người hỗ trợ	Nông dân (chăn nuôi, trồng trọt)	213	86,2
	Công chức nhà nước	06	2,4
	Buôn bán	06	2,4
	Làm nghề thủ công	01	0,4
	Lao động tự do/làm thuê	10	4,0
	Hưu trí, nghỉ mất sức	07	2,8
	Không nghề nghiệp/thất nghiệp	04	1,6
Tình trạng hôn nhân	Chưa bao giờ kết hôn	02	0,8
	Đang có vợ/chồng	232	93,9
	Góa	11	4,5
	Ly dị/ly thân	02	0,8

***Nhận xét:** Tỷ lệ người hỗ trợ PHCN là vợ/chồng chiếm 36,8%, tiếp đến là bố/mẹ chiếm 34,8%, thấp nhất là anh/chị/em chiếm 7,7%. Tỷ lệ người hỗ trợ nữ gấp 1,7 lần nam giới. Trình độ học vấn của người hỗ trợ chủ yếu là trung học cơ sở, chiếm 57,9%, tiếp theo là tiểu học chiếm 27,9%. Nghề nghiệp chủ yếu của người hỗ trợ là nông nghiệp, chiếm 86,2%.

Bảng 4: Thực trạng hỗ trợ PHCN tại nhà cho NKT

		n	Tỷ lệ %
Sự hỗ trợ và PHCN cho NKT	Có	178	72,1
	Không	69	27,9
Hỗ trợ và PHCN cho NKT	Hỗ trợ, PHCN vận động và di chuyển	135	75,8
	Hỗ trợ, PHCN giao tiếp và ngôn ngữ	95	53,3
	Hỗ trợ, PHCN sinh hoạt hàng ngày	112	62,9
	Hỗ trợ, PHCN hòa nhập xã hội	162	91,0

***Nhận xét:** Có 72,1% có hoạt động hỗ trợ phục hồi chức năng tại nhà gấp 2,6 lần số không có sự hỗ trợ PHCN cho NKT tại nhà. PHCN hòa nhập xã hội chiếm tỷ lệ cao nhất 91%, hỗ trợ PHCN vận động và di chuyển chiếm 78,8%, hỗ trợ PHCN sinh hoạt hàng ngày chiếm 62,9%, hỗ trợ PHCN giao tiếp và ngôn ngữ chiếm tỷ lệ thấp nhất 53,3%.

Bảng 5. Lý do không hỗ trợ và PHCN cho NKT

Lý do không hỗ trợ và PHCN cho NKT	n	Tỷ lệ %
Vì NKT không có nhu cầu	45	65,2
Không có thời gia	16	23,2
Không biết tập như thế nào	8	11,6

***Nhận xét:** Trong số 69 người hỗ trợ chính không hỗ trợ cho NKT có 65,2% người hỗ trợ chính trả lời lý do không hỗ trợ PHCN là do NKT không có nhu cầu, tiếp theo là không có thời gian 23,2%, thấp nhất là không biết tập như thế nào, chiếm 11,6%.

Bảng 6. Hỗ trợ PHCN trong sinh hoạt hàng ngày

Hỗ trợ PHCN trong sinh hoạt hàng ngày	n	Tỷ lệ % trong số có hỗ trợ (n= 112)
Giúp NKT ăn uống	105	93,8
Giúp NKT làm vệ sinh cá nhân	95	84,8
Giúp NKT biết cách đại tiện	35	31,3
Giúp người biết cách cởi, mặc quần áo	57	50,9

***Nhận xét:** Trong số 112 NKT có nhu cầu hỗ trợ PHCN trong sinh hoạt hàng ngày, tỷ lệ người hỗ trợ chính cao nhất là giúp NKT ăn uống chiếm 93,8%, tiếp theo là giúp NKT làm vệ sinh cá nhân chiếm 84,8%, giúp NKT biết cách mặc quần áo chiếm 50,9%, giúp NKT biết cách đại tiện 31,3%.

Bảng 7. Hỗ trợ PHCN trong vận động và di chuyển

Hỗ trợ PHCN trong vận động và di chuyển	n	Tỷ lệ % trong số có hỗ trợ (n = 135)
Hướng dẫn di chuyển/thay đổi tư thế trên giường	54	40
Trực tiếp tập thay đổi tư thế trên giường	70	51,9
Tập luyện các khớp chống co cứng, co rút	112	83,0
Xoa bóp chống loét	27	20,0
Mua/làm dụng cụ giúp NKT di chuyển	110	81,5
Hỗ trợ NKT vận động và di chuyển trong nhà	98	72,6
Hỗ trợ NKT vận động và di chuyển quanh làng xóm	88	65,2

***Nhận xét:** Tỷ lệ hỗ trợ tập luyện các khớp chống co cứng, co rút, chiếm 83,0%, tiếp đến là mua/làm dụng cụ giúp NKT di chuyển, chiếm 81,5%, tiếp đến là hỗ trợ NKT vận động và di chuyển trong nhà, chiếm 72,6% hỗ trợ NKT vận động và di chuyển quanh làng, chiếm 65,2%, hỗ trợ trực tiếp tư thay đổi tư thế trên giường, chiếm 51,9%, Hướng dẫn di chuyển/thay đổi tư thế trên giường, chiếm 40%, thấp nhất là hỗ trợ xoa bóp chống loét 20%. Trên tổng số những người được hỗ trợ PHCN tại nhà trong lĩnh vực này

Bảng 8. Hỗ trợ PHCN trong ngôn ngữ và giao tiếp

Hỗ trợ PHCN trong ngôn ngữ và giao tiếp	n	Tỷ lệ % trong số có hỗ trợ (n= 95)
Luyện nói/phát âm	24	25,3
Nói chậm để tạo điều kiện cho NKT nói	53	55,8
Mời NKT cùng tuổi vào chơi	72	75,8
Đưa NKT đến những địa điểm vui chơi công cộng	70	73,7
Đưa NKT tham gia vào các nhóm bạn hoặc câu lạc bộ	26	27,4
Đưa NKT đến nhà bạn chơi	67	70,5
Cho NKT đi chơi	68	71,6
Tạo điều kiện cho NKT bộc lộ mong muốn của mình	76	80,0
Tìm hiểu cách giao tiếp của NKT	69	72,6

***Nhận xét:** Tỷ lệ cao nhất là hỗ trợ tạo điều kiện cho NKT bộc lộ mong muốn của mình đạt 80%, tiếp theo mời NKT cùng tuổi vào chơi 75,8%, tìm hiểu cách giao tiếp của NKT đạt 72,6%, hỗ trợ đưa NKT đến những địa điểm vui chơi công cộng đạt 73,7%, hỗ trợ cho NKT đi chơi đạt 71,6%, hỗ trợ đưa NKT đến nhà bạn chơi đạt 70%, hỗ trợ nói chậm để tạo điều kiện cho NKT nói đạt 55,8%, thấp nhất là luyện nói/phát âm 25,3%. Trên tổng số những người được hỗ trợ PHCN tại nhà trong lĩnh vực này.

Bảng 9. Hỗ trợ PHCN trong hòa nhập xã hội

Nội dung hỗ trợ PHCN trong hòa nhập xã hội	n	Tỷ lệ % trong số có hỗ trợ (n= 162)
Khuyến khích NKT đi học hay học nghề	25	15,4
Tìm các trường hay nghề phù hợp với NKT	98	60,5
Đưa NKT đến trường	21	13,0
Mua đồ dùng/dụng cụ học tập	11	6,8
Hướng dẫn NKT học ở nhà	12	7,4

***Nhận xét:** Tỷ lệ chiếm cao nhất là hỗ trợ NKT tìm các trường hay nghề phù hợp với NKT chiếm 60,5%, tiếp theo là hỗ trợ khuyến khích NKT chiếm 15,4%, thấp nhất là hỗ trợ mua đồ dùng dụng cụ học tập, chiếm 6,8%. Trên tổng số những người được hỗ trợ PHCN tại nhà trong lĩnh vực này.

Bảng 10. Các hoạt động PHCN trong hỗ trợ NKT tham gia hoạt động hòa nhập xã hội

Nội dung hoạt động PHCN trong hỗ trợ NKT tham gia hoạt động hòa nhập xã hội	n	Tỷ lệ % trong số có hỗ trợ (n= 162)
Động viên, khuyến khích NKT mạnh dạn tham gia	138	85,2
Tìm các hoạt động để đưa NKT đến tham gia	137	84,6
Cùng tham gia với NKT trong các hoạt động	66	40,7

***Nhận xét:** Tỷ lệ động viên, khuyến khích NKT mạnh dạn tham gia hoạt động xã hội là cao nhất 85,2%, tiếp theo là tìm các hoạt động để đưa NKT đến tham gia đạt 84,6%, thấp nhất là cùng tham gia với NKT trong các hoạt động chiếm 40,7%. Trên tổng số những người được hỗ trợ PHCN tại nhà trong lĩnh vực này

IV. BÀN LUẬN

1. Thông tin chung về NKT nam nhiều hơn nữ chiếm 57,5%. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Võ Ngọc Dũng trên địa bàn xã Trung Nghĩa, huyện Yên Phong, tỉnh Bắc Ninh (59,3%) [3]. Trình độ học vấn của NKT cao nhất là tiểu học chiếm 40,5%, tiếp đến là chưa đi học 28,7%. Trong các dạng khuyết tật thì dạng khuyết tật vận động chiếm tỷ lệ cao nhất, chiếm 42,5%, cao hơn nghiên cứu của Phạm Văn Hán trên địa bàn xã Vĩnh Hồng, Hùng Thắng huyện Bình Giang, Hải Dương (34,1%) [4], tiếp đến là khuyết tật nhìn chiếm 24,7%, khuyết tật học chiếm 21,1%, thấp nhất là dạng khuyết tật về động kinh chiếm 10,1%.

Về giới tỷ lệ người hỗ trợ chủ yếu là nữ gấp 1,7 lần nam giới, chiếm 72,1%. Điều tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn trên địa bàn huyện Gia Lâm, Hà Nội (65,32%) [7]. Về độ tuổi, nhóm tuổi 25 -54, chiếm 59,1%, nhóm tuổi ≥ 55 , chiếm 40,9%. Nghề chủ yếu của người hỗ trợ cho NKT là làm ruộng chiếm 86,7%.

2. Thực trạng hỗ trợ PHCN cho NKT tại nhà

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi thu được trên tổng số người hỗ trợ chính PHCN tại nhà cho NKT thì: Kết quả nghiên cứu có 178 người hỗ trợ chính có hoạt động hỗ trợ phục hồi chức năng cho người khuyết tật chiếm tỷ lệ 72,1%. Tỷ lệ tương đương với nghiên cứu của Võ Ngọc Dũng trên địa bàn xã Trung Nghĩa, huyện Yên Phong, tỉnh Bắc Ninh (74,%) [3]. Trong đó hỗ trợ NKT trong hòa nhập xã hội có tỷ lệ cao nhất (91%), hỗ trợ PHCN vận động và di chuyển chiếm 78,8 %, hỗ trợ PHCN sinh hoạt hàng ngày chiếm 62,9 %, hỗ trợ PHCN giao tiếp và ngôn ngữ chiếm tỷ lệ thấp nhất 53,3%.. Trong số 69 người không hỗ trợ PHCN cho NKT có 65,2% người hỗ trợ chính trả lời lý do không hỗ trợ vì NKT không có nhu cầu, tiếp theo là không có thời gian 23,2%, thấp nhất là không biết tập như thế nào chiếm 11,6%.

Trong hỗ trợ PHCN trong sinh hoạt hàng ngày, tỷ lệ người hỗ trợ chính cao nhất là giúp NKT ăn uống chiếm 93,8%, tiếp theo là giúp NKT làm vệ sinh cá nhân chiếm 84,8%, giúp NKT biết cách mặc quần áo chiếm 50,9%, giúp NKT biết cách đại tiện 31,3%

Trong hỗ trợ PHCN vận động, di chuyển thì , tỷ lệ hỗ trợ tập luyện các khớp chống co cứng, co rút, chiếm 83,0%, tiếp đến là mua/làm dụng cụ giúp NKT di chuyển, chiếm 81,5%, tiếp đến là hỗ trợ NKT vận động và di chuyển trong nhà, chiếm 72,6% hỗ trợ NKT vận động và di chuyển quanh làng, chiếm 65,2%, hỗ trợ trực tiếp tư

thay đổi tư thế trên giường, chiếm 51,9%, Hướng dẫn di chuyển/thay đổi tư thế trên giường, chiếm 40%, thấp nhất là hỗ trợ xoa bóp chống loét 20%. Trên tổng số những người được hỗ trợ PHCN tại nhà trong lĩnh vực này

Trong hỗ trợ PHCN ngôn ngữ giao tiếp thì tỷ lệ cao nhất là hỗ trợ tạo điều kiện cho NKT bộc lộ mong muốn của mình đạt 80%, tiếp theo mời NKT cùng tuổi vào chơi 75,8%, tìm hiểu cách giao tiếp của NKT đạt 72,6%, hỗ trợ đưa NKT đến những địa điểm vui chơi công cộng đạt 73,7%, hỗ trợ cho NKT đi chơi đạt 71,6%, hỗ trợ đưa NKT đến nhà bạn chơi đạt 70%, hỗ trợ nói chậm để tạo điều kiện cho NKT nói đạt 55%, thấp nhất là luyện nói/phát âm 25,3%.

Hỗ trợ PHCN trong hòa nhập xã hội tỷ lệ chiếm cao nhất là hỗ trợ NKT tìm các trường hay nghề phù hợp với NKT chiếm 55,8%, tiếp theo là hỗ trợ khuyến khích NKT chiếm 14,0%, thấp nhất là hỗ trợ mua đồ dùng dụng cụ học tập, chiếm 6,2%.

V. KẾT LUẬN

Giới tính của người NKT nam nhiều hơn nữ chiếm 63,2%. Trình độ chủ yếu là tiểu học chiếm 40,5%, tiếp đến là chưa đi học 28,7%. Tỷ lệ dạng khuyết tật thì dạng khuyết tật vận động chiếm tỷ lệ cao nhất, chiếm 42,5%, tiếp đến là khuyết tật nhìn chiếm 24,7%, khuyết tật học chiếm 21,1%, thấp nhất là dạng khuyết tật về động kinh chiếm 10,1%. Về giới của người hỗ trợ chủ yếu là nữ chiếm 63,2%. Về độ tuổi, nhóm tuổi 25 -54, chiếm 59,1%, nhóm tuổi ≥ 55 , chiếm 40,9%. Nghề chủ yếu của người hỗ trợ cho NKT là làm ruộng chiếm 86,7%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Lương Bàu (2005)**, *Thực trạng tình hình người khuyết tật và hoạt động của chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại huyện Tân Yên, tỉnh Bắc Giang năm 2005*, Đại học Y Thái Bình.
2. **Bộ Y tế (2008)**, " *Hướng dẫn quản lý và thực hiện Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*", Quyết định số 1149/QĐ-BYT ngày 01 tháng 4 năm 2008 Hà nội, 2008.
3. **Võ Ngọc Dũng (2010)**, *Nhu cầu và thực trạng phục hồi chức năng người khuyết tật tại nhà trên địa bàn xã Trung nghĩa, huyện Yên Phong, tỉnh Bắc Ninh năm 2010*, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
4. **Phạm Văn Hán (2010)**, *Thực trạng tàn tật và nhu cầu PHCN cho NTT tại 2 xã Hùng Thắng và Vĩnh Hồng huyện Bình Giang tỉnh Hải Dương năm 2010*
5. **Nguyễn Thị Huyền Ngân (2014)**, *Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sự hỗ trợ của người chăm sóc chính trong việc phục hồi chức năng tại nhà cho người khuyết tật tại phường Tân Hà,*

- thành phố Tuyên Quang, năm 2014. Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng.*
- 6. UNFPA (2011),** *Người khuyết tật ở Việt Nam: Một số kết quả chủ yếu từ Tổng điều tra Dân số và Nhà ở Việt Nam 2009.*
- 7. Nguyễn Anh Tuấn (2007),** *Thực trạng và nhu cầu chăm sóc trẻ khuyết tật vận động tại nhà trên địa bàn huyện Gia Lâm năm 2007,* Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, đại học y tế công cộng.

SO SÁNH KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VỠ PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT VÀ CAN THIỆP NỘI MẠCH

Nguyễn Minh Anh*, Lê Văn Thính**

Vũ Đăng Lưu*, Võ Hồng Khôi**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Hiện nay, việc lựa chọn phương pháp điều trị vỡ phình động mạch não vẫn còn là vấn đề gây tranh cãi. Mục đích của nghiên cứu là so sánh kết quả điều trị vỡ phình động mạch não bằng phương pháp phẫu thuật và can thiệp nội mạch. **Phương pháp:** Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng bao gồm 65 bệnh nhân có vỡ phình động mạch não, trong đó có 35 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật và 30 bệnh nhân được can thiệp nội mạch, từ tháng 09 năm 2016 đến tháng 06 năm 2017 tại Bệnh viện Bạch Mai. Bệnh nhân được khám lâm sàng từ lúc nhập viện và theo dõi trong quá trình nằm viện. Sử dụng thang điểm Rankin cải biến đánh giá bệnh nhân ở thời. **Kết quả:** Ở thời điểm xuất viện, tỷ lệ bệnh nhân hồi phục tốt (mRS : 0-2) ở nhóm phẫu thuật và nhóm can thiệp nội mạch là : 71,4% và 76,7% ($p = 0,117$). Ở thời điểm 3 tháng sau đó, tỷ lệ này tương ứng là: 80 và 83,3% ($p = 0,819$). Tỷ lệ hồi phục tốt ở nhóm bệnh nhân có phình động mạch thuộc hệ tuần hoàn sau của nhóm phẫu thuật và can thiệp mạch là 0% và 16% ($p = 0,028$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ phục hồi tốt trên lâm sàng với các đặc điểm nhân trắc học, thang điểm Fisher, thang điểm Hunt-Hess, kích thước túi phình giữa hai nhóm nghiên cứu. **Kết luận:** Độ hồi phục lâm sàng của hai nhóm phẫu thuật và can thiệp mạch là như nhau. Cần phải tiến hành các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định và đánh giá hiệu quả của hai phương pháp.

Từ khóa: vỡ phình động mạch não, can thiệp nội mạch, phẫu thuật đặt kẹp (clip).

SUMMARY

COMPARISON OF RESULTS BETWEEN SURGICAL CLIPPING AND ENDOVASCULAR COILING FOR RUPTURED INTRACRANIAL ANEURYSMS

Objective: The most effective treatment of ruptured intracranial aneurysms is controversial in recent years. The purpose of this study is to compare the outcome of patients with acutely ruptured cerebral aneurysms treated by surgical clipping or endovascular coiling. **Methods:** A randomized controlled trial included 65 patients with ruptured intracranial aneurysms who underwent surgical clipping (35 patients) or endovascular coiling (30 patients) from 09/2016 to 06/2017 at Bach Mai Hospital. Patients in the study were examined on admission and followed

during the hospitalization. Modified Rankin Scale (mRS) was used to evaluate patients at discharge and 3 months later (by phone call). **Results:** At the hospital discharge, a good outcome (mRS: 0-2) was observed in 71.4% of the patients undergone surgical clipping and in 76.7% of the patients to endovascular coiling ($p = 0,117$). After 3 months, this rate was 80% and 83.3% ($p = 0,819$), respectively. The percentage of well recovered patients with posterior circulation aneurysms in the surgical and endovascular group was respectively 0% and 16% ($p = 0,028$). There was no statistically significant difference of variables between two groups: anthropometric characteristics, Hunt - Hess scale, Fisher scale, aneurysms size and outcome. **Conclusions:** There was no proven difference in clinical outcome between two procedures as the evidence was based on a small number of patients. We recommend further intervention studies with large sample sizes for a better evaluation of two modalities.

Keywords: ruptured intracranial aneurysms, surgical clipping, endovascular coiling.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch não là một bệnh khá thường gặp, chiếm khoảng 2 đến 5% dân số, khoảng 0,7 đến 1,9% trường hợp khi vỡ gây chảy máu dưới nhện [1]. Phình động mạch não khi vỡ rất nguy hiểm vì khoảng 15% các trường hợp chảy máu dưới nhện tử vong trước khi nhập viện và khoảng 20% trường hợp chảy máu tái phát trong vòng hai tuần đầu [2]. Hơn nữa, hậu quả của chảy máu dưới nhện là tỷ lệ tử vong và tàn tật cao. Việc can thiệp loại bỏ túi phình khỏi vòng tuần hoàn là ưu tiên hàng đầu trong điều trị phình mạch não với hai phương pháp là can thiệp nội mạch và vi phẫu thuật kẹp cổ túi phình [3].

Việc lựa chọn phương pháp điều trị cho bệnh nhân vỡ phình động mạch não hiện nay vẫn còn là vấn đề gây tranh cãi ở nhiều trung tâm mạch máu não trong nước và trên thế giới. Các thử nghiệm lớn trên thế giới như ISAT 2002 và BRAT 2012 đã đưa ra các kết luận về hiệu quả điều trị của hai phương pháp can thiệp nội mạch và phẫu thuật kẹp cổ túi phình. Tuy nhiên vẫn còn nhiều câu hỏi về lợi ích tương đối của hai phương pháp điều trị, đòi hỏi cần có nhiều nghiên cứu chuyên biệt hơn [4]. Hiện nay, tại Bệnh viện Bạch Mai, điều trị vỡ túi phình động mạch não đã có những kết quả đáng khích lệ. Với mong muốn được góp phần vào việc chẩn đoán sớm, tiên lượng bệnh, lựa chọn phương pháp điều trị ở bệnh nhân vỡ phình động mạch não

*Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Anh

Email: dr.MinhAnh207.man@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.9.2017

Ngày duyệt bài: 14.9.2017

chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "So sánh kết quả điều trị phình động mạch não vỡ bằng phương pháp phẫu thuật và can thiệp nội mạch"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu 65 bệnh nhân có phình động mạch não bị vỡ, trong đó có 35 bệnh nhân được phẫu thuật kẹp cổ túi phình và 30 bệnh nhân được can thiệp nội mạch.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu theo phương pháp thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng. Đối tượng nghiên cứu được thăm khám tại thời điểm vào viện, chỉ lấy những bệnh nhân có Hunt-Hess độ 1 đến 3 và theo dõi trong suốt quá trình nằm viện, sử dụng thang điểm Rankin cải biên đánh giá bệnh nhân ở thời điểm xuất viện và 3 tháng sau đó qua gọi điện thoại.

III. KẾT QUẢ

1. Đánh giá hồi phục lâm sàng ở thời điểm xuất viện theo thang điểm Rankin cải biên (mRS).

Bảng 1 : Điểm mRS thời điểm xuất viện

	Điểm mRS	Phẫu thuật. Số bệnh nhân (tỷ lệ %)	Can thiệp mạch, Số bệnh nhân (tỷ lệ %)	p
Hồi phục tốt	0	1 (2,9%)	4 (13,3%)	0,117
	1	14 (40,0%)	16 (53,3%)	
	2	10 (28,6%)	3 (10%)	
		25 (71,4%)	23 (76,7%)	
Hồi phục kém	3, 4, 5, 6	10 (28,6%)	7 (23,3%)	
Tổng		35 (100%)	30 (100%)	

Độ hồi phục lâm sàng tốt ở thời điểm xuất viện của nhóm phẫu thuật là 71,4% so với nhóm can thiệp mạch là 76,7%. Trong đó, ở mức độ mRS = 0 của nhóm can thiệp mạch là 13,3% so với 2,9% của nhóm phẫu thuật (p= 0,117).

2. Đánh giá hồi phục lâm sàng ở thời điểm sau 3 tháng xuất viện theo thang điểm Rankin cải biên.

Bảng 2: Điểm mRS thời điểm sau 3 tháng xuất viện

	Điểm mRS	Phẫu thuật. Số bệnh nhân (tỷ lệ %)	Can thiệp mạch. Số bệnh nhân (tỷ lệ %)	p
Hồi phục tốt	0	9 (25,7%)	11 (36,7%)	0,819
	1	16 (45,7%)	12 (40%)	
	2	3 (8,6%)	2 (6,7%)	
		28 (80%)	25 (83,3%)	
Hồi phục kém	3, 4, 5, 6	7 (20%)	5 (16,7%)	
Tổng		35 (100%)	30 (100%)	

Độ hồi phục lâm sàng tốt ở thời điểm xuất viện của nhóm phẫu thuật là 80% so với 83,3% của nhóm can thiệp mạch (p= 0,819)

3. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân trắc với kết quả điều trị ở hai nhóm có mRS độ phục hồi tốt ở thời điểm sau 3 tháng.

Bảng 3: Điểm mRS (0-2) và đặc điểm nhân trắc học

	Phẫu thuật (mRS = 0, 1, 2)	Can thiệp mạch (mRS = 0, 1, 2)	p	RR (95% CI)
Giới nam	10 (35,7%)	9 (36%)	0,983	0,99 (0,48-2,04)
Giới nữ	18 (64,3%)	16 (64%)		1,00 (0,67-1,50)
Tổng	28	25		
< 50 tuổi	7 (25%)	4 (16%)	0,43	1,56 (0,52-4,71)
50 - 59 tuổi	12 (42,9%)	11 (44%)		0,97 (0,53-1,80)
60 - 69 tuổi	9 (32,1%)	8 (32%)		1,04 (0,48-2,28)
≥ 70 tuổi	0 (0%)	2 (8%)		
Tổng	28	25		

- Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về giới tính và tiến triển lâm sàng tốt của bệnh nhân.
 - Tỷ lệ hồi phục lâm sàng tốt ở nhóm bệnh nhân tuổi dưới 50 của nhóm phẫu thuật và can thiệp mạch là: 25% và 16%. Ở nhóm tuổi trên 70, tỷ lệ này của nhóm can thiệp mạch cao hơn nhóm phẫu thuật: 8% và 0% (p= 0,43).

4. Mối liên quan giữa thang điểm Hunt-Hess với kết quả điều trị ở hai nhóm có điểm Rankin cải biên (mRS) phục hồi tốt sau 3 tháng.

Bảng 4: Điểm mRS (0-2) và thang điểm Hunt-Hess

Thang điểm Hunt - Hess	Phẫu thuật (mRS = 0, 1, 2)	Can thiệp mạch (mRS = 0,1, 2)	p	RR (95% CI)
Độ 1	17 (60,7%)	15 (60%)	0,977	1,01 (0,65-1,57)
Độ 2	5 (17,9%)	5 (20%)		0,89 (0,29-2,73)
Độ 3	6 (21,4%)	5 (20%)		1,07 (0,37-3,08)
Tổng	28	25		

Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về thang điểm Hunt-Hess và độ phục hồi lâm sàng tốt của bệnh nhân.

5. Mối liên quan giữa thang điểm Fisher với kết quả điều trị ở hai nhóm có điểm mRS độ phục hồi tốt ở thời điểm sau 3 tháng.

Bảng 5: Thang điểm Rankin cải biên mRS (0-2) và thang điểm Fisher

Thang điểm Fisher	Phẫu thuật (mRS = 0, 1, 2)	Can thiệp mạch (mRS = 0,1, 2)	p	RR (95% CI)
Độ 1	1 (3,6%)	3 (12%)	0,541	0,30 (0,03-2,68)
Độ 2	12 (42,9%)	7 (28%)		1,53 (0,72-3,27)
Độ 3	5 (17,9%)	5 (20%)		0,89 (0,29-2,73)
Độ 4	10 (35,7%)	10 (40%)		0,89 (0,45-1,78)
Tổng	28	25		

Độ phục hồi lâm sàng ở nhóm bệnh nhân có điểm Fisher độ 1 của nhóm phẫu thuật thấp hơn so với nhóm can thiệp mạch là: 3,6% và 12%. Ngược lại ở nhóm bệnh nhân có điểm Fisher độ 2 tỷ lệ của nhóm phẫu thuật lại cao hơn: 42,9% và 28% (p= 0,541).

6. Mối liên quan giữa vị trí túi phình với kết quả điều trị ở hai nhóm có điểm mRS độ phục hồi tốt ở thời điểm sau 3 tháng.

Bảng 6: Kết quả phục hồi của 2 nhóm và vị trí túi phình

Vị trí	Phẫu thuật		Can thiệp mạch	
	mRS 0-2 Số bệnh nhân (tỷ lệ %)	mRS 3-6 Số bệnh nhân (tỷ lệ %)	mRS 0-2 Số bệnh nhân (tỷ lệ %)	mRS 3-6 Số bệnh nhân (tỷ lệ %)
Động mạch não giữa	8 (72,7%)	3 (27,3%)	3 (100%)	0 (0%)
Ngã 3 động mạch cảnh trong	2 (100%)	0 (0%)	3 (100%)	0 (0%)
Động mạch thông trước	9 (90%)	1 (10%)	7 (87,5%)	1 (12,5%)
Động mạch thông sau	4 (80%)	1 (20%)	7 (100%)	0 (0%)
Động mạch đốt sống	0 (0%)	2 (100%)	4 (80%)	1 (20%)

Độ phục hồi lâm sàng tốt chiếm ưu thế rõ rệt ở nhóm có vị trí túi phình ở động mạch não giữa, ngã 3 động mạch cảnh trong, động mạch thông trước, động mạch thông sau ở cả 2 phương pháp. Ở vị trí phình động mạch đốt sống, độ phục hồi tốt ở nhóm can thiệp mạch chiếm tỷ lệ cao hơn: 80% và 20%; còn ở nhóm phẫu thuật thì độ phục hồi tốt chiếm tỷ lệ thấp hơn.

Bảng 7: Điểm mRS (0-2) và vị trí túi phình

Vị trí	Phẫu thuật (mRS = 0, 1, 2)	Can thiệp mạch (mRS = 0,1, 2)	p	RR (95% CI)
Động mạch não giữa	8 (28,6%)	3 (12%)	0,138	2,38 (0,71-8,00)
Động mạch thông trước	9 (32,1%)	7 (28%)	0,743	1,15 (0,50-2,63)
Động mạch thông sau	4 (14,3%)	7 (28%)	0,219	0,51 (0,17-1,54)
Động mạch đốt sống	0 (0%)	4 (16%)	0,043	

- Độ phục hồi lâm sàng tốt ở nhóm bệnh nhân có phình ở vị trí động mạch não giữa và động mạch thông trước của nhóm phẫu thuật cao hơn nhóm can thiệp mạch lần lượt là: 28,6% và 12%; 32,1% và 28%. Tuy nhiên khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

- Tỷ lệ này ở nhóm bệnh nhân có phình động mạch đốt sống của nhóm phẫu thuật thấp hơn so với nhóm can thiệp mạch: 0% và 16% (p= 0,043 < 0,05)

7. Mối liên quan giữa kích thước túi phình với kết quả điều trị ở hai nhóm có mRS độ phục hồi tốt ở thời điểm sau 3 tháng.

Bảng 8: Điểm mRS (0-2) và kích thước túi phình

	Phẫu thuật (mRS = 0, 1, 2)	Can thiệp mạch (mRS = 0, 1, 2)	p	RR (95% CI)
Dài túi ≤ 5mm	14 (50%)	10 (40%)	0,659	1,25 (0,68-2,29)
5 < Dài túi ≤ 10mm	13 (46,4%)	13 (52%)		0,89 (0,52-1,54)
Dài túi > 10 mm	1 (3,6%)	2 (8%)		0,45 (0,04-4,63)
Tổng	28	25		
Tỷ lệ đáy cổ < 1,2	4 (13,4%)	9 (36%)	0,184	0,40 (0,14-1,13)
1,2 ≤ Tỷ lệ đáy cổ ≤ 1,5	10 (35,7%)	7 (28%)		1,28 (0,57-2,84)
Tỷ lệ đáy cổ > 1,5	14 (50%)	9 (36%)		1,39 (0,73-2,64)
Tổng	28	25		

- Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa độ dài túi cũng như tỷ lệ đáy cổ đối với độ phục hồi lâm sàng của hai nhóm.

IV. BÀN LUẬN

Dữ liệu nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, ở thời điểm xuất viện, độ phục hồi lâm sàng tốt dựa vào điểm Rankin cải biên (mRS) của nhóm BN có can thiệp nội mạch cao hơn so với nhóm phẫu thuật kẹp cổ túi phình là 5,3%. Sau đó đánh giá lại sau 3 tháng qua gọi điện thoại cho bệnh nhân, tỷ lệ này ở hai nhóm phẫu thuật và can thiệp lần lượt là 80% và 83,3%. Nhìn chung, trong nghiên cứu của chúng tôi, độ phục hồi của nhóm can thiệp tốt hơn so với nhóm phẫu thuật, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở đây. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đây, trong nghiên cứu ISAT 2002, tỷ lệ bệnh nhân có điểm Rankin cải biên (mRS) từ 0 đến 2 sau hai tháng của nhóm can thiệp nội mạch là 73,9% cao hơn nhóm phẫu thuật 10,8% [5]. Trong nghiên cứu BRAT được tiến hành từ năm 2012, ở thời điểm sau một năm, tỷ lệ bệnh nhân có thang điểm Rankin cải biên (mRS) từ 0 đến 2 của nhóm can thiệp mạch và phẫu thuật là 76,8% và 66,3% [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, giới tính không ảnh hưởng đến kết cục lâm sàng sau ba tháng của hai nhóm phẫu thuật và can thiệp nội mạch. Về sự liên quan giữa tuổi đến kết cục điều trị của hai nhóm, chúng tôi thấy ở lứa tuổi dưới 50, tỷ lệ hồi phục tốt của nhóm phẫu thuật cao hơn so với nhóm can thiệp mạch, hai tỷ lệ này lần lượt là 25% và 16%. Ngược lại ở nhóm tuổi từ 70 trở lên, tỷ lệ này ở nhóm can thiệp mạch lại cao hơn 8%. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự với các nghiên cứu trước đây, khi can thiệp mạch là phù hợp hơn ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi [5].

Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các mức độ của thang điểm Hunt-Hess đối với kết cục lâm sàng ở hai nhóm. Về thang điểm Fisher, trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy ở nhóm bệnh nhân có Fisher độ 1 thì tỷ lệ điểm

Rankin cải biên từ 0 đến 2 của nhóm can thiệp mạch cao hơn so với nhóm phẫu thuật là 8,4%, tuy nhiên sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê.

Độ phục hồi lâm sàng tốt ở nhóm bệnh nhân có phình mạch ở vị trí động mạch não giữa và động mạch thông trước của nhóm phẫu thuật cao hơn so với nhóm can thiệp mạch, các tỷ lệ này cao hơn lần lượt là 16,6% và 4,1% ($p > 0,05$). Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở các bệnh nhân có phình động mạch đốt sống, tỷ lệ điểm Rankin cải biên từ 0 đến 2 của nhóm can thiệp mạch cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê, cao hơn 16% so với nhóm phẫu thuật ($p=0,043<0,05$). Điều này, cũng phù hợp với các khuyến cáo hiện nay, can thiệp mạch thường được ưu tiên lựa chọn cho các phình mạch vùng hố sau với các biến chứng cao nếu phẫu thuật [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt giữa kích thước túi phình và độ phục hồi lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Độ phục hồi lâm sàng của hai nhóm phẫu thuật kẹp túi phình và can thiệp nội mạch không có sự khác biệt. Cần phải có thêm những nghiên cứu khác trong tương lai với các cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá và khẳng định hiệu quả của hai phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Varinder S. Alg, Reecha Sofat, Henry Houlden et al. (2013)**, "Genetic risk factors for intracranial aneurysms : A meta-analysis in more than 116,000 individuals", *Neurology*, **80(23)**, pp. 2154-2165.
2. **Stephan A. Mayer, Gary L. Bernardini and Robert A. Solomon (2015)**, *Merritt's neurology Subarachnoid hemorrhage*, thirteenth edition, Wolters Kluwer, Vol. 39.
3. **Lê Văn Thính (2010)**, *Chảy máu dưới nhện*, trong Tai biến mạch máu não Chẩn đoán và điều trị, NXB Y học tr. 39-52.

4. Robert F. Spetzler, Cameron G. McDougall, Joseph M. Zabramski et al. (2015), "The Barrow Ruptured Aneurysm Trial: 6-year results", *J Neurosurg*, **123**, pp. 609-617.
5. Molyneux A, Kerr R, Stratton I et al. (2002), "International Subarachnoid Aneurysm Trial (ISAT) of neurosurgical clipping versus endovascular coiling in 2143 patients with ruptured intracranial aneurysms: a randomised trial", *Lancet*, **360(9342)**, pp. 1267-74.
6. American Heart Association (a Special Writing Group of the Stroke Council) (2012), "Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage", *Stroke*, **43**, pp. 1711-1737.

MỘT SỐ KẾT QUẢ ĐÀO TẠO, CHUYỂN GIAO KỸ THUẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2014 - 2016

Nguyễn Văn Dũng¹, Trần Thị Hồng Thắm¹,
Nguyễn Trung Đa¹, Trần Bình Giang¹, Nguyễn Đức Tiến¹

TÓM TẮT

Mục đích: Nhằm nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh (KCB) tại các cơ sở y tế tuyến dưới, đưa dịch vụ có chất lượng đến gần với người dân và giảm tải cho các bệnh viện tuyến trên, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã tổ chức đào tạo (ĐT), chuyển giao kỹ thuật (CGKT) cho cán bộ y tế của các bệnh viện tuyến dưới theo. Bài báo nhằm mục đích đánh giá kết quả, thuận lợi – khó khăn, đề xuất – kiến nghị trong việc thực hiện quy trình ĐT, CGKT. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 30 cán bộ và lãnh đạo của đơn vị tiếp nhận kỹ thuật dựa trên bộ công cụ. **Kết quả:** Trong số kỹ thuật chuyển giao, có 33% là kỹ thuật chưa được triển khai tại đơn vị. 83% đối tượng nghiên cứu đánh giá quá trình chuyển giao pha 2 là quan trọng và phù hợp với thực tế, 95% đề xuất tăng thêm thời gian chuyển giao pha 2. 100% kỹ thuật tiếp nhận được triển khai thường xuyên và có hiệu quả cao. Đã có 17% các bệnh viện thành lập đơn nguyên mới để thực hiện kỹ thuật được tiếp nhận. **Kết luận:** Quy trình đào tạo, chuyển giao kỹ thuật đang được Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức thực hiện là phù hợp và đáp ứng được nhu cầu của các đơn vị tiếp nhận kỹ thuật. Mang lại hiệu quả cao trong việc nâng cao chất lượng khám chữa bệnh giúp cho người dân được thụ hưởng các dịch vụ y tế chất lượng cao ngay tại địa phương.

Từ khóa: Chuyển giao kỹ thuật; nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh; nâng cao trình độ chuyên môn y khoa.

SUMMARY

SOME RESULTS OF TRAINING, TECHNOLOGY TRANSFER AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL FROM 2014 - 2016

Object: To improve the quality of medical examination and treatment at health agencies at lower level, to provide quality service to the people and

reduce the pressure for higher level hospitals, the Viet Duc University Hospital has implement training, technology transfer for medical staffs of lower level hospitals. The article aims to evaluate the results, advantage and disadvantage, suggestion and recommendation for the training, technology transfer process. **Subject and methodologies:** Cross-sectional studies on 30 staffs and leaders of receiving hospitals base on the toolkit. **Results:** Within the transferred techniques, 33% of the techniques is not implemented at the receiving hospitals; 83% of the participants considers the transfer process at phase 2 is important and relevant to the reality; 95% suggest to increase the transfer time in phase 2. 100% received techniques is implemented regularly and highly effective. There are 17% of hospitals organized new unit to implement received techniques. **Conclusion:** The training, technology transfer process implemented at Viet Duc University Hospital is suitable and meet the needs of receiving agencies. Bring high efficiency in improving the quality of medical treatment to help people enjoy high quality health services locally.

Keywords: technology transfer, improve the quality of medical examination and treatment, improve medical expertise.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhằm nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở y tế tuyến dưới, đưa dịch vụ có chất lượng đến gần với người dân và giảm tải cho các bệnh viện tuyến trên; Bộ Y tế đã thực hiện nhiều giải pháp nâng cao năng lực y tế tuyến dưới thông qua đẩy mạnh hoạt động chỉ đạo tuyến, luân phiên cán bộ, đào tạo, chuyển giao kỹ thuật... theo các đề án của Chính phủ và Bộ Y tế. Trong thời gian qua, nhiều bệnh viện tuyến tỉnh và hầu hết các bệnh viện tuyến huyện đã được đầu tư nâng cấp cơ sở vật chất, trang thiết bị theo Đề án 225, Đề án 47, Đề án 930 của Chính phủ, tuy nhiên các bệnh viện này còn thiếu cán bộ chuyên môn có trình độ phù hợp để sử dụng có hiệu quả cơ sở vật chất và trang thiết bị đã được đầu tư.

Kết quả thực hiện Đề án, Dự án trong giai

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng
Email: dungnv@tdhavietduc.edu.vn
Ngày nhận bài: 13.7.2017
Ngày phản biện khoa học: 8.9.2017
Ngày duyệt bài: 15.9.2017

đoạn từ 2014 – 2016, về chuyên môn kỹ thuật, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã xây dựng được mạng lưới 18 bệnh viện vệ tinh, tổng số chúng chỉ đã cấp cho 978 bác sỹ, 1069 điều dưỡng viên, 267 kỹ thuật viên. Đã chuyển giao 46 kỹ thuật, xây dựng, hoàn thiện, chuẩn hóa 43 chương trình đào tạo, biên soạn in ấn 25 bộ tài liệu chuyên môn, xây dựng được 204 hướng dẫn điều trị, tổ chức được 112 khóa đào tạo nâng cao năng lực cho các bệnh viện vệ tinh, bệnh viện tuyến dưới...

Để đánh giá về hiệu quả, thuận lợi, khó khăn và đề xuất những biện pháp nâng cao chất lượng đào tạo, chuyển giao kỹ thuật của Bệnh Viện Hữu nghị Việt Đức. Phòng Đào tạo - Trung tâm Đào tạo và Chỉ đạo tuyến (TTĐT&CĐT) đã tiến hành thu thập thông tin 30 phiếu điều tra trên hai nhóm đối tượng, gồm cán bộ tham gia tiếp nhận kỹ thuật và lãnh đạo đơn vị tiếp nhận kỹ thuật chuyển giao dựa trên bộ công cụ đã được lãnh đạo Trung tâm Đào tạo và Chỉ đạo tuyến phê duyệt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

30 cán bộ tiếp nhận kỹ thuật theo các chương trình đề án, dự án và các gói dịch vụ kỹ thuật do Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đào tạo, chuyển giao giai đoạn 2014 - 2016.

Đại diện Lãnh đạo các đơn vị tiếp nhận kỹ thuật (06 cán bộ lãnh đạo).

III. KẾT QUẢ

1. Đánh giá về chuyển giao kỹ thuật:

Hoạt động chuyển giao kỹ thuật được thực hiện thông qua Quy trình chuyển giao kỹ thuật gồm 04 bước: khảo sát, xây dựng đề cương, tổ chức chuyển giao và giám sát, hỗ trợ sau chuyển giao. Trong báo cáo này, Phòng Đào tạo – Trung tâm Đào tạo và Chỉ đạo tuyến đã phân tích và báo cáo kết quả theo từng bước của quy trình, tuy nhiên bước khảo sát sẽ không đưa ra bàn luận trong báo cáo này.

2. Tổ chức đào tạo tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức: Có 33% là kỹ thuật mới, chưa được triển khai tại đơn vị, 67% là kỹ thuật đã được triển khai tuy nhiên học viên chưa có chúng chỉ nên tham gia tiếp nhận kỹ thuật. Có 50% học viên đã từng được thực hiện, còn lại 50% học viên chưa được thực hiện kỹ thuật tiếp nhận tại địa phương. Trước khi nhận chuyển giao, có 66% học viên chưa được đào tạo cơ bản về kiến thức, kỹ năng, thực hành.

100% học viên đều được hướng dẫn chi tiết về chương trình đào tạo, chuyển giao kỹ thuật

qua các hình thức như: tài liệu phát tay (83%), các giảng viên hướng dẫn (66%) và qua trao đổi với đồng nghiệp (83%).

Trong quá trình học tập, luôn luôn được Trung tâm Đào tạo và Chỉ đạo tuyến – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức tạo điều kiện tối đa về giảng đường, phương tiện, dụng cụ giảng dạy và tài liệu giảng dạy, cũng như giải quyết nhanh, đủ về kinh phí hỗ trợ của Dự án. Tuy nhiên do điều kiện cơ sở vật chất còn thiếu nên chưa hỗ trợ được chỗ nghỉ cho học viên.

Về thời lượng thực hành lâm sàng có 67% học viên đánh giá là được thực hành vừa đủ, 33% được thực hành nhiều, không có trường hợp nào phản ánh là thời lượng thực hành còn thiếu. Học viên không những rèn luyện tay nghề mà còn trau dồi, nắm vững lý thuyết hơn.

Về đội ngũ cán bộ thực hiện đào tạo, chuyển giao kỹ thuật có phương pháp giảng dạy, kiến thức chuyên môn sâu, thao tác kỹ thuật, kỹ năng hướng dẫn làm việc luôn có tác phong, thái độ làm việc hiệu quả cao (được đánh giá mỗi tiêu chí là rất tốt từ 85% trở lên). Kết quả này cũng được đa số lãnh đạo các đơn vị đánh giá "*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là cái nôi của ngành ngoại khoa, nơi sản sinh ra nhiều chuyên gia đầu ngành về ngoại khoa, luôn đi đầu trong công tác triển khai các kỹ thuật chuyên sâu...*" (Phòng văn sâu_Lãnh đạo Bệnh viện Bắc Ninh).

3. Quá trình tổ chức chuyển giao kỹ thuật tại đơn vị thụ hưởng: Sau quá trình tổ chức đào tạo tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, cán bộ chuyển giao kỹ thuật sẽ trực tiếp tới các bệnh viện thụ hưởng để chuyển giao kỹ thuật, giám sát và nghiệm thu, đây là hình thức rất quan trọng, phù hợp với thực tế hiện nay chiếm 83%. Và có tới 95% lãnh đạo các đơn vị và cán bộ tiếp nhận kỹ thuật đề xuất ít nhất 03 đợt chuyển giao tại địa phương trở lên "*Theo quan điểm của chúng tôi, nên tăng thời gian chuyển giao kỹ thuật tại địa phương - khi đó học viên mới có nhiều cơ hội, điều kiện để tự thực hiện kỹ thuật và cụ thể từ 03 – 04 đợt*" (Phòng văn sâu_Lãnh đạo Bệnh viện Phú Thọ).

4. Hiệu quả của chuyển giao kỹ thuật: 100% kỹ thuật tiếp nhận được triển khai thường xuyên và có hiệu quả cao, số lượng bệnh nhân được áp dụng kỹ thuật mới tăng lên, qua đó giảm số lượng bệnh nhân phải chuyển lên tuyến trên, tuy nhiên kết quả thực tế cho thấy có 66% học viên thực hành đáp ứng được những nhu cầu cơ bản, 37% học viên tự tin thực hiện thành thạo kỹ thuật, không có trường hợp nào cần phải đào tạo thêm. Kết quả trên cũng phù hợp với

quan điểm của Lãnh đạo các đơn vị tiếp nhận kỹ thuật “*Từ khi chúng tôi tiếp nhận kỹ thuật, trang thiết bị đã được sử dụng thường xuyên, định kỳ được bảo dưỡng và đặc biệt là người bệnh không phải chuyển lên tuyến trên trừ những ca khó, phức tạp...*” (Phòng văn sâu_Lãnh đạo Bệnh viện Bắc Ninh). 50% học viên cho rằng các kỹ thuật được chuyển giao cho các bệnh viện tuyến dưới là những kỹ thuật hiện đại, tiên tiến, phức tạp học viên cố gắng nhiều mới có thể tiếp nhận, và trang thiết bị phải được đầu tư kịp thời để đạt hiệu quả cao nhất. Với sự đầu tư kịp thời của nhà nước, đã có 17% các bệnh viện thành lập đơn nguyên mới để thực hiện kỹ thuật được chuyển giao.

Trong quá trình tự thực hiện kỹ thuật mới, có 1 trường hợp xảy ra biến chứng, tuy nhiên đây là biến chứng nhẹ, học viên có thể xử lý độc lập mà không cần đến giúp đỡ chuyên môn của đồng nghiệp cũng như sự giúp đỡ của các bác sỹ tuyến trên. Học viên sau tiếp nhận kỹ thuật chuyển giao không chỉ được sự giúp đỡ trong quá trình chuyển giao kỹ thuật, mà sau đó học viên luôn được sự trợ giúp của các giảng viên qua email (33%), qua điện thoại (67%). Với những kiến thức được cập nhật, có đến 85% các học viên chia sẻ cho các đồng nghiệp thông qua các hình thức như: công việc hàng ngày (66%), giao ban (33%), qua chia sẻ tài liệu (50%).

Quá trình chuyển giao kỹ thuật của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức luôn nhận được sự hài lòng của học viên, trong đó có 33% cảm thấy hài lòng tuyệt đối, 85% học viên có mong muốn được tiếp tục học tập tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức khi mở thêm các lớp đào tạo, chuyển giao kỹ thuật chuyên sâu.

Vai trò của Trung tâm Đào tạo và Chỉ đạo tuyến là rất quan trọng (100%), không chỉ hỗ trợ học viên trong quá trình chuyển giao kỹ thuật mà còn hỗ trợ phát triển đơn vị.

IV. NHỮNG THUẬN LỢI VÀ KHÓ KHĂN

1. Thuận lợi: Với chính sách của nhà nước, Bộ Y tế, Sở Y tế và các bộ ngành liên quan, bệnh viện tiếp nhận kỹ thuật đã được đầu tư nâng cấp cơ sở hạ tầng, mua sắm trang thiết bị cũng như học viên được nhận hỗ trợ trong quá trình học tập, thuộc các dự án, đề án như Dự án Bệnh viện vệ tinh, Dự án hỗ trợ y tế các tỉnh Đồng bằng Sông Hồng và Đông Bắc Bộ, Đề án 1816.

Về phía Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức có bề dày kinh nghiệm và năng lực chuyên môn cao, luôn là đơn vị đi đầu trong việc phát triển, triển khai các kỹ thuật mới, cũng như vai trò của

TTĐT&CĐT tổ chức đào tạo bài bản, cùng với đội ngũ giảng viên có trình độ cao, cán bộ chuyển giao nhiệt tình.

Về phía đơn vị nhận chuyển giao nhận được sự quan tâm của Nhà nước cùng các Bộ, Sở, Ban ngành có liên quan đã đầu tư trang thiết bị, đặc biệt là Ban Giám đốc luôn ủng hộ và tạo điều kiện triển khai ví dụ kỹ thuật CLVT có lượng bệnh nhân sử dụng cao, thu hút được người bệnh. Thực tế cho thấy các đơn vị luôn cố gắng từng bước chuẩn bị và hoàn thiện cơ sở vật chất, trang thiết bị cũng như thu hút nguồn bệnh nhân để tiếp cận và đưa các dịch vụ kỹ thuật cao ngay tại địa phương.

2. Khó khăn: Bên cạnh những thuận lợi thì còn những khó khăn, thách thức như về phía chính sách hỗ trợ như bảo hiểm y tế giới hạn chi trả cho một số trường hợp bệnh do điều trị không đúng theo danh mục bệnh được điều trị tại tuyến cơ sở, đây là lý do mà người bệnh vượt tuyệt để nhận đầy đủ thanh toán theo bảo hiểm y tế.

Về phía Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức: do cơ sở vật chất còn chật hẹp, chưa đủ điều kiện để hỗ trợ ăn nghỉ và kinh phí đào tạo; cùng với đó TTĐT&CĐT chưa có dự kiến thời gian mở lớp để các bệnh viện có thể chủ động trong việc cử học viên.

Hầu hết bệnh viện tiếp nhận kỹ thuật còn thiếu nhân lực trầm trọng, đặc biệt là thiếu bác sỹ có trình độ chuyên khoa cao, ngoài ra thì cơ sở vật chất, trang thiết bị còn thiếu, xuống cấp, không đồng bộ. Ngoài ra một số kỹ thuật mới là kỹ thuật khó, nên chưa được thực hiện thường xuyên.

V. ĐỀ XUẤT – KIẾN NGHỊ

Về phía chính sách hỗ trợ, đề nghị có chính sách hỗ trợ, ưu đãi đối với cán bộ để cán bộ.

Về phía Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, nên dự kiến thời gian mở lớp đào tạo tại trung ương để các đơn vị vệ tinh không bị động trong việc bố trí nhân lực, hạn chế tình trạng đã đăng ký học viên, song đến thời điểm triệu tập học viên không thể tham gia do đang tham gia khóa đào tạo khác hoặc đơn vị không sắp xếp được do thiếu nhân lực. Tăng thêm thời gian của pha 2 (2 tuần/đợt), tăng thêm thời thực hành. Cùng với đó TTĐT&CĐT cần có tổ chức chặt chẽ hơn, và có sự hỗ trợ nơi nghỉ cho học viên.

Về phía bệnh viện tiếp nhận kỹ thuật, cần tăng cường nhân lực, cán bộ tiếp nhận kỹ thuật chủ động hơn trong việc phối hợp với cán bộ hỗ trợ khi thực hiện pha 2 tại đơn vị, bố trí chỗ ăn nghỉ cho cán bộ hỗ trợ pha 2 ngay tại đơn vị để tăng cường hiệu quả và tận dụng thời gian làm việc./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, Trung tâm Truyền thông GDSK TƯ - Bản tin Đề án 1816 tháng 7, tháng 8, tháng 9, tháng 10 năm 2009.
2. **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.
3. **Bộ Y tế, 2010**, Công văn số 2950/BYT-KCB ngày 10/05/2010 về việc hướng dẫn xây dựng quy trình chuyển giao kỹ thuật y tế trong thực hiện Đề án 1816
4. **Cục Quản lý Khám chữa bệnh**, Bộ Y tế, 2012, Tài liệu Hội thảo tăng cường thực hiện Đề án Bệnh

viện vệ tinh và Đề án 1816 nhằm góp phần giảm tải bệnh viện

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.
6. **Quyết định số 1816/QĐ-BYT**, ngày 26/5/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc phê duyệt Đề án “Cử cán bộ chuyển môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh”.
7. **Quyết định số 4028/QĐ-BYT** ngày 20/10/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc phân công chỉ đạo tuyến trong lĩnh vực khám, chữa bệnh.

THỜI GIAN CHỜ KHÁM TẠI KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN TỪ SƠN, TỈNH BẮC NINH NĂM 2017

Ngô Thị Hải Yến¹, Trần Thu Hà²,
Hoàng Minh Hằng³, Nguyễn Thị Thúy Nga⁴

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 2102 người bệnh nhằm mô tả thời gian chờ khám của người bệnh tại khoa khám bệnh, bệnh viện Đa Khoa Từ Sơn, tỉnh Bắc Ninh năm 2017. Kết quả nghiên cứu cho thấy tổng thời gian chờ khám trung bình là 118,16 phút (trung vị là 152 phút). Thời gian chờ khám của người chỉ khám lâm sàng đơn thuần là ít nhất (73,88 phút), bằng khoảng 1/2 so với nhóm người bệnh khám lâm sàng+1CLS (149,5 phút) và bằng khoảng 1/3 so với nhóm khám lâm sàng kết hợp với từ 2 CLS trở lên (190,5 phút). Trong từng bước khám chữa bệnh cụ thể, thời gian chờ thực hiện các CLS là lâu nhất (62,72 phút) trong đó đặc biệt là tại phòng xét nghiệm thời gian chờ lấy kết quả là 68,8 phút.

Từ khóa: Thời gian chờ khám, khoa khám bệnh, bệnh viện Đa khoa Từ Sơn

SUMMARY

MEDICAL EXAMINATION TIME OF PATIENTS AT OUTPATIENT DEPARTMENT OF TU SON DISTRICT HOSPITAL, BAC NINH PROVINCE IN 2017

A cross-sectional descriptive study was conducted on 2102 patients to assess the total time patients spent during their medical examinations at the Outpatient Department of Tu Son district hospital, Bac Ninh province in 2017. The result showed that the average total time of patients spent at department is 118.16 minutes (median=152 minutes). According to the number of medical techniques, the examination

time of patients who was examined using only the simple examination service was the shortest with 73.88 minutes or about 1/2 the time of patients who was examined more than one method of examinations. The patients who were examined by the simple examination plus two or more the two additional medical methods took the longest examination time, with 190.5 minutes. In each medical examination step, the average time of waiting for the subclinical results was longer (mean=62.74 minutes), especially the waiting time at Laboratory department quite long (mean=68.8 minutes).

Keyword: Examination time, Patients, Tu Son district Hospital

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thời gian chờ khám là một trong những yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới sự hài lòng của người bệnh khi sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh (KCB). Hiện nay nhiều bệnh viện (BV) từ Trung ương đến cơ sở xuất hiện tình trạng quá tải trong KCB. Qua phản ánh của NB, cơ quan truyền thông và kết quả kiểm tra của Bộ Y tế tại khoa Khám bệnh ở nhiều BV cho thấy tình trạng chen lấn khi làm thủ tục, nơi ngồi chờ khám bất tiện, nóng nực, thời gian chờ khám kéo dài (với những bệnh đơn thuần không phải làm XN cũng mất từ 6-8 tiếng), chất lượng dịch vụ y tế không đáp ứng kịp nhu cầu của NB [1]. Với phương châm lấy người bệnh (NB) làm trung tâm, ngành y tế đã có nhiều đề án, giải pháp giảm thời gian chờ khám đáp ứng sự hài lòng của NB.

Thực hiện chủ trương khuyến khích các BV nâng cao QLCL của Bộ Y tế, Ủy ban nhân dân tỉnh Bắc Ninh và Sở Y tế tỉnh Bắc Ninh, từ năm 2014 BV Đa khoa (BVĐK) Từ Sơn đã chú trọng triển khai công tác quản lý chất lượng, cải tạo nâng cấp cơ sở hạ tầng trang thiết bị, công

¹Bệnh viện Đa Khoa Từ Sơn, tỉnh Bắc Ninh,

²Bệnh Viện Mắt TW

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Hải Yến

Email: ngohaiyen1974@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.9.2017

Ngày duyệt bài: 14.9.2017

nghe thông tin và cải tiến rút ngắn quy trình khám bệnh ngoại trú từ 8 bước xuống còn 4 bước giảm phiền hà cho NB. Tuy nhiên từ tháng 1 năm 2016, luật BHYT cho phép khám thông tuyến, nên NB đến khám tại BVĐK Từ Sơn tăng cao, trung bình 700-800 lượt người/ngày, tăng 30% so với năm 2015 [2]. Tình trạng NB phản nản phải chờ khám lâu do quá đông NB chờ khám vào buổi sáng, gây ùn tắc cục bộ khâu chờ bác sĩ khám chỉ định CLS và chờ ở bộ phận XN.

Tại thời điểm này, một nghiên cứu về thời gian chờ khám bệnh của NB tại khoa Khám bệnh, BVĐK Từ Sơn là rất cần thiết cho công tác quản lý chất lượng khám bệnh của BV. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu giai đoạn 1 với mục tiêu "Đo lường thời gian chờ khám bệnh của NB tại khoa Khám bệnh" để từ đó giúp đề ra những cải tiến phù hợp nhằm giảm thời gian chờ khám trong giai đoạn tiếp theo.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Hồ sơ thời gian chờ khám điện tử của tất cả NB khám bệnh ngoại trú trên máy tính cài đặt phần mềm quản lý BV của BVĐK Từ Sơn.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ thời gian chờ khám điện tử của NB khám phòng khám tự nguyện, khám sức khỏe theo yêu cầu, NB nặng, NB trùng tên và trùng mã khám bệnh trong ngày, NB thiếu thời điểm nhận thuốc trong ngày hoặc thời điểm đăng kí khám bệnh/trả kết quả CLS buổi sáng nhưng có thời điểm khám bệnh/đọc kết quả CLS và cho chỉ định điều trị

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thời gian (TG) chờ khám bệnh trung bình và một số yếu tố liên quan

Bảng 3.1. Thời gian (TG) chờ khám bệnh trung bình ở các vị trí (đơn vị:phút)

Khu vực		Thời gian trung bình $\pm$ SD (n)	Trung vị	Nhanh nhất	Lâu nhất
Tổng TG chờ		118,16 $\pm$ 81,71(2102)	152	12	399
Trong đó					
TG chờ khám bệnh lần 1		26,09 $\pm$ 28,26(2102)	15	1	193
TG khám, chỉ định		2,35 $\pm$ 1,19(2102)	2	1	96
TG chờ CLS chung		62,72 $\pm$ 46,20(1117)	58	1	322
Chi tiết					
TG chờ CLS	TG chờ lấy bệnh phẩm XN	24,39 $\pm$ 13,76(251)	22	3	70
	TG chờ chụp XQ	25,02 $\pm$ 16,7(219)	21	5	97
	TG chờ siêu âm	26,06 $\pm$ 17,96(80)	21,5	5	98
	TG chờ lấy kết quả XN	68,80 $\pm$ 27,75(251)	65	5	275
	TG chờ khám bệnh lần 2	46,75 $\pm$ 44,70(1117)	33	1	291
TG chờ thanh toán, lấy thẻ		10,55 $\pm$ 17,63(2102)	4	1	177
TG chờ lấy thuốc		21,06 $\pm$ 26,36(2102)	14	1	312

Bảng 3.1 cho thấy tổng thời gian chờ khám của NB là 118,16 phút, lâu nhất là thời gian chờ thực hiện các CLS (62,74 phút) trong đó đặc biệt tại phòng xét nghiệm thời gian chờ lấy kết quả là 68,8 phút; giảm dần là thời gian chờ khám lần 2 (46,75 phút), ngắn nhất là thời gian chờ thanh toán lấy thẻ (10,55 phút), thời gian khám chỉ định là 2,35 phút.

buổi chiều, thời điểm NB đăng kí khám trước 7:00 và sau 16:30.

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

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 3/2017 đến tháng 6/2017.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Khám bệnh và khoa Chẩn đoán hình ảnh - XN, BV ĐK Từ Sơn, tỉnh Bắc Ninh.

Cỡ mẫu: Số liệu thời gian chờ khám của NB thực hiện quy trình khám bệnh tại khoa Khám bệnh trên phần mềm quản lý BV từ thứ hai đến thứ sáu trong một tuần của tháng 3 năm 2017. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một giá trị trung bình

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{s^2}{(\bar{x} - \varepsilon)^2}$$

Trong đó: Lấy $\bar{x} = 247$, $s = 105$ (Theo nghiên cứu của Lê Thanh Chiến)[3]. Chọn $\alpha = 0.05$, $\varepsilon = 0.025$ được cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu $n = 1110$. Số lượng NB chúng tôi lấy trong tháng 3/2017 là 2102 NB thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, đủ lớn, đảm bảo tính đại diện và có khả năng thực thi.

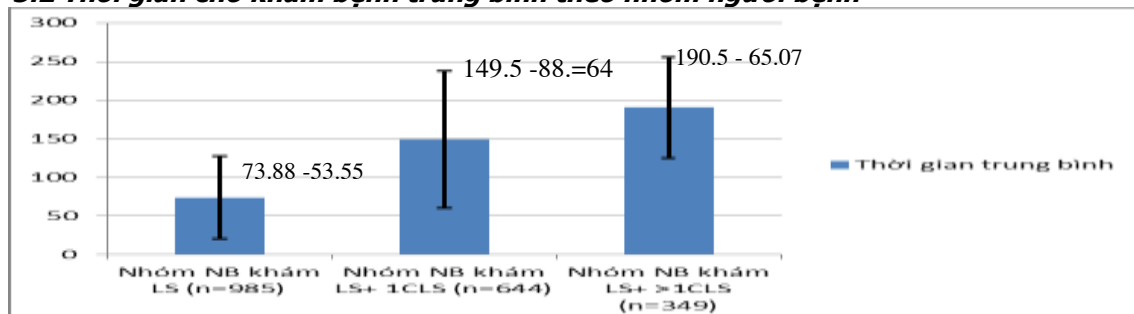
Vấn đề đạo đức của nghiên cứu: Nghiên cứu được phép của Ban giám đốc và lãnh đạo các khoa phòng của BVĐK Từ Sơn. Thông tin thu được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và được bảo mật.

Bảng 3.2. Thời gian chờ khám bệnh trung bình theo các múi giờ đăng ký khám của NB (đơn vị:phút)

Múi giờ đăng ký khám bệnh	Tỷ lệ (%)	Thời gian trung bình $\pm$ SD (n)	Trung vị	Nhanh nhất	Lâu nhất
Từ 07:00 đến 08:00	29,3	181,90 $\pm$ 70,77(616)	190	19	399
Từ 08:01 đến 09:00	16,3	134,21 $\pm$ 84,57(343)	119	13	398
Từ 09:01 đến 10:00	10,5	109,95 $\pm$ 86,75(220)	85,5	13	385
Từ 10:01 đến 11:30	4,2	114,27 $\pm$ 99,9(89)	69	17	333
Từ 13:00 đến 15:00	33,4	71,92 $\pm$ 38,30(702)	64,5	12	216
Từ 15:01 đến 16:30	6,3	41,18 $\pm$ 20,75(132)	37	12	99

Nhìn vào bảng 3.4 chúng ta thấy: Vào buổi sáng, người bệnh đến đăng ký khám bệnh nhiều nhất vào khoảng thời gian từ 07:00 đến 09:00 chiếm 45,6%; rất ít người bệnh (4,2%) đăng ký khám bệnh vào khoảng thời gian từ 10:01 đến 11:30. Vào buổi chiều, người bệnh đến đăng ký khám bệnh đông (33,4%) vào khoảng thời gian từ 13:00 đến 15:00. Điều đó cũng tương ứng tại múi giờ đăng ký khám bệnh từ 07:00 đến 08:00 có thời gian chờ khám trung bình dài nhất (181,90 phút). Thời gian chờ khám ngắn nhất vào buổi chiều múi giờ từ 15:01 đến 16:30 (41,18 phút).

3.2 Thời gian chờ khám bệnh trung bình theo nhóm người bệnh

**Biểu đồ 3.1. Thời gian chờ khám bệnh theo nhóm NB (đơn vị:phút).**

Theo phân nhóm người bệnh, thời gian chờ khám của người chỉ khám lâm sàng đơn thuần là ít nhất (73,88 phút), bằng khoảng 1/2 so với nhóm người bệnh khám lâm sàng+1CLS (149,5 phút) và bằng khoảng 1/3 so với nhóm khám lâm sàng kết hợp với từ 2 CLS trở lên (190,5 phút).

IV. BÀN LUẬN

Tổng thời gian chờ khám trung bình của NB là 118,16 phút. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà (2014) tại bệnh viện đa khoa Hà Đông (96.91 phút) [4]. Nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Quỳnh Hương (2014) tại bệnh viện đa khoa Thống nhất tỉnh Đồng Nai (150.4 phút) [5]. Vậy có thể nhận thấy so với bệnh viện đồng cấp NB đến khám tại bệnh viện đa khoa Từ Sơn phải chờ khám lâu hơn phần lớn do kéo dài thời gian chờ đợi tại bộ phận xét nghiệm, còn với tuyến tính tỷ lệ NB đến khám đông hơn, các chỉ định CLS nhiều hơn nên thời gian chờ đợi của NB dài hơn là phù hợp.

Theo phân nhóm NB, thời gian chờ khám trung bình tăng dần theo số lượng các kỹ thuật CLS mà NB thực hiện (149,50 phút; 190,5 phút). Nhóm NB khám đơn thuần có thời gian chờ khám ngắn nhất do NB không phải chờ thực hiện CLS (73,88 phút). Kết quả thời gian chờ khám của các nhóm NB này cao hơn so với thời gian chờ khám tuyến huyện năm 2014 theo báo cáo

của Cục Khám chữa bệnh – Bộ Y tế (40,1 phút; 80,8 phút; 135,6 phút) [6].

Thời gian chờ khám bệnh ở từng vị trí có sự khác biệt. Thời gian chờ khám trung bình lâu nhất là tại khu vực chờ lấy kết quả xét nghiệm (68,80 phút), điều này có thể lý giải là do số lượng người bệnh làm XN nhiều (trung bình 350 người bệnh/ngày) và chủ yếu tập trung vào buổi sáng, trong khi chỉ có 02 máy in công suất thấp, 01 máy sinh hóa XL300, máy miễn dịch bán tự động sau 2 đến 3 giờ mới cho ra kết quả nên một số phiếu XN mặc dù các chỉ số XN khác đã có kết quả nhưng phải chờ như một số kết quả XN về nội tiết FT3, FT4, TSH... nên những bệnh nhân phải làm các xét nghiệm này thường có thời gian chờ đợi lâu hơn. Ngoài ra theo quan sát trong một số thời điểm tại phòng xét nghiệm việc duyệt kết quả trên máy để in hoặc trả kết quả chưa kịp thời. Vì vậy, BV Từ Sơn cần giảm thời gian chờ lấy mẫu và trả kết quả xét nghiệm cho người bệnh bởi đa số họ mắc bệnh tiểu đường và không thể nhịn ăn quá lâu và chờ lấy

kết quả. Theo quan sát tại phòng XN: trả kết quả XN 3 đợt/buổi sáng vừa là nguyên nhân kéo dài thời gian trả kết quả, vừa gây ùn tắc cục bộ khu vực phòng khám, vì khi đó một số lượng lớn NB sẽ mang kết quả quay lại phòng khám để bác sĩ cho chỉ định. NB chờ khám lần 2 lâu (46,75 phút) do Khoa Khám bệnh trung bình mỗi ngày tiếp nhận trên 700 NB trong khi chỉ có 12 bàn khám kết hợp ùn tắc cục bộ tại các phòng khám sau các thời điểm trả kết quả XN.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời điểm đến khám cũng là yếu tố liên quan đến thời gian chờ khám. Nhóm đối tượng nghiên cứu đến khám trước 8 giờ có thời gian chờ trung bình dài nhất (181,9 phút) nhóm đối tượng đến khám sau 8 giờ có thời gian chờ giảm dần. Bệnh nhân càng đến khám muộn thì thời gian chờ khám sẽ càng ngắn. Quan sát NB đi khám sớm mỗi giờ trước 8:00 rất đông (29,3%) chủ yếu là NB mãn tính đái tháo đường, tăng huyết áp có chỉ định làm XN – CLS nên tâm lý đi sớm để lấy máu làm XN do đó phải chờ đợi lâu. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thảo Sương (2016) [7] tại bệnh viện đa khoa Thống Nhất cũng cho kết quả những người đăng ký trước 7: 30 có tổng thời gian chờ đợi lâu hơn và nhóm bệnh nội khoa cho thấy thời gian chờ đợi lâu nhất.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy một số kết quả sau: Tổng thời gian chờ khám trung bình của NB là 118,16 phút. Thời gian chờ tại khu vực chờ thực hiện CLS là lâu nhất (62,74 phút), đặc biệt thời gian chờ lấy kết quả tại phòng xét nghiệm (68,8 phút). Giảm dần là thời gian chờ khám bệnh lần 2 (46,25 phút). Nhóm NB khám lâm sàng kết hợp từ hai CLS trở lên có thời gian chờ khám trung bình dài nhất (190,5 phút). Thời gian chờ

khám của các nhóm NB cao hơn so với thời gian chờ khám trung bình tuyến huyện năm 2014 theo báo cáo của Cục Khám chữa bệnh, Bộ Y tế.

KIẾN NGHỊ

Bệnh viện cần tăng cường các giải pháp giảm thời gian chờ khám tại khoa Khám bệnh: Thêm bàn khám, tăng cường nhân lực vào các giờ điểm, bổ sung máy XN, máy tính. Khoa Chẩn đoán hình ảnh- Xét nghiệm cần được bố trí nhân lực hợp lý, tăng tần suất trả kết quả XN trong ngày, sắp xếp lại phòng lấy bệnh phẩm khoa học hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cục Quản lý Khám chữa bệnh và Bộ Y tế (2015)**, Báo cáo công tác khám chữa bệnh năm 2014, kế hoạch năm 2015.
2. **Bệnh viện đa khoa Thị xã Từ Sơn (2016)**, Báo cáo tổng kết công tác khám chữa bệnh năm 2016, Bệnh viện đa khoa Thị xã Từ Sơn.
3. **Lê Thanh Chiên và cộng sự (2012)**, "Khảo sát quy trình khám chữa bệnh tại khoa Khám bệnh, bệnh viện Cấp cứu Trưng Vương", *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 16(4).
4. **Nguyễn Thị Thu Hà (2015)**, Thời gian sử dụng dịch vụ của người bệnh và một số yếu tố liên quan tại khoa Khám bệnh, bệnh viện đa khoa Hà Đông, Hà Nội năm 2014, Luận văn thạc sĩ y học, chuyên ngành Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Trần Thị Quỳnh Hương và Đỗ Minh Quang (2014)**, Khảo sát thời gian và chi phí khám bệnh BHYT tại bệnh viện Đa khoa Thống Nhất năm 2014 Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai, Biên Hòa, truy cập ngày 8/12/2016, tại trang web [http://www.qpsolutions.vn/cgi-bin/Document/Khao](http://www.qpsolutions.vn/cgi-bin/Document/Khao%20sat%20thoi%20gian%20va%20chi%20phi%20kham%202014%20BV%20T...) sat thoi gian va chi phi kham 2014 BV T...
6. **Cục Quản lý Khám chữa bệnh (2015)**, Kết quả bước đầu thực hiện cải cách thủ tục hành chính trong cải tiến quy trình khám bệnh.
7. **Nguyễn Thị Thao Sương (September, 2017)**, Program in Medical Science, Healthcare Administration Course, Nagoya University Graduate School of Medicine.

MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP NẶNG

Hồ Yên Ca¹, Đào Xuân Cơ²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tử vong và các yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Khoa hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đào Xuân Cơ

Email: daoxuanco@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.9.2017

Ngày duyệt bài: 13.9.2017

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả từ hồ sơ bệnh án lưu trữ của 109 bệnh nhân viêm tụy cấp nặng điều trị tại khoa Hồi sức tích cực Bạch Mai trong năm 2016. **Kết quả:** Có 109 bệnh nhân nặng được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình là 48,80 ± 13,31 thấp nhất là 15 tuổi và cao nhất là 87 tuổi, trong đó tỷ lệ nam nhiều hơn so với nữ (80,73% so với 19,27%). Số bệnh nhân tử vong là 17, chiếm 15,6% (1 tử vong tại viện và 16 nặng xin về được xác minh tử vong sau đó). Tuổi trung bình của nhóm tử vong và nhóm sống là 50,18 ± 13,26 và 48,54 ± 13,38 (p = 0,332). Tỷ lệ nam/nữ của cả hai

nhóm là 4,7/1 và 4,1/1 ($p = 1$). Nguyên nhân gây bệnh chủ yếu trong nhóm tử vong và nhóm sống lần lượt là rượu (41,8 % và 33,7%), tăng triglyceride (5,88% và 13,4%), rượu kết hợp với tăng triglyceride (11,76% và 22,83%), không có sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê. Trong 3 ngày đầu, điểm SOFA và số tạng suy là yếu tố tiên lượng tốt nhất về tử vong (AUC trong 3 ngày đầu lần lượt là 0,784, 0,864, 0,879 và 0,713, 0,839, 0,876), cao hơn giá trị của điểm BISAP (AUC= 0,660) và APACHE II (AUC = 0,692) khi vào viện. Procalcitonin, ure, và creatinine là các xét nghiệm có giá trị tiên lượng trong 3 ngày đầu với AUC dao động lần lượt là 0,764 – 0,851; 0,777-0,841 và 0,767 - 0,835, không có sự khác biệt đáng kể giữa 3 xét nghiệm này. Các giá trị Cut-off có ý nghĩa thống kê để tiên lượng tử vong trong viêm tụy cấp nặng là điểm SOFA ≥ 6 điểm, áp lực ổ bụng ≥ 21 , ure $\geq 7,8$ (mmol/L), creatinine ≥ 94 (umol/L), procalcitonin $\geq 3,21$ (ng/ml). **Kết luận:** Tuổi, giới và nguyên nhân gây bệnh không phải là yếu tố tiên lượng tử vong trong viêm tụy cấp nặng. Trong 3 ngày đầu, điểm SOFA, số tạng suy, procalcitonin, ure và creatinine là các yếu tố có giá trị tiên lượng tử vong

Từ khóa: Viêm tụy cấp nặng, yếu tố tiên lượng, tử vong

SUMMARY

MORTALITY PROGNOSTIC FACTORS IN SEVERE ACUTE PANCREATITIS

Objects: Identify the mortality rate and mortality prognostic factors in severe acute pancreatitis patients. **Methods:** A retrospective study was applied. We reviewed 109 medical records of severe acute pancreatitis patients in Department of Intensive Care, Bach Mai Hospital in 2016. **Results:** 109 severe acute pancreatitis patients were included in our analysis, average age was $48,80 \pm 13,31$, the youngest was years old and the oldest was 87 years old. Among those, the rate of males was much higher than ones of female (80.73% and 19.27%, respectively). The number of deaths were 17 persons, accounted for 15.6%. The average age of death and alive groups were 50.18 ± 13.26 and 48.54 ± 13.38 , respectively (with $p = 0,332$). The ratio of male/female of the two groups above were 4.7/1 and 4.1/1, correspondingly (with $p = 1$). The main causes of pancreatitis in both death and alive groups were accordingly alcohol abuse (41.8 % and 33.7%), hypertriglyceridemia (5.88% and 13.4%), and combination of both factors above (11.76% và 22.83%), there were no significant differences between two groups. In the first three days, SOFA score and number of organ failure were the highest score prognostic factors (with AUC in the first three days were 0.784; 0.864; 0.879 and 0.713; 0.839; 0.876, respectively), higher compared with BISAP score (AUC = 0.660) and APACHE II (AUC = 0.692) at admission. Procalcitonin, ure, and creatinine were subclinical tests having prognostic value with flunctated AUC range accordingly 0.764 – 0.851; 0.777 -0.841 and 0.767 – 0.835, there were no significant differences among these tests. The cut-off points which were significantly associated with mortality prognostic ability in severe acute pancreatitis were SOFA score ≥ 6 points, abdominal pressure ≥ 21 ,

ure $\geq 7,8$ (mmol/L), creatinine ≥ 94 (umol/L), procalcitonin $\geq 3,21$ (ng/ml). **Conclusion:** Age, sex, and causes of disease were not a prognostic factors for mortality in severe acute pancreatitis. In the first three days, SOFA score, number of failure organs, procalcitonin, ure and creatinine were good factors to prognosticate the possibility of death.

Key word: Severe acute pancreatitis, prognostic factors, death

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là tình trạng viêm cấp tính của nhu mô tuyến tụy. Bệnh do nhiều nguyên nhân gây nên, biểu hiện lâm sàng đa dạng với nhiều mức độ khác nhau. Phần lớn bệnh nhân VTC ở mức độ nhẹ, khi được điều trị kịp thời bệnh nhân chỉ cần nằm viện ngắn ngày, có thể khỏi hoàn toàn không để lại di chứng. Tuy nhiên có khoảng 10 đến 20% bệnh nhân diễn biến nặng kèm nhiều biến chứng tại chỗ và toàn thân, kéo dài thời gian điều trị và có thể tử vong. Tỷ lệ tử vong chung của bệnh là 4% đến 10% nhưng trong VTC nặng, tỷ lệ tử vong lên tới 15% - 30%. Tại Việt Nam, tỷ lệ tử vong trong viêm tụy cấp nặng là 29,0 - 52,6% (trước năm 2004) và giảm xuống 16,6% (năm 2013).

Ngày nay, với sự tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị đã làm giảm tỷ lệ tử vong trong VTC. Các nguyên nhân cải thiện tỷ lệ sống sót rất đa dạng, trong đó việc nhận biết sớm các dấu hiệu của tình trạng nặng, nhập viện sớm vào các đơn vị hồi sức tích cực là một trong những nguyên nhân chính của việc giảm tỷ lệ tử vong. Vì vậy, đã có nhiều nghiên cứu về các yếu tố tiên lượng mức độ nặng của bệnh nhân như thang điểm Ranson, imrie, CTSI, BISAP, APACHE II nhằm phân loại sớm bệnh nhân nặng.... Trong nghiên cứu này, chúng tôi tập trung đánh giá ý nghĩa của các bảng điểm SOFA, BISAP, APACHE II và xét nghiệm thông dụng trong 72 giờ đầu để tiên lượng tử vong cho bệnh nhân VTC nặng, qua đó có thể giúp các bác sỹ đưa ra những thay đổi trong tiên lượng và điều trị, chăm sóc bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu mô tả cơ sở dữ liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án lưu trữ của 109 bệnh nhân viêm tụy cấp nặng điều trị tại khoa Hồi sức tích cực Bạch Mai trong năm 2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các hồ sơ bệnh án lưu trữ của khoa Hồi sức tích cực trong năm 2016 có chẩn đoán theo mã ICD là K85

Bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán VTC theo Atlanta 2012

Bệnh nhân được xác định mức độ nặng theo một trong 3 tiêu chuẩn:

o Phân loại mức độ nặng theo tiêu chuẩn Atlanta 2012

o Có điểm BISAP trong 24 giờ đầu ≥ 3 điểm

o Có điểm APACHE II trong 24 giờ đầu ≥ 8 điểm

Các dữ liệu nghiên cứu được thu thập dựa trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhân bao gồm giới, tuổi, nguyên nhân gây bệnh, tính điểm BISAP,

APACHE II, SOFA, áp lực ổ bụng, số tạng suy, kết quả điều trị, các xét nghiệm cận lâm sàng: ure, creatinine, procalcitonin, lactat, HCT trong 3 ngày đầu.

Bệnh nhân được xác định tử vong khi tử vong tại khoa Hồi sức tích cực hoặc nặng xin về và được xác minh là đã tử vong sau đó.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, giới nhóm bệnh nhân nghiên cứu

		VTC nặng n = 109	Nhóm tử vong n = 17	Nhóm sống n = 92	p
Tuổi	< 50	59 (54,13)	6 (35,3%)	53 (57,6%)	0,09
	50 - 59	29 (26,61)	7 (41,2%)	22 (23,9%)	
	60 - 69	13 (11,93)	4 (23,5%)	9 (9,8%)	
	70 ≤	8 (7,34)	0	8 (8,7%)	
	Trung bình	48,80±13,31	50,18 ± 13,26	48,54 ± 13,38	0,322
Giới	Nam	88 (80,73)	14 (82,4%)	74 (80,4%)	1
	Nữ	21 (19,27)	3 (17,6%)	18 (19,6%)	

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 48,80± 13,31. Tỷ lệ nam (80,73%) nhiều hơn so với nữ (19,27%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi và giới tính giữa nhóm sống và nhóm tử vong.

Bảng 2. Phân loại nguyên nhân VTC nặng

	VTC nặng n = 109	Nhóm tử vong n = 17	Nhóm sống n = 92	p
Rượu	38 (34,86)	7 (41,8)	31 (33,7)	0,552
Sỏi mật	13 (11,93)	0	13 (14,13)	0,095
Tăng Triglycerid	13 (11,93)	1 (5,88)	12 (13,04)	0,359
Rượu + sỏi mật	7 (6,42)	1 (5,88)	6 (6,52)	0,701
Rượu + Tăng Triglycerid	23 (21,10)	2 (11,76)	21 (22,83)	0,249
Tăng mỡ máu + Sỏi mật	1 (0,92)	1 (5,88)	0	0,156
Tăng Triglycerid + rượu + sỏi mật	2 (1,83)	1 (5,88)	1 (1,09)	0,289
Nguyên nhân khác	12 (11,01)	4 (23,53)	8 (8,7)	0,091

Trong các nguyên nhân gây viêm tụy cấp, nguyên nhân thường gặp nhất là sử dụng rượu (34,86%), rượu với tăng triglycerid (21,10%), sỏi mật (11,93%), tăng triglyceride (11,93%). Không có sự khác biệt về nguyên nhân gây bệnh giữa nhóm sống và nhóm tử vong

Bảng 3. Mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ và tình trạng tử vong

		Nhóm tử vong n = 17	Nhóm sống n = 92	p
Điểm BISAP	X ± SD	2,8 ± 1,02	2,2 ± 0,715	0,025
Điểm APACHE II	X ± SD	12,1±5,30	9,2± 3,57	0,034
Điểm SOFA (median)	Ngày 1	9 (5-10)	4 (3-5)	0,0002
	Ngày 2	9 (7-12)	3 (2-6)	0,0000
	Ngày 3	8 (7-10)	3 (2-5)	0,0000
Áp lực ổ bụng (cm H ₂ O)	Ngày 1	27,5± 8,57	22,2 ± 6,34	0,010
	Ngày 2	27,7 ± 8,95	22,3 ± 7,27	0,03
	Ngày 3	32,3 ± 10,71	20 ± 6,77	0,00
Số tạng suy	Ngày 1	2,4 ± 1,37	1,5 ± 0,74	0,011
	Ngày 2	3,1 ± 1,41	1,6 ± 0,76	0,00
	Ngày 3	2,8 ± 1,01	1,4 ± 0,70	0,00
Procalcitonin	Ngày 1	15,1±15,97	5,5 ± 7,77	0,001
	Ngày 2	17,5±17,35	5,5 ± 7,53	0,001
	Ngày 3	18,7 ± 19,2	3,18 ± 4,08	0,000
Lactat	Ngày 1	3,0 ± 2,34	2,1 ± 1,49	0,119
	Ngày 2	3,0 ± 3,42	1,4 ± 0,90	0,043
	Ngày 3	1,4 ± 0,93	1,0 ± 0,45	0,094

HCT	Ngày 1	38 ± 11,13	44,16 ± 9,84	0,011
	Ngày 2	30,7 ± 4,82	36,68 ± 7,18	0,0007
	Ngày 3	30,69 ± 5,65	35,01 ± 9,49	0,058
Ure	Ngày 1	13,4 ± 7,44	6,6 ± 5,41	0,00
	Ngày 2	11,4 ± 6,6	6,0 ± 4,84	0,00
	Ngày 3	8,4 ± 4,05	5,3 ± 4,23	0,002
Creatinin	Ngày 1	227,9 ± 162,11	109,80 ± 79,87	0,001
	Ngày 2	205,2 ± 137,37	96,3 ± 75,7	0,00
	Ngày 3	155,4 ± 87,46	82,5 ± 51,60	0,000

Các điểm tiên lượng SOFA, APACHE II, BISAP, áp lực ổ bụng và các kết quả cận lâm sàng trong 3 ngày đầu procalcitonin, ure, creatinin ở nhóm tử vong cao hơn nhóm sống, HCT trong hai ngày đầu ở nhóm tử vong thấp hơn nhóm sống, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Đường cong ROC và diện tích dưới đường cong AUC của điểm BISAP, APACHE II, SOFA và một số các xét nghiệm cận lâm sàng

		AUC	95%CI
Tuổi		0,582	0,426 - 0,734
BISAP		0,690	0,534 - 0,845
APACHE II		0,662	0,484 - 0,839
Điểm SOFA	Ngày 1	0,784	0,643 - 0,925
	Ngày 2	0,864	0,765 - 0,964
	Ngày 3	0,879	0,750 - 1,000
Áp lực ổ bụng	Ngày 1	0,679	0,504 - 0,853
	Ngày 2	0,681	0,494 - 0,867
	Ngày 3	0,827	0,617 - 1,000
Số tạng suy	Ngày 1	0,713	0,574 - 0,851
	Ngày 2	0,839	0,727 - 0,952
	Ngày 3	0,876	0,782 - 0,968
Procalcitonin (ng/ml)	Ngày 1	0,764	0,648 - 0,881
	Ngày 2	0,786	0,653 - 0,919
	Ngày 3	0,851	0,744 - 0,958
Lactat	Ngày 1	0,619	0,449 - 0,789
	Ngày 2	0,661	0,495 - 0,827
	Ngày 3	0,645	0,491 - 0,799
HCT	Ngày 1	0,323	0,162 - 0,483
	Ngày 2	0,241	0,127 - 0,356
	Ngày 3	0,351	0,203 - 0,498
Ure (mmol/L)	Ngày 1	0,841	0,734 - 0,947
	Ngày 2	0,796	0,656 - 0,936
	Ngày 3	0,777	0,649 - 0,905
Creatinin (umol/L)	Ngày 1	0,767	0,623 - 0,910
	Ngày 2	0,789	0,646 - 0,931
	Ngày 3	0,835	0,727 - 0,944

Chỉ có điểm SOFA, số tạng suy, áp lực ổ bụng ngày thứ 3, procalcitonin, ure, creatinine trong cả 3 ngày có diện tích dưới đường cong (AUC) lớn hơn 0,7. Trong đó cao nhất là điểm SOFA ngày thứ 3 với AUC là 0,879 (95% CI: 0,750 - 1,00).

Bảng 5. Độ nhạy, độ đặc hiệu của một yếu tố tiên lượng

		Điểm Cut-off	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
Điểm SOFA	Ngày 1	≥ 9	52.94%	95.65%
	Ngày 2	≥ 7	76.47%	82.95%
	Ngày 3	≥ 6	84.62%	87.06%
Số tạng suy	Ngày 1	≥ 3	47.06%	91.30%
	Ngày 2	≥ 3	64.71%	90.91%
	Ngày 3	≥ 2	92.31%	71.43%
Áp lực ổ bụng	Ngày 3	≥ 21	83.33%	60,78%

Procalcitonin (ng/ml)	Ngày 1	≥ 5.43	70.59%	75.00%
	Ngày 2	≥ 4.08	80.00%	58.62%
	Ngày 3	≥ 3.21	83.33%	73.24%
Ure (mmol/L)	Ngày 1	≥ 7.8	86.67%	78.26%
	Ngày 2	≥ 6.6	81.25%	75.86%
	Ngày 3	≥ 5.8	75.00%	69.88%
Creatinin (umol/L)	Ngày 1	≥ 145	68.75%	83.70%
	Ngày 2	≥ 113	76.47%	83.72%
	Ngày 3	≥ 94	75.00%	84.71%

Điểm cut-off của các yếu tố tiên lượng đều có xu hướng giảm dần trong 3 ngày đầu. Điểm SOFA ngày thứ 3 ≥ 6 có độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhất (84.62% và 87.06%).

IV. BÀN LUẬN

- Tỷ lệ tử vong trong VTC nặng trong nghiên cứu của chúng tôi là 15,6%, thấp hơn nghiên cứu của Bùi Văn Khích (29%) và tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình (16,6%).

- Tuổi trung bình của bệnh nhân là $48 \pm 13,31$ tương tự với các nghiên cứu trong nước trước đó của Đào Xuân Cơ ($43,4 \pm 15,8$) và Bùi Văn Khích ($48,9 \pm 16,91$), thấp hơn các nghiên cứu ở nước ngoài. Theo nghiên cứu của Banks và Frey, tuổi là một yếu tố tiên lượng nặng, tuổi càng cao tỷ lệ tử vong càng lớn nhưng trong nghiên cứu này, tuổi không phải là một yếu tố tiên lượng, không có sự khác biệt về các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p=0,09$) và UAC = 0,582 (95%CI: 0,426 - 0,734). Nguyên nhân có thể là do độ tuổi mắc VTC thấp hơn so với các nghiên cứu đó, tuy nhiên cần nghiên cứu tìm hiểu thêm.

- Nguyên nhân gây bệnh chủ yếu là do rượu (34,86%), rượu với tăng triglycerid (21,10%), sỏi mật (11,93%), tăng triglyceride (11,93%), khác với các nghiên cứu của nước ngoài chủ yếu là do rượu và sỏi mật, điều này có thể là do sự khác biệt về lối sống, ở Việt Nam, tình trạng lạm dụng rượu, ít vận động, tăng mỡ máu phổ biến hơn. Tỷ lệ nam cũng gặp nhiều hơn nữ (80,27% so với 19,73%). Tuy nhiên, cũng giống như nghiên cứu của tác giả Banks, giới và nguyên nhân không phải là yếu tố tiên lượng tử vong.

- Khi sử dụng bảng điểm SOFA để đánh giá suy đa tạng, nhóm tử vong có tổng số điểm và số tạng suy cao hơn nhóm sống (9 (5-10) so với 4(3-5)) với $p < 0,05$. Khi phân tích đường cong ROC, so sánh giá trị tiên lượng tử vong của điểm SOFA với áp lực ổ bụng, điểm BISAP và điểm APACHE II chúng tôi thấy điểm SOFA có giá trị hơn cả. Trong 72 giờ đầu, UAC của điểm SOFA, áp lực ổ bụng, BISAP và APACHE II lần lượt là 0,789 (95% CI: 0,750 - 1,000); 0,827 (95%CI: 0,617 - 1,000); 0,690 (95%CI: 0,426 - 0,734); 0,662 (95%CI: 0,484 - 0,839). Các xét nghiệm

cận lâm sàng có giá trị tiên lượng là procalcitonin, ure, creatinine với UAC lần lượt là 0,851 (95%CI: 0,744 - 0,958), 0,841 (95%CI: 0,734 - 0,947), 0,835 (95%CI: 0,727 - 0,944). Điểm cut-off có ý nghĩa thống kê để tiên lượng tình trạng tử vong ở bệnh nhân VTC là điểm SOFA ≥ 6 (độ nhạy 84,62%, độ đặc hiệu 87,06%), áp lực ổ bụng ≥ 21 (độ nhạy 83.33%, độ đặc hiệu 60,78%), ure $\geq 7,8$ (mmol/L) (độ nhạy 86,67%), độ đặc hiệu 78,26%), creatinine 94 (umol/L) (độ nhạy 75,00%, độ đặc hiệu 84,71%), procalcitonin $\geq 3,21$ (ng/ml) (độ nhạy 83,33%, độ đặc hiệu 73,24%). Nghiên cứu của Adam F1 cũng cho thấy so với APACHE và Ranson, điểm SOFA có giá trị dự đoán tiên lượng chính xác hơn, với SOFA ≥ 7 tại thời điểm vào viện độ nhạy và độ đặc hiệu là 64% và 65%, AUC = 0,697; với SOFA ≥ 11 tại bất kỳ thời điểm nào trong suốt quá trình điều trị, độ nhạy và độ đặc hiệu là 80% và 79%, AUC = 0,837.

V. KẾT LUẬN

Tuổi, giới và nguyên nhân gây bệnh không phải là yếu tố tiên lượng tử vong. Để tiên lượng sớm nguy cơ tử vong, chúng ta nên sử dụng điểm SOFA và các xét nghiệm procalcitonin, ure và creatinine.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Văn Khích (2008)**. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm tụy cấp nặng tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai, *Luận văn CKII*, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Gia Bình (2013)**. Nghiên cứu ứng dụng các kỹ thuật lọc máu hiện đại trong hồi sức cấp cứu bệnh nhân nặng và ứng phó một số dịch bệnh nguy hiểm, *Đề tài cấp nhà nước*.
3. **Đào Xuân Cơ. (2012)**. Nghiên cứu giá trị của áp lực ổ bụng trong chẩn đoán mức độ và theo dõi diễn biến của viêm tụy cấp. *Luận văn Tiến sĩ y học*.
4. **Banks PA, Freeman ML**, Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology, *Am J Gastroenterol*. 2006; 101(10): 2379.
5. **Frey C.F, Zhou H, Harvey D.J (2006)**, The incidence and case-fatality rates of acute biliary,

- alcoholic, and idiopathic pancreatitis in California, 1994-2001, *Pancreas*, 33:336.
6. **Muddana V, Whitcomb DC, Khalid A, Slivka A, Papachristou GI.** Elevated serum creatinine as a marker of pancreatic necrosis in acute pancreatitis, *Am J Gastroenterol.* 2009;104(1):164.
7. **Adam F1, Bor C, Uyar M, Demirağ K, Çankayalı İ.** Severe acute pancreatitis admitted to intensive care unit: SOFA is superior to Ranson's criteria and APACHE II in determining prognosis. *Turk J Gastroenterol.* 2013;24(5):430-5.

SỐ NOÃN TỐI ƯU CHO KẾT QUẢ THỤ TINH TRONG ống NGHIỆM

Nguyễn Xuân Hợi*, Nguyễn Thị Liên Hương*

TÓM TẮT

Kích thích buồng trứng nhằm đạt được hiệu quả tối ưu và an toàn là mục tiêu quan trọng mà các chuyên gia thụ tinh trong ống nghiệm hướng tới. **Mục tiêu:** Xác định số noãn tối ưu kết quả thụ tinh trong ống nghiệm. Nghiên cứu tiến hành tại bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2014. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả gồm 2426 chu kỳ thụ tinh ống nghiệm (Không bao gồm các chu kỳ đông phôi toàn bộ) chia làm 5 nhóm dựa vào số noãn thu được sau chọc hút noãn: Nhóm 1: Không có noãn (4 chu kỳ); Nhóm 2: 1-5 noãn (478 chu kỳ); Nhóm 3: 6-10 noãn (844 chu kỳ); Nhóm 4: 11-15 noãn (802 chu kỳ); Nhóm 5: >15 noãn (498 chu kỳ). **Kết quả:** Nhóm 2 (1-5 noãn) có số phôi tốt, số phôi chuyển trung bình, số phôi chuyển tốt trung bình, tỷ lệ có thai thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm 3,4,5. Tỷ lệ có thai không khác biệt giữa 3 nhóm 3,4,5. **Kết luận:** Số noãn tối ưu để đạt kết quả có thai tốt từ 6-15 noãn.

Từ khóa: Số noãn tối ưu, kết quả thụ tinh trong ống nghiệm.

SUMMARY

OPTIMAL OOCYTES NUMBER FOR IN VITRO FERTILIZATION OUTCOME

The implementation of safe and maximally effective ovarian stimulation is a major aim for in vitro fertilization (IVF) teams. **Objective:** To investigate the optimal range number of oocyte retrieved for achieving pregnancy in a in vitro fertilization in ART center – National Hospital of Obstetrics and Gynecology from March to December 2014. **Design:** This is a retrospective, observational study. **Materials and methods:** 2426 IVF-ET cycles were included 5 groups of different oocyte retrieved number: Group 1: 0 oocyte (4 cycles); Group 2: 1-5 oocytes (478 cycles); Group 3: 6-10 oocytes (844 cycles); Group 4: 11-15 oocytes (802 cycles); Group 5: > 15 oocytes (498 cycles). **Results:** Group 2 has the mean number of embryos, mean number of transferred embryos, mean number of good transferred embryos and

pregnancy rate significant lower than group 3,4,5. The pregnancy rates were similar between 3 groups 3,4,5.

Conclusion: The optimal number of oocytes for achieving the best chance of pregnancy rate is between 6-15 oocytes retrieved.

Key words: IVF outcome, optimal range number of oocyte retrieved.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1978, em bé thụ tinh trong ống nghiệm, Louise Brown, sinh ra sau một chu kỳ tự nhiên không kích thích buồng trứng. Sau đó, để tăng tỷ lệ có thai của thụ tinh trong ống nghiệm, Kích thích buồng trứng được giới thiệu vào đầu năm 1980 để cho phép thu được nhiều noãn và có thể lựa chọn một hoặc nhiều phôi để chuyển phôi. Để đạt được sự cân bằng giữa việc thu được quá ít noãn, làm giảm cơ hội có thai, gây hậu quả tiêu cực cho bệnh nhân, nhiều nghiên cứu đã được thực hiện nhằm tìm ra số noãn tối ưu hóa kết quả thụ tinh trong ống nghiệm [1]. Tuy nhiên, kết quả các nghiên cứu còn nhiều mâu thuẫn [2]. Nguyên nhân có thể do phần lớn các nghiên cứu không kiểm soát số lượng và chất lượng của phôi chuyển trong khi số lượng và chất lượng phôi chuyển cũng tương quan với số lượng noãn. Nhiều noãn hơn có thể tăng khả năng lựa chọn phôi tốt để chuyển phôi. Việc bỏ qua thông tin về phôi chuyển trong quần thể nghiên cứu có thể dẫn đến các kết luận sai lệch hoặc giải thích sai, dẫn đến các quyết định thiếu thông tin về kích thích buồng trứng và các chiến lược chuyển phôi. Thực tế lâm sàng cũng cho thấy, một số nhà chuyên môn thiên về kích thích buồng trứng nhẹ để thu được số noãn vừa đủ, một số khác lại muốn kích thích càng nhiều noãn càng tốt vì cho rằng cơ hội có thai sẽ càng cao.

Hiện tại, chưa có nghiên cứu nào trong nước với cỡ mẫu lớn về mối liên quan giữa số noãn thu được sau chọc hút đến kết quả có thai trong thụ tinh ống nghiệm. Vì vậy, nghiên cứu này của chúng tôi được thực hiện trong thời gian năm 2014 tại trung tâm Hỗ trợ sinh sản – Bệnh viện Phụ sản Trung Ương, chia số noãn sau chọc hút làm năm nhóm (0, 1-5, 6-10, 11-15, >15), với

*Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Quốc Gia - Bệnh viện Phụ sản Trung Ương.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hợi

Email: doctorhoi@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.9.2017

Ngày duyệt bài: 14.9.2017

mục tiêu: *Xác định số noãn tối ưu cho thụ tinh trong ống nghiệm*. Kết quả của nghiên cứu sẽ góp phần quan trọng trong việc tư vấn, xác định liều dung thuốc điều trị cho các cặp vợ chồng thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm nhằm đạt được kết quả tốt nhất, tránh tốn kém và ảnh hưởng đến sức khỏe của người phụ nữ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Tất cả các bệnh nhân thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm từ tháng 3 đến tháng 12 năm 2014 (n= 2426) đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu được chia làm 5 nhóm dựa vào số noãn thu được sau chọc hút noãn;

- Nhóm 1: Không có noãn: n = 4.
- Nhóm 2: 1-5 noãn: n = 478.
- Nhóm 3: 6-10 noãn: n = 844.
- Nhóm 4: 11-15 noãn: n = 802.
- Nhóm 5: >15 noãn: n = 498.

• Tiêu chuẩn loại trừ: Tất cả các trường hợp đông phôi toàn bộ, xin cho phôi, noãn.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Phác đồ thụ tinh trong ống nghiệm:

Bệnh nhân được kích thích buồng trứng bằng phác đồ dài, ngắn Agonist hoặc ngắn Antagonist với liều FSH khởi đầu từ 150IU đến 350IU/ ngày, được theo dõi bằng siêu âm và xét nghiệm nội tiết. Khi có ít nhất 2 nang noãn có kích thước lớn hơn 17mm hoặc 1 nang trên 18mm, bệnh nhân sẽ được tiêm kích thích phóng noãn bằng hCG 10.000IU. Chọc hút trứng sau hCG 35 – 37h. Thụ tinh noãn bằng kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương noãn. Phôi được nuôi cấy đến ngày 3 thì tiến hành chuyển phôi tươi. Trường hợp còn dư phôi hoặc không có chỉ định chuyển phôi tươi, các phôi tốt sẽ được trữ lạnh vào ngày 2 hoặc ngày 3.

- Các tiêu chuẩn đánh giá được sử dụng trong nghiên cứu

- + Phôi chất lượng tốt: Phôi ngày 2 có 3-4 tế

bào, bào tương sáng, tỷ lệ mảnh vỡ < 25%, không có phôi bào đa nhân hoặc có không bào.

- + Có thai được tính khi β hCG sau 14 ngày chuyển phôi ≥ 25 IU/ml.

- + Thai sinh hóa: được tính khi β hCG sau 14 ngày chuyển phôi ≥ 25 IU/ml nhưng siêu âm sau chuyển phôi 4 tuần không thấy túi ối trong buồng tử cung.

- + Thai lâm sàng được tính khi siêu âm thấy có túi ối sau chuyển phôi 4 tuần.

- + Tỷ lệ có thai: Số ca chuyển phôi có thai trên tổng số ca chuyển phôi.

- + Tỷ lệ có thai lâm sàng: Số ca có túi ối trên tổng số ca có phôi chuyển.

- + Tỷ lệ làm tổ: Số túi ối trên tổng số phôi chuyển.

Các tỷ lệ được tính dựa trên các định nghĩa của Ủy ban Quốc tế giám sát Kỹ thuật Hỗ trợ sinh sản (ICMART) và Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) sửa đổi danh mục các thuật ngữ ART, 2009 [3].

3. Xử lý số liệu

- Các số liệu được thu thập và xử lý trên chương trình SPSS 20.0

- Tính các tỷ lệ, các giá trị trung bình được biểu diễn dưới dạng Mean $\pm$ SD

- Test χ^2 để so sánh các tỷ lệ, T test để so sánh các giá trị trung bình, tỷ suất chênh OR (CI 95%) để đánh giá các nguy cơ với $p < 0.05$ biểu thị sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

4. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu chỉ hồi cứu trên bệnh án, không can thiệp trên người bệnh, không làm sai lệch kết quả điều trị của bệnh nhân.

- Nghiên cứu chỉ với mục đích phục vụ chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân, không nhằm mục đích nào khác. Đảm bảo quy định về đạo đức trong nghiên cứu y học của Bộ đã quy định.

- 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 mẫu nghiên cứu của năm nhóm noãn khác nhau

	Nhóm 1 (0)	Nhóm 2 (1-5)	Nhóm 3 (6-10)	Nhóm 4 (11-15)	Nhóm 5 (> 15)	P
N	4	478	844	802	498	
Tuổi	30,3 $\pm$ 5,6	34,9 $\pm$ 5,3	32,8 $\pm$ 5,1	31,2 $\pm$ 4,7	30,9 $\pm$ 5,0	< 0,05*
AMH trung bình	4,5 $\pm$ 3,2	2,3 $\pm$ 2,0	4,1 $\pm$ 3,1	5,8 $\pm$ 3,7	7,1 $\pm$ 3,8	<0,05**
Nguyên nhân vô sinh (%)						
Tắc vòi	25	40,6	38,1	43,3	38,1	
Do chồng	50	18,6	18,6	19,8	21,7	
Không rõ nguyên nhân	0	33,4	35,7	30,4	32,3	
Khác	25	7,4	7,6	6,5	7,9	
Tổng	100	100	100	100	100	

Thời gian vô sinh trung bình	2,3 ± 1,9	6,2 ± 4,3	5,3 ± 3,5	4,9 ± 3,3	4,6 ± 3,0	>0,05
Số chu kỳ IVF thất bại trung bình	1 ± 0	1,3 ± 0,8	1,3 ± 0,8	1,2 ± 0,6	1,2 ± 0,6	>0,05
Tổng liều FSH trung bình	1781,3 ± 1099,5	2874,2 ± 829,3	2262,2 ± 807,5	1956,6 ± 714,4	1841,4 ± 589,7	< 0,05***
E2 ngày hCG trung bình	1450,0 ± 1216,5	2207,1 ± 1444,0	3470,2 ± 1973,7	4832,1 ± 2613,8	6591,5 ± 2912,4	< 0,05

*Tuổi trung bình nhóm 1-5 noãn khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với ba nhóm có > 5 noãn.

**AMH trung bình tăng rõ khi số noãn tăng ($p < 0,05$) trong các nhóm 2,3,4,5.

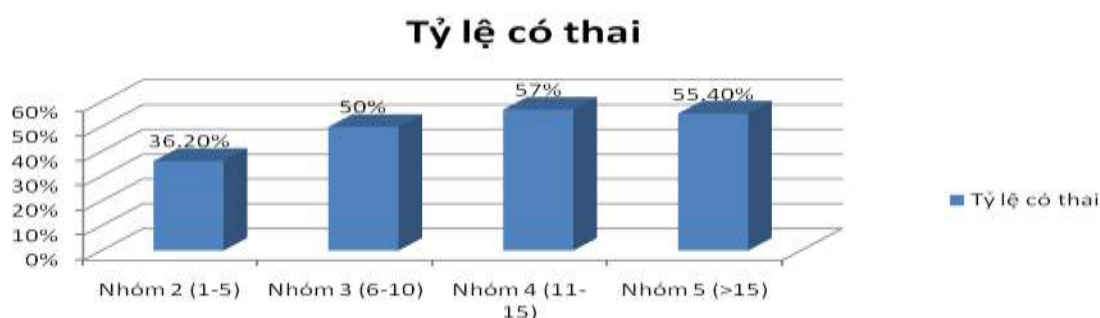
*** Tổng liều FSH trung bình của các nhóm > 10 noãn giảm có ý nghĩa thống kê so với nhóm 1-5 noãn ($p < 0,05$).

Nguyên nhân vô sinh, thời gian vô sinh, số chu kỳ IVF thất bại không khác biệt giữa các nhóm (không tính nhóm 1 vì $n < 5$). E2 ngày hCG tăng có ý nghĩa thống kê khi số noãn tăng ($p < 0,05$).

Bảng 2. Kết quả noãn và phôi thu được của năm nhóm noãn khác nhau

	Nhóm 2 (1-5)	Nhóm 3 (6-10)	Nhóm 4 (11-15)	Nhóm 5 (> 15)	p
N	478	844	802	498	
Số noãn thu được trung bình	3,7 ± 1,2	7,9 ± 1,4	12,9 ± 1,4	19,9 ± 5,5	< 0,05
Tỷ lệ thụ tinh trung bình (%)	86,8	85,6	84,5	84,0	> 0,05
Số phôi trung bình	2,8 ± 1,3	5,7 ± 1,9	9,0 ± 2,7	13,0 ± 4,5	< 0,05
Tỷ lệ phôi tốt trung bình (%)	57,9	58,1	60,9	60,4	>0,05
Số phôi chuyển trung bình	2,5 ± 1,0	3,2 ± 0,7	3,1 ± 0,6	3,2 ± 1,1	<0,05"
Số phôi chuyển tốt trung bình	1,4 ± 1,1	2,2 ± 1,0	2,4 ± 0,9	2,5 ± 0,8	< 0,05""

Tỷ lệ thụ tinh, tỷ lệ phôi tốt không khác biệt giữa các nhóm. Số phôi trung bình tăng có ý nghĩa thống kê khi số noãn tăng. "Số phôi chuyển trung bình và ""số phôi chuyển tốt trung bình của nhóm 1-5 noãn giảm có ý nghĩa thống kê so với 3 nhóm có số noãn > 5 .



Biểu đồ 1. Tỷ lệ có thai ở các nhóm noãn.

Tỷ lệ có thai cao nhất 57% ở nhóm có 11-15 noãn sau chọc hút, thấp nhất ở nhóm có 1-5 noãn. Nhóm có 1-5 noãn có tỷ lệ có thai giảm có ý nghĩa thống kê so với 3 nhóm còn lại ($p < 0,001$). Ba nhóm có số noãn > 5 có tỷ lệ có thai khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm là phương pháp điều trị hiếm muộn hiệu quả nhất hiện nay. Để đạt được hiệu quả cao như vậy, việc kích thích buồng trứng để thu được nhiều noãn, chọn được những phôi tốt nhất để chuyển phôi đã thành thục nhằm nâng cao tỷ lệ thành công. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã đề cập đến mối liên quan giữa số lượng noãn và kết quả thụ tinh trong ống nghiệm. Có nghiên cứu tính chung cả tỷ lệ có thai sau chuyển phôi tươi và tỷ

lệ thai cộng dồn cho các chu kỳ chuyển phôi đông lạnh của chu kỳ trước đó phải đông phôi toàn bộ do quá kích buồng trứng. Có nghiên cứu chỉ tính riêng chuyển phôi tươi. Nghiên cứu của chúng tôi là một trong số đó. Tuy nhiên, đa số các nghiên cứu trước đây chỉ đề cập đến kết quả thai mà bỏ sót kết quả phôi, khác với nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ rõ với nhóm có số lượng noãn 1-5, với đặc điểm cỡ mẫu của nhóm có nhiều khác biệt về tuổi cao, AMH thấp, tổng liều FSH cao hơn, trong

khi số lượng phôi, số phôi chuyển, số phôi chuyển tốt giảm rõ rệt dẫn đến kết quả thai giảm có ý nghĩa thống kê so với các nhóm nhiều noãn hơn, do vậy số noãn tối ưu phải đạt được từ 5 noãn trở lên. Hơi khác với nghiên cứu của chúng tôi, Jingjuan Ji và cộng sự (2013), cho rằng số noãn tối ưu trong khoảng 6-15, tỷ lệ có thai nhóm 0-5 noãn (n=381) là 34,1%, nhóm 6-10 (n=965), nhóm 11-15 (n= 726) cùng là 41,1%, nhóm > 15 (n=383) là 27,4% [4]. Tanya và cộng sự (2006) cũng có kết quả tương tự [5]. Trái lại, nghiên cứu của Cai và cộng sự cho rằng số noãn không ảnh hưởng đến tỷ lệ có thai, tuy nhiên tác giả chỉ chọn vào nghiên cứu các trường hợp có ít nhất 2 phôi chuyển tốt [6]. Nghiên cứu của Gaast và cộng sự cho biết số noãn tối ưu đạt tỷ lệ có thai tốt nhất là 13 noãn [7].

Tóm lại, kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy số noãn sau chọc hút nếu ít hơn 6 noãn sẽ làm giảm tỷ lệ có thai, trên 15 noãn cũng không làm tăng tỷ lệ có thai. Do vậy số noãn tối ưu chúng tôi đề xuất là 6-15 noãn.

V. KẾT LUẬN

Số noãn tối ưu sau chọc hút cho kết quả có thai tốt nhất là từ 6-15 noãn.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Phụ sản Trung Ương và các bệnh nhân đã hỗ trợ tham gia nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Inge GB, Brinsden PR, Elder KT, (2005). "Oocyte number per live birth in IVF: were Steptoe and Edwards less wasteful?" *Hum Reprod* 2005;20:588-592.
2. Hamoda H, Sunkara S, Khalaf Y, Braude P, El-Toukhy T (2010). "Outcome of fresh IVF/ICSI cycles in relation to the number of oocytes collected: a review of 4,701 treatment cycles". *Hum Reprod* 2010;25:i47.
3. Zegers-Hochschild F et al. (2009), "International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. ", *Glossary of ART Terminology*. Vol.92, No.5, November 2009.
4. Jingjuan Ji, Yusheng Liu, Xian Hong Tong et al, (2013). "The optimum number of oocytes in IVF treatment: an analysis of 2455 cycles in China". *Human Reproduction*, Vol.28, No.10 pp. 2728-2734.
5. Tanya Timeva, Tanya Milachich, Irena Antonova et al, (2006). "Correlation Between Number of Retrieved Oocytes and Pregnancy Rate After In Vitro Fertilization/IntraCytoplasmic Sperm Injection". *The Scientific World JOURNAL* (2006) 6, 686-690.
6. Qianfang Cai, Fei Wan, Kai Huang, Hanwang Zhang (2013). "Does the Number of Oocytes Retrieved Influence Pregnancy after Fresh Embryo Transfer?". *PLoS One*. 2013; 8(2).
7. MH van der Gaast, MJC Eijkemans, JB van der Net et al, (2006). "Optimum number of oocytes for a successful first IVF treatment cycle". *Reproductive BioMedicine Online*, Vol 13, Issue 4, Pages 476-480.

THỰC TRẠNG BỆNH VIÊM LỢI MẠN TÍNH TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI BỆNH VIỆN ĐÔNG ĐA, HÀ NỘI NĂM 2017

Lê Long Nghĩa*

TÓM TẮT

Viêm lợi chiếm tỉ lệ cao trong cộng đồng, trong đó những người mắc đái tháo đường có nguy cơ mắc viêm lợi cao hơn. **Mục tiêu:** Mô tả thực trạng viêm lợi mạn tính trên bệnh nhân đái tháo đường. **Đối tượng:** những bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh đái tháo đường tại bệnh viện Đông Đa Hà Nội. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Viêm lợi nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất là 5,1%. Viêm lợi trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất là 44,9 %, theo sau đó là viêm lợi nhẹ chiếm tỷ lệ thấp hơn là 24,5%. Tỷ lệ viêm lợi ở nữ là 71,4% thấp hơn 10,7% so với nam giới. **Kết luận:**

Bệnh nhân đái tháo đường mắc viêm lợi với tỉ lệ cao, tỉ lệ bệnh giảm dần từ nhẹ tới nặng

Từ khóa: đái tháo đường, viêm lợi

SUMMARY

STATUS OF CHRONIC GINGIVITIS IN PATIENTS WITH DIABETES AT THE DONG DA HOSPITAL, HA NOI IN 2017

Gingivitis is high in the community, especially diabetic people have a higher risk of gingivitis. **Aim:** To describe chronic gingivitis in diabetic patients. **Subjects:** Patients diagnosed with diabetes at Dong Da Hospital, Hanoi. **Method:** cross-sectional descriptive study. **Results:** Severe gingivitis accounted for the lowest rate of 5.1%. Average gingivitis accounted for the highest rate of 44.9%, followed by mild gingivitis, which was 24.5%. The rate of gingivitis in women is 71.4% lower 10.7% than men. Conclusion: Patients diagnosed diabetes mellitus had gingivitis with a high rate declining from mild to severe.

Keywords: diabetes, gingivitis

*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: 5.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.8.2017

Ngày duyệt bài: 8.9.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm lợi gặp ở mọi lứa tuổi và mọi tầng lớp xã hội. Bệnh có đặc điểm là tổn thương viêm khu trú ở lợi, xương ổ răng và tổ chức dây chằng quanh răng chưa bị ảnh hưởng. Tuy nhiên quá trình viêm mạn tính ở lợi có thể lan xuống dây chằng quanh răng, phá hủy tổ chức và tiêu xương ổ răng, cuối cùng có thể dẫn đến mất răng. Bệnh có thể phòng và điều trị có kết quả chỉ với kiểm soát mảng bám răng, nếu không được chẩn đoán và điều trị đúng có thể tiến triển nặng nề tới viêm quanh răng. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc bệnh cũng như mức độ trầm trọng của bệnh quanh răng ở các bệnh nhân đái tháo đường cao hơn so với những người không mắc [1,2]. Ảnh hưởng của bệnh lên sức khỏe răng miệng đã được ghi nhận từ lâu bao gồm nhiều dấu hiệu như sâu răng, khô miệng, mất răng, viêm lợi, viêm góc miệng, viêm quanh răng và gia tăng cùng với sự gia tăng của nồng độ glucose trong nước bọt [3]. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Thực trạng bệnh viêm lợi mạn tính trên bệnh nhân đái tháo đường tại bệnh viện Đống Đa, Hà Nội năm 2017" nhằm mục đích: *Mô tả thực trạng viêm lợi mạn tính trên bệnh nhân đái tháo đường.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: những bệnh nhân đến khám và được chẩn đoán mắc bệnh đái tháo đường (Theo tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường của Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ) tại bệnh viện đa khoa Đống Đa, Hà Nội; không phân biệt tuổi tác, giới tính.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân bị mắc bệnh đái tháo đường đã được chẩn đoán bởi bác sĩ nội tiết hơn một năm. Không mắc các bệnh toàn thân cấp tính. Mỗi vùng lục phân còn ít nhất 2 răng. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bảng 1. Mức độ viêm lợi của nhóm nghiên cứu theo GI

Không viêm		Viêm nhẹ		Viêm trung bình		Viêm nặng		Tổng cộng	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
25	25,5	24	24,5	44	44,9	5	5,1	98	100

Viêm lợi nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất là 5,1%. Viêm lợi trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm đối tượng nghiên cứu là 44,9%, theo sau đó là viêm lợi nhẹ chiếm tỷ lệ thấp hơn là 24,5%. GI trung bình là: $0,84 \pm 0,67$.

Bảng 2. Mức độ viêm lợi phân bố theo giới

	Không viêm		Viêm nhẹ		Viêm TB		Viêm nặng		Tổng cộng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nam	5	17,9	8	28,6	12	42,9	3	10,7	28	100	0,305
Nữ	20	28,6	16	22,9	32	45,7	2	2,9	70	100	

- Tỷ lệ viêm lợi ở nữ là 71,4% thấp hơn 10,7% so với nam giới là 82,1%. Ngược lại thì tỷ lệ không viêm lợi trong nhóm đối tượng này lại cao hơn. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Không hợp tác. Bệnh nhân mang hàm giả. Bệnh nhân đang đeo chỉnh nha tháo lắp hoặc cố định.

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại phòng khám Răng Hàm Mặt của khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện đa khoa Đống Đa, Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2017 tới tháng 4/2017.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang.

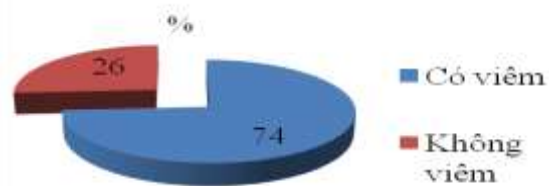
2.2 Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ đích cho đến khi đủ cỡ mẫu.

Cỡ mẫu: 98 bệnh nhân.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành dưới sự cho phép của Ban giám đốc bệnh viện Đa khoa Đống Đa – Hà Nội và sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu dựa trên khám lâm sàng và bộ câu hỏi không ảnh hưởng tới sức khỏe của bệnh nhân. Mọi thông tin liên quan được giữ bí mật, chỉ công bố khi có đồng ý của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ

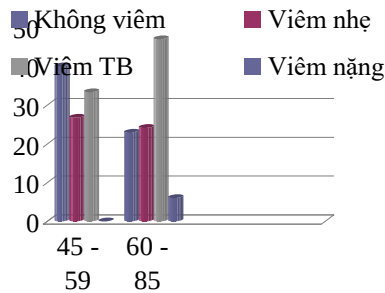
Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh viêm lợi của nhóm đối tượng nghiên cứu



$p=0,000$. Tỷ lệ viêm lợi của nhóm đối tượng nghiên cứu là 74% cao gấp khoảng 3 lần so với nhóm không viêm (chiếm 26%). Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Xét về mức độ viêm lợi, ở nam và nữ giới thì viêm lợi ở mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (42,9 % và 45,7%), theo sau là viêm lợi nhẹ (22,9 % và 28,6%) và thấp nhất là viêm lợi nặng lần lượt là 10,7 % và 2,9%. Tuy nhiên sự khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê với $p=0,305 > 0,05$

Biểu đồ 2. Mức độ viêm lợi phân bố theo nhóm tuổi



Tỷ lệ viêm lợi ở nhóm 60 – 85 tuổi là 77,1% cao hơn so với nhóm tuổi 45 – 59 là 60%.

-Viêm lợi trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất trong các nhóm tuổi lần lượt là 33,3% và 47% cho nhóm tuổi 45–59 và 60–85 tuổi. Xét về viêm lợi mức độ nặng, không có bệnh nhân viêm lợi nặng ở nhóm tuổi 45–59, con số này tăng lên 6% ở nhóm 60–85 tuổi. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nhận xét về thực trạng viêm lợi của đối tượng nghiên cứu: Tình trạng sức khỏe mô lợi của bệnh nhân được ghi nhận theo chỉ số GI. Chỉ số GI cho chúng ta thấy tình trạng lợi lành mạnh hay bị viêm thông qua việc thăm khám trên lâm sàng về màu sắc, mật độ và sự chảy máu khi thăm khám lợi ở các vị trí khác nhau của răng. Những bệnh nhân có chỉ số $GI < 0,1$ được ghi nhận là không có viêm lợi và ngược lại những bệnh nhân có chỉ số $GI \geq 0,1$ được ghi nhận là có viêm lợi. Nghiên cứu này chỉ giới hạn ở việc đánh giá sức khỏe mô lợi của bệnh nhân, không đánh giá về tình trạng viêm quanh răng, do đó viêm lợi này có thể là một viêm lợi đơn thuần hoặc nằm trên nền một bệnh viêm quanh răng.

Về tỷ lệ viêm lợi chung của bệnh nhân: Tỷ lệ viêm lợi của nhóm đối tượng nghiên cứu là 74% cao gấp khoảng 3 lần so với nhóm không viêm (chiếm 26%). Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu về dịch tễ học về tỷ lệ viêm lợi nói chung của Việt Nam

do Trần Văn Trường và cộng sự tiến hành vào năm 2002 cũng như các nghiên cứu về dịch tễ học viêm lợi của nhiều nước trên thế giới [4,5]. Xét về viêm lợi trên bệnh nhân đái tháo đường nói riêng, nghiên cứu của Neelima và cộng sự cũng cho thấy tỷ lệ bệnh quanh răng cao trên nhóm bệnh nhân này (86,8%). Điều này là không đáng ngạc nhiên do bệnh viêm lợi vẫn luôn là một bệnh chiếm tỷ lệ cao trong cộng đồng và sự gia tăng tỷ lệ viêm lợi trên bệnh nhân đái tháo đường có thể được giải thích do bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường có sự suy giảm chức năng miễn dịch, làm giảm khả năng bảo vệ của vật chủ và sự tăng nồng độ glucose trong nước bọt tạo điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn trong mảng bám răng phát triển gây bệnh. Xét về sự phân bố mức độ viêm lợi theo chỉ số GI, kết quả bảng 1 cho thấy hầu hết bệnh nhân bị viêm lợi ở mức trung bình và nhẹ với GI trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $0,84 \pm 0,67$. Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Triệu Thị Quyên (2014) trên bệnh nhân đái tháo đường, tỷ lệ viêm lợi nhẹ và trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất giữa hai giới cũng như trong tất cả các nhóm tuổi [6].

Về sức khỏe mô lợi theo tuổi, giới: Xét về mức độ viêm lợi theo giới, kết quả bảng 2 cho thấy tỷ lệ viêm lợi ở nữ giới thấp hơn 10,7% so với nam giới mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt này có thể được giải thích là do nữ giới thường quan tâm chăm sóc sức khỏe hơn nam giới, do đó họ thường đi khám bệnh và nhận được sự chăm sóc tại các cơ sở khám chữa bệnh chuyên khoa. Hơn nữa ở Việt Nam, nữ giới tỷ lệ hút thuốc thường thấp hơn nam giới, mà hút thuốc lá cũng được xem là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng trong phát triển bệnh viêm lợi, viêm quanh răng. Nghiên cứu của một số tác giả trên thế giới cũng cho thấy tỷ lệ viêm lợi ở nữ thường thấp hơn nam giới trong tất cả các nhóm tuổi [7].

Xét về sức khỏe mô lợi theo tuổi, kết quả biểu đồ 2 cho thấy tuổi càng cao thì tỷ lệ viêm lợi càng tăng, trong khi viêm lợi nặng hoàn toàn không quan sát được ở nhóm tuổi < 60 thì con số này đã tăng lên tới 6% ở nhóm tuổi ≥ 60 tuổi, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Mặc dù vậy, điều này vẫn có thể được lý giải là do khi cơ thể già đi, mọi chức năng sống của các cơ quan đều bị suy giảm, do đó khả năng đề kháng của cơ thể với vi sinh vật trong mảng bám cũng giảm đi. Hơn nữa, người

cao tuổi, thời gian phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ cũng dài hơn, thể lực suy giảm kèm theo giảm độ khéo léo của tay chân nên việc tự chăm sóc răng miệng có thể kém hơn so với người trẻ tuổi. Oliver and Tervonen (1994) cho rằng tuổi càng cao, các sợi collagen (chiếm khoảng 60% thể tích mô liên kết của lợi) ngày càng bị suy giảm về số lượng và chất lượng, điều này làm tăng nguy cơ mắc bệnh khi tuổi càng cao. Vấn đề này đặt ra trách nhiệm của gia đình và ngành y tế trong việc giành sự quan tâm đặc biệt đối với người cao tuổi trong việc chăm sóc và dự phòng bệnh răng miệng. Kết quả nghiên cứu của Neelima (2011) và Gulnuer Awuti (2011) cũng cho thấy kết quả tương tự [7].

V. KẾT LUẬN

- Viêm lợi ở bệnh nhân đái tháo đường chiếm tỷ lệ 74%.
- Chỉ số GI trung bình của các bệnh nhân $0,84 \pm 0,67$. Viêm lợi ở mức trung bình và nhẹ chiếm tỷ lệ cao 69,4%.
- Các bệnh nhân có viêm lợi đều có DI – S và CI – S ở mức trung bình và kém chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 98,6% và 84,4%.

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NHẠY CẢM KHÁNG SINH CỦA MỘT SỐ LOÀI VI KHUẨN GÂY NHIỄM KHUẨN VẾT MỒ TẠI BỆNH VIỆN TW QUÂN ĐỘI 108 NĂM 2016

Đinh Vạn Trung*

TÓM TẮT

Mục đích: đánh giá mức độ đề kháng kháng sinh của một số loài vi khuẩn gây nhiễm khuẩn vết mổ. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 249 mẫu cấy khuẩn làm kháng sinh đồ trên các bệnh nhân phẫu thuật từ tháng 10-12 năm 2016. **Kết quả:** *S.aureus* có tỷ lệ kháng với các kháng sinh nhóm Cephalosporine thế hệ 2,3 từ 65,5% - 75,0%. Augmentin kháng 42,9%, chưa thấy kháng với Vancomycin. Tỷ lệ kháng methicillin (MRSA) là 69,2%. Tỷ lệ kháng Cephalosporin thế hệ 3,4 của *E.coli* dao động trong khoảng từ 59,1- 80,0%. Đối với các fluoroquinolones, tỷ lệ kháng cao như Ciprofloxacin (44,4%), Levofloxacin (33,3%), kháng Carbapenem từ 10 - 20%. Tỷ lệ vi khuẩn *E.coli* sinh ESBL (+) là 6,5%. Các chủng *K.pneumoniae* có tỷ lệ kháng cao với các kháng sinh thông thường như Quinolone,

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Marigo L, Cerreto R, Giuliani M et al (2011). Diabetes mellitus: biochemical, histological and microbiological aspects in periodontal disease. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 15(7):751-758
2. Taylor GW, Borgnakke WS (2008). Periodontal disease: associations with diabetes, glycemic control and complications. *Oral Disease*. 14(3): 191-203
3. Rees TD (2000). Periodontal management of the patient with diabetes mellitus. *Periodontology*. 23(1):63-72
4. Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ánh, Trịnh Đình Hải (2002). *Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc*, Nhà xuất bản y học, 23 – 70.
5. Idrees MM1, Azzeghaiby SN, Hammad MM, Kujan OB (2014). Prevalence and severity of plaque-induced gingivitis in a Saudi adult population. *Saudi Medical Journal*. 35(11),1373 – 7.
6. Triệu Thị Quyên (2014). *Nhận xét tình trạng sức khỏe vùng quanh răng trên bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường tại bệnh viện Đa khoa Đống Đa – Hà Nội, 2014*. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Răng Hàm Mặt, đại học Y Hà Nội.
7. Gulnuer Awuti, Kurexi Younusi, Linlin Li (2011). Epidemiological Survey on the Prevalence of Periodontitis and Diabetes Mellitus in Uyghur Adults from Rural Hotan Area in Xinjiang. *Experimental Diabetes Research*. 2012 (2012): 7.

Cephalosporin thế hệ 3,4. Tỷ lệ kháng với Carbapenem trong khoảng 10,0%. Tỷ lệ kháng với các kháng sinh nhóm Aminoglycosides như Gentamicin 57,1%, Amikacin 14,3%. Tỷ lệ sinh ESBL (+) là 13,3%. *P.aeruginosa* kháng cao với hầu hết các kháng sinh thường dùng. Các kháng sinh chuyên điều trị trực khuẩn mủ xanh như Cefepime, Amikacin có tỷ lệ đề kháng lần lượt là 57,1% và 53,3%.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn vết mổ, kháng kháng sinh, vi khuẩn

SUMMARY

EVALUATION OF ANTIBIOTIC SUSCEPTIBILITY OF SOME BACTERIA SPECIES CAUSING SURGICAL SITE INFECTION AT MILITARY CENTRAL HOSPITAL IN 2016

Objectives: Evaluation of antibiotic resistance levels of some bacterial species causing SSI. **Subject and Method:** A descriptive study on 249 specimens of antibiotic-resistant cultures in surgical patients from October to December 2016. **Results:** *S.aureus* is resistant to cephalosporin (generation 2,3) from 65.5% to 75.0%. Augmentin resistance rate was 42.9%. No resistance to vancomycin. The methicillin resistance rate (MRSA) was

*Bệnh viện TW Quân Đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Vạn Trung

Email: drtrung108@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.9.2017

Ngày duyệt bài: 13.9.2017

69.2%. Cephalosporin resistance (generation 3.4) of *E.coli* varied from 59.1 to 80.0%. For fluoroquinolones, high rates of resistance such as Ciprofloxacin (44.4%), Levofloxacin (33.3%), Carbapenem resistance from 10% to 20%. The rate of *E. coli* producing ESBL (+) is 6.5%. *K.pneumoniae* has a high rate of resistance to conventional antibiotics such as Quinolone, Cephalosporin (generation 3.4). Rate of resistance to Carbapenem in about 10.0%. Rate of resistance to antibiotics group Aminoglycosides such as Gentamicin 57.1%, Amikacin 14.3%. The rate of production of ESBL (+) is 13.3%. *P. aeruginosa* has a high rate of resistance to most conventional antibiotics, specific antibiotics used to treat *P.aeruginosa* such as Cefepime and Amikacin have resistance rates of 57.1% and 53.3%.

Keywords: Surgical site infection (SSI), antibiotic resistance, bacteria

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ do các vi khuẩn kháng kháng sinh đang là một trong những vấn đề giải quyết rất khó khăn trong các bệnh viện hiện nay. Trong số các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn vết mổ, thường gặp một số loài có sức đề kháng cao như *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus sp*, *P.aeruginosa*, *Acinetobacter*, *Escherichia coli*. Đặc biệt, nhiễm khuẩn vết mổ do các vi khuẩn sinh β -lactamase phổ rộng và tụ cầu kháng methicillin (MRSA) dẫn đến tỷ lệ thất bại cao sau điều trị và kéo dài ngày nằm viện của bệnh nhân. Tỷ lệ sinh ESBL hoặc kháng methicillin của vi khuẩn gây bệnh khác nhau giữa các địa điểm nghiên cứu, khu vực và chủng loài. Một trong các nguyên nhân gây tỷ lệ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn ngày càng cao là do sử dụng kháng sinh không hợp lý trong các bệnh viện, thống kê của CDC cho thấy, số liều kháng sinh được sử dụng trung bình hằng năm khoảng 235 triệu liều, trong đó số liều kháng sinh không cần thiết cho bệnh nhân chiếm 20-25% [4]. Tại bệnh viện trung ương Huế tỷ lệ *E. coli* sinh ESBL năm 2006 là 41,5%, tỷ lệ sinh ESBL của *E. coli* ở bệnh viện Bạch Mai năm 2005 là 18,5% và ở bệnh viện Chợ Rẫy thì tỷ lệ *E. coli* sinh ESBL năm 2005 là 51,6% [2,3].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ nhạy cảm của tụ cầu vàng

Kháng sinh	Tỷ lệ (%) R-I-S (n=74)			%R95%C.I
	Kháng(R)	Trung gian(I)	Nhạy(S)	
Amox/A.clavu	42,9	0	57,1	18,8-70,4
Trimeth/Sulfa	9,7	0	90,3	2,5-26,9
Amikacin	18,9	16,2	64,9	8,5-35,7
Gentamicin	46,4	0	53,6	28,0-65,8
Oxacillin	65,6	0	34,4	46,8-80,8
Vancomycin	0	0	100	0,0-10,9
Cefepime	55,0	23,3	21,7	31,0-100
Cefotaxime	65,5	24,5	10,0	19,8-100

Tại Bệnh viện TWQĐ108, nhiễm khuẩn vết mổ do vi khuẩn kháng thuốc cũng gặp rất nhiều khó khăn trong điều trị, việc xác định sớm vi khuẩn gây nhiễm khuẩn vết mổ là rất quan trọng vì liên quan đến định hướng sử dụng kháng sinh từ đầu tránh lạm dụng kháng sinh và hạn chế tối thiểu tình trạng kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn trong bệnh viện, vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: đánh giá mức độ đề kháng kháng sinh của một số loài vi khuẩn gây nhiễm khuẩn vết mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 249 mẫu cấy khuẩn làm kháng sinh đồ trên các bệnh nhân phẫu thuật từ tháng 10-12 năm 2016

2.2. Địa điểm nghiên cứu: các khoa ngoại - Bệnh viện TWQĐ108

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

2.4. Vật liệu nghiên cứu

Các môi trường nuôi cấy vi khuẩn, nấm:

Thạch máu, thạch MacConkey, thạch Brilliance, thạch Muller-Hinton, thạch Sabaorad Dextrose, thuốc thử catalase, oxidase, huyết tương thỏ tươi vô khuẩn.

Các dụng cụ phòng thí nghiệm: Một số thiết bị dụng cụ phòng thí nghiệm và dụng cụ tiêu hao, dụng cụ chuyên dụng của phòng xét nghiệm. Máy định danh vi khuẩn Vitek 2 của hãng BIO-MERIEUX (Mỹ), các kit Vitek ESBL card.

2.5. Thời điểm lấy bệnh phẩm

- Kiểm tra phát hiện vi khuẩn có trên da của bệnh nhân ngay sau khi bệnh nhân tắm bằng xà phòng khử khuẩn có chứa clohexidine 2%.

- Trên các vết mổ bệnh nhân khi thay băng lần đầu và những vết mổ có chẩn đoán nhiễm khuẩn vết mổ.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu: Các tính toán trên được thực hiện trên phần mềm thống kê Epi Info 6.0

Tobramycin	52,6	0	47,4	36,0-68,7
Ofloxacin	75,0	0	25,0	35,6-95,5
Cefuroxime	75,0	14,3	10,7	5,5-100
Ciprofloxacin	36,0	8,0	56,0	18,7-57,4

Tỷ lệ kháng methicillin (MRSA) là 69,2%.

Nhận xét: Các chủng tụ cầu vàng gây bệnh vẫn có tỷ lệ kháng với các kháng sinh nhóm kháng sinh nhóm Cephalosporine thế hệ 2,3 có tỷ lệ đề kháng từ 65,5 – 75,0%. Một số kháng sinh phối hợp như Augmentin kháng 42,9%. Tỷ lệ kháng methicillin (MRSA) của các chủng tụ cầu vàng phân lập được là 69,2%.

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

Kháng sinh	Tỷ lệ (%) R-I-S (n=62)			%R95%C.I
	Kháng(R)	Trung gian(I)	Nhạy(S)	
Amox/A.clavu	50,0	0	50,0	20,1-79,9
Pipera/Tazob	33,3	0	66,7	9,0-69,1
Amikacin	9,1	27,3	63,6	0,5-42,9
Gentamicin	83,3	0	16,7	36,5-99,1
Ciprofloxacin	44,4	0	55,6	15,3-77,3
Levofloxacin	33,3	25,0	16,9	6,0-75,9
Ceftriaxone	70	0	30	35,4-91,9
Cefotaxime	80	0	20	44,2-96,5
Cefepime	66,7	0	33,3	24,1-94,0
Tobramycin	40,0	20,0	40,0	13,7-72,6
Imipenem	10,0	0	90,0	0,5-45,9
Meropenem	20,0	0	80,0	3,5-55,8

Tỷ lệ vi khuẩn *E.coli* sinh ESBL (+) là 6,5% (4/62).

Nhận xét: Tỷ lệ kháng cephalosporin thế hệ 3,4 của *E. coli* dao động trong khoảng từ 59,1-80,0%. Đối với các fluoroquinolones, tỷ lệ kháng cao như ciprofloxacin (44,4%), Levofloxacin (33,3%), các Carbapenem như Imipenem và Meropenem có tỷ lệ kháng thấp là 10% và 20%. Tỷ lệ vi khuẩn *E.coli* sinh ESBL (+) là 6,5% (4/62).

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

Kháng sinh	Tỷ lệ (%) R-I-S (n=60)			%R95%C.I
	Kháng(R)	Trung gian(I)	Nhạy(S)	
Amox/A.clavu	41,7	16,7	41,7	16,5-71,4
Tobramycin	60,0	0	40,0	27,4-86,3
Gentamicin	57,1	0	42,9	20,2-88,2
Amikacin	14,3	0	85,7	0,8-58,0
Levofloxacin	50,0	0	50,0	9,2-90,8
Ciprofloxacin	25,0	12,5	62,5	4,5-64,4
Ceftriaxone	58,3	8,3	33,3	28,6-83,5
Cefotaxime	58,3	33,3	8,3	28,6-83,5
Ceftazidime	54,5	0	45,5	24,5-81,8
Cefepime	50,0	0	50,0	17,4-82,6
Ertapenem	0	0	100	0-60,4
Imipenem	0	8,3	91,7	0-30,1
Meropenem	0	10,0	90,0	0-34,5

Tỷ lệ sinh ESBL (+) là 13,3% (8/60).

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 3,4. Tỷ lệ kháng với Imipenem và Meropenem là 10,0% và 8,3%. Không thấy kháng với Ertapenem. *K.pneumoniae* là căn nguyên hay gặp trong các nhiễm khuẩn vết mổ tiêu hóa nên cần có chiến lược sử dụng kháng sinh hợp lý. Tỷ lệ kháng với các kháng sinh nhóm Aminoglycosides như Gentamicin 57,1%, Amikacin 14,3%. Tỷ lệ sinh ESBL (+) là 13,3% (8/60).

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

Kháng sinh	Tỷ lệ (%) R-I-S (n=53)			% R95 %C.I
	Kháng(R)	Trung gian(I)	Nhạy(S)	
Amox/A.clavu	100	0	0	19,8-100
Piper/Tazob	25,0	18,8	56,2	8,3-52,6
Amikacin	53,3	0	46,7	27,4-77,7

Gentamicin	61,5	0	38,5	32,2-84,8
Cefuroxime	88,9	0	11,1	50,7-99,4
Cefotaxime	100	0	0	19,8-100
Ceftazidime	60,0	0	40,0	32,9-82,5
Ciprofloxacin	57,1	0	42,9	29,6-81,2
Cefepime	57,1	0	42,9	29,6-81,2
Ceftriaxone	100	0	0	5,5-100
Tobramycin	30,2	3,2	66,7	27,4-77,7
Imipenem	41,2	0	58,8	19,4-66,6
Meropenem	50,0	0	50,0	25,5-74,5

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 và Amikacin có tỷ lệ đề kháng lần lượt là 57,1% và 53,3%.

IV. BÀN LUẬN

Các loại vi khuẩn thường gặp gây nhiễm khuẩn vết mổ tại bệnh viện là Tụ cầu vàng (*S.aureus*), *E.coli*, *Klebsiella* và Trực khuẩn mủ xanh (*P.aeruginosa*) được phân lập trên trên da sau khi tắm trước mổ và các vết mổ bị nhiễm khuẩn của các bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu về sự kháng kháng sinh của Tụ cầu vàng ở bảng 1 cho thấy, các chủng tụ cầu vàng gây bệnh vẫn có tỷ lệ kháng với các kháng sinh nhóm Cephalosporine thế hệ 2,3 từ 65,5% – 75,0%. Một số kháng sinh phối hợp như Augmentin bị kháng tới 42,9%, Trimethoprim/Sulfamethoxazole bị kháng 9,7%. Đề kháng kháng sinh của *S.aureus* hiện nay vẫn là vấn đề thời sự của ngành y tế và là thách thức lớn cho điều trị. Vancomycin là kháng sinh duy nhất chưa thấy kháng trên các chủng Tụ cầu vàng phân lập được. Tỷ lệ kháng methicillin (MRSA) của các chủng Tụ cầu vàng phân lập được là 69,2%. Kết quả này cũng phù hợp với khuyến cáo của Tổ chức Y Tế Thế giới (WHO) và Trung tâm phòng ngừa và kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ (CDC) là nên chọn Cephalosporine thế hệ 1, 2 hoặc Vancomycin để điều trị các nhiễm trùng do nhóm tụ cầu [2,6].

Kết quả nghiên cứu ở bảng 2 cho thấy, tỷ lệ kháng Cephalosporin thế hệ 3,4 của *E. coli* phân lập được dao động trong khoảng từ 59,1-80,0%. Tỷ lệ kháng này tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Việt Hùng tại bệnh viện Bạch Mai [1]. Đối với các fluoroquinolones, tỷ lệ kháng cao như Ciprofloxacin (44,4%), Levofloxacin (33,3%), các Carbapenem như Imipenem và Meropenem có tỷ lệ kháng thấp là 10% và 20%. Tỷ lệ vi khuẩn *E.coli* sinh ESBL (+) là 6,5% (4/62).

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3 thấy rằng, các chủng *K. pneumoniae* phân lập được có tỷ lệ kháng cao với các kháng sinh thông thường như Quinolone, Cephalosporin thế hệ 3,4. Tỷ lệ kháng với Imipenem và Meropenem là 10,0% và

8,3%. Không thấy kháng với Ertapenem. *K.pneumoniae* là căn nguyên hay gặp trong các nhiễm khuẩn vết mổ tiêu hóa nên cần có chiến lược sử dụng kháng sinh hợp lý [3]. Tỷ lệ kháng với các kháng sinh nhóm Aminoglycosides như Gentamicin 57,1%, Amikacin 14,3%. Tỷ lệ sinh ESBL (+) là 13,3% (8/60).

Tìm hiểu sự nhạy cảm đối với các kháng sinh của Trực khuẩn mủ xanh (*Pseudomonas aeruginosa*), kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 4 cho 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. Chúng cũng đề kháng cao với các kháng sinh chuyên sử dụng để điều trị trực khuẩn mủ xanh như Amikacin kháng tới 53,3%, Cefepime còn cao hơn tới 57,1%.

Một trong những nguyên nhân chính dẫn tới tình trạng kháng kháng sinh ngày càng phổ biến ở các vi khuẩn gây NKVM là do việc lạm dụng kháng sinh tại nhiều cơ sở y tế. Một số nghiên cứu tại các bệnh viện lớn của Việt Nam đều cho thấy tình hình lạm dụng kháng sinh ở mức báo động. Hầu hết bệnh nhân ngoại khoa được chỉ định điều trị kháng sinh không căn cứ trên kết quả xét nghiệm vi sinh. Tỷ lệ kháng sinh kê không đúng chỉ định tại 36 bệnh viện thuộc khu vực phía Bắc là 30,8% [1].

V. KẾT LUẬN

- Tụ cầu vàng (*S.aureus*) có tỷ lệ kháng với các kháng sinh nhóm Cephalosporine thế hệ 2,3 từ 65,5% - 75,0%. Augmentin kháng 42,9%, chưa thấy kháng với Vancomycin. Tỷ lệ kháng methicillin (MRSA) là 69,2%.

- Tỷ lệ kháng Cephalosporin thế hệ 3,4 của *E.coli* dao động trong khoảng từ 59,1- 80,0%. Đối với các fluoroquinolones, tỷ lệ kháng cao như Ciprofloxacin (44,4%), Levofloxacin (33,3%), kháng Carbapenem từ 10 - 20%. Tỷ lệ vi khuẩn *E.coli* sinh ESBL (+) là 6,5%.

- Các chủng *K. pneumoniae* có tỷ lệ kháng cao với các kháng sinh thông thường như Quinolone, Cephalosporin thế hệ 3,4. Tỷ lệ kháng với Carbapenem trong khoảng 10,0%. Tỷ lệ kháng với các kháng sinh nhóm Aminoglycosides như Gentamicin 57,1%, Amikacin 14,3%. Tỷ lệ sinh ESB (+) là 13,3% (8/60).

- Trực khuẩn mủ xanh (*P.aeruginosa*) có tỷ lệ kháng cao với hầu hết các kháng sinh thông dụng trong bệnh viện. Các kháng sinh chuyên điều trị trực khuẩn mủ xanh như Cefepime, Amikacin có tỷ lệ đề kháng lần lượt là 57,1% và 53,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Việt Hùng, Nguyễn Quốc Anh (2010), *Nhận xét về tỷ lệ mắc, yếu tố nguy cơ, tác nhân gây bệnh và hậu quả của nhiễm khuẩn vết mổ tại một số bệnh viện tỉnh khu vực miền Bắc*. Tạp chí Y học Lâm sàng, 52(1): p. 16-23.
2. Phạm Hùng Vân, Phạm Thái Bình (2005), *Đề kháng kháng sinh của Staphylococcus aureus và*

hiệu quả In-vitro của Linezolid-Kết quả nghiên cứu đa trung tâm thực hiện trên 235 chủng vi khuẩn. Tạp chí Y học thực hành ISSN 0866-7241, 513, 117-125.

3. Trương Diên Hải, Trần Hữu Luyện (2012), *Nghiên cứu căn nguyên vi khuẩn hiếu khí gây nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 5/2011 đến tháng 5/2012*. Tạp chí Y học lâm sàng, Bệnh viện TW Huế, 11(2012): p. 101-109
4. CDC (2014), *Guideline for Prevention of Surgical Site Infection*.
5. Pai. H, S. Lyu, J. H Lee, J. Kim, Y. Kwon, K. W. Choe(1999), *Survey of extended-spectrum β -lactamases in clinical isolates of Escherichia coli and Klebsiella pneumoniae: prevalence of TEM-52 in Korea*, J. Clin. Microbiol., pp. 1758-1763
6. Paterson D. L. et al (2005), *In vitro susceptibilities of aerobic and facultative Gram-negative bacilli isolates from patients with intra-abdominal infections worldwide: the 2003 study for monitoring antimicrobial resistance trends (SMART)*, J. Antimicrob Chemother, 55, pp. 965-73.

CHẤT LƯỢNG SỐNG NGƯỜI BỆNH UNG THƯ BẠCH CẦU MẠN DÒNG TỬ: NGHIÊN CỨU TẠI BỆNH VIỆN TRUYỀN MÁU HUYẾT HỌC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Thị Thu Thủy*, Trần Thị Ánh Nguyệt*

TÓM TẮT

Ngày nay, chất lượng cuộc sống được coi là một yếu tố quan trọng, đặc biệt đối với bệnh nhân bạch cầu mạn dòng tủy (BCMDT) với thời gian điều trị dài hạn. Nghiên cứu nhằm đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân BCMDT và xác định các yếu tố liên quan. Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành với bộ câu hỏi EORTC QLQ C-30 (bản tiếng Việt) trên 284 bệnh nhân ngoại trú BCMDT được chọn ngẫu nhiên điều trị từ ngày 09/2015 - 09/2016 tại Khoa Ung bướu-Bệnh viện Truyền máu-Huyết học Thành phố Hồ Chí Minh. Mẫu nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $45,9 \pm 15,5$; 49,6% nữ; 78,2% đã có gia đình; 83% điều trị bằng imatinib và 17% điều trị bằng nilotinib; thời gian mắc bệnh là $3,74 \pm 3,35$ năm. Điểm QoL của bệnh nhân CML là $52,90 \pm 16,54$ (trên thang điểm 100) với điểm số chức năng cao, từ $74,24 \pm 23,37$ (chức năng xã hội) đến $84,98 \pm 19,29$ (chức năng thể chất) và điểm số triệu chứng thấp, từ $10,68 \pm 17,2$ (táo bón hoặc buồn nôn hoặc nôn) đến $45,77 \pm 30,72$ (khó khăn về tài chính). Các yếu tố ảnh hưởng đến QoL của bệnh nhân CML bao gồm chức năng xã hội,

mất ngủ, giới tính, tuổi, tình trạng hôn nhân và trình độ học vấn.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, bạch cầu mạn dòng tủy, TKIs, EORTC QLQ C-30

SUMMARY

QUALITY OF LIFE OF CHRONIC MYELOID LEUKEMIA PATIENTS: A RESEARCH AT BLOOD TRANSFUSION AND HEMATOLOGY HOSPITAL IN HO CHI MINH CITY

Nowadays, quality of life has been considered as an important aspect, especially for chronic myeloid leukaemia (CML) patients with long-term therapy. The aims of this study were to assess the CML patient's quality of life and identify its related factors. Cross-sectional survey had been conducted with EORTC QLQ C-30 questionnaire (Vietnamese version) on 284 randomly selected CML outpatients, treated from 09/2015 - 09/2016 at Oncology Department of Blood Transfusion and Hematology Hospital in HCMC Vietnam. Survey study sample has average age of $45,9 \pm 15,5$; 49,6% female; 78,2% married; 83% treated with imatinib and 17% with nilotinib; the disease duration of $3,74 \pm 3,35$ years. The QoL score of CML patients was $52,90 \pm 16,54$ (on the scale of 100) with high score of functioning, ranging from $74,24 \pm 23,37$ (social functioning) to $84,98 \pm 19,29$ (physical functioning) and the low score of symptoms, ranging from $10,68 \pm 17,2$ (constipation or nausea or vomiting) to $45,77 \pm 30,72$ (financial difficulties).

*Khoa Dược, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Thủy
Email: thuynguyen@uphcm.edu.vn
Ngày nhận bài: 9.7.2017
Ngày phản biện khoa học: 7.9.2017
Ngày duyệt bài: 14.9.2017

Factors affecting the QoL of CML patients consist of social functioning, insomnia, gender, age, marital status and education level.

Key words: Quality of life, chronic leumyeloid leukemia, TKIs, EORTC QLQ C-30.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bạch cầu mãn dòng tủy (BCMDT) là một bệnh hệ tạo máu ác tính, hiếm gặp với nguyên nhân chính là đột biến di truyền, chiếm khoảng 5% các bệnh tạo máu. Với nhiều phương pháp điều trị tiên tiến, nổi bật là thuốc ức chế tyrosine kinase, điều trị BCMDT ngày nay đã được nâng cao đáng kể về hiệu quả với thời gian sống thêm đến 10 năm (4), (5). Tuy nhiên với thời gian điều trị kéo dài và nhiều tác dụng phụ gặp phải từ quá trình điều trị, bên cạnh sự gia tăng thời gian sống, chất lượng sống (CLS) của người bệnh (NB) là chỉ số hiệu quả ngày càng được quan tâm. Hiện nay trên thế giới nhiều nghiên cứu đánh giá chất lượng sống của người bệnh ung thư nói chung và BCMDT nói riêng đã được tiến hành. Ở Việt Nam, năm 2015 đã có nghiên cứu khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến CLS của NB ung thư tại Đại học Y Hà Nội (1). Tuy nhiên, cho đến nay chưa có nghiên cứu nào khảo sát chất lượng sống của người bệnh BCMDT được thực hiện. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá CLS và phân tích các yếu tố liên quan đến CLS của người bệnh BCMDT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang dựa trên phỏng vấn gián tiếp NB bằng thang đo chất lượng sống EORTC QLQ C-30 (phiên bản tiếng Việt). Thống kê mô tả và thống kê phân tích được thực hiện bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đối tượng nghiên cứu: người bệnh BCMDT điều trị bằng liệu pháp trúng đích tại khoa Ung bướu BVTMMH TPHCM giai đoạn 9/2015 đến 9/2016.

Cỡ mẫu: được tính theo công thức:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 X \sigma^2}{e^2} = \left(\frac{1,96 \times 13,84}{2} \right)^2 = 184$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần lấy; α là khoảng tin cậy của giá trị trung bình; Z là đại lượng chuẩn hóa, tra từ bảng phân phối Z; σ là độ lệch chuẩn; e là độ rộng khoảng ước lượng (2).

Theo nghiên cứu khảo sát CLS của 175 NB ung thư tại đại học Y Hà Nội (2015), CLS của mẫu khảo sát có giá trị trung bình 47,03 điểm với độ lệch chuẩn là 13,84 (1). Với độ tin cậy 95%, $Z_{\alpha/2}=1,96$; độ rộng khoảng ước lượng mong muốn là 2, cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu là 184. Để đảm bảo đủ cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu, đề tài ước lượng thêm 40% mẫu (cho NB không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc có phiếu khảo sát không hợp lệ). Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho nghiên cứu là $184 \times 140\% = 258$.

Phương pháp thu thập mẫu: Phương pháp lấy mẫu ngẫu nhiên đơn giản được sử dụng để lựa chọn NB tham gia nghiên cứu dựa trên các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ được trình bày trong bảng 1.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh ung thư BCMDT; Người bệnh ung thư BCMDT; Người bệnh ung thư BCMDT; Người bệnh điều trị từ 3 tháng trở lên; Đang được điều trị liệu pháp trúng đích; Có thể trả lời các câu hỏi trong bảng khảo sát; Đồng ý tham gia khảo sát.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh thay đổi thuốc trúng đích trong quá trình điều trị; Người bệnh bị gián đoạn điều trị; Người bệnh không trả lời đầy đủ phiếu khảo sát

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm mẫu nghiên cứu: Khảo sát trên mẫu nghiên cứu gồm 284 NB BCMDT đề tài thu được đặc điểm mẫu nghiên cứu trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu/ bệnh học		N (%) hoặc Mean (SD)	Đặc điểm nhân khẩu/ bệnh học		N (%) hoặc Mean (SD)
Giới tính	Nữ	141 (49,6)	Thuốc điều trị	Imatinib	247 (87,0)
	Nam	143 (50,4)		Nilotinib	37 (13,0)
Trình độ học vấn	Chưa tốt nghiệp THPT	139 (48,9)	Thời gian mắc bệnh	<3 năm	138 (48,6)
	Tốt nghiệp THPT	90 (31,7)		3-5 năm	72 (25,4)
	Trung cấp/ Cao đẳng/ Đại học	49 (17,3)		6-10 năm	61 (21,5)
	Sau đại học	6 (2,1)		>10 năm	13 (4,6)
Thu nhập	<4,5 triệu	208 (73,0)	Tình trạng hôn nhân	Độc thân	56 (19,7)
	4,5-7,5 triệu	50 (17,5)		Đã kết hôn	222 (78,2)

trung bình	7,5-15 triệu	21 (7,4)		Ly thân/ ly dị	6 (2,1)
	>15 triệu	5 (1,8)		Tuổi TB	45,9 (15,5)
Nhóm tuổi	18-29 tuổi	52 (18,3)	Bệnh lý kèm theo	Số năm mắc bệnh	3,74 (3,35)
	30-59 tuổi	167 (58,8)		Có bệnh mắc kèm	40 (14,0)
	>60 tuổi	65 (22,9)		Không có bệnh mắc kèm	244 (86,0)
Nơi ở	TP Hồ Chí Minh	81 (28,5)	Tình trạng việc làm	Có việc làm	227 (80,0)
	Tỉnh khác	203 (71,5)		Không có việc làm	57 (20,0)

Theo bảng 1, tỷ lệ nam:nữ tương đương nhau (1,041:1) với độ tuổi trung bình $45,9 \pm 15,5$; trong đó nhóm tuổi trung niên chiếm tỷ lệ cao nhất 58,8%. Đa số NB sống ở khu vực ngoại tỉnh, tỷ lệ NB cư trú tại TP HCM thấp (27,5%). Phần lớn NB có mức thu nhập thấp dưới 4,5 triệu đồng/tháng (73%) và 1,8% NB có mức thu nhập cao (trên 15 triệu đồng/ tháng). Nhóm NB chưa tốt nghiệp THPT chiếm tỷ lệ cao nhất (48,9%); tốt nghiệp trung học phổ thông và đại học chiếm tỉ lệ tương ứng là 31,7% và 17,3%; tốt nghiệp sau đại học chỉ chiếm 2,1%. Về nghề nghiệp, đa số NB có việc làm (80%); trong đó công nhân viên chức và nông dân chiếm đa số với tỷ lệ lần lượt 29,6% và 28,9%. Về tình trạng hôn nhân, gần 80% NB đã lập gia đình, tình trạng độc thân chiếm 19,7%.

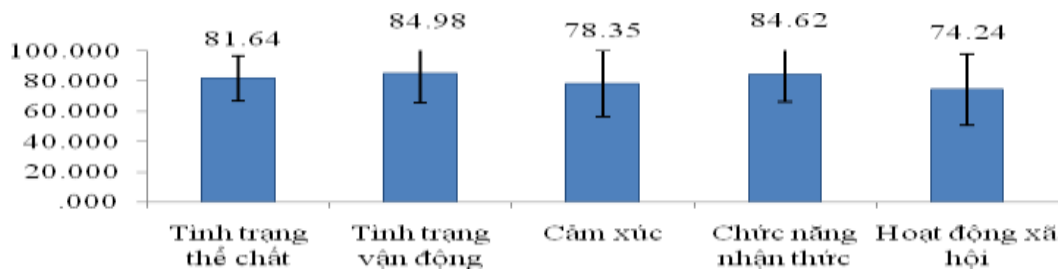
Về thuốc điều trị, NB được điều trị bằng liệu pháp trúng đích imatinib (87% trường hợp) hoặc nilotinib (13% trường hợp). Thời gian mắc bệnh

trung bình là $3,74 \pm 3,35$ năm; trong đó nhóm NB mắc bệnh dưới 3 năm chiếm tỉ lệ cao nhất (48,6%), trên 10 năm chiếm tỉ lệ thấp nhất (4,6%). Đa số NB chỉ mắc BCMDT đơn độc (chiếm 86%), tuy nhiên có 14% có bệnh mắc kèm như tăng huyết áp (12 trường hợp), đái tháo đường (8 trường hợp), rối loạn lipid huyết (10 trường hợp) và các bệnh lý khác (10 trường hợp).

Đánh giá CLS của người bệnh

Đánh giá thang điểm CLS: Sử dụng thang đo EORTC QLQ-C30, đề tài ghi nhận điểm CLS trung bình của NB là $52,90 \pm 16,54$ trên thang điểm 100 với điểm số nhỏ nhất là 8,33 và lớn nhất là 91,67.

Đánh giá thang điểm chức năng: Chức năng của NB BCMDT được đánh giá dựa trên 5 phương diện: tình trạng thể chất, chức năng vận động, cảm xúc, chức năng nhận thức và hoạt động xã hội. Điểm số trung bình của mỗi phương diện chức năng được trình bày trong hình 1.



Hình 1. Điểm số thang điểm chức năng

Theo hình 1, điểm hoạt động chức năng có sự chênh lệch không đáng kể và dao động từ $74,24 \pm 23,37$ (chức năng hoạt động xã hội) đến $84,98 \pm 19,29$ (chức năng vận động). Tình trạng thể chất, chức năng vận động và chức năng nhận thức của NB đều trên 80 điểm.

Phân tích các yếu tố liên quan đến CLS của người bệnh: Đánh giá CLS ở những nhóm có đặc điểm khác nhau đề tài thu được kết quả trình bày trong bảng 3.

Bảng 2. CLS theo các yếu tố liên quan

Yếu tố ảnh hưởng	Phân nhóm	Điểm CLS	p
Giới tính	Nữ (n = 141)	49,82 (15,51)	0,002
	Nam (n = 143)	55,94 (17,00)	
Nhóm tuổi	18-29 tuổi	60,90 $\pm$ 15,87	0,000
	30-59 tuổi	53,24 $\pm$ 15,38	

	>60 tuổi	45,64±17,00	
Tình trạng hôn nhân	Độc thân n=56	60,27 (17,77)	0,000
	Đã kết hôn n=222	50,86 (15,64)	
	Ly thân/ ly dị n=6	59,72 (18,57)	
Trình độ học vấn	Chưa tốt nghiệp THPT n=156	50,00 (16,76)	0,004
	Tốt nghiệp THPT n=128	55,69 (15,89)	
Thuốc điều trị	Imatinib n=247	51,08 (16,91)	0,672
	Nilotinib n=37	53,07 (16,51)	
Thời gian mắc bệnh	<3 năm n=138	52,42 (16,52)	0,629
	≥ 3 năm n=146	53,37 (16,60)	

Theo bảng 3, đề tài ghi nhận NB có điểm số CLS cao hơn ở nam giới so với nữ giới ($55,94 \pm 17,00$ so với $49,82 \pm 15,51$; $p < 0,01$); ở người trẻ so với lớn tuổi (điểm số CLS giảm 1/3 khi ở nhóm tuổi 18-29 so với nhóm tuổi >60); ở NB đã tốt nghiệp THPT so với NB chưa tốt nghiệp ($55,69 \pm 15,89$ so với $50,00 \pm 16,76$; $p < 0,05$). NB đã kết hôn có điểm CLS thấp hơn và chỉ đạt ở mức trung bình so với 2 nhóm còn lại ($50,86 \pm 15,64$ so với $60,29 \pm 17,77$ và $59,72 \pm 18,57$; $p < 0,001$). Đề tài không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa NB có thuốc điều trị và thời gian điều trị khác nhau.

Đánh giá thang điểm triệu chứng: Điểm số trung bình 9 phương diện của thang điểm triệu chứng trình bày trong hình 2.



Hình 2. Điểm số thang điểm triệu chứng

Theo hình 2, trong quá trình điều trị, NB BCMDT thường gặp các triệu chứng như mệt mỏi ($31,3 \pm 22,75$); mất ngủ ($24,6 \pm 25,6$); mất cảm giác ngon miệng ($23,6 \pm 25,0$) và đau ($23,3 \pm 22,8$). Các triệu chứng như khó ngủ, tiêu chảy, táo bón, buồn nôn và ói mửa ít gặp hơn (dưới 20 điểm). Khó khăn tài chính ($45,77 \pm 30,72$) cũng là yếu tố ảnh hưởng đáng kể đến quá trình điều trị của NB vì đa số NB BCMDT có mức thu nhập thấp (dưới 4 triệu đồng/tháng).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm mẫu nghiên cứu tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới với độ tuổi trung bình là 50, tỉ lệ nam: nữ tương đương (3), thời gian mắc bệnh trung bình 4,55 năm (7). Điều này phù hợp tiên lượng sống của NB BCMDT với việc sử dụng TKIs giúp đa số NB có thể kéo dài tuổi thọ thêm đến 10 năm (5). Đa số NB được điều trị bằng imatinib, tỷ lệ NB sử dụng nilotinib rất thấp (13%). Điều này được giải thích bởi imatinib là liệu pháp trúng đích đầu tay cho BCMDT, liệu pháp này sẽ được thay thế bằng nilotinib chỉ trong trường hợp NB không đáp ứng hoặc đề kháng với imatinib.

Điểm chất lượng sống của NB trong khảo sát ($52,90 \pm 16,54$ trên thang điểm 100) không khác biệt lớn so với nghiên cứu khảo sát chất lượng

sống của NB ung thư tại đại học Y Hà Nội (2015) với điểm CLS là $47,03 \pm 13,84$ trên 108 điểm (1). Điểm số chức năng của NB đều ở mức cao (>70 điểm) với tình trạng thể chất, chức năng vận động và chức năng nhận thức của NB tốt (trên 80 điểm). So với nghiên cứu khảo sát chất lượng sống của NB ung thư tại đại học Y Hà Nội (1) với điểm hoạt động thấp nhất và điểm thể chất cao nhất, NB BCMDT nghiên cứu có điểm chức năng vận động, tình trạng thể chất tốt hơn.

Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến CLS, đề tài ghi nhận 4 đặc điểm liên quan đến CLS bao gồm giới tính, nhóm tuổi, trình độ học vấn và tình trạng hôn nhân. Trong đó, NB nữ có điểm số CLS thấp hơn nam. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Fabio Efficace và cộng sự, 2009 (8).

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tại Khoa Ung bướu BV TMHH giai đoạn 09/2015 – 09/2016 với thang đo EORTC QLQ-C30 đề tài ghi nhận CLS của NB BCMĐT ở mức trung bình với các phương diện chức năng đạt mức khá và tốt. Trong quá trình điều trị, NB thường gặp khó khăn về tài chính, trải qua các triệu chứng mệt mỏi, mất ngủ, mất cảm giác ngon miệng và đau. Các yếu tố ảnh hưởng đến CLS của NB bao gồm giới tính, nhóm tuổi, tình trạng hôn nhân và trình độ học vấn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Vũ Bình.** "Khảo sát chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư và một số yếu tố ảnh hưởng tại bệnh viện đại học Y Hà Nội 2016, luận án thạc sĩ y khoa, trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
2. **Nguyễn Văn Tuấn.** "Phương pháp ước tính cỡ mẫu cho một nghiên cứu y học".
3. **"Chronic myeloid leukaemia statistics".** Cancer Research UK. Retrieved 28 October 2014.
4. **"What are the key statistics about chronic myeloid leukemia?".** www.cancer.org. American Cancer Society. Retrieved 6 January 2015.
5. **Chronic Myelogenous Leukemia Treatment (PDQ®)** General Information About Chronic Myelogenous Leukemia (2015).
6. **Fabio Efficace (2010),** "Health-related quality of life in chronic myeloid leukemia patients receiving long-term therapy with imatinib compared with the general population", 52nd Annual Meeting of the American Society of Hematology, Orlando, FL, December, 4-7.
7. **Roxanne Nelson (2013),** "TKI therapy affects quality of Life in CML patients", Care Cancer. 2013;21:1097-1103.

KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM TÍNH ĐA HÌNH GEN DPYD TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Mai Trọng Khoa*, Phạm Cẩm Phương*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tính đa hình gen DPYD trên bệnh nhân ung thư có chỉ định điều trị 5-FU tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 139 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư có chỉ định điều trị bằng 5-FU đường tiêm truyền hoặc uống, được xét nghiệm tính đa hình gen DPYD dựa trên bộ kit PGX-5FU StripAssay™ (ViennaLab 4–720). **Kết quả:** Tất cả các bệnh nhân đều có kiểu gen DPYD bình thường, không phát hiện trường hợp nào có biến thể gen DPYD liên quan đến độc tính của 5-FU.

Từ khóa: Ung thư, 5-FU, độc tính, đa hình DPYD

SUMMARY

RESULT OF DPYD POLYMORPHISM IN CANCER PATIENTS AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: To determine DPYD polymorphism in cancer patients with 5-FU treatment at Bach Mai Hospital. **Patients and Methods:** 139 diagnosed cancer patients, who were later treated with oral, injection or infusion of 5-FU regimen. These patients were analyzed their DPYD gene polymorphism by using the PGX-5FU StripAssay™ kit (ViennaLab). **Results:** All patients had normal DPYD genotypes; any DPYD variants associated with 5-FU toxicity has been detected.

Key words: Cancer, 5-FU, toxicity, DPYD polymorphism

*Tt Y học hạt nhân và ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Cẩm Phương
Email: camphuongmd@yahoo.com
Ngày nhận bài: 23.7.2017
Ngày phản biện khoa học: 5.9.2017
Ngày duyệt bài: 15.9.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là bệnh lý ác tính của tế bào. Điều trị ung thư là điều trị đa mô thức, phối hợp nhiều phương pháp, trong đó 3 phương pháp chính là: phẫu thuật, hóa chất và xạ trị. Phẫu thuật và xạ trị là các phương pháp điều trị tại chỗ, tại vùng. Hóa chất là phương pháp điều trị toàn thân [1].

Có nhiều loại hóa chất được sử dụng trong điều trị bệnh ung thư, trong đó 5-fluorouracil (5-FU) là một trong các hóa chất nền trong nhiều phác đồ hóa trị bệnh ung thư như ung thư đại trực tràng, ung thư dạ dày, ung thư thực quản, ung thư vú,... Một số nghiên cứu cho thấy mức độ độc tính của 5-FU liên quan tới gen DPYD (dihydropyrimidine dehydrogenase), gen mã hóa protein tham gia vào quá trình chuyển hóa 5-FU ở gan, nên ảnh hưởng tới khả năng đào thải 5-FU ở người bệnh [2].

5-FU bị đào thải mạnh ở gan bởi hoạt tính của enzyme dihydropyrimidine dehydrogenase (DPYD). Những bệnh nhân kiểu gen dị hợp (mang một đột biến gen DPYD trên cặp nhiễm sắc thể, chiếm khoảng 3–5%) có khả năng đào thải 5-FU kém hơn người bệnh nhân có kiểu gen bình thường tới 30–70%. Do đó, nếu sử dụng liều thông thường thì độc tính 5-FU trên những bệnh nhân này sẽ cao hơn rất nhiều so với những bệnh nhân bình thường. Theo khuyến cáo cập nhật tháng 05 năm 2014 của Quy ước thực hành lâm sàng Dược di truyền (Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium –

CPIC) thì những người mang kiểu gen dị hợp nên điều trị 5-FU (như Tegafur, Capecitabine) với liều khởi đầu thấp hơn ít nhất 50%, những liều tiếp theo cần giảm tùy theo độc tính trên bệnh nhân cụ thể. Nếu bệnh nhân mang cả 2 bản sao của gen bị đột biến (đồng hợp đột biến, chiếm khoảng 1%) dẫn tới thiếu hụt hoàn toàn enzyme DPYD và bệnh nhân cần được chuyển sang hướng điều trị khác. Do vậy, xét nghiệm tính đa hình gen DPYD cần phải được thực hiện trên bệnh nhân trước khi điều trị bằng 5-FU, tuy nhiên tại Việt Nam chưa có nghiên cứu về tỷ lệ đột biến gen DPYD. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Nhận xét kết quả xét nghiệm tính đa hình gen DPYD trên bệnh nhân ung thư có chỉ định điều trị 5-FU tại Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 139 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư có chỉ định điều trị bằng 5-FU đường tiêm truyền hoặc uống, được xét nghiệm tính đa hình gen DPYD tại Đơn vị gen trị liệu, Trung tâm Y học hạt nhân và ung bướu – Bệnh viện Bạch Mai.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả
- Thu thập các đặc điểm bệnh nhân dựa vào một mẫu thu thập thông tin thống nhất, bằng cách phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân/người nhà bệnh nhân và tham khảo hồ sơ bệnh án.

- Quy trình thực hiện của kỹ thuật dựa trên bộ kit PGX-5FU StripAssay™ (ViennaLab 4-720) gồm 4 giai đoạn chính:

- + Tách DNA từ mẫu máu
- + Khuếch đại đoạn gen quan tâm bằng phản ứng PCR
- + Lai sản phẩm khuếch đại với đầu dò đặc hiệu được phân bố trên Teststrip
- + Phân tích kết quả bằng cách so sánh cách vạch trên Teststrip với thang chuẩn

- **Xử lý số liệu:** sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 12/2016 đến tháng 7/2017.

Địa điểm nghiên cứu: Đơn vị Gen - Tế bào gốc, Trung tâm Y học Hạt nhân và Ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

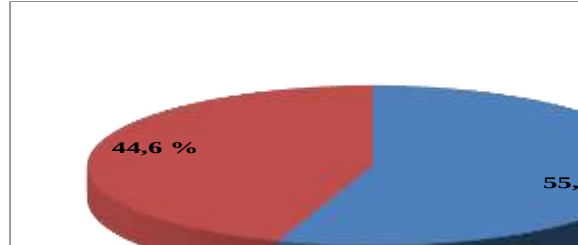
1. Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 3.1. Tuổi bệnh nhân

Yếu tố	Tiêu chí	n	Tỷ lệ(%)
Tuổi	<40	15	10,8
	40 – 60	57	41,0
	> 60	67	48,2
	Tổng	139	100

Tuổi trung bình	57,3 ± 12,4
Tuổi lớn nhất	91
Tuổi nhỏ nhất	25

Nhận xét: Tuổi trung bình là 57,3 ± 12,4, nhỏ nhất 25, cao nhất: 91. Bệnh hiểm gặp ở người trẻ tuổi, chỉ có 15/139 bệnh nhân dưới 40 tuổi (chiếm 10,8%).



Biểu đồ 1. Giới tính

Nhận xét: Bệnh nhân nam gặp nhiều hơn nữ, 55,4% so với 44,6%. Tỷ lệ nam: nữ là 1,25:1.

Bảng 3.2. Các loại bệnh ung thư

Chẩn đoán	n	Tỷ lệ (%)
Ung thư dạ dày	30	21,6
Ung thư đại tràng	67	48,2
Ung thư trực tràng	32	23,1
Ung thư gan	2	1,4
Ung thư phổi	2	1,4
Ung thư thực quản	4	2,9
Ung thư vú	1	0,7
Ung thư cổ tử cung	1	0,7
Tổng	139	100

Nhận xét: Bệnh nhân ung thư đại tràng chiếm tỷ lệ cao nhất là 48,2%. Ung thư dạ dày và ung thư trực tràng ít gặp hơn với tỷ lệ tương ứng là 21,6% và 23,1%.

2. Xác định tính đa hình gen DPYD

Bảng 3.3. Xét nghiệm gen DPYD

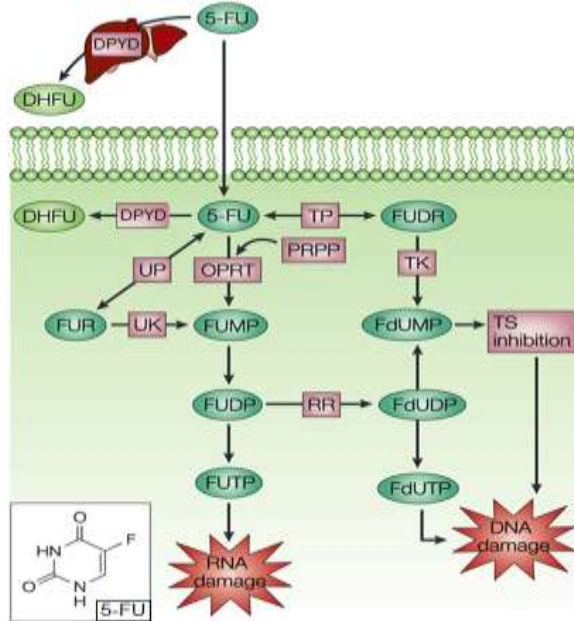
Tiêu chí	n	Tỷ lệ (%)
Bình thường	139	100
Dị hợp đột biến	57	0
Đồng hợp đột biến	0	0

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân được xét nghiệm tính đa hình gen DPYD đều cho kết quả bình thường.

IV. BÀN LUẬN

Hóa chất là phương pháp điều trị chính trong ung thư được chỉ định trong hầu hết các giai đoạn bệnh. Hóa chất là chất gây độc tế bào do vậy ngoài hiệu quả điều trị cũng có nhiều độc tính gây ra các tác dụng phụ nghiêm trọng. Có nhiều loại hóa chất được sử dụng trong điều trị bệnh ung thư, trong đó 5-fluorouracil (5-FU) là một trong các hóa chất nền trong nhiều phác đồ hóa trị bệnh ung thư như ung thư đại trực tràng, ung thư dạ dày, ung thư thực quản, ung thư vú,...

Cơ chế tiêu diệt tế bào ung thư của các hóa chất 5-FU: Khi vào cơ thể người bệnh thì 5-FU chuyển hóa thành fluorodeoxyuridine monophosphate (FdUMP) là chất ức chế thymidylate synthetase gây thiếu thymine cho quá trình tổng hợp DNA, làm cho tế bào ung thư bị tiêu diệt. FdUMP cũng có thể chuyển hóa thành fluorodeoxyuridine triphosphate (FdUTP) cạnh tranh làm đứt gãy DNA. Tương tự, fluorouridine triphosphate (FUTP) hình thành từ 5-FU làm đứt gãy RNA.



Hình 2. Cơ chế tiêu diệt tế bào ung thư của các hóa chất 5-FU

5-fluorouracil (5-FU) có thể được chuyển hóa thành fluorouridine monophosphate (FUMP) thông qua fluorouridine (FUR), sau đó phosphoryl hóa thành fluorouridine diphosphate (FUDP), từ đó phosphoryl hóa thành fluorouridine triphosphate (FUTP) gây đứt gãy RNA, hoặc chuyển thành fluorodeoxyuridine diphosphate (FdUDP). FdUDP có thể chuyển thành fluorodeoxyuridine triphosphate (FdUTP), hoặc chuyển thành fluorodeoxyuridine monophosphate (FdUMP) ức chế enzyme thymidylate synthetase (TS), đều gây đứt gãy DNA. Một con đường hoạt động khác của 5-FU là chuyển hóa thành fluorodeoxyuridine (FUDR), sau đó được phosphoryl hóa thành FdUMP, từ đó tác động như con đường trên. 5-FU được đào thải bằng cách chuyển hóa thành dihydrofluorouracil (DHFU) bởi enzyme dihydropyrimidine dehydrogenase (DPYD), quá trình này diễn ra nhiều nhất ở gan, lên đến 80%. Các enzyme chuyển hóa: OPRT – orotate

phosphoribosyltransferase; PRPP – phosphoribosyl pyrophosphate; UP – uridine phosphorylase; UK – uridine kinase; RR – ribonucleotide reductase; TK – thymidine kinase [6].

Độc tính thường gặp của 5-FU là: chán ăn, buồn nôn, giảm các dòng tế bào máu (bạch cầu, tiểu cầu, hồng cầu), viêm ruột, viêm gan, viêm phổi kẽ... Một số nghiên cứu cho thấy mức độ độc tính của 5-FU liên quan tới gen DPYD (dihydropyrimidine dehydrogenase), là gen mã hóa protein tham gia vào quá trình chuyển hóa 5-FU ở gan, nên ảnh hưởng tới khả năng đào thải 5-FU ở người bệnh. 5-FU bị đào thải mạnh ở gan bởi hoạt tính của enzyme dihydropyrimidine dehydrogenase (DPYD). Những bệnh nhân kiểu gen dị hợp (mang một đột biến gen DPYD trên cặp nhiễm sắc thể, chiếm khoảng 3–5%) có khả năng đào thải 5-FU kém hơn người bệnh nhân có kiểu gen bình thường tới 30–70%. Do đó, nếu sử dụng liều thông thường thì độc tính 5-FU trên những bệnh nhân này sẽ cao hơn rất nhiều so với những bệnh nhân bình thường. Theo khuyến cáo cập nhật tháng 05 năm 2014 của Quy ước thực hành lâm sàng Dược di truyền (Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium – CPIC) thì những người mang kiểu gen dị hợp nên điều trị 5-FU (như Tegafur, Capecitabine) với liều khởi đầu thấp hơn ít nhất 50%, những liều tiếp theo cần giảm tùy theo độc tính trên bệnh nhân cụ thể. Nếu bệnh nhân mang cả 2 bản sao của gen bị đột biến (đồng hợp đột biến, chiếm khoảng 1%) dẫn tới thiếu hụt hoàn toàn enzyme DPYD và bệnh nhân cần được chuyển sang hướng điều trị khác.

Theo nghiên cứu của chúng tôi tất cả các bệnh nhân được xét nghiệm đều có kiểu gen DPYD bình thường, không phát hiện bất cứ trường hợp nào có thay đổi kiểu gen liên quan đến độc tính khi sử dụng 5-FU. Các nghiên cứu khác trên thế giới cũng cho thấy tỷ lệ có đột biến trên gen DPYD rất thấp. Một nghiên cứu khác của Lunenburg (2016) trên 275 bệnh nhân da trắng được điều trị fluoropyrimidine có 14 trường hợp (5,1%) phát hiện biến thể gen DPYD và được khuyến cáo giảm liều điều trị xuống 25–50% và các bệnh nhân này không phát triển độc tính sau khi được giảm liều điều trị [3]. Nghiên cứu của Elraiyah (2016) trên 588 bệnh nhân khu vực Đông Phi không phát hiện trường hợp nào có biến thể trên gen DPYD [4].

Do tỷ lệ phát hiện biến thể trên gen DPYD liên quan đến độc tính của 5-FU rất thấp do vậy chúng tôi không khuyến cáo tiếp tục tiến hành xét nghiệm này trước điều trị.



Hình 3. Khả năng đáp ứng thuốc của các bệnh nhân có kiểu gen DPYD khác nhau [6]

V. KẾT LUẬN

Tất cả 139 bệnh nhân được xét nghiệm tính đa hình gen DPYD đều có kiểu gen bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Hiếu (2015).** Ung thư học. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội

2. **Mai Trọng Khoa (2016).** Kháng thể đơn dòng và phân tử nhỏ trong điều trị bệnh ung thư. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Lunenburg CA, Staveren MC, Gelderblom H (2016).** Evaluation of clinical implementation of prospective DPYD genotyping in 5-fluorouracil- or capecitabine-treated patients. *Pharmacogenomics*. 2016 May;17(7):721-9
4. **Elraiyah T, Jerde CR, Shrestha S (2016).** Novel Deleterious Dihydropyrimidine Dehydrogenase Variants May Contribute to 5-Fluorouracil Sensitivity in an East African Population. *Clin Pharmacol Ther*. 2017 Mar;101 (3): 382-390
5. **Morel A, Boisdron-Celle M, Fey L, et al.** Clinical relevance of different dihydropyrimidine dehydrogenase gene single nucleotide polymorphisms on 5-fluorouracil tolerance. *Mol Cancer Ther*. 2006;5(11):2895-2904.
6. **Offer SM, Wegner NJ, Fossum C, Wang K, Diasio RB.** Phenotypic profiling of DPYD variations relevant to 5-fluorouracil sensitivity using real-time cellular analysis and in vitro measurement of enzyme activity. *Cancer Res*. 2013;73(6):1958-1968.
7. **Boisdron-Celle M, Remaud G, Traore S, et al.** 5-fluorouracil-related severe toxicity: a comparison of different methods for the pretherapeutic detection of dihydropyrimidine dehydrogenase deficiency. *Cancer Lett*. 2007;249(2):271-282

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ U MÔ ĐỆM ĐƯỜNG TIÊU HOÁ

Phạm văn Bình*, Trần Đình Tân*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm của điều trị phẫu thuật u mô đệm đường tiêu hóa. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu. Bệnh nhân được chọn nghiên cứu là những bệnh nhân có chẩn đoán hóa mô miễn dịch là u mô đệm đường tiêu hóa, được phẫu thuật tại bệnh viện K từ 8/2013-11/2015. **Kết quả:** Có 43 bệnh nhân bao gồm 22 nữ và 21 nam, tuổi trung bình là 51,9. Tiền sử mổ cũ chiếm 20,9% (được mổ UMDĐTH tại địa phương). Biểu hiện lâm sàng rất đa dạng và không đặc hiệu. Triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng (60,5%) và sờ thấy u bụng (62,8%). Có 69,8% được nội soi (nội soi dạ dày 24 bệnh nhân và nội soi đại trực tràng 6 bệnh nhân). Siêu âm có thể gợi ý UMDĐTH trong 90,7% trường hợp. Tỷ lệ phát hiện được tổn thương gợi ý UMDĐTH khi chụp cắt lớp vi tính là 100%. Tỷ lệ UMDĐTH dạ dày, ruột non, đại tràng, trực tràng lần lượt là 55,5%, 25,6%, 9,3%, 9,3%. Tỷ lệ mổ nội soi hỗ trợ/mổ mở là 3/43 (6,9%) bệnh nhân, tỷ lệ phẫu thuật

triệt căn (R0) là 88,4% và phẫu thuật lấy u tối đa (R2) chiếm 11,6%. Chỉ có 1 trường hợp được vét hạch là UMDĐTH ở dạ dày tổn thương phải cắt đoạn dạ dày (kết quả hạch có di căn). Thời gian mổ trung bình là 130 phút (70-200 phút). Chỉ có một trường hợp chảy máu trong mổ do u xâm lấn được xử trí cắt thêm lách và đuôi tụy cầm máu. Kích thước u trung bình là 8,2 cm, phân độ ác tính chủ yếu là độ thấp (44,2%). Thời gian theo dõi trung bình là 12 tháng (01-27 tháng) chưa có trường hợp nào tử vong. **Kết luận:** U mô đệm đường tiêu hóa là loại bệnh ít gặp, biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu chủ yếu là đau bụng, tự sờ thấy u. Tổn thương u trên CTcanner và siêu âm ổ bụng giúp gợi ý chẩn đoán UMDĐTH. Vị trí u thường gặp ở dạ dày 55,5%, ruột non 25,6%, đại tràng 9,3%, trực tràng 9,3%. Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả với kết quả sớm: tỷ lệ mổ nội soi hỗ trợ là 7%, mổ mở 93%, tỷ lệ cắt u triệt căn (R0) 88,4%, không có biến chứng và tử vong sau mổ, theo dõi sau mổ trung bình 12 tháng chưa có tử vong

SUMMARY

EARLY RESULTS OF SURGICAL MANAGEMENT IN GASTRO-INTESTINAL STROMAL TUMORS

Patients and Methods: This is a retrospective and perspective description review of 43 patients who had GIST and underwent surgical management in National Cancer Hospital from 8/2013 to 11/2015. **Results:** There were 22 females and 21 males. The

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 11.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2017

Ngày duyệt bài: 13.9.2017

mean age was 51.9 (ranged from 33 to 75). Percentage of previously surgical history was 20.9. Symptoms were variant and nonspecific. The most common symptoms were abdominal pain (60.5%) and palpable tumor (62.8%). Ultrasound could find tumor of GIST in 90.7% of patient. And CT detected tumor of GIST all of the patients. 30 patients were undergone endoscopy (24 gastric endoscopy and 6 colorectal endoscopy). Tumors were located in the stomach (55.8%), small intestine (25.6%), colon (9.3%) anus and rectum (9.3%). There were only 3 patients undergone laparoscopic assisted surgery (7%). Radical surgery was 88.4%, mean time of operation was 130 minutes, percentage of complication intraoperative was very low (2.3%). Average tumor dimension was 8.2 cm. The average follow-up time was 12 months and there was no patient died. **Conclusions:** GIST is uncommon tumor with unspecific symptoms. Some specific lesions on imaging investigations suspect the diagnosis of GIST. Tumors were located in the stomach (55.8%), small intestine (25.6%), colon (9.3%) anus and rectum (9.3%). Surgical resection is the most effective therapeutic modality. There were 3 patients undergone laparoscopic assisted surgery (7%) and open surgery were 40 patients (93%), radical surgery was 88.4%, mean time of operation was 130 minutes, percentage of complication intraoperative was very low. The average follow-up time was 12 months and there was no patient died.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U mô đệm đường tiêu hoá (GIST-Gastrointestinal Stromal Tumour) (UMĐĐTH) là khối u trung mô thuộc mô đệm đường tiêu hoá, u của tổ chức liên kết, nguồn gốc xuất phát từ tế bào kẽ Cajal nằm trong lớp cơ. UMĐĐTH là bệnh hiếm gặp chiếm tỷ lệ 1% đến 3% u đường tiêu hoá. Tại châu Âu có tỷ lệ mắc khoảng 1,5/100.000 dân, tại Mỹ ước tính mỗi năm có 10.000 bệnh nhân UMĐĐTH mới mắc. Tuổi hay gặp 50-70 tuổi với tỷ lệ nam/ nữ ngang nhau [5],[6],[7]. UMĐĐTH lại là loại u thường gặp nhất trong các loại u dưới niêm mạc của thành ống tiêu hóa và có thể ở tất cả các vị trí trên đường tiêu hóa từ thực quản đến trực tràng, phân bố u chiếm 5% ở thực quản, 50% ở dạ dày, 30% ở ruột non và khoảng 10% ở đại trực tràng [2],[3],[4],[5].

UMĐĐTH có triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, phát hiện chủ yếu bằng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính, siêu âm qua nội soi đường tiêu hóa, siêu âm ổ bụng, X quang... Chẩn đoán xác định cuối cùng phải dựa vào mô học bệnh học, đặc biệt xác định bằng phương pháp hoá mô miễn dịch CD117-CD34 [6],[7]. Về điều trị: phẫu thuật cắt u là phương pháp điều trị chính, tuy nhiên việc vét hạch còn chưa được thống nhất vì UMĐĐTH rất

hiếm khi di căn hạch. Hiện nay hoá chất và xạ trị có vai trò hạn chế trong điều trị UMĐĐTH, trong đó chỉ có điều trị đích bằng Glivec là phương pháp bước đầu thu được kết quả và có nhiều triển vọng trong tương lai [5],[7]. Tại Bệnh viện K chưa có nhiều nghiên cứu về UMĐĐTH trong khi số lượng bệnh nhân UMĐĐTH ngày càng tăng lên. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm hai mục tiêu:

1. *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân bố vị trí giải phẫu của u mô đệm đường tiêu hoá*
2. *Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật điều trị u mô đệm đường tiêu hoá*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả những bệnh nhân được phẫu thuật có kết quả mô bệnh học hoá mô miễn dịch là UMĐĐTH được phẫu thuật từ 8/2013 đến 11/2015 tại khoa Ngoại Tân Triều, Bệnh viện K

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Các chỉ tiêu về lâm sàng, cận lâm sàng: tuổi giới, lý do vào viện, tiền sử phẫu thuật, triệu chứng lâm sàng, siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính/MRI, nội soi đường tiêu hoá, vị trí u trên đường tiêu hoá

+ Các chỉ tiêu về phẫu thuật bao gồm: mổ mở/nội soi, thời gian mổ, vết hạch, tính chất triệt căn, tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ

+ Kết quả mô bệnh học: hạch, kích thước u, độ ác tính

+ Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Các thông số phân tích bao gồm: tỷ lệ %, trung bình, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 43 trường hợp đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu UMĐĐTH. Trong đó có 22 bệnh nhân nữ (51,2%) và 21 bệnh nhân nam (48,8%). Tuổi trung bình là 51,9 tuổi, nhỏ nhất là 33 tuổi và lớn nhất là 75 tuổi, nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 55-65 (44,2%)

Đa số bệnh nhân đi khám vì đau bụng (60,5%) và tự sờ thấy u (62,8%), tuy nhiên có tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân tình cờ phát hiện bệnh (18,6%), các lý do khác là rối loạn đại tiện (11,6%) và xuất huyết tiêu hoá (2,3%).

Về tiền sử phẫu thuật trước đó, có 9 bệnh nhân có tiền sử mổ bụng cũ (chiếm 20,9%) và tất cả đều mô tả là mổ u mô đệm đường tiêu hoá ở địa phương.

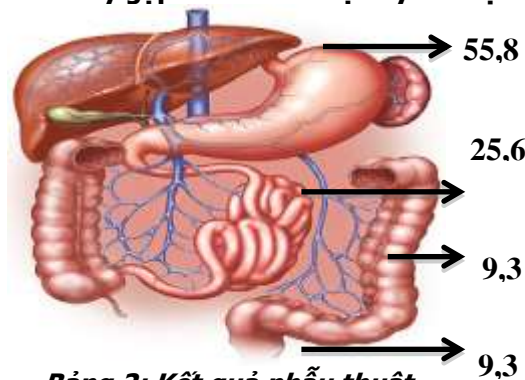
Triệu chứng lâm sàng khá đa dạng và không đặc hiệu. Triệu chứng hay gặp nhất bao gồm tự sờ thấy u (62,8%) và đau bụng (60,5%). Các triệu chứng lâm sàng được mô tả trong bảng 1

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng: đau bụng và sờ thấy u là hai dấu hiệu thường gặp nhất.

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Sờ thấy u	27	62,8
Đau bụng	26	60,5
Xuất huyết tiêu hoá	16	37,2
Thiếu máu	14	32,6
Sút cân	20	46,5
Bán tắc ruột/hẹp môn vị	5	11,6%

Trong 43 bệnh nhân, có 30 bệnh nhân được nội soi dạ dày hoặc đại trực tràng. Các bệnh nhân được nội soi tiêu hoá thấy phần lớn tổn thương quan sát được là hình ảnh niêm mạc đường tiêu hoá bị đẩy lùi (46,7%), 10 trường hợp có tổn thương loét niêm mạc trên bề mặt khối u (33,3%) và 6 trường hợp không thấy bất thường niêm mạc đường tiêu hoá (20%). Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được siêu âm và chụp cắt lớp ổ bụng trước phẫu thuật. Khả năng đánh giá khối u dạng u mô đệm đường tiêu hoá của chụp cắt lớp vi tính tốt hơn siêu âm (100% so với 90,7%). Về phân bố u trên đường tiêu hoá, trong nghiên cứu này chúng tôi gặp nhiều nhất là ở dạ dày (55,8%), ruột non 25,6%, đại tràng 9,3%, trực tràng 9,3%.

Biểu đồ 1 Phân bố vị trí u trên đường tiêu hoá: hay gặp nhất là u ở dạ dày và ruột non



Bảng 2: Kết quả phẫu thuật.

Kết quả sống của phẫu thuật và mô bệnh học		
	n	%
Phương pháp phẫu thuật		
Nội soi hỗ trợ	3	7
Mổ mở	40	93
Mức độ triệt căn		
R0	38	88,4
R2	5	11,6

Độ ác tính Giải phẫu bệnh		
Thấp	19	44,2
Vừa	14	32,6
Cao	10	23,2
Tai biến trong mổ	1	2,3
Biến chứng sau mổ	0	0
Thời gian phẫu thuật	130±38 phút (70-200 phút)	
Kích thước u	8,2±3,6 cm (2,0-18,0 cm)	

Chúng tôi liên lạc được 43/43 ca, hiện tại tất cả các bệnh nhân còn sống. Thời gian theo dõi trung bình là 12 tháng (01-27 tháng).

IV. BÀN LUẬN

UMĐĐTH là loại u hiếm gặp, trong hơn 2 năm (8/2013- 11/2015) chúng tôi chỉ thu thập được 43 bệnh nhân. Về tuổi, nghiên cứu của chúng tôi không khác biệt nhiều so với tác giả khác: tuổi trung bình là 51,9 (33-75), nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất từ 55-65 (44,2%)[3],[4]. Phần lớn bệnh nhân của chúng tôi nhập viện với lý do đau bụng (60,5%) và tự sờ thấy u (62,8%), tính chất vị trí đau của bệnh nhân cũng rất khác nhau phụ thuộc vào vị trí của khối u trên đường tiêu hóa: đau thượng vị khi tổn thương UMĐĐTH ở dạ dày, đau quanh rốn hay hạ vị khi UMĐĐTH ở ruột non. Có 9 bệnh nhân trong nghiên cứu có tiền sử mổ bụng tại địa phương với chẩn đoán mô bệnh học là UMĐĐTH, song không có kết quả hóa mô miễn dịch khẳng định và còn tổn thương trong ổ bụng nên có chỉ định phẫu thuật. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng đau bụng và triệu chứng tự sờ thấy u (60,5% và 62,8%) là dấu hiệu lâm sàng thường gặp nhất, điều này có thể giải thích trên cơ sở phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đến viện ở giai đoạn không sớm (kích thước u trung bình là 8,2cm). Chúng tôi và một số tác giả trong nước khác có tỉ lệ khám thấy u và chảy máu tiêu hóa cao hơn nhiều so với các tác giả nước ngoài [2],[3],[4],[6] có thể do tổn thương khối u thường có kích thước đủ lớn có loét trên bề mặt và hay gây chảy máu, vị trí thường gặp nhất UMĐĐTH là ở dạ dày[2],[3],[7] ít gặp ở các vị trí khác [4]. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi là 55,8% UMĐĐTH ở dạ dày, 25,6% ruột non, 9,3% đại tràng và còn lại là ở trực tràng. Theo y văn, chẩn đoán hình ảnh có vai trò trong việc hướng đến chẩn đoán UMĐĐTH, giúp cho phẫu thuật viên có định hướng phương pháp phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chẩn đoán hình ảnh là phương tiện chính giúp chẩn đoán UMĐĐTH

trước mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, những khối UMDĐTH ở ruột non thường chỉ được chẩn đoán xác định được khi phẫu thuật còn CT ổ bụng chỉ gợi ý là một khối u mạc treo hay u tiểu khung hướng tới UMDĐTH, tuy nhiên với sự phát triển của y học, các khối u ở ruột non có thể chẩn đoán trước mổ bằng việc sử dụng camera nội soi dạng viên thuốc. Siêu âm ổ bụng giá trị thường hạn chế khi thăm khám các tạng rỗng, song với kích thước u trung bình lên tới 8,2cm đã giải thích lý do tại sao khả năng phát hiện khối u bằng siêu âm trong nghiên cứu của chúng tôi đạt tới 90,7%. Chụp cắt lớp vi tính được thực hiện và giúp phát hiện được u hướng tới UMDĐTH trong 100% các trường hợp, kết quả tương tự như một số tác giả trong nước [1]. Ngoài ra, chụp điện toán cắt lớp còn cung cấp các thông tin chính xác về vị trí u, mức độ bắt cản quang và u có xâm lấn cơ quan lân cận không.

Về mặt điều trị, nhiều tác giả đồng ý phẫu thuật cắt trọn u là đủ về mặt ung thư học. Phẫu thuật được lựa chọn là cắt một phần cơ quan mang u như cắt dạ dày hình chêm, cắt đoạn ruột non mang u đảm bảo diện cắt cách u 1-2 cm, không được bóc u, không cần nạo vét hạch một cách hệ thống. Làm giải phẫu bệnh tức thì diện cắt u giúp cho phẫu thuật viên đảm bảo tính chất phẫu thuật triệt căn hay không. [2],[3],[5],[6]. Việc lựa chọn phương pháp mổ mở hay mổ nội soi tùy thuộc vào khả năng của phẫu thuật viên, kích thước khối u, vị trí khối u tuy nhiên yếu tố tiên quyết là phải đảm bảo được nguyên tắc ung thư học. Vì phần lớn u mô đệm đường tiêu hóa chỉ được chẩn đoán xác định nhờ mô bệnh học sau mổ, chính vì vậy chỉ định phẫu thuật nội soi thường chỉ đặt ra khi khối u nhỏ, ở vị trí thuận lợi như mặt trước bờ cong lớn dạ dày (cắt hình chêm bằng stapper), ruột non hoặc một số vị trí của đại trực tràng [3],[6]. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ phẫu thuật nội soi chỉ đạt 7% thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Canada [3]. Tuy nhiên, điều đó rất dễ hiểu vì kích thước khối u trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn rất nhiều so với các tác giả khác (8,2cm so với 3,2cm). Trong số 43 bệnh nhân của chúng tôi, có 38 bệnh nhân (88,4%) được phẫu thuật triệt căn R0 và vẫn còn tới 5 bệnh nhân (11,6%) chỉ có thể phẫu thuật lấy u tối đa (R2) vì tổn thương xâm lấn phức tạp không có khả năng lấy hết u. Vấn đề nạo vét hạch một cách hệ thống trong bệnh lý UMDĐTH đã có nhiều tranh luận trong các nghiên cứu. Cho đến nay, hầu hết các tác giả

đều thống nhất vét hạch thường quy đối với UMDĐTH là không cần thiết trừ khi phát hiện hạch nghi ngờ trong khi mổ. Cơ sở cho quyết định này là kết quả của nhiều nghiên cứu lớn đối chứng, đa trung tâm cho thấy UMDĐTH rất hiếm khi di căn hạch [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 bệnh nhân được vét hạch đó là một trường hợp hạch có di căn ở bệnh nhân nam 32 tuổi bị UMDĐTH dạ dày tổn thương đòi hỏi phải cắt đoạn dạ dày. Chính vì vậy theo chúng tôi cần phải có những nghiên cứu quy mô hơn nữa để cân nhắc việc vét hạch đối với UMDĐTH của dạ dày nói riêng và UMDĐTH nói chung thường quy hay không?

Thời gian phẫu thuật trung bình là 130 phút (70-200 phút), nhìn chung tương tự với các giả trong nước và nước ngoài [3],[4],[5],[6]. Đồng thời, tỷ lệ tai biến, biến chứng của chúng tôi rất thấp, chỉ có 1 bệnh nhân chảy máu trong mổ (2,3%) do khối u ở mặt sau dạ dày xâm lấn vào lách và đuôi tụy phải cắt u kèm lách và đuôi tụy cầm máu, kết quả sau mổ tốt.

Thời gian theo dõi trung bình của chúng tôi là 12 tháng (01-27 tháng) chưa có bệnh nhân nào tử vong. Theo các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài tỷ lệ sống 5 năm của UMDĐTH đạt tới 45%-55% [2],[3],[4],[5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi với nhóm phẫu thuật triệt căn do thời gian theo dõi còn ngắn nên chúng tôi chưa phân tích tỷ lệ sống thêm không bệnh, phải cần một nghiên cứu tiếp theo để trả lời câu hỏi này.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 43 bệnh nhân UMDĐTH chúng tôi thấy UMDĐTH là loại bệnh ít gặp, biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu chủ yếu là đau bụng (60,5%), tự sờ thấy u (62,8%). Tổn thương u trên CTcanner và siêu âm ổ bụng giúp gợi ý chẩn đoán UMDĐTH. Vị trí u thường gặp ở dạ dày 55,5%, ruột non 25,6%, đại tràng 9,3%, trực tràng 9,3%. Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả với kết quả sớm: phẫu thuật nội soi hỗ trợ 7%, mổ mở 93%, tỷ lệ cắt u triệt căn (R0) 88,4%, tai biến trong mổ thấp (2,3%) không có biến chứng và tử vong sau mổ, theo dõi sau mổ trung bình 12 tháng chưa có tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Chấn Hùng, Phó Đức Mẫn, Nguyễn Quốc Trức, Lê Hoàng Minh, Trần Văn Thiệp (2004). Các liệu pháp chống ung thư thể hệ mới. Y học TP Hồ Chí Minh, Chuyên đề Ung bướu. Phụ bản của tập 8* số 4*, I-X.
2. Agaimy A, Wunsh P.H. (2009). Lymph node metastasis in gastrointestinal stromal tumor (GIST)

- occurs preferentially in young patients ≤ 40 years: an overview based on our case material and the literature. *Lagenbeck's Archives of Surgery*, Volume 394. Issue 2, pp 375-381
3. **Carl D, Adam T.M, Jusmine L, Ormond N.M (2012).** Laparoscopic management of gastrointestinal stromal tumor: review at a Canadian centre. *Can J Surg*, Vol. 55, No. 2, 105-109
 4. **Chandrajit P.Raut (2010).** Gastrointestinal Stromal Tumors: An Update on the Surgical Treatment of Localized and Advanced Disease. *Surg Oncology*: 51-61
 5. **Huynh T.K, Meeus P et al (2014).** Primary localized rectal/pararectal gastrointestinal stromal tumors: results of surgical and multimodal therapy from the French Sarcoma group. *BMC Cancer* 2014, 14: 156
 6. **Korukov B, Asenov Y, Diaminov D, Penkov N, Vladimirov B, Golemanov B, Terizev I (2013).** The value of surgery for gastrointestinal stromal tumors. *Medical and Health Science Journal, MHSJ*. Volume 14, Issue 4, pp 174-181
 7. **Robin R, Ramesh B, Nicholas C, Martin E, Ian G, Ian J, Paddy O.D, Bryan W, Beatrice S, Gavin H (2012).** Gastrointestinal Stromal Tumor: Guidelines for the management of Gastrointestinal Stromal Tumors (GIST)

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI KẾT CỤC CỦA BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA ÁC TÍNH

Phan Bảo Trung¹, Đào Việt Phương²,
Nguyễn Đạt Anh³, Mai Duy Tôn²

TÓM TẮT

Hội chứng động mạch não giữa ác tính là một trong những hình thức tàn khốc nhất của đột quỵ thiếu máu não, với tỷ lệ tử vong rất cao, di chứng nặng. Tuy nhiên vẫn có những trường hợp sống với di chứng nhẹ, các yếu tố ảnh hưởng tới kết cục này cần được đánh giá. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiền cứu, theo dõi tới 90 ngày sau khởi phát. Sử dụng dữ liệu từ các đơn vị đột quỵ trong Bệnh viện Bạch Mai. Đối tượng là các bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não lần đầu, hội chứng động mạch não giữa ác tính được xác định khi có dấu hiệu thiếu máu trên 2/3 khu vực cấp máu của động mạch não giữa trên phim cắt lớp vi tính sọ não, hoặc trên phim cộng hưởng từ khuếch tán thể tích ổ nhồi máu trên 145ml. **Kết quả:** 51 bệnh nhân được thu nhận. 52,94 % là nam, tuổi trung bình là $64,5 \pm 15,9$ tuổi, 64,71% tổn thương bán cầu bên trái. Điểm NIHSS trung bình lúc nhập viện là $20,33 \pm 7,79$ điểm, với 21,57% ở mức rất nặng (>25 điểm). Điểm Glasgow trung bình lúc nhập viện là $11,16 \pm 3,07$ điểm, với 19,6 % ở mức hôn mê sâu (Glasgow ≤ 8 điểm). Kết cục có 41,18% tử vong và 53,33% tàn tật nặng (mRS 4-5). Yếu tố ảnh hưởng tới kết cục tử vong là điểm NIHSS và điểm Glasgow lúc nhập viện và tình trạng tăng huyết áp của bệnh nhân. **Kết luận:** Hội chứng động mạch não giữa ác tính là một bệnh lý nặng, tỷ lệ tử vong cao với yếu tố ảnh hưởng tới kết cục tử vong là tình trạng tăng huyết áp, điểm NIHSS và điểm Glasgow lúc nhập viện.

Từ khóa: Hội chứng động mạch não giữa ác tính, yếu tố ảnh hưởng, kết cục.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND FACTORS AFFECTING THE OUTCOME OF PATIENTS WITH MALIGNANT MIDDLE CEREBRAL ARTERY SYNDROME

Background: Malignant middle cerebral artery syndrome are still one of the most devastating forms of ischaemic stroke, with high mortality rates, severe disability. Yet there are survivors with mild sequelae. Factors affecting the outcome need to be assessed. **Subjects and Methods:** Prospective description, follow-up till day 90 after symptom onset. Using data from the Stroke Units in Bach Mai University Hospital, Hanoi, Vietnam. Subjects were first-ever ischemic stroke patients, Malignant middle cerebral artery (MCA) syndrome was defined as the following: visible signs of ischemia involving more than 2/3 of the MCA territory on brain computed tomography (CT) or a diffusion-weighted imaging (DWI) infarct volume $> 145\text{ml}$. **Result:** 51 patients included. 52,94% was male, mean age 64,5 years, 64,71% had occlusion of left hemisphere. Mean baseline NIHSS score was $20,33 \pm 7,79$, with 21,57% of cases being very severe (NIHSS > 25). Mean baseline Glasgow score was $11,16 \pm 3,07$, with 19,6% of cases being very severe (Glasgow ≤ 8). Outcome included 41,18% dead and 53,33% severe disability (mRS 4-5). Factors affecting the outcome were baseline NIHSS, baseline Glasgow score, and hypertension. **Conclusion:** Malignant middle cerebral artery syndrome is a severe disease, high mortality rates, with factors affecting the outcome being hypertension, baseline NIHSS and baseline Glasgow score.

Keywords: Malignant middle cerebral artery syndrome, factors affecting, outcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng động mạch não giữa ác tính: là hình thức tàn khốc nhất của đột quỵ thiếu máu não trên lều, tần suất xảy ra ở khoảng 8% các

¹Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh

²Bệnh viện Bạch Mai

³ĐH Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Phương

Email: daovietphuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2017

Ngày duyệt bài: 13.9.2017

trường hợp đột quy, đặc trưng bởi mức độ lớn của tổn thương thiếu máu não cục bộ chiếm trên 2/3 khu vực cấp máu của động mạch não giữa và có thể mở rộng đến các vùng lân cận [1]. Nguyên nhân chủ yếu do huyết khối hoặc lấp mạch từ tim gây tắc động mạch cảnh trong hoặc tắc các đoạn gần của động mạch não giữa hoặc cả hai [2][3].

Khi đề cập đến hội chứng động mạch não giữa ác tính, ấn tượng đầu tiên là ai cũng nghĩ đến một bệnh cảnh nhồi máu não rất nặng nề, khó có khả năng hồi phục. Tuy nhiên, thực tế có những ca lâm sàng sống sót với di chứng nhẹ. Vậy thực sự bệnh cảnh hội chứng động mạch não giữa ác tính có thực sự nặng nề không? và yếu tố nào đã ảnh hưởng kết cục của những bệnh nhân này? Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu khảo sát các bệnh nhân hội chứng động mạch não giữa ác tính nhằm các mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân có hội chứng động mạch não giữa ác tính.*

2. *Mô tả kết cục và tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến kết cục tử vong của bệnh nhân mắc hội chứng động mạch não giữa ác tính.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu mô tả tiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tuổi >18.
- Chẩn đoán lâm sàng nhồi máu não theo tiêu chuẩn TCYTTC (1990), nhập viện bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5/2016 đến tháng 7/2017.
- Trên phim CLVT sọ não: vùng giảm tỷ trọng trên 2/3 khu vực cấp máu ĐM não giữa hoặc
- Trên phim CHT khuếch tán (DWI): thể tích ổ nhồi máu > 145ml.

Tiêu chuẩn loại trừ: Loại trừ các bệnh nhân có bằng chứng lâm sàng và/hoặc hình ảnh học của nhồi máu não tuần hoàn sau, bệnh nhân có xuất huyết trong não.

Quy trình thu thập dữ liệu: Bệnh nhân nhập viện với chẩn đoán hội chứng động mạch não giữa ác tính. Các dữ liệu được đánh giá và thu thập gồm có dữ liệu về nhân chủng học, các yếu tố nguy cơ, tiền căn bệnh lý liên quan, biểu hiện lâm sàng thần kinh. Bệnh nhân được điều trị theo đặc điểm bệnh lý và phác đồ thực hành của bệnh viện, phù hợp với các khuyến cáo trong y văn. Kết cục ngày thứ 90 sau khởi phát sẽ được đánh giá bằng thang điểm Rankin sửa đổi (mRS), trong đó điểm Rankin ngày thứ 90 được đánh giá trực tiếp hoặc qua điện thoại.

Phương pháp xử lý dữ liệu: Dữ liệu thu

thập được sẽ được xử lý trên phần mềm thống kê y học SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ

- Từ tháng 5/2016 tới tháng 7/2017, chúng tôi thu nhận được 51 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ vào nghiên cứu. Trong số này, nam giới chiếm ưu thế với 27 bệnh nhân, chiếm 52,94%; còn lại là 24 nữ chiếm tỉ lệ 47,06%. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $64,5 \pm 15,9$ tuổi, nhỏ nhất là 24 tuổi và lớn nhất là 87 tuổi.

- Thời gian đến nhập viện trung bình là $28,43 \pm 30,92$ giờ kể từ lúc khởi phát, sớm nhất là 02 giờ và muộn nhất là 98 giờ.

- Các yếu tố nguy cơ cho bệnh lý mạch máu não được ghi nhận như sau: tăng huyết áp hiện diện ở 56,86% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu. Đái tháo đường được ghi nhận hiện diện ở 29,41% bệnh nhân. Về bệnh lý tim mạch, ghi nhận 54,9% bệnh nhân có rung nhĩ.

- Về bên tổn thương não, có 33 trường hợp xảy ra ở bán cầu trái, chiếm 64,71%, còn lại 18 trường hợp là bán cầu phải, chiếm 35,29%.

- Điểm Glasgow lúc nhập viện: trung bình là $11,16 \pm 3,07$ điểm.

- Điểm NIHSS lúc nhập viện: trung bình là $20,33 \pm 7,79$ điểm.

- Thời gian nằm viện trung bình là $9,09 \pm 10,2$ ngày; thấp nhất là 1 ngày, cao nhất là 58 ngày.

Bảng 1. Bảng phân bố mức độ rối loạn ý thức theo điểm Glasgow

Điểm Glasgow	Tần suất	Tỷ lệ %
Nhẹ: 13 - 15	20	39,22
Trung bình: 9 - 12	21	41,18
Nặng: ≤ 8	10	19,60
Tổng	51	100

Bảng 2. Bảng phân bố mức độ nặng đột quy theo thang điểm NIHSS

Điểm NIHSS	Tần suất	Tỷ lệ %
Nhẹ: 0 - 4	0	0
Trung bình: 5 - 14	10	19,61
Nặng: 15 - 25	30	58,82
Rất nặng: > 25	11	21,57
Tổng	51	100

NIHSS: Thang điểm đột quy não của Viện y tế Quốc gia Hoa Kỳ

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng	Tần suất	Tỷ lệ %
Buồn nôn, nôn	12	23,53
Liệt nửa người	51	100
Rối loạn cảm giác nửa người	51	100
Quay mắt, quay đầu	51	100
Rối loạn ngôn ngữ	37	72,55

Bảng 4. Kết cục lúc xuất viện và sau 90 ngày.

Kết cục	Tử vong		Sống + tàn tật			viện	ngày	(4-5)	
	Trong bệnh	Trong 90	Nặng mRS	Nhẹ mRS (0-3)	Số lượng	18	3	16	14
					Tỷ lệ	35.29	5.88	31.37	27.45

Bảng 5. Phân tích đơn biến các yếu tố ảnh hưởng tới kết cục tử vong

Yếu tố	Tử vong			OR (95%CI)	P
		Không	Có		
Tuổi	≤60	11 (36,67%)	5 (23,81%)	1	0.335
	>60	19 (63,33%)	16 (76,19%)	1,85 (0,52 – 6,62)	
Giới	Nữ	15 (50%)	9 (42,86)	1	0.619
	Nam	15 (50%)	12 (57,14%)	1,33 (9,23 – 2,34)	
Điểm Glasgow lúc nhập viện	> 8	29(96,67%)	12 (57,14%)	1	0.0005
	≤ 8	1(3,33%)	9 (42,86%)	21.75 (1.75 - 269.6)	
Điểm NIHSS lúc nhập viện	≤ 15	15 (50,0%)	1 (4,76%)	1	0.0007
	> 15	15 (50,0%)	20 (95,24%)	20.0 (1.72 - 232.76)	
HATT	< 180	27 (90,0%)	8 (38,09%)	1	0.0001
	≥ 180	3(10,0%)	13(61,91%)	14.63 (2.43 - 87.93)	

HATT: huyết áp tâm thu ((mmHg).

Bảng 6. Mô hình hồi quy đa biến logistic yếu tố ảnh hưởng đến kết cục tử vong

Yếu tố	Tử vong	OR (95%CI)	p
Glasgow ≤ 8 điểm		9.23 (1.11–29.25)	0.0015
NIHSS > 15		3.23 (2.14–24.16)	0.0324
HATT≥180 mmHg		4.21 (1.21–15.54)	0.0012

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình 64,5 trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với hầu hết các nghiên cứu khác trong y văn trên bệnh nhân hội chứng động mạch não giữa ác tính, trong đó ghi nhận tuổi trung bình ở khoảng từ 60 đến 65 tuổi [2][3][6]. Nam là giới chiếm ưu thế trong nghiên cứu của chúng tôi (52,94%) cũng như trong hầu hết mọi nghiên cứu được công bố trong y văn trên bệnh nhân hội chứng động mạch não giữa ác tính [3][4].

Về độ nặng lâm sàng, đa số bệnh nhân của chúng tôi có biểu hiện lâm sàng ở mức độ nặng, với điểm NIHSS trung bình 20,33±7,79 điểm, trong đó 21,57% bệnh nhân ở mức độ rất nặng (NIHSS > 25 điểm). Biểu hiện lâm sàng ở mức độ nặng theo điểm NIHSS trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Paciaroni M và cộng sự, Kasler SE và cộng sự[5] có NIHSS trung bình lần lượt là 14,7 và 16. Có lẽ do những bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đến viện muộn hơn với thời gian nhập viện trung bình sau đột quỵ là 28,4 giờ. Điều này khẳng định thực sự hội chứng động mạch não giữa ác tính là một bệnh cảnh nặng nề, do động mạch não giữa là một trong những nhánh động mạch chính cấp máu cho não.

Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi là 41,18% tương tự với hầu hết các nghiên cứu khác trong y văn, trong đó ghi nhận tỷ lệ tử vong trung bình ở khoảng từ 41 – 80%[1][2].

Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến kết cục tử vong của bệnh nhân ở thời điểm xuất viện và sau 90 ngày, chúng tôi thấy: Điểm Glasgow thấp dưới 8 ngay từ đầu hoặc trong 24 giờ sau nhập viện là một yếu tố ảnh hưởng đến kết cục tử vong có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự số liệu của Brett L và cộng sự[6].

Điểm NIHSS cũng là một yếu tố ảnh hưởng tới kết cục tử vong. Trong nghiên cứu của chúng tôi những bệnh nhân có điểm NIHSS khi nhập viện cao trên 15 có tỷ lệ tử vong cao hơn gấp 3,23 lần so với nhóm còn lại. Số liệu của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Paciaroni M và cộng sự.

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ đột quỵ đã được ghi nhận từ lâu. Trị số huyết áp lúc nhập viện có nhiều ý nghĩa khác nhau. Một mặt nó thể hiện mức tăng huyết áp mạn tính của bệnh nhân, mặt khác nó là kết quả phản ứng của cơ thể với tình trạng thiếu máu não, với mục đích tăng cường tưới máu cho não. Tuy nhiên, huyết áp cao lúc khởi bệnh cũng có thể là chỉ điểm cho mức độ nặng của thiếu máu não, tức liên quan đến độ nặng của bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi những bệnh nhân có tăng huyết áp tâm thu trên 180mmHg có kết cục tử vong cao hơn nhóm còn lại gấp 4,21 lần. Số liệu của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Kasler SE và cộng sự[5].

V. KẾT LUẬN

Hội chứng động mạch não giữa ác tính là một thể bệnh nặng, xảy ra ưu thế ở nam giới. Kết cục tử vong trong bệnh viện và sau 90 ngày là 41,18%, với các yếu tố ảnh hưởng tới kết cục này là điểm NIHSS lúc nhập viện, điểm Glasgow lúc nhập viện và tình trạng tăng huyết áp của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Heinsius T, et al (1998). Large infarcts in the middle cerebral artery territory. Etiology and outcome patterns. *Neurology* 50(6): 1940-1943.
2. Treadwell SD, Thanvi B (2010): Malignant middle cerebral artery (MCA) infarction: pathophysiology, diagnosis and management. *Postgrad Med J* 86(1014): 235-242.
3. Lê Văn Thính (2003). Nhồi máu não lớn do tổn thương động mạch não giữa: đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân - *Y Học TP. Hồ Chí Minh* 7(4), tr. 63-67.
4. Nguyễn Hoàng Ngọc, Nguyễn Văn Thông, Nguyễn Thị Tâm, Đỗ Mai Huyền, (2007). Một số nhận xét lâm sàng của 48 bệnh nhân nhồi máu não diện rộng bán cầu. *Tạp chí Y Học Việt Nam*, tập 2 - số đặc biệt, tr.29-35.
5. Kasner SE, et al (2001). Predictors of fatal brain edema in massive hemispheric ischemic stroke. *Stroke* 32(9): 2117-2140.
6. Brett L, et al (2004): Early impairment in consciousness predicts mortality after hemispheric ischemic stroke. *Crit Care Med* 32(1): 241-246.
7. Cho SY, et al (2011). The prognostic factors that influence long-term survival in acute large cerebral infarction. *J Korean Neurosurg Soc* 49(2):92-98.

ĐIỀU TRA TÌNH HÌNH NUÔI TRỒNG, CHẾ BIẾN DƯỢC LIỆU TẠI XÃ MỄ SỞ CỦA TỈNH HƯNG YÊN

Đoàn Quang Huy*

TÓM TẮT

Qua điều tra quan sát trực tiếp các hộ dân Mễ Sở huyện Văn Giang, của tỉnh Hưng Yên để tìm hiểu nguồn dược liệu và kinh nghiệm thu hái, chế biến, bảo quản dược liệu chúng tôi đưa ra một số kết luận sau: Xã có trữ lượng nguồn dược liệu lớn và đa dạng, sản phẩm chính là Địa Liên, Cát căn, Ngưu Tất nam...Diện tích trồng dược liệu giảm đáng kể do giá thành không cao và giá bán ra thấp. Chưa có sự quan tâm của chính quyền địa phương cũng như chính sách của nhà nước, đa phần là những hộ có truyền thống nuôi trồng vẫn giữ lại nghề và có làm kinh tế khác. Nhân dân địa phương nơi đây có nhiều kinh nghiệm nuôi trồng, chăm sóc, chế biến dược liệu; do đó chất lượng thuốc bảo đảm tốt. Tuy nhiên hoạt động thu hái, chế biến, bảo quản chỉ dừng lại ở mức độ hộ gia đình nhỏ thô sơ, chủ yếu là bán thành phẩm cho đại lý, các công ty đến thu mua, chưa có kiểm nghiệm chất lượng.

SUMMARY

AN INVESTIGATION INTO THE ACTUAL SITUATION OF CULTIVATION AND PRODUCTION OF HERBAL AND MEDICINAL PLANTS IN ME SO 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 and experience in collecting, processing and preserving

medicinal herbs, we draw the following conclusions: The commune has a large and diversified source of medicinal herbs, the main products are *Pueraria thomsoni* Benth, *Kaempferia galanga* L, *Achyranthes aspera* L... Many medicinal plants are significantly reduced, the area of the plantation is narrowed due to the low cost of other crops, ornamental plants, fish. The first part sells out precariously. There is no interest of local government as well as other policies of the state, most of them are traditional farming households who retain their occupation and do other business. Local people here have a lot of experiences in aquaculture, care and processing, so the quality of medicines is good. However, the harvesting, processing and preserving activities are limited to the level of small, rudimentary households, mainly semi-finished products for agents, companies that come for procurement, unorganized and tested.

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

*Học viện Y Dược học cổ truyền Vn

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Quang Huy

Email: huydoanquang195@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2017

Ngày duyệt bài: 14.9.2017

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 xã Mễ Sở huyện Văn Giang 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 xã Mễ Sở huyện Văn Giang của 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 cắt 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 xã Mễ Sở huyện Văn Giang 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 tại xã Mễ Sở huyện Văn Giang

Bảng 3.1. Số lượng nguồn dược liệu tại xã Mễ Sở

STT	Tên gọi địa phương	Tên thuốc	Tên khoa học
1	Cát căn	Sắn dây	Pueraria thomsoni Benth
2	Địa liên	Địa liên	Kaempferia galanga L
3	Ngưu tất nam	Ngưu tất nam	Achyranthes aspera L
4	Bạc hà	Bạc hà	Mentha avensis L
5	Tô diệp	Tô diệp	Perilla ocymoides L

6	Tam thất nam	Tam thất nam	Kaempferia rotunda L
---	--------------	--------------	----------------------

Kết quả bảng 3.1. cho thấy số lượng cây thuốc còn lại tại xã Mễ Sở không nhiều.

Bảng 3.2. Sản lượng dược liệu tại xã Mễ Sở

S TT	Tên thuốc	Diện tích trồng (sào = 360m ²)	Sản lượng / năm (tấn)
1	Cát căn	30	20
2	Địa liên	2000	900
3	Ngưu tất nam	600	250
4	Bạc hà	50	14
5	Tô diệp	20	06
6	Tam thất nam	50	12

Kết quả bảng 3.2. cho thấy sản lượng nhiều nhất là Địa liên.

Bảng 3.3. Kinh nghiệm thu hái dược liệu tại xã Mễ Sở

STT	Tên thuốc	Thu hái	Bộ phận dùng
1	Cát căn	Tháng 11-12	Củ
2	Địa liên	Tháng 11-12	Củ
3	Ngưu tất nam	Tháng 10-11	Củ
4	Bạc hà	Tháng 5-6	Lá
5	Tô diệp	Tháng 6-7	Lá, cành
6	Tam thất nam	Tháng 11	Củ

3.2. Kinh nghiệm nuôi trồng, thu hái, chế biến dược liệu

❖ Bạc hà:

- Phần dùng làm thuốc: dùng toàn bộ phận ở trên mặt đất.

- Nuôi trồng và thu hái: trồng bằng mẫu thân hoặc thân ngầm. Có thể trồng bằng hạt nhưng rất ít áp dụng. Sau 3-4 tháng có thể cắt cây 3 hay 4 lần, lần thứ nhất vào tháng 6-7, sau đó cần xới và bón phân. Sau 2 tháng (vào cuối tháng 8 hay tháng 9) lại hái nữa vào lúc cây đang ra hoa nhiều. Nếu hái 4 lần thì có thể hái lứa đầu vào tháng 6-7, lứa thứ hai vào tháng 8-9, lứa thứ ba vào tháng 10-11, lứa thứ tư vào tháng 2-3. Có hai mùa trồng bạc hà là mùa xuân và thu. Mùa xuân vào các tháng 2-3, mùa thu vào các tháng 8-9. Tốt nhất là trồng vào mùa xuân vì cho năng suất cao nhất.

- Bào chế: Rửa qua, để ráo nước, cắt ngắn chừng 2cm, phơi trong râm cho khô.

- Hái về, bó lại từng bó, phơi chỗ mát cho khô hoặc nếu cắt tinh dầu thì phải cắt ngay hoặc để hơi héo mà cắt.

❖ Cát căn:

- Thu hái: trồng vào tháng 3-4, thu hái vào cuối tháng 11-12 âm lịch, khi thấy cây có hiện tượng xuống lá, xuất hiện nhiều phấn trắng trên

lá, lá bị rỗ lõm đốm, ngả màu. Khi thu hoạch cần tránh để xây xát củ, để đảm bảo chất lượng.

- Bào chế: Đào về bóc bỏ lớp vỏ bên ngoài, cắt thành khúc dài 8-15cm nếu đường kính quá lớn thì bổ dọc thành 2 nửa, có khi cắt lát thành từng miếng dày 0,5-1cm xông Lưu hoàng 3 lần, sau đó phơi nắng, tối sấy Lưu hoàng cho tới khô. Nếu muốn lấy bột thì say nhỏ gạn lấy tinh bột lọc đi lọc lại nhiều lần rồi sấy hoặc phơi khô.

- Cách chế bột sắn dây: Cạo vỏ xay gĩa cả củ nát bầy, lọc lấy nước ở trong đồ nước lạnh vào rồi lấy khăn mà lọc cho sạch xác, bụi bặm, đất, cát cần rồi để lắng xuống mới gạn lọc nước trên cứ như thế mỗi ngày thay nước một lần, mỗi khi đổ nước vào một lần phải lọc những nước đục đi, gạn lọc như thế 1 tháng đến khi nào thấy nước trong khuấy không đục nữa thì thôi. Lọc càng kỹ bột nước mới khỏi chua, chát, bột trắng, nhưng phải thay nước hàng ngày, bột không chua. Khi đã xong đổ bột ra miếng vải bằng để trên sạch khô phơi thành bột cất dùng.

- Bảo quản: đậy kín nơi khô ráo. Để mốc mọt, tránh ẩm

❖ Địa liên:

- Thu hái chế biến: thu hái vào mùa đông (tháng 11-2). Khi thân lá bắt đầu khô héo, đào lấy củ, rửa sạch đất cát, cắt bỏ rễ con, thái vát thành phiến mỏng 2-3mm, rồi phơi nắng hoặc sấy nhẹ đến thật khô. Tuyệt đối không được sấy than, củ sẽ bị đen, kém thơm. Địa liên mùi thơm mát, đặc biệt dễ chịu, vị cay tê. Loại địa liên khô, mùi thơm dịu, vị cay tê, da vàng ngà, thịt trắng, nhiều bột, sạch rễ con, không vụn nát, không mốc mọt, không lẫn tạp chất, củ to đường kính trên 1cm là tốt.

- Bảo quản: Địa liên dễ mốc và dễ bay mất tinh dầu thơm, nhưng hầu như không bị mọt. Cần để nơi khô ráo, mát, kín, chỉ nên sấy ở nhiệt độ thấp.

❖ Ngưu tất nam:

- Thu hái và chế biến: Thời gian thu hái từ tháng 10 đến tháng 12 (âm lịch), khi cây đã xuất hiện nhiều lá vàng, ở gốc lá đã rụng dần, cắt bỏ phần lá, thu gọn vào một chỗ. Dùng thuổng hoặc sà beng đào sâu bẩy đất lên để rễ khỏi bị đứt. Rửa sạch đặt ở rế, đem về rửa sạch, phơi ráo nước. Cắt bỏ rễ con, xông lưu huỳnh từ một đến hai đêm. Phơi âm can, hay nắng nhẹ, không nên phơi nắng to trên sân gạch, Ngưu tất sẽ bị khô xác. Phơi xong, phân loại to nhỏ, dài ngắn rồi bó thành từng bó đem bán

- Bảo quản: cất nơi thoáng, thoáng đem phơi âm can, nắng nhẹ.

❖ **Tía tô:** Tía tô có thể trồng được quanh năm.

Thu hái: Sau khi trồng 40 ngày là có thể thu hoạch. Thu hoạch đợt đầu bằng cách cắt chừa gốc 10 cm, sau đó tiếp tục chăm sóc cho cây tái sinh 15 - 20 ngày thu 1 lần. Cành tươi đem phơi khô dưới nắng nhỏ đến khi khô, đóng bao kín, đem bán. bảo quản nơi khô, mát, đem phơi lại sau 3-6 tháng.

- Sau mỗi đợt thu tiến hành làm cỏ, vun gốc kết hợp với tưới nước, phân

❖ **Tam thất nam:** Thu hái- chế biến; Cây Tam thất thu hoạch tháng 11-12. Rễ Tam thất ăn không sâu nên có thể dùng rơm hoặc cước nhỏ để thu hoạch. Đào lấy rễ, rửa sạch, cắt rễ nhỏ, phơi hoặc sấy khô cho đến lúc héo, lăn cho vỏ mềm rồi lại tiếp tục phơi hoặc sấy. Làm như vậy, 3-4 lần củ Tam thất rất chắc và cứng. Tam thất có màu nâu nhạt hoặc hơi xanh biếc.

Bảo quản: bao kín, để nơi khô ráo, thoáng mát, khoảng 2-3 tháng đem phơi dưới nắng nhẹ.

Nhận xét: Đa số các sản phẩm dược liệu đều được sơ chế, sau đó bán cho các vùng lân cận.

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

4.1. Về nguồn dược liệu: 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. 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.

Xã Mỹ Sở huyện Văn Giang nhiều dược liệu được trồng xen canh như dược liệu Địa liên, Tía tô, Kinh giới, được trồng xen canh với hoa màu như đậu, bắp... các cây thuốc trồng xen nhau khi thu hái loài này xong thì thu hái đến loại khác. Xã Mỹ Sở người dân ở đây còn trồng nhiều địa liên, vì loài này dễ trồng chung với bắp, đậu,

dưới tán cây ăn trái, trồng quanh ao cá. Trước đây xã này trồng loại Cúc Hoa diện tích nhiều nhưng hiện tại không còn là bao nhiêu chỉ vài hộ trồng cho vui, sử dụng cho gia đình. Trước đây là xã trồng cây thuốc Bạc Hà để chưng cất lấy tinh dầu, nhưng do giá thành không cao phần đầu bán ra khó khăn mà người dân ở đây không còn trồng nhiều nữa để chưng cất tinh dầu, chỉ trồng một lượng nhỏ làm rau, thuốc cho gia đình. Là xã có truyền thống trồng dược liệu, vì cơ cấu kinh tế phát triển nhanh mà lượng trồng dược liệu của xã giảm mạnh đáng kể những năm 2000 trở lại sau này.

Về sản lượng dược liệu, theo ghi nhận chung thì sản lượng xã Mỹ Sở huyện Văn Giang thì giảm nhiều so với hiện tại, với sản lượng này nếu người dân không thay đổi cơ cấu trồng cây cảnh, ăn trái khác hoặc nuôi cá, thì sản lượng sẽ giảm đáng kể về sau. Mặt khác Cây thuốc được trồng tự phát, phương pháp canh tác truyền thống chưa thực hiện theo hướng dẫn GACP-WHO do đó sản lượng không ổn định, ảnh hưởng đến sản xuất công nghiệp, chất lượng thành phẩm không ổn định.

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. Nhiều nơi các lương y đến đây lấy thuốc về bốc thuốc cho bệnh nhân. Mặt khác Cây thuốc được trồng tự phát, phương pháp canh tác truyền thống chưa thực hiện theo hướng dẫn GACP-WHO do đó. Chất lượng dược liệu chưa được kiểm soát chặt chẽ từ khâu chọn giống, nuôi trồng đến thu hái, chế biến, bảo quản.

4.2. Về kinh nghiệm thu hái, chế biến, bảo quản, sử dụng: Nhân dân tại các xã nghiên cứu có truyền thống nuôi trồng lâu đời do đó có nhiều kinh nghiệm trong việc nuôi trồng, chế biến dược liệu, điều này được thể hiện qua sản lượng và năng suất dược liệu bình quân. Tuy nhiên, việc thu hái, chế biến dược liệu trong vùng chỉ dừng lại ở mức độ thô sơ. Việc nuôi trồng dược liệu chủ yếu phục vụ cho mục đích thương mại, cung cấp dược liệu sống cho các vùng lân cận và nguyên liệu cho các nhà máy sản xuất dược phẩm.

4.3. Về lợi ích kinh tế và sự bảo tồn nguồn dược liệu: Tại xã Mỹ Sở, theo lời kể lại của nhân dân và cán bộ địa phương, sản lượng và thu nhập từ dược liệu ở thời điểm hiện tại chỉ bằng một phần rất nhỏ so với 10-15 năm trước đây. Theo sự phát triển của kinh tế xã hội, lợi nhuận kinh tế đem lại từ việc nuôi trồng và chế

biến dược liệu thua kém nhiều so với một số cây trồng khác, đặc biệt là cây cảnh. Do vậy, những vườn dược liệu trước đây dần được thay thế bằng các cây trồng khác.

Nếu so sánh với một số loại cây trồng lương thực, dược liệu cho thu nhập gấp 2-3 lần so với các cây trồng cổ điển như: lúa, ngô. Nếu so sánh với cây trồng mới như: cây cảnh, thì giá trung bình của các cây trồng dược liệu chỉ bằng phần nửa.

Hiện nay người ta có xu hướng quay trở về với cây thuốc và thuốc có nguồn gốc thiên nhiên tạo ra hơn là hóa chất làm thuốc. Xu hướng này đã tác động đến việc sản xuất, thu hái, chế biến, lưu thông, tiêu thụ và sử dụng dược liệu thảo mộc. Trong khi các tài liệu tra cứu về cây thuốc chủ yếu được viết trên sách, do đó hạn chế đối tượng sử dụng nhất là không phải là nhà chuyên môn muốn tìm hiểu sử dụng cây thuốc. Nhiều cây thuốc mà dân gian có thể bị nhầm lẫn trong sự xác định loài dựa theo tên phổ thông hay những loài có hình dạng giống nhau, rất dễ nhầm lẫn nếu thiếu sự mô tả tỷ mỉ đặc điểm hình thái và giải phẫu. Phát triển dược liệu để tạo ra các sản phẩm chăm sóc sức khỏe cũng đang là xu hướng chung của nhiều nước trên thế giới. Ở nước ta, làm được như vậy là hướng ứng thiết thực, hiệu quả chủ trương của Đảng và Nhà nước về ưu tiên kế thừa, bảo tồn, phát triển nguồn dược liệu trong nước.

V. KẾT LUẬN

Xã Mỹ Sở huyện Văn Giang của tỉnh Hưng Yên có trữ lượng nguồn dược liệu lớn và đa dạng, sản phẩm chính là Địa Liên, Cát căn, Ngưu Tất nam...

Nhân dân địa phương nơi đây có nhiều kinh nghiệm nuôi trồng, chăm sóc, chế biến có nhiều kinh nghiệm, do đó chất lượng thuốc bảo đảm tốt. Tuy nhiên hoạt động thu hái, chế biến, bảo quản chỉ dừng lại ở mức độ hộ gia đình nhỏ thô sơ.

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.

KẾT QUẢ VI PHẪU NỐI ỐNG DẪN TINH MÀO TINH ĐIỀU TRỊ VÔ TINH DO NGUYÊN NHÂN TẮC ĐƯỜNG DẪN TINH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoài Bắc^{1,2}, Nguyễn Cao Thắng¹, Bùi Cảnh Vin¹

TÓM TẮT

Hiện nay, vô sinh nam giới đang là mối quan tâm lớn trong vấn đề sức khỏe sinh sản của cộng đồng. Việc nghiên cứu tìm ra các biện pháp điều trị vô sinh hiệu quả, giúp cho các cặp vợ chồng có đủ số con cần thiết mang một ý nghĩa xã hội sâu sắc. Chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm đánh giá kết quả vi phẫu nối ống dẫn tinh mào tinh điều trị vô tinh do nguyên nhân tắc đường dẫn tinh để từ đó rút ra các bài học kinh nghiệm ban đầu trong vi phẫu phục hồi lưu thông đường dẫn tinh tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Sử dụng phương pháp thống kê để mô tả số liệu của 16 bệnh nhân đầu tiên, chúng tôi thu được kết quả như sau: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 32,19 (27- 43), tuổi trung bình của vợ là 29,31 (21-36), phần lớn trong nhóm nghiên cứu là vô sinh nguyên phát (14/16 bệnh nhân) với thời gian vô sinh là 3,3 (1-8) năm, tiền sử mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục và tiền sử chọc hút mào tinh hoàn trước đó là đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu gặp ở 6/16 bệnh nhân. 16 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn với tổng số bên nối là 26 bên (10 bệnh nhân nối hai bên, 6 bệnh nhân nối một bên) đã mang lại kết quả lưu thông miệng nối là 6/16 trường hợp, tỉ lệ làm ICSI đạt 7/16 bệnh nhân, và tỉ lệ có thai nói chung là 7/16 cặp vợ chồng trong đó có 2/6 cặp vợ chồng có thai tự nhiên còn lại 5/7 cặp có thai từ tinh trùng đông lạnh nhờ biện pháp tiêm tinh trùng vào bào tương trứng. Tỉ lệ sinh sống đạt 6/7 bệnh nhân, có một trường hợp bị thai lưu vào tháng thứ 3 của thai kỳ. Qua kết quả này, chúng tôi nhận thấy rằng vi phẫu nối ống dẫn tinh mào tinh đang mở ra một xu hướng mới để điều trị vô tinh do nguyên nhân tắc đường dẫn tinh. Tuy nhiên, đây là một phẫu thuật phức tạp đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm và kỹ thuật phải thuần thục về kỹ năng, và cần nhiều nghiên cứu với số bệnh nhân lớn hơn để đưa ra kết luận chính xác về hiệu quả của phương pháp phẫu thuật này.

Từ khóa: Nối ống dẫn tinh mào tinh, vô tinh do tắc, vô sinh, mào tinh, tinh trùng, tỉ lệ có thai, lưu thông miệng nối.

Các chữ viết tắt:

ICSI: Tiêm tinh trùng vào bào tương trứng

MESA: Vi phẫu hút tinh trùng từ mào tinh hoàn

NOA: Vô tinh không do nguyên nhân tắc đường dẫn tinh

PESA: Chọc hút tinh hoàn tìm tinh trùng

OA: Vô tinh do nguyên nhân tắc đường dẫn tinh

SUMMARY

OUTCOMES OF MICROSURGICAL EPIDIDYMOVASOSTOMY FOR OBSTRUCTIVE AZOOSPERMIA AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Male infertility is becoming a serious problem in public health so that studying to find out an effective treatment has deep social significance. We conducted this research to evaluate the results of microsurgical vasoepididymostomy for obstructive azoospermia from which to draw the initial experienced lessons about technique of microsurgical reconstruction of seminal tract at Hanoi medical university. Using statistical methods to describe the data of 16 eligible patients, we obtained the following results: history of sexually transmitted infection and a history of PESA or TESA were seen in 6/16 patients. 16 patients with a total of 26 reconstructed sides (10 patients with two sides, 6 patients with one side) have achieved a patency rate of 6/16 patients, an ICSI rate of 7/16 patients and overall pregnancy rates of 7/16 patients (including; 2 patients achieved by natural means and 5 achieved by ICSI from frozen sperm soon after the operation). The live birth rate was 6/7 of patients. There was one case of stillbirth at the 3rd month of pregnancy period. Through these results we found that microsurgical vasoepididymostomy is opening up a new trend to treat men with obstructive azoospermia. However, microsurgical vasoepididymostomy is a complex reconstructive technique that requires the surgeon must be experienced and surgical team must be matured in microsurgical skills. We still need more researches with a larger number of patients to be able to conclude about the effectiveness this operation.

Keywords: epididymovasostomy, obstructive azoospermia, infertility, epididymis, spermatozoa, natural pregnancy, patency rate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo tổ chức y tế thế giới (WHO), một cặp vợ chồng quan hệ tình dục đều, không dùng bất cứ biện pháp tránh thai nào trong vòng 12 tháng mà không có thai tự nhiên được coi là vô sinh. Các thống kê cho thấy khoảng 15% các cặp vợ chồng không thể có con tự nhiên trong vòng năm đầu chung sống với nhau cần có sự trợ giúp về y tế. Trong đó, nguyên nhân hoàn toàn do người nam chiếm khoảng 20%, nguyên nhân một phần do nam giới chiếm 30-40%. Như vậy nguyên nhân liên quan đến người nam giới chiếm khoảng 60% [1].

Có nhiều nguyên nhân gây vô sinh ở nam giới, trong đó vô tinh được coi là một trong

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Bộ Môn Ngoại Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoài Bắc

Email: drbac.uro@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2017

Ngày duyệt bài: 14.9.2017

những nguyên nhân nghiêm trọng vì rất khó chẩn đoán và khó điều trị. Theo thống kê, vô tinh chiếm tỉ lệ dưới 2% trong quần thể nam giới nói chung và khoảng 15-20% trong quần thể nam giới vô sinh. Vô tinh được chia thành hai loại; vô tinh do nguyên nhân tắc đường dẫn tinh (obstructive azoospermia- OA) và do nguyên nhân không do tắc (nonobstructive azoospermia- NOA).

Vô tinh do nguyên nhân tắc đường dẫn tinh chiếm khoảng 40% các trường hợp và được coi là nguyên nhân có thể điều trị khỏi bằng phẫu thuật [2]. Trong đó, phẫu thuật lập lại lưu thông ống dẫn tinh mào tinh là biện pháp duy nhất giúp cho các cặp vợ chồng có con một cách tự nhiên mà không cần phải dùng đến các biện pháp hỗ trợ sinh sản [3].

Tại Việt Nam, các phẫu thuật nối ống dẫn tinh vào ống dẫn tinh để phục hồi lưu thông đường dẫn tinh cũng đã được áp dụng để điều trị cho các trường hợp thắt ống dẫn tinh triệt sản như báo cáo của tác giả Trần Quán Anh và CS. Tuy nhiên, phẫu thuật nối ống dẫn tinh vào mào tinh vi phẫu thì mãi tới những năm gần đây mới có điều kiện triển khai ở một số ít cơ sở.

Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chúng tôi cũng đã tiến hành phẫu thuật khôi phục lưu thông đường dẫn tinh cho những bệnh nhân vô tinh do tắc từ đầu năm 2013, bằng phương pháp nối ống dẫn tinh vào mào tinh vi phẫu. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: "*Đánh giá kết quả vi phẫu nối ống dẫn tinh mào tinh điều trị vô tinh do nguyên nhân tắc đường dẫn tinh tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*" nhằm mục tiêu sau:

1. *Đánh giá kết quả phẫu thuật nối ống dẫn tinh mào tinh của 16 bệnh nhân đầu tiên.*

2. *Rút ra những bài học kinh nghiệm bước đầu trong vi phẫu nối ống dẫn tinh mào tinh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân chậm con được chẩn đoán vô tinh do nguyên nhân tắc đường dẫn tinh đến khám tại bệnh viện đại học Y Hà Nội từ tháng 7 năm 2014 đến tháng 4 năm 2015.

2.1.2 Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Những bệnh nhân vô tinh do tắc ống dẫn tinh mào tinh đơn thuần.
- Những bệnh nhân được nối ống dẫn tinh mào tinh vi phẫu một hoặc hai bên.
- Bệnh nhân đến tái khám đầy đủ theo đúng qui trình, thời gian theo dõi ít nhất 3 tháng.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những bệnh nhân có cả yếu tố vô sinh thuộc về phía người vợ.

- Những bệnh nhân vô tinh do OA, MESA có tinh trùng nhưng không thể tiến hành nối ống dẫn tinh mào tinh vi phẫu do vị trí tắc nằm ở đầu xa của đường dẫn tinh hoặc do dị dạng bất thường đường dẫn tinh (lòng ống dẫn tinh đặc).

- Những bệnh nhân không theo dõi được.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Chẩn đoán vô tinh do nguyên nhân tắc đường dẫn tinh: Bệnh nhân được chẩn đoán vô tinh sau khi đã xét nghiệm cận li tâm với tốc độ 3000 vòng/phút, soi dưới vật kính lớn mà không thấy tinh trùng cũng như tế bào gốc dòng tinh. Bệnh nhân được chẩn đoán vô tinh do OA dựa vào:

Khám lâm sàng: Tinh hoàn hai bên nằm trong bìu, mật độ và kích thước bình thường. Mào tinh hoàn căng to, ống dẫn tinh sờ rõ.

Xét nghiệm cận lâm sàng và siêu âm:

Các xét nghiệm LH, FSH, Testosteron nằm trong giới hạn bình thường. Siêu âm tinh hoàn hai bên cho thấy tinh hoàn có kích thước và mật độ trong giới hạn bình thường, mào tinh hoàn căng to, các ống mào tinh hoàn giãn. Siêu âm qua trực tràng không thấy bất thường về túi tinh và tuyến tiền liệt.

Các xét nghiệm về nhiễm sắc thể cũng như các đột biến mất đoạn nhỏ trên nhiễm sắc thể giới tính Y bình thường.

Tìm thấy tinh trùng trong dịch hút từ mào tinh:

Chẩn đoán chính xác vô tinh do OA khi chúng tôi tìm thấy tinh trùng từ mào tinh hoàn qua thao tác vi phẫu hút tinh trùng từ mào tinh hoàn (MESA) trước khi tiến hành nối. Các trường hợp không tìm thấy tinh trùng sau khi MESA chúng tôi chỉ tiến hành sinh thiết tinh hoàn nhiều điểm dưới kính vi phẫu để tìm tinh trùng mà không tiến hành nối.

2.2.2. Đánh giá sau phẫu thuật: Sau phẫu thuật bệnh nhân được hẹn tái khám định kỳ 3 tháng một lần. Mỗi lần đến khám bệnh nhân được tiến hành khám lâm sàng, xét nghiệm nội tiết tố và tinh dịch đồ.

Kết quả của phẫu thuật được đánh giá thông qua các tỉ lệ

- Tỉ lệ lưu thông miệng nối: Số người có tinh trùng trong tinh dịch sau khi phẫu thuật.
- Tỉ lệ ICSI (Intra-cytoplasmic sperm injection): Số người làm ICSI/ tổng số bệnh nhân.
- Tỉ lệ có thai: Số người có thai/tổng số bệnh nhân.
- Tỉ lệ có thai tự nhiên: Số người có thai/số người có tinh trùng trong tinh dịch khi xuất tinh.
- Tỉ lệ có thai do ICSI: Số người có thai/Số người làm ICSI.

– Tỷ lệ sinh sống: Số bà mẹ sinh con khỏe mạnh/ tổng số người có thai.

– Tỷ lệ thai lưu: Số người thai lưu/số người có thai.

2.2.4. Xử lý số liệu: Số liệu thu được chúng tôi tiến hành xử lý theo phương pháp thống kê mô tả các giá trị trung bình và tỷ lệ của các biến số nghiên cứu bằng phần mềm SPSS.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu đã tuân thủ các quy định về đạo đức nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và được Hội đồng đạo đức của Bệnh viện chấp nhận. Ngoài ra, các đối tượng tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện và có quyền rút khỏi nghiên cứu khi không muốn tham gia nghiên cứu. Các thông tin liên quan đến người tham gia nghiên cứu được đảm bảo bí mật.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 7/2014 đến 4/2015, chúng tôi có 24 bệnh nhân được chẩn đoán vô tinh do tắc ống dẫn tinh mào tinh. Chúng tôi đã tiến hành nối ống dẫn tinh mào tinh vi phẫu theo kiểu tận bên 1 lớp cho 16 bệnh nhân, với tổng số bên nối là 26 bên (10 bệnh nhân nối 2 bên, 6 bệnh nhân nối 1 bên). Số liệu của 16 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào phân tích.

Bảng 3.1. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Các đặc điểm	Kết quả
Tuổi bệnh nhân (năm)	32,19 (27- 43)
Tuổi vợ bệnh nhân (năm)	29,31 (21-36)
Thời gian chậm con (năm)	3,3 (1-8)
Chậm con I	14/16
Chậm con II	2/16

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 32,19 tuổi. Người trẻ tuổi nhất là 27, người lớn tuổi nhất là 43. Đa phần bệnh nhân đến khám là chậm con hiếm muộn tiên phát (14/16 bệnh nhân) với thời gian chậm con trung bình 3,3 năm.

Bảng 3.2. Đặc điểm tiền sử của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Các đặc điểm tiền sử	Tỷ lệ
Các bệnh lây truyền qua đường tình dục	6/16
Chọc hút mào tinh hoàn tìm tinh trùng	4/16
Chọc hút tinh hoàn tìm tinh trùng	2/16
Chẩn thương tinh hoàn	3/16
Không có tiền sử đặc biệt	7/16

Nhận xét: Có 6/16 các trường hợp đã được chọc hút tinh hoàn mà mào tinh hoàn chẩn đoán trước khi tiến hành phẫu thuật.

Bảng 3.3. Kết quả phẫu thuật

Các chỉ tiêu đánh giá	Kết quả
Thời gian phẫu thuật (phút)	275(180- 400)
Tỷ lệ lưu thông miệng nối	6/16
Tỷ lệ ICSI	7/16

Tỷ lệ có thai	7/16
Tỷ lệ có thai tự nhiên	2/6
Tỷ lệ có thai do ICSI	5/7
Tỷ lệ thai lưu	1/7
Tỷ lệ sinh sống	6/7

Nhận xét: Tỷ lệ lưu thông miệng nối là 6/16 bệnh nhân, tỷ lệ có thai là 7/16 bệnh nhân, tỷ lệ làm ICSI là 7/16 bệnh nhân, tỷ lệ có thai do ICSI 5/7 bệnh nhân, có thai tự nhiên 2/6 bệnh nhân.

Bảng 3.4. Các biến chứng sau phẫu thuật

Các biến chứng	Kết quả
Nhiễm trùng	1/16
Tụ máu vùng bìu	1/16
Teo tinh hoàn sau mổ	0

Nhận xét: các biến chứng của vi phẫu nối ống dẫn tinh mào tinh tương đối nhẹ.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình của bệnh nhân là 32,19 tuổi cao hơn so với tuổi trung bình trong nghiên cứu của Alayman Hussein, 28,6±6,2 tuổi. Phần lớn đối tượng trong nghiên cứu là vô sinh nguyên phát với thời gian vô sinh trung bình là 3,3 năm. Tuổi của nam giới càng cao thì khả năng sinh sản càng giảm, thời gian vô sinh càng cao thì mức độ vô sinh càng khó.

Ngoài ra, chúng tôi nhận thấy có 6/16 trường hợp có tiền sử mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục và 6/6 trường hợp đã được can thiệp chọc hút mào tinh hoàn và tinh hoàn để chẩn đoán. Đây là những yếu tố là ảnh hưởng nhiều đến kết quả phẫu thuật. Viêm nhiễm đường sinh dục nói chung và mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục nói riêng được các tác giả cảnh báo như những yếu tố nguy cơ gây vô sinh nam. Chọc hút mào tinh hoàn và tinh hoàn sẽ làm ảnh hưởng đến tính toàn vẹn của mào tinh hoàn cũng như tinh hoàn, làm hàng rào máu tinh hoàn bị phá vỡ từ đó gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến quá trình sinh tinh và sinh kháng thể kháng tinh trùng. Chính vì vậy, EAU đã khuyến cáo chúng ta không nên tiến hành chọc hút tinh hoàn và mào tinh hoàn chỉ với mục đích chẩn đoán.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng phương pháp nối một lớp theo kiểu tận bên. Theo nhiều tác giả, phương pháp nối một lớp có ưu điểm là đơn giản hơn và nhanh hơn các phương pháp nối hai lớp. So với Alayman, tác giả có cùng phương pháp nối một lớp, thời gian phẫu thuật của chúng tôi dài hơn đáng kể. Tuy nhiên, chúng tôi tính cả thời gian MESA. Cả 16 bệnh nhân chúng tôi đều cố gắng lấy tinh trùng để trữ đông bằng cách này. Công đoạn này thường chiếm mất khoảng 60-90 phút.

Còn kết quả lưu thông miệng nối giữa các phương pháp nói chung là tương đương nhau, các tỉ lệ lưu thông miệng nối được báo cáo dao động từ 70-88%. Trong nghiên cứu của Joro Eguchi, tỉ lệ lưu thông là 5/9 (55,6%), trong nghiên cứu của Alayman Hussein, tỉ lệ này là 6/9 (66,7%), kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ này chỉ đạt 6/16 (37,5%). Kết quả này thấp hơn của các tác giả khác, theo chúng tôi là do những yếu tố sau: Kết quả nối ống dẫn tinh mào tinh vi phẫu phụ thuộc nhiều vào các yếu tố cả về phía bệnh nhân và thầy thuốc.

Những yếu tố về phía bệnh nhân như tiền sử của bệnh và số lượng bên nối. Thực tế, trong nghiên cứu này chúng tôi có 6 bệnh nhân đã được chọc hút (4 chọc hút mào tinh, 2 chọc hút tinh hoàn) nhiều lần tìm tinh trùng để chẩn đoán. Kết quả là không một bệnh nhân nào trong số 6 bệnh nhân trên có tinh trùng trong tinh dịch sau mổ. Cả 6 bệnh nhân này mặc dù có thấy tinh trùng khi MESA, nhưng chất lượng tinh trùng rất kém và chúng tôi đã phải MESA rất nhiều vị trí thì mới lấy đủ lượng tinh trùng cần thiết để trữ đông. Ngoài ra, mào tinh hoàn ở những bệnh nhân này cũng bị xơ hóa nhiều đoạn do quá trình chọc hút trước đây gây xơ hóa mào tinh. Chúng tôi cho rằng, chính những điều này đã ảnh hưởng đến kết quả lưu thông miệng nối của phẫu thuật. Cũng trong nghiên cứu này, mặc dù số lượng bệnh nhân là 16 ca nhưng thực tế số bên phẫu thuật được chỉ là 26 bên, trong đó có 10 bệnh nhân nối được 2 bên còn lại 6 bệnh nhân chỉ nối được 1 bên. Một điều thú vị khác mà chúng tôi nhận thấy là cả 6 bệnh nhân chỉ nối được 1 bên lại chính là những bệnh nhân có tiền sử chọc hút tinh hoàn hoặc mào tinh trước đó, thậm chí một số bệnh nhân chúng tôi phải tiến hành nối theo kiểu bypass phải trái hoặc trái phải.

Những yếu tố về phía thầy thuốc như: kinh nghiệm phẫu thuật, chỉ định phẫu thuật cũng là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật. Theo nhiều tác giả tỉ lệ lưu thông càng cao khi số lượng phẫu thuật càng lớn do hiệu ứng đường con học tập (learning curve effect). Trong nghiên cứu này đây mới chỉ là 16 ca bệnh đầu tiên chúng tôi tiến hành nối ống dẫn tinh mào tinh vi phẫu, kinh nghiệm phẫu thuật viên về phẫu thuật này chưa nhiều, kỹ năng phẫu thuật cũng chưa thực sự thành thục về kỹ năng phẫu thuật vi phẫu.

Tuy nhiên, tỉ lệ có thai nói chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 7/16 bệnh nhân (43,75%), so với tỉ lệ 33,3% (3/9) của tác giả

Joro Eguchi và 31,1% (19/61) của tác giả Jae-Seung Paick. Trong đó, có 2 bệnh nhân có bệnh nhân có thai tự nhiên, 5 bệnh nhân thai do làm ICSI từ tinh trùng đông tinh. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ có thai, một trong các yếu tố đó là tuổi của người vợ. Người ta nhận thấy sự sinh sản của phụ nữ bắt đầu giảm từ tuổi 30, với một sự suy giảm rõ ràng hơn vào cuối những năm 30 và mất dần khả năng sinh sản từ tuổi 35- 40. Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình của người vợ còn tương đối trẻ khoảng 29,31 (21-36) tuổi. Tuổi trẻ là yếu tố tiên lượng tốt cho cả việc có thai tự nhiên cũng như việc có thai từ ICSI. Cũng trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy trong số 6 bệnh nhân có tinh trùng trong tinh dịch sau phẫu thuật thì có 3 bệnh nhân đã tiến hành ICSI ngay sau phẫu thuật 1 tháng và 2 vì thời gian vô sinh quá lâu nên bệnh nhân không muốn chờ đợi thêm nữa. 3 bệnh nhân còn lại đã có thai tự nhiên vào tháng thứ 3 và tháng thứ 4 sau phẫu thuật. Điều này cho phép suy luận rằng, nếu có một thời gian chờ đợi theo dõi đủ dài (khoảng 12 chu kỳ) thì tỉ lệ có thai tự nhiên trong nghiên cứu này sẽ tăng lên.

V. KẾT LUẬN

Với kết quả của 16 bệnh nhân đầu tiên, chúng tôi nhận thấy nối ống dẫn tinh mào tinh vi phẫu là một phẫu thuật phức tạp đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm và kỹ năng phẫu thuật phải thuần thục. Phẫu thuật này cũng mang lại kết quả lưu thông miệng nối và có thai tự nhiên đáng khích lệ. Tuy nhiên, cần phải tiến hành nhiều nghiên cứu hơn nữa để hoàn thiện kỹ thuật cũng như đưa ra các chỉ định hợp lý để tiến hành phẫu thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jarow, J., M. Sigman, and e. all (2010). The Optimal Evaluation of the Infertile Male: AUA Best Practice Statement.
2. Jarow, J. and M. Sigman. (2010). The Evaluation of the Azoospermic Male: AUA Best Practice Statement. *AUA guideline on Male infertility*.
3. Jarow, J., C.M. Sigman, and e. all (2010). The Management of. Obstructive Azoospermia: AUA Best Practice Statement. *AUA guideline*.
4. Silber, S.J (1978). Microscopic vasoepididymostomy: specific microanastomosis to the epididymal tubule. *Fertil Steril*. **30(5)**: 565-571.
5. Thomas, A.J., Jr (1987). Vasoepididymostomy. *Urol Clin North Am*. **14(3)**: 527-538.
6. Berger, R.E (1998). Triangulation end-to-side vasoepididymostomy. *J Urol*. **159(6)**: 1951-1953.
7. Marmar, J.L (2000). Modified vasoepididymostomy with simultaneous double needle placement, tubulotomy and tubular invagination. *J Urol*. **163(2)**: 483-486.

THỰC TRẠNG NHIỄM KHUẨN VẾT MỔ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI KHOA PHẪU THUẬT TIÊU HÓA BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Trần Thị Minh Tâm*, Lê Văn Thêm*, Dương Hồng Thảo*

TÓM TẮT

Với mục tiêu: Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ và mô tả một số yếu tố liên quan tới nhiễm khuẩn vết mổ của bệnh nhân phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2015. **Phương pháp nghiên cứu:** ngang có phân tích trên 120 bệnh nhân sau phẫu thuật ≥ 3 ngày điều trị nội trú tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là 5,83%. Một số yếu tố liên quan tới nhiễm khuẩn vết mổ: Giới tính, tuổi, chiều dài vết mổ và BMI không có sự liên quan với nhiễm khuẩn vết mổ; Mổ cấp cứu có tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ cao hơn mổ nội soi (15,79% và 3,96%) với $p < 0,05$. Tỷ lệ NKVM trên bệnh nhân mổ mở (8,86%) cao hơn bệnh nhân mổ nội soi (0%). Thời gian mổ kéo dài > 120 phút có tỷ lệ NKVM cao hơn thời gian mổ ≤ 120 phút (10,71% và 1,56%) với $p < 0,05$. Vết mổ nhiễm và vết mổ bẩn có nguy cơ bị NKVM cao hơn vết mổ sạch, sạch nhiễm (20% và 13,04%) $p < 0,05$. Bệnh lý gây suy giảm miễn dịch kèm theo sẽ làm tăng nguy cơ bị NKVM (16,67%) $p < 0,05$.

Từ khoá: Nhiễm khuẩn vết mổ

SUMMARY

CURRENT STATUS OF SURGICAL WOUNDS INFECTION AND ITS RELATING FACTORS AT DIGESTIVE SURGERY DEPARTMENT OF VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Purposes: to determine the rate of surgical wounds infection (SWI) and to describe its relating factors of patient under surgeries at the Digestive Surgery department of Viet Duc University Hospital in 2015. **Methodology:** Cross-sectional study with analysis of 120 patients at ≥ 3 days after surgery under treatments at the digestive surgery department of Viet Duc University Hospital. **Results:** SWI rate were 5.83%. Factors related to SWI: Gender, age, surgical wounds length, BMI did not correlate to SWI; the SWI rate was higher in emergency surgery compared with regular surgery (15.79% vs 3.96%) at $p < 0.05$. The SWI rate was higher in open surgery at 8.86% compared with surgical endoscopy at 0%. SWI rate was higher in surgical duration over 120 minutes compared with its in surgical duration lower or equal 120 minutes (10.71% vs 1.56%) at $p < 0.05$. Dirty-infected surgical wounds had a higher risk of SWI compared with clean-infected surgical wounds (20%

vs 13.04%) at $p < 0.05$. Immunodeficiency disease led to increase risk of SWI (16.67%) at $p < 0.05$.

Keywords: surgical wounds infection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) gây nên nhiều hậu quả nghiêm trọng cho bản thân người bệnh, cho nhân viên y tế và cả cộng đồng, làm tăng thời gian nằm viện và tỷ lệ tử vong, về kinh tế làm tăng chi phí điều trị. Theo thống kê của Nada T và cộng sự (1990), ở người bệnh có nhiễm khuẩn làm tăng thời gian nằm viện (trung bình 4 – 8 ngày), chi phí cho một người người nằm viện từ 1000 – 8000 USD. Nhiễm khuẩn bệnh viện làm tăng kháng thuốc gây khó khăn cho điều trị. Hiện nay, nhiễm khuẩn vết mổ vẫn là một trong những mối đe dọa đối với các bệnh nhân phẫu thuật (BNPT) trên toàn thế giới, số BN NKVM ước tính hàng năm trên toàn cầu 2 triệu người. Tại Mỹ, số ngày nằm viện gia tăng trung bình do NKVM là 7,4 ngày, chi phí phát sinh hàng năm khoảng 130 triệu USD [5]. Năm 2008, theo nghiên cứu tại bệnh viện Việt Đức tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là 8,5% [3]. Tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ vẫn đang là vấn đề cấp thiết, hơn nữa nhiễm khuẩn vết mổ tiêu hóa đang là loại nhiễm khuẩn vết mổ chiếm tỷ lệ cao. Vì vậy tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài: “Thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ và một số yếu tố liên quan tại khoa phẫu thuật Tiêu hóa - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức” với mục tiêu:

1. *Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ của bệnh nhân phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2015.*

2. *Mô tả một số yếu tố liên quan tới nhiễm khuẩn vết mổ của bệnh nhân phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2015.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân sau phẫu thuật ≥ 3 ngày điều trị nội trú tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian tháng 5- 6/2015.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người bệnh đồng ý tham gia vào nghiên cứu trên tinh thần tự nguyện - Người bệnh có đủ khả năng nghe nói, biết chữ và không bị hoặc nghi ngờ mắc các rối loạn về tâm thần.

*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Minh Tâm
Email: tranthiminhtam12@gmail.com
Ngày nhận bài: 11.7.2017
Ngày phản biện khoa học: 5.9.2017
Ngày duyệt bài: 14.9.2017

- Người bệnh không có các dấu hiệu của tổn thương về tinh thần và nhận thức ảnh hưởng đến việc trả lời hoàn thiện bộ câu hỏi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu ngang có phân tích.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu sẽ được tính theo công thức sau:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot \frac{pq}{e^2}}$$

*Trong đó: n: cỡ mẫu (số người bệnh) cần nghiên cứu

-p: tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ theo nghiên cứu của Nguyễn Đức Chính (2008) tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là 8,5%[3].

-q: 100% - p = 91,5%; e: 5%

-Chọn $\alpha = 5\% \Rightarrow Z(1 - \alpha/2) = 1,96$

Như vậy cỡ mẫu tối thiểu cho điều tra người bệnh đang điều trị tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa là 120 bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Một số đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu

Tuổi	Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)
≤18	1	0,83%
18-30	10	8,33%
31-50	29	24,17%
51-70	62	51,67%
>70	18	15%
Tổng	120	100%

Nhận xét: Nhóm tuổi từ 51-70 chiếm tỷ lệ cao nhất 51,67%, nhóm tuổi ≤18 chiếm tỷ lệ thấp nhất 0,83%.

Bảng 2. Giới của đối tượng nghiên cứu

Giới	Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)
Nam	78	65%
Nữ	42	35%
Tổng	120	100

Nhận xét: Tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới (65% và 35%).

Bảng 3. Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

Nghề nghiệp	Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)
Nông dân	38	31,67
Công nhân	8	6,67
Nội trợ	1	0,83
Buôn bán, tiểu thương	16	13,33
Giáo viên	1	0,83
Nhân viên y tế	2	1,67
Văn phòng	5	4,16

Học sinh, sinh viên	3	2,50
Hưu trí	29	24,17
Khác	17	14,17
Tổng	120	100

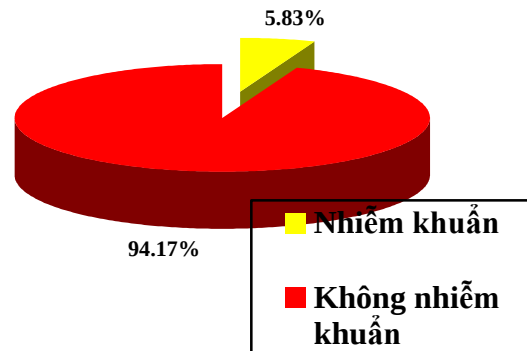
Nhận xét: Tỷ lệ nghề nghiệp là nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất 31,67%, tiếp đó là cán bộ hưu trí chiếm 24,17%. Tỷ lệ bệnh nhân làm nhân viên y tế, giáo viên, nội trợ chiếm tỷ lệ thấp nhất lần lượt là 1,67%, 0,83% và 0,83%.

Bảng 4. Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu.

Trình độ học vấn	Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)
Tiểu học	23	19,17%
Trung học cơ sở	40	33,33%
Phổ thông trung học	26	21,67%
Trung cấp	18	15,00%
Cao đẳng/ Đại học/ Sau đại học	13	10,83%
Tổng	120	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có trình độ học vấn trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất là 33,33%, tỷ lệ bệnh nhân có trình độ học vấn cao đẳng/Đại học chiếm tỷ lệ thấp nhất là 10,83%.

3.2. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ



Biểu đồ 1: Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là 5,83% và không nhiễm khuẩn vết mổ là 94,17%.

3.3. Các yếu tố liên quan:

Bảng 5. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ theo giới:

Giới	Nhiễm khuẩn		Không nhiễm khuẩn		p
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Nam (n=78)	3	3,85	75	96,15	p=0,209
Nữ (n=42)	4	9,52	38	90,48	

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ của nữ cao hơn nam (9,52% và 3,85%). Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 6. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Nhiễm khuẩn		Không nhiễm khuẩn		p
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	
≤50 tuổi (n=40)	2	5	38	95	p>0,05
>50 tuổi (n=80)	5	6,25	75	93,5	

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ ở bệnh nhân >50 tuổi cao hơn bệnh nhân ≤ 50 tuổi (6,25% và 5%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 7. Môi liên quan giữa nhiễm khuẩn vết mổ và kế hoạch phẫu thuật

Kế hoạch phẫu thuật	Nhiễm khuẩn		Không nhiễm khuẩn		p
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Mổ cấp cứu (n=19)	3	15,79	16	84,21	p=0,044
Mổ phiên (n=101)	4	3,96	97	96,04	

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trong mổ cấp cứu cao hơn mổ phiên (15,79% và 3,96%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 8. Môi liên quan giữa nhiễm khuẩn vết mổ và cách thức phẫu thuật

Cách thức phẫu thuật	Nhiễm khuẩn		Không nhiễm khuẩn	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Mổ nội soi (n=42)	0	0	42	100
Mổ mở (n=78)	7	8,86	71	91,14

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trên bệnh nhân mổ mở là 8,86%, cao hơn trên bệnh nhân mổ nội soi là 0%.

Bảng 9. Môi liên quan giữa nhiễm khuẩn vết mổ và thời gian phẫu thuật

Thời gian	Nhiễm khuẩn		Không nhiễm khuẩn		p
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
≤120 phút (n=64)	1	1,56	63	98,44	p=0,033
>120 phút (n=56)	6	10,71	50	89,29	

Nhận xét: Bệnh nhân của ca phẫu thuật có thời gian >120 phút có tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ

cao hơn bệnh nhân của ca phẫu thuật có thời gian ≤120 phút (10,71% và 1,56%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 10. Môi liên quan giữa nhiễm khuẩn vết mổ và loại vết mổ

Loại vết mổ	Nhiễm khuẩn		Không nhiễm khuẩn		p
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Sạch, sạch-nhiễm (n=87)	2	2,30	85	97,70	p=0,018
Nhiễm (n=10)	2	20,00	8	80,00	
Bẩn (n=23)	3	13,04	20	86,96	

Nhận xét: Vết mổ sạch, sạch nhiễm có tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là 2,3%, vết mổ nhiễm có tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ cao nhất là 20% và vết mổ bẩn có tỷ lệ nhiễm khuẩn là 13,04%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 11. Môi liên quan giữa nhiễm khuẩn vết mổ và bệnh lý gây suy giảm miễn dịch kèm theo.

Bệnh lý gây suy giảm miễn dịch	Nhiễm khuẩn		Không nhiễm khuẩn		p
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Có (n=30)	5	16,67	25	83,33	p=0,003
Không có (n=90)	2	2,22	88	97,78	

Nhận xét: Sự khác nhau giữa nhiễm khuẩn vết mổ trên bệnh nhân có bệnh lý suy giảm miễn dịch kèm theo và bệnh nhân không có bệnh; Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 12. Môi liên quan giữa nhiễm khuẩn vết mổ và thể trạng người bệnh

Thể trạng	Nhiễm khuẩn		Không nhiễm khuẩn		p
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Gầy (n=17) (BMI<18,5)	2	11,76	15	88,24	p=0,857
Trung bình (n=90) (BMI =18,5 – 22,99)	3	3,33	87	96,67	
Béo (n=13) (BMI ≥ 23)	2	15,38	11	84,62	

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trên bệnh nhân có thể trạng gầy là 11,76%, bệnh nhân béo là 15,38% cao hơn tỷ lệ nhiễm khuẩn

vết mổ trên bệnh nhân có thể trạng trung bình là 3,33%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

Trong 120 bệnh nhân nghiên cứu có 42 bệnh nhân nữ chiếm 35% và 78 bệnh nhân nam chiếm 65%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Minh Luân (2006) với tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ (64% và 36%) [5]. Sự phân bố các nhóm tuổi là không đồng đều trong nhóm nghiên cứu nhóm tuổi từ 51-70 chiếm tỷ lệ cao nhất (51,67%), tiếp theo lần lượt là các nhóm tuổi 31 - 50 (24,17%), nhóm tuổi >70 (15%), nhóm tuổi từ 18-30 tuổi chiếm tỷ lệ 8,33% và nhóm tuổi ≤ 18 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất với 0,83%. Bệnh nhân có trình độ học vấn là trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất với 33,33%, trình độ trung học phổ thông 21,67%, trình độ tiểu học chiếm 19,17%. Trình độ trung cấp chiếm 15% và trình độ cao đẳng, đại học 10,83%. Tỷ lệ bệnh nhân làm nghề nghiệp nông dân chiếm cao nhất với 31,67%, thấp nhất là số lượng bệnh nhân làm trong ngành y tế, giáo dục và làm nội trợ với 1,67% và 0,83%; bệnh nhân là cán bộ hưu trí chiếm 24,17%; bệnh nhân làm nghề buôn bán, tiểu thương chiếm 13,33%. Kết quả này phù hợp với kết quả của tác giả Lê Minh Luân (2006) với tỷ lệ bệnh nhân làm nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất là 38,8% [5].

4.2. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ: Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ tại khoa là 5,83%. Tỷ lệ này thấp hơn tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trong nghiên cứu của Lê Minh Luân (2006) cũng tại khoa phẫu thuật Tiêu hóa - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (6,6%) [5]. Năm 2008, tác giả Nguyễn Đức Chính nghiên cứu tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ chung của bệnh viện Việt Đức là 8,5% [3]. Tuy nhiên, tỷ lệ này lại cao hơn tỷ lệ NKVM trong nghiên cứu của Đặng Hồng Thanh và cộng sự (2011) tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình với tỷ lệ NKVM là 5,1% [7].

4.3. Một số yếu tố liên quan tới nhiễm khuẩn vết mổ: Nghiên cứu của tôi tìm thấy sự khác nhau giữa tỷ lệ NKVM trên bệnh nhân nam và bệnh nhân nữ (3,85% và 9,52%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này không phù hợp với kết quả trong nghiên cứu của Đặng Hồng Thanh và cộng sự (2011) tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình có tỷ lệ NKVM trên bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ là 6,4% và 3,1% [7].

Qua nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ ở bệnh nhân có độ tuổi >50 tuổi (6,25%)

cao hơn bệnh nhân ≤ 50 tuổi (5%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Theo nghiên cứu của Lê Minh Luân (2006) thì tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ không tăng theo tuổi và tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ cao ở bệnh nhân >60 tuổi là 8,4% [5].

Nghiên cứu đã cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong mối liên quan giữa nhiễm khuẩn vết mổ và kế hoạch phẫu thuật ($p < 0,05$). Việc mổ cấp cứu thì khả năng nhiễm khuẩn vết mổ sẽ cao hơn do việc chuẩn bị bệnh nhân trước mổ không thể được chu đáo như chuẩn bị bệnh nhân mổ phiến. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lê Tuyên Hồng Dương và cộng sự (2011) tại bệnh viện Giao thông vận tải trung ương với tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trên bệnh nhân mổ cấp cứu và mổ phiến là 16,7% và 4,4% [4].

Nghiên cứu đã cho thấy có mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật và nhiễm khuẩn vết mổ. Bệnh nhân trong ca phẫu thuật thời gian ngắn ≤ 120 phút bị NKVM chiếm 1,56%. Bệnh nhân NKVM trong ca phẫu thuật thời gian dài >120 phút, tỷ lệ NKVM là 10,71%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ NKVM ở bệnh nhân trong ca phẫu thuật có thời gian phẫu thuật >120 phút cao hơn nghiên cứu của Lê Minh Luân (2006) (7,5%) [5], tuy nhiên có sự phù hợp trong mối liên quan giữa NKVM và thời gian phẫu thuật là thời gian phẫu thuật càng dài thì tỷ lệ NKVM càng cao. Kết quả này thấp hơn nhưng cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Đặng Hồng Thanh và cộng sự (2011) tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình [7]. Có sự chênh lệch giữa tỷ lệ NKVM trên những bệnh nhân có vết mổ ≤ 15 cm và bệnh nhân có vết mổ dài >15cm (2,04% và 8,45%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tỷ lệ NKVM thay đổi theo từng loại vết mổ sạch, sạch nhiễm, nhiễm và bẩn với tỷ lệ lần lượt là 2,3%, 20% và 13,04%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này không phù hợp với kết quả của Lê Văn Hốt (2001) tại bệnh viện K với tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ sạch, sạch nhiễm, nhiễm là 5,43%, 6,94% và 22,22% [1]. Tuy nhiên, tỷ lệ NKVM trên bệnh nhân có vết mổ nhiễm vẫn chiếm tỷ lệ cao nhất là 22,22%. Còn trong nghiên cứu của tác giả Đặng Hồng Thanh và CS (2011) tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình thì tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ theo loại vết mổ sạch, sạch nhiễm, nhiễm, bẩn lần lượt là 1,5%, 3,6%, 6,8% và 13,6%, tỷ lệ NKVM trên bệnh nhân có vết mổ bẩn lại chiếm tỷ lệ cao nhất là 13,6% [7].

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ về NKVM trên bệnh nhân có bệnh lý suy giảm miễn dịch kèm theo và bệnh nhân không có bệnh lý suy giảm miễn dịch kèm theo (16,67% và 2,22%). Kết quả này phù hợp với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Đặng Hồng Thanh và CS (2011) có tỷ lệ NKVM trên bệnh nhân có bệnh lý suy giảm miễn dịch kèm theo và không có bệnh là 12,1% và 4,1% [7]. Có sự khác biệt về tỷ lệ NKVM trên bệnh nhân có chỉ số BMI trước mổ $< 18,5$, từ $18,5 - 22,99$ và ≥ 23 (11,76%, 3,33% và 15,38%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này thấp hơn kết quả của tác giả Lê Minh Luân (2006) với tỷ lệ 14,0%; 4,4% và 46,2% [5].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ tại khoa phẫu thuật Tiêu hóa - bệnh viện Hữu nghị Việt Đức tháng 5 đến tháng 6 năm 2015 là 5,83%.

Một số yếu tố liên quan tới nhiễm khuẩn vết mổ: Giới tính, tuổi, chiều dài vết mổ và BMI không có sự liên quan với nhiễm khuẩn vết mổ.

- Mổ cấp cứu có tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ cao hơn mổ planned (15,79% và 3,96%) với $p < 0,05$.

- Tỷ lệ NKVM trên bệnh nhân mổ mở (8,86%) cao hơn bệnh nhân mổ nội soi (0%). Thời gian mổ kéo dài > 120 phút có tỷ lệ NKVM cao hơn thời gian mổ ≤ 120 phút (10,71% và

1,56%) với $p < 0,05$.

- Vết mổ nhiễm và vết mổ bẩn có nguy cơ bị NKVM cao hơn vết mổ sạch, sạch nhiễm (20% và 13,04%), $p < 0,05$. Bệnh lý gây suy giảm miễn dịch kèm theo sẽ làm tăng nguy cơ bị NKVM (16,67%), $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2001)**, *Chương trình giám sát quốc gia về tính kháng thuốc của vi khuẩn*, Viện thông tin y học trung ương, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế (2012)**, *Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
3. **Phạm Thị Dung và cộng sự (2012)**, "Đánh giá kết quả thực hiện chăm sóc vết thương của nhóm điều dưỡng tham gia chương trình đào tạo tạo giảng viên lâm sàng tại bệnh viện Việt Đức", *Hội nghị quốc tế chuyên đề chăm sóc vết thương*, Hà Nội, tr. 43-53.
5. **Lê Minh Luân (2006)**, *Nghiên cứu sử dụng kháng sinh dự phòng và một số yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ trong phẫu thuật tiêu hóa tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, tr. 50-72.
6. **Nguyễn Mạnh Nhâm và cộng sự (1998)**, "Nghiên cứu đánh giá các giải pháp tổng hợp để giảm thấp tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ tại bệnh viện Việt Đức", *Báo cáo đề tài khoa học cấp bộ*, Hà Nội.
7. **Đặng Hồng Thanh và cộng sự (2011)**, *Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2011*, nghiên cứu khoa học điều dưỡng, bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình, Ninh Bình, tr. 24-52.

HÌNH ẢNH UNG THƯ MŨI XOANG TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH

Nguyễn Thị Huyền Phương*, Lê Văn Khang*,
Phạm Minh Thông*

TÓM TẮT

Mối quan hệ giữa kết quả chụp cắt lớp vi tính và giải phẫu bệnh có sự tương đồng cao. Mục tiêu của nghiên cứu là đánh giá độ tin cậy của cắt lớp vi tính trong đánh giá sự xâm lấn của khối u ác tính cạnh mũi xoang (96%) theo sau là xoang hàm (80%) và xoang sàng (64%). Giá trị đánh giá xâm lấn của cắt lớp vi tính là 88%. Gặp nhiều nhất là sự xâm lấn xương thành xoang (88%) và phần mềm dưới da lân cận (84%).

Từ khoá: ung thư mũi xoang, cắt lớp vi tính.

SUMMARY

IMAGING OF SINONASAL MALIGNANCIES BY COMPUTERIZED TOMOGRAPHY SCAN

The relation between the computed tomography scan findings and histopathology examination reports was high. The objective of the study was to evaluate the reliability of computed tomography scan in assessing the extensions of the sinonasal mass lesions. The nasal cavity was the most commonly involved site with sinonasal malignancies (96%) followed by the maxillary sinuses (80%) and ethmoid sinus (64%). Evaluation value invasive by computed tomography scan is 88%. The most common is invasion of the bone into the sinuses (88%) and the adjacent soft tissues (84%).

Keywords: sinonasal tumors, computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư mũi xoang (UTMX) là loại ung thư xuất phát từ niêm mạc khoang mũi hoặc niêm mạc các xoang cạnh mũi. Ở nước ta UTMX chiếm

*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Huyền Phương

Email: huyenphuongyhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2017

Ngày duyệt bài: 14.9.2017

một tỷ lệ khá cao trong ung thư đầu mặt cổ, đứng thứ ba sau ung thư vòm mũi họng và ung thư hạ họng thanh quản. Do đặc điểm về cấu trúc và vị trí giải phẫu của vùng mũi xoang rất phức tạp và ở sâu, các triệu chứng lâm sàng thường kín đáo, tiến triển chậm nên việc chẩn đoán giai đoạn sớm thường gặp khó khăn, dễ bỏ qua và dễ nhầm lẫn với viêm mũi xoang [1] [2]. Đánh giá sự xâm lấn của UTMX bằng cắt lớp vi tính (CLVT) giúp lựa chọn phương pháp điều trị, lập bản đồ phẫu thuật và quản lý sau điều trị. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục đích: *Đánh giá đặc điểm hình ảnh và giá trị của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán ung thư mũi xoang.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán UTMX tại Bệnh viện Tai mũi họng trung ương từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 5 năm 2017 và được đánh giá bằng chụp CLVT. Tất cả có 25 bệnh nhân (16 nam và 9 nữ) chẩn đoán UTMX trên CLVT được phẫu thuật và/ hoặc sinh thiết có kết quả giải phẫu bệnh là UTMX. Bệnh nhân đã phẫu thuật hoặc điều trị xạ trị UTMX trước khi chụp CTscanners đều bị loại khỏi nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

Trong 25 bệnh nhân được chẩn đoán là UTMX trên giải phẫu bệnh có 16 nam và 9 nữ, tỷ lệ nam/ nữ là 1,78. Tuổi trung bình là 57,2 nhỏ nhất là 24 tuổi, tuổi lớn nhất 77. Hầu hết bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng của hội chứng mũi xoang (92%), trong đó ngạt mũi gặp nhiều nhất (80%), sau đến đau vùng mũi xoang (48%) và chảy máu mũi (40%). Bệnh nhân có triệu chứng về mắt: nhìn mờ, lồi nhãn cầu...Ung thư biểu mô tế bào vảy là hay gặp nhất với 36%, tiếp theo là ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp với 28%.

2. Đặc điểm hình ảnh và giá trị của CLVT trong chẩn đoán UTMX: Trong số 25 bệnh nhân, hay gặp nhất là tổn thương ở khoang mũi 23 bệnh nhân (92%) sau đến xoang hàm 19 bệnh nhân (76%), xoang sàng 12 bệnh nhân (48%). Giá trị chẩn đoán khối u xoang hàm, khoang mũi là 96%, xoang sàng là 84%. Trong số 25 bệnh nhân, trên hình ảnh CLVT vị trí khối u hay gặp là 3 xoang với 11 bệnh nhân (44%), ít nhất là 5 xoang (4%). Trên kết quả phẫu thuật mô tả vị trí khối u hay gặp nhất ở 2 xoang (48%) và không có trường hợp nào gặp trên 5 xoang.

Bảng 1. Khu vực xâm lấn của u

Khu vực giải phẫu	CT		Phẫu thuật		TP (%)	FP (%)	TN (%)	FN (%)
	Có	Không	Có	Không				
Xương thành xoang	22	3	22	3	88	0	12	0
Nền sọ	6	19	6	19	24	0	76	0
Màng não	2	23	1	24	4	4	92	0
Nhu mô não	2	23	0	25	0	8	92	0
Ổ mắt	13	12	11	14	44	8	48	0
Xương giấy	10	15	9	16	36	4	60	0
Hố chân bướm khẩu cái	3	22	2	23	8	4	88	0
Khẩu cái	7	18	6	19	24	4	72	0
Khoang cơ cắn	5	20	5	20	20	0	80	0
Khoang họng	0	25	1	24	0	0	96	4
Phần mềm dưới da	21	4	21	4	84	0	16	0

(TP: dương tính thật; FP: dương tính giả; TN: âm tính thật; FN: âm tính giả)

Trong 25 bệnh nhân, nhiều nhất là đánh giá xâm lấn xương thành xoang (88%) và phần mềm dưới da (84%).

IV. BÀN LUẬN

UTMX là loại ung thư hiếm gặp chiếm khoảng 0,2 – 0,8% tổng số các ung thư nói chung và khoảng 3% các ung thư vùng đầu cổ [3]. Hốc mũi là vị trí thường gặp nhất của các khối u ác tính cạnh mũi xoang (96%) theo sau là xoang hàm (80%) và xoang sàng (64%).

1. Đánh giá xâm lấn ổ mắt: Trong một nghiên cứu của Carrau và cộng sự, có 58 bệnh nhân xâm lấn xương và mô mềm ổ mắt. So sánh

hiệu quả phẫu thuật cắt bỏ phần mô mềm có xâm lấn u với cắt bỏ toàn bộ ổ mắt. Tại thời điểm theo dõi 3 năm, họ kết luận rằng việc tiết kiệm các phần ổ mắt trong phẫu thuật khi không có sự xâm lấn của cá thể bào ung thư không làm thay đổi tỷ lệ sống sót cũng như tỉ lệ căn tại chỗ [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá xâm lấn xương giấy và ổ mắt riêng biệt, với xâm lấn ổ mắt có 11 trường hợp (44%), xâm lấn xương giấy có 9 trường hợp (36%). Trên CLVT

có 13 trường hợp (52%) có hình ảnh xâm lấn ổ mắt (độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 85,71%) và 10 trường hợp xâm lấn xương giấy (40%) (độ đặc hiệu 93,75%). Đánh giá tổn thương xương là một thế mạnh của CLVT. Cần nhấn mạnh về các trường hợp xâm lấn xương giấy nhưng không có xâm lấn ổ mắt và xâm lấn ổ mắt nhưng không đi qua xương giấy (qua sàn hoặc trần ổ mắt).

Theo nghiên cứu của Annam và cộng sự trên 38 bệnh nhân thấy có 33 trường hợp có xâm lấn ổ mắt (độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 86,11%) và 31 trường hợp xâm lấn xương giấy (độ đặc hiệu 88,57%) [5].

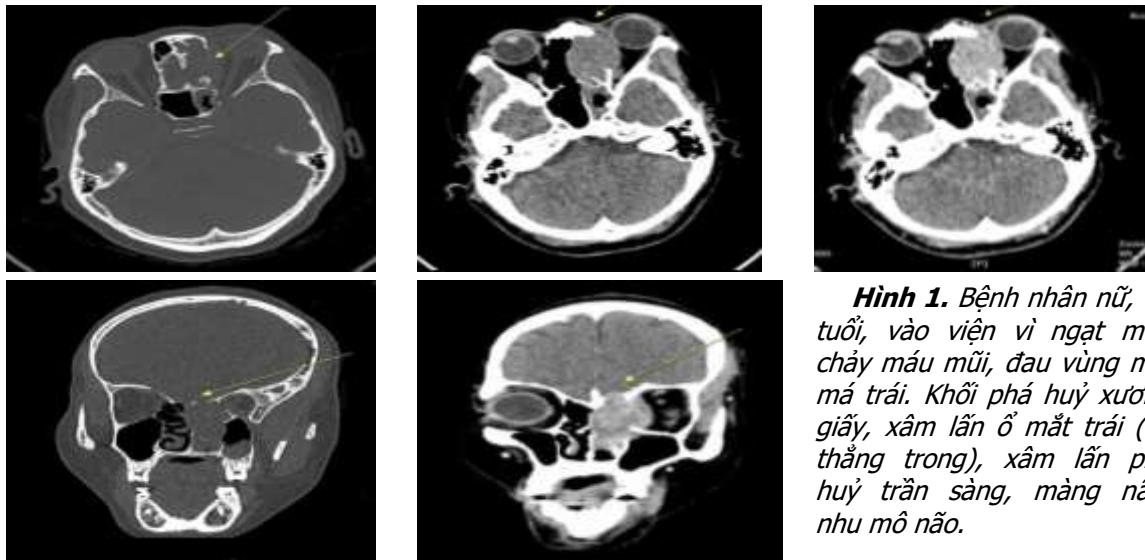
2. Đánh giá xâm lấn xương thành xoang: Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị đánh giá xâm lấn xương thành xoang bằng CLVT có độ nhạy 100%. Hình ảnh CLVT tỷ lệ khối u xuất hiện trên 3 xoang chiếm 44% là cao nhất trong khi đó kết quả phẫu thuật lại cho thấy khả năng xuất hiện trên 2 xoang là cao nhất chiếm 48%. Điều này có thể được lý giải do sự đánh giá quá mức nhận định cùng tăng tỷ trọng của dịch nhầy với tổ chức u hay ngấm thuốc của tổn thương viêm với ngấm thuốc khối u. Trong nghiên cứu của Annam ứ đọng chất tiết và/ hoặc lớp niêm mạc dày trong các xoang cạnh mũi thường hiểu sai bởi sự xâm lấn của khối u (dương tính giả) [5].

3. Đánh giá xâm lấn phần mềm: Đánh giá xâm lấn tổ chức phần mềm xung quanh (khẩu cái mềm, khoang họng mũi, tổ chức dưới da) có độ nhạy và độ đặc hiệu cao. So sánh kết quả phẫu thuật và kết quả đọc CLVT thấy giá trị của đánh giá xâm lấn phần mềm dưới da là 100%,

khoang họng mũi là 96%. Có 6 trường hợp có xâm lấn khẩu cái cứng và khẩu cái mềm, trong đó đánh giá trên CLVT là 7 trường hợp. Dương tính giả trong chẩn đoán có thể bởi sự tiến triển viêm nhiễm như thâm nhiễm mũi xoang. Để tăng độ nhạy cần phối hợp chụp MRI. Nghiên cứu của Annam và cộng sự cũng cho giá trị chẩn đoán xâm lấn 97,37% phần mềm dưới da, 84,21% khẩu cái mềm, 81,58% khoang họng mũi [5].

4. Đánh giá xâm lấn nội sọ: Đánh giá tốt xâm lấn xương nền sọ (mảnh sàng) là ưu điểm của CLVT [6]. Giá trị chẩn đoán xâm lấn nền sọ trên CLVT so với kết quả phẫu thuật có độ nhạy 100%. Xâm lấn màng não và nhu mô não có thể đánh giá dễ dàng trên hình ảnh CLVT. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1 trường hợp (4%) có khối u xâm lấn màng não do đối tượng lấy trong nghiên cứu là những đối tượng được tiến hành phẫu thuật còn những bệnh nhân xâm lấn màng não và nhu mô não thường sẽ được điều trị nội khoa hoặc xạ trị trước mổ.

5. Xâm lấn hố chân bướm - khẩu cái, khoang cơ cắn: Có 5 bệnh nhân có sự xâm lấn khoang cơ cắn với giá trị chẩn đoán trên CLVT là 100%. Kết quả xâm lấn hố chân bướm khẩu cái có 2 trường hợp chênh lệch 1 trường hợp với đánh giá trên CLVT là 3 trường hợp. Sự xâm lấn các phần này thường không gây triệu chứng lâm sàng cho đến khi có cứng hàm [1], nhưng nhận định xâm lấn sớm trên CLVT là khá chính xác. Trong nghiên cứu của Annam và cộng sự đánh giá xâm lấn hố sau hàm đúng trong 36/38 trường hợp [6].



Hình 1. Bệnh nhân nữ, 46 tuổi, vào viện vì ngạt mũi, chảy máu mũi, đau vùng mũi má trái. Khối phá hủy xương giấy, xâm lấn ổ mắt trái (cơ thẳng trong), xâm lấn phá hủy trần sàng, màng não, nhu mô não.

V. KẾT LUẬN

Ung thư mũi xoang xuất hiện hay gặp nhất ở hốc mũi và xoang hàm với tần suất nhiều nhất ở 2 - 3 xoang. Giá trị chẩn đoán của phương pháp trong đánh giá phá huỷ thành xoang là 100%. Giá trị đánh giá xâm lấn của CLVT vào xương giấy, các thành phần trong ổ mắt có giá trị cao.

Nhận định xâm lấn vào mô mềm (khẩu cái mềm, khoang họng mũi, hố chân bướm khẩu cái, màng não và nhu mô não) trên CLVT thường là vượt quá so với kết quả phẫu thuật do sự khó phân biệt giữa sự thâm nhiễm viêm và xâm lấn của u. Để đánh giá tốt cần phối hợp với MRI.

Do đó, việc sử dụng CLVT đúng trong tất cả các trường hợp và MRI trong các trường hợp cần thiết sẽ cung cấp đủ thông tin cho việc cắt bỏ khối u và cải thiện sự sống còn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Forbes WS, Fawcitt RA**, Isherwood I, Webb R, Farrington T. *Computed Tomography in the diagnosis of diseases of the paranasal sinuses*. Clin Radiol 1978;29:501-11.
2. **David Sutton**. Textbook of Radiology and Imaging. 7th edition. 2003. p. 1526-8.
3. **Som PM, Bergeron RT**. Head and Neck Imaging. 2nd edition 1991. p. 169-224.
4. **Carrau RL, Segas J**, Nuss DW, Snyderman CH, Janecka IP, Myers EN, et al. *Squamous cell carcinoma of the sinonasal tract invading the orbit*. Laryngoscope 1999;109:230-5.
5. **Annam V, Shenoy AM1**, Raghuram P, Annam V2, Kurien JM. *Evaluation of extensions of sinonasal mass lesions by computerized tomography scan*. Radiology 2010;47-2.
6. **Parsons C, Hodson N**. *Computed tomography of paranasal sinus tumors*. Radiology 1979;132:641-5.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ CỦA CÁC PHƯƠNG PHÁP XỬ TRÍ CHẢY MÁU SAU ĐẸ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2014

Nguyễn Đức Lam*, Nguyễn Khắc Hưng**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả của các phương pháp xử trí chảy máu sau đẻ (CMSĐ) tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội trong năm 2014. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên 92 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị chảy máu sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Kết quả:** 92 ca CMSĐ được điều trị thành công trong đó điều trị nội khoa (19,5%), phẫu thuật bảo tồn tử cung (34,8%), cắt tử cung (45,7%). CMSĐ do vỡ tử cung: nội khoa (33,3%), thắt ĐMTTC (24,2%), cắt tử cung (27,27%). CMSĐ do rau tiền đạo: nội khoa (0%), khâu điện rau bám (27,3%), thắt ĐMTTC (45,5%), cắt TC (27,3%). CMSĐ do rau cài răng lược: bảo tồn tử cung (6,7%), cắt TC (93,3%). CMSĐ do rau bong non: nội khoa (16,7%), thắt ĐMTTC (50%), cắt TC (33,3%). CMSĐ do vỡ tử cung: bảo tồn tử cung (25%), cắt tử cung (75%). CMSĐ do vết rách TSM – ẢĐ – CTC: bảo tồn TC (100%). **Kết luận:** 92 trường hợp CMSĐ tại bệnh viện PSHN trong năm 2014 đều được điều trị thành công: điều trị nội (19,5%), điều trị bằng phẫu thuật (80,5%) trong đó phẫu thuật bảo tồn tử cung (34,8%), phẫu thuật cắt tử cung (45,7%). Tỷ lệ điều trị thành công bằng phẫu thuật cao hơn so với các nghiên cứu khác.

Từ khóa: Chảy máu sau đẻ, mổ lấy thai, cắt tử cung.

SUMMARY

COMMENT RESULTS OF METHODS MANAGEMENT OF POSTPARTUM HEMORRHAGE IN HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2014

Objective: To comment results of methods management of postpartum hemorrhage in Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2014. **Study design:** An observational study of 92 women with postpartum hemorrhage who were diagnosed and treated in Hanoi Hospital. **Results:** 92 women were treated successfully including medical treatment (19.5%), uterine -conserving surgery (34.8%), hysterectomy (45.7%). Postpartum hemorrhage with failed uterine: medical treatment (33.3%), uterine -conserving surgery (24.2%), hysterectomy (27.27%). Postpartum hemorrhage with placenta previa: medical treatment (0%), sewing stick placenta area (27.3%) uterine artery ligation (45.5%), hysterectomy (27.3%). Postpartum hemorrhage with placenta accreta: uterine -conserving surgery (6.7%), hysterectomy (93.3%). Postpartum hemorrhage with placenta abruption: medical treatment (16.7%), uterine artery ligation (50%), hysterectomy (33.3%). Postpartum hemorrhage with uterine rupture: uterine -conserving surgery (25%), hysterectomy (75%). Postpartum hemorrhage with marking perineal -vagina -cervical: uterine -conserving surgery. **Conclusions:** 92 women postpartum hemorrhage were treated successfully in Hanoi Hospital of Obstetrics and Gynecology including medical treatment (19.5%), surgery (80.5%) including uterine -conserving surgery (34.8%), hysterectomy (45.7%) Rate surgery of post partum hemorrhage was higher other research.

Keywords: Postpartum hemorrhage, cesarean section, hysterectomy.

*Trường Đại học y Hà Nội

**Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Lam

Email: lamgmhs75@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.8.2017

Ngày duyệt bài: 5.9.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu sau đẻ là một trong 5 tai biến sản khoa, đứng đầu trong các nguyên nhân gây tử vong mẹ. Theo WHO, năm 2000 toàn thế giới CMSĐ chiếm 28% các trường hợp tử vong mẹ [4]. Tại Việt Nam, tử vong do CMSĐ chiếm tỷ lệ cao nhất trong số các nguyên nhân tử vong mẹ, từ năm 1996-2001 tỷ lệ tử vong do CMSĐ chiếm 27,5% trong số các trường hợp tử vong mẹ [2]. Do tính chất cấp cứu và mức độ nguy hiểm của nó, CMSĐ vẫn là một nguy cơ nghiêm trọng đe dọa tới tính mạng của sản phụ. Vì vậy tháng 10-2006 WHO đưa ra khuyến cáo xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ bằng oxytocin để dự phòng CMSĐ [2]. Đồng thời cùng với những tiến bộ về phẫu thuật, hồi sức tích cực tỷ lệ tử vong mẹ ở những trường hợp CMSĐ nặng cũng đã giảm đáng kể. Nếu phát hiện sớm được các nguyên nhân và có biện pháp xử trí chính xác, kịp thời thì sẽ hạ thấp được tỷ lệ tử vong mẹ do CMSĐ. Bệnh viện Phụ sản Hà Nội là một trong những bệnh viện chuyên ngành sản khoa lớn ở khu vực miền Bắc, hàng năm có rất nhiều ca đẻ và mổ, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu về chảy máu sau đẻ, vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài nhằm: nhận

xét kết quả của các phương pháp xử trí CMSĐ tại bệnh viện phụ sản Hà Nội trong năm 2014.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh án nghiên cứu

- Tất cả các bệnh án chảy máu sau đẻ thường, đẻ thủ thuật, mổ lấy thai được điều trị tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội trong năm 2014.
- Các bệnh án không ghi số lượng máu mất nhưng xét nghiệm máu sau đẻ, sau mổ lấy thai có hematocrite giảm 10% so với trước, hoặc phải bồi phụ tuần hoàn bằng truyền dịch, truyền máu, phải thắt động mạch tử cung, động mạch hạ vị, cắt tử cung cầm máu...

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Hồ sơ không đủ thông tin.
- Tuổi thai dưới 37 tuần.
- Các trường hợp đẻ thai chết lưu, các trường hợp mẹ có bệnh lý rối loạn đông máu: Xuất huyết giảm tiểu cầu, viêm gan virus cấp tính...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Đây là nghiên cứu mô tả hồi cứu, cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: 92 bệnh nhân CMSĐ (theo công thức tính cỡ mẫu).

III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1: Xử trí chảy máu sau đẻ

Phương pháp xử trí	Số lượng	Thành công (n)	Không kết quả	Tỷ lệ thành công
Điều trị nội và thủ thuật (KSTC, xoa bóp tử cung, thuốc co tử cung)	58	18(19,5%)	34	31%
Phẫu thuật	Bảo tồn tử cung	65	32(34,8%)	49,2%
	Cắt tử cung	52	42(45,7%)	81%
Tổng số phẫu thuật	117	100%	43	
Tổng số (n)		92	0	

Bảng 3.2: Các phương pháp xử trí CMSĐ bằng phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số lượng	Thành công		Không thành công	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khâu vết rách AĐ-TSM- CTC	9	7	78%	2	22%
Khâu vết rách phức tạp trong mổ lấy thai	4	2	50%	2	50%
Khâu diện rau bám chảy máu	11	3	27,3%	8	72,7%
Khâu mũi B-Lynch	3	3	100%	0	0%
Thắt ĐMTC	38	17	44,7%	21	55,3%
Thắt ĐMHV	0	0	0%	0	0%
Cắt TCBP	32	24	75%	8	25%
Cắt TCBP + Thắt ĐMHV	1	1	100%	0	0%
Cắt TCHT	11	9	81%	2	19%
Cắt TCHT + Thắt ĐMHV	4	4	100%	0	0%
Khâu lại móm cắt còn chảy máu	3	3	100%	0	0%
Cắt nốt móm cắt sau chảy máu	1	1	100%	0	0%
Tổng số phẫu thuật	117	74	63%	43	37%

- **CMSĐ do đờ tử cung:** 33 trường hợp. Tất cả đều được điều trị bằng nội khoa và thủ thuật có 11 trường hợp thành công chiếm tỷ lệ 33,3%, còn 22 trường hợp chuyển sang phương pháp xử trí bằng phẫu thuật, trong đó cắt tử cung bán phần 27,27%, thắt ĐMTC chiếm 24,2%. Đặc biệt, có 3 trường hợp không đáp ứng với thuốc tăng co đã được áp dụng mũi B-lynch để bảo tồn tử cung và tỷ lệ thành công là 100%.

- **CMSĐ do rau tiền đạo:** 11 trường hợp, xử trí bằng nội khoa không thành công ca nào, khâu diện rau bám chảy máu thành công 3 ca chiếm tỷ lệ 27,3%, thắt ĐMTC thành công 5 ca chiếm tỷ lệ 45,5% và cắt tử cung hoàn toàn 3 ca chiếm tỷ lệ 27,3%. Tất cả các trường hợp CMSĐ do rau tiền đạo đều được điều trị thành công.

- **CMSĐ do rách TSM – ÂĐ - CTC:** 100% khâu vết rách đường âm đạo bảo tồn tử cung.

- **CMSĐ do khối máu tụ thành bụng, phúc mạc, thành sau tiểu khung:** có 2 trường hợp lấy khối máu tụ thành công chiếm tỷ lệ 66,7% và 1 trường hợp khối máu tụ lớn phúc mạc thành sau, đờ tử cung thứ phát phải cắt tử cung hoàn toàn và thắt động mạch hạ vị.

- **CMSĐ do chảy máu tại vết mổ tử cung:** khâu vết rách chiếm 62,5%, cắt TCBP chiếm 25%, có 1 trường hợp phải cắt TCHT và thắt ĐMHV chiếm tỷ lệ 25%.

- **CMSĐ do vỡ tử cung:** 01 trường hợp khâu bảo tồn tử cung thành công (25%), 2 trường hợp cắt tử cung bán phần (50%), 01 trường hợp phải cắt tử cung hoàn toàn kết hợp với thắt động mạch hạ vị. Như vậy trong 04 trường hợp CMSĐ do vỡ tử cung đều xử trí thành công.

- **CMSĐ do chảy máu móm cắt:** 3 trường hợp khâu lại móm cắt và thành công, 1 trường hợp do móm cắt rách phức tạp và chảy máu nhiều nên phải cắt nốt móm cắt.

- **CMSĐ do rau cài răng lược:** 10 ca phải cắt TCBP chiếm tỷ lệ 66,7%, 1 ca sau cắt TCHT vẫn chảy máu nên phải thắt ĐMHV. Tỷ lệ bảo tồn tử cung trong RCRL rất thấp (6,7%).

- **CMSĐ do rau bong non:** có 1 ca điều trị nội khoa thành công chiếm tỷ lệ 16,7%, thắt động mạch tử cung chiếm 50%. Tỷ lệ bảo tồn tử cung là 66,7%, tỷ lệ mổ cắt tử cung là 33,3%.

IV. BÀN LUẬN

Mỗi nguyên nhân CMSĐ có thể có trên một phương pháp xử trí. Nguyên tắc xử trí CMSĐ là phải tiến hành song song giữa xử trí nguyên nhân và hồi sức cho sản phụ. Trước hết phải xác định đúng nguyên nhân gây CMSĐ, từ đó mới có phương pháp xử trí phù hợp với từng trường

hợp. Trong 92 trường hợp CMSĐ trong nghiên cứu này đều điều trị thành công. Trong các phương pháp xử trí trên điều trị nội thành công là thấp 19,5%. Với những nguyên nhân như đờ tử cung, rau tiền đạo phương pháp xử trí đầu tiên là nội khoa. Đây là động tác xử trí ban đầu và bước chẩn đoán nguyên nhân để cân nhắc các bước xử trí tiếp theo. Các phương pháp xử trí bằng phẫu thuật: thắt động mạch tử cung được sử dụng nhiều nhất sau đó đến phương pháp cắt tử cung bán phần. Thắt động mạch hạ vị là phương pháp chỉ được sử dụng trong những trường hợp CMSĐ nặng khi phương pháp cắt tử cung bán phần hoặc cắt tử cung hoàn toàn mà bị thất bại để tăng cường hiệu quả cầm máu cho phương pháp khác. Song song với các bước xử trí, cần phải kiểm tra xét nghiệm máu toàn bộ để đánh giá mức độ thiếu máu, kịp thời bồi phụ khối lượng tuần hoàn và các yếu tố đông máu. CMSĐ do đờ tử cung tỷ lệ thành công là 100% trong đó điều trị bảo tồn là 67%, cắt tử cung cầm máu chiếm 33%. Theo Nguyễn Thị Hải tỷ lệ bảo tồn tử cung là 82,3% [3], Nguyễn Đức Vy tỷ lệ bảo tồn tử cung là 44,8% [1]. Những phương pháp mới đang được nghiên cứu: Nghiên cứu của Ali Movafegh đã tiến hành thử nghiệm so sánh trên 200 sản phụ và nhận thấy rằng nếu dùng traxenamid acid 10mg/kg tiêm tĩnh mạch 20 phút trước khi mổ lấy thai kết hợp với oxytocin sau lấy rau sẽ giảm tỷ lệ CMSĐ đặc biệt trên những sản phụ có yếu tố nguy cơ [5]. Theo nghiên cứu này tỷ lệ bảo tồn tử cung trong CMSĐ nguyên nhân rau tiền đạo là 72,8%. Tỷ lệ bảo tồn của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải là 62,7% [3]. Phương pháp mới: Michael M. Beckmann đã tiến hành nghiên cứu trong 3 năm (2009-2012) phương pháp đặt bóng chèn sau khi lấy rau ngay trong cuộc mổ đẻ, rút bóng chèn sau mổ 17-23 giờ, phương pháp này có hiệu quả trong việc giảm tỷ lệ CMSĐ do rau tiền đạo [6]. CMSĐ do vết rách TSM - ÂĐ - CTC, do khối máu tụ, do chảy máu tại vết mổ lấy thai: đa phần thực hiện bảo tồn tử cung bằng phương pháp xử trí tại chỗ tổn thương, chỉ những trường hợp sau xử trí bảo tồn vẫn xuất hiện chảy máu và thiếu máu thì mới tiến hành cắt tử cung. CMSĐ do vỡ tử cung: 01 trường hợp khâu bảo tồn tử cung thành công (25%), 2 trường hợp cắt tử cung bán phần (50%), 01 trường hợp phải cắt tử cung hoàn toàn kết hợp với thắt động mạch hạ vị. Theo nghiên cứu của Nguyễn Đức Vy tỷ lệ cắt tử cung bán phần trong vỡ tử cung là 62,5% và tỷ lệ cắt tử cung hoàn toàn là 12,5% [1]. CMSĐ do rau cài răng lược: tỷ lệ bảo tồn tử cung

rất thấp (6.7%). Hiện nay cùng với tỷ lệ mổ lấy thai gia tăng và có thể còn do kỹ thuật mổ lấy thai nên nguyên nhân rau cài răng lược cũng ngày càng gia tăng. Trong trường hợp nghi ngờ rau cài răng lược, ACOG đề nghị cần chuẩn bị như sau, sản phụ cần được thông báo về khả năng có thể phải cắt tử cung và chảy máu, cần đánh giá tiền mê đầy đủ, phương thức sinh và thời gian sinh nên được dự đoán để có thể chuẩn bị nhân lực và trang thiết bị, cần có sẵn sản phẩm của máu và các yếu tố đông máu, lọc máu trong phẫu thuật nên được xem xét nếu có. CMSD do rau bong non phụ thuộc rất nhiều vào thể rau bong non và việc phát hiện sớm hay muộn. Trên thực tế, phương pháp thắt ĐMTC trong rau bong non chỉ được áp dụng trong những thể ẩn, thể nhẹ. Những trường hợp rau bong non thể nặng thì cắt tử cung vẫn là chủ yếu vì người ta lo ngại rằng tử cung sẽ có nguy cơ chảy máu thứ phát và nguy cơ hoại tử cơ tử cung.

V. KẾT LUẬN

92 trường hợp CMSD tại bệnh viện PSHN trong năm 2014 đều được điều trị thành công:

điều trị nội (19,5%), điều trị bằng phẫu thuật (80,5%) trong đó phẫu thuật bảo tồn tử cung (34,8%), phẫu thuật cắt tử cung (45,7%). Tỷ lệ phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đức Vy (2002)**, Tình hình chảy máu sau đẻ tại Viện BVBTSS trong 6 năm (1996 - 2001). *Tạp chí thông tin Y dược*, 36-39.
2. **Prendiville w, O'Connell M (2006)**, *Xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ*. Nguyễn Đức Hình dịch. Hội nghị phụ sản Việt-Pháp tháng 5/2007
3. **Nguyễn Thị Hải (2004-2007)**, *Nghiên cứu chảy máu sau đẻ tại bệnh viện phụ sản trung ương*, Luận văn thạc sỹ y học trường ĐHYHN.
4. **Marie R, Baldisseri (2010)**, *Postpartum hemorrhage, Obstetrics and gyn ecology*, 1192-1197.
5. **Ali Movafegh, Laleh Eslamian, Azita Dorabadi (2011)**, Effect of intravenous tranexamic acid administration on blood loss during and after cesarean delivery, *international journal of gynecology and obstetrics*, 115, 224-226.
6. **Michael M, JacquelineC (2014)**, Bakri balloon during cesarean delivery for placenta previa, *International journal of gynecology and obstetrics*, 124, 118-122.

NHẬN XÉT PHƯƠNG PHÁP CAI VA ECMO Ở BN SỐC TIM VIÊM CƠ TIM TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Tấn Hùng*, Đào Xuân Cơ**, Nguyễn Gia Bình**

TÓM TẮT

VA ECMO hỗ trợ tuần hoàn cho những bệnh nhân sốc tim do viêm cơ tim. Quá trình cai vẫn còn phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm từng trung tâm và thực hành cá nhân đơn lẻ. Trong nghiên cứu này chúng tôi giảm dần dòng để cai ECMO cho bệnh nhân. **Mục tiêu:** 1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm cơ tim thực hiện VA ECMO. 2. Kết quả điều trị và một số tác dụng không mong muốn khi thực hiện phương pháp cai VA ECMO. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả dữ liệu bệnh viện, 36 bệnh nhân với chẩn đoán viêm cơ tim điều trị VA ECMO được tìm thấy và phân tích. Tuổi trung bình 35.2 ± 13 tuổi, 27 bệnh nhân là nữ. **Kết quả:** Chức năng tim hồi phục với cai ECMO thành công 88.9% và tỉ lệ sống rời khỏi bệnh viện là 86.1%. Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp biến chứng nặng như tai biến mạch não, biến chứng được mô tả 4 BN (11.1%) huyết khối mạch máu.

*Bệnh viện Đà Nẵng

**Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tấn Hùng

Email: bshungicu@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2017

Ngày duyệt bài: 13.9.2017

Từ khoá: Sốc tim, cai tuần hoàn ngoài cơ thể, viêm cơ tim.

SUMMARY

EVALUATE ON PERFORM TO WEANING VA ECMO OF PATIENTS WITH CARDIOGENIC SHOCK DUE TO MYOCARDITIS IN INTENSIVE CARE UNIT BACH MAI HOSPITAL

Abstract: Venous-arterial (VA) extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) provides mechanical circulatory support for patients in cardiogenic shock due to myocarditis. The weaning process is still highly dependent on the single center's experience and individual clinical practice. This study, we reduced the flow to weaning ECMO for the patients. **Purpose:** To describe clinical and subclinical characteristics of patients with acute fulminant myocarditis performed to weaning VA ECMO. **Subjects and methods:** Retrospective and observational study. From hospital databases, 36 patients with diagnosis of acute fulminant myocarditis treated with VA ECMO were found and analyzed. Mean age was 35.2 ± 13 years, 27 patients were women. **Results:** Cardiac recovery with ECMO weaning was achieved in 32 patients (88.9%), survival to hospital discharge occurred in 31 patients (86.1%). In our study didn't have serious complications as stroke, pulmonary embolism,

hemorrhage, complication were observed in 4 patients (11.1%) thrombotic.

Key words: cardiogenic shock, weaning VA ECMO, Myocarditis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

- Những tiến bộ trong việc sử dụng oxy hoá ngoài màng cơ thể (VA ECMO) rộng rãi hơn cho những trường hợp tổn thương tim, cầu nối để cơ tim phục hồi hoặc cấy ghép dụng cụ hỗ trợ kéo dài và ghép tim[1].

- Tuy nhiên, phương pháp cai VA ECMO chưa được chuẩn hoá và tùy thuộc vào từng trung tâm. Tỷ lệ tử vong ở các trung tâm cao 20-65% sau khi cai thành công cho thấy nhiều câu hỏi chưa được giải quyết[2].

- Một số nghiên cứu thử nghiệm cai ECMO bằng cách giảm dòng ECMO và đánh giá chỉ số siêu âm tim aortic VTI ≥ 10 cm, LVEF ≥ 20 -25%, và TDSa ≥ 6 cm/s tại từng thời điểm dự đoán được cai thành công[3][4].

- Hiện tại khoa HSTC BV Bạch Mai áp dụng biện pháp cai bằng cách giảm dòng ECMO từ từ theo đáp ứng của bệnh nhân và đánh giá sự hồi phục cơ tim bằng các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng và siêu âm tim vẫn cho thấy tỉ lệ sống, cai thành công cao.

- Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm "nhận xét phương pháp cai VA ECMO ở BN sốc tim do viêm cơ tim tại khoa HSTC BV Bạch Mai".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

+ **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhân được chẩn đoán sốc tim do viêm cơ tim và chỉ định ECMO đúng.

+ **Tiêu chuẩn loại trừ:** (Trong số bệnh án đã lấy ra)

- Bệnh án không đủ số liệu.
- Ngừng ECMO không phải do chuyên môn (do gia đình xin về).

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

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Các thông số lâm sàng: Mạch, HA tâm thu, HA tâm trương, ý thức

- Liều thuốc co mạch (dopamine, noradrenalin và adrenalin) và dobutamin.

- Các chỉ số đánh giá suy đa tạng: SOFA, lactat.
- Các chỉ số đánh giá chức năng tim: Thông số siêu âm tim (Đánh giá kích thước các buồng tim và chức năng hai thất (Dd, Ds, Vd, Vs, RVDd,

LVEF, CO qua đường ra thất trái, áp lực động mạch phổi tâm thu, TAPSE, rối loạn vận động vùng núu có), các biến chứng núu có, Troponin T, CK/CKMB, ProBNP, điện tim

- Thông số máy ECMO: CI, CO, Vòng quay, lưu lượng khí, FiO₂

- Thời điểm cai: N3: ECMO ngày T3

T1: T2-12h

T2: T3-12h

T3: T4-12h

T4: T5 -12h

T5: Trước kết ECMO

2.4. Phương pháp xử lý số liệu:

- Theo các phép toán thống kê y học cho nghiên cứu trước – sau

- Các giá trị liên tục được biểu thị dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn với khoảng tin cậy 95%.

- So sánh các giá trị trung bình, tỉ lệ bằng thuật toán T-test và test χ^2 , chọn mức ý nghĩa thống kê p < 0.05.

III. KẾT QUẢ

3.1: Đặc điểm của mẫu nghiên cứu:

3.1.1. Đặc điểm:

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân trước khi thực hiện ECMO:

Đặc điểm	N=36
Tuổi (năm)	35.2 $\pm$ 13
Giới (nữ)	75% (n=27)
Chụp mạch vành, MSCT	N=13

Nhận xét: Có 36 Bn đủ tiêu chuẩn trong đó nữ cao hơn nam chiếm 75%. Tuổi trung bình 35.2 $\pm$ 13. Trong đó có 13 BN được chụp mạch vành.

3.1.2. Mức độ nặng của bệnh:

Bảng 2. Mức độ nặng của bệnh trước khi thực hiện ECMO:

Đặc điểm	N=36
SOFA (điểm)	8.1 $\pm$ 1.9
Lactat (mmol/L)	9.966 $\pm$ 4.28
Troponin T (ng/ml)	5.376 $\pm$ 3.193
proBNP (pg/ml)	2293.4 $\pm$ 1330
Chỉ số thuốc vận mạch (điểm)	133 $\pm$ 148(70)
HA trung bình (mmHg)	62.69 $\pm$ 23.55
Độ chênh HA (mmHg)	33.667 $\pm$ 11.964
Loạn nhịp tim	75%(n=27)
Ngừng tuần hoàn	33.3%(n=12)
LVEF (%)	32.55 $\pm$ 10.26

Nhận xét: Đặc điểm bệnh nhân trước khi thực hiện ECMO nặng với rối loạn nhịp chiếm tỉ lệ rất cao 75% trong đó ngừng tuần hoàn trước ECMO chiếm 33% và có chỉ số điểm vận mạch cao với mức trung vị 70.

1.2. Diễn biến các thông số của ECMO:

3.2.1. Các thông số máy ECMO và một số xét nghiệm:

Bảng 3. Các thông số máy ECMO trong quá trình cai ECMO ở nhóm sống

Thông số	N3	T1	T2	T3	T4	T5=Kết
CO(l/min)	3.2±0.7	3±0.5	2.5±0.7	1.9±0.5	1.4±0.4	1.04±0.2
VQ(vòng)	2278±479	2010±422	1819±412	1512±378	1382± 381	1162±295
MV(l/min)	3±0.9	2.8±1.2	2.6±1.3	2.5 ± 1.1	2.4±1	2.1±0.8
FiO ₂ (%)	71±19	70±18	69±20	68±19	67± 17	62±17

Nhận xét: Sự thay đổi giảm dòng trong quá trình cai VA ECMO.

3.2.2 Thông số thời điểm trước cai ECMO:

Bảng 4. Các thông số máy ECMO thời điểm trước cai ECMO

Các thông số	N=36	Sống	Chết	P
Mạch (lần/phút)	90 ± 27	93.8±19	67.2±55.2	>0.05
HATB (mmHg)	79.7±14.8	83.89±9.6	56±16	<0.001
Độ chênh HA (mmHg)	46.6±17.8	51±13	13±14	<0.001
Chỉ số thuốc vận mạch (điểm)	10.88±31.1	2.7±2.56	60±68	>0.05
LVEF (%)	48.45±9.66	49±9	31	
Dd (mm)	45±7.5	44±7	59	
LVOT VTI (cm)	15.121±2.9(n=10)	15±3	12	
TAPSE (cm)	17.24±2.88 (n=7)	17±3		
Lactat (mmol/l)	1.3±0.5	1.19±0.4	2±0	<0.001
BilTP (μmol/L)	40.969±52.77	25.3±13	138±97	>0.05
Creatinin(μmol/L)	128.6±111	119.8±111.4	183.2±105.5	>0.05

Nhận xét: Có sự khác biệt HA trung bình, độ chênh HA, Lactat ở nhóm sống và nhóm tử vong với $p < 0.05$.

1.3. Kết quả của các bệnh nhân hỗ trợ VA ECMO:

Kết quả	Tổng (N=36)
Thời gian ECMO	158.4 ± 48.3
BC nặng của ECMO	
Huyết khối	11.1%(4)
Chảy máu chân ECMO	83.3%(32)
Nhiễm trùng vết phẫu thuật	2.7%(1)
Số quả chạy ECMO (1 quả)	97.2%(35)
Thành công kĩ thuật	88.9%(32)
Sống	86.1%(31)
Sống sau 30 ngày	86.1%(31)

Nhận xét: Tỷ lệ sống 86.1% bên cạnh đó tỷ lệ biến chứng huyết khối 11%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân:

Đặc điểm lâm sàng và mức độ nặng:

- Trong nghiên cứu này tuổi trung bình BN là $35,2 \pm 13$ tương đương số liệu của Lorusso R (37,6), Asaumi (38,4) nhỏ hơn so với Aissaoui (49). Nữ giới chiếm ưu thế với 27/36 (75%) bệnh nhân, tỷ lệ này tương đương với kết quả của các tác giả ngoài nước Lorusso R (64.9) kết quả này phù hợp với bệnh cảnh lâm sàng viêm cơ tim xảy ra ở những bệnh nhân trẻ tuổi.

- Hiện tại việc thực hiện sinh thiết cơ tim để xác định viêm cơ tim là khó khăn và khó thực hiện. Ở nghiên cứu chúng tôi việc chụp mạch vành và MSCT mạch vành để loại trừ nguyên nhân nhồi máu cơ tim được thực hiện 13BN (36.1%).

- Mức độ độ nặng của nghiên cứu chúng tôi với SOFA 8.1 ± 1.9 thấp hơn một số nghiên cứu [4]

- HA trung bình trước ECMO 62.69 ± 23.55 của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu khác Cheng R. Chỉ số thuốc vận mạch 133 ± 148 với trung vị 70.

- Các xét nghiệm men tim như Troponin T tăng cao 5.376 ± 3.193 và suy tim trên siêu âm tim LVEF 32.55 ± 10.26 Cho thấy tổn thương sốc tim do viêm cơ tim đi kèm với rối loạn nhịp tim rất nặng chiếm 75%.

- Có 12 BN (33.3%) ngừng tuần hoàn trước khi thực hiện ECMO cao hơn nghiên cứu của Aissaoui N (11%).

- Lactat 9.97 ± 4.28 cao hơn nghiên cứu Aissaoui N (7.33) và thấp hơn Lorusso R (12).

Diễn biến thông số máy ECMO trong quá trình cai: Quá trình cai ECMO của chúng tôi giảm dần mỗi bậc trung bình trong quá trình cai. Và ngày cuối cùng trước hết trung bình chỉ số CO máy ECMO trung bình 1.04 ± 0.2 .

- Qua nghiên cứu chúng tôi giảm dòng CO mỗi lần 0.5 l/phút trong quá trình cai ECMO khác so với nghiên cứu Aissaoui N (66%, 33% mỗi lần 30 phút) và Cavarocchi NC

Thông số tại thời điểm trước cai ECMO:

- Ở nhóm sống trong nghiên cứu của chúng tôi về huyết động có HA trung bình cao và độ chênh HA cao hơn nhóm chết không thể cai có ý nghĩa thống kê tương tự với nghiên cứu của Aissaoui N.

- Nồng độ lactat ở nhóm sống tại điểm trước cai từ 0.79-1.59 nhỏ hơn có ý nghĩa so với nhóm chết với $P < 0.05$.

- Bên cạnh đó nhìn vào nhóm sống được tiến hành cai VA thành công 10 BN có chỉ số tập trung với LVOT VTI 15 ± 3 tương đương với nghiên cứu Aissaoui N (16.4) của còn EF $49 \pm 9\%$ cao hơn 37 ± 11 do chúng tôi thực hiện giảm từ từ dòng ECMO nên việc thực hiện cai sẽ chậm hơn so với Aissaoui N thực hiện biện pháp thử nghiệm để tiến hành cai sớm cho BN.

- Chỉ có 1 BN được tiến hành cai thành công với EF: 30%, Dd 59, VTI 12 cm nhưng tử vong do nhiễm trùng bệnh viện.

4.2. Kết quả điều trị và một số tác dụng không mong muốn

Kết quả của BN được hỗ trợ ECMO

- Chúng tôi thấy tỉ lệ sống rời khỏi bệnh viện 86,1% và thành công về mặt kĩ thuật chiếm 88,9% tương đương và cao hơn ở một số nghiên cứu 60.6-87.5 [2] và thống kê của ELSO (61%) [5].

- Thời gian trung bình chạy ECMO là $158,4 \pm 48,3$ thấp hơn một số nghiên cứu Lorusso R (9.9 ngày), 130 giờ và $171,5 \pm 121$ giờ, và tương đương ELSO trung bình 154 giờ. Và đa phần các BN chạy 1 quả ECMO chiếm 97.2% qua đó cho thấy việc thực hiện phương pháp cai giảm dần sự hỗ trợ ECMO không làm kéo dài thời gian hỗ trợ ECMO.

Một số tác dụng không mong muốn

- Biến chứng mạch máu của chúng tôi có 4 BN (11%) tương đương với thống kê của ELSO [1] và ở nghiên cứu này không có BN nào phải cắt cụt cũng như mở giải áp do chèn ép khoang.

- Trong đó có 83% chảy máu chân ECMO chỉ cần truyền máu.

V. KẾT LUẬN

VA ECMO trong điều trị viêm cơ tim không

đáp ứng với điều trị nội khoa đang ngày càng cho thấy sự hiệu quả với tỉ lệ sống cao. Với việc áp dụng phương pháp cai giảm dần sự hỗ trợ VA ECMO ở BN viêm cơ tim cho thấy thời gian hỗ trợ ECMO không tăng và biến chứng gặp nặng gặp phải không khác biệt so với các nghiên cứu thử nghiệm cai ECMO hiện tại ở BN viêm cơ tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brogan T.V, Lequier L, Lorusso R et al (2017). Extracorporeal Life Support: The ELSO Red Book. 5th edition
2. Cheng R, Hachamovitch R, Kittleson M, et al (2014). Clinical outcomes in fulminant myocarditis requiring extracorporeal membrane oxygenation: a weighted meta-analysis of 170 patients. *J Card Fail*; 20:400-6
3. Cavarocchi NC, Pitcher HT, Yang Q, et al (2013). Weaning of extracorporeal membrane oxygenation using continuous hemodynamic transesophageal echocardiography. *J Thorac Cardiovasc Surg* 46(6): 1474-9.
4. Aissaoui N, Luyt CE, Leprince P, et al (2011). Predictors of successful extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) weaning after assistance for refractory cardiogenic shock. *Intensive Care Med*. 37(11):1738-45.
5. Smith M, Vukomanovic A, Brodie D et al (2017). Duration of veno-arterial extracorporeal life support (VA ECMO) and outcome: an analysis of the extracorporeal life support organization (ELSO) registry.
6. Lorusso R, Centofanti P, Gelsomino S, Barili F, Di Mauro M, Orlando P, et al (2016). Venoarterial extracorporeal membrane oxygenation for acute fulminant myocarditis in adult patients: a 5-year multi-institutional experience. *Ann Thorac Surg*; 101:919-26.
7. Asaumi Y, Yasuda S, Morii I, Kakuchi H, Otsuka Y, Kawamura A, et al (2005). Favourable clinical outcome in patients with cardiogenic shock due to fulminant myocarditis supported by percutaneous extracorporeal membrane oxygenation. *Eur Heart J*; 26:2185e92.

NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ KẼM, ĐỒNG TRONG HUYẾT THANH BỆNH NHÂN VẢY NẾN THỂ THÔNG THƯỜNG

Phạm Thị Mỹ Hằng*, Đặng Văn Em**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định sự thay đổi nồng độ kẽm, đồng trong huyết thanh bệnh nhân vảy nến thể thông

*Bệnh viện Quân Y 103,

**Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Mỹ Hằng

Email: myhang3003@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 7.9.2017

Ngày duyệt bài: 14.9.2017

thường so với người khỏe mạnh, tìm mối liên quan với lâm sàng. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang; 52 bệnh nhân được chẩn đoán vảy nến thể thông thường và 31 người khỏe mạnh, nồng độ các chất được đo bằng phương pháp quang phổ hấp thụ nguyên tử. **Kết quả:** Có sự giảm đáng kể ($p < 0,001$) nồng độ kẽm trung bình trong huyết thanh bệnh nhân vảy nến thể thông thường ($14,440 \pm 0,367$ mg/l) so với nhóm chứng ($2,081 \pm 0,689$). Mức độ giảm nồng độ kẽm huyết thanh có liên quan đến mức độ nặng của bệnh. Mặt khác, có sự gia tăng đáng kể ($p < 0,001$) nồng độ đồng huyết thanh trung bình của bệnh nhân

vảy nền thể thông thường ($1,773 \pm 0,389\text{mg/l}$) so với nhóm chứng ($0,948 \pm 0,409\text{mg/l}$), mức độ tăng đồng huyết thanh càng nhiều ở nhóm bệnh nhân có mức độ bệnh càng nặng. **Kết luận:** Có sự giảm nồng độ kẽm, tăng nồng độ đồng trong huyết thanh bệnh nhân vảy nền thể thông thường, sự thay đổi có liên quan đến mức độ bệnh.

Từ khóa: kẽm huyết thanh, đồng huyết thanh, vảy nền.

SUMMARY

RESEACH OF ZINC AND COPPER SEROUS OF PATIENT WITH PSORIASIS VULGARIS

Objective: To determine the changes in serum zinc concentration in serum psoriasis vulgaris patients compared with healthy subjects, and to find clinical relevance clinical description; 52 patients were diagnosed with psoriasis vulgaris and 31 were healthy.

Research methodology: Cross sectional description; 52 patients were diagnosed with psoriasis vulgaris and 31 were healthy, Concentration of substances measured by atomic absorption spectrometry.

Results: There was a significant decrease ($p < 0,01$) in mean concentration of zinc in serum of patient ($1,440 \pm 0,367\text{mg/l}$) in comparison to the controls values ($2,081 \pm 0,689\text{mg/l}$). The level of decrease in serum zinc levels is related to the degree of the disease. On the other hand, significant increase ($p < 0,001$) in mean serum copper ($1,773 \pm 0,389\text{mg/l}$) was demonstrated in patient with psoriasis vulgaris compared to the controls ($0,948 \pm 0,409\text{mg/l}$). The higher the level of serum coagulation in the more severe the patients.

Conclusion: There was a decrease in zinc levels, increased serum copper concentration in patients with psoriasis vulgaris, changes in the degree of disease.

Keyword: Serum zinc, serum copper, psoriasis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh vảy nền là một bệnh viêm da mạn tính rất hay gặp ở Việt Nam cũng như ở các nước trên thế giới. Mặc dù đã được nghiên cứu từ lâu, song căn nguyên và cơ chế bệnh sinh của bệnh này vẫn còn nhiều điều chưa được sáng tỏ. Đồng và kẽm là những nguyên tố vi lượng có vai trò quan trọng đối với cơ thể mà đặc biệt là với da, chúng được xem là có liên quan đến cơ chế bệnh sinh và tiến triển của bệnh vảy nền. Tại Việt Nam nhiều bác sĩ lâm sàng có thói quen kê đơn bổ sung kẽm cho bệnh nhân vảy nền và một số bệnh da khác, tuy nhiên hiện chưa có nghiên cứu nào về vấn đề nồng độ kẽm có thực sự giảm ở bệnh nhân vảy nền so với người khỏe hay không. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: “*Đánh giá nồng độ kẽm, đồng trong huyết thanh bệnh nhân vảy nền thể thông thường*” nhằm mục tiêu: *Xác định sự thay đổi nồng độ kẽm, đồng trong huyết thanh bệnh nhân vảy nền thể thông thường so với người khỏe mạnh, tìm mối liên quan với lâm sàng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng gồm 52 bệnh nhân được chẩn đoán xác định vảy nền thể thông thường ở các mức độ bệnh và 31 người khỏe mạnh.

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu: thuận tiện.

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu:

Trong thời gian nghiên cứu có 52 bệnh nhân vảy nền thể thông thường đủ điều kiện lựa chọn vào nghiên cứu gồm: Nam 42 trường hợp (80,8%), nữ 10 trường hợp (19,2%). 22 bệnh nhân mức độ nhẹ (42,3%), 19 bệnh nhân mức độ vừa (36,5%), 11 bệnh nhân mức độ nặng (21,2%). Tuổi trung bình $51,15 \pm 14,61$ tuổi (dao động từ 18 – 88). Thời gian mắc bệnh từ 1 tháng đến 40 năm, trung bình $11,67 \pm 9,82$. Nhóm đối chứng gồm 31 người khỏe mạnh: 25 nam và 6 nữ.

3.2. Nồng độ kẽm huyết thanh bệnh nhân VNTT

Bảng 3.1: Nồng độ kẽm huyết thanh bệnh nhân VNTT so với nhóm chứng

Nhóm	n	Kết quả ($\bar{x} \pm SD$)	p
Nhóm nghiên cứu	52	$1,440 \pm 0,367$	<0,001
Nhóm đối chứng	31	$2,081 \pm 0,689$	

Có sự giảm nồng độ kẽm huyết thanh ở nhóm bệnh nhân vảy nền thể thông thường so với nhóm chứng (người khỏe), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$.

Bảng 3.2: Nồng độ kẽm huyết thanh ở các mức độ bệnh

Mức độ bệnh	n	Kết quả ($\bar{x} \pm SD$)	P
Mức độ nhẹ (1)	19	$1,500 \pm 0,277$	p1p2<0,05 p2p3<0,05 p3p1<0,01
Mức độ vừa (2)	21	$1,419 \pm 0,326$	
Mức độ nặng (3)	12	$1,366 \pm 0,534$	

Có liên quan giữa nồng độ kẽm huyết thanh bệnh nhân VNTT với mức độ bệnh, bệnh càng nặng thì giảm kẽm càng nhiều.

3.3. Nồng độ đồng huyết thanh bệnh nhân VNTT

Bảng 3.3: Nồng độ đồng huyết thanh bệnh nhân VNTT so với nhóm chứng

Nhóm	n	Kết quả ($\bar{x} \pm SD$)	p
Nhóm nghiên cứu	52	$1,773 \pm 0,389$	

Nhóm đối chứng	31	0,948 ± 0,409	<0,001
----------------	----	---------------	--------

Có sự tăng nồng độ đồng huyết thanh ở nhóm bệnh nhân vảy nến thông thường so với nhóm chứng (người khỏe) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.4: Nồng độ đồng huyết thanh ở các mức độ bệnh

Mức độ	n	Kết quả ($\bar{x} \pm SD$)	p
Mức độ nhẹ (1)	19	1,332 ± 0,396	p1p2<0,05 p2p3<0,05 p3p1<0,01
Mức độ vừa (2)	21	1,690 ± 0,358	
Mức độ nặng (3)	12	1,825 ± 0,4351	

Có sự liên quan giữa nồng độ đồng huyết thanh bệnh nhân vảy nến thông thường với mức độ bệnh, bệnh càng nặng thì tăng đồng càng nhiều.

IV. BÀN LUẬN

Thống kê cho thấy tỷ lệ nam: nữ trong nghiên cứu là 4,2/1, phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả thấy tỷ lệ VNTT gặp ở nam nhiều hơn nữ, tuy nhiên cũng có tác giả báo cáo tỉ lệ nam nữ là như nhau ở bệnh VNTT. Có thể liên quan đến đặc điểm thu dung điều trị của bệnh viện trung ương quân đội 108 chủ yếu là quân nhân và quân nhân nghỉ hưu trong đó tỉ lệ nam giới trong quân đội cao hơn hẳn so với nữ giới.

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 51,15±14,61 tuổi (dao động từ 18-88). Thời gian mắc bệnh từ 1 tháng đến 40 năm, trung bình 11,67±9,82, cho thấy rằng bệnh nhân vảy nến có tuổi đời và tuổi bệnh khá cao, chứng tỏ bệnh vảy nến là một bệnh da mạn tính, bệnh ít ảnh hưởng đến tuổi thọ của bệnh nhân.

4.1. Nồng độ kẽm trong huyết thanh bệnh nhân VNTT: Bảng 3.1 cho thấy: Có sự giảm nồng độ kẽm huyết thanh ở nhóm bệnh nhân vảy nến thông thường so với nhóm chứng (người khỏe), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$. Nhiều tác giả trên thế giới cũng đã công bố có sự giảm nồng độ kẽm huyết thanh ở bệnh nhân VNTT. Da là cơ quan có trọng lượng lớn nhất của cơ thể, trong bệnh vảy nến có sự tăng sinh thượng bì, tăng sản tế bào sừng, chu chuyển tế bào thượng bì bị rút ngắn chỉ còn 2-4 ngày thay vì 28 ngày ở người bình thường, hiện tượng bong vảy da diễn ra liên tiếp kéo theo lượng kẽm trong da bị mất đi chính là nguyên nhân gây giảm nồng độ kẽm huyết thanh ở bệnh nhân vảy nến.

Bảng 3.2 cho thấy Nồng độ kẽm huyết thanh giảm có liên quan đến mức độ bệnh, bệnh càng

nặng nồng độ kẽm huyết thanh giảm càng nhiều. Baweja Payasvi và cộng sự (2013) cũng nghiên cứu thấy nồng độ kẽm huyết thanh giảm nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân vảy nến mức độ nặng hơn.

4.2 Nồng độ đồng trong huyết thanh bệnh nhân VNTT:

Bảng 3.3 cho thấy có sự tăng nồng độ kẽm huyết thanh ở nhóm bệnh nhân vảy nến thể thông thường so với nhóm chứng (người khỏe). Đa số các tác giả trên thế giới đều nhận thấy có sự tăng nồng độ đồng huyết thanh ở bệnh nhân vảy nến. Đồng trong huyết thanh có ở 2 dạng: một phần vận chuyển (5%) gắn lỏng lẻo với albumin, và phần lớn (95%) gắn chặt với globulin là ceruloplasmin. Nồng độ cao của đồng trong huyết thanh bệnh nhân vảy nến có thể được lý giải bởi sự gia tăng về số lượng của ceruloplasmin do phản ứng viêm.

Bảng 3.4 cho thấy có sự giảm nồng độ đồng huyết thanh ở các mức độ bệnh là khác nhau, bệnh càng nặng nồng độ đồng huyết thanh càng cao. Margit Gaija và cộng sự thấy sự tăng nồng độ đồng ở nhóm bệnh nhân nặng hơn so với nhóm bệnh nhân nhẹ hơn là không có ý nghĩa thống kê. Sự khác nhau này có thể do khác về địa điểm nghiên cứu và cỡ mẫu nhỏ.

V. KẾT LUẬN

- Có sự giảm nồng độ kẽm huyết thanh ở nhóm bệnh nhân vảy nến thể thông thường so với nhóm chứng. Mức độ giảm nồng độ kẽm huyết thanh có liên quan đến mức độ bệnh.

- Có sự tăng nồng độ đồng trong huyết thanh bệnh nhân vảy nến thể thông thường so với nhóm người khỏe. Mức nồng độ đồng huyết thanh tăng có liên quan đến mức độ bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Văn Hiến. (2010), "Bệnh vảy nến", Da liễu học, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam: 57-62.
2. Tổng hội y học Việt Nam – Hội da liễu Việt Nam (2017), "Hướng dẫn chăm sóc và điều trị bệnh vảy nến", Nhà xuất bản y học: 100 tr.
3. Baweja Payasvi (2013) "Analysis of serum Copper, Zinc and Iron Level in Psoriasis and psoriasis with Hypertension patients", *International Journal of innovative reaseach and development*: 544-553
4. Habif TP. (2010), "Psoriasis", *Clinical Dermatology, Fifth Edition, Mosby Elsevier*: 264 - 307.
5. Margit Gajjar, H.B.Sirajwala (2015) "Role of serum copper and zinc in pathogenesis of psoriasis", *Journal of biotechnology and biochemistry, Volume1, Issue 6*, 77-81
6. Sung Yul Lee (1996) "Analyses of serum zinc and copper level in psoriasis", *Korean Journal of investigative Dermatology*, Vol3, No1, 35-38.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA SINH VIÊN Y2 TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2010-2016

Bùi Văn Điền¹, Nguyễn Quang Dũng¹,
Phạm Văn Phú¹, Lê Danh Tuyên²

TÓM TẮT

Việt Nam đang trong giai đoạn chuyển tiếp dinh dưỡng, cần cập nhật chỉ số thể lực, tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của sinh viên. Nghiên cứu này mô tả TTDD của sinh viên Y2 trường đại học Y Hà Nội giai đoạn 2010-2016. Nghiên cứu cắt ngang mô tả hằng năm nhằm thu thập các thông tin như cân nặng, chiều cao, nơi sống trước khi nhập trường. Tổng cộng có 5.337 sinh viên tham gia nghiên cứu. Chỉ số BMI được dùng để đánh giá TTDD theo ngưỡng phân loại dành cho người châu Á. Sinh viên Y2 năm 2016 nặng cân hơn so với năm 2010: 58,6 ± 8,3 kg so với 56,2 ± 7,1 kg (nam); 48,8 ± 6,1 kg so với 47,7 ± 5,4 kg (nữ). Chiều cao sinh viên Y2 năm 2016 khác biệt không nhiều so với năm 2010: 167,8 ± 6,2 cm so với 167,0 ± 5,8 cm (nam); 156,4 ± 5,7 cm so với 156,5 ± 5,6 cm (nữ). Chiều cao sinh viên thành phố cao hơn nông thôn, ở nam giới: 168,5 ± 5,7 cm so với 167,1 ± 5,7 cm ($P < 0,05$); ở nữ giới: 156,9 ± 5,3 cm so với 155,8 ± 5,4 cm ($P < 0,05$). Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn (CED) của nữ là 26,3% cao hơn so với nam: 19% ($P < 0,05$). Tỷ lệ thừa cân, béo phì của nam là 13,8%, cao hơn so với nữ: 4,8% ($p < 0,05$). Chiều cao trung bình của sinh viên Y2 đại học Y Hà Nội năm 2010 khác biệt không đáng kể so với năm 2016. Tỷ lệ CED ở nữ cao hơn nam, tỷ lệ thừa cân, béo phì ở nam cao hơn nữ.

Từ khóa: tình trạng dinh dưỡng, sinh viên, cân nặng, chiều cao, chỉ số khối cơ thể.

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS AMONG SECOND-YEAR STUDENTS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY IN THE PERIOD OF 2010-2016

Vietnam is in the period of nutrition transition, it is necessary to update the physical growth indicators and nutritional status of students. This study describes the nutritional status of second-year students, Hanoi Medical University in the period from 2010-2016. The cross-sectional study was conducted each year in order to collect the data on body weight, height, place of living before entering the university. In total, 5,337 subjects participated in the study. The BMI was used to assess the nutritional status by using the BMI cut-off points for Asian people. The second-year students in 2016 was heavier than those in 2010: 58.6 ± 8.3 kg

versus 56.2 ± 7.1 kg (males); 48.8 ± 6.1 kg versus 47.7 ± 5.4 kg (females). The average height of the second-year students in 2016 was not much different as compared to 2010: 167.8 ± 6.2 cm versus 167.0 ± 5.8 cm (males); 156.4 ± 5.7 cm versus 156.5 ± 5.6 cm (females). The average height of students who came from the urban areas was higher than that of those who came from the rural areas, in males: 168.5 ± 5.7 cm versus 167.1 ± 5.7 cm ($P < 0,05$); in females: 156.9 ± 5.3 cm versus 155.8 ± 5.4 cm ($P < 0,05$). The prevalence of chronic energy deficiency in females was 26.3% and in males was 19% ($P < 0.05$). The prevalence of overweight/obesity in males was 13.8% and in females was 4.8% ($P < 0.05$). There is no considerable difference in mean height of the second-year students in 2010 and in 2016. The prevalence of CED in females is higher than males, in contrast, the prevalence of overweight/obesity in males is higher than females.

Keywords: nutritional status, students, weight, height, body mass index.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng dinh dưỡng (TTDD) của một cá thể hay một nhóm cá thể trong cộng đồng là một chỉ số quan trọng trong lĩnh vực y tế công cộng. TTDD tốt phản ánh mức sống, điều kiện kinh tế xã hội, vệ sinh môi trường, dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt. Hiện nay, Việt Nam đang trong thời kỳ chuyển tiếp dinh dưỡng, sự thay đổi mạnh mẽ trong mọi mặt đời sống của đất nước có ảnh hưởng tới sức khỏe và TTDD của mọi đối tượng, trong đó có sinh viên.

So với thời gian trước đây, các chỉ số cân nặng, chiều cao, tỷ lệ thừa cân, béo phì, thiếu năng lượng trường diễn trên người trưởng thành có sự thay đổi [1]. Đã có một vài nghiên cứu trong nước từng đánh giá TTDD của sinh viên tại một số trường đại học [2-5]. Kết quả từ các nghiên cứu trên cho thấy, phần lớn sinh viên bị thiếu năng lượng trường diễn (CED-chronic energy deficiency), rất ít sinh viên bị thừa cân/béo phì. Năm 1997, một nghiên cứu tại 3 trường đại học Y Hà Nội, Y Thái Bình và Y Bắc Thái cho thấy không có sinh viên nào bị thừa cân/béo phì [4]. Kết quả tổng điều tra dinh dưỡng toàn quốc năm 2009-2010 cho thấy xuất hiện gánh nặng kép về suy dinh dưỡng (SDD) trên người trưởng thành. Tỷ lệ CED ở người trưởng thành 20-24 tuổi là 22,9%, tỷ lệ thừa cân và béo phì ở người từ 20 tuổi trở lên là 5,6% [1].

¹Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Đại học Y Hà Nội

²Viện Dinh dưỡng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Dũng

Email: Dungpcd@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.8.2017

Ngày duyệt bài: 5.9.2017

Nghiên cứu TTDD trên sinh viên có ưu điểm dễ thu thập số liệu vì dễ tập hợp được đối tượng nghiên cứu. Số liệu về TTDD của sinh viên có thể phần nào phản ánh về TTDD của người trưởng thành, gián tiếp mô tả mức sống của nhân dân. Các nghiên cứu trước đây thường đánh giá TTDD của sinh viên tại một thời điểm. Theo chúng tôi, chưa có nghiên cứu nào mô tả TTDD trong một giai đoạn. Vì lý do đó, trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành mô tả TTDD thông qua các chỉ số cân nặng, chiều cao, tỷ lệ thừa cân, béo phì, CED của sinh viên Y2 đại học Y Hà Nội trong giai đoạn 2010-2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Sinh viên năm thứ 2 (Y2), trường đại học Y Hà Nội các năm 2010-2016, không bị dị tật ảnh hưởng đến hình dáng cơ thể như gù vẹo cột sống, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm: trường Đại học Y Hà Nội.

2.3. Thời điểm thu thập số liệu: Từ tháng 10-12 năm 2016.

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

2.5. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ: Tất cả sinh viên năm thứ 2 trường Đại học Y Hà Nội, phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn trong 7 năm học từ 2010 đến 2016, với số lượng: 5.337 sinh viên. Với sinh viên Y2 năm 2016, lấy danh sách toàn bộ sinh viên rồi ghép với số liệu đã thu thập từ các năm trước để được bộ số liệu sinh viên Y2 từ năm 2010 tới 2016.

2.6. Thu thập số liệu

- Thông tin chung: phỏng vấn trực tiếp sinh viên để thu thập thông tin về ngày sinh, nơi sống với gia đình là thành phố hay nông thôn.

- Cân nặng: Sử dụng cân Tanita, độ chính xác 0,1 kg, đặt cân tại vị trí bằng phẳng. Đối tượng được yêu cầu bỏ giày, dép, chỉ mặc quần áo mỏng, đứng giữa bàn cân, không cử động khi đứng trên cân, trọng lượng đứng đều trên 2 chân. Ghi kết quả đo bằng đơn vị kg, với 1 số lẻ.

- Chiều cao: Sử dụng thước Microtoise với độ chính xác 0,1cm. Chọn địa điểm có tường xây,

nền bằng phẳng, đóng cố định thước trên tường, bắt đầu từ con số 0 kể từ mặt đất. Đối tượng bỏ giày, dép, guốc, đi chân trần, đứng quay lưng vào thước đo đảm bảo 9 điểm trên cơ thể chạm vào tường, mắt nhìn thẳng ra phía trước, hai tay buông thõng 2 bên mình. Kỹ thuật viên đo kết quả bằng đơn vị cm với 1 số lẻ.

2.7. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD): TTDD được đánh giá bằng chỉ số khối cơ thể BMI. $BMI = \text{Cân nặng (kg)} / (\text{Chiều cao (m)})^2$. Thiếu năng lượng trường diễn (CED) khi $BMI < 18,5$, trong đó chia ra 3 mức độ sau: CED độ 1 khi BMI từ 17-18,49, CED độ 2 khi BMI 16-16,99, CED độ 3 khi BMI $< 16,0$. TTDD bình thường khi BMI từ 18,5 tới 23. Thừa cân khi BMI ≥ 23 trong đó tiền béo phì khi BMI trong khoảng 23 tới 25, béo phì độ 1 khi BMI trong khoảng từ ≥ 25 tới < 30 , béo phì độ 3 khi BMI ≥ 30 .

2.8. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm thống kê Epidata 3.1, được làm sạch và xử lý bằng phần mềm Stata 13.0 với các test thống kê y học thông thường.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu được tiến hành trên 5.337 sinh viên Y2: 2.622 nam (49,1%), 2.715 nữ (50,9%). Tuổi trung bình là $19,6 \pm 0,6$. Sinh viên phần lớn xuất thân từ nông thôn: 73,7% so với 26,3% từ thành phố. Tỷ lệ nam và nữ ở thành phố tương ứng là 29% và 23,8%; ở nông thôn là 71% và 76,2%. Tỷ lệ sinh viên đến từ gia đình có mức kinh tế khá/giàu là 39,3%, gia đình có mức kinh tế trung bình/ nghèo là 60,7%. Tỷ lệ mức kinh tế gia đình giữa 2 giới là tương đương nhau.

Cân nặng trung bình của sinh viên theo giới và năm học được trình bày trong Bảng 1. Tính chung cả 7 năm từ 2010-2016, cân nặng trung bình của nam giới là $57,7 \pm 7,9\text{kg}$ và nữ giới là $47,9 \pm 5,3\text{kg}$. Ở nam giới, cân nặng có xu hướng tăng dần từng năm: từ $56,2 \pm 7,1\text{kg}$ năm 2010 tăng lên $58,6 \pm 8,3\text{kg}$ năm 2016. Ở nữ giới, xu hướng tương tự: từ $47,7 \pm 5,4\text{kg}$ năm 2010 tăng lên $48,8 \pm 6,1\text{kg}$ năm 2016.

Bảng 1. Cân nặng trung bình của sinh viên theo giới và năm học

Năm	Nam		Nữ	
	n	$\bar{x} \pm SD$ (kg)	n	$\bar{x} \pm SD$ (kg)
2010	481	$56,2 \pm 7,1$	441	$47,7 \pm 5,4$
2011	393	$57,3 \pm 7,3$	361	$47,5 \pm 4,9$
2012	443	$58,2 \pm 7,8$	497	$47,7 \pm 5,0$
2013	449	$57,8 \pm 8,2$	453	$47,8 \pm 5,1$
2014	238	$58,5 \pm 7,8$	255	$47,5 \pm 4,7$
2015	344	$58,5 \pm 8,4$	403	$48,7 \pm 5,9$
2016	274	$58,6 \pm 8,3$	305	$48,8 \pm 6,1$
Chung	2.622	$57,7 \pm 7,9$	2.715	$47,9 \pm 5,3$

Chiều cao trung bình của sinh viên theo giới và thời gian được trình bày trong Bảng 2. Tính chung cả 7 năm từ 2010-2016, chiều cao trung bình của nam giới là $167,5 \pm 5,7$ cm và nữ giới là $156,1 \pm 5,4$ cm. Ở nam giới, chiều cao khác biệt không nhiều giữa 2 thời điểm 2010 và 2016: $167,0 \pm 5,8$ cm vào năm 2010 và $167,8 \pm 6,2$ cm vào năm 2016. Ở nữ giới, chiều cao cũng không khác biệt nhiều: $156,5 \pm 5,6$ cm năm 2010, và $156,4 \pm 5,7$ cm năm 2016.

Bảng 2. Chiều cao trung bình của sinh viên theo giới và năm học

Năm	Nam		Nữ	
	n	$\bar{X} \pm SD$ (cm)	n	$\bar{X} \pm SD$ (cm)
2010	481	$167,0 \pm 5,8$	441	$156,5 \pm 5,6$
2011	393	$167,4 \pm 5,7$	361	$155,9 \pm 5,2$
2012	443	$167,3 \pm 5,3$	497	$155,6 \pm 4,9$
2013	449	$167,8 \pm 5,6$	453	$155,4 \pm 5,1$
2014	238	$168,5 \pm 5,5$	255	$156,9 \pm 5,6$
2015	344	$167,4 \pm 5,9$	403	$156,7 \pm 5,7$
2016	274	$167,8 \pm 6,2$	305	$156,4 \pm 5,7$
Chung	2.622	$167,5 \pm 5,7$	2.715	$156,1 \pm 5,4$

Cân nặng, chiều cao, BMI trung bình của sinh viên theo giới, nơi sinh sống cùng gia đình trước khi học tại trường Y được trình bày trong **Bảng 3**. Đối với cả nam và nữ, cả 3 chỉ số cân nặng, chiều cao, BMI trung bình của sinh viên thành phố đều cao hơn so với nông thôn ($P < 0,05$).

Bảng 3. Cân nặng, chiều cao, BMI trung bình của sinh viên theo giới, nơi ở của gia đình

	Giới	n	Thành phố		Nông thôn		P
			n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
Chiều cao (cm)	Nam	2.622	760	$168,5 \pm 5,7$	1.862	$167,1 \pm 5,7$	$< 0,05$
	Nữ	2.715	646	$156,9 \pm 5,3$	2.069	$155,8 \pm 5,4$	$< 0,05$
	Chung	5.337	1.406	$163,1 \pm 7,9$	3.931	$161,2 \pm 7,9$	$< 0,05$
Cân nặng (kg)	Nam	2.622	760	$59,9 \pm 8,4$	1.862	$56,9 \pm 7,4$	$< 0,05$
	Nữ	2.715	646	$48,8 \pm 5,4$	2.069	$47,6 \pm 5,2$	$< 0,05$
	Chung	5.337	1.406	$54,8 \pm 9,1$	3.931	$52,0 \pm 7,9$	$< 0,05$
BMI	Nam	2.622	760	$21,1 \pm 2,6$	1.862	$20,5 \pm 2,4$	$< 0,05$
	Nữ	2.715	646	$19,8 \pm 1,9$	2.069	$19,6 \pm 1,8$	$< 0,05$
	Chung	5.337	1.406	$20,5 \pm 2,4$	3.931	$19,9 \pm 2,1$	$< 0,05$

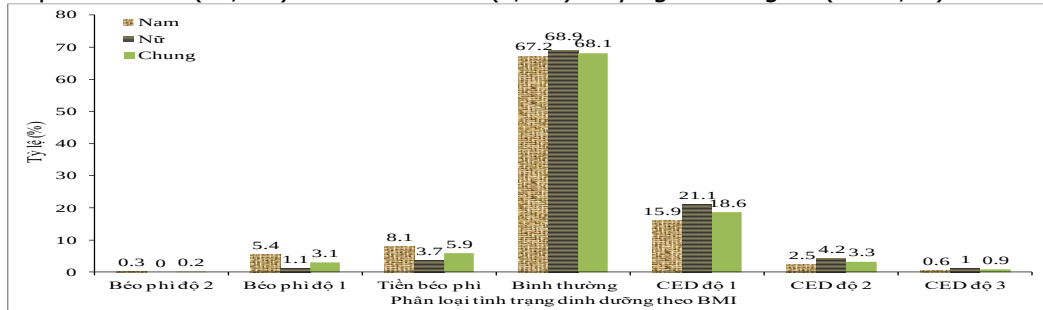
Cân nặng, chiều cao, BMI trung bình của sinh viên theo nhóm tuổi và giới được trình bày trong **Bảng 4**. Không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê về cân nặng, chiều cao, BMI giữa các nhóm tuổi khác nhau ở cả nam và nữ sinh viên ($P > 0,05$). Cân nặng trung bình của nam sinh viên 18 tuổi là $58,6 \pm 8,6$ kg và 20 tuổi là $57,3 \pm 7,5$ kg. Chiều cao trung bình của nam sinh viên 18 tuổi là $167,9 \pm 5,6$ cm và 20 tuổi là $167,3 \pm 5,5$ cm. Cân nặng trung bình của nữ sinh viên 18 tuổi là $48,0 \pm 5,5$ kg và 20 tuổi là $47,9 \pm 5,3$ kg. Chiều cao trung bình của nữ sinh viên 18 tuổi là $156,4 \pm 5,4$ cm và 20 tuổi là $155,5 \pm 5,3$ cm.

Bảng 4. Cân nặng, chiều cao, BMI trung bình của sinh viên theo nhóm tuổi và giới

Nhóm tuổi (tuổi)	Giới	N	Chiều cao (cm)	Cân nặng (kg)	BMI
			$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
18	Nam	264	$167,9 \pm 5,6$	$58,6 \pm 8,6$	$20,8 \pm 2,9$
	Nữ	312	$156,4 \pm 5,4$	$48,0 \pm 5,5$	$19,6 \pm 2,0$
	Chung	576	$161,7 \pm 8,0$	$52,8 \pm 8,8$	$20,1 \pm 2,5$
19	Nam	1.846	$167,5 \pm 5,8$	$57,8 \pm 7,9$	$20,6 \pm 2,4$
	Nữ	1.860	$156,2 \pm 5,4$	$47,9 \pm 5,3$	$19,6 \pm 1,9$
	Chung	3.706	$161,8 \pm 8,0$	$52,8 \pm 8,3$	$20,1 \pm 2,2$
20	Nam	442	$167,3 \pm 5,5$	$57,3 \pm 7,5$	$20,4 \pm 2,3$
	Nữ	476	$155,5 \pm 5,3$	$47,9 \pm 5,3$	$19,8 \pm 1,8$
	Chung	918	$161,2 \pm 8,0$	$52,4 \pm 8,0$	$20,1 \pm 2,1$
≥ 21	Nam	70	$166,5 \pm 6,3$	$56,0 \pm 7,0$	$20,2 \pm 1,9$
	Nữ	67	$157,3 \pm 5,4$	$48,9 \pm 5,4$	$19,7 \pm 1,7$
	Chung	137	$162,0 \pm 7,5$	$52,5 \pm 7,2$	$20,0 \pm 1,8$

Phân loại TTDD của sinh viên theo chỉ số BMI được trình bày trong Biểu đồ 1. Ở nam sinh viên, tỷ lệ tiền béo phì là 8,1%, béo phì độ 1 là 5,4%, béo phì độ 2 là 0,3%. Ở nữ sinh viên, tỷ lệ tiền béo phì

là 3,7%, béo phì độ 1 là 1,1%, béo phì độ 2 là 0%. Trong khi đó, ở nam sinh viên, tỷ lệ CED độ 1 là 15,9%, CED độ 2 là 2,5% và CED độ 3 là 0,6%. Các con số này ở nữ sinh viên là 21,1%, 4,2% và 1%. Tỷ lệ CED của nữ (26,3%) cao hơn của nam (19%) có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Tỷ lệ thừa cân, béo phì của nam (13,8%) cao hơn của nữ (4,8%) có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$).



Biểu đồ 1: Phân loại tình trạng dinh dưỡng của sinh viên theo chỉ số BMI

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này mô tả thực trạng dinh dưỡng của sinh viên Y2 đại học Y Hà Nội trong giai đoạn từ 2010-2016. Chiều cao trung bình của sinh viên Y2 đạt $167,5 \pm 5,7$ cm (nam) và $156,1 \pm 5,4$ cm (nữ). Chiều cao trung bình sinh viên nam và nữ đến từ khu vực thành phố cao hơn so với nông thôn. Tỷ lệ thừa cân/béo phì ở nam cao hơn nữ, tỷ lệ CED của nữ cao hơn nam.

Nghiên cứu của Trần Thiết Sơn và cộng sự cho thấy chiều cao của nam sinh viên đại học Y Hà Nội là $162,9 \pm 5,4$ cm và nữ là $155,1 \pm 4,5$ cm [2]. Nghiên cứu của Hoàng Thu Soan và cộng sự cho thấy chiều cao của nam sinh viên đại học Y Thái Nguyên là $163,9 \pm 10,2$ cm và nữ là $152,7 \pm 9,9$ cm [3]. Kết quả tổng điều tra dinh dưỡng toàn quốc năm 2009-2010 cho thấy chiều cao nam trưởng thành là $164,4 \pm 5,9$ cm và nữ trưởng thành là $153,4 \pm 5,3$ cm [1]. Như vậy, chiều cao trung bình của sinh viên Y2 trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn cả 3 nghiên cứu trong nước. Tuy nhiên, so với một số nghiên cứu khác trên sinh viên 18-26 tuổi tại Malaysia [6]: $169,7 \pm 8,3$ cm (nam) và $158,4 \pm 6,0$ (nữ) và nữ sinh viên 18-25 tuổi tại các tiểu vương quốc Ả Rập thống nhất [7]: $158,7 \pm 0,3$ cm, chiều cao trung bình của sinh viên Y2 đại học Y Hà Nội thấp hơn.

Sự khác biệt chiều cao nói trên có thể được giải thích do có sự khác nhau về thời điểm nghiên cứu, điều kiện kinh tế xã hội tại các thời điểm không giống nhau và tại các quốc gia khác nhau. Khuynh hướng cải thiện chiều cao là do cải thiện điều kiện sống, chế độ dinh dưỡng và chăm sóc sức khỏe. Điều này được khẳng định bởi kết quả ở Bảng 3: cân nặng, chiều cao, BMI của sinh viên đến từ khu vực thành phố, nơi có điều kiện kinh tế xã hội tốt hơn, luôn cao hơn so

với khu vực nông thôn. Do đó, cải thiện chiều cao là một chỉ tiêu phản ánh sự cải thiện về mức sống, điều kiện dinh dưỡng, giảm tỷ lệ mắc bệnh trong cộng đồng. Quy mô nghiên cứu cũng ảnh hưởng tới kết quả, tổng điều tra dinh dưỡng toàn quốc khảo sát đối tượng thuộc nhiều thành phần xã hội, nên kết quả có khác biệt với nghiên cứu của chúng tôi.

Không chỉ cải thiện về chiều cao, sinh viên Y2 đại học Y Hà Nội còn có cân nặng trung bình cao hơn so với sinh viên trong nghiên cứu trước đây [2, 3]. Năm 1993, sinh viên đại học Y Hà Nội chỉ nặng trung bình $47,3 \pm 5,7$ kg (nam) và $42,7 \pm 4,7$ kg (nữ) [2]. Năm 2007, sinh viên đại học Y Thái Nguyên nặng trung bình $55,3 \pm 5,2$ kg (nam) và $46,7 \pm 4,1$ kg (nữ) [3].

Kết quả từ biểu đồ 1 cho thấy, có 22,8% sinh viên bị CED, trong đó tỷ lệ CED ở nữ sinh viên cao hơn so với nam: 26,3% so với 19,0%. Kết quả này tương đương với tỷ lệ 22,9% bị CED trên người trưởng thành 20-24 tuổi: nữ là 27,7% và nam là 17,2%, thu được từ tổng điều tra dinh dưỡng toàn quốc năm 2009-2010 [1]. Nghiên cứu của Lê Thị Tuyết Lan cũng cho kết quả tương tự, tỷ lệ CED trên sinh viên học viên quân y là 27,5%, trong đó nữ là 36,4% và nam là 18,6% [5]. Thời điểm điều tra giữa nghiên cứu của chúng tôi và của Lê Thị Tuyết Lan khác nhau, điều kiện kinh tế xã hội tại các thời điểm khác nhau, do đó tỷ lệ CED giữa các nghiên cứu khác nhau.

Không chỉ bị CED, sinh viên Y2 đại học Y Hà Nội còn bị thừa cân và béo phì (Biểu đồ 1). Trong khi đó, vào năm 1997, nghiên cứu của Nguyễn Ái Châu và cộng sự trên sinh viên đại học Y Hà Nội, Y Thái Bình và Y Bắc Thái cho thấy không có sinh viên nào bị thừa cân [4]. Điều này có thể được giải thích là trước đây tình hình kinh

tế có nhiều khó khăn, bữa ăn thiếu năng lượng, thiếu chất dinh dưỡng, nên tỷ lệ thừa cân, béo phì rất hiếm gặp hoặc tỷ lệ thấp.

IV. KẾT LUẬN

Trong giai đoạn từ 2010 tới 2016, chiều cao trung bình của sinh viên nam Y2 tại thời điểm 2016 lớn hơn không đáng kể so với năm 2010; chiều cao trung bình của sinh viên nữ giữa hai thời điểm hầu như không khác biệt. Chiều cao trung bình của sinh viên nam và nữ đến từ khu vực thành phố cao hơn so với khu vực nông thôn. Thừa cân, béo phì, thiếu năng lượng trường diễn đã xuất hiện trên sinh viên Y2 đại học Y Hà Nội trong giai đoạn 2010-2016.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế- Viện Dinh dưỡng, Unicef** (2010). Tổng điều tra dinh dưỡng năm 2009-2010. Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
2. **Trần Thiết Sơn, Nguyễn Doãn Tuất, Lê Gia Vinh và cs** (1993). Một số đặc điểm hình thái và thể lực của sinh viên Y Hà Nội. Tạp chí hình thái học; 3(1):19-22.
3. **Hoàng Thu Soan, Nguyễn Văn Tư và Trịnh Xuân Đàn** (2007). Một số đặc điểm về hình thái thể lực và dinh dưỡng của sinh viên Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên. Tạp chí sinh lý học; 11(1):42-46.
4. **Nguyễn Ái Châu, Phạm Văn Phú, Hà Huy Khôi** (1997). Tình trạng dinh dưỡng của sinh viên một số trường đại học Y khoa phía Bắc. Tạp chí y học dự phòng; 7(4):54-60.
5. **Lê Thị Tuyết Lan và cộng sự** (2009). Đánh giá tình trạng thể lực của thanh niên Việt Nam. Tạp chí y dược học quân sự; 34(1):18-23.
6. **Nurul Huda and Ruzita Ahmad** (2010). Preliminary Survey on Nutritional Status among University Students at Malaysia. Pakistan Journal of Nutrition; 9(2):125-127.
7. **Abdelhamid Kerkadi** (2003). Evaluation of nutritional status of United Arab Emirates university female students. Emir J Agric Sci; 15(2):42-50.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ BỆNH MẠN TÍNH Ở NGƯỜI TỪ 75 TUỔI TRỞ LÊN TẠI PHƯỜNG PHƯƠNG MAI, QUẬN ĐỐNG ĐA, HÀ NỘI NĂM 2017

Nguyễn Thị Quỳnh*, Lê Thu Hoà**, Nghiêm Nguyệt Thu***

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện với 296 người cao tuổi từ 75 tuổi trở lên, đang sống tại phường Phương Mai, quận Đống Đa, Hà Nội năm 2017. **Mục tiêu:** Mô tả tình trạng dinh dưỡng và bệnh mạn tính ở người từ 75 tuổi trở lên tại phường Phương Mai, quận Đống Đa, Hà Nội năm 2017. Kết quả: Đa số đối tượng trong nghiên cứu có độ tuổi từ 75-89 tuổi (92,9%). Tỷ lệ nam/nữ: 130/166. Tiền sử hút thuốc lá gặp ở 25,7%; uống rượu bia gặp ở 30,1% người tham gia nghiên cứu. Cân nặng trung bình của nhóm nam giới là 57,1 ± 7,8kg; nhóm nữ giới là 51,6 ± 8,1kg. Chỉ số BMI ở nam và nữ là tương đương (nam: 23,3 ± 2,7; nữ: 23,6 ± 3,2). Chỉ số MNA ở nhóm nam là 12,7 ± 1,3; nữ là 12,8 ± 1,4). Có 20,9% người bị thừa cân, béo phì và 4,4% người gầy, thiếu dinh dưỡng. Bệnh lý gặp ở người cao tuổi trong nghiên cứu là tăng huyết áp (69,5%); Bệnh tim mạch (29,7%); Bệnh xương khớp (28,9%), Đái tháo đường (21,3%); Rối loạn mỡ máu (16,5%)... **Kết luận:** Khoảng 1/3 số người cao tuổi trong nghiên cứu có tình trạng thừa cân béo phì, hoặc gầy, thiếu dinh dưỡng. Người cao tuổi có nhiều bệnh lý, thường gặp nhất là tăng huyết áp.

SUMMARY

THE NUTRITION STATUS AND CHRONIC DISEASE IN THE ELDERS WHO ARE ABOVE 75 YEARS OLD AT PHUONG MAI WARD, DONG DA DISTRICT, HA NOI CITY IN THE YEAR 2017

The research has been done on 296 elders who are above 75 years old, these people was living in Phuong Mai ward, Dong Da district, Ha Noi city in 2017. Our targets: *Describe the nutrition status and chronic diseases in people who are above 75 years old at Phuong Mai ward, Dong Da district, Ha Noi city in the year 2017.* The result : Almost the objects in the study are in the range of age 75-89 (92,9%). The ratio male on female 130/166. 25,7% people has pre - history of smoking, drinking alcohol liquid is 30,1%. The average of body weight of the male group is 57,1 ± 7,8 kg and the female group is ± 7,8 kg. The BMI index between male and female is similar (male: 23,3 ± 2,7; female: 23,6 ± 3,2). The MNA index of group's male is 12,7 ± 1,3 and female group is (12,8 ± 1,4). It is 20.9% over-weight and obese and 4,4% are thin and malnutrition person. The most popular disease in the elder of study is hypertension (69,5%); cardiovascular diseases (29,7%); muscular skeletal diseases (28,9%); diabetes (21,3%); dyslipidemia (16,5%)...The conclusion: About 1/3 elder in the study have problem with their nutrition (over weight, obesity, thin, malnutrition). The elder has many illness and the most common is hypertension.

*Bệnh viện Nông nghiệp

** Trường Đại học Y Hà Nội.

*** Viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quỳnh

Email: nguyennhhsiro@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.9.2017

Ngày duyệt bài: 13.9.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quá trình lão hóa ở người già là quá trình già hóa một cách hệ thống các cơ quan trong cơ thể, đặc trưng bởi sự suy giảm nghiêm trọng về mặt chức năng cả về sinh lý lẫn trí tuệ, giảm khả năng đề kháng dẫn đến xuất hiện tình trạng đa bệnh tật. Đặc biệt ở các cụ trên 75 tuổi là đối tượng già và người già sống lâu, khả năng mắc bệnh cao hơn và tình trạng phụ thuộc nhiều hơn. Phải kể đến đầu tiên là tình trạng dinh dưỡng của người già, suy dinh dưỡng người già kéo theo rất nhiều hệ lụy, là một trong những nguyên nhân gây nên các bệnh như tiêu chảy, bệnh tim mạch... Vì vậy, việc nâng cao sức khỏe, đời sống tinh thần, cũng như đảm bảo cuộc sống có chất lượng tốt, giảm thiểu tối đa bệnh tật ở người cao tuổi là mong muốn của toàn xã hội nói chung, của ngành y tế nói riêng. Trên cơ sở đó, để góp phần bước đầu đưa ra một số nét về chế độ dinh dưỡng hợp lý, cách ăn uống đúng đắn nhằm mục đích nâng cao sức khỏe người cao tuổi, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Mô tả tình trạng dinh dưỡng và bệnh mạn tính ở người từ 75 tuổi trở lên tại phường Phương Mai, quận Đống Đa, Hà Nội năm 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là các cụ từ độ tuổi trên 75 tuổi, sinh sống tại phường Phương Mai, quận Đống Đa, Hà Nội

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả với điều tra cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu [1]

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

- n: cỡ mẫu. Tính được n= 282 người
- Z: hệ số tin cậy được lấy dựa vào ngưỡng xác suất α . Tính $\alpha = 0,05$
- p: tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn; p=24,2 (Phạm Thị Tâm và cộng sự, 2009)
- e: sai số mong muốn, e=0,05
- Thực tế đề tài được tiến hành trên 296 người cao tuổi để đảm bảo cỡ mẫu tối thiểu.

2.4. Công cụ

- Cân điện tử SECA có khả năng cân được 120 kg và chính xác đến 0,1 kg.
- Thước đo chiều cao đứng: thước SECA có độ chính xác 0,1cm.
- Dụng cụ đo huyết áp thủy ngân bằng tay của Nhật

- Sử dụng bộ câu hỏi được thiết kế và phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu.

2.5. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm phân tích số liệu epidata 3.1, kết quả được trình bày dưới dạng tần suất xuất hiện, tỷ lệ % và $\bar{x} \pm SD$. Các test thống kê sử dụng là χ^2 - test và T- test.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Đối tượng tham gia được giải thích đầy đủ về nghiên cứu. Đối tượng ký vào bản đồng ý tham gia nghiên cứu. Toàn bộ thông tin cá nhân của đối tượng được mã hoá và chỉ sử dụng trong nghiên cứu. Nghiên cứu không làm ảnh hưởng đến lợi ích của đối tượng trong chăm sóc sức khỏe.

III. KẾT QUẢ

Kết quả dưới đây mô tả những đặc điểm chung của nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu, cụ thể là 296 người cao tuổi có độ tuổi từ 75 tuổi trở lên trên địa bàn phường Phương Mai, quận Đống Đa, thành phố Hà Nội, trong đó có 130 nam và 166 nữ.

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Người cao tuổi	
		n	%
Nhóm tuổi	75 – 89 tuổi	275	92,9
	90 – 99 tuổi	21	7,1
Giới tính	Nam	130	43,9
	Nữ	166	56,1
Tiền sử hút thuốc lá	Có	76	25,7
	Không	220	74,3
Tiền sử uống rượu bia	Có	89	30,1
	Không	207	69,9

Nhận xét: Nhóm người có độ tuổi từ 75-89 tuổi chiếm 92,9%. Tỷ lệ nam/nữ khá đồng đều (nam=43,9%; nữ=56,1%). Có 25,7% người có tiền sử hút thuốc lá. Tỷ lệ có tiền sử uống rượu bia chiếm 30,1% số người tham gia nghiên cứu.

Bảng 3.2. Chỉ số nhân trắc của đối tượng nghiên cứu

Các chỉ số	Nam	Nữ	Chung
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Cân nặng	57,2 $\pm$ 7,9	51,6 $\pm$ 8,1	54,1 $\pm$ 8,4

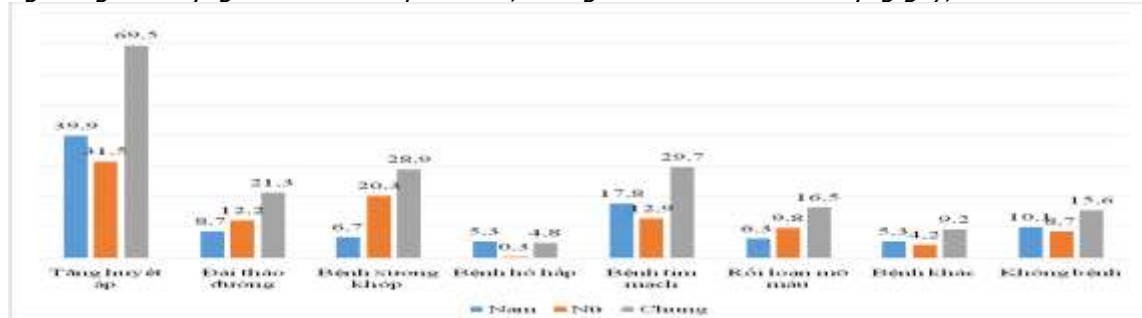
Chiều cao	156,6 ± 5,9	147,6 ± 6,2	151,6 ± 7,5
BMI	23,3 ± 2,7	23,6 ± 3,2	23,5 ± 3,0
MNA	12,7 ± 1,3	12,8 ± 1,4	12,8 ± 1,3

Nhận xét: Nhóm nam giới có cân nặng trung bình 57,1 ± 7,8 kg, trong khi đó cân nặng trung bình ở nữ giới là 51,6 ± 8,1kg. Chiều cao trung bình ở những người cao tuổi là nam giới là 157,6 ± 5,9 cm và ở nữ giới là 147,6 ± 6,2 cm. Chỉ số BMI ở nam và nữ là tương đương (nam: 23,3 ± 2,7; nữ: 23,6 ± 3,2. Chỉ số MNA (chỉ số đánh giá dinh dưỡng tối thiểu) cũng tương đồng giữa hai nhóm (nam: 12,7 ± 1,3; nữ: 12,8 ± 1,4).

Bảng 3.3. Phân bố tỷ lệ tình trạng dinh dưỡng của các đối tượng nghiên cứu

Chỉ số/giới		Nam		Nữ		Chung	
		n	%	n	%	n	%
Chỉ số khối cơ thể	Béo phì	1	08	5	3,0	6	2,0
	Thừa cân	33	25,4	47	28,3	80	27,0
	Bình thường	90	69,2	107	64,5	197	66,6
	CEDI	5	3,9	4	2,4	9	3,0
	CEDII	1	0,8	1	0,6	2	0,7
	CEDIII	0	0	2	1,2	2	0,7

Nhận xét: Phần lớn người cao tuổi có tình trạng bình thường (66,6%), có 29,0% người cao tuổi đang trong tình trạng thừa cân béo phì. Có 4,4% người cao tuổi có tình trạng gầy, thiếu dinh dưỡng.



Biểu đồ 3.1. Phân bố tỷ lệ người cao tuổi mắc các bệnh mạn tính

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh lý gặp ở người cao tuổi trong nghiên cứu là tăng huyết áp (69,5%); Bệnh tim mạch (29,7%); Bệnh xương khớp (28,9%), Đái tháo đường (21,3%); Rối loạn mỡ máu (16,5%)...Ngoài ra, có 9,2% số người mắc các bệnh khác chủ yếu là các bệnh viêm đại tràng, tuyến tiền liệt...15,6% số người cao tuổi tham gia nghiên cứu hiện không mắc bệnh gì.

IV. BÀN LUẬN

Đối tượng của nghiên cứu là những người có độ tuổi từ 75 tuổi trở lên, là nhóm người có sức khỏe và chức năng sinh lý của cơ thể đã bị già hóa và suy giảm. Không những thế, đây còn là nhóm đối tượng chính mắc các bệnh mạn tính như tăng huyết áp, đái tháo đường...đây cũng là những bệnh có liên quan chặt chẽ đến tình trạng dinh dưỡng của đối tượng. Nghiên cứu này được thực hiện trên 296 đối tượng người cao tuổi có độ tuổi từ 75 tuổi trở lên thuộc phường Phương Mai, quận Đống Đa, thành phố Hà Nội. Kết quả cho thấy nhóm người cao tuổi từ 90-99 tuổi trong nghiên cứu (7,1%) chiếm tỷ lệ cao hơn so với tỷ lệ chung của cả nước (6,4%), điều này rất dễ hiểu do quận Đống Đa là 1 quận nội thành Hà Nội nên những người cao tuổi ở đây có đời sống cao hơn và được hưởng các dịch vụ y tế tốt hơn so với mặt bằng chung cả nước.

Theo thống kê của Bộ Y tế năm 2015 thì Việt Nam có 38,7% tỷ lệ người dân hút thuốc lá, trong đó thì tỷ lệ hút thuốc lá ở nam giới chiếm 45,3% [2], đây vẫn là một tỷ lệ khá cao so với thế giới. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này chỉ có 25,7% số người cao tuổi thuộc đối tượng nghiên cứu có tiền sử hút thuốc lá. Sự khác biệt này có thể được giải thích là do nghiên cứu chỉ thực hiện trên nhóm đối tượng là người cao tuổi từ 75 tuổi trở lên. Kết quả nghiên cứu có tỷ lệ số người cao tuổi có thể trạng bình thường (66,6%) tương tự với nghiên cứu của Phan Vinh Thịnh tại Láng Hạ, Hà Nội (67,9%) [3]. Trong khi phân bố tỷ lệ tình trạng dinh dưỡng của chúng tôi lại khác so với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Tú tại Thanh Oai, Hà Nội cho kết quả 45,5% cụ có thể trạng bình thường [4].

Chỉ số về BMI là một chỉ số quan trọng để đánh giá tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu. Chỉ số BMI trung bình của quần thể

nghiên cứu là $23,5 (\pm 3)$. Có thể thấy không có nhiều sự chênh lệch về chỉ số BMI ở nam và nữ (ở nam là $23,3 (\pm 2,7)$ và ở nữ giới là $23,6 (\pm 3,2)$). Đối với chỉ số MNA (chỉ số đánh giá dinh dưỡng tối thiểu), có thể nhận thấy gần như không có sự khác biệt nào về chỉ số MNA trung bình ở hai giới. MNA trung bình của quần thể nghiên cứu là $12,8 (\pm 1,3)$, trong đó MNA trung bình ở nam giới là $12,7 (\pm 1,3)$ và ở nữ giới là $12,8 (\pm 1,4)$. Nhìn chung, đa phần người cao tuổi trong nghiên cứu có tình trạng bình thường (66,6%), có 29,0% người cao tuổi đang trong tình trạng thừa cân béo phì, đặc biệt trong đó những người ở tình trạng béo phì chiếm 2,0% (6 người có tình trạng béo phì trên tổng số 296 người cao tuổi tham gia nghiên cứu). Tuy nhiên, chỉ có 4,4% người cao tuổi có tình trạng gầy, thiếu dinh dưỡng, đặc biệt những người có tình trạng CED III (quá gầy) chiếm 0,7% (2 người trên tổng số 296 người).

Trong nghiên cứu này chúng tôi các bệnh mạn tính thành 7 nhóm chính bao gồm: tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh xương khớp, bệnh hô hấp, bệnh tim mạch, rối loạn mỡ máu và các bệnh khác. Trung bình một người cao tuổi mắc 1,8 bệnh, thấp hơn kết quả của tác giả Phạm Thăng nghiên cứu tại Sóc Sơn, Hà Nội (2,96 bệnh năm 2007) [5]. Điều này có thể lý giải bởi trong nghiên cứu của tác giả Phạm Thăng được tiến hành tại 3 xã thuộc ba miền Bắc Trung Nam có kết hợp với các bác sỹ xuống khám bệnh cho các cụ ngay tại địa phương. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành tại thành phố Hà Nội với phương pháp thu thập là phỏng vấn trực tiếp người cao tuổi, vậy nên có thể xảy ra trường hợp một số cụ chưa được biết về tình trạng bệnh của mình dẫn đến báo cáo chưa được đầy đủ về một số bệnh của người cao tuổi.

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng: có tới 69,5% số người cao tuổi tham gia nghiên cứu hiện mắc tăng huyết áp, cao nhất trong số những bệnh mạn tính được khảo sát, cao hơn khá nhiều so với một nghiên cứu khác về tăng huyết áp tại cùng địa điểm phường Phương Mai, quận Đống Đa của tác giả Nguyễn Thanh Ngọc năm 2007 [6]. Sự chênh lệch về tỷ lệ này có thể được giải thích do độ tuổi tham gia nghiên cứu (ở nghiên cứu này là những người có độ tuổi từ 75 tuổi trở lên trong khi với nghiên cứu của giáo sư Nguyễn Lâm Việt, Hội Tim Mạch Việt Nam thì nghiên cứu trên những đối tượng có độ tuổi thấp hơn nhiều), cũng như 2 nghiên cứu ở 2 thời điểm cách xa nhau. Ngoài ra, tỷ lệ mắc tăng huyết áp trong nghiên cứu này còn cho thấy có sự khác biệt rõ ràng ở hai giới nam và nữ, điều này có

thể được giải thích là do các tác nhân, yếu tố nguy cơ như thói quen uống rượu bia và hút thuốc là ở hai giới là khác nhau.

Đối với các bệnh về xương khớp, đái tháo đường, tim mạch, rối loạn mỡ máu đều có tỷ lệ mắc từ 16%-30% trong tổng quần thể nghiên cứu. Đây là những bệnh mạn tính thường gặp ở hầu hết những người cao tuổi ở Việt Nam và trên thế giới, những bệnh này một phần nguyên nhân do tuổi cao, các chuyển hóa sinh lý trong cơ thể suy giảm dẫn đến mắc bệnh. Đặc biệt trong nghiên cứu này có thể thấy rõ sự chênh lệch về tỷ lệ mắc bệnh về xương khớp ở 2 giới nam và nữ (20,3% và 6,7%). Sự chênh lệch này cũng được đề cập trong nghiên cứu của tác giả Phạm Thăng – Viện Lão Khoa TW, trong đó bệnh thoái khớp là hay gặp nhất, nữ chiếm tỷ lệ 42,2% so với nam giới chiếm tỷ lệ 20,8% [5]. Kết quả này giống với nhiều nghiên cứu khác về tỷ lệ mắc các bệnh về xương khớp có liên quan đến giới tính, trong đó thì giới nữ có tỷ lệ mắc cao hơn nam giới.

Thừa cân/ béo phì đang gia tăng và trở thành một vấn đề sức khỏe ở Việt Nam. Đây là dấu hiệu cảnh báo về các bệnh mạn tính không lây tại cộng đồng. Theo số liệu thống kê của Viện dinh dưỡng Việt Nam về “tình trạng thừa cân béo phì và một vài yếu tố liên quan trên toàn quốc” thì trong tổng số hơn 17 nghìn đối tượng tham gia nghiên cứu trong độ tuổi từ 35-64 tại 64 tỉnh/thành phố thì tỷ lệ thừa cân/béo phì (BMI > 23) là 16,3%, trong đó tỷ lệ tiền béo phì là 9,7% và tỷ lệ béo phì là 6,6% [7]. Trong khi đó, đối với nghiên cứu này thì tỷ lệ số người béo phì chỉ chiếm 2%, 27% số người có tình trạng thừa cân (tiền béo phì).

V. KẾT LUẬN

- Tình trạng thiếu năng lượng trường diễn chiếm 4,4% tổng số các cụ, có 29% người cao tuổi đang trong tình trạng thừa cân béo phì, đặc biệt trong đó 2% được xếp vào béo phì thực sự.
- Chỉ số BMI trung bình tương đương ở nhóm nam giới và nữ giới ($23,3 \pm 2,7$; $23,6 \pm 3,2$).
- Có 69,5% người tham gia nghiên cứu hiện mắc tăng huyết áp, ngoài ra các bệnh về xương khớp, đái tháo đường, tim mạch, rối loạn mỡ máu có tỷ lệ mắc từ 16% đến 30%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lưu Ngọc Hoạt**, Nghiên cứu khoa học y học, tập 1 (2015), Đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản y học, tr 126.
2. **Global adult tobacco**, GATS_vietnam_2015_factsheet.pdf [http:// global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/en/GATS_vietnam_2015_factsheet.pdf](http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/en/GATS_vietnam_2015_factsheet.pdf) Truy cập ngày 27 tháng 8 năm 2017.

3. **Nguyễn Xuân Tú (2004)**, Tìm hiểu thực trạng dinh dưỡng và tập tính ăn uống của người cao tuổi tại xã Tam Hưng, Thanh Oai, Hà Tây, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ y khoa trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Phan Vĩnh Thịnh (2000)**, Tìm hiểu tình trạng dinh dưỡng và tập tính ăn uống của các cụ cao tuổi tại một phường nội thành Hà Nội, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ y khoa trường Đại học y Hà Nội.
5. **Phạm Thắng**, Tạp chí DS&PT (số 4/2007), Website Tổng cục DS-KHHGD.
6. **"Cập nhật về thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở người cao tuổi tại phường Phương Mai, quận Đống Đa, Hà Nội"** – 2007 – Nguyễn Thanh Ngọc, Tạ Mạnh Cường
7. **Viện dinh dưỡng (2011)**, "Kết quả điều tra Thừa cân - béo phì và một số yếu tố liên quan ở người Việt Nam 25-64 tuổi", accessed 08/2016, from <http://viendinhduong.vn/news/vi/160/62/a/ket-qua-dieu-tra-thua-can---beo-phi-va-mot-so-yeu-to-lien-quan-o-nguoi-viet-nam-25--64-tuoi.aspx>.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM CỦA TỔN THƯƠNG VIÊM PHỔI KẾ TRONG BỆNH VIÊM DA CƠ TỰ MIỄN

Nguyễn Thị Thoa¹, Nguyễn Thị Phương Thủy²

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm phổi kẽ trong bệnh viêm đa cơ tự miễn. 2. Khảo sát mối liên quan của viêm phổi kẽ với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh viêm đa cơ tự miễn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang trên 67 bệnh nhân được chẩn đoán viêm đa cơ tự miễn, điều trị tại khoa Cơ xương khớp, bệnh viện Bạch Mai từ 8/2016 đến 6/2017. **Kết quả và kết luận:** Bệnh hay gặp nhất ở lứa tuổi từ 40 – 60 tuổi với tỷ lệ mắc bệnh của nữ/nam = 1,3/1. Tổn thương viêm phổi kẽ gặp ở 37/67 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 55,2%), trong đó, những đặc điểm lâm sàng thường hay gặp nhất gồm khó thở (67,6%), ho khan (56,8%), sốt (37,8%), rales ở phổi (18,9%) và đau ngực (16,2%). Khi đo chức năng hô hấp, 26/37 bệnh nhân có rối loạn thông khí hạn chế, chiếm tỷ lệ 70,3%. Những hình ảnh tổn thương phổi hay gặp nhất trên phim C.T.Scanner phổi của các BN có viêm phổi kẽ gồm dày tổ chức kẽ (75,7%), giãn phế quản (13,5%) và hình ảnh đồng đặc dạng kính mờ (5,4%). Ở nhóm bệnh nhân có tổn thương viêm phổi kẽ, độ tuổi lớn hơn, thời gian mắc bệnh kéo dài hơn và nồng độ men CK trong huyết thanh tăng cao hơn so với nhóm BN không có viêm phổi kẽ. Tăng các chỉ số viêm trong huyết thanh và tình trạng thiếu máu cũng gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân có viêm phổi kẽ so với nhóm bệnh nhân không có viêm phổi kẽ.

Từ khóa: Viêm đa cơ tự miễn, tổn thương viêm phổi kẽ, rối loạn thông khí hạn chế.

SUMMARY

INTERSTITIAL LUNG DISEASE AMONG PATIENTS WITH POLYMYOSITIS

Objectives: 1.To explore the characteristics of clinical and sub - clinical of interstitial lung disease in patients with polymyositis. 2. To determine the

association of interstitial lung disease with other characteristics of clinical and sub - clinical polymyositis. **Subjects and methods:** A cross-sectional study was conducted in 67 patients diagnosed with polymyositis from 8/2016 to 6/2017 at Department of Rheumatology, Bach mai hospital. **Results:** The most common disease was in the age group of 40-60 years old with a female/male prevalence of 1,3/1. Interstitial pneumonia was reported in 37 out of 67 patients (55,2%), with the most common clinical features including dyspnea (67,6%), dry cough (56,8%), fever (37,8%), rales (18,9%) and chest pain (16,2%). When measuring respiratory function, 26/37 patients had limited ventilation, accounting for 70,3%. The most common signs from high - resolution computer tomography (CT scan) of patients with interstitial pneumonia were thick organization interstitial lung (75,7%), bronchiectasis (13,5%), and blurry opacification (5,4%). In the group of patients with interstitial pneumonia, higher age, longer duration of disease and serum concentrations of serum CK increased more than patients without interstitial pneumonia. Increasing serum inflammation and anemia were more common in patients with interstitial pneumonia than in patients without interstitial pneumonia.

Keywords: polymyositis, interstitial pneumonia, limited ventilation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm đa cơ được xếp vào nhóm bệnh tự miễn với tổn thương cơ bản là tình trạng viêm mạn tính của các bó cơ vân. Trên lâm sàng, bệnh nhân thường có biểu hiện yếu cơ vùng gốc chi đối xứng hai bên, làm bệnh nhân đi lại khó khăn. Bệnh gặp nhiều hơn ở nữ giới, độ tuổi trung niên từ 40 - 50 tuổi. Bệnh có tổn thương ở nhiều cơ quan khác ngoài cơ như: hô hấp, khớp, tiêu hóa và tim mạch. Những tổn thương phổi hay gặp trong bệnh viêm đa cơ gồm viêm phổi kẽ, viêm phổi do sắc, suy hô hấp do yếu các cơ hô hấp, trong đó viêm phổi kẽ là một biến chứng thường gặp nhất và có tiên lượng xấu. Khoảng 30 - 75% bệnh nhân viêm đa cơ có viêm phổi kẽ và ở một

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thoa

Email: nguyenthia.nt40@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.9.2017

Ngày duyệt bài: 15.9.2017

số bệnh nhân, viêm phổi kể có thể xuất hiện trước khi có triệu chứng yếu cơ từ vài tháng đến vài năm [1]. Kết quả của nhiều nghiên cứu cho thấy, không có mối liên quan giữa mức độ tiến triển của tổn thương viêm cơ và các biểu hiện lâm sàng của tổn thương phổi ở những bệnh nhân viêm đa cơ. Do đó, các bệnh nhân có tổn thương phổi thường được phát hiện muộn và ảnh hưởng xấu đến hiệu quả điều trị. Những bệnh nhân bị viêm phổi kể có thời gian sống ngắn hơn so với các bệnh nhân không có viêm phổi kể. Trong nghiên cứu của Marie I năm 2002, tỷ lệ tử vong của bệnh nhân viêm đa cơ có viêm phổi kể sau 1 năm là 5,6%, sau 3 năm là 9,6% và sau 5 năm là 13,5% [2]. Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng-cận lâm sàng của bệnh và hiệu quả của các thuốc ức chế miễn dịch trong điều trị bệnh viêm cơ tự miễn, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu chuyên sâu về tổn thương viêm phổi kể trong bệnh viêm đa cơ. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm 2 mục tiêu: 1. *Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm phổi kể trong bệnh viêm đa cơ tự miễn.* 2. *Khảo sát mối liên quan của viêm phổi kể với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh viêm đa cơ tự miễn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 67 bệnh nhân được chẩn đoán viêm đa cơ tự miễn theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Bohan và Peter năm 1975, điều trị tại khoa Cơ xương khớp, bệnh viện Bạch Mai từ 8/2016 đến 6/2017. 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 8/2016 đến 6/2017.
- Tất cả các bệnh nhân viêm đa cơ tham gia nghiên cứu đều được hỏi bệnh, khai thác tiền sử, thăm khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cần thiết, chụp C.T.Scanner phổi lớp mỏng có độ phân giải cao và đo chức năng hô hấp. Các chỉ tiêu nghiên cứu được tiến hành thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thiết kế sẵn.
- Đánh giá các tổn thương phổi trên phim

3. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.4. Đặc điểm tổn thương Xquang phổi và C.T.Scanner phổi của BN viêm phổi kể

Tổn thương phổi	Xquang phổi		C.T.Scanner phổi	
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Dày tổ chức kẽ	19	51,4	28	75,7
Kính mờ	1	2,7	2	5,4

Xquang phổi thường quy và phim C.T.Scanner phổi theo 1 thang điểm thống nhất, trong đó cho điểm dựa vào sự xuất hiện của các tổn thương trên phim, mỗi tổn thương được đánh giá có hoặc không, không phụ thuộc vào mức độ lan tỏa của tổn thương.

- **Xử lý số liệu:** Nhập số liệu và phân tích số liệu bằng Excel 2007 và SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và giới của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tuổi	≤ 40	40,3
	40 - 60	46,3
	> 60	13,4
	Tổng	100
Giới	Nam	43,3
	Nữ	56,7
	Tổng	100

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu trên 67 bệnh nhân cho thấy, viêm đa cơ tự miễn hay gặp nhất ở lứa tuổi từ 40 – 60 tuổi (chiếm tỷ lệ 46,3%). Bệnh ít gặp ở những người sau 60 tuổi. Bệnh gặp nhiều hơn ở nữ giới với tỷ lệ mắc bệnh của nữ/nam = 1,3/1.

2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.2. Thời gian mắc bệnh của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Thời gian mắc bệnh (tháng)	Số BN	Tỷ lệ %	X ± SD
≤ 12	47	70,1	
12 – 36	12	17,9	
≥ 36	8	12	
Tổng	67	100	15,02 ± 18,85

Nhận xét: Phần lớn các bệnh nhân nghiên cứu có thời gian mắc bệnh dưới 12 tháng (chiếm tỷ lệ 70,1%).

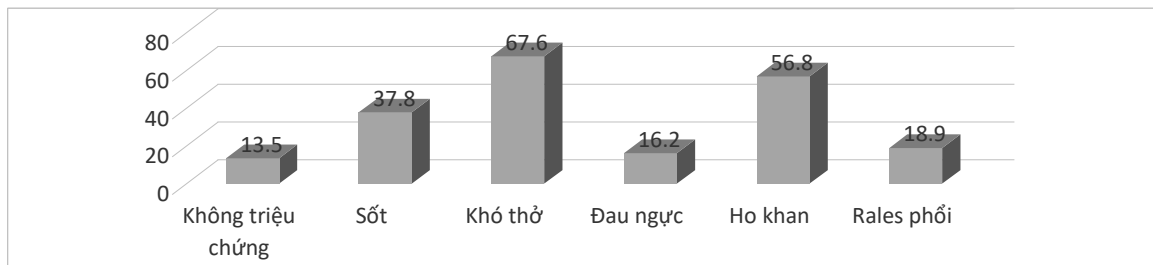
Bảng 3.3. Đặc điểm tổn thương viêm phổi kể của nhóm BN nghiên cứu

Tổn thương phổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Viêm phổi kể	37	55,2
Không viêm phổi kể	30	44,8
Tổng	67	100

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, tổn thương viêm phổi kể gặp ở 37/67 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 55,2%.

Xơ phổi	1	2,7	2	5,4
Giãn phế quản	1	2,7	5	13,5

Nhận xét: Trong 37 bệnh nhân viêm đa cơ có viêm phổi kẽ, tổn thương hay gặp nhất trên phim Xquang phổi là hình ảnh dày tổ chức kẽ, chiếm tỷ lệ 51,4%. Những hình ảnh tổn thương phổi hay gặp nhất trên phim C.T.Scanner phổi của các BN có viêm phổi kẽ gồm dày tổ chức kẽ (75,7%), giãn phế quản (13,5%) và hình ảnh đồng đặc dạng kính mờ (5,4%).



Biểu đồ 3.1: Các biểu hiện lâm sàng của tổn thương viêm phổi kẽ

Nhận xét: Ở những bệnh nhân có tổn thương viêm phổi kẽ, các đặc điểm lâm sàng thường hay gặp nhất gồm: khó thở (67,6%), ho khan (56,8%), sốt (37,8%), rales ở phổi (18,9%) và đau ngực (16,2%).

Bảng 3.5. Đặc điểm rối loạn thông khí hạn chế ở nhóm BN có viêm phổi kẽ (n = 37)

Chức năng hô hấp	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Rối loạn thông khí hạn chế	26	70,3
Bình thường	11	29,7

Nhận xét: Rối loạn thông khí hạn chế gặp ở 26/37 bệnh nhân viêm đa cơ có viêm phổi kẽ, chiếm tỷ lệ 70,3%.

Bảng 3.6. Đặc điểm LS và CLS của 2 nhóm BN có và không có viêm phổi kẽ

Lâm sàng - Cận LS	Viêm phổi kẽ (n = 37)	Không viêm phổi kẽ (n = 30)	p
Tuổi (X ± SD)	51,95 ± 12,17	38,63 ± 13,47	< 0,05
Thời gian mắc bệnh (X ± SD)	17,03 ± 22,74	12,53 ± 12,46	> 0,05
Viêm khớp (%)	13,5	10,0	> 0,05
Sốt (%)	37,8	23,3	> 0,05
CK (X ± SD)	3654,4 ± 4506,62	1626,6 ± 2211,6	< 0,05
CRP tăng (%)	29,7	20,0	> 0,05
Máu lắng tăng (%)	64,9	53,3	> 0,05
Hb giảm (%)	24,3	6,7	< 0,05

Nhận xét: Ở nhóm BN viêm đa cơ có tổn thương viêm phổi kẽ, độ tuổi lớn hơn, thời gian mắc bệnh kéo dài hơn và nồng độ men CK trong huyết thanh cao hơn so với nhóm BN không có viêm phổi kẽ. Tăng các chỉ số viêm trong huyết

thanh và tình trạng thiếu máu cũng gặp nhiều hơn ở nhóm BN có viêm phổi kẽ so với nhóm BN không có viêm phổi kẽ.

IV. BÀN LUẬN

Viêm đa cơ gặp nhiều hơn ở phụ nữ, lứa tuổi trung niên. Trong nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu, lứa tuổi hay gặp nhất là từ 40 – 60 tuổi (chiếm tỷ lệ 46,3%) và có 38 bệnh nhân nữ (chiếm tỷ lệ 56,7%). Viêm phổi kẽ gặp ở khoảng 20- 80% bệnh nhân viêm đa cơ và có thể xảy ra ở những bệnh nhân không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng của tổn thương viêm cơ hoặc viêm cơ rất nhẹ hoặc viêm cơ xuất hiện muộn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 37 bệnh nhân bị viêm phổi kẽ, chiếm tỷ lệ 55,2%. Ở nhóm bệnh nhân có tổn thương viêm phổi kẽ, những đặc điểm lâm sàng thường gặp nhất gồm khó thở (67,6%), ho khan (56,8%), sốt (37,8%) và rales ở phổi (18,9%). Trên lâm sàng, tổn thương viêm phổi kẽ trong giai đoạn đầu thường khó phát hiện, không có biểu hiện triệu chứng hoặc chỉ xuất hiện khó thở khi gắng sức hoặc ho khan. Khi bệnh tiến triển hoặc có kèm theo bội nhiễm, sẽ xuất hiện thêm các triệu chứng khác như sốt và nghe phổi có rales nổ. Theo kết quả của nhiều nghiên cứu, những yếu tố tiên lượng xấu của viêm phổi kẽ gồm: bệnh nhân lớn tuổi ở thời điểm bắt đầu bị bệnh (> 45 tuổi), viêm phổi kẽ có biểu hiện triệu chứng về hô hấp như ho, khó thở, đo chức năng hô hấp có FVC giảm, DLCO giảm, kháng thể kháng Jo-1 dương tính và kháng điều trị corticoid [3]. Những bệnh nhân bị viêm phổi kẽ có thời gian sống ngắn hơn so với các bệnh nhân không có viêm phổi kẽ.

Trong nghiên cứu, ở những bệnh nhân có tổn thương viêm phổi kẽ, tổn thương trên Xquang phổi hay gặp nhất là dày tổ chức kẽ chiếm tỷ lệ 51,4%. Trong 37 bệnh nhân viêm đa cơ có viêm phổi kẽ, hình ảnh tổn thương phổi hay gặp nhất trên phim C.T.Scanner phổi gồm dày tổ chức kẽ (75,7%), giãn phế quản (13,5%) và hình ảnh đông đặc dạng kính mờ (5,4%). Trong viêm đa cơ, viêm phổi kẽ có thể tiến triển nhanh hoặc mạn tính, trong đó, thể tiến triển nhanh gặp nhiều hơn ở những bệnh nhân có kháng thể kháng CADM-140. Những bệnh nhân này thường kháng với điều trị thuốc corticoid và các thuốc ức chế miễn dịch, dẫn đến suy hô hấp và tử vong [4]. Trong bệnh viêm đa cơ có tổn thương viêm phổi kẽ, các bệnh nhân thường có rối loạn thông khí hạn chế khi đo chức năng hô hấp. Trong nhóm bệnh nhân có viêm phổi kẽ, 26 bệnh nhân có rối loạn thông khí hạn chế, chiếm tỷ lệ 70,3%.

Các bệnh nhân bị viêm phổi kẽ có thời gian mắc bệnh kéo dài hơn và lớn tuổi hơn so với những bệnh nhân không có viêm phổi kẽ. Trong nghiên cứu của Marie I, nhóm bệnh nhân có viêm phổi kẽ cũng già hơn so với nhóm bệnh nhân không có viêm phổi kẽ [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có các chỉ viêm trong huyết thanh tăng và thiếu máu cao hơn ở nhóm bệnh nhân có viêm phổi kẽ so với nhóm bệnh nhân không có viêm phổi kẽ. Nồng độ men CK trong huyết thanh trung bình của nhóm bệnh nhân có viêm phổi kẽ cũng cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có viêm phổi kẽ. Trong nhiều nghiên cứu về viêm cơ tự miễn cho thấy, các triệu chứng sốt, viêm mao mạch quanh móng tay, yếu cơ vùng gốc chi, thiếu máu, protein C trong huyết thanh tăng, kháng thể kháng synthetase đều có liên quan chặt chẽ với tình trạng viêm phổi kẽ trong bệnh viêm đa cơ.

V. KẾT LUẬN

- Bệnh hay gặp nhất ở lứa tuổi từ 40 – 60 tuổi với tỷ lệ mắc bệnh của nữ/nam = 1,3/1.

- Tổn thương viêm phổi kẽ gặp ở 37/67 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 55,2%), trong đó, những đặc điểm lâm sàng thường hay gặp nhất gồm khó thở (67,6%), ho khan (56,8%), sốt (37,8%), rales ở phổi (18,9%) và đau ngực (16,2%).

- Khi đo chức năng hô hấp, 26/37 bệnh nhân có rối loạn thông khí hạn chế, chiếm tỷ lệ 70,3%. Những hình ảnh tổn thương phổi hay gặp nhất trên phim C.T.Scanner phổi của các bệnh nhân có viêm phổi kẽ gồm dày tổ chức kẽ (75,7%), giãn phế quản (13,5%) và hình ảnh đông đặc dạng kính mờ (5,4%).

- Ở nhóm bệnh nhân có tổn thương viêm phổi kẽ, độ tuổi lớn hơn, thời gian mắc bệnh kéo dài hơn và nồng độ men CK trong huyết thanh tăng cao hơn so với nhóm BN không có viêm phổi kẽ. Tăng các chỉ số viêm trong huyết thanh và tình trạng thiếu máu cũng gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân có viêm phổi kẽ so với nhóm bệnh nhân không có viêm phổi kẽ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Marc L Miller, MD (2013), Clinical manifestations and diagnosis of adult dermatomyositis and polymyositis.
2. Marie I, Hachulla E, Cherin P (2002), Interstitial lung disease in polymyositis and dermatomyositis. Arthritis Rheum 2002; 47:614.
3. Li Zhang, Guoqin Wu, Di Gao (2016), Factors associated with Interstitial lung disease in patient with polymyositis and dermatomyositis: a systemia review and meta – analysis. PloS One.
4. Santo S, Uejima Y, Nanbu M (2016), Clinical analysis and outcome of interstitial lung disease complicated with juvenile dermatomyositis and juvenile polymyositis, Modern Rheumatology.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN HẸP MÔN VỊ DO UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY

Nguyễn Huy Tuấn¹, Phạm Hoàng Hà^{2,3}

TÓM TẮT

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Tĩnh

²Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Tuấn

Email: dr.huytuan@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.9.2017

Ngày duyệt bài: 15.9.2017

Ung thư dạ dày là loại ung thư phổ biến, thường ít được phát hiện sớm do các triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, bệnh nhân thường đến viện do các biến chứng trong đó hay gặp nhất là biến chứng hẹp môn vị. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân hẹp môn vị do ung thư biểu mô dạ dày tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, hồi cứu trên 75 bệnh nhân hẹp môn vị do ung thư biểu mô dạ dày được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 1/1/2012 đến 31/12/2015. **Kết quả:** Đau

thượng vị là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất trong nghiên cứu (chiếm 84%). Các triệu chứng thực thể ít gặp: lồng ách gặp nhiều nhất chiếm 34,1%. Tỷ lệ thiếu máu ở người bệnh là 80%, rối loạn điện giải 46,7%, suy thận 50,7%. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được nội soi, trong đó tổn thương loét chiếm tỷ lệ 64,0%, vị trí tổn thương ở hang môn vị chiếm tỷ lệ 85,3%, sinh thiết tổn thương 77,3% trường hợp có tế bào ung thư, 8,0% không thấy tế bào ung thư. Hình ảnh dày thành dạ dày gặp phổ biến nhất ở cả siêu âm và chụp cắt lớp vi tính. **Kết luận:** Triệu chứng thực thể của đối tượng nghiên cứu nghèo nàn, phần lớn có biến đổi toàn trạng. Kết quả cho thấy nội soi dạ dày sinh thiết vẫn là phương pháp hữu hiệu để chẩn đoán bệnh. Ngoài giá trị chẩn đoán siêu âm, chụp CT scanner còn giúp đánh giá tình trạng di căn, xâm lấn, bệnh kèm theo.

Từ khóa: Ung thư dạ dày, hẹp môn vị, lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

THE CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PYLORIC STENOSIS AMONG PATIENTS WITH GASTRIC CARCINOMA AT VIETDUC HOSPITAL

Gastric cancer is a common type of cancer, which is rarely detected in early stage due to unclear clinical symptoms. Patients often go to hospital because of complications in which pyloric stenosis is the most common one. **Objectives:** To describe the clinical and subclinical characteristics of pyloric stenosis among patients with gastric carcinoma at Viet Duc Hospital. **Study subjects and methodology:** A retrospective study of 75 patients with pyloric stenosis due to gastric carcinoma treated at the Viet Duc Hospital from 1st January 2012 to 31st December. 2015. **Results:** epigastric pain was the most common functional abnormalities in the study (84%). The rate of anemia was 80%, electrolyte disturbances 46.7%, kidney failure 50.7%. All patients in the study were received endoscopy, and ulcer accounted for 64.0%, pyloric lesions 85.3%, biopsy showed 77.3% of cancer cases, 8% was not able to found results. The feature of thickened gastric wall is the most common in both ultrasound and computerized tomography. **Conclusion:** The physical symptoms of participants were limited, most cases have fully changed. The results showed that endoscopic biopsy is still a viable method to diagnose the disease. In addition to ultrasound diagnostic value, CT scans also help assess metastases, invasive and co-morbid conditions.

Key words: Gastric cancer, pyloric stenosis, clinical, subclinical

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp môn vị là tình trạng lưu thông của thức ăn, dịch dạ dày xuống tá tràng bị cản trở hoặc đình trệ hoàn toàn với các biểu hiện như: Đau bụng, nôn, sút cân, rối loạn nước điện giải, suy kiệt. Có nhiều nguyên nhân gây hẹp môn vị, trong đó ung thư dạ dày là nguyên nhân đứng hàng thứ hai sau loét dạ dày tá tràng. Những

năm gần đây hẹp môn vị do loét dạ dày tá tràng có xu hướng giảm do những tiến bộ, thuốc mới trong điều trị nội khoa trong khi đó hẹp môn vị do ung thư dạ dày lại có xu hướng tăng do nhiều yếu tố. Hiện nay ung thư dạ dày hẹp môn vị nhiều hơn loét dạ dày tá tràng. Nghiên cứu của Johnson và cộng sự trên 261 bệnh nhân bị hẹp môn vị chỉ ra rằng dịch tể học bệnh hẹp môn vị đang thay đổi. Kết quả cho thấy, giai đoạn từ năm 1962 đến 1975, tỷ lệ ung thư ác tính chiếm 33% nguyên nhân gây hẹp môn vị, tại bệnh viện của họ ở Vương Quốc Anh, từ năm 1976 đến năm 1985 thì khối u ác tính chiếm 50%. Tuy nhiên 1987 đến 1988 thì bệnh ác tính chiếm 66% nguyên nhân gây hẹp môn vị [1].

Hơn 95% ung thư dạ dày thuộc ung thư biểu mô, vì vậy khi nói đến ung thư dạ dày người ta thường nói đến ung thư biểu mô [2]. Ung thư dạ dày là loại ung thư phổ biến, đứng thứ 2 trên thế giới về tỷ lệ mắc bệnh và tử vong sau ung thư phổi, là một trong những bệnh ung thư đường tiêu hóa thường gặp nhất [3]. Ung thư dạ dày thường gặp ở hang môn vị, là nguyên nhân gây hẹp môn vị. Hẹp môn vị có thể được chẩn đoán qua triệu chứng lâm sàng, qua phim XQ dạ dày sau 6h, qua nội soi dạ dày hoặc chẩn đoán trong mổ. Ngoài ra siêu âm, chụp CT scanner đánh giá mức độ di căn, xâm lấn, bệnh kèm theo. Một nghiên cứu cho thấy, các triệu chứng của hẹp môn vị thường gặp bao gồm: Nôn mửa, đau thượng vị, gây sút cân [4]. Ngoài ra bệnh nhân còn có dấu hiệu mất nước, rối loạn điện, rối loạn chuyển hóa. Đã có nhiều nghiên cứu trong nước và thế giới về vấn đề chẩn đoán và điều trị ung thư dạ dày, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu cho nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày có biến chứng hẹp môn vị. Đề tài nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của hẹp môn vị do ung thư biểu mô dạ dày.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm những bệnh nhân được chẩn đoán là hẹp môn vị do ung thư biểu mô dạ dày và được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 1/1/2012 đến 31/12/2015.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Được chẩn đoán hẹp môn vị dựa vào lâm sàng, nội soi dạ dày hoặc chẩn đoán trong mổ.
- Được chẩn đoán ung thư biểu mô dạ dày dựa vào sinh thiết trước mổ hoặc GPB sau mổ.
- Được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 1/1/2012 đến 31/12/2015.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Những bệnh nhân hẹp môn vị không phải do ung thư biểu mô dạ dày.
- Những bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày không có biến chứng hẹp môn vị.
- Bệnh nhân được chẩn đoán là hẹp môn vị do ung thư biểu mô dạ dày nhưng không được phẫu thuật.
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu quan sát mô tả, hồi cứu.

Quy trình nghiên cứu: Lập danh sách bệnh nhân hẹp môn vị do ung thư biểu mô dạ dày được điều trị phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật tiêu hóa, khoa Phẫu thuật cấp cứu tiêu hóa, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Mượn hồ sơ bệnh án tại phòng lưu trữ hồ sơ, chọn hồ sơ bệnh án đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ bệnh nhân. Thu thập các biến số nghiên cứu theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

Các biến số nghiên cứu: *Triệu chứng lâm sàng*: Đau thượng vị, nôn thức ăn cũ, Gầy sút cân, hạch thượng đòn, lách óc ách lúc đói, bụng lõm lòng thuyền, dấu hiệu Bouveret (+), sờ thấy u bụng, xuất huyết tiêu hóa cao.

Đặc điểm của xét nghiệm máu: Thiếu máu khi có HGB < 120 g/l, Rối loạn điện giải là khi có rối loạn ít nhất một trong ba điện giải ($K^+ < 3,5$ hoặc $K^+ > 5 \text{ mmol/l}$, $Na^+ < 133 \text{ mmol/l}$ hoặc $Na^+ > 147 \text{ mmol/l}$, $Cl^- < 94 \text{ mmol/l}$ hoặc $Cl^- > 111 \text{ mmol/l}$); Suy thận khi Ure > 8,3 mmol/l và/hoặc Creatinin ≥ 115 (nam) và ≥ 97 (nữ), rối loạn dinh dưỡng khi protein toàn phần < 65 mmol/l và/hoặc Albumin < 35 mmol/l. CEA tăng khi $\geq 5 \text{ ng/ml}$, CA 19-9 tăng khi $\geq 37 \text{ U/ml}$.

Đặc điểm nội soi dạ dày: Vị trí tổn thương, hình ảnh đại thể, mức độ hẹp, kết quả sinh thiết.

Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh: Bình thường, dày thành dạ dày, thâm nhiễm tạng lân cận, dịch ổ bụng, hạch ổ bụng, sa dẫn dạ dày.

III. KẾT QUẢ**Bảng 1: Các triệu chứng lâm sàng**

Triệu chứng	n	%
Đau thượng vị	63	84,0
Nôn thức ăn cũ	57	76,0
Gầy sút cân	49	65,3
Lách óc ách lúc đói	26	34,1
Bụng lõm lòng thuyền	23	30,1
Sờ thấy u bụng	12	16,0
Dấu hiệu Bouveret (+)	5	6,7
XHTH cao	5	6,7
Hạch thượng đòn	4	5,3

Đau thượng vị là triệu chứng hay gặp nhất trong nghiên cứu chiếm 84%; tiếp đến là nôn thức ăn cũ chiếm 76%. Các triệu chứng thực thể ít được biểu hiện.

Bảng 2: Đặc điểm xét nghiệm (n=75)

Đặc điểm xét nghiệm		n	%
Thiếu máu	Không	15	20,0
	Có	60	80,0
Rối loạn điện giải	Không	40	53,3
	Có	35	46,7
Suy dinh dưỡng	Có	33	44,0
	Không	42	56,0
Suy thận	Có	38	50,7
	Không	37	49,3
CEA (ng/l) (n=52)	Bình thường	35	67,3
	Tăng	17	32,7
CA 19-9 (UL/ml) (n=51)	Bình thường	33	64,7
	Tăng	18	36,3

Tỷ lệ thiếu máu ở người bệnh là 80%, rối loạn điện giải 46,7%, suy thận 50,7%.

Bảng 3: Tổn thương hẹp môn vị qua nội soi dạ dày

Nội dung		n	%
Vị trí tổn thương	Hang môn vị	64	85,3
	Thâm nhiễm toàn bộ dạ dày	2	2,7
	BCN	7	9,3
	Vị trí khác (bờ cong lớn,...)	2	2,7
Hình ảnh đại thể	Loét	48	64,0
	Loét sùi	23	30,7
	Loét thâm nhiễm	9	12,0
	U sùi	20	26,7
	Thâm nhiễm cứng	18	24,0
Mức độ hẹp	Hẹp không hoàn toàn	19	25,3
	Hẹp hoàn toàn	56	74,7
Kết quả sinh thiết	Có TB ung thư	58	77,3
	Không rõ	11	14,7
	Không có TB ung thư	6	8,0

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được nội soi, trong đó tổn thương hay gặp nhất là loét chiếm tỷ lệ 64,0%, đa số tổn thương ở hang môn vị chiếm tỷ lệ 85,3%.

Bảng 4: Hình ảnh hẹp môn vị do ung thư biểu mô dạ dày trên siêu âm và chụp cắt lớp ổ bụng

Hình ảnh	Siêu âm (n=74)		Chụp cắt lớp (n=55)	
	n	%	n	%
Bình thường	12	16,2	0	0
Dày thành dạ dày	38	51,4	53	94,6
Thâm nhiễm các tạng lân cận	0	0	1	1,8
Dịch ổ bụng	14	18,9	13	23,6
Hạch ổ bụng	15	20,3	34	61,8
Dạ dày giãn	8	10,8	7	12,7

Hình ảnh dày thành dạ dày gặp phổ biến nhất ở các bệnh nhân (Siêu âm: 51,4%; CT: 94,6%). Kết quả chụp CT không có trường hợp nào có hình ảnh dạ dày bình thường.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng: Cho tới nay các nhà khoa học cho rằng ung thư dạ dày thường không có dấu hiệu lâm sàng đặc hiệu, các triệu chứng thường mơ hồ, không rõ ràng và khó phân biệt với bệnh lý khác. Chính vì vậy bệnh thường chỉ được chẩn đoán ở giai đoạn muộn khiến tiên lượng bệnh rất xấu. Người bệnh có thể đến viện với các lý do khác nhau, đôi khi bệnh được phát hiện một cách tình cờ [5].

Đau thượng vị là triệu chứng hay gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi (84%). Kết quả này của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Trần Minh Phương (95,5%) [5] nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn (76,3%) [6], Kim Samnang (33,9%) [7]. Các triệu chứng khác người bệnh cũng thường gặp như gầy sút cân (65,3%). Tỷ lệ này cũng được tìm thấy tương tự trong các nghiên cứu khác như của tác giả Trần Minh Phương [5] với 47 trường hợp có gầy sút cân (53,4%), 12 trường hợp có nôn (13,6%). Nghiên cứu của tác giả Trịnh Hồng Sơn thì tỷ lệ bệnh nhân gầy sút chiếm 66,7% [6]. Nghiên cứu của tác giả Kim Samnang thì tỷ lệ người bệnh gầy sút cân chiếm 59,7%, nôn hoặc buồn nôn 32,3%. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có triệu chứng nôn thức ăn cũ chiếm 76% do đối tượng của chúng tôi là bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày đã có biến chứng hẹp môn vị, điều này cũng lý giải triệu chứng gầy sút cân của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi.

Triệu chứng thực thể ít được biểu hiện, triệu chứng óc ách dạ dày lúc đói gặp nhiều nhất trong nghiên cứu chiếm 34,1%. Tỷ lệ bệnh nhân sờ thấy khối u là 16,0%. Kết quả này của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Trần Minh Phương (2014) với tỷ lệ sờ thấy khối u chỉ là 4,5% nhưng lại thấp hơn so với nghiên cứu của các tác giả Trịnh Hồng Sơn (38,6%) [6].

Đặc điểm cận lâm sàng: Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thiếu máu chiếm đến 80%, suy dinh dưỡng chiếm 44% do bệnh nhân bị nôn, ăn uống kém. Tỷ lệ thiếu máu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Trịnh Hồng Sơn (47,1%) [6] và Trần Minh Phương (19,3%) [5]. Chúng tôi cũng nhận thấy, tỷ lệ bệnh nhân bị rối loạn điện giải chiếm 46,7%, suy thận chiếm 50,7%, là hệ quả do bệnh nhân nôn nhiều gây mất nước, điện giải.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng 32,7% người bệnh có chỉ số CEA tăng, 36,3% người bệnh có chỉ số CA 19-9 cao. Kết quả này cao hơn so với kết quả được tìm thấy trong nghiên cứu của tác giả Kim Samnang với CEA chiếm 32,3% và CA 19-9 chiếm 29,03% [7]. Chất chỉ điểm khối u được sử dụng để chẩn đoán sớm ung thư, đánh giá hiệu quả quá trình điều trị, sàng lọc phát hiện ung thư tái phát sau khi đã điều trị thành công. Các công trình nghiên cứu cho thấy tỷ lệ chất chỉ điểm khối u dương tính trong bệnh ung thư dạ dày không cao, nhưng khi đã cao thì đó là một yếu tố tiên lượng có giá trị.

Vị trí tổn thương thường gặp là ở hang môn vị (85,3%), chỉ có 2 bệnh nhân bị thâm nhiễm toàn bộ dạ dày và 2 bệnh nhân có tổn thương ở vị trí khác (bờ cong lớn) chiếm 2,7%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Trần Minh Phương với tỷ lệ tổn thương ở hang – môn vị chỉ là 52,3%, tuy nhiên tác giả cũng chỉ ra một tỷ lệ cao người bệnh có tổn thương ở bờ cong nhỏ (37,5%), trong khi kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ là 9,3% [5]. Kết quả này cũng cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Trịnh Hồng Sơn nghiên cứu 95 bệnh nhân bị ung thư dạ dày có phẫu thuật nhưng không cắt bỏ được dạ dày và khối u thì ung thư hang môn vị chiếm 61,2%, tâm vị 11,2% [6]. Kết quả này là hợp lý do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân UTBMDD có HMV nên vị trí tổn thương thường ở vùng hang môn vị.

Nội soi dạ dày và sinh thiết ống mềm là phương pháp chẩn đoán chính xác nhất, càng sinh thiết nhiều mảnh thì độ chính xác càng lớn. Tác giả Kim Samnang đã chỉ ra rằng độ chính xác của phương pháp này đạt từ 90- 100%. Cũng chính nhờ nội soi ống mềm và sinh thiết một cách hệ thống, tỷ lệ phát hiện sớm ung thư dạ dày ngày càng tăng. Muốn chẩn đoán sớm ung thư dạ dày cần có một chương trình sàng lọc trên nhóm người có nguy cơ cao [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sau khi làm sinh thiết, 77,3% người bệnh phát hiện thấy có tế bào ung thư, 14,7% không rõ và 8,0% không có tế bào ung thư. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn so với kết quả của tác giả Kim Samnang với tỷ lệ chẩn đoán được tế bào ung thư đạt 100% [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, siêu âm ổ bụng được thực hiện trên 74 bệnh nhân nghiên cứu, ngoài mục đích phát hiện tổn thương dạ dày nó còn giúp phát hiện tình trạng hạch, dịch ổ bụng cũng như tình trạng các tạng khác. Theo đó, 38 bệnh nhân có hình ảnh dày thành dạ dày

(51,4%), 15 bệnh nhân có hạch ổ bụng (20,3%), 14 bệnh nhân có dịch ổ bụng (18,9%). Kết quả này của chúng tôi cao hơn so với các kết quả tìm được trong nghiên cứu của tác giả Trần Minh Phương với 28,4% bệnh nhân dày thành dạ dày, 16% có hạch ổ bụng, 6,8% có dịch ổ bụng[5]. Điều này có thể được lý giải là do trong nghiên cứu của chúng tôi, trên 3/4 người bệnh có giai đoạn bệnh sau giai đoạn IIIa, tỷ lệ này trong nghiên cứu của tác giả Trần Minh Phương chỉ là trên 60%.

Chụp CT- Scanner có nhiều ý nghĩa trong việc đánh giá tình trạng xâm lấn các tổ chức xung quanh và đặc biệt để đánh giá tình hình di căn: gan, hạch, tình trạng ổ bụng, ổ phúc mạc, dịch... từ đó có thể đưa ra sơ bộ phương pháp điều trị cũng như việc tiên lượng bệnh được chính xác hơn[5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng, khả năng phát hiện hình ảnh thành dạ dày rất cao, lên tới 94,6%, khả năng phát hiện hạch ổ bụng là 61,8%. Các kết quả này cũng được tìm thấy tương tự trong các nghiên cứu của các tác giả Trần Minh Phương và Kim Samnang [5, 7]. Điều này gợi ý rằng, chụp cắt lớp cần được thực hiện thường xuyên ở trong việc chẩn đoán và phát hiện sớm tình trạng di căn của khối u.

V. KẾT LUẬN

Hẹp môn vị là giai đoạn muộn của ung thư biểu mô dạ dày, mặc dù triệu chứng thực thể nghèo nàn nhưng hầu hết bệnh nhân đã biến đổi toàn trạng (tình trạng thiếu máu, rối loạn điện giải, dinh dưỡng, suy chức năng thận). Kết quả

cho thấy nội soi dạ dày sinh thiết vẫn là phương pháp hữu hiệu để chẩn đoán bệnh (vị trí tổn thương, hình ảnh đại thể, mức độ hẹp môn vị, kết quả giải phẫu bệnh). Hình ảnh dày thành dạ dày được phát hiện hầu hết trên siêu âm và CT Scanner. Ngoài ra siêu âm, chụp CT scanner còn giúp đánh giá tình trạng di căn, xâm lấn, bệnh kèm theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Randeep S. Jawa và David W. Mercer (2013), *Gastric Outlet Obstruction*, Common Problem in Acute Care Surgery, 227-248.
2. Đặng Thế Căn Lê Đình Roanh, Tạ Văn Tờ, Nguyễn Phi Hùng, Nguyễn Văn Chủ (2002), "Phân loại mô bệnh học của Ung thư dạ dày", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 278, tr. 10-15.
3. Phạm Hoàng Anh và cộng sự (2006), "Tình hình bệnh ung thư ở Việt Nam năm 2000", *Tạp chí thông tin Y dược*, 2, tr. 19-26.
4. Ferzoco S và Soybel D (2006.), "Gastric outlet obstruction, perforation, and other complications of gastroduodenal ulcer. In: Wolfe M, editor. Therapy of digestive disorders. 2nd ed. Philadelphia, PA: Saunders".
5. Trần Minh Phương (2014), *Đánh giá kết quả sớm nạo vét hạch D2, D3, D4 trong phẫu thuật ung thư biểu mô dạ dày tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2013-2014*, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
6. Trịnh Hồng Sơn (2001), *Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày*, Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
7. Kim SamNang (2014), *Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật ung thư biểu mô dạ dày 1/3 trên và tâm vị tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2010 - 2013*, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ LIỀN LỆCH NGOÀI KHỚP ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

Phạm Tiến Thành*, Vũ Nhất Định*, Nguyễn Đình Thủy**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị liền lệch ngoài khớp đầu dưới xương quay; nhận xét về chỉ định và kỹ thuật mổ. **Đối tượng:** 31 BN (20 nam, 11 nữ), tuổi từ 17 - 70, được chẩn đoán liền lệch ngoài khớp đầu dưới xương quay và điều trị bằng phẫu thuật sử dụng PTKX là nẹp vít tại khoa CTCH, Bệnh viện QY103 từ tháng 3/2012 - tháng 7/ 2017. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi

đọc, thử nghiệm lâm sàng không đối chứng, kết hợp hồi cứu và tiền cứu. **Kết quả:** Kết quả gần: 100% BN liền vết mổ kỳ đầu; Kết quả xa (Theo tiêu chuẩn của Fernandez D.L.) ở 30 BN sau mổ từ 9 - 62 tháng: 60% đạt kết quả rất tốt, 23,3% tốt, 16,7% trung bình, không có kết quả kém. **Kết luận:** Kết quả đạt được là khả quan, cải thiện được tình trạng đau và phục hồi chức năng vận động khớp cổ tay. Chỉ định mổ ở những bệnh nhân có đau, biến dạng cổ tay và hạn chế vận động nhiều là thỏa đáng, kết xương nẹp vít phù hợp với ổ liền lệch ngoài khớp.

Từ khóa: liền lệch, đầu dưới xương quay, ngoài khớp.

SUMMARY

EVALUATION OF RESULT OPERATIVE OF THE EXTRA - ARTICULAR DISTAL RADIUS MALUNIONS

*Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

**Bệnh viện Quân y 105

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Tiến Thành

Email: phamtienthanh014@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.9.2017

Ngày duyệt bài: 12.9.2017

Objectives: Evaluation of result operative treatment of the extra-articular distal radius malunions; comments on technical indications and operations. **Subjects:** 31 patients (20 males, 11 females), from 17 to 70 ages, diagnosed with extra-articular distal radius malunions, were treated by nonlocked Plate Fixation at department of orthopedic surgery, 103 Military Hospital from 3/2012 to 07/2017. **Method:** Cross sectional study, longitudinal monitor, clinical without control trial, combine prospective design and retrospective design. **Result:** 100% patients early healing. Far result (by the standards of Fernandez D.L score) in 30 patients after surgery from 9 to 62 months were: 60% very good, 23.3% good, 16.7% average, 0% poor. **Conclusion:** achieved positive results, relief from pain and restore function of carpal joints. Determination of conducting surgery for patients with wrist pain or deformation and reducing exercise is reasonable, connecting bone fastened with bold suitable to the connector outside the joint.

Keyword: *Malunions, distal radius, extra-articular*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liên lệch là biến chứng phổ biến nhất trong các biến chứng gãy đầu dưới xương quay, chiếm khoảng 23% đối với điều trị bảo tồn và 11% với điều trị phẫu thuật [6]. Liên lệch đầu dưới xương quay có thể gặp liên lệch ngoài khớp hay phạm khớp. Sự phổ biến của liên lệch ngoài khớp so với liên lệch phạm khớp được nhiều tác giả xem như là một đặc điểm của liên lệch đầu dưới xương quay [2], [4], [5]. Ring D. và cộng sự [5] giải thích sự phổ biến này chủ yếu do gãy xương ngoài khớp phổ biến hơn gãy xương phạm khớp. Mặt khác do kết quả điều trị liên lệch phạm khớp thường ít khả quan nên các cơ sở y tế rất hạn chế thu dung điều trị loại liên lệch này. Liên lệch đầu dưới xương quay gây đau, hạn chế vận động cổ tay, giảm sức nắm, ảnh hưởng tới cuộc sống, sinh hoạt, thẩm mỹ của người bệnh. Mặc dù không có chỉ định bắt buộc phải can thiệp phẫu thuật điều trị liên lệch đầu dưới xương quay nhưng nhiều tác giả cho rằng phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chủ yếu để giải quyết tận gốc căn nguyên các triệu chứng của liên lệch [1], [2], [6].

Trên thế giới trong những năm gần đây đã phát triển nhiều phương pháp kỹ thuật đục xương, chỉnh trục để giải quyết các vấn đề kể trên của liên lệch đầu dưới xương quay nói chung hay liên lệch ngoài khớp đầu dưới xương quay nói riêng. Trong nước, nhiều cơ sở đã điều trị bằng phẫu thuật. Tại Bệnh viện quân y 103 đã điều trị cho một số trường hợp, trong đó chủ yếu gặp những bệnh nhân liên lệch ngoài khớp đầu dưới xương quay sử dụng phương tiện kết xương bằng nẹp vít. Để tổng kết, đánh giá, nâng

cao chất lượng điều trị đối với mặt bệnh này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị liên lệch ngoài khớp đầu dưới xương quay và nhận xét về chỉ định, kỹ thuật mổ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu gồm 31 bệnh nhân được chẩn đoán liên lệch ngoài khớp đầu dưới xương quay có biểu hiện lâm sàng đau, biến dạng, hạn chế vận động khớp cổ tay, sấp/ngửa cẳng tay được điều trị phẫu thuật, sử dụng phương tiện kết xương bằng nẹp vít tại khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện quân y 103 từ tháng 3/2012 - tháng 7/2017. Các bệnh nhân được lựa chọn từ 17 tuổi trở lên, có hồ sơ đầy đủ và địa chỉ số điện thoại liên lạc.

Loại trừ các bệnh nhân bị các bệnh lý như: u xương, lao xương, viêm khớp thoái hóa mức độ nặng ở cổ tay ảnh hưởng tới đánh giá kết quả.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi dọc, thử nghiệm lâm sàng không đối chứng, kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

2.2.1. Nghiên cứu hồi cứu: Truy cứu bệnh án, thống kê các chỉ số nghiên cứu: tuổi, giới, đặc điểm LLĐDXQ, thời điểm mổ, kỹ thuật mổ, đánh giá lâm sàng trước mổ: tình trạng đau, biến dạng, chức năng vận động khớp cổ tay, đo lực nắm bàn tay, các tham số X quang, X quang sau phẫu thuật, diễn biến sau phẫu thuật. Đánh giá kết quả xa (> 6 tháng).

2.2.2. Nghiên cứu tiến cứu: Đánh giá tình trạng trước mổ: mức độ đau, biến dạng, mức độ hạn chế vận động cổ tay, đo lực nắm bàn tay, các tham số X quang. Phân tích lâm sàng và X quang, chỉ định phẫu thuật, tham gia phẫu thuật. Theo dõi, chăm sóc sau phẫu thuật, chụp X quang đánh giá kết quả chỉnh sửa biến dạng. Định kỳ khám và đánh giá kết quả xa (> 6 tháng).

2.2.3. Đánh giá kết quả điều trị

- Đánh giá kết quả gần: dựa theo diễn biến vết mổ, các biến chứng sớm, kết quả chỉnh sửa biến dạng, các tham số X quang.

- Đánh giá kết quả xa: Các chỉ tiêu đánh giá bao gồm: kết quả liên xương, sự phục hồi về giải phẫu, kết quả chỉnh sửa biến dạng, các tham số X quang, chức năng vận động, tình trạng đau cổ tay và khả năng trở lại làm việc. Đo lực nắm bàn tay bằng cách lấy giá trị trung bình của 3 lần đo cao nhất (% so với tay lành) [2]. Đánh giá mức độ đau ở cổ tay theo tiêu chuẩn của Fernandez D.L. chia làm 4 mức độ: rất đau, đau vừa, đau nhẹ, không đau [2], [4].

- Đánh giá kết quả chung: Theo tiêu chuẩn của Fernandez D.L. là hệ thống cho điểm hữu ích của cổ tay, bàn tay, không so sánh với tay lành, bằng cách cho điểm theo từng chỉ tiêu, dựa trên các chỉ tiêu như: tình trạng đau cổ tay, biên độ gấp, duỗi cổ tay, biên độ sấp, ngửa cẳng tay, lực nắm bàn tay và đánh giá dựa trên tổng điểm đạt được, chia làm 4 mức: Rất tốt, tốt, trung bình, kém [2], [4], [5].

2.2.4. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm tuổi, giới

Bảng 1: Phân loại theo nhóm tuổi và giới (n = 31)

Nhóm tuổi	Giới		Σ	(%)
	Nam	Nữ		
Từ 17– 30 tuổi	10	0	10	32,3%
> 30 – 50 tuổi	5	1	6	19,3%
> 50 tuổi –70 tuổi	5	10	14	48,4%
Σ	20	11	31	100%
(%)	64,5%	35,5	100%	

Tuổi trung bình tại thời điểm phẫu thuật là $44,29 \pm 17,67$ tuổi (17–70 tuổi) Bệnh nhân nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới trong khi đó trong nhóm trên 50 tuổi, nữ giới lại chiếm phần lớn. Phân bố theo tuổi và giới trong các bệnh nhân nghiên cứu tương tự với nghiên cứu của Tarallo L. và cộng sự (2014) [7].

3.1.2. Di lệch của đoạn ngoại vi

Bảng 2: Di lệch của đoạn ngoại vi (n=31)

Di lệch trong mặt phẳng đứng dọc	Di lệch ngắn xương	Di lệch trong mặt phẳng đứng ngang			Σ
		Trong	Ngoài	Không	
Di lệch ra sau	(+)	0	21	0	21
	(-)	0	0	0	0
Di lệch ra trước	(+)	0	10	0	10
	(-)	0	0	0	0
Σ		0	31	0	31

Từ bảng trên cho thấy phần lớn đầu ngoại vi bị di lệch ra sau và ra ngoài. Tất cả các trường hợp đều di lệch ra ngoài và di lệch ngắn xương. Một số tác giả chỉ ra rằng di lệch của đầu ngoại vi mở góc ra sau thì phổ biến sau liên lệch đầu

dưới xương quay. Có thể do biến dạng di lệch ra ngoài thường đi kèm với gãy Colles và gãy Smith nên hay gặp trong liên lệch sau gãy ngoài khớp. Biến dạng ngắn xương quay rất phổ biến bởi gãy đầu dưới xương quay luôn có sự nén ép gây tiêu xương tại ổ gãy di lệch chổng, gập góc [1], [2], [4].

3.2. Đặc điểm phẫu thuật

*Thời điểm mổ: Trong nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân mổ trong vòng từ 4 tuần - 16 tuần đầu là 27/31 BN chiếm 87,1%. Như vậy phần lớn các BN được mổ trong giai đoạn đang can xương. Theo Jupiter J.B. và Ring D. (1996) [4] nghiên cứu so sánh giữa mổ sớm và muộn trong điều trị LLĐDXQ đã nhận thấy thực hiện mổ sớm - mổ trong giai đoạn có can xương non thì có nhiều lợi ích hơn khi đã liền xương chắc. Lợi ích về mặt kỹ thuật là dễ dàng đục bỏ can xương và sắp xếp lại các đoạn gãy đúng với giải phẫu và không phải can thiệp kết hợp để chỉnh sửa những biến đổi của phần mềm.

*Đường mổ: Phần lớn BN được mổ với đường phía sau 21/31 BN (67,8%). Đường mổ phụ thuộc vào di lệch của đầu ngoại vi. Mổ đường phía trước với đầu ngoại vi di lệch ra trước, mổ đường phía sau với đầu ngoại vi di lệch ra sau.

*Kỹ thuật can thiệp vào ổ liên lệch: Phá can xương, nắn chỉnh, phục hồi lại hình thể giải phẫu: 27/31 BN (87,1%). Đục xương, chỉnh trục đầu dưới xương quay: 4/31 BN (12,9%).

*Phương tiện kết xương: Tất cả 31 bệnh nhân đều được sử dụng PTKX là nẹp vít. Vị trí đặt nẹp cũng phụ thuộc vào di lệch của đầu ngoại vi tương tự với đường mổ.

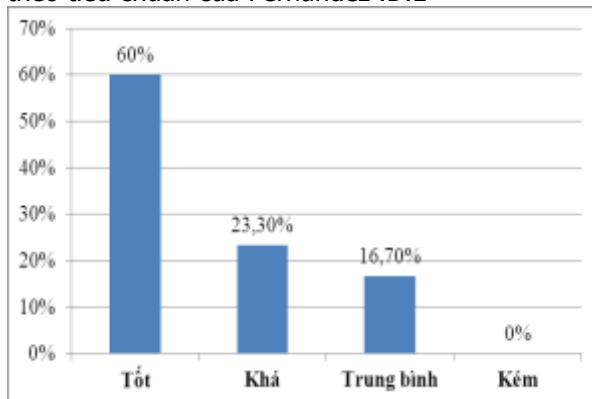
3.3. Kết quả điều trị

3.3.1. Kết quả gần: Tất cả các BN đều liền vết mổ kỳ đầu, không có biến chứng sớm sau mổ. Có 31/31 BN (100%) BN trên Xquang sau mổ: kết xương đạt yêu cầu, chỉnh sửa hết các di lệch. Đã có sự cải thiện đáng kể về giá trị trung bình của các TSXQ tại thời điểm sau mổ so với trước mổ: RI (góc nghiêng quay trụ của mặt khớp xương quay) tăng từ $13,1^\circ$ tới $20,41^\circ$, RL (độ dài của mặt khớp xương quay) tăng từ 7,91mm tới 10,63mm, RT (góc nghiêng bên của mặt khớp xương quay) giảm từ $18,34^\circ$ về phía mu tay xuống $9,87^\circ$, UV (độ chênh quay trụ) giảm từ 2,2mm xuống còn - 0,32mm.

3.3.2. Kết quả xa: Chúng tôi kiểm tra được 30/31 BN (96,8%). Thời gian theo dõi đánh giá TB: $37,71 \pm 18,79$ tháng (9 - 62 tháng). Kết quả liền xương 30/30 BN (100%) không còn di lệch. Đã có sự cải thiện đáng kể về giá trị TB của các TSXQ tại thời điểm đánh giá so với trước mổ: RI

(góc nghiêng quay trụ của mặt khớp xương quay) tăng từ $13,1^\circ$ tới $20,1^\circ$, RL (độ dài của mặt khớp xương quay) tăng từ 7,91mm tới 10,71mm, RT (góc nghiêng bên của mặt khớp xương quay) giảm từ $18,34^\circ$ về phía mu tay xuống $9,61^\circ$, UV (độ chênh quay trụ) giảm từ 2,2mm xuống còn $-0,14$ mm. Sự phục hồi chức năng vận động trung bình của BN thay đổi so với trước mổ là: Biên độ vận động sấp/ngửa: từ $105,6^\circ$ đến 170° , biên độ vận động gấp/duỗi cổ tay: từ $54,67^\circ$ đến $97,94^\circ$, Nghiêng quay: từ $6,27^\circ$ đến $19,53^\circ$, Nghiêng trụ: từ $19,4^\circ$ đến $38,77^\circ$, lực nắm bàn tay: từ 59,7% đến 80,4%. Có 86,7% BN làm việc bình thường, 13,3% hạn chế, không có BN nào phải đổi nghề hay không thể làm việc được. Tình trạng đau cổ tay sau mổ có 80 % BN không đau, 20% BN còn đau là những trường hợp đau nhẹ. Có 96,7% BN hết biến dạng cổ tay, còn 1/30 BN (3,3%) biến dạng cổ tay sau mổ.

3.3.3. Kết quả chung: Chúng tôi đánh giá theo tiêu chuẩn của Fernandez .D.L



Biểu đồ 1. Đánh giá kết quả chung

Từ biểu đồ 1 cho thấy kết quả chung trong nghiên cứu của chúng tôi là: Rất tốt: 60%, tốt: 23,3%, trung bình: 16,1%, không có kết quả kém. Kết quả chung trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ rất tốt và tốt là 83,3% tương tự với kết quả của Fernandez D.L. (1982) [2] và Fok M.W.M và cộng sự (2015) [3]. Các kết quả thu được cho thấy phẫu thuật điều trị LLNK đầu dưới xương quay đã cải thiện rõ rệt tình trạng đau, biến dạng và hạn chế vận động cổ tay.

IV. KẾT LUẬN

*Về kết quả điều trị:

- **Kết quả gần ($n=31$):** Liên vết mổ kỳ đầu là 100%, không có biến chứng sớm sau mổ. Trên phim Xquang 100% bệnh nhân kết xương đạt yêu cầu, chỉnh sửa hết các di lệch. Giá trị trung bình của các tham số X quang: RI (góc nghiêng

quay trụ của mặt khớp xương quay) = $20,41^\circ$, RL (độ dài của mặt khớp xương quay) = 10,63mm, RT (góc nghiêng bên của mặt khớp xương quay) = $9,87^\circ$, UV (độ chênh quay trụ) = $-0,32$ mm.

- **Kết quả xa ($n=30$):** Liên xương chắc không còn di lệch 100% bệnh nhân. Giá trị trung bình của các tham số X quang: RI (góc nghiêng quay trụ của mặt khớp xương quay) = $20,1^\circ$, RL (độ dài của mặt khớp xương quay) = 10,71 mm, RT (góc nghiêng bên của mặt khớp xương quay) = $9,61^\circ$, UV (độ chênh quay trụ) = $-0,14$ mm. Có 96,7% bệnh nhân hết biến dạng cổ tay. 86,7% bệnh nhân trở lại làm việc bình thường, 13,3% làm việc hạn chế. 80% bệnh nhân hết đau cổ tay, 20% còn đau sau mổ là những bệnh nhân đau nhẹ. Kết quả chung theo tiêu chuẩn của Fernandez: 60% đạt kết quả rất tốt, 23,3% tốt, 16,7% trung bình, không có kết quả kém.

***Nhận xét về chỉ định, kỹ thuật mổ:** Chỉ định phẫu thuật ở những bệnh nhân có đau, biến dạng cổ tay và hạn chế vận động nhiều là thỏa đáng. Kỹ thuật phá can xương, nắn chỉnh, phục hồi lại hình thể giải phẫu phù hợp với các trường hợp liên xương chưa vững. Kỹ thuật đục xương, chỉnh trục được chỉ định cho các trường hợp đã liên xương chắc. Kết xương nẹp vít phù hợp với ổ liên lệch ngoài khớp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bushnell B.D. and Bynum D.K. (2007), "Malunion of the Distal Radius", *J Am. Acad Orthop Surg*, 15 (1), pp. 27 - 40.
2. Fernandez D.L. (1982), "Correction of post-traumatic wrist deformity in adults by osteotomy, bone grafting, and internal fixation", *J. Bone Joint Surg Am.*, 64, pp. 1164 - 1178.
3. Fok M.W.M., Fernandez D.L anh Hernandez L. (2015), "A Les invasive distal radius malunited dorsally displaced extra - articular fracture", *The Journal of Hand Surgery.*, 42, pp: 812 - 818.
4. Jupiter J.B. and Ring D. (1996), "A Comparison of Early and Late Reconstruction of Malunited Fractures of the Distal End of the Radius", *J Bone Joint Surg Am.*, 78, pp. 739-748.
5. Ring D., Prommersberger K.J., Del Pino J.G., Capomassi M., Slullitel M. and Jupiter J.B. (2005), "Corrective Osteotomy for Intra-Articular Malunion of the Distal Part of the Radius", *J Bone Joint Surg Am.*, 87, pp. 1503 -1509.
6. Sameer J.Lodha, Robert W Wysocki. and Mark S.Cohen. (2011), "Malunion of the Distal Radius", *Am Society for Surgery of the Hand.*, pp. 125 - 137.
7. Tarallo L., Raffaele M., Roberto A., Catani A. (2014), "Malunited extra - articular distal radius fractures: Corrective osteotomies using volar locking plate", *J Orthopaed Traumatol*, 42, pp. 285 - 290.

NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG CỦA BÀI THUỐC BÁN HẠ BẠCH TRUẬT THIÊN MA THANG KẾT HỢP LASER NỘI MẠCH TRONG ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LIPID MÁU

Phạm Quốc Bình*, Trịnh Vũ Lâm*

TÓM TẮT

Việc kết hợp sử dụng thuốc y học cổ truyền cùng y học hiện đại là một trong những omhướng điều trị hội chứng rối loạn lipid máu. Laser nội mạch là kỹ thuật chiếu tia Laser vào dòng máu đang lưu hành trong cơ thể sống có tác dụng kích thích hệ miễn dịch; kích thích hệ men trong cơ chế điều trị Laser nội mạch; tăng cường chuyển hóa lipid máu. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm các mục tiêu: (1) *Đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn chuyển hóa Lipid máu của bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang kết hợp Laser nội mạch.* (2) *Theo dõi tác dụng không mong muốn của bài thuốc.* Đối tượng nghiên cứu gồm các bệnh nhân đến khám điều trị nội trú tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh, được chẩn đoán là rối loạn chuyển hóa lipid máu, từ tháng 11/2014 đến tháng 8/2015. Phương pháp nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng so sánh trước và sau điều trị. Qua kết quả nghiên cứu cho thấy phương pháp điều trị đạt tỷ lệ hiệu quả tốt và khá là 63,33%, tỷ lệ hiệu quả trung bình là 30%, không hiệu quả là 6,67%.

Từ khóa: Rối loạn lipid máu, Laser nội mạch

SUMMARY

ANTI-HYPERLIPIDEMIC EFFECTS OF BAN HA BACH TRUAT THIEN MA REMEDY COMBINED WITH INTRAVASCULAR LASER

The combination of traditional medicine and modern medicine is one of the approaches to treating dyslipidemia. Intravascular laser is a technique to project the laser into the bloodstream that is circulating in a living organism that stimulates the immune system; Stimulating the enzyme system in the treatment of intravascular laser; Enhanced lipid metabolism. Therefore, we conduct research on the following subjects: (1) Evaluate the effect of treating hyperlipidemic hemoglobin in the treatment of hypothyroidism. (2) Monitor the undesirable effects of the drug. The study included patients who received inpatient treatment at Tue Tinh Hospital, diagnosed as dyslipidemia, from November 2014 to August 2015. Methodology of clinical trial comparative study before and after treatment. Based on the research results, the treatment rate was quite good at 63.33%, the mean effective rate was 30% and the inefficiency was 6.67%.

Key words: dyslipidemia, Intravascular laser

*Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quốc Bình
Email: phamquocbinh68@gmail.com
Ngày nhận bài: 23.7.2017
Ngày phản biện khoa học: 6.9.2017
Ngày duyệt bài: 13.9.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid máu (RLLPM) là tình trạng tăng nồng độ cholesterol (TC), triglycerid (TG) huyết tương hoặc cả hai, hoặc giảm nồng độ cholesterol tỷ trọng cao (HDL-C), tăng nồng độ cholesterol tỷ trọng thấp (LDL-C) làm gia tăng quá trình xơ động mạch (VXĐM) gây nhiều biến chứng nguy hiểm như: đột quy, nhồi máu cơ tim, xơ hoá mạch máu thận... Nguyên nhân có thể tiên phát hoặc thứ phát. Chẩn đoán RLLM dựa vào xét nghiệm TC, TG và các thành phần lipoprotein máu [1],[3]. Vì vậy việc điều trị hội chứng RLLPM là một trong những mục tiêu hàng đầu, cấp bách của việc bảo vệ sức khỏe toàn dân trong mỗi quốc gia.

Việc kết hợp sử dụng thuốc YHCT cùng YHHĐ là một trong những hướng điều trị lâm sàng, bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang đã được các thầy thuốc sử dụng có hiệu quả tốt trong điều trị hội chứng RLLPM. Laser nội mạch là kỹ thuật chiếu tia Laser vào dòng máu đang lưu hành trong cơ thể sống có tác dụng kích thích hệ miễn dịch; kích thích hệ men trong cơ chế điều trị Laser nội mạch; tăng cường chuyển hóa lipid máu. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm các mục tiêu: (1) *Đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn chuyển hóa Lipid máu của bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang kết hợp Laser nội mạch.* (2) *Theo dõi tác dụng không mong muốn của bài thuốc.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu

2.1.1. Bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang

- Thành phần bài thuốc: Bán hạ 08g, Bạch truật 12g, Thiên ma 10g, Phục linh 12g, Trần bì 08g, Cam thảo 04g, Sinh khương 04g, Đại táo 12g.

- Cách dùng: Sắc uống ngày 1 thang, chia 2 lần sáng và chiều, uống 9h và 15h, liên tục trong 30 ngày.

2.1.2. Laser nội mạch

Liệu pháp Laser HE-NE: Leser công suất thấp bước sóng 632,8nm, ngày 01 lần, mỗi lần 30 phút, điều trị trong 30 ngày.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân đến khám điều trị nội trú tại Bệnh viện Tuệ

Tỉnh, tự nguyện tham gia nghiên cứu được chẩn đoán là rối loạn chuyển hóa lipid máu

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên so sánh trước và sau điều trị.

2.3.1. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả

2.3.1.1. Thời điểm đánh giá:

Các thông số của BN theo mẫu bệnh án nghiên cứu được đánh giá tại các thời điểm:

- N₀: Trước điều trị
- N₃₀: Sau điều trị 30 ngày

2.3.1.2. Tiêu chuẩn đánh giá theo YHHĐ:

Hiệu quả trên các thành phần lipid máu

+ Hiệu quả tốt và khá: Sau liệu trình điều trị đạt bất kỳ một trong các chỉ tiêu sau:

- CT giảm > 20%.
- TG giảm > 40%.
- HDL-C tăng > 0,26mmol/l so với trước điều trị.
- LDL-C giảm đạt < 3,9mmol/l.

+ Hiệu quả trung bình: khi đạt một trong các chỉ tiêu sau:

- 10% < CT giảm < 20%.
- 20% < TG giảm < 40%.
- HDL-C tăng 0,12mmol/l - 0,26mmol/l so với trước điều trị.
- LDL-C giảm đạt 4,0 - 4,9mmol/l.

+ Không hiệu quả: khi các chỉ tiêu lipid máu như sau:

- CT giảm < 10%.
- TG giảm < 20%
- HDL-C tăng < 0,12mmol/l so với trước điều trị.
- LDL-C còn > 4,9mmol/l.

2.3.1.3. Theo dõi tác dụng không mong muốn trên lâm sàng: mệt mỏi, đau cơ, mẩn ngứa, khó tiêu, tiêu chảy, các chỉ số sinh hóa máu và huyết học như: ALT, AST, Creatinin, Glucose,

2.4 Phương pháp xử lý số liệu: Các số liệu thu được xử lý theo phương pháp xác suất thống kê y sinh học bằng chương trình EPI - INFO 6.04.

2.5. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành ở Bệnh viện Tuệ Tĩnh (khoa Lão, khoa Nội tiết chuyển hóa và khoa Phục hồi chức năng), thời gian từ tháng 11/2014 đến tháng 8/2015.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả nghiên cứu trên lâm sàng

Bảng 3.1. Sự thay đổi một số thành phần lipid máu trước sau điều trị

Chỉ tiêu đánh giá	N ₀	N ₃₀	p
TC (mmol/l)	5,49±0,23	4,32±0,45	<0,05
TG (mmol/l)	4,57±0,15	3,21±1,61	
HDL- C (mmol/l)	0,88±0,29	1,08±0,24	
LDL- C (mmol/l)	2,63±0,78	1,98±0,38	

Nhận xét: Chỉ số cholesterol giảm có giá trị thống kê p<0,05. Triglycerid giảm có giá trị thống kê p<0,05. HDL-C tăng có giá trị thống kê p<0,05. LDL-C giảm có giá trị thống kê p<0,05.

Bảng 3.2. Sự thay đổi chỉ số nhân trắc, BMI, huyết áp

Chỉ số	N ₀	N ₃₀	p
Cân nặng(kg)	59±5,23	58±4,23	>0,05
BMI	22,32±2,23	22,43±2,31	>0,05
HATT(mmHg)	129±6,75	129±6,83	>0,05
HATTr(mmHg)	83±5,87	83±5,23	>0,05

Nhận xét: Chỉ số cân nặng, BMI trước điều trị và sau điều trị đều giảm, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương trước điều trị và sau điều trị hầu hết không thay đổi, không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 3.3. Thay đổi triệu chứng YHCT sau 30 ngày điều trị

Triệu chứng	N ₀		N ₃₀		Tỷ lệ giảm sau ĐT (%)
		%	n	%	
Thể trạng béo bệu	11	36,67	4	13,33	23,34
Hoa mắt chóng mặt	24	80	7	23,33	3,33
Bụng đầy	3	10	0	0,0	10
Chân tay nặng nề	13	43,33	3	10,0	33,33
Đau tức ngực	14	46,67	3	10,0	36,67
Miệng dính	24	80	6	20,0	60
Rêu lưỡi trắng nhớt	22	73,33	6	20,0	53,33
Chất lưỡi nhợt	27	90	6	20,0	80
Mạch hoạt	25	83,33	4	13,33	70

Nhận xét: sự cải thiện về các triệu chứng YHCT rõ rệt ở tất cả các nhóm triệu chứng.

Bảng 3.4. Hiệu quả theo tiêu chuẩn YHHĐ về các chỉ số lipid máu

Kết quả	n	Tỷ lệ (%)
Hiệu quả tốt và khá	19	63,33
Hiệu quả trung bình	9	30,0
Không hiệu quả	2	6,67

Nhận xét: Bảng 3.4 cho thấy kết quả điều trị theo YHHĐ rất cao chiếm 93,33%. Trong đó; tỷ lệ đạt hiệu quả tốt và khá 63,33%, tỷ lệ đạt hiệu quả trung bình 30%, tỷ lệ không hiệu quả 6,67%.

Bảng 3.5. Hiệu quả theo tiêu chuẩn YHCT

Kết quả	n	Tỷ lệ (%)
Hiệu quả tốt và khá	14	46,67
Hiệu quả trung bình	14	46,67
Không hiệu quả	2	6,6

Nhận xét: Qua bảng 3.5 thấy tỷ lệ điều trị hiệu quả theo YHCT ở Nhóm là 93,4%. Trong đó; tỷ lệ tốt và khá là 46,67%, tỷ lệ trung bình là 46,67%.

3.2. Tác dụng không mong muốn

Bảng 3.6. Thay đổi chỉ số huyết học trước và sau điều trị

Chỉ số	N ₀	N ₃₀	p
Bạch cầu (K/ μ l)	6,33 $\pm$ 1,27	6,48 $\pm$ 1,16	>0,05
Hồng cầu (K/ μ l)	4,51 $\pm$ 0,42	4,53 $\pm$ 0,53	>0,05
Hb (g/dl)	13,05 $\pm$ 1,25	13,1 $\pm$ 1,10	>0,05
Tiểu cầu (K/ μ l)	228,43 $\pm$ 46,12	232,00 $\pm$ 45,3	>0,05

Bảng 3.6 cho thấy sự thay đổi các chỉ số huyết học trước và sau điều trị không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 3.7. Thay đổi chỉ số sinh hóa trước và sau điều trị

Chỉ số	N ₀	N ₃₀	p
Ure (mmo/l)	4,54 $\pm$ 0,87	4056 $\pm$ 1,16	>0,05
Creatinine (μ mol/l)	83,22 $\pm$ 13,20	78,87 $\pm$ 10,17	>0,05
Glucose (mmol/l)	5,64 $\pm$ 0,98	5,34 $\pm$ 0,58	>0,05
ALT (UI/l)	33,01 $\pm$ 12,66	28,61 $\pm$ 6,97	>0,05
AST (UI/l)	36,97 $\pm$ 15,78	32,59 $\pm$ 7,21	>0,05
Bilirubin (μ mol/l)	14,18 $\pm$ 2,71	13,37 $\pm$ 2,99	>0,05

Bảng 3.7 cho thấy các chỉ số ure, creatinine, glucose, bilirubin, ALT, AST trước và sau điều trị thay đổi không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 3.8. Tác tác dụng không mong muốn

Triệu chứng	n	Tỷ lệ (%)
Mẩn ngứa	0	0
Đau bụng	0	0
Nôn, buồn nôn	0	0
Đau đầu	0	0
Táo bón, ỉa chảy	0	0

Nhận xét: Sau một tháng uống thuốc và laser nội mạch không có bệnh nhân nào thấy mẩn ngứa, đau đầu, nôn buồn nôn, đau bụng, táo bón và ỉa chảy

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hiệu quả điều trị trên cận lâm sàng:

Sau 30 ngày điều trị bệnh nhân cho thấy: Cholesterol giảm 21,43% sau 30 ngày điều trị, có giá trị thống kê với p<0,05. Triglycerid giảm 29,76% sau 30 ngày điều trị, có giá trị thống kê p<0,05. HDL-C tăng 12,76% sau 30 ngày điều trị, có giá trị thống kê p<0,05. LDL-C giảm 11,98%

sau 30 ngày điều trị, có giá trị thống kê p<0,05.

So sánh với Hoàng Khánh Toàn, điều trị bằng thuốc NBT kết quả cho thấy; CT giảm 16%, TG giảm 31,5%, LDL-C giảm 20,2%, HDL-C tăng 19,8%[6]. So sánh với Trần Thị Hiền, điều trị bằng Đơn nhĩ trần gia vị kết quả cho thấy; CT giảm 13%, TG giảm 37%, LDL-C giảm 19%, HDL-C tăng 20%[4].

Chỉ số TC là 21,31% cao hơn nghiên cứu của Lê Thị Lan (19,3%) năm 2004. Cao hơn một số chế phẩm khác như Trừ đàm tiêu thấp thang 15,7%, Đơn nhĩ trần thang 13%, Viên hạ mỡ 14,7%[4],[5].

4.2. Hiệu quả điều trị đánh giá theo tiêu chuẩn YHHĐ và YHCT

*Kết quả theo tiêu chuẩn YHHĐ: Tỷ lệ đạt hiệu quả tốt và khá 63,33%, tỷ lệ đạt hiệu quả trung bình 30%, tỷ lệ không hiệu quả 6,67%

Điều này cho thấy tác dụng giảm rõ rệt các thành phần lipid máu của cả 2 Nhóm chứng và Nhóm NC. Việc giảm các thành phần lipid máu là giảm VXĐM, giảm thiếu máu cơ tim và giảm tai biến mạch não. Theo Nguyễn Lâm Việt "Việc giảm cholesterol huyết tương cũng là làm giảm huyết áp động mạch" [7].

*Kết quả đánh giá theo tiêu chuẩn YHCT: Hiệu quả tốt và khá 46,67%, hiệu quả trung bình 46,67%, không hiệu quả 6,6%. So sánh hiệu quả điều trị theo tiêu chuẩn YHHĐ và YHCT cho thấy kết quả điều trị triệu chứng được cải thiện rõ rệt, các triệu chứng cận lâm sàng cũng được cải thiện rõ rệt nhưng chậm hơn YHCT.

4.3. Tác dụng không mong muốn

Khi vào cơ thể thuốc được chuyển hoá và đào thải chủ yếu qua gan và thận. Kết quả nghiên cứu cho thấy sau 30 ngày dùng thuốc không có những biểu hiện bất thường trên lâm sàng và trên các xét nghiệm cũng hoàn toàn bình thường. Các chỉ số xét nghiệm như men gan, chức năng thận, các chỉ số về huyết học trước và sau điều trị thay đổi không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

V. KẾT LUẬN

- Tác dụng điều trị của Bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang kết hợp với phương pháp laser nội mạch theo tiêu chuẩn của YHCT: Tỷ lệ hiệu quả tốt và khá là 63,33%, tỷ lệ hiệu quả trung bình là 30%, không hiệu quả là 6,67%.

- Bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang kết hợp với phương pháp laser nội mạch có tác dụng giảm rõ rệt các triệu chứng cơ năng thể phong đàm trên lâm sàng. Có hiệu quả điều trị 90% (theo tiêu chuẩn YHCT).

- Sau 1 tháng điều trị không phát hiện được tác dụng không mong muốn của bài thuốc Bán hạ bạch truật thiên ma thang kết hợp phương pháp laser nội mạch trên lâm sàng và cận lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Bảy (2008), *Rối loạn chuyển hóa lipid*, Chuyên đề nội tiết chuyển hóa, nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.386-403.
2. Phạm Tử Dương (1994), *Hội chứng tăng lipid máu*, *Bách khoa thư bệnh học*, tập 2, tr.289- 294.
3. Lê Thị En (2010), *Đánh giá tác dụng điều trị hội chứng rối loạn lipid máu của bài thuốc TMP1*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II Học viện quân y.
4. Trần Thị Hiền (1996), *Góp phần nghiên cứu của đơn NT trong điều chỉnh hội chứng tăng lipid máu thể đậm thấp*, Luận văn thạc sĩ Y học.
5. Nguyễn Thùy Hương (2004), *Nghiên cứu tác dụng của viên nén "Hạ mỡ" trong điều trị hội chứng rối loạn lipid máu*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Chuyên khoa II.
6. Hoàng Khánh Toàn, Chu Quốc Trường (1999), *Nghiên cứu tác dụng điều chỉnh hội chứng rối loạn lipid máu thể phong đàm của Bán hạ bạch truật thiên ma thang*, *Tạp chí YHCT*, số 300, tr.9-12.
7. Nguyễn Lâm Việt (2007), *Thực hành bệnh tim mạch*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr.101- 103.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ NGUYÊN NHÂN VÀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN SUY ĐA TẠNG

Huỳnh Thị Ngọc Thúy¹, Đỗ Quốc Huy¹, Hoàng Trung Vinh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số nguyên nhân và các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân suy đa tạng tại Bệnh viện Nhân Dân 115. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang 77 bệnh nhân được chẩn đoán suy đa tạng theo thang điểm SOFA. Các thông số thu được dựa vào khai thác bệnh sử, khám lâm sàng và làm các xét nghiệm chẩn đoán. **Kết quả:** có 4 nhóm nguyên nhân gây suy đa tạng trong đó nhiễm khuẩn với biểu hiện sốc chiếm tỷ lệ cao nhất (77,9%), sốc mất máu chiếm tỷ lệ thấp nhất (1,3%). Các tạng hoặc cơ quan bị tổn thương gặp với tỷ lệ giảm dần: Thận – 100%; Tim mạch – 93,5%; Hô hấp – 84,4%; Thần kinh – 42,9%; Đông máu – 27,3% và Gan – 18,2%. Số lượng tạng suy trên 1 bệnh nhân dao động từ 2 – 5 trong đó 4 tạng gặp với tỷ lệ cao nhất (37,6%), 2 tạng chiếm tỷ lệ thấp nhất (10,4%). Số lượng tạng suy liên quan không có ý nghĩa giữa nam và nữ, > 65 và ≤ 65 tuổi. **Kết luận:** Suy đa tạng do nhiễm khuẩn là nguyên nhân hay gặp nhất. Suy 4 tạng chiếm tỷ lệ cao nhất. Số lượng tạng suy liên quan không có ý nghĩa với giới và lứa tuổi ≤ 65 và > 65.

Từ khóa: Suy đa tạng, tổn thương thận cấp, nhiễm khuẩn, thang điểm SOFA.

SUMMARY

RESEARCHING SOME CAUSES AND CLINICAL MANIFESTATIONS OF PATIENTS WITH MULTIPLE ORGAN FAILURE

Objective: To study some causes and characteristics of patients with multi-organ failure (MOF) at People's Hospital 115. **Methods:** cross-

sectional study in 77 patients diagnosed MOF by SOFA score. Data were received from medical history, clinical examination and diagnostic tests. **Results:** there was 4 groups of cause for MOF, sepsis accompanied with septic shock was the highest (77,9%), hemorrhagic shock was the lowest (1,3%). The ratio of injured organs was reduced as follow: Kidney - 100%, Cardiovascular - 93,5%, Lung - 84,4%, Brain - 42,9%, Coagulation - 27,3% and Liver - 18,2%. The number of declined organ was from 2 to 5 for one patient, but the incidence of 4-organ failure was the highest (37,6%) and 2-organ failure was the lowest (10,4%). There was not the correlation between the number of organ failure with male or female, age > 65 or ≤ 65. **Conclusion:** Infection was the main cause of MOF. Patients with 4-organ failure accounted for the highest proportion and there was not the correlation between age and sex with the number of injured organ.

Key words: multiple organ failure, acute renal injury, sepsis, SOFA score.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy đa tạng là suy cùng lúc hoặc liên tiếp ít nhất 2 tạng. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong điều trị nhưng tỷ lệ tử vong vẫn còn rất cao, do đó mục tiêu điều trị là hỗ trợ chức năng các tạng và phòng ngừa các biến chứng do điều trị cho đến khi các tạng hồi phục. Tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu đánh giá về bệnh nhân suy đa tạng nhưng cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu chính thức nào tại bệnh viện Nhân Dân 115. Đề tài thực hiện nhằm mục tiêu: *khảo sát một số nguyên nhân và đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân suy đa tạng điều trị tại Bệnh viện Nhân Dân 115.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng: 77 bệnh nhân được chẩn đoán suy đa tạng điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc Bệnh viện Nhân dân 115 từ

¹Bệnh viện Nhân dân 115

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Trung Vinh

Email: hoangvinh.hvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.9.2017

Ngày duyệt bài: 14.9.2017

tháng 02/2014 đến hết tháng 02/2016.

***Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:**

+ Chẩn đoán suy đa tạng theo thang điểm SOFA:

– Đánh giá 6 tạng: tim mạch, hô hấp, thận, gan, đông máu và thần kinh.

– Tiêu chuẩn suy tạng: điểm SOFA ≥ 2 và tổng điểm SOFA tăng ít nhất 1 điểm so với lúc vào viện.

– Chẩn đoán suy đa tạng khi có ít nhất 2 tạng suy và kéo dài trên 24 giờ.

+ Có tổn thương thận cấp theo tiêu chuẩn RIFLE:

– Nồng độ creatinin máu tăng 2 lần so với mức bình thường

– hoặc thể tích nước tiểu $< 0,5\text{mL/kg/giờ}$ trong 12 giờ.

+ Có nguyên nhân gây suy đa tạng khác nhau: nhiễm khuẩn, sốc, viêm tụy cấp.

+ Có hay không có các bệnh mạn tính đã xác định.

***Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Có chỉ định can thiệp ngoại khoa nhưng chưa được điều trị hiệu quả.

+ Có bệnh lý nặng giai đoạn cuối như: xơ gan mất bù, ung thư di căn.

+ Bệnh nhân có thai hoặc đang cho con bú.

2.2 Phương pháp

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

***Nội dung nghiên cứu:**

+ Khai thác bệnh sử đặc biệt liên quan đến nguyên nhân dẫn đến suy đa tạng.

+ Khám phát hiện các triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng tổn thương các cơ quan.

+ Xét nghiệm đánh giá tổn thương các cơ quan tương ứng.

***Các tiêu chuẩn chẩn đoán sử dụng trong nghiên cứu**

+ Chẩn đoán suy đa tạng dựa vào thang điểm SOFA.

+ Chẩn đoán tổn thương thận cấp theo tiêu chuẩn RIFLE.

***Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 xác định và so sánh tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình.

III. KẾT QUẢ

Bảng 2.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (n=77)

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm)		
> 65	47	61
≤ 65	30	39

Giới		
Nữ	45	58,4
Nam	32	41,6
Bệnh mạn tính đã xác định		
Tăng huyết áp	28	36,4
Đái tháo đường	22	28,6
Bệnh thận mạn	13	16,9
COPD, Hen phế quản	10	13
Bệnh mạch vành mạn	10	13
Suy tim mạn	8	10,4
Đột quỵ não cũ	8	10,4
Bệnh gan mạn	4	5,2

+ Bệnh nhân > 65 tuổi, nữ chiếm tỷ lệ cao hơn so với ≤ 65, nam.

+ Một số bệnh mạn tính đã được xác định trong đó THA chiếm tỷ lệ cao nhất, bệnh gan mạn tính chiếm tỷ lệ thấp nhất.

Bảng 2.2. Tỷ lệ bệnh nhân dựa vào căn nguyên gây suy đa tạng (n=77)

Bệnh lý căn nguyên	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhiễm khuẩn	60	77,9
Sốc tim	8	10,4
Sốc mất máu	1	1,3
Viêm tụy cấp hoại tử	8	10,4

+ Có 4 nhóm nguyên nhân gây suy đa tạng với các tỷ lệ khác nhau.

+ Nhiễm khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất, sốc mất máu chiếm tỷ lệ thấp nhất.

Bảng 2.3. Tỷ lệ tạng tổn thương (n=77)

Tạng/cơ quan tổn thương	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thận	77	100
Tim mạch	72	93,5
Hô hấp	65	84,4
Thần kinh	33	42,9
Đông máu	21	27,3
Gan	14	18,2

+ Có 6 tạng hoặc cơ quan tổn thương với các tỷ lệ khác nhau.

+ Tất cả các trường hợp đều có tổn thương thận. Tổn thương gan chiếm tỷ lệ thấp nhất.

Bảng 2.4. Tỷ lệ bệnh nhân theo số lượng tạng (cơ quan) tổn thương (n=77)

Số lượng tạng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
2	8	10,4
3	25	32,5
4	29	37,6
5	15	19,5

+ Suy đa tạng được tạo thành khi có tổn thương từ 2 – 5 tạng trong số bệnh nhân nghiên cứu.

+ Tổn thương 4 tạng chiếm tỷ lệ cao nhất, tổn thương 2 tạng chiếm tỷ lệ thấp nhất.

Bảng 2.5. Đặc điểm lâm sàng tạng tổn thương (n=77)

	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thận (n = 77)		
Vô niệu	17	22,1
Thiếu niệu	25	32,5
Tăng urê máu	76	98,7
Tăng creatinin máu	76	98,7
Tim mạch (n = 72)		
HATB < 65mmHg	72	100
Nhịp nhanh	57	79,2
Nhịp chậm	1	1,4
Block nhĩ thất	6	8,3
Rung nhĩ	2	2,8
Hô hấp (n = 65)		

Thở oxy qua mặt nạ	9	13,8
Thở máy	56	86,2
ALI	57	87,7
ARDS	8	12,3
Đông – cầm máu	21	27,3
Thần kinh trung ương	33	42,9
Gan (n = 14)		
Tăng SGOT	14	100
Tăng SGPT	12	85,7
Tăng bilirubin trực tiếp	14	100
Tăng bilirubin toàn phần	14	100
Tăng INR	11	78,6

+ Đa số các trường hợp có biểu hiện suy thận (98,7%).

+ Tất cả các trường hợp có biểu hiện tổn thương tim mạch đều có HATB ở mức thấp (< 65mmHg).

Bảng 2.6. Mối liên quan giữa số lượng tạng tổn thương với tuổi (n=77)

Số lượng tạng	Tuổi (năm)		P_{χ^2}
	> 65 (n = 47)	≤ 65 (n = 30)	
2 (n = 8)	5 (10,6%)	3 (10%)	> 0,05
3 (n = 25)	17 (36,2%)	8 (26,7%)	
4 (n = 29)	19 (40,4%)	10 (33,3%)	
5 (n = 15)	6 (12,8%)	9 (30%)	

Tỷ lệ bệnh nhân suy đa tạng dựa vào số tạng tổn thương liên quan không có ý nghĩa với tuổi.

Bảng 2.7. Mối liên quan giữa số lượng tạng tổn thương với giới (n=77)

Số lượng tạng	Giới		P_{χ^2}
	Nữ	Nam	
2 (n = 8)	8 (100%)	0	> 0,05
3 (n = 25)	15 (60%)	10 (40%)	
4 (n = 29)	15 (51,7%)	14 (48,3%)	
5 (n = 15)	7 (46,6%)	8 (53,3%)	

Tỷ lệ bệnh nhân suy đa tạng dựa vào số tạng tổn thương liên quan không có ý nghĩa với giới.

Bảng 2.8. Mối liên quan giữa loại tạng b tổn thương với tuổi (n=77)

Tạng/cơ quan	Tuổi (năm)		p
	> 65 (n=47)	≤ 65 (n=30)	
Thận (n = 77)	47 (61%)	30 (39%)	
Tim mạch (n = 72)	45 (62,5%)	27 (37,5%)	> 0,05
Hô hấp (n = 65)	41 (63,1%)	24 (36,9%)	> 0,05
Thần kinh trung ương (n = 33)	20 (60,6%)	13 (39,4%)	> 0,05
Đông – cầm máu (n = 21)	10 (47,6%)	11 (52,4%)	> 0,05
Gan (n = 14)	4 (28,6%)	10 (71,4%)	< 0,05

BN ≤ 65 tuổi có tỷ lệ tổn thương gan nhiều hơn so với > 65 tuổi. Tổn thương các cơ quan khác liên quan không có ý nghĩa với tuổi.

Bảng 2.9. Mối liên quan giữa loại tạng tổn thương với giới (n=77)

Tạng/cơ quan	Giới		p
	Nữ (n=32)	Nam (n=45)	
Thận (n = 77)	45 (58,4%)	32 (41,6%)	
Tim mạch (n = 72)	42 (58,3%)	30 (41,7%)	> 0,05
Hô hấp (n = 65)	38 (58,5%)	27 (41,5%)	> 0,05
Thần kinh trung ương (n = 33)	18 (54,5%)	15 (45,5%)	> 0,05
Đông – cầm máu (n = 21)	10 (47,6%)	11 (52,4%)	> 0,05
Gan (n = 14)	3 (21,4%)	11 (78,6%)	< 0,01

BN nam có tỷ lệ tổn thương gan nhiều hơn so với nữ. Tổn thương các cơ quan khác liên quan không có ý nghĩa với giới.

III. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ tháng 02/2014 đến tháng 02/2016, tại khoa Hồi sức tích cực-chống độc Bệnh viện Nhân Dân 115, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu 77 bệnh nhân với chẩn đoán suy đa tạng. Nhóm tuổi > 65 chiếm tỷ lệ cao nhất (61%) và tỷ lệ nữ nhiều hơn nam. Kết quả này tương tự nghiên cứu của HV.Quang [3] nhưng trong nghiên cứu của Derek[4] thì tỷ lệ nam nhiều hơn nữ. Các nghiên cứu về dịch tễ học cho thấy sự chênh lệch tỷ lệ nữ/nam thay đổi tùy theo quốc gia.

Bệnh nhân lớn tuổi thường có nhiều bệnh mạn tính; đặc biệt là tăng huyết áp, bệnh phổi mạn, đái tháo đường, bệnh mạch vành mạn, đột quỵ. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận số bệnh mạn tính đã được xác định gặp với tỷ lệ khác nhau, trong đó tăng huyết áp có tỷ lệ cao nhất (36,4%) và thấp nhất là bệnh gan mạn (5,2%). Nghiên cứu của HV. Quang cho thấy tỷ lệ các bệnh mạn tính lần lượt là tăng huyết áp (48,8%), đái tháo đường (19,5%), bệnh phổi mạn (9,8%), suy giảm miễn dịch (8,5%), bệnh mạch vành (7,3%), bệnh gan mạn (4,9%)[3].

Trong các bệnh lý căn nguyên dẫn đến suy đa tạng thì nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhiễm khuẩn và sốc nhiễm khuẩn chiếm 77,9%. Kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu khác. Nghiên cứu của NG. Bình và cộng sự[1] ghi nhận nhiễm khuẩn là nguyên nhân chính dẫn đến suy đa tạng chiếm 93,8%. Kết quả từ nghiên cứu của John[6] cho thấy nhiễm khuẩn chiếm tỷ lệ 80% trong các nguyên nhân dẫn đến suy đa tạng. Như vậy, việc kiểm soát tốt nhiễm khuẩn tại các khoa hồi sức đóng vai trò quan trọng trong phòng ngừa tiến triển suy đa tạng và góp phần cải thiện tiên lượng cho các BN nặng.

Tất cả các BN trong NC được điều trị hỗ trợ các tạng theo đúng các khuyến cáo. Tùy theo tình trạng BN, việc sử dụng kháng sinh, an thần, bù dịch, chống sốc, hỗ trợ hô hấp, bảo vệ gan, cân bằng dịch - điện giải và các biện pháp hỗ trợ khác đã được thực hiện thích hợp. Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ suy các tạng lần lượt là thận, tim mạch, hô hấp, thần kinh, đông máu và gan. Nghiên cứu của Marshall[7] cho thấy tỷ lệ suy các tạng theo thứ tự là hô hấp, tim mạch, thần kinh, thận, đông máu và gan. Sự khác biệt có thể do tác giả chọn tất cả các bệnh nhân suy đa tạng nằm điều trị tại khoa Hồi sức tích cực trong khi chúng tôi chỉ lấy nhóm bệnh nhân suy đa tạng có chỉ định lọc máu liên tục.

Hiện nay tiêu chuẩn RIFLE (Risk, Injury,

Failure, Loss, Endstage kidney disease) được sử dụng trên lâm sàng nhằm xác định sớm các tổn thương thận cấp và điều trị tích cực. Tất cả các BN trong nghiên cứu đều có tổn thương thận cấp, trong đó 54,6% BN có thiếu/vô niệu. Nhu cầu thông khí cơ học chiếm 86,2% và có 8 BN (12,3%) có ARDS khi chẩn đoán suy đa tạng. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự các tác giả khác, tỷ lệ BN cần thông khí cơ học là 94,4% và 82,3% trong nghiên cứu của Elizabeth và Zhang ghi nhận tỷ lệ tử vong khi suy thận cấp đơn độc là 10% tăng lên 45-50% khi có kèm suy hô hấp, và nếu có kèm suy thêm từ 2 tạng trở lên thì tỷ lệ tử vong lên đến 95%. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh tổn thương thận cấp là yếu tố tiên lượng tử vong độc lập.

Khi chẩn đoán SĐT, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ rối loạn nhịp tim là 91,6%. Biểu hiện chủ yếu của suy tuần hoàn là tụt huyết áp với HATB < 65mmHg và nhịp tim nhanh. Kết quả NC cho thấy tổn thương hệ tim mạch đứng hàng thứ hai trong số các tạng suy với tỷ lệ 93,5%. Nghiên cứu cũng cho thấy tổn thương gan có tần suất thấp nhất (18,2%) và 78,6% BN có INR tăng khi bị tổn thương gan.

Kết quả nghiên cứu cũng ghi nhận suy 4 tạng chiếm tỷ lệ cao nhất (37,6%) vào thời điểm chẩn đoán và không có BN nào suy 6 tạng. Không có mối liên quan giữa số lượng tạng suy với tuổi và giới tính, nhưng BN nam hoặc tuổi ≤ 65 thì có tổn thương gan nhiều hơn so với BN nữ hoặc tuổi > 65. Kết quả này cũng tương tự các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của NG. Bình và cs cho thấy số tạng suy trung bình là $3,12 \pm 0,96$ tạng, còn của TN. Hải là $3,53 \pm 0,12$ tạng[1],[2].

V. KẾT LUẬN

+ 4 nguyên nhân gây suy đa tạng bao gồm nhiễm khuẩn, sốc tim, sốc mất máu, viêm tụy hoại tử cấp trong đó nhiễm khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất sốc mất máu chiếm tỷ lệ thấp nhất.

+ Có 6 tạng bị tổn thương gặp với các tỷ lệ khác nhau bao gồm thận, tim mạch, hô hấp, thần kinh, đông máu và gan trong đó tổn thương thận gặp với tỷ lệ cao nhất (100%), tổn thương gan gặp với tỷ lệ thấp nhất (18,2%).

+ Số lượng cơ quan hoặc tạng tổn thương trên 1 bệnh nhân dao động từ 2 – 5 trong đó suy đồng thời 4 tạng gặp với tỷ lệ cao nhất (37,6%), suy 2 tạng chiếm tỷ lệ thấp nhất (10,4%).

+ Số lượng tạng suy và cơ quan hoặc tạng tổn thương liên quan không có ý nghĩa với giới, tuổi ≤ 65 và > 65.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Gia Bình, Đặng Quốc Tuấn, Đỗ Tất Cường, Trần Duy Anh, Đỗ Quốc Huy và cs (2008): "Nghiên cứu ứng dụng một số kỹ thuật lọc máu hiện đại trong cấp cứu, điều trị một số bệnh", *Đề tài cấp nhà nước*, Bộ Khoa học và Công nghệ - Bộ Y tế.
2. Trương Ngọc Hải (2009): "Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị của liệu pháp lọc máu liên tục ở bệnh nhân suy đa tạng", *Luận án Tiến sĩ y học*, Học viện Quân y.
3. Hoàng Văn Quang (2009): "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị suy đa tạng ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn", *Luận án Tiến sĩ y học*, Trường đại học Y Hà Nội.
4. Derek C. Angus, MD; Walter T. Linde-Zwirble et al (2001): "Epidemiology of severe sepsis in the United States: Analysis of incidence, outcome, and associated costs of care", *Crit Care Med*, 29 (27): 1303-1310.
5. Elizabeth B, Desanka D, Sanja D, Sebastiao A, Antonio, Renato G.G, Terzi (2001): "Multiple organ failure in septic patients", *Brazilian journal of infectious diseases*, 5(3), Salvado june: 1-8.
6. John S, Griesbach D, Baumgartel M, Weihprecht H, Schmieder R.E, Geiger H (2001): "Effect of continuous haemofiltration vs intermittent haemodialysis on systemic haemodynamics and splanchnic regional perfusion in septic shock patients: a prospective, randomized clinical trial", *Nephrol Dial Transplant*, 16: 320-327.
7. Marshall, John C, Cook, Deborah J, Christou, Nicolas V, Gordon R, Sprung, Charles, Sibbald, William (1995): "Multiple organ dysfunction score: a reliable descriptor of a complex clinical outcome", *Crit Care Med*, 23(10): 1638-1652.

NGHIÊN CỨU SỰ BIẾN ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ HÓA SINH MÁU CỦA CHUỘT NHIỄM ĐỘC CHÌ ACETAT BÁN TRƯỜNG DIỄN VÀ TÁC DỤNG CỦA SÂM NGỌC LINH SINH KHỐI

Nguyễn Văn Bằng*, Nguyễn Thanh Xuân**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu sự biến đổi một số chỉ số sinh hóa máu ở chuột nhắt bị gây độc chì acetat bán trường diễn và tác dụng bảo vệ của SNLSK. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 120 chuột nhắt trắng, 20 - 25 gam gồm 12 chuột giết và lấy máu xét nghiệm nồng độ chì máu, sinh hóa máu ngay trước khi gây độc; 108 chuột được gây nhiễm độc chì acetat bán trường diễn (liều 20 mg/kg/ngày) ở ngày 15, 30 và 45) chia thành 3 lô: lô chứng (lô 1: 36 chuột), lô gây độc (lô 2: 36 chuột), lô gây độc có dùng sâm Ngọc Linh sinh khối (SNLSK) (lô 3: 36 chuột); đánh giá tác dụng bảo vệ của SNLSK (liều 375 mg/kg/ngày). **Kết quả:** Hoạt độ AST, ALT, GGT ở lô 2 cao hơn lô 1 cùng thời điểm nghiên cứu ($p < 0,05$); ở lô 3 ($56,78 \pm 9,75$; $291,0 \pm 59,5$; $3,10 \pm 0,98$ U/L) thấp hơn lô 1 ở ngày 45 ($66,14 \pm 10,85$; $351,9 \pm 64,6$; $4,26 \pm 1,09$ U/L) ($p < 0,05$). Lô 2: Bilirubin toàn phần, ure ở ngày 45 ($4,26 \pm 1,09$ $\mu\text{mol/L}$; $3,02 \pm 0,32$ mmol/L) cao hơn so với thời điểm trước khi gây nhiễm độc ($3,18 \pm 1,15$ $\mu\text{mol/L}$; $2,75 \pm 0,27$ mmol/L) và so với lô 1 ($3,20 \pm 1,14$ $\mu\text{mol/L}$; $2,78 \pm 0,16$ mmol/L) ($p < 0,05$). Lô 2: creatinin ở ngày 30, 45 cao hơn lô 1; ở ngày 45, creatinin cao hơn so với trước khi gây nhiễm độc ($p < 0,05$). **Kết luận:** Hoạt độ AST, ALT, GGT huyết tương; nồng độ ure, creatinin máu ở lô gây độc cao hơn lô đối chứng ($p < 0,05$). Hoạt độ AST, ALT,

GGT huyết tương ở lô gây độc có uống SNLSK thấp hơn lô gây độc không uống SNLSK ($p < 0,05$).

Từ khóa: Nhiễm độc bán trường diễn, sâm ngọc linh sinh khối.

SUMMARY

STUDY THE CHANGE OF SOME BLOOD BIOCHEMICAL INDEXES OF MICE WITH SUBCHRONIC LEAD TOXICATION AND EFFECT OF NGOC LINH GINSENG MASS

Objectives: study the change of some blood biochemical indexes of mice with subchronic lead toxication and effect of Ngoc Linh ginseng mass. **Subjects and methods:** 120 male white house-mice, 20 - 25 gram (12 mice were killed and taken blood to experiment immediately prior to testing). 108 mice infected lead acetate (20 mg/kg/day), on date of 15, 30, 45; divided into 3 lots: control lot (36 mice: lot 1); lot infected lead acetate (36 mice: lot 2); lot infected lead acetate and drinking with NLG M to protect (36 mice: lot 3) and study effect of Panax vietnamensis biomass solution (375 mg/kg/day). **Results:** activity of ALT, AST, GGT of lot 2 is higher than lot 1 in the same time ($p < 0,05$); lot 3 (56.78 ± 9.75 ; 291.0 ± 59.5 ; 3.10 ± 0.98 U/L) is lower than lot 1 on date of 45 (66.14 ± 10.85 ; 351.9 ± 64.6 ; 4.26 ± 1.09 U/L) ($p < 0,05$). Lot 2: total bilirubin, ure on date of 45 (4.26 ± 1.09 $\mu\text{mol/L}$; 3.02 ± 0.32 mmol/L) is higher than experiment immediately prior to testing (3.18 ± 1.15 $\mu\text{mol/L}$; 2.75 ± 0.27 mmol/L) and lot 1 (3.20 ± 1.14 $\mu\text{mol/L}$; 2.78 ± 0.16 mmol/L) ($p < 0,05$). Lot 2: creatinin on date of 30, 45 is higher than lot 1, on date of 45, creatinin is higher than experiment immediately prior to testing ($p < 0,05$). **Conclusion:** activity of plasma ALT, AST, GGT; concentration of ure, creatinin of lot

*Bệnh viện Quân y 103

**Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Xuân

Email: bsxuanhatay@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.8.2017

Ngày duyệt bài: 8.9.2017

infected lead acetate is higher than control lot ($p < 0.05$); activity of plasma ALT, AST, GGT of lot infected lead acetate and drinking with NLG M to protect is lower than lot infected lead acetate ($p < 0.05$).

Keywords: subchronic lead toxication, Ngọc Linh ginseng mass.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chì và các hợp chất vô cơ của chì (gọi chung là chì) được sử dụng trong nhiều lĩnh vực: công nghiệp, nông nghiệp, quốc phòng, trong đời sống, y học. Song chì gây nhiều tổn thương đa dạng và phức tạp trên hầu hết các cơ quan: máu và cơ quan tạo máu, thận tiết niệu, thần kinh, sinh sản, gan...[1]. Gần đây, một số nghiên cứu trên người và động vật đã gợi ý rằng, chì có khả năng kích thích tạo gốc tự do và làm giảm chức năng của hệ thống chống gốc tự do trong cơ thể. Có thể đây là một trong các cơ chế sinh bệnh học quan trọng; điều này phù hợp với đặc điểm tổn thương đa dạng và không mang tính đặc hiệu trên nhiều tổ chức và cơ quan trong nhiễm độc chì [4],[5].

Sâm Ngọc Linh (SNL) và Sâm Ngọc Linh sinh khối (SNLSK) là loại sâm quý hiếm của Việt Nam, có tác dụng: bổ và sinh thích nghi, tăng sức lực, trên hệ thần kinh trung ương, chống viêm, bảo vệ gan, giảm đau chống viêm, chống oxy hóa, chống lão hóa, kích thích miễn dịch, tăng cường chức năng sinh dục, hạ cholesterol, hạ glucose máu, chống ung thư...

Hiện nay, có nhiều thuốc điều trị nhiễm độc chì đang được sử dụng, nhưng hiệu quả điều trị chưa được như mong muốn; và cũng chưa có nghiên cứu nào đánh giá tác dụng của SNLSK đối với các chỉ số sinh hóa máu trên động vật thực nghiệm bị gây độc bởi chì acetat. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Tìm hiểu sự biến đổi một số chỉ số sinh hóa máu ở chuột nhắt bị gây độc chì acetat bán trường diễn và tác dụng bảo vệ của SNLSK.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu và chất liệu nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: Động vật thực nghiệm: chuột nhắt trắng đực. Số lượng: 120

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Nồng độ chì máu ở các nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Nồng độ chì máu tại các thời điểm nghiên cứu ($\bar{x} \pm SD$)

Nhóm	Nồng độ chì máu ($\mu\text{g/dl}$)				p
	$N_0(n=12)(a)$	$N_{15}(n=12)(b)$	$N_{30}(n=12)(c)$	$N_{45}(n=12)(d)$	
Lô chứng (n = 36)(1)	$2,99 \pm 0,82$	$2,92 \pm 0,63$	$2,91 \pm 0,83$	$2,96 \pm 0,82$	$p_{ba} > 0,05$ $p_{ca} > 0,05$

chuột. Trọng lượng từ 20-25gam. Chuột được nuôi thành 3 lô riêng biệt.

2.1.2. Chất liệu và thời gian, địa điểm: Dung dịch chì acetat, cao đặc sâm Ngọc Linh sinh khối mới sản xuất, thức ăn, nước cất, dụng cụ gây độc.

Địa điểm nuôi động vật: Bộ môn Độc học phóng xạ- Học viện Quân y.

Thời gian nuôi động vật thực nghiệm: 15 ngày, 30 ngày, 45 ngày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

***Thiết kế nghiên cứu:** thực nghiệm, có can thiệp. Theo phương pháp gây độc của El-Sayed I. H và cs (2006) [4], Flora G và cs (2013) [5].

*Phân chia nhóm:

- Trước nghiên cứu: 12 chuột, giết và lấy máu hốc mắt xét nghiệm chì máu, các chỉ số sinh hóa máu. Kết quả xét nghiệm của 12 chuột này để sử dụng chung cho 3 nhóm nghiên cứu tại thời điểm trước nghiên cứu (ngày N_0).

- Lô chứng: 36 chuột, cho uống 0,2ml nước cất vào các buổi sáng. Giết chuột và lấy máu hốc mắt xét nghiệm ở các thời điểm ngày 15 (N_{15}), 30 (N_{30}), 45 (N_{45}) (mỗi thời điểm 12 chuột).

- Lô gây độc: 36 chuột, cho uống 0,2ml chì acetat vào các buổi sáng (tương đương 20mg/kg/ngày). Giết chuột và lấy máu xét nghiệm như nhóm chứng.

- Lô gây độc dùng SNLSK: 36 chuột, sáng uống 0,1ml SNLSK (tương đương liều 375mg/kg/ngày), sau 1giờ cho chuột uống 0,2ml chì acetat (20mg/kg/ngày). Giết chuột và lấy máu xét nghiệm như nhóm chứng.

***Lấy máu:** Lấy 1,5-2ml máu hốc mắt chuột, chia làm 2 phần, cho vào tuýp có chứa sẵn chống đông heparin. Bảo quản ở 4°C.

***Xét nghiệm nồng độ chì máu:** được thực hiện trên máy quang phổ hấp thụ nguyên tử kỹ thuật lò Graphit tại Viện Sức khỏe nghề nghiệp và môi trường.

***Xét nghiệm công thức máu ngoại vi:** được thực hiện trên máy Olympus AU 640, tại khoa Sinh hóa-Bệnh viện 103. Giá trị bình thường được thực hiện theo thang chuẩn hóa của máy xét nghiệm.

3. Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học, sử dụng excel, EpiInfo, EpiCalc 2000.

					$p_{da}>0,05$
Lô gây độc (n = 36)(2)	2,99±0,82	21,01±1,77	23,34±2,17	24,97±1,59	$p_{ba}<0,001$ $p_{ca}<0,001$ $p_{da}<0,001$
Lô gây độc+SNLSK (n = 36)(3)	2,99±0,82	12,43±1,56	11,93±1,58	11,38±1,64	$p_{ba}<0,001$ $p_{ca}<0,001$ $p_{da}<0,001$
p		$p_{21}<0,001$ $p_{32}<0,001$	$p_{21}<0,001$ $p_{32}<0,001$	$p_{21}<0,001$ $p_{32}<0,001$	

Nồng độ chỉ máu trung bình ở lô gây độc tăng so với thời điểm trước gây nhiễm độc và so với lô chứng ở cùng thời điểm ($p<0,001$). Lô gây độc + SNLSK, nồng độ chỉ máu tăng so với trước gây nhiễm độc nhưng mức tăng ít hơn so với lô gây độc không dùng SNLSK ở cùng thời điểm ($p<0,001$).

3.2. Kết quả xét nghiệm sinh hóa máu và tác dụng bảo vệ của sâm Ngọc Linh sinh khối

Bảng 2. Sự biến đổi hoạt độ ALT huyết tương tại các thời điểm ($\bar{X} \pm SD$)

Lô	ALT (U/L)				p
	N ₀ (n=12)(a)	N ₁₅ (n=12)(b)	N ₃₀ (n=12)(c)	N ₄₅ (n=12)(d)	
Lô chứng (1)	55,79±10,31	52,03±7,05	48,79±7,12	50,14±6,64	$p_{ba}>0,05$ $p_{ca}>0,05$ $p_{da}>0,05$
Lô gây độc (2)	55,79±10,31	59,14±13,77	61,42±11,71	66,14±10,85	$p_{ba}>0,05$ $p_{ca}>0,05$ $p_{da}<0,05$
Lô gây độc +SNLSK (3)	55,79±10,31	54,46±9,43	55,03±8,37	56,78±9,75	$p_{ba}>0,05$ $p_{ca}>0,05$ $p_{da}>0,05$
p		$p_{21}>0,05$ $p_{32}>0,05$	$p_{21}<0,05$ $p_{32}>0,05$	$p_{21}<0,05$ $p_{32}<0,05$	

Lô 2, hoạt độ ALT trung bình huyết tương cao hơn ở ngày 30, ngày 45 so với lô 1 ($p<0,05$); ALT ở ngày 45 cao hơn so với trước gây nhiễm độc ($p<0,05$). Lô 3, hoạt độ ALT thấp hơn so với lô 2 ở cùng thời điểm nghiên cứu nhưng chỉ thấp hơn có ý nghĩa ở ngày 45 ($p<0,05$).

Bảng 3. Sự biến đổi hoạt độ AST huyết tương tại các thời điểm ($\bar{X} \pm SD$)

Lô	AST (U/L)				p
	N ₀ (n=12)(a)	N ₁₅ (n=12)(b)	N ₃₀ (n=12)(c)	N ₄₅ (n=12)(d)	
Lô chứng (1)	271,9±91,0	268,6±67,3	265,4±59,7	268,1±33,9	$p_{ba}>0,05$ $p_{ca}>0,05$ $p_{da}>0,05$
Lô gây độc (2)	271,9±91,0	315,5±48,3	333,8±76,9	351,9±64,6	$p_{ba}>0,05$ $p_{ca}>0,05$ $p_{da}<0,05$
Lô gây độc +SNLSK (3)	271,9±91,0	307,8±79,8	309,7±53,6	291,0±59,5	$p_{ba}>0,05$ $p_{ca}>0,05$ $p_{da}>0,05$
p		$p_{21}>0,05$ $p_{32}>0,05$	$p_{21}<0,05$ $p_{32}>0,05$	$p_{21}<0,05$ $p_{32}<0,05$	

Lô 2, hoạt độ AST cao hơn so với thời điểm trước gây nhiễm độc và so với lô 1 ở ngày 30, ngày 45 ($p<0,05$); ở ngày 45, hoạt độ AST cao hơn so với trước gây nhiễm độc ($p<0,05$). Lô 3, hoạt độ AST thấp hơn so với lô 2 ở cùng thời điểm nghiên cứu nhưng chỉ ở ngày 45 là thấp hơn có ý nghĩa ($p<0,05$).

Bảng 4. Sự biến đổi hoạt độ GGT huyết tương tại các thời điểm ($\bar{X} \pm SD$)

Lô	GGT (U/L)				p
	N ₀ (n=12)(a)	N ₁₅ (n=12)(b)	N ₃₀ (n=12)(c)	N ₄₅ (n=12)(d)	
Lô chứng (1)	3,03±0,95	3,08±0,96	3,09±0,95	3,01±1,04	$p_{ba}>0,05$ $p_{ca}>0,05$ $p_{da}>0,05$
Lô gây độc (2)	3,03±0,95	4,17±0,83	4,08±1,08	4,26±1,09	$p_{ba}<0,05$ $p_{ca}<0,05$ $p_{da}<0,05$

Lô gây độc +SNLSK (3)	3,03±0,95	3,19±0,79	3,13±0,89	3,10±0,98	$p_{ba}>0,05$ $p_{ca}>0,05$ $p_{da}>0,05$
p		$p_{21}<0,05$ $p_{32}<0,05$	$p_{21}<0,05$ $p_{32}<0,05$	$p_{21}<0,05$ $p_{32}<0,05$	

Hoạt độ GGT ở lô 1 không có sự khác biệt tại các thời điểm nghiên cứu. Lô 2, hoạt độ GGT cao hơn so với thời điểm trước gây nhiễm độc và so với lô 1 ở cùng thời điểm ($p<0,05$). Lô 3, hoạt độ GGT thấp hơn so với lô 2 ở cùng thời điểm nghiên cứu, có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Bảng 5. Sự biến đổi nồng độ bilirubin toàn phần (Bi TP) huyết tương tại các thời điểm nghiên cứu ($\bar{X} \pm SD$)

Lô	Nồng độ bilirubin toàn phần ($\mu\text{mol/L}$)				p
	N₀(n=12)(a)	N₁₅(n=12)(b)	N₃₀(n=12)(c)	N₄₅(n=12)(d)	
Lô chứng (1)	3,18±1,15	3,13±1,07	3,29±1,05	3,20±1,14	$p_{ba}>0,05$ $p_{ca}>0,05$ $p_{da}>0,05$
Lô gây độc (2)	3,18±1,15	3,48±1,19	3,61±1,12	4,26±1,09	$p_{ba}>0,05$ $p_{ca}>0,05$ $p_{da}<0,05$
Lô gây độc +SNLSK (3)	3,18±1,15	3,49±1,13	3,27±0,97	3,46±1,02	$p_{ba}>0,05$ $p_{ca}>0,05$ $p_{da}>0,05$
p		$p_{21}>0,05$ $p_{32}>0,05$	$p_{21}>0,05$ $p_{32}>0,05$	$p_{21}<0,05$ $p_{32}>0,05$	

Lô 2, Bi TP huyết tương cao hơn có ý nghĩa ở ngày thứ 45 so với thời điểm trước gây nhiễm độc và so với lô 1 ($p<0,05$). Lô 3, không có sự khác biệt so với lô 2 ở cùng thời điểm nghiên cứu ($p>0,05$).

Bảng 6. Sự biến đổi protein huyết tương tại các thời điểm nghiên cứu ($\bar{X} \pm SD$)

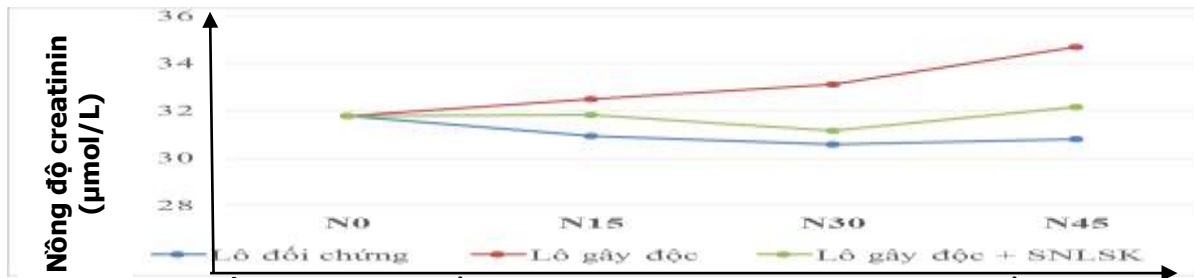
Lô	Protein (g/L)				p
	N₀(n=12)(a)	N₁₅(n=12)(b)	N₃₀(n=12)(c)	N₄₅(n=12)(d)	
Lô chứng (1)	62,47±3,68	60,50±3,73	60,81±2,53	58,56±2,24	$p_{ba}>0,05$ $p_{ca}>0,05$ $p_{da}>0,05$
Lô gây độc (2)	62,47±3,68	56,31±5,64	55,36±4,09	54,04±4,74	$p_{ba}>0,05$ $p_{ca}>0,05$ $p_{da}>0,05$
Lô gây độc +SNLSK (3)	62,47±3,68	57,51±5,32	57,22±4,52	57,85±4,02	$p_{ba}>0,05$ $p_{ca}>0,05$ $p_{da}>0,05$
p		$p_{21}>0,05$ $p_{32}>0,05$	$p_{21}>0,05$ $p_{32}>0,05$	$p_{21}>0,05$ $p_{32}>0,05$	

Nồng độ protein trung bình huyết tương thay đổi không rõ rệt ở các lô và các thời điểm nghiên cứu khác nhau.

Bảng 7. Sự biến đổi nồng độ ure huyết tương tại các thời điểm ($\bar{X} \pm SD$)

Lô	Ure (mmol/L)				p
	N₀(n=12)(a)	N₁₅(n=12)(b)	N₃₀(n=12)(c)	N₄₅(n=12)(d)	
Lô chứng (1)	2,75±0,27	2,80±0,23	2,76±0,26	2,78±0,16	$p_{ba}>0,05$ $p_{ca}>0,05$ $p_{da}>0,05$
Lô gây độc (2)	2,75±0,27	2,89±0,26	2,91±0,25	3,02±0,32	$p_{ba}>0,05$ $p_{ca}>0,05$ $p_{da}<0,05$
Lô gây độc +SNLSK (3)	2,75±0,27	2,94±0,26	2,82±0,29	2,87±0,31	$p_{ba}>0,05$ $p_{ca}>0,05$ $p_{da}>0,05$
p		$p_{21}>0,05$ $p_{32}>0,05$	$p_{21}>0,05$ $p_{32}>0,05$	$p_{21}<0,05$ $p_{32}>0,05$	

Lô 2, ngày thứ 45, nồng độ ure huyết tương cao hơn so với lô 1 ở cùng thời điểm và so với trước khi gây nhiễm độc ($p<0,05$).



Biểu đồ 2. Sự biến đổi nồng độ creatinin huyết tương tại các thời điểm

Nồng độ creatinin huyết tương ở lô 2 cao hơn so với lô 1 tại thời điểm ngày 30 và ngày 45 ($p < 0,05$), ở ngày thứ 45 nồng độ creatinin cao hơn so với trước khi gây nhiễm độc ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, nồng độ chì máu ở nhóm gây độc chì acetat tăng cao ngay từ ngày 15 và tăng dần ở ngày 30 và 45. Nồng độ chì máu ở nhóm gây độc có dùng trước SNLSK thấp hơn rõ rệt so với ở nhóm gây độc, có thể do SNLSK có khả năng tạo phức với các ion kim loại, trong đó có chì và thải ra khỏi cơ thể nên làm cho nồng độ chì máu giảm [8], [9]. Khi nồng độ chì máu giảm sẽ làm giảm ảnh hưởng của chì đến cơ thể.

Theo Khan D. A và cs (2012) [6], nghiên cứu trên công nhân tiếp xúc với chì, thấy nồng độ ure, creatinin ở nhóm tiếp xúc với chì ($5,09 \pm 1,11$ mmol/L và $81,83 \pm 14,22$ μmol/L) tăng so với nhóm chứng ($4,25 \pm 0,89$ mmol/L và $79,72 \pm 10,38$ μmol/L). Theo Lê Trung [1], trong một nghiên cứu 102 trường hợp có nồng độ chì máu từ 42 đến 141 μg/dL, có 18 trường hợp bị bệnh thận mạn tính (được xác định về lâm sàng và trên xét nghiệm có nồng độ ure, creatinin tăng). Như vậy chì có ảnh hưởng đến chức năng thận. Trong nghiên cứu của chúng tôi trên động vật thực nghiệm bị gây nhiễm độc chì acetat cũng thấy tăng nồng độ ure, creatinin huyết tương.

Dioka C. E và cs (2004) [3], nghiên cứu ở công nhân tiếp xúc với chì (Nnewi, Nigeria) thấy nồng độ ure, creatinin, acid uric ở nhóm tiếp xúc ($5,2 \pm 1,2$ mmol/L; 102 ± 18 μmol/L; 357 ± 123 μmol/L) tăng so với nhóm chứng ($4,9 \pm 0,6$ mmol/L; 99 ± 18 μmol/L; 228 ± 105 μmol/L); hoạt độ ALT, AST tăng có ý nghĩa ở nhóm tiếp xúc so với nhóm chứng ($11,4 \pm 4,0$ U/L; $15,8 \pm 4,4$ U/L so với $6,8 \pm 2,7$ U/L; $9,6 \pm 3,5$ U/L; $p < 0,01$). Theo Al-Neamy F. R. M và cs (2010) [2], khi so sánh hoạt độ enzym gan của công nhân tiếp xúc với chì ở UAE (100 công nhân) và nhóm chứng (100 công nhân không tiếp xúc với chì) nhận thấy: nồng độ chì máu ở nhóm tiếp xúc cao hơn so với nhóm chứng ($77,5 \pm 42,8$ μg/dL so với $19,8 \pm 12,3$ μg/dL) và hoạt độ các enzym gan ở nhóm tiếp xúc cũng cao hơn so với nhóm chứng ($p < 0,01$).

Kilikdar D và cs (2011) [7], gây độc trên chuột nhắt với liều chì acetat 15mg/kg chuột thấy tăng ALT, AST, bilirubin và tòi có tác dụng làm giảm các chỉ số trên khi dùng với liều 50 mg/kg. Nhóm gây độc chì acetat có ALT, AST, bilirubin là $19,83 \pm 0,25$ U/L; $5,88 \pm 0,034$ U/L; $0,76 \pm 0,011$ μmol/L, cao hơn nhóm chứng với các giá trị tương ứng là $6,98 \pm 0,35$ U/L; $3,62 \pm 0,063$ U/L; $0,55 \pm 0,014$ μmol/L ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương tự với nghiên cứu của các tác giả. Liều gây độc của chúng tôi chọn là 20mg/kg chuột, cao hơn Kilikdar D và trong kết quả nghiên cứu, sự tăng hoạt độ enzym gan cũng thể hiện rõ giữa lô gây độc và lô đối chứng. Theo Nguyen T. T. H và cs (1998), sâm Ngọc Linh có tác dụng bảo vệ tế bào gan khi gây tổn thương thực nghiệm bằng ethanol.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu sự biến đổi một số chỉ số hóa sinh trên 120 chuột nhắt, được gây độc bằng chì acetat (liều 20mg/kg) bán trường diễn và đánh giá tác dụng của SNLSK (liều 375mg/kg). Chúng tôi nhận thấy:

- Hoạt độ enzym AST, ALT, GGT huyết tương; nồng độ ure, creatinin máu ở lô gây độc cao hơn lô đối chứng ($p < 0,05$).

- Hoạt độ AST, ALT, GGT huyết tương ở lô gây độc có uống SNLSK thấp hơn lô gây độc không uống SNLSK ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Trung (2002), *Bệnh nhiễm độc nghề nghiệp*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr. 92- 123.
2. Al-Neamy F. R. M., Almehtdi A. M., Alwash R., et al. (2010), "Occupational lead exposure and amino acid profiles and liver function tests in industrial workers", *International Journal of Environmental Health Research*, 11(2), pp. 181-188.
3. Dioka C. E., Orisakwe O. E., Adeniyi F. A. A., et al. (2004), "Liver and renal function tests in artisans occupationally exposed to lead in mechanic village in Nnewi, Nigeria", *International*

- Journal of Environmental Research and Public Health*, 1, 21-25.
4. **El-Sayed I. H., Lotfy M., El-Khawaga O. Y., et al.** (2006), "Prominent free radicals scavenging activity of tannic acid in lead-induced oxidative stress in experimental mice", *Toxicology and Industrial Health*, 22, pp. 157-163.
 5. **Flora G., Gupta D., Tiwari A.** (2013), "Preventive efficacy of bulk and nanocurcumin against lead-induced oxidative stress in mice", *Biol Trace Elem Res*, 152, pp. 31-40.
 6. **Khan D. A., Qayyum S., Saleem S., et al.** (2012), "Lead-induced oxidative stress adversely affects health of the occupational workers", *Toxicology and Industrial Health*, 24, pp. 611-618.

KHẢO SÁT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ NGUYÊN NHÂN SUY HÔ HẤP CẤP CỦA TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NÔNG NGHIỆP NĂM 2016

Hoàng Công Trang*, Hà Hữu Tùng*

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu mô tả được tiến hành trên 51 hồ sơ bệnh án của trẻ sơ sinh bị suy hô hấp cấp tại Trung tâm Sơ sinh, Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp. Kết quả cho thấy tỷ lệ trẻ sơ sinh nam mắc suy hô hấp cao hơn trẻ nữ; Trẻ sơ sinh đẻ mổ có tỷ lệ mắc bệnh suy hô hấp cao hơn trẻ đẻ thường; Biểu hiện lâm sàng hay gặp nhất là tím môi, thở nhanh, co kéo cơ liên sườn, thở rên và nguyên nhân hàng đầu gây suy hô hấp trẻ sơ sinh là viêm phổi và bệnh tim bẩm sinh.

Từ khóa: Suy hô hấp cấp, trẻ sơ sinh

SUMMARY

SURVEY ON CLINICAL CHARACTERISTICS AND CAUSE OF ACUTE RESPIRATORY FAILURE OF NEWBORNS AT GENERAL HOSPITAL OF AGRICULTURE 2016

A retrospective descriptive study was conducted on 51 records of newborn with acute respiratory failure at the Neonatal Center, General Hospital of Agriculture. The results showed that the rate of newborns with respiratory distress was higher than that of girls; Newborns with a cesarean section have a higher incidence of respiratory failure than normal births; The most common clinical manifestations are purulent liposuction, shortness of breath, intermittent torsion, respiratory distress and the leading cause of respiratory failure are pneumonia and congenital heart disease.

Keywords: acute respiratory failure, Neonatal

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy hô hấp (SHH) là một hội chứng của nhiều nguyên nhân gây nên, là tình trạng bệnh lý rất hay gặp ở thời kỳ sơ sinh, nhất là trong những giờ đầu sau sinh do đây là giai đoạn trẻ thích nghi từ môi trường tử cung của mẹ chuyển sang

cuộc sống môi trường bên ngoài. SHH có thể xuất hiện ngay sau đẻ, sau đó vài giờ hoặc vài ngày tùy thuộc vào nguyên nhân. SHH cấp hay gặp ở những trẻ sơ sinh có yếu tố nguy cơ như đẻ non, đẻ ngạt, cân nặng thấp, thai già tháng, nhiễm khuẩn bào thai,...[1], [2], [3]. SHH cấp là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu của trẻ sơ sinh.

Trên thế giới, hàng năm có khoảng 8 triệu trẻ sơ sinh chết, chiếm 2/3 tổng số chết của trẻ dưới 1 tuổi, trong đó 2/3 số trẻ sơ sinh chết trong tuần đầu và 2/3 số này chết trong 24 giờ đầu [4]. Theo Martin nghiên cứu tại Mỹ cho thấy tỷ lệ sơ sinh suy hô hấp là 6,1‰ tương đương với 24.000 trẻ sơ sinh mỗi năm [5].

Ở Việt Nam cũng tương tự như vậy, tỉ lệ tử vong trẻ sơ sinh chiếm 50 - 70% tổng số tử vong trẻ dưới 1 tuổi [6]. Theo Nguyễn Thị Kiều Nhi và cộng sự nghiên cứu tại khoa Sản bệnh viện trường đại học Y Huế (2007) tỷ lệ trẻ sơ sinh suy hô hấp là 12,5% [7].

Tại Bệnh viện đa khoa Nông nghiệp, theo Nguyễn Thị Hồng Lạc và cộng sự nghiên cứu về mô hình bệnh tật sơ sinh cho thấy: Suy hô hấp sơ sinh không do nhiễm trùng đứng hàng thứ ba trong mô hình bệnh tật, chiếm 9,7%. Tuy nhiên chưa có một đề tài nào nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, nguyên nhân, trẻ sơ sinh bị SHH điều trị tại trung tâm sơ sinh Bệnh viện đa khoa Nông nghiệp.

Chính vì những lý do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu "*Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân suy hô hấp cấp của trẻ sơ sinh điều trị tại Trung tâm sơ sinh, Bệnh viện đa khoa nông nghiệp năm 2016*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án của trẻ sơ sinh (dưới 28 ngày tuổi) được chẩn đoán suy hô hấp cấp điều trị tại Trung tâm sơ sinh, Bệnh viện đa khoa Nông nghiệp năm 2016

*Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Công Trang

Email: congtrang.hoang@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.8.2017

Ngày duyệt bài: 12.9.2017

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm sơ sinh – Bệnh viện đa khoa Nông nghiệp

Thời gian nghiên cứu: Từ 01/1/2017 đến 31/1/2017

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Toàn bộ Hồ sơ bệnh án của trẻ sơ sinh (dưới 28 ngày tuổi) được chẩn đoán suy hô hấp cấp điều trị tại Trung tâm sơ sinh, Bệnh viện đa khoa Nông nghiệp năm 2016.

Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu sau khi thu thập, được làm sạch và nhập bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Số ca	Tỷ lệ %
Giới		
Nam	33	64,7
Nữ	18	35,3
Phương pháp đẻ		
Đẻ mổ	33	64,7
Đẻ thường	18	35,3
Tuổi suy hô hấp		
Từ 0h đến dưới 7 ngày	39	76,5
Từ 7 đến 28 ngày	12	23,5

Nhận xét: Trẻ sơ sinh nam bị suy hô hấp có 33 trẻ (chiếm tỷ lệ 64,7%) và trẻ sơ sinh nữ bị suy hô hấp có 18 trẻ (chiếm tỷ lệ 35,3%). Tỷ lệ mắc bệnh nam và nữ có sự khác biệt ($p < 0,05$). Tỷ lệ nam/nữ là 1,8/1. Trẻ sơ sinh đẻ mổ bị suy hô hấp có 33 trẻ (chiếm tỷ lệ 64,7%) và trẻ sơ sinh đẻ thường bị suy hô hấp có 18 trẻ (chiếm tỷ lệ 35,3%). Tỷ lệ mắc bệnh giữa trẻ đẻ thường và đẻ mổ có sự khác biệt ($p < 0,05$). Trẻ xuất hiện suy hô hấp trong thời gian dưới 7 ngày tuổi có 39 trẻ (chiếm tỷ lệ 76,5%) và trẻ xuất hiện suy hô hấp trong thời gian sau 7 ngày có 12 trẻ (chiếm tỷ lệ 23,5%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.2. Rối loạn nhịp thở

Rối loạn nhịp thở	N = 51	Tỷ lệ %
Thở không đều	5	9,8
Thở chậm	5	9,8
Thở nhanh	25	49,0
Không rối loạn nhịp thở	19	37,3

Nhận xét: Trong 51 bệnh nhân thì có 32 trẻ suy hô hấp rối loạn nhịp thở thì (chiếm tỷ lệ 62,7%), còn không có rối loạn nhịp thở có 19 trẻ suy hô hấp (chiếm tỷ lệ 37,3%)

- Trong các dạng rối loạn nhịp thở rối loạn thở nhanh chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 49%

Bảng 3.3. Tỷ lệ biểu hiện gắng sức cơ hô hấp

Gắng sức cơ hô hấp	N = 51	Tỷ lệ %
Thở rên	18	35,3
Di động ngực bụng	7	13,7
Phập phồng cánh mũi	10	19,6
Rút lõm hõm ức	11	21,6
Cơ kéo cơ liên sườn	20	39,2
Không	22	43,1

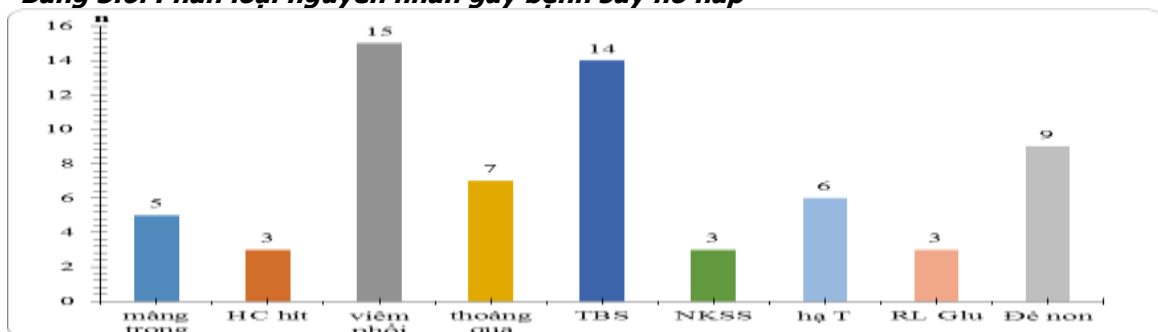
Nhận xét: Không có gắng sức cơ hô hấp có 22 trẻ suy hô hấp (chiếm tỷ lệ 43,1%) và có gắng sức cơ hô hấp 29 trẻ suy hô hấp (chiếm tỷ lệ 56,9%). Trong những trẻ có biểu hiện gắng sức cơ hô hấp thì thở rên và kéo cơ liên sườn chiếm tỷ lệ nhiều nhất lần lượt là 35,3% và 39,2%

Bảng 3.4. Tỷ lệ biểu hiện lâm sàng tím của sơ sinh suy hô hấp

Tím	N = 51	Tỷ lệ %
Tím đầu chi	9	17,7
Tím toàn thân	11	21,6
Tím môi	35	68,6
Số BN có tím	43	84,3
Không có tím	8	15,7
Tổng số	51	100

Nhận xét: Tím là biểu hiện lâm sàng hay gặp nhất, chiếm 84,3 %. Trong đó tím môi là biểu hiện thường gặp và dễ phát hiện nhất trong suy hô hấp sơ sinh.

Bảng 3.6. Phân loại nguyên nhân gây bệnh suy hô hấp



Biểu đồ 3.1. Nguyên nhân gây bệnh suy hô hấp sơ sinh

Nhận xét: Bệnh viêm phổi và tim bẩm sinh là 2 nguyên nhân hàng đầu gây suy hô hấp ở trẻ sơ sinh với số lượng trẻ bị lần lượt là 15 trẻ (chiếm tỷ lệ 29,4%) và 14 trẻ (chiếm tỷ lệ 27,5%).

Bảng 3.5. Biểu hiện bất thường tại một số cơ quan

Cơ quan	N =51	Tỷ lệ %
Hệ thống tuần hoàn	11	21,6
Phổi	24	47,1
Tiêu hóa	17	33,3

Nhận xét: Các biểu hiện về tuần hoàn như, mạch nhanh, mạch giảm và tiếng thổi tại tim có tỷ lệ 21,6%

- Các triệu chứng khám tại phổi như là rì rào phế nang giảm, nghe có ran tại phổi chiếm 47,1% các trường hợp suy hô hấp sơ sinh

- Các biểu hiện tại cơ quan tiêu hóa cũng là triệu chứng thường gặp, chiếm 33,3%. Trong đó bỏ bú, bú kém, nôn trớ là các biểu hiện thường gặp nhất.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của bệnh nhân sơ sinh suy hô hấp: Tỷ lệ nam/nữ là 1,8:1 kết quả này cho thấy, tỷ lệ trẻ nam bị suy hô hấp sơ sinh gấp 1,8 lần trẻ nữ. Kết quả này cũng phù hợp với một nghiên cứu của Nguyễn Thành Út và cộng sự năm 2002 đã chỉ ra rằng tỷ lệ nam/nữ là 2,3:1. Theo quan sát của chúng tôi nhận thấy tỷ lệ sinh là con trai cũng đang gia tăng trong những năm gần đây ở Việt Nam nói chung cũng như Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp nói riêng.

Đẻ mổ/đẻ thường là 1,8:1. Qua kết quả này có thể thấy đẻ mổ là một phương pháp đẻ chủ động, không đúng với sinh lý, tỷ lệ thuận với suy hô hấp sau sinh. Tuy nhiên hiện nay tỷ lệ đẻ mổ tại Khoa Sản bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp ngày càng tăng do nhiều nguyên nhân, từ chỉ định bắt buộc của thầy thuốc đến những quan niệm về đẻ chủ động chọn ngày, chọn giờ của người nhà.

Về thời gian nhập viện: suy hô hấp gặp chủ yếu 1 tuần sau sinh, chiếm tỷ lệ 76,5%, đây là giai đoạn trẻ phải thích nghi do chuyển từ môi trường tử cung của người mẹ sang môi trường bên ngoài. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả Lawn JE nghiên cứu 4 triệu trẻ em chết trên toàn cầu năm 2005 thì tỷ lệ này là 99%.

4.2. Biểu hiện lâm sàng: Qua nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tím là biểu hiện hay gặp nhất trong suy hô hấp sơ sinh, chiếm 84,3%, trong đó tím môi là biểu hiện nhiều nhất. Tiếp theo là biểu hiện rối loạn về nhịp thở bao gồm: thở nhanh, thở chậm, thở không đều, chiếm 62,8%. Các biểu hiện của gắng sức cơ hô hấp cũng hay gặp chiếm 56,9% với hai biểu hiện chính là co kéo cơ liên sườn và thở rên. Biểu

hiện tại phổi như là rì rào phế nang giảm & ran tại phổi cũng là những biểu hiện hay gặp, chiếm 47,1%. Về biểu hiện của tim mạch như là mạch tăng, mạch giảm, nghe có tiếng thổi tại tim, chiếm 21,5%. Các biểu hiện tại đường tiêu hóa cũng hay gặp chủ yếu như: trẻ bỏ bú, bú kém, ăn hay nôn trớ chiếm 33,33%

4.3. Nguyên nhân của suy hô hấp sơ sinh:

Theo nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: viêm phổi và Tim bẩm sinh là hai nguyên nhân hay gặp nhất với tỷ lệ lần lượt là 29,4% và 27,6%. Kết quả này có sự khác biệt với một số nghiên cứu trên thế giới như tác giả Lawn JE nghiên cứu 4 triệu trẻ em chết trên toàn cầu năm 2005 cho thấy sinh non (28%), nhiễm khuẩn nặng (26%), và ngạt (23%) là những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ sơ sinh. Tuy nhiên đây là một nghiên cứu rộng khắp trên toàn cầu và nghiên cứu về nguyên nhân gây ra tử vong ở trẻ sơ sinh. Các con số tử vong cao ở trẻ sơ sinh là ở các nước trung - nam châu Á và tỷ lệ cao nhất thường ở châu Phi cận Sahara với điều kiện kinh tế còn khó khăn và sự chăm sóc y tế của chính phủ còn hạn chế.

Tại Việt Nam, theo tác giả Nguyễn Thị Xuân Hương thì nguyên nhân chính gây ra suy hô hấp và tử vong ở trẻ sơ sinh là Đẻ non, viêm phổi và ngạt. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, thì viêm phổi và tim bẩm sinh có tỷ lệ cao hơn các nhóm khác như đẻ non, bệnh màng trong. Hội chứng hít có thể lý giải được như: trung tâm sơ sinh ngoài việc tiếp nhận bệnh nhân từ khoa Sản chuyển sang thì còn thu dung điều trị một lượng lớn sơ sinh từ ngoài vào, nhóm bệnh sơ này chủ yếu là viêm phổi. Do vị trí địa lý Bệnh viện nông nghiệp rất gần các Bệnh viện tuyến Trung ương, các trường hợp chuyển dạ sớm, thai non tháng hay có các yếu tố tiền lượng khó thì bệnh nhân thường xin chuyển lên các bệnh viện Trung ương. Tỷ lệ tim bẩm sinh của chúng tôi cao hơn rất nhiều so với các nghiên cứu khác vì trong nghiên cứu này chúng tôi không phân loại ra các tật bẩm sinh khác nhau tại tim.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 51 trường hợp suy hô hấp sơ sinh điều trị tại Trung tâm sơ sinh Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp chúng tôi nhận thấy:

Tỷ lệ nam/nữ là 1,8:1

Tỷ lệ đẻ mổ/đẻ thường là 1,8:1

Biểu hiện lâm sàng: Tím môi, thở nhanh, co kéo cơ liên sườn, thở rên là những triệu chứng hay gặp nhất.

Về nguyên nhân: Viêm phổi và Tim bẩm sinh là hai nguyên nhân hàng đầu gây ra suy hô hấp ở trẻ sơ sinh điều trị tại Trung tâm sơ sinh, Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn nhi** – Đại học Y Hà Nội (2009). "*Bài giảng nhi khoa tập 1*"
2. **Viện nghiên cứu sức khỏe trẻ em**. "*Bài giảng bác sỹ định hướng nhi. Bài đề non, suy hô hấp sơ sinh*"
3. **Bộ môn Nhi** – Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. "*Hội chứng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh*"
4. **Malavi K.Witte** - Acute respiratory failure – *Pediatric intensive care* 1998- p95 – 97
5. **Martin J.A.**, Hamilton B.E., Sutton P.D., Ventura S.J., Menacker F. (2003), *Births: final data for 2002, Natl Vital Stat Rep, (52)*, pp. 111 – 13
6. **Bộ Y tế (2003)**. "*Chỉ thị số 04/2003/CT-BYT về việc tăng cường chăm sóc trẻ sơ sinh nhằm giảm tử vong sơ sinh*"
7. **Nguyễn Thị Kiều Nhi, Nguyễn Thiện Thuật (2007)**. "*Hiệu quả việc chăm sóc trẻ sơ sinh để non tháng nhẹ cân tại khoa sản Bệnh viện trường Đại học Y Huế*"

PHÂN TÍCH CHI PHÍ - HIỆU QUẢ LÂU DÀI CỦA TICAGRELOR SO VỚI CLOPIDOGREL TRONG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH CẤP: KẾT QUẢ SƠ BỘ TỪ NGHIÊN CỨU PLATO VÀ DỮ LIỆU TẠI VIỆT NAM

Đỗ Văn Dũng¹, Nguyễn Thị Thu Thủy¹,
Phạm Mạnh Hùng², Hoàng Văn Sỹ¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ngày nay hội chứng vành cấp (HCVC) là một trong những bệnh lý tim mạch phổ biến với nhiều biến chứng nặng nề ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Ticagrelor – liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu kép đã được chứng minh về hiệu quả và độ an toàn so với clopidogrel trong điều trị cũng như phòng ngừa các biến chứng cấp tính và tái phát của hội chứng vành cấp (HCVC) bằng nhiều nghiên cứu lâm sàng, điển hình là nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên pha III PLATO. Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng ngoài hiệu quả và độ an toàn để lựa chọn thuốc cần thiết phải cân nhắc tính chi phí – hiệu quả, đặc biệt đối với quốc gia đang phát triển với nguồn ngân sách y tế hạn hẹp như Việt Nam. Vì vậy mục tiêu của nghiên cứu là phân tích chi phí – hiệu quả của ticagrelor (TIC) so với clopidogrel (CLO) trong điều trị HCVC tại Việt Nam. **Đối tượng:** Chi phí – hiệu quả của TIC so với CLO trong điều trị HCVC được thể hiện thông qua chỉ số gia tăng chi phí – hiệu quả ICER (Incremental cost-effectiveness ratio). **Phương pháp:** Mô hình hóa bằng mô hình cây quyết định mô phỏng 1 năm điều trị HCVC bằng TIC hoặc CLO dựa trên dữ liệu PLATO và mô hình Markov mô phỏng toàn thời gian sống của người bệnh sau 1 năm điều trị. Thông số đầu vào của mô hình bao gồm tần số chuyển, chi phí và hiệu quả được đánh giá dựa trên nghiên cứu lâm sàng pha III PLATO, tổng quan tài liệu y văn, hồi cứu dữ liệu người bệnh năm 2017 tại bệnh viện Chợ Rẫy và Viện Tim mạch quốc gia, bệnh viện Bạch Mai. Chi phí trực tiếp y tế được phân tích bao gồm chi phí

ngày giường, xét nghiệm chẩn đoán, dịch vụ thủ thuật, thuốc, vật tư y tế. Khấu hao 3% được sử dụng cho chi phí và hiệu quả. Phân tích độ nhạy xác suất được sử dụng để đánh giá mức độ ảnh hưởng của sự không chắc chắn trong giá trị các thông số đầu vào của mô hình. **Kết quả:** Tính trên toàn thời gian sống, so với phác đồ CLO, phác đồ TIC có chi phí điều trị cao hơn 1.197.424 VNĐ và đồng thời làm gia tăng thêm 0,1531 năm sống (LYG) và 0,1319 năm sống có chất lượng (QALY). Chỉ số gia tăng chi phí-hiệu quả (ICER) của TIC so với CLO có giá trị 7.822.017 VNĐ/LYG và 9.077.584 VNĐ/QALY. Với ngưỡng chi trả của Việt Nam tương ứng với GDP đầu người (47,1 triệu VNĐ), giá trị này thấp hơn ngưỡng chi trả. **Kết luận:** Nghiên cứu dựa trên dữ liệu PLATO và dữ liệu tại bệnh viện Bạch Mai và bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy phác đồ TIC có chi phí – hiệu quả so với phác đồ CLO trong điều trị HCVC.

Từ khóa: ticagrelor, clopidogrel, hội chứng mạch vành cấp, chi phí – hiệu quả.

SUMMARY

LONG-TERM COST-EFFECTIVENESS OF TICAGRELOR VERSUS CLOPIDOGREL IN TREATMENT OF ACUTE CORONARY SYNDROMES: A PRIMARY ANALYSIS FROM PLATO STUDY AND DATA IN VIETNAM

Background and objectives: Nowadays, acute coronary syndrome (ACS) has become one of the most common cardiovascular diseases with many serious events, influencing the quality of life of patients. Ticagrelor – an new agent in anti-platelet therapy has been proved to be efficacy and safe compared with clopidogrel in treatment and prevention of cardiovascular events for patients with acute coronary syndrome (ACS) by many clinical researches, the most typical from those was randomised clinical trial phase III PLATO. However, the cost-effectiveness of ticagrelor should be considered in clinical practice due

¹ Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh

² Viện Tim mạch Quốc gia, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Thủy

Email: Đại học Y dược TP HCM

Ngày nhận bài: 19.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.9.2017

Ngày duyệt bài: 15.9.2017

to limitation of medical resources, especially in such developing country with limited resources as Vietnam. The aim of this study is to evaluate the cost-effectiveness of ticagrelor (TIC) versus clopidogrel (CLO) in treatment of ACS in Vietnam. **Material:** Cost-effectiveness of TIC versus CLO in treatment of ACS through ICER (Incremental cost-effectiveness ratio). **Methods:** Modelling method has been used with tree-decision model, simulating one-year treatment of ACS by TIC or CLO and Markov model, simulating life-time horizon after 1-year treatment of ACS. Input data, including utility, epidemiology data, cost data, have been derived from PLATO trial, retrospective patients' records in 2017 in Cho Ray Hospital and Bach Mai hospital. Only medical direct cost including cost for hospital bed, investigations, intervention, drugs, consumable materials, examination has been analysed. The discount rate of 3% has been used for both cost and utility. Probabilistic sensitivity analysis has been used to address uncertainty of parameters in the model. **Results:** In the base-case analysis, with lifetime horizon, TIC has been shown to increase cost of VND 1.614.749 and resulted in the increase of 0,1241 life-years gained (LYGs) and 0,1077 quality-adjusted life years (QALY). The incremental cost-effectiveness ratio (ICER) of TIC compared with CLO was accounted for VND 13,008,836 per LYG and 14,994,396 per QALY, which is lower than GDP per capita of Vietnam (47.1 million VND). **Conclusion:** Ticagrelor has been found to be cost-effective compared with clopidogrel in treatment of ACS from Vietnamese healthcare payer's perspective based on data of some hospitals.

Key words: ticagrelor, clopidogrel, acute coronary syndrome, cost-effectiveness analysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

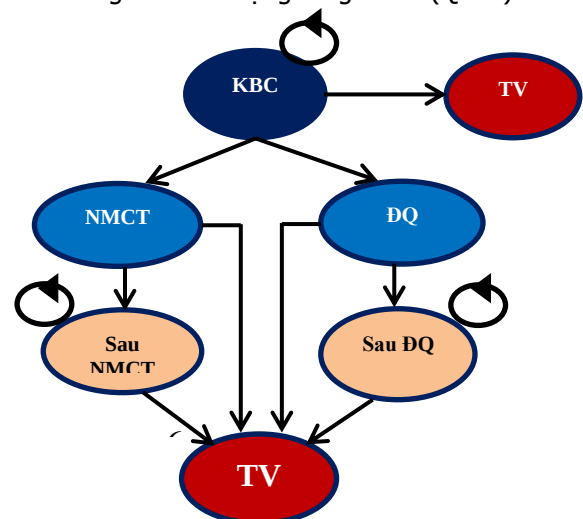
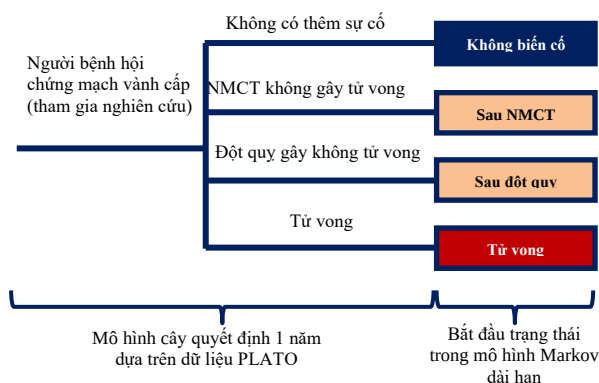
Hội chứng vành cấp (HCVC) là một trong những bệnh lý tim mạch phổ biến, là nguyên nhân gây tử vong và thương tật hàng đầu tại các quốc gia phát triển. Trên thế giới, tỷ lệ hiện mắc

của HCVC dao động trong khoảng 66-77/100.000 dân với 6,3 triệu ca nhồi máu cơ tim cấp mỗi năm (3). Trong phác đồ điều trị HCVC, liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu đóng vai trò then chốt trong điều trị cũng như phòng ngừa các biến chứng cấp tính và tái phát của HCVC. Nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên pha III PLATO cho thấy trên nền aspirin, phác đồ ticagrelor so với clopidogrel làm giảm nguy cơ tử vong chung do nguyên nhân tim mạch, nhồi máu cơ tim hay đột quỵ (HR = 0,84 ; 95%CI: 0,77 – 0,92) mà không làm gia tăng tỷ lệ xuất huyết chính được định nghĩa trong PLATO (HR = 1,04; 95% CI: 0,95– 1,13) (7).

Tuy nhiên, với giá thành cao hơn so với clopidogrel trong bối cảnh ngân sách dành cho y tế eo hẹp đặc biệt đối với các quốc gia đang phát triển như Việt Nam, cần thiết phải đánh giá tính chi phí – hiệu quả của ticagrelor so với clopidogrel trong điều trị HCVC tại Việt Nam. Nghiên cứu tại các quốc gia trên thế giới và tại Viện Tim TP HCM cho thấy ticagrelor có chi phí-hiệu quả hơn so với clopidogrel(1),(4). Tuy nhiên để mở rộng nghiên cứu trên nhiều cơ sở lâm sàng đại diện cho Việt Nam nghiên cứu này được thực hiện nhằm bước đầu đánh giá tính chi phí – hiệu quả của ticagrelor so với clopidogrel trong điều trị HCVC tại một số bệnh viện đa khoa hàng đầu ở khu vực miền Bắc và miền Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Chỉ số đánh giá tính chi phí – hiệu quả của TIC so với CLO trong điều trị HCMVC bao gồm chỉ số gia tăng chi phí-hiệu quả trên mỗi năm sống tăng thêm (LYG) hoặc năm sống có chất lượng tăng thêm (QALY).



Hình 1. Mô hình nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Mô hình hóa

Để ước lượng chi phí và hiệu quả lâu dài của hai phác đồ so sánh bao gồm phác đồ phối hợp TIC (liều nạp 180mg, liều duy trì 90 mg x 2 lần/ngày) hoặc CLO (liều nạp 300-600 mg và liều duy trì 75mg x 1 lần/ngày) với ASA (75 – 100 mg mỗi ngày), phương pháp mô hình hóa được sử dụng với cấu trúc gồm 2 phần: mô hình cây quyết định 1 năm (mô phỏng 1 năm điều trị theo nghiên cứu PLATO) và mô hình Markov (mô phỏng diễn tiến bệnh sau 1 năm điều trị) (4) (hình 1).

Phân tích chi phí – hiệu quả: Chi phí – hiệu quả của TIC so với CLO được đánh giá dựa trên chỉ số gia tăng chi phí – hiệu quả ICER (Incremental Cost-effectiveness ratio) với công thức sau:

$$ICER = (COST_{tic} - COST_{clo}) / (QALY_{tic} - QALY_{clo})$$

Trong đó: $COST_{tic}$, $COST_{clo}$: chi phí điều trị bằng phác đồ TIC hoặc CLO

$QALY_{tic}$, $QALY_{clo}$: số năm sống có chất lượng của phác đồ TIC hoặc CLO

Phân tích độ nhạy: Mức độ không chắc chắn của mô hình được đánh giá dựa trên phân tích độ nhạy xác suất. Trong đó kết quả ghi nhận lại sự thay đổi chi phí và hiệu quả của phác đồ nghiên cứu với sự thay đổi giá trị của các tham số đầu vào trong mô hình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Các thông số đầu vào của mô hình: Các thông số đầu vào của mô hình cây quyết định và mô hình Markov bao gồm chi phí, hiệu quả và tần số chuyển ở các trạng thái được rút ra từ nghiên cứu PLATO, tài liệu y văn tương ứng với chi phí được hiệu chỉnh dựa trên dữ liệu của Việt Nam.

Phân tích sống còn với phân bố Weibull được thực hiện để ước lượng nguy cơ xảy ra các biến cố dựa trên dữ liệu của nghiên cứu PLATO. Nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân đối với

bệnh nhân HCVC trong quá trình điều trị là 0,0462 đối với TIC và 0,0586 đối với CLO. Nguy cơ xảy ra biến cố nhồi máu cơ tim đối với bệnh nhân điều trị bằng TIC hoặc CLO tương ứng là 0,0497 và 0,0575. Nguy cơ xảy ra biến cố đột quỵ đối với bệnh nhân điều trị bằng TIC hoặc CLO tương ứng là 0,0096 và 0,0088 (7). Với mô hình Markov mô phỏng bệnh nhân sau 1 năm điều trị, tần số chuyển giữa các trạng thái (từ KBC sang NMCT hoặc ĐQ; từ NMCT, sau NMCT và sau ĐQ sang TV) được đánh giá dựa trên dữ liệu ngoại suy từ nghiên cứu PLATO 1 năm (7); các tần số chuyển còn lại được rút ra từ dữ liệu y văn. Tần số chuyển từ các trạng thái khác sang trạng thái tử vong được đánh giá dựa trên tỷ lệ chết thô toàn dân số và sự gia tăng nguy cơ tử vong giữa người khỏe mạnh và người bệnh HCMVC ở các trạng thái khác nhau.

Hệ số chất lượng sống được đánh giá bằng thang đo EQ-5D thu thập trong nghiên cứu PLATO (7). Đối với mô hình Markov, hệ số chất lượng sống của trạng thái KBC được rút ra từ nghiên cứu PLATO; của các trạng thái khác được đánh giá dựa trên sự suy giảm chất lượng sống so với KBC được ghi nhận trong y văn.

Với mô hình cây quyết định, dữ liệu về chi phí 1 năm điều trị ở cả 2 phác đồ so sánh được đánh giá dựa trên dữ liệu chi tiết về nguồn lực y tế sử dụng ghi nhận được trong nghiên cứu PLATO với giá thành dịch vụ y tế và thuốc hiệu chỉnh về dữ liệu Việt Nam dựa trên Thông tư liên tịch 37/TTLT-BYT-BTC năm 2015, giá thuốc trúng thầu năm 2016 của Cục Quản lý dược. Chi phí điều trị mỗi năm của các trạng thái trong mô hình Markov bao gồm NMCT, ĐQ được đánh giá dựa trên hồi cứu hồ sơ bệnh án tháng 1 – 6/2017 tại bệnh viện Chợ Rẫy và Viện tim mạch Quốc gia, bệnh viện Bạch Mai. Tổng kết thông số đầu vào của mô hình được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Thông số đầu vào của mô hình

Trạng thái	CLO	TIC	Nguồn trích dẫn
TẦN SỐ CHUYỂN			
Mô hình cây quyết định 1 năm			
KBC	0,875	0,894	PLATO (7),
NMCT	0,0575	0,0497	
ĐQ	0,0088	0,0096	
TV	0,0586	0,0462	
Mô hình Markov			
Nguy cơ NMCT từ KBC mỗi năm	0,019		PLATO (7)
Nguy cơ ĐQ từ KBC mỗi năm	0,003		PLATO (7)
Nguy cơ TV từ KBC	2,0000		Norhammar (5)
Nguy cơ TV từ NMCT	6,0000		PLATO (7)
Nguy cơ TV từ sau NMCT	3,0000		Giả định
Nguy cơ TV từ ĐQ	7,4300		Dennis (2)
Nguy cơ TV từ sau ĐQ	3,0000		Dennis (2)

HỆ SỐ CHẤT LƯỢNG SỐNG			
Mô hình cây quyết định (QALY 1 năm)			
Không biến cố	0,8732	0,8763	PLATO (7)
NMCT	0,8106	0,8136	
ĐQ	0,7349	0,7379	
TV	0,247	0,25	
Mô hình Markov (hệ số chất lượng sống)			
Không biến cố (< 70 tuổi)	0,875		PLATO (7)
Không biến cố (70-79 tuổi)	0,843		
Không biến cố (> 79 tuổi)	0,781		Tamteerano (6)
Giảm mỗi năm ở trạng thái NMCT	0,147		
Giảm mỗi năm ở trạng thái ĐQ	0,226		
CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ (VNĐ)			
Mô hình cây quyết định (Chi phí 1 năm)			
Không biến cố	59.086.112	57.134.249	Dữ liệu chi tiết sử dụng nguồn lực từ nghiên cứu PLATO, Thông tư 37/TTLT-BYT-BTC năm 2015
Đột quy	59.554.863	57.603.000	
NMCT	107.063.631	105.111.768	
Tử vong	60.343.065	58.391.202	
Mô hình Markov (Chi phí 1 năm)		Mean (SE) VND	
Không biến cố	1.000.000 (72.674,4)		Tham khảo ý kiến chuyên gia Dữ liệu hồi cứu tháng 1-6/2017 tại Viện tim mạch Quốc gia, bệnh viện Bạch Mai và bệnh viện Chợ Rẫy
Đột quy	41.084.080 (3.799.205)		
Sau đột quy	12.498.960 (1.782.262,5)		
NMCT	76.026.341(72.84.252,5)		
Sau NMCT	23.129.401 (5.544.053,9)		

Phân tích chi phí-hiệu quả của ticagrelor so với clopidogrel trong điều trị HCMVC

Dựa trên mô hình được xây dựng, đề tài thu được chi phí và hiệu quả của 2 phác đồ điều trị trên toàn thời gian sống của người bệnh và trình bày trong bảng 2.

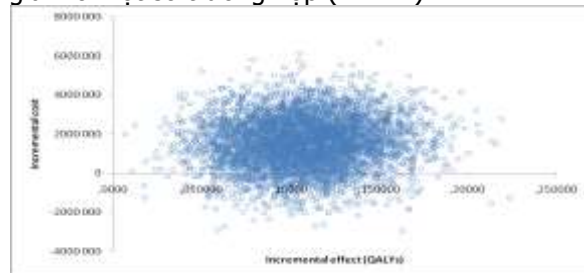
Bảng 2. Kết quả phân tích chi phí – hiệu quả

Toàn thời gian sống	Ticagrelor	Clopidogrel	Gia tăng	ICER
Chi phí (VNĐ)	112.437.664	110.822.915	1.614.749	
LYG	9,2997	9,1755	0,1241	13.008.836
QALY	7,8922	7,7845	0,1077	14.994.396
5 năm	Ticagrelor	Clopidogrel	Gia tăng	ICER
Chi phí (VNĐ)	81.502.805	79.722.406	1.780.400	
LYG	4,2227	4,1736	0,0491	36.266.501
QALY	3,6554	3,6117	0,0437	40.746.328
1 năm	Ticagrelor	Clopidogrel	Gia tăng	ICER
Chi phí (VNĐ)	68.798.710	66.638.756	2.159.954	
LYG	0,9769	0,9707	0,0062	350.597.387
QALY	0,8399	0,8348	0,0051	425.263.767

Theo bảng 2, tính trên toàn thời gian sống của người bệnh phác đồ TIC làm gia tăng chi phí điều trị 1.614.749 VNĐ; đồng thời làm gia tăng 0,1241 LYG (tương ứng với 1,5 tháng) và 0,1077 QALY (tương ứng với 1,3 tháng). Như vậy chỉ số gia tăng chi phí – hiệu quả của phác đồ TIC so với CLO có giá trị 13.008.836 VNĐ/LYG và 14.994.396 VNĐ/QALY. So sánh với ngưỡng chi trả tương ứng với GDP đầu người của Việt Nam theo khuyến cáo của WHO (2.111,1 USD theo World Bank, 2015 tương ứng 47.161.974 VNĐ), chỉ số ICER/QALY thấp hơn ngưỡng chi trả.

Phân tích độ nhạy: Phân tích độ nhạy xác suất cho thấy kết quả thu được khá ổn định với sự thay đổi giá trị của các tham số đầu vào. Với

sự thay đổi có thể có của những tham số đầu vào, tất cả các trường hợp đều cho thấy ticagrelor có hiệu quả gia tăng với sự gia tăng chi phí ở đa số trường hợp, hoặc chi phí thậm chí giảm ở một số trường hợp (Hình 2).



Hình 2. Phân tích độ nhạy xác suất

IV. BÀN LUẬN

Với chỉ số ICER có giá trị thấp hơn ngưỡng chi trả, phác đồ TIC có chi phí – hiệu quả so với CLO trong điều trị HCVC. Điều này cũng được ghi nhận ở nhiều nghiên cứu ở các quốc gia khác bao gồm Singapore, Thụy Điển, Canada, Hy Lạp, Braxin, Đức, Thái Lan (4) với giá trị ICER khác nhau ở mỗi quốc gia. Điều này được giải thích bởi sự khác biệt về chi phí điều trị, giá thành thuốc, đặc điểm dân số ở từng quốc gia. Cho đến nay chưa có nghiên cứu nào về ngưỡng chi trả tại Việt Nam được thực hiện. Vì vậy khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới được sử dụng trong nghiên cứu với ngưỡng chi trả từ 1-3x GDP per capita. Nghiên cứu đánh giá dựa trên quan điểm của cơ quan chi trả bảo hiểm y tế vì vậy chỉ phân tích chi phí trực tiếp y tế, những chi phí khác liên quan đến điều trị bao gồm chi phí trực tiếp ngoài y tế và gián tiếp không được phân tích có thể ảnh hưởng nhất định đến chỉ số ICER. Tuy nhiên phân tích độ nhạy xác suất với sự thay đổi có thể có của các tham số đầu vào cho thấy tính chi phí – hiệu quả của ticagrelor khá ổn định.

V. KẾT LUẬN

Dựa trên quan điểm cơ quan chi trả bảo hiểm y tế, phác đồ ticagrelor có chi phí – hiệu quả so với phác đồ clopidogrel trong điều trị HCVC với chỉ số ICER thấp hơn ngưỡng chi trả tại Việt Nam (GDP đầu người). Kết quả nghiên cứu này là căn cứ cho cơ quan chi trả và các nhà lâm sàng lựa chọn phác đồ điều trị hợp lý nhằm nâng cao hiệu quả điều trị mà vẫn đảm bảo khả năng chi trả của cơ quan chi trả bảo hiểm y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thu Thủy, Thân Thị Thu Vân, Nguyễn Thị Thanh Thảo, Phan Thị Thanh Ngân (2010) "Phân tích chi phí – hiệu quả của ticagrelor so với clopidogrel trong điều trị hội chứng mạch vành cấp: nghiên cứu theo quan điểm cơ quan bảo hiểm y tế Việt Nam". Tạp chí Tim mạch học Việt nam, vol. 52: pp. 11-19.
2. Dennis MS, Burn JP, Sandercock PA, Bamford JM, Wade DT, and Warlow CP. (1993) "Long-term survival after first-ever stroke: the Oxford Community Stroke Project." Stroke, vol. 24: pp. 796-800. (2)
3. Gore J, DD McManus, J Yarzebski, F Spencer, D Lessard, and RJ Goldberg (2011) "Recent trends in the incidence, treatment, and outcomes of patients with STEMI and NSTEMI." Am J Med vol. 124: pp. 40–47. (3)
4. Katherine A. Lyseng-Williamson, Ticagrelor: a review of its cost effectiveness in the management of acute coronary syndromes, Drugs Ther Perspect (2013) 29:379–386 DOI 10.1007/s40267-013-0088-y (4)
5. Norhammar A, Stenestrand U, Lindback J, Wallentin L, Register of Information and Knowledge about Swedish Heart Intensive Care Admission (RIKS-HIA). Women younger than 65 years with diabetes mellitus are a high-risk group after myocardial infarction: a report from the Swedish Register of Information and Knowledge about Swedish Heart Intensive Care Admission (RIKS-HIA). Heart 2008;94:1565–1570. (5)
6. Tamteerano Y, Khonputsa P, Chaikledkaew U, Teerawattananon Y, and Lim S (2008) "Economic evaluation of HMG-CoA reduction inhibitors (statin) for primary prevention of cardiovascular diseases among Thai population." Bangkok: Graphico System. (6)
7. Wallentin L, RC Becker, and A Budaj (2009) "Ticagrelor versus Clopidogrel in patients with acute coronary syndromes." N Engl J Med, vol. 11: pp. 1045–1057. (7)

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ CAN THIỆP RÒ ĐỘNG TĨNH MẠCH MÀNG CỨNG NGOÀI VÙNG XOANG HANG BẰNG PHƯƠNG PHÁP CAN THIỆP NỘI MẠCH TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Anh Tuấn*, Nguyễn Quang Anh*,
Trần Anh Tuấn*, Phạm Minh Thông*

TÓM TẮT

Mục đích: Mô tả đặc điểm hình ảnh trên chụp mạch số hoá xoả nền của rò động tĩnh mạch màng cứng ngoài vùng xoang hang và kết quả điều trị bước đầu bằng can thiệp nội mạch. **Đối tượng và Phương**

pháp nghiên cứu: tiến hành trên 18 bệnh nhân rò động tĩnh mạch màng cứng ngoài vùng xoang hang được chẩn đoán và điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2016 đến hết tháng 06/2017. Nghiên cứu tiến cứu can thiệp không đối chứng. **Kết quả:** Có 9 trường hợp dị dạng vị trí xoang ngang và xoang sigma (49,9%), 3 trường hợp vị trí xoang dọc trên (16,7%), 1 trường hợp ở vị trí đám rối chân bướm khẩu cái (5,5%) và 5 trường hợp ở vị trí tĩnh mạch màng cứng khác (27,8%). 50% các trường hợp có cuống nuôi cấp máu chi từ các nhánh thuộc hệ động mạch cảnh ngoài, các trường hợp còn lại có

* Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Tuấn
Email: nguyenganhtuan11121990@gmail.com
Ngày nhận bài: 11.7.2017
Ngày phản biện khoa học: 5.9.2017
Ngày duyệt bài: 13.9.2017

hiều nguồn cấp máu phối hợp (cảnh ngoài, cảnh trong, đốt sống ...). Phân loại dị dạng theo Cognard: 16,7% type I, 11,1% type IIa, 33,3% type IIb, 33,3% type IIa+b, 5,5% type III, không có bệnh nhân nào thuộc type IV và V. Có 6/18 bệnh nhân (chiếm 33,3%) có huyết khối các xoang tĩnh mạch kèm theo. Trong quá trình can thiệp, 16 bệnh nhân được can thiệp theo đường động mạch (88,9%) và 2 bệnh nhân được phối hợp cả đường động mạch và tĩnh mạch (11,1%). Để gây tắc dị dạng, 15/18 bệnh nhân được sử dụng Onyx (83,5%), 1 bệnh nhân được sử dụng keo Hystoacryl đơn thuần, 2 bệnh nhân còn lại được điều trị phối hợp (Onyx, Phil, Coils, Hystoacryl). Sau can thiệp, có 11 trường hợp tắc > 90% dị dạng (61,1%), 6 trường hợp tắc 70 - 90% (33,4%), chỉ có 1 trường hợp tắc < 70% dị dạng (5,5%). Trong các bệnh nhân can thiệp, có 2 bệnh nhân có biến chứng xuất huyết nội sọ ngay sau can thiệp (11,1%), trong đó có 1 bệnh nhân tử vong sau can thiệp. **Kết luận:** trong các dị dạng rò động tĩnh mạch màng cứng ngoài vùng xoang hang, vị trí hay gặp nhất là ở vùng xoang ngang và xoang sigma. Phần lớn bệnh nhân thuộc type IIb và IIa+b theo Cognard, có nguy cơ vỡ dị dạng do có dẫn lưu ngược dòng vào tĩnh mạch vỏ não. Can thiệp nội mạch (đường động mạch, tĩnh mạch) là phương pháp có tính hiệu quả và an toàn cao.

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTICS AND INITIAL RESULTS OF THE TREATMENT OF DURAL ARTERIOVENOUS FISTULAS OUTSIDE CAVERNOUS SINUS BY ENDOVASCULAR INTERVENTION IN BACH MAI HOSPITAL

Purpose: To describe the imaging of Dural arteriovenous fistulas outside cavernous sinus (DAFoCS) in digital subtraction angiography (DSA) and evaluate the initial results of endovascular treatment. **Subjects and Methods:** A prospective, uncontrolled study including 18 patients with DAFoCS treated by endovascular intervention from January 2016 to June 2017 in the Radiology department at BMH. **Results:** 9 cases presented at transverse and sigmoid sinus (49.9%), 3 cases at superior sagittal sinus (16.7%), 1 case at sphenopalatine vein (5.5%), 5 cases at the other dural venous sinuses (27.8%). 50% of the cases have feeding arteries from branches of the ECA; the other cases have multiple feeding arteries (ECA, ICA, vertebral artery, etc.). According to Cognard classification: 16,7% type I, 11,1% type IIa, 33,3% type IIb, 33,3% type IIa + b, 5,5% type III. 6 cases (6/18, 33,3%) had venous thrombosis. During the intervention, 16 patients were treated by transarterial way (88.9%) and 2 patients combined transarterial and transvenous ways (11.1%). 15 patients were treated with Onyx (15/18, 83.5%), one case in which histoacryl glue was used alone, 2 patients was used combination therapy (Onyx, Phil, Coils, Histoacryl). There were 11 cases of occlusion > 90% malformation (61.1%), 6 cases of occlusion 70-90% (33.4%), only 1 case of occlusion < 70% (5%). Two patients had acute intracerebral haemorrhage complication immediately after intervention (11.1%), of which one patient died after the intervention.

Conclusion: In DAFoCS cases, the most common malformation is in the transverse and sigmoid sinus. Most patients are type IIb and type IIa+b, with a high risk of rupture (with retrograde flow, drainage into cortical veins). Endovascular (transarterial, transvenous) interventions are highly effective and safe.

Keyword: dural arteriovenous fistula, Cognard, endovascular, embolization.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò động tĩnh mạch màng cứng là luồng thông bất thường giữa các động mạch màng cứng và các xoang tĩnh mạch và/ hoặc các tĩnh mạch vỏ não, chiếm 10-15% các dị dạng động tĩnh mạch nội sọ. Bệnh gặp chủ yếu ở nam, tuổi trung niên. Tỷ lệ phát hiện ở người trưởng thành là 0.16 người/ 100000 người/năm. Bệnh nhân thường có biểu hiện ù tai theo nhịp. Các triệu chứng khác gồm đau đầu, sa sút trí tuệ, động kinh, hoặc triệu chứng thần kinh khu trú do xuất huyết nội sọ.

Tuy nhiên ở Việt Nam hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu về rò động tĩnh mạch màng cứng ngoài vùng xoang hang. Tổn thương ở vùng xoang hang thường được phát hiện sớm hơn các vị trí khác do bệnh nhân có các biểu hiện về mắt như đau mắt, lồi mắt, cương tụ kết mạc, sụp mí, nhìn mờ, lác mắt ... ngoài ra giãn tĩnh mạch mắt cũng là một dấu hiệu dễ phát hiện trên cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ.

Loại tổn thương	Định nghĩa
I	Dẫn lưu vào xoang tĩnh mạch màng cứng với dòng chảy xuôi chiều
II a	Dẫn lưu vào xoang tĩnh mạch màng cứng có dòng trào ngược
II b	Dẫn lưu vào xoang tĩnh mạch màng cứng với dòng chảy xuôi chiều + dẫn lưu tĩnh mạch vỏ não
II a+b	Dẫn lưu vào xoang tĩnh mạch màng cứng có dòng trào ngược + dẫn lưu tĩnh mạch vỏ não
III	Dẫn lưu trực tiếp vào các tĩnh mạch dưới nhện (chỉ dẫn lưu vào tĩnh mạch vỏ não)
IV	Dẫn lưu trực tiếp vào các tĩnh mạch dưới nhện kèm giãn các tĩnh mạch dẫn lưu
V	Dẫn lưu trực tiếp vào các tĩnh mạch cạnh tuỷ sống

Phân loại rò động tĩnh mạch màng cứng ngoài vùng xoang hang dựa vào hình thái tĩnh mạch dẫn lưu và có ý nghĩa dự báo nguy cơ vỡ dị dạng. Ngày nay, phân loại Borden và Cognard được sử dụng phổ biến nhất.

Điều trị rò động tĩnh mạch màng cứng ngoài vùng xoang hang dựa vào vị trí, hình thái, kiểu tĩnh mạch dẫn lưu. Các bệnh nhân có dẫn lưu ngược dòng vào các tĩnh mạch vỏ não (Cognard IIb trở lên) có chỉ định điều trị. Các phương pháp điều trị gồm: phẫu thuật, xạ trị và can thiệp nội mạch. Can thiệp nội mạch có thể thực hiện qua đường động mạch, tĩnh mạch hoặc kết hợp cả hai. Vật liệu gây tắc mạch gồm vòng xoắn kim loại (Coils), hạt PVA, keo Onyx, các vật liệu có thể sử dụng riêng rẽ hoặc phối hợp.

Mục đích của chúng tôi là mô tả đặc điểm hình ảnh trên chụp mạch số hoá xoả nền của rò động tĩnh mạch màng cứng ngoài vùng xoang hang và đánh giá kết quả bước đầu điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: nghiên cứu trên 18 bệnh nhân rò động tĩnh mạch màng cứng ngoài vùng xoang hang được chẩn đoán và điều trị bằng can thiệp nội mạch tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2016 đến hết tháng 06/2017.

Phương pháp nghiên cứu: phương pháp nghiên cứu can thiệp không đối chứng hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Bệnh nhân được phân tích các đặc điểm về tuổi, giới, triệu chứng khởi phát (không có triệu chứng lâm sàng, đau đầu, ù tai, lồi mắt).

Đánh giá các biến chứng sau can thiệp: không có biến chứng, xuất huyết nội sọ.

Quản lý và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. Các thuật toán được sử dụng trong nghiên cứu: tỷ lệ %, so sánh, trung bình, khoảng tin cậy 95% CI.

Quy trình thực hiện trên máy chụp mạch số hoá xoả nền Phillips Allura 1 bình diện.

Kỹ thuật: thủ thuật được tiến hành bởi hai bác sỹ điện quang can thiệp, bệnh nhân được gây tê tại chỗ, mở đường vào động mạch đùi hoặc tĩnh mạch đùi.

Thuốc chống đông: Heparin 2500 đơn vị, duy trì 10-20 đơn vị/ kg/giờ.

Đặt porter 6F vào động mạch cảnh ngoài hoặc cảnh trong, hoặc tĩnh mạch dẫn lưu dị dạng bên tổn thương. Sử dụng vi ống thông và vi dây dẫn luồn đến vị trí động mạch hoặc tĩnh mạch tổn thương. Nút tắc luồng thông bằng coils, hạt PVA, keo Hystoacry hoặc Onyx.

Sau can thiệp, bệnh nhân được đóng đường vào động mạch, tĩnh mạch bằng phương pháp ép mạch, bất động chi dưới 6-8 tiếng, theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn và vị trí chọc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi bệnh nhân: 44,4% bệnh nhân 20-40 tuổi, 55,6% bệnh nhân trên 40 tuổi (bệnh nhân nhỏ nhất 25 tuổi, lớn nhất 73 tuổi), tuổi trung bình là $45,56 \pm 8,34$.

Giới: Tỷ lệ nam/nữ ~ 3.5/1.

Triệu chứng lâm sàng khởi phát:

Triệu chứng LS	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau đầu theo nhịp	3	16,7
Ù tai	5	27,8
Lồi mắt	1	5,5
Triệu chứng TK khu trú	2	11,1
Không có triệu chứng lâm sàng	7	38,9

Trong 18 bệnh nhân có 3 bệnh nhân có triệu chứng đau đầu theo nhịp đập (16,7%), 5 bệnh nhân có triệu chứng ù tai (27,8%), chỉ có 1 bệnh nhân có biểu hiện lồi mắt (5,5%), 2 bệnh nhân có triệu chứng thần kinh khu trú do xuất huyết nội sọ (11,1%), ngoài ra có 7 bệnh nhân không có biểu hiện lâm sàng (38,9%).

Vị trí ổ dị dạng:

Vị trí ổ dị dạng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Xoang ngang	4	22,2
Xoang sigma	1	5,5
Xoang ngang và xoang sigma	4	22,2
Xoang dọc trên	3	16,7
Tĩnh mạch màng cứng khác	5	27,8
Đám rối chân bướm khẩu cái	1	5,5

Về đặc điểm vị trí của ổ dị dạng: có 9 trường hợp dị dạng ở vị trí xoang ngang, xoang sigma hoặc cả hai (49,9%), 3 trường hợp ở vị trí xoang dọc trên (16,7%), 5 trường hợp ở vị trí tĩnh mạch màng cứng khác (27,8%) và 1 trường hợp ở vị trí đám rối chân bướm khẩu cái (5,5%).

Động mạch nuôi: 9 trường hợp nguồn cấp máu chỉ từ động mạch cảnh ngoài (50%) và 9 trường hợp có nhiều nguồn cấp máu phối hợp từ động mạch cảnh ngoài, cảnh trong và đốt sống (50%), không có trường hợp nào chỉ cấp máu từ động mạch cảnh trong hoặc động mạch đốt sống đơn thuần.

Phân loại luồng thông theo Cognard: 3 trường hợp thuộc loại I theo Cognard (16,7%), 2 trường hợp thuộc loại IIa (11,1%), 6 trường hợp thuộc loại IIb (33,3%), 6 trường hợp thuộc loại IIa+b (33,3%), 1 trường hợp thuộc loại III (5,5%), không có bệnh nhân nào thuộc loại IV và V.

Phân loại Cognard	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
I	3	16,7
II a	2	11,1

II b	6	33,3
II a+b	6	33,3
III	1	5,5
IV	0	0
V	0	0

Huyết khối xoang tĩnh mạch: Có 6 bệnh nhân có huyết khối các xoang tĩnh mạch (33,3%) phối hợp với dị dạng rò động tĩnh mạch màng cứng.

Đường can thiệp: Trong quá trình can thiệp, 16 bệnh nhân can thiệp theo đường động mạch (88,9%) và 2 bệnh nhân phối hợp cả đường động mạch và tĩnh mạch (11,1%).

Dụng cụ can thiệp:

Vật liệu gây tắc mạch	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Coils	0	0
Hạt PVA	0	0
Hystoacryl	1	5,5
Onyx	15	83,5
Coils và Onyx	1	5,5
Hystoacryl và Onyx	1	5,5

Vật liệu gây tắc mạch gồm vòng xoắn kim loại, keo Hystoacryl, Onyx, các vật liệu này được dùng riêng rẽ hoặc phối hợp. Trong đó, có 15 bệnh nhân sử dụng Onyx (83,5%), chỉ có 1 bệnh nhân sử dụng Hystoacryl (5,5%), 1 bệnh nhân phối hợp Hystoacryl và Onyx (5,5%) và 1 bệnh nhân phối hợp Coils và Onyx (5,5%).

Mức độ tắc ở dị dạng:

Mức độ tắc ở dị dạng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 70%	1	5,5
70 - 90 %	6	33,4
> 90%	11	61,1

Sau can thiệp, có 6 trường hợp tắc 70-90% dị dạng (33,4%), 11 trường hợp tắc trên 90% dị dạng (61,1%), chỉ 1 trường hợp tắc dưới 70% dị dạng (5,5%).

Biến chứng ngay sau can thiệp: Trong các bệnh nhân can thiệp, có 2 bệnh nhân có biến chứng xuất huyết nội sọ ngay sau can thiệp (11,1%).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân thường gặp ở tuổi trung niên, độ tuổi trung bình $45,56 \pm 8,34$, tuổi nhỏ nhất 25 tuổi, tuổi lớn nhất 75 tuổi. Nghiên cứu của một số tác giả khác cũng có kết quả tương tự: nghiên cứu của Felipe P. Trivelato và cộng sự [1], tuổi trung bình $50,77 \pm 12,26$, Nam giới chiếm tỷ lệ cao 77,8%, tỷ lệ nam/ nữ 3.5 lần. So sánh với một số tác giả khác ít có sự khác biệt: Felipe P. Trivelato và cộng sự [1], tỷ lệ nam/ nữ 3.5 lần, theo C. Jiang tỷ lệ này là 2.6 lần [2].

Đặc điểm dị dạng: Vị trí thường gặp nhất là vùng xoang ngang và xoang sigma 49,9%, tiếp theo là xoang dọc trên 16,7%, phù hợp với nghiên cứu của: Mark A. Davies [4]: dị dạng vùng xoang ngang và xoang sigma chiếm 44%. Tuy nhiên, theo nghiên cứu của Malik [6] và Awad [7], không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa vị trí của dị dạng với các biểu hiện lâm sàng nặng (xuất huyết nội sọ, triệu chứng thần kinh khu trú). Dị dạng ở bất kỳ vị trí nào cũng có thể dẫn đến trào ngược tĩnh mạch vỏ não và gây ra các biểu hiện lâm sàng nặng.

Động mạch nuôi dị dạng thường từ các nhánh từ động mạch cảnh ngoài, thường có nhiều cuống nuôi, phù hợp với nghiên cứu của Filepe P. Trivelato [1] trung bình mỗi dị dạng có 2.66 ± 1.11 động mạch nuôi, động mạch màng não giữa chiếm 77,7%, và tương tự nghiên cứu của Chao-Bao Luo [5]. 73% bệnh nhân trong nghiên cứu thuộc type IIb trở lên, đây là nhóm có dẫn lưu ngược dòng vào các tĩnh mạch vỏ não, có nguy cơ cao xuất huyết nội sọ hoặc gặp các triệu chứng thần kinh khu trú. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của C. Jiang 60% [2]. Phân loại dị dạng rò động tĩnh mạch màng cứng theo Cognard có giá trị tiên lượng các biểu hiện xuất huyết nội sọ và dấu hiệu thần kinh khu trú. Cognard và cộng sự đã đưa ra một phân độ hoàn thiện và chi tiết (đánh giá cả đặc tính dẫn lưu xoang tĩnh mạch màng cứng xuôi dòng hay ngược dòng và dẫn lưu ngược dòng vào tĩnh mạch vỏ não). Có sự liên quan chặt chẽ giữa phân độ Cognard và khả năng biểu hiện các triệu chứng lâm sàng nặng của bệnh nhân. Các bệnh nhân Cognard type IIa trở lên có thể có biểu hiện tăng áp lực nội sọ do giảm hấp thu dịch não tủy thứ phát do tăng áp lực trong xoang tĩnh mạch màng cứng và tĩnh mạch vỏ não.

Điều trị: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 88,9% bệnh nhân được can thiệp bằng đường động mạch, chỉ 11,1% bệnh nhân được can thiệp bằng cả đường động mạch và tĩnh mạch, phù hợp với nghiên cứu của Felipe P. Trivelato [1] và C.Jiang [2] 100% bệnh nhân can thiệp qua đường động mạch. Can thiệp nội mạch bằng đường tĩnh mạch đối với những dị dạng có dẫn lưu trực tiếp vào tĩnh mạch vỏ não (Cognard III, IV) không phải là một lựa chọn tốt. Tiếp cận theo đường tĩnh mạch khó khăn và có nhiều nguy cơ, với các biến chứng nặng nề, bao gồm vỡ, rách tĩnh mạch, nhồi máu tĩnh mạch hoặc xuất huyết vì vậy phương pháp can thiệp nội mạch bằng đường động mạch thường được sử dụng hơn.

Hạt PVA dễ sử dụng nhưng thường gây tắc đoạn gần động mạch nuôi, việc này làm giảm lưu lượng nhưng khó gây tắc hoàn toàn luồng thông. Các dị dạng rò động tĩnh mạch màng cứng điều trị bằng hạt PVA thường hay tái phát.

Keo NBCA được sử dụng thay thế hạt PVA để nút mạch do tỷ lệ tái phát thấp hơn và khả năng lan tới được vị trí rò tốt hơn và có khả năng điều trị khỏi hoàn toàn. Tuy nhiên việc sử dụng keo NBCA đòi hỏi bác sỹ phải có nhiều kinh nghiệm cả về khâu chuẩn bị lẫn lúc bơm. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị: tốc độ polyme hoá, sự bám dính, độ nhớt ... Các nguy cơ: tắc đoạn gần động mạch nuôi gây ra nguy cơ tái phát và khó khăn trong việc tiếp cận nhánh mạch này ở lần can thiệp sau hoặc tắc cả các tĩnh mạch lành.

Ưu điểm của Onyx so với NBCA là dễ bơm và dễ kiểm soát, có thể bơm với tốc độ chậm, có thể dừng lại vài giây đến 2 phút, đợi cho Onyx kết tủa để tránh trào ngược, sau đó lại tiếp tục bơm. Tổng lượng Onyx có thể bơm qua một cuống nuôi nhiều hơn nhiều so với keo NBCA, điều này giúp làm giảm số lượng vi ống thông cần sử dụng, giảm số lần can thiệp. Thời gian bơm dài hơn cũng giúp cho phẫu thuật viên có nhiều thời gian hơn để quyết định dừng hay tiếp tục bơm, không cần phải ra quyết định ngay lập tức như khi bơm keo NBCA. Các bệnh nhân điều trị bằng Onyx thường chỉ phải điều trị 1 lần và tỷ lệ tắc hoàn toàn ổ dị dạng cao: 94,5% chỉ phải can thiệp 1 lần và 61,1% tắc trên 90% dị dạng.

V. KẾT LUẬN

Về đặc điểm đối tượng nghiên cứu: bệnh chủ yếu gặp ở bệnh nhân trung niên, nam nhiều hơn nữ. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau đầu và ù tai.

Về đặc điểm dị dạng: vị trí thường gặp nhất là xoang ngang, xoang sigma và xoang dọc trên. Cuống nuôi chủ yếu từ động mạch cảnh ngoài. 33,3% bệnh nhân có huyết khối xoang tĩnh mạch. Phần lớn bệnh nhân thuộc type IIb và IIa+b theo Cognard, có nguy cơ vỡ dị dạng do dẫn lưu ngược dòng vào tĩnh mạch vỏ não.

Can thiệp nội mạch (chủ yếu là đường động mạch, vật liệu nút mạch chủ yếu là Onyx) là phương pháp có tính hiệu quả và an toàn cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Felipe P. Trivelato, Daniel G. Abud, Alexandre C. Uhlhøa (2010). Dural arteriovenous fistulas with direct cortical venous drainage treated with Onyx. *Arq Neuropsiquiatr* 2010;68(4):613-618.
2. C. Jiang, J. Zhang, Y. Li (2009). Complications related to percutaneous transarterial embolization of intracranial dural arteriovenous fistula in 40 patients. *Ajnr*.A1419.
3. Gregory J. Zipfel, M.D., Manish N. Shah, M.D., Daniel Refai (2009). Cranial dural arteriovenous fistulas: modification of angiographic classification scales based on new natural history data. *Neurosurg Focus* 26 (5): E14, 2009.
4. Mark A. Davies, M.B., B.S., F.R.A.C.S., Karel Terbrugge (1996). The validity of classification for the clinical presentation of intracranial dural arteriovenous fistulas. *J Neurosurg* 85: 830-837, 1996.
5. Chao-Bao Luo, Feng-Chi Chang, Michael Mu-Huo Teng (2013). Transarterial Onyx embolization of intracranial dural arteriovenous fistulas: a single center experience. *Journal of the Chinese Medical Association* 77 (2014) 184-189.
6. Malik GM, Pearce JE, Ausman JI, et al (1984). Dural arteriovenous malformations and intracranial hemorrhage. *Neurosurgery* 15: 332-339, 1984.
7. Awad IA, Little JR, Akrawi WP, et al (1990). Intracranial dural arterio- venous malformations: factors predisposing to an aggressive neurological course. *J Neurosurg* 72:839-850, 1990.

TÌNH HÌNH MẮC MỘT SỐ BỆNH MẠN TÍNH CỦA SINH VIÊN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2015 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Thị Hoài Yên¹, Nguyễn Thị Phương Thảo², Nguyễn Hữu Thắng³

TÓM TẮT

¹ Trường Đại học Y Hà Nội

² Trung tâm y tế dự phòng Hà Nội

³ Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoài Yên

Email: hoaiyenk11.tny@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.9.2017

Ngày duyệt bài: 15.9.2017

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện nhằm mô tả tình hình mắc một số bệnh mạn tính của sinh viên Đại học Y Hà Nội và một số yếu tố liên quan. Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi tự điền, phỏng vấn 766 sinh viên. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ mắc bệnh mạn tính của sinh viên Đại học Y Hà Nội năm 2015 là 5,52%, trong đó tỷ lệ mắc của sinh viên nam là 64%, nữ là 36%. Một số bệnh mạn tính là tăng huyết áp, đái tháo đường, hen và tăng cholesterol máu. Trường hợp một sinh viên mắc cả 2 bệnh mạn tính thấp (0,13%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa yếu tố giới tính, hút thuốc lá với tình trạng mắc bệnh

mạn tính: Nam giới có nguy cơ mắc các bệnh mạn tính cao hơn nữ giới (OR=2,06; 95% CI= 1,08 – 4,01). Những sinh viên hút thuốc lá có nguy cơ bị bệnh mạn tính cao hơn sinh viên không hút thuốc lá (OR=4,7; 95% CI=1,07-15,97). Từ đó khuyến nghị cần truyền thông giáo dục sức khỏe cho sinh viên trường Đại học Y về các yếu tố nguy cơ, phòng chống bệnh không lây nhiễm; Đặc biệt là nam sinh viên đang hút thuốc lá.

Từ khóa: Bệnh mạn tính, sinh viên, Đại học Y Hà Nội, năm 2015.

SUMMARY

THE INCIDENCE OF SOME CHRONIC DISEASES AMONG STUDENTS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY, 2015 AND SOME RELATED FACTORS

A cross – sectional descriptive study was conducted to describe the incidence of some chronic diseases and some related factors among students at Hanoi Medical University 2015. The study used self questionnaires to interview 766 students. The results showed that: The percentage of chronic diseases among students of Hanoi Medical University in 2015 was only 5.52% (64% of the cases were males and, 36% were females). Some chronic diseases were hypertension, diabetes, asthma and hypercholesterolemia. There was only one case with two or more chronic diseases (0.13%). There was a statistically significant relationship between sex, smoking and chronic disease: men were at higher risk of chronic diseases than women (OR=2,06; 95% CI= 1,08 – 4,01). Students who smoked had a higher risk of chronic disease than non-smokers (OR=4,7; 95% CI=1,07-15,97). In conclusion, preventive measures should target all students especially male students who are smokers.

Key words: Chronic diseases, students, Hanoi Medical University.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh mạn tính không lây là một trong những thách thức lớn nhất đối với vấn đề sức khỏe toàn cầu thế kỉ 21. Bệnh không diễn tiến ồ ạt nhưng lại kéo dài, hay tái phát trở lại làm ảnh hưởng nhiều đến chất lượng sống của người bệnh. Bệnh gây ra những hậu quả cực nghiêm trọng như nhồi máu cơ tim, đột quỵ não... Tổ chức Y tế thế giới đã cảnh báo nhóm bệnh này đang nằm trong топ có tỷ lệ tử vong cao và sẽ còn tiếp tục tăng trong tương lai [7]. Cũng như các nước khác trên thế giới, tại Việt Nam xu hướng mắc bệnh mạn tính không lây ngày càng nhiều. Thống kê của Bộ Y tế Việt Nam cho thấy tỷ lệ mắc và chết do bệnh lý không lây nhiễm năm 1976 lần lượt là 43%, 45% và đến năm 2014 các tỷ lệ này là 67%, 73%[5]. Bệnh có xu hướng tăng dần theo tuổi tác. Tuy nhiên những năm gần đây tỉ lệ những người trẻ tuổi mắc phải bệnh mạn tính cũng đang gia tăng khá nhanh. Ngày nay, nhiều công trình nghiên cứu về bệnh mạn

tính được thực hiện nhiều đối tượng cộng đồng[3]. Nhưng với đối tượng sinh viên Việt Nam chưa được nghiên cứu nhiều, đặc biệt là sinh viên ngành Y. Trường Đại học Y Hà Nội với hơn 6000 sinh viên chính qui đang theo học các chuyên ngành y tế khác nhau. Hiện có ít nghiên cứu khảo sát tình hình sức khỏe của sinh viên trong trường. Để có cái nhìn tổng quát hơn về tình hình mắc bệnh mạn tính, chúng tôi tiến hành nghiên cứu về tình hình tỷ lệ mắc một số bệnh mạn tính của sinh viên Đại học Y Hà Nội năm 2015 và một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Sinh viên từ năm thứ nhất – năm thứ sáu, Trường Đại học Y Hà Nội năm học 2014-2015.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 3 – 5/2015 tại Trường Đại học Y Hà Nội.

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

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu sau:

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

N: Cỡ mẫu nghiên cứu cần có. $Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}$: Hệ số tin cậy với $\alpha = 0,05$ ta có $Z = 1,96$. p: Tỷ lệ % sinh viên mắc bệnh mạn tính. Vì chưa có nghiên cứu nào trước đây về vấn đề này, do đó để tối đa cỡ mẫu lấy $p = 0,5$. $(1 - p)$: Tỷ lệ % sinh viên không mắc bệnh mạn tính. d: Khoảng sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ thu được từ mẫu (p) và tỷ lệ của quần thể (P). Chọn $d = 0,015$ (1,5%). Cỡ mẫu tối thiểu là 600 sinh viên. Để tránh việc phản hồi không đầy đủ hoặc thiếu dữ liệu, cỡ mẫu cuối cùng sau khi điều chỉnh là 800 (thực tế phỏng vấn 766 sinh viên).

2.5. Phương pháp thu thập số liệu: Sinh viên tự điền vào phiếu được thiết kế sẵn dưới sự hướng dẫn của nghiên cứu viên.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu định lượng được kiểm tra, làm sạch, mã hoá và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Sau đó, được xử lý thống kê bằng phần mềm STATA 13.0 với các test thống kê, χ^2 , OR cho thống kê suy luận và tỷ lệ % cho thống kê mô tả.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu nhận được sự chấp thuận của Ban giám hiệu, Ban lãnh đạo Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế cộng đồng, trường Đại học Y Hà Nội. Đối tượng tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu. Thông tin được bảo mật tuyệt đối và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm về đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu này được thực hiện với 766 sinh viên tham gia đại diện cho tổng số sinh viên của trường Đại học Y Hà Nội. Trong số những sinh viên được phỏng vấn, có 49,61% nam và 50,26% nữ. Nhóm sinh viên học năm thứ nhất chiếm 18,28%, nhóm sinh viên học

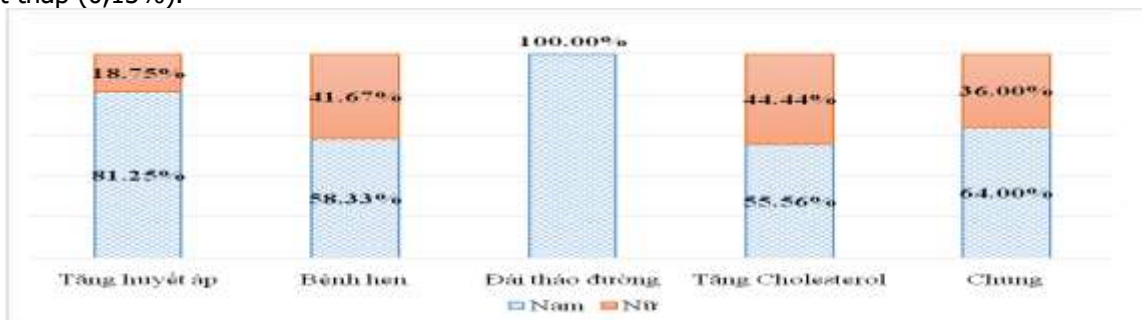
năm thứ hai chiếm 18,14%, nhóm sinh viên năm thứ ba chiếm 18,41%, nhóm sinh viên năm thứ tư chiếm 19,45%, nhóm sinh viên năm thứ năm chiếm 15,40%, nhóm sinh viên năm thứ sáu chiếm 10,05%. Sinh viên sống nội trú ở kí túc xá chiếm tỷ lệ 22,06% và ngoại trú, ở trọ cùng bạn bè là 56,63%.

3.2. Tỷ lệ mắc bệnh mạn tính của sinh viên Đại học Y Hà Nội năm 2015

Bảng 1: Tỷ lệ mắc một số bệnh mạn tính chung sinh viên Đại học Y Hà Nội năm 2015

Bệnh mạn tính	Có		Không	
	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Tăng huyết áp	16	2,09	750	97,79
Bệnh hen	24	3,13	742	96,87
Tiểu đường	1	0,13	765	99,87
Tăng cholesterol	9	1,17	757	98,83
Mắc 2 bệnh mạn tính	1	0,13	765	99,87
Tổng số	50	5,52	716	93,47

Bảng 1 cho thấy tỷ lệ mắc bệnh mạn tính của sinh viên tại trường Đại học Y Hà Nội là 5,52%. Trong đó, tỷ lệ mắc bệnh hen chiếm cao nhất 3,13% sau đó đến bệnh tăng huyết áp là 2,09% và tiểu đường có tỷ lệ thấp nhất là 0,13%. Các trường hợp mắc 2 bệnh trên trong một người chiếm tỉ lệ rất thấp (0,13%).



Biểu đồ 1: Tỷ lệ mắc từng bệnh mạn tính theo giới tính – trong số những người có mắc bệnh của sinh viên Đại học Y Hà Nội năm 2015 (n = 50)

Kết quả biểu đồ 1 chỉ ra: Trong số những người mắc bệnh mạn tính, tỷ lệ mắc một số bệnh mạn tính chung của nam (64%) cao hơn nữ (36%). Khi xét riêng từng bệnh mạn tính thấy hơn 1 nửa nam giới mắc một hoặc một số bệnh mạn tính, trong khi đó chưa đến một nửa nữ giới bị mắc. Đặc biệt, 100% sinh viên nam mắc đái tháo đường.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến bệnh mạn tính của sinh viên Đại học Y Hà Nội năm 2015

Bảng 2: Mối liên quan giữa bệnh mạn tính với yếu tố hành vi nguy cơ của sinh viên Trường đại học Y Hà Nội năm 2015

Các yếu tố liên quan		Mắc bệnh mạn tính		OR (95% CI)	p
		Có (%)	Không (%)		
Giới tính	Nam	33 (8,68)	347 (91,32)	2,06 (1,08 - 4,01)	0,0169
	Nữ	17 (4,42)	368 (95,58)		
Hút thuốc lá	Có	4 (23,53)	13 (76,47)	4,70 (1,07 - 15,97)	0,0041
	Không	46 (6,14)	703 (93,86)		
Uống rượu	Có	31 (7,23)	398 (92,77)	1,30 (0,70 - 2,49)	0,3771
	Không	19 (5,64)	318 (94,36)		
Ăn mặn	Có	33 (6,98)	440 (93,02)	1,22 (0,64 - 2,38)	0,5224
	Không	17 (5,80)	276 (94,20)		
An chất béo và cholesterol	Có	34 (6,83)	464 (93,17)	1,15 (0,61 - 2,28)	0,6469
	Không	16 (5,97)	252 (94,03)		
Ăn chất xơ	Có	38 (6,47)	549 (93,53)	0,96 (0,48 - 2,07)	0,9130
	Không	12 (6,70)	167 (93,30)		

Bảng 2 cho thấy: Nam giới có nguy cơ mắc các bệnh mạn tính cao gấp 2,06 lần so với nữ giới ($p = 0,0169$). Những sinh viên hút thuốc lá có nguy cơ bị bệnh mạn tính cao gấp 4,70 lần sinh viên không hút thuốc lá ($p = 0,0041$). Một số yếu tố nguy cơ khác như: uống rượu, ăn mặn, ăn chất béo và cholesterol, ăn chất xơ không có mối liên quan đến mắc các bệnh mạn tính ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Một số đặc điểm về đối tượng nghiên cứu: Tổng số sinh viên tham gia nghiên cứu là 766, trong đó: tỷ lệ giữa 2 giới tương đương nhau với 49,61 % nam và 50,26% nữ. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trước đây như của Nguyễn Thủy Linh, Lê Thanh Hà trên đối tượng sinh viên Trường Đại học Y Hà Nội [2]. Các sinh viên được phỏng vấn phân bố đều từ năm thứ nhất đến năm thứ sáu. Do nghiên cứu chọn mẫu ngẫu nhiên nên tỉ lệ này phù hợp với tỷ lệ phân bố sinh viên các năm tại trường. Ngoài ra, tỷ lệ sinh viên sống nội trú ở kí túc xá (22,06%) và ngoại trú nhà trọ (56,53%) cao hơn tỷ lệ sống ngoại trú cùng gia đình.

4.2 Tỷ lệ mắc bệnh mạn tính của sinh viên Đại học Y Hà Nội năm 2015: Nghiên cứu xác định tỷ lệ mắc bệnh mạn tính của sinh viên tại trường Đại học Y Hà Nội là 5,52%. Tỷ lệ này thấp hơn so với tỉ lệ mắc bệnh mạn tính ở đối tượng khác: Theo nghiên cứu của Lê Hoàng Ninh (2011) thì tỉ lệ mắc ở những người từ 40 trở lên tại Long Thuận, Bến Cầu, Tây Ninh là 43,3% [4]. Sự khác biệt này là dễ hiểu vì hiện nay, các nhà khoa học đã chỉ ra tuổi càng cao các bệnh mạn tính xuất hiện càng nhiều. Ngoài ra các yếu tố cụ thể về môi trường của đối tượng này so với các đối tượng khác mà các tác giả khác đã nghiên cứu: sinh viên y tiếp cận kiến thức y khoa, nhận thức về giáo dục sức khỏe nói chung cũng như giáo dục phòng chống các bệnh mạn tính nổi riêng nhiều hơn các đối tượng khác. Mặc dù kết quả chỉ ra rằng: bệnh mạn tính của sinh viên Y thấp hơn đối tượng khác, nhưng với đặc thù là sinh viên, lứa tuổi còn trẻ thì mắc bệnh mạn tính này có thể gây nên những hậu quả về sau và làm giảm chất lượng cuộc sống của sinh viên, bởi không như bệnh cấp tính, các bệnh mạn tính là những bệnh tiến triển chậm và một khi mắc bệnh này thì người bệnh phải sống chung với nó suốt cả cuộc đời. Với từng bệnh cụ thể trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mắc bệnh hen chiếm cao nhất 3,13%. Kết quả này tương đồng

với nghiên cứu của Moslem Mohammadi, Behzad Parsi và Naghi Shahabi Majd trên các sinh viên của trường đại học Sari (Miền Bắc Iran) với tỷ lệ mắc bệnh hen là 3,5%. Kết quả này cũng đã chỉ ra một xu hướng tương tự với báo cáo của GINA về tình hình mắc bệnh hen. Bệnh đang ngày càng gia tăng trong những năm gần đây trên phạm vi toàn thế giới[1]. Ngoài ra, tỷ lệ mắc tăng huyết áp của sinh viên Y Hà Nội là 2,06%. Con số này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Amrit và cộng sự vào năm 2015, bởi tỷ lệ mắc tiền tăng huyết áp và tăng huyết áp của đối tượng từ 14-18, 19-22 và 26-26 tuổi lần lượt lên tới: 40,5%, 45,5% và 53%[6]. Các trường hợp một sinh viên mắc cùng một lúc 2 bệnh mạn tính trên chỉ vào khoảng 0,13%. Tuy tỷ lệ này là nhỏ, những cũng cần đặc biệt quan tâm đến những sinh viên này bởi những bệnh này cùng áp lực học hành của sinh viên Y thường luôn ở mức cao hơn trường khác, rất có thể đây là một nguy cơ rất lớn làm ảnh hưởng đến sức khỏe sau này của họ.

Kết quả khác cho thấy: tỷ lệ mắc một số bệnh mạn tính của nam giới (64%) cao hơn nữ giới (36%) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này cũng có thể giải thích do sinh viên nam có thói quen ăn uống thất thường và không quan tâm nhiều đến chế độ dinh dưỡng như sinh viên nữ. Do đó, cần phải quan tâm đến truyền thông cho tất cả các sinh viên nâng cao lối sống lành mạnh. Đặc biệt cần quan tâm đến những đối tượng là sinh viên nam để giúp họ có cuộc sống khỏe mạnh hơn.

4.3 Một số yếu tố liên quan đến bệnh mạn tính của sinh viên Đại học Y Hà Nội năm 2015: Nghiên cứu đã chỉ ra: Nam giới có nguy cơ mắc các bệnh mạn tính cao gấp 1,88 lần so với nữ giới, $p = 0,0353$. Điều này chứng tỏ có mối quan hệ có ý nghĩa thống kê giữa giới với bệnh mạn tính. Một số tác giả như Amrit M. Nasta, S. R. Raghuwanshi, Jayati J. Churiwala đã nghiên cứu trên đối tượng sinh viên của các trường cao đẳng, đại học tại thành phố Mumbai cũng chỉ ra: Giới tính là một yếu tố nguy cơ đáng kể đến tỉ lệ mắc bệnh mạn tính[6]. Hút thuốc lá là yếu tố có nguy cơ cao nhất dẫn đến mắc các bệnh mạn tính. Những sinh viên hút thuốc lá có nguy cơ bị bệnh mạn tính cao gấp 4,70 lần người không hút thuốc lá, $p = 0,004$. Ngoài ra, một số thói quen ăn uống và sinh hoạt của sinh viên không có mối quan hệ có ý nghĩa thống kê với bệnh mạn tính. Tuy nhiên, việc thu

thu thập một số liệu định lượng bằng bộ câu hỏi soạn sẵn ghi nhận lời khai của đối tượng tham gia theo tiêu chuẩn đã định sẽ bị ảnh hưởng ít nhiều bởi sự nhận định chủ quan của người trả lời, từ đó có thể ảnh hưởng đến kết quả. Do đó, cần thực hiện thêm những nghiên cứu khác để đánh giá chính xác và đưa ra kiến nghị phù hợp với sinh viên Y.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc bệnh mạn tính của sinh viên Đại học Y Hà Nội năm 2015 chỉ là 5,52%, trong đó tỷ lệ mắc của sinh viên nam là 64%, nữ là 36%. Một số bệnh mạn tính là tăng huyết áp, đái tháo đường, hen và tăng cholesterol máu. Trường hợp một sinh viên mắc hai bệnh mạn tính thấp (0,13%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa yếu tố giới tính, hút thuốc lá với tình trạng mắc bệnh mạn tính: Nam giới có nguy cơ mắc các bệnh mạn tính cao gấp 2,06 lần so với nữ giới (OR=2,06; 95% CI= 1,08 – 4,01). Những sinh viên hút thuốc lá có nguy cơ bị bệnh mạn tính cao gấp 4,70 lần người không hút thuốc lá (OR=4,7; 95% CI=1,07-15,97).

Lời cảm ơn: Nghiên cứu được thực hiện dưới sự đồng ý của Trường Đại học Y Hà Nội và Viện Đào Y học dự phòng và Y tế công cộng. Xin trân trọng cảm ơn sự hợp tác triển khai nghiên cứu của các bạn sinh viên Trường Đại học Y Hà Nội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Năng An (2006), *Tình hình thực hiện kiểm soát hen theo GINA ở Việt Nam*.
2. Lê Thanh Hà và Nguyễn Hữu Thắng (2015), "Quan hệ tình dục trước hôn nhân của sinh viên Đại học Y Hà Nội năm 2015 và một số yếu tố liên quan", *Nghiên cứu Y học*.
3. Lê Hoàng Ninh và các cộng sự. (2011), "Tỷ lệ hiện mắc một số bệnh mạn tính không lây và những yếu tố liên quan ở những người từ 40 tuổi trở lên tại xã Long Thuận, huyện Bến Cầu, tỉnh Tây Ninh, năm 2011", *Y học TP. Hồ Chí Minh*.
4. Bộ Y Tế (2014), *Niên giám thống kê y tế 2014*.
5. Amrit M. Nasta, S. R. Raghuvanshi và Jayati J. Churiwala (2015), "Study of hypertension in youth and its contributory factors - a cross sectional study of 600 subjects", *IJCRR*.
6. World Health Organisation (2015), *Noncommunicable diseases. Fact sheet*.
7. Behzad Parsi Moslem Mohammadi, Naghi Shahabi Majd (2013 - 2014), "Prevalence of Asthma and

SO SÁNH GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG TỬ VONG CỦA THANG ĐIỂM HÔN MÊ GLASGOW VÀ THANG ĐIỂM FOUR

Nguyễn Văn Tuấn*, Võ Hồng Khôi**

TÓM TẮT

Khái quát: Thang điểm hôn mê Glasgow Coma Scales (GCS-1974) được áp dụng phổ biến trong đánh giá ý thức, nhưng giá trị tiên lượng hạn chế. Thang điểm toàn bộ nét chính của không đáp ứng FOUR (2005), đánh giá thêm phản xạ thân não và chức năng sống nên khả năng tiên lượng có thể tốt hơn thang điểm Glasgow. **Mục tiêu:** So sánh giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm toàn bộ nét chính của không đáp ứng FOUR và thang điểm Glasgow. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 80 bệnh nhân rối loạn ý thức hoặc hôn mê, theo dõi khả năng sống trong 3 tuần đầu của bệnh. Đánh giá hôn mê theo thang điểm Glasgow và thang điểm toàn bộ nét chính của không đáp ứng FOUR, tính hệ số kappa theo tiên lượng tử vong. **Kết quả:** Điểm cắt thang điểm Glasgow ≤ 5 thì giá trị tiên lượng tử vong với độ đặc hiệu (86%), độ chính xác (84%), độ nhạy (77%) và hệ số kappa ở mức đồng thuận tốt ($k = 0,65$).

Thang điểm toàn bộ nét chính của không đáp ứng FOUR ≤ 6 thì giá trị tiên lượng tử vong với độ đặc hiệu (79%), độ chính xác (82%) và độ nhạy cao (91%) và hệ số kappa có sự đồng thuận tiên lượng tử vong mức tốt ($k = 0,72$). **Kết luận:** Thang điểm toàn bộ nét chính của không đáp ứng FOUR có khả năng tiên lượng tử vong chính xác hơn thang điểm Glasgow.

Từ khóa: Hôn mê, Glasgow, FOUR

SUMMARY

COMPARISON ABOUT THE MORTALITY PROGNOSTIC VALUE OF GCS AND FOUR SCALES

Background: The Glasgow Coma Scale Score scale (GCS-1974) is commonly used in the assessment of consciousness, but the value of prognosis may be limited. The FOUR score (2005), which evaluates further brain stem reflexes and vital function, may predict better than GCS scale. **Objective:** To compare the mortality prognosis of the FOUR scale and the GCS score. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study of more than 80 patients with consciousness disorder or coma, who were observed survival for the first three weeks of life. Coma of patients were assessed by GCS scale and FOUR score, calculated for kappa prediction death rate. **Results:** GCS score ≤ 5 showed specificity (86%), accuracy (84%), sensitivity (77%) and kappa coefficient with good agreement ($k =$

*Khoa Đột quỵ não Bệnh viện Quân Y 103

**Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: bstuanvqy103@yahoo.com

Ngày nhận bài: 25.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.9.2017

Ngày duyệt bài: 14.9.2017

0.65). The FOUR score ≤ 6 showed specificity (79%), accuracy (82%), sensitivity (91%) and the kappa coefficient with good agreement of mortality ($k = 0.72$). **Conclusion:** The FOUR scale has prognostic value mortality better than GCS scale.

Keyword: Coma, GCS, FOUR

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hôn mê là trạng thái người bệnh mất sự thức tỉnh, không đáp ứng với đau, ánh sáng và lời nói theo cách thông thường. Người bệnh hôn mê không có khả năng phản ứng với môi trường xung quanh. Hiện nay trên lâm sàng có nhiều thang điểm đánh giá mức độ rối loạn ý thức và tiên lượng hôn mê. Nhưng thang điểm được áp dụng phổ biến nhất trong thực hành lâm sàng và nghiên cứu khoa học ở nhiều nơi trên thế giới là thang điểm Glasgow Coma Scale (GCS) [2],[4], [5],[6].

Thang điểm hôn mê Glasgow được công bố năm 1974, đánh giá hôn mê theo đáp ứng vận động, lời nói và mở mắt. Tuy nhiên Thang điểm hôn mê Glasgow bộc lộ nhược điểm trong đánh giá khi người bệnh có đặt nội khí quản, rối loạn tâm thần và rối loạn ngôn ngữ. Mặt khác Thang điểm hôn mê Glasgow chưa đánh giá được phản xạ thân não, cũng như chưa phản ánh được mức độ xấu nhất của hôn mê nên giá trị tiên lượng tử vong bị hạn chế. Thang điểm FOUR được các thầy thuốc chuyên khoa Hồi sức công bố năm 2005 ở Hoa Kỳ. Thang điểm đánh giá và tiên lượng hôn mê một cách toàn diện theo bốn tiêu chí đáp ứng vận động, đáp ứng mở mắt, phản xạ thân não và chức năng hô hấp [5]. Như vậy, thang điểm này đã khắc phục được một số nhược điểm của thang điểm thang điểm Glasgow trong đánh

giá ngôn ngữ, đồng thời có thêm đánh giá về phản xạ thân não và chức năng hô hấp.

Tuy nhiên, thang điểm FOUR vẫn chưa được biết đến nhiều ở Việt Nam. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục đích so sánh khả năng tiên lượng tử vong của thang điểm FOUR và thang điểm Glasgow.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 80 bệnh nhân bị rối loạn ý thức hoặc hôn mê tính theo thang điểm Glasgow ≤ 14 điểm, trong 3 ngày đầu của bệnh. Bệnh nhân nằm điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực, Khoa Đột quỵ não - Bệnh viện Quân y 103. Thời gian từ tháng 8 năm 2015 đến tháng 5 năm 2016.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân bị rối loạn ý thức hoặc hôn mê, được chẩn đoán xác định do đột quỵ não, chấn thương sọ não, viêm não hoặc viêm màng não.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân trong trạng thái thực vật, động kinh, rối loạn ý thức do tắc lưu thông dịch não - tủy, bệnh Alzheimer, tiền sử bệnh tâm thần, rối loạn phân ly thể sống sờ, rối loạn ý thức do bệnh chuyển hóa, suy tim, suy hô hấp do bệnh hô hấp, rối loạn ý thức do rối loạn nước điện giải, ngủ sâu do tác dụng của thuốc an thần, rối loạn ý thức do ngộ độc cấp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, theo dõi dọc và phân tích. Bệnh nhân được thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất. Khám lâm sàng do bác sĩ chuyên khoa thần kinh và chuyên khoa Hồi sức cấp cứu. Đánh giá rối loạn ý thức theo lâm sàng, theo thang điểm Glasgow và thang điểm FOUR.

Bảng 1.3: Thang điểm FOUR của Wijdicks và CS [4].

Thang điểm FOUR			
Đáp ứng mắt	Điểm	Phản xạ thân não	Điểm
Mở mắt tự nhiên, làm theo yêu cầu	4	Đồng tử và phản xạ đồng tử bình thường	4
Mở mắt nhưng không theo dõi, chú ý	3	Đồng tử giãn một bên hoặc bất động	3
Nhắm mắt nhưng mở khi gọi	2	Mất phản xạ đồng tử hoặc phản xạ giác mạc	2
Nhắm mắt nhưng mở khi đau	1	Mất phản xạ đồng tử và phản xạ giác mạc	1
Không mở mắt khi đau	0	Giãn đồng tử, mất phản xạ đồng tử ánh sáng, mất phản xạ ho	0
Đáp ứng vận động	Điểm	Hô hấp	Điểm
Ra hiệu tán thành, đồng ý	4	Không đặt nội khí quản, kiểu thở bình thường	4
Đáp ứng kích thích đau đúng chỗ	3	Không đặt nội khí quản, kiểu thở Cheyne-Stokes	3
Uốn người với kích thích đau	2	Không đặt nội khí quản, thở ngắt quãng	2
Phản ứng duỗi chi với kích thích đau	1	Thở nhanh trên thông khí nhân tạo	1
Không phản ứng hoặc tình trạng co cứng cơ hoàn toàn	0	Ngừng thở hoặc máy điều khiển nhịp thở	0

Tính chỉ số Kappa, đánh giá sự đồng thuận về giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm Glasgow và thang điểm FOUR:

Lâm sàng Hình ảnh	Dương tính	Âm tính	Tổng
Dương tính	a	b	a + b
Âm tính	c	d	c + d
Tổng	a + c	b + d	a + b + c + d

Chỉ số kappa: $k = \frac{po - pc}{1 - pc}$

$Po = \frac{a + d}{a + b + c + d}$

$Pc = \frac{a \cdot (a + c) + (c + d) \cdot d}{(a + b + c + d)^2}$

Theo Cohen có thể diễn giải chỉ số kappa như sau: Kappa < 0,20: đồng thuận thấp; Kappa 0,2 – 0,4: dưới trung bình; Kappa 0,4 – 0,6: vừa phải, trung bình; Kappa 0,6 – 0,8: tốt; Kappa

0,80 đến 1: rất tốt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

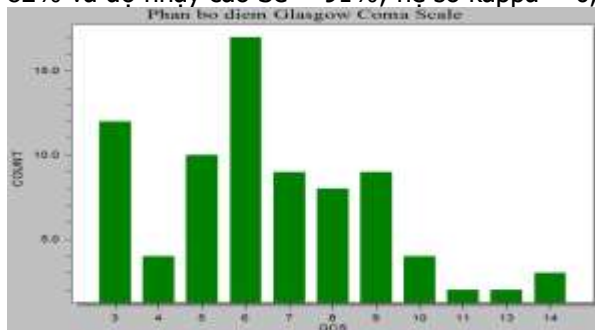
Nhóm bệnh nhân hôn mê ở lứa tuổi từ 17 đến 88 (trung bình là $49,9 \pm 19,66$ tuổi), trong đó người trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao (40,0%) phần lớn là đột quỵ não. Đột quỵ não chiếm tỷ lệ có rối loạn ý thức và hôn mê cao 51,25%; nguyên nhân do chấn thương sọ não là 45%.

Tỷ lệ cứu chữa thành công và ra viện là 72,5%; tỷ lệ tử vong tại bệnh viện hoặc nặng xin về là 27,5%.

Bảng 3.1: Giá trị tiên lượng, hệ số k của thang điểm Glasgow và FOUR

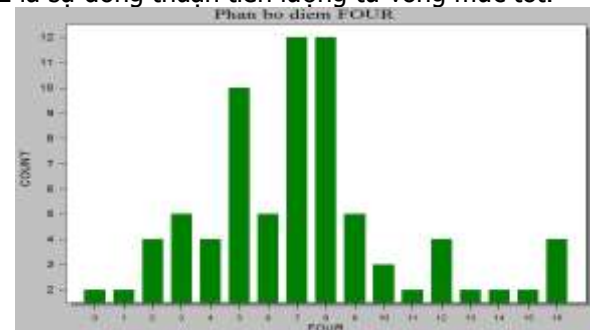
STT	Chỉ số thống kê	Thang điểm Glasgow	Thang điểm FOUR
1	Độ nhạy (Se)	0,77[0,54- 0,91]	0,91[0,69 – 0,98]
2	Độ đặc hiệu (Sp)	0,86[0,74- 0,93]	0,79[0,66 – 0,88]
3	Độ chính xác (Ac)	0,84[0,73- 0,91]	0,82[0,72 – 0,90]
4	Giá trị tiên đoán dương (PVP)	0,68[0,46- 0,84]	0,63[0,44 – 0,78]
5	Giá trị tiên đoán âm (PVN)	0,91[0,79- 0,97]	0,96[0,85 – 0,99]
6	Hệ số kappa	0,65	0,72

Nhận xét: Điểm cắt thang điểm Glasgow ≤ 5 thì có giá trị tiên lượng tử vong với độ đặc hiệu Se = 86%, độ chính xác Sp = 84% và độ nhạy Ac = 77%; hệ số kappa = 0,65 là mức đồng thuận tốt. Thang điểm FOUR ≤ 6 thì giá trị tiên lượng tử vong với độ đặc hiệu Sp = 79%, độ chính xác Ac = 82% và độ nhạy cao Se = 91%; hệ số kappa = 0,72 là sự đồng thuận tiên lượng tử vong mức tốt.



Biểu đồ 3.1: Phân bố mức độ hôn mê theo thang điểm Glasgow.

Nhận xét: Hôn mê sâu với điểm Glasgow ≤ 5 là 32,5%; hôn mê với Glasgow từ 6 đến 8 điểm là 32,5% và rối loạn ý thức nhẹ là 25,0%. Điểm Glasgow = 6 chiếm tỷ lệ cao nhất 21,3%.



Biểu đồ 3.2: Phân bố mức độ hôn mê theo điểm FOUR

Nhận xét: Điểm FOUR thấp nhất 0 điểm, cao nhất 16 điểm. Tỷ lệ hôn mê sâu theo điểm FOUR ≤ 6 là 40,1%; điểm FOUR ≤ 5 là 33,8%. Tỷ lệ bệnh nhân phải thở máy 68,75%. Tỷ lệ gặp cao nhất với điểm FOUR 7 điểm và 8 điểm là 30%.

IV. BÀN LUẬN

Theo bảng 3.1, điểm FOUR ≤ 6 điểm có giá trị tiên đoán tử vong với đặc hiệu 91%, độ đặc hiệu 79%, độ chính xác 82%, giá trị tiên đoán âm 96%. Giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm Glasgow với hệ số đồng thuận kappa ở mức cao tốt ($k = 0,72$). So với thang điểm Glasgow thì giá trị tiên đoán tử vong cùng mức tốt $k = 0,65$ (kappa từ 6 – 8 là tốt) với thang điểm FOUR, nhưng giá trị của FOUR là cao hơn đáng kể. Mặt khác thang điểm FOUR có độ đặc hiệu cao

(86%), độ nhạy (77%) và độ chính xác khá (84%) gần tương đương với thang điểm Glasgow.

Vũ Anh Nhị và Võ Thanh Dinh (2013), nghiên cứu tiên lượng tử vong bằng thang điểm FOUR của bệnh nhân hôn mê. Tại điểm cắt FOUR ≤ 8 , độ nhạy 93,8%, độ đặc hiệu 90,5%; điểm cắt Glasgow ≤ 6 thì độ nhạy 87,5% và độ đặc hiệu 88,1%. Khi điểm FOUR ≤ 6 thì tỷ lệ tử vong 100%, khi điểm Glasgow thấp nhất ≤ 3 thì tỷ lệ tử vong 93,9%. Kết luận của nghiên cứu cho thấy thang điểm FOUR cung cấp nhiều chi tiết

thần kinh hơn thang điểm Glasgow, cho nên có khả năng tiên lượng tử vong tốt hơn ở những bệnh nhân hôn mê nặng [1].

Nghiên cứu của Rostam Jalali và Mansour Rezaei (2014), với điểm cắt Glasgow ≤ 5 điểm và FOUR ≤ 6 điểm thì: Thang điểm Glasgow có Se = 68,4%, Sp = 63,6%, Ac = 64,4%, PVP = 52%, PVN = 77,8%; Thang điểm FOUR có Se = 68,4%, Sp = 77,3%, Ac = 74,0%, PVP = 63,4%, PVN = 81,0%. Theo Marie và CS, nghiên cứu trên 176 bệnh nhân tổn thương não tại Khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Liège của Bỉ năm 2011. Tác giả so sánh thang điểm FOUR và GCS/GLS ở đơn vị chăm sóc tích cực. Tổng điểm FOUR có mối liên quan với GCS và GCS là $r = 0,81$ với $p < 0,001$ và $r = 0,82$ với $p < 0,001$. Hệ số kappa mức độ tốt với thang điểm FOUR ($k = 0,75$), thang điểm Glasgow thì $kappa = 0,68$ và thang điểm GLS là 0,66. Kết luận của nghiên cứu cho thấy thang điểm FOUR là công cụ tốt có giá trị tiên lượng so với thang điểm GCS và GLS [7].

D. Ledoux và CS (2009), nghiên cứu đánh giá và tiên lượng hôn mê bằng thang điểm Glasgow và thang điểm FOUR ở Bungari. Kết quả thang điểm GCS và FOUR cho thấy mối tương quan chặt ($r = 0,807$). Tổng điểm FOUR (Hiệu chỉnh theo độ tuổi) cho thấy khả năng tiên đoán cao sau 3 tháng (OR = 0,83; 95% CI = 0,70 - 0,98, $P = 0,03$) so với tổng số điểm GCS (OR = 0,85; CI 95% = 0,70 - 1,03, $P = 0,09$) [3].

Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự như các tác giả trong và ngoài nước, đó là thang điểm Glasgow và FOUR có giá trị tiên lượng tử vong ở mức tốt, nhưng thang điểm FOUR đánh giá chính xác hơn so với thang điểm Glasgow.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 80 bệnh nhân bị rối loạn ý

thức và hôn mê, so sánh hai thang điểm FOUR và Glasgow, chúng tôi rút ra kết luận, thang điểm hôn mê FOUR có khả năng tiên lượng tử vong chính xác hơn thang điểm Glasgow:

- Điểm cắt thang điểm Glasgow ≤ 5 có giá trị tiên lượng tử vong với độ đặc hiệu 86%, độ chính xác 84%, độ nhạy 77% và hệ số kappa ở mức đồng thuận tốt ($k = 0,65$).

- Thang điểm FOUR ≤ 6 có giá trị tiên lượng tử vong với độ đặc hiệu 79%, độ chính xác 82% và độ nhạy cao 91% và hệ số kappa có sự đồng thuận tiên lượng tử vong mức tốt ($k = 0,72$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Anh Nhị, Võ Thanh Dinh (2013). "Nghiên cứu tiên lượng tử vong bằng thang điểm FOUR ở bệnh nhân hôn mê". Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 17, phụ bản của số 1, trang 79-83.
2. Eken C., Kartal M., Bacanlı A., Eray O. (2009). "Comparison of the Full Outline of Unresponsiveness Score Coma Scale and the Glasgow Coma Scale in an emergency setting population,". European Journal of Emergency Medicine, vol. 16, no. 1, pp. 29-36.
3. Ledoux D., Bruno M., Jonlet S. et al (2009). "Full outline of unresponsiveness compared with Glasgow Coma Scale assessment and outcome prediction in coma,". Critical Care, vol. 13, article P107.
4. Wijidicks E. F. M. (2009). "Clinical scales for comatose patients: the Glasgow Coma Scale in historical context and the new FOUR score,". Reviews in Neurological Diseases, vol. 3, no. 3, pp. 109-117.
5. Wijidicks E. F. M., Bamletand W. R. et al (2005). Validation of a New Coma Scale: The FOUR score. Annal of Neurology Vol 58 No 4.
6. Teasdale G., Jennett B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness: A Practical Scale. The Lancet Volume 304, Issue 7872, 13, pp 81-84.
7. Bruno M. A., Ledoux D., Lambermont B., et al (2011). "Comparison of the full outline of unresponsiveness and Glasgow Liege Scale/Glasgow Coma Scale in an intensive care unit population,". Neurocritical Care, vol. 15, no. 3, pp. 447 - 453.

TÌNH TRẠNG TĂNG CO₂ MÁU Ở BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI SUY HÔ HẤP TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Mai Thành Công*, Nguyễn Thị Yến*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy hô hấp là biến chứng gây tử vong chủ yếu ở bệnh nhi viêm phổi. Việc phân loại suy

hô hấp dựa vào tình trạng giảm oxy và hoặc tăng carbonic trong máu đóng vai trò quan trọng trong điều trị bệnh. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ tăng CO₂ và một số yếu tố liên quan đến tăng CO₂ ở trẻ suy hô hấp do viêm phổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang 157 bệnh nhân viêm phổi có suy hô hấp từ 2 tháng đến 5 tuổi nhập viện vào điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung Ương từ 01/01/2017 – 30/9/2017. **Kết quả:** Tỷ lệ tăng CO₂ gặp ở 38,9% bệnh nhân suy hô hấp do viêm phổi, cao hơn ở nhóm dưới 1 tuổi (43,7%) so với nhóm 1-5 tuổi (19,4%), ở nhóm có

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Mai Thành Công

Email: maithanhcong90@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.9.2017

Ngày duyệt bài: 13.9.2017

biểu hiện khô khè cao hơn nhóm không có biểu hiện này (49,2% so với 32,7%). Tỷ lệ tăng CO₂ không có sự khác biệt ở nhóm trẻ có tiền sử đẻ non, nghe phổi giảm thông khí hoặc có tổn thương xẹp phổi, ứ khí trên Xquang so với nhóm trẻ không có những yếu tố này. **Kết luận:** Tăng CO₂ gây toan máu thường gặp ở bệnh nhi viêm phổi suy hô hấp, nhất là nhóm trẻ dưới 1 tuổi. Song song với việc cung cấp oxy, cần chú ý đến các biện pháp điều trị nhằm giải thoát CO₂.

Từ khóa: Viêm phổi, suy hô hấp, tăng CO₂ máu, trẻ em.

SUMMARY

HYPERCAPNIA IN PATIENTS WITH RESPIRATORY FAILURE DUE TO PNEUMONIA AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Background: Respiratory failure is the common cause leading to life-threatening in children with pneumonia. The classification of respiratory failure with hypoxemia and/or hypercapnia plays an important role in the management of respiratory failure. **Aim:** To determine the rate of hypercapnia and some factors relating to hypercapnia in children with respiratory failure due to pneumonia at the National Children's Hospital. **Subject and method:** A prospective, cross-sectional descriptive study of 157 patients with respiratory failure due to pneumonia (from 2 months to 5 years old) hospitalized at the National Children's Hospital between 01/01/2017 to 30/09/2017. **Result:** Hypercapnia was accounted for 38.9% of patients with respiratory failure due to pneumonia. This proportion of the under 1-year-old group (43.7%) was higher than the 1-5-year-old group (19.4%). The higher percentage was found in the wheezing group (49.2%) as comparing to the non-wheezing group (32.7%). There is no statistical significant difference in the ratio of hypercapnia in the preterm and full term children, in the groups that had reduction of breath sound and atelectasis, emphysema in Xray, as comparing to the non these symptoms groups. **Conclusion:** Hypercapnia is common in children with respiratory failure due to pneumonia, especially in the under 1-year-old group. Besides oxygen therapy, removing CO₂ is necessary.

Keywords: Pneumonia, respiratory failure, hypercapnia, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là một trong những bệnh lý phổ biến nhất, gây tử vong đáng kể ở trẻ em tại các nước đang phát triển. Theo số liệu thống kê mới nhất của WHO, trong năm 2015, viêm phổi là nguyên nhân của 920 136 ca tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi, chiếm 16% nguyên nhân tử vong ở lứa tuổi này [1]. Trẻ mắc viêm phổi tử vong chủ yếu do biến chứng suy hô hấp.

Có nhiều cách phân loại suy hô hấp, tuy nhiên phân loại dựa vào kết quả khí máu được nhiều tác giả thống nhất áp dụng. Theo kết quả khí máu động mạch, suy hô hấp được chia thành

3 loại: suy hô hấp giảm oxy máu (type I, PaO₂ < 60mmHg), suy hô hấp tăng CO₂ máu (type II, PaCO₂ > 50mmHg) và suy hô hấp hỗn hợp (type III, PaO₂ < 60mmHg và PaCO₂ > 50mmHg) [2]. Trong viêm phổi xảy ra tình trạng rối loạn trao đổi khí qua màng phế nang-mao mạch, nên suy hô hấp type I (giảm oxy máu) thường phổ biến. Tình trạng tăng CO₂ máu ở bệnh nhân viêm phổi có suy hô hấp chưa được quan tâm và nghiên cứu nhiều. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: "Xác định tỷ lệ tăng CO₂ và một số yếu tố liên quan đến tăng CO₂ ở trẻ suy hô hấp do viêm phổi tại bệnh viện Nhi Trung Ương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 157 bệnh nhân từ 2 tháng đến 5 tuổi được chẩn đoán viêm phổi có suy hô hấp nhập viện vào điều trị tại Khoa Cấp Cứu Chống Độc và Khoa Hồi Sức Hô Hấp Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/01/2017 – 30/09/2017.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi của WHO 2013 [3]:

- Lâm sàng: trẻ có thể sốt, ho, khó thở kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu:

- Thở nhanh: ≥ 50 lần/phút với trẻ 2 – 11 tháng, ≥ 40 lần/phút với trẻ 1 – 5 tuổi

- Rút lõm lồng ngực

- Nghe phổi: ran ẩm nhỏ hạt, có thể ran rít, ran ngáy hoặc giảm thông khí

- Xquang: có hình ảnh tổn thương của viêm phổi

Tiêu chuẩn suy hô hấp: PaO₂ < 60mmHg (PaO₂/FiO₂ < 300mmHg với bệnh nhân thở oxy) và hoặc PaCO₂ > 50mmHg [2]

Tiêu chuẩn loại trừ

- Tình trạng tăng CO₂ mạn tính

- Suy hô hấp được hỗ trợ máy thở

- Suy hô hấp do các nguyên nhân khác

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang. Tất cả các bệnh nhân được đánh giá lâm sàng, làm khí máu động mạch tại thời điểm đánh giá tình trạng suy hô hấp. Kỹ thuật đo khí máu: máu động mạch (động mạch quay, động mạch cánh tay hoặc động mạch đùi) được lấy vào một xilanh thủy tinh và phân tích kết quả trong vòng 15 phút.

Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0

Nội dung và đạo đức nghiên cứu đã được thông qua hội đồng xét duyệt đề cương nghiên cứu của trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ

Từ 01/01/2017 đến 30/09/2017 có 157 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đưa vào nhóm nghiên cứu với kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Nhóm	Số trẻ (n = 157)	Tỷ lệ (%)	p
Tuổi	2 – 11 tháng	126	80,3
	1 – 5 tuổi	31	19,7
Giới	Nam	95	60,5
	Nữ	62	39,5
Thời gian tiến triển đến suy hô hấp		8,13 ± 5,78 (ngày)	

Nhận xét: 80,3% bệnh nhân viêm phổi suy hô hấp dưới 1 tuổi. Tỷ lệ trẻ nam cao hơn trẻ nữ (nam/nữ: 1,5/1). Thời gian tiến triển trung bình từ lúc khởi phát triệu chứng của viêm phổi cho đến khi được chẩn đoán suy hô hấp là 8,13 ± 5,78 ngày.

Bảng 2. Tỷ lệ tăng CO₂, toan máu trong viêm phổi có suy hô hấp

Nhóm tuổi	PaCO ₂ > 50mmHg	pH < 7,35
< 1 tuổi	55/126 (43,7%)	55/126 (43,7%)
1 – 5 tuổi	6/31 (19,4%)	7/31 (22,6%)
Tổng	61/157 (38,9%)	62/157 (39,5%)
p*	< 0,05	< 0,05

***Ghi chú:** giá trị p so sánh tỷ lệ tăng CO₂, tỷ lệ toan máu ở 2 nhóm tuổi

Nhận xét: Tỷ lệ tăng CO₂ và toan máu trong suy hô hấp do viêm phổi lần lượt chiếm 38,9% và 39,5%. Tỷ lệ này cao hơn ở trẻ dưới 1 tuổi so với trẻ 1 – 5 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến tăng CO₂ ở bệnh nhân viêm phổi có suy hô hấp

Yếu tố		Tăng CO ₂		Không tăng CO ₂		p
		Số trẻ (n)	Tỷ lệ (%)	Số trẻ (n)	Tỷ lệ (%)	
Tiền sử đẻ non	Có	19	45,2	23	54,8	> 0,05
	Không	42	36,5	73	63,5	
Khò khè	Có	29	49,2	30	50,8	< 0,05
	Không	32	32,7	66	67,3	
Giảm thông khí phổi	Có	8	47,1	9	52,9	> 0,05
	Không	53	37,9	87	62,1	
Xquang ứ khí	Có	16	36,4	28	63,6	> 0,5
	Không	45	39,8	68	60,2	
Xquang xẹp phổi	Có	7	53,8	6	46,2	> 0,05
	Không	54	37,5	90	62,5	
CRP âm tính (< 6 mg/L)	Có	41	45,1	50	54,9	> 0,05
	Không	20	30,3	46	69,7	

Nhận xét: Tỷ lệ tăng CO₂ ở nhóm có biểu hiện khò khè cao hơn nhóm không có biểu hiện này, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Tỷ lệ tăng CO₂ không có sự khác biệt ở nhóm bệnh nhân có tiền sử đẻ non, giảm thông khí hoặc có tổn thương ứ khí, xẹp phổi trên Xquang ngực, CRP không tăng so với nhóm không có những yếu tố này.

Bảng 4. Biến đổi một số chỉ số huyết học và sinh hóa ở bệnh nhân viêm phổi tăng CO₂

Chỉ số	Nhóm tăng CO ₂ (n = 61)	Nhóm không tăng CO ₂ (n = 96)	p
pH	7,31 ± 0,07	7,41 ± 0,06	< 0,001
HCO ₃ (mmol/L)	28,54 ± 3,25	24,64 ± 3,42	< 0,001
BE	1,88 ± 3,33	-0,08 ± 3,76	< 0,05
Canxi ion (mmol/L)	1,07 ± 0,11	1,11 ± 0,12	> 0,05
Canxi toàn phần (mmol/L)	2,27 ± 0,19	2,27 ± 0,19	> 0,5
Natri máu (mmol/L)	136,23 ± 5,21	136,42 ± 4,05	> 0,5
Kali máu (mmol/L)	4,46 ± 0,74	4,25 ± 0,56	> 0,05
CRP (mg/dL)	14,95 ± 30,09	19,70 ± 38,31	> 0,05
Số lượng bạch cầu (G/L)	12,12 ± 4,66	12,39 ± 6,44	> 0,5
Hemoglobin (g/L)	106,1 ± 12,94	111,78 ± 17,12	> 0,05

Nhận xét: Có sự khác biệt rõ rệt về tình trạng toan máu (pH thấp hơn), tình trạng kiềm chuyển hóa bù trừ (HCO₃, BE cao hơn), nồng độ hemoglobin trung bình thấp hơn ở nhóm tăng CO₂ so với nhóm không tăng CO₂. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các chỉ số canxi, natri, kali, CRP, số lượng bạch cầu giữa 2 nhóm này (với p > 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Từ 01/01/2017 đến 30/09/2017, 157 trẻ viêm phổi có suy hô hấp ở lứa tuổi 2 tháng đến 5 tuổi được đưa vào nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy 80,3% là trẻ dưới 1 tuổi. Năm 2010, Đào Minh Tuấn nghiên cứu 72 trẻ viêm phổi nặng tại Bệnh viện Nhi Trung ương, tác giả nhận thấy tỷ lệ nhóm trẻ dưới 1 tuổi chiếm 66,7% [4]. Đây là lứa tuổi dễ bị suy hô hấp khi mắc viêm phổi, cần tập trung cho chẩn đoán và xử trí để giảm nguy cơ tử vong. Trong 157 trẻ, nam chiếm 60,5%, nữ chiếm 39,5%. Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi (1,5/1) tương tự với tác giả Nguyễn Duy Bộ, Nguyễn Thị Yến nghiên cứu 180 trẻ 1 – 12 tháng viêm phổi suy hô hấp (2013) tỷ lệ nam/nữ là 1,8/1 [5], tác giả Usen S nghiên cứu 1072 trẻ 3 – 33 tháng nhiễm khuẩn hô hấp cấp (2001) tỷ lệ nam/nữ là 1,2/1 [6].

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được đánh giá về lâm sàng và xác định chẩn đoán suy hô hấp bằng khí máu động mạch. Trong đó, tỷ lệ trẻ viêm phổi suy hô hấp có tăng CO₂ và toan máu lần lượt chiếm 38,9% và 39,5%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả trong nghiên cứu của Đào Minh Tuấn (2010): tỷ lệ tăng CO₂ và toan máu ở 48 trẻ viêm phổi nặng lần lượt là 79,1% và 31,25% [4]; trong nghiên cứu của Nguyễn Duy Bộ ở 180 bệnh nhân viêm phổi có biểu hiện suy hô hấp trên lâm sàng (2013) tỷ lệ này lần lượt là 60% và 53,9% [5]. Sự khác nhau này do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân trong các nghiên cứu không giống nhau, cỡ mẫu khác nhau và nghiên cứu của chúng tôi đã loại ra những bệnh nhân có tình trạng tăng CO₂ mạn tính. Bảng 2 cho thấy tỷ lệ tăng CO₂ và toan máu ở nhóm trẻ dưới 1 tuổi cao hơn nhóm trẻ 1 – 5 tuổi (43,7% so với 19,4% và 43,7% so với 22,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy, trẻ dưới 1 tuổi bị viêm phổi suy hô hấp có tỷ lệ tăng CO₂ cao hơn nhóm trẻ lớn - có thể do những đặc điểm về giải phẫu, sinh lý hệ hô hấp ở lứa tuổi nhỏ - cần chú ý tình trạng này để có những biện pháp điều trị hợp lý ngoài việc cho thở oxy khi PaO₂ giảm. Tình trạng toan máu chủ yếu là toan hô hấp, cần tập trung giải quyết CO₂, không phải bù kiềm hàng loạt để điều chỉnh rối loạn này.

Kết quả nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến tình trạng tăng CO₂ ở bệnh nhân suy hô hấp do viêm phổi (bảng 3) cho thấy tỷ lệ tăng CO₂ ở nhóm bệnh nhân có biểu hiện khò khè (49,2%) cao hơn ở nhóm bệnh nhân không có biểu hiện này (32,7%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống

kê với $p < 0,05$. Khò khè là biểu hiện của tình trạng cản trở luồng khí thở ra ở đường dẫn khí nhỏ do hiện tượng viêm, phù nề, tắc nghẽn. Tình trạng cản trở này góp phần vào cơ chế gây tăng CO₂ ở bệnh nhân viêm phổi suy hô hấp. Tuy nhiên, tỷ lệ tăng CO₂ lại không có mối liên quan với tiền sử đẻ non, giảm thông khí phổi, hình ảnh ứ khí, xẹp phổi trên Xquang hoặc CRP âm tính ($< 6\text{mg/L}$).

Tình trạng toan máu mất bù ở nhóm bệnh nhân suy hô hấp có tăng CO₂ cao hơn một cách rõ rệt so với nhóm không tăng CO₂ (bảng 4). Vì vậy, việc giải quyết CO₂ để tránh toan máu cần được chú ý khi bệnh nhân viêm phổi suy hô hấp có tăng CO₂. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân viêm phổi suy hô hấp có tăng CO₂ có nồng độ hemoglobin trung bình ($106,1 \pm 12,94\text{ g/L}$) thấp hơn nhóm viêm phổi suy hô hấp không tăng CO₂ ($111,78 \pm 17,12\text{ g/L}$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này có thể giải thích bởi tỷ lệ tăng CO₂ gặp chủ yếu ở nhóm bệnh nhân dưới 1 tuổi, là lứa tuổi rất thường gặp thiếu máu dinh dưỡng. Trong nghiên cứu của Đào Minh Tuấn, nhóm bệnh nhân viêm phổi nặng cũng có nồng độ hemoglobin trung bình thấp hơn nhóm viêm phổi thường ($9,8 \pm 1,6\text{ g/dL}$) [4]. Kết quả này gợi ý cho thái độ điều trị cần quan tâm đến tình trạng thiếu máu đối với bệnh nhân viêm phổi suy hô hấp nói chung, đặc biệt nhóm viêm phổi suy hô hấp có tăng CO₂, vì thiếu máu cũng là một yếu tố góp phần vào thiếu oxy, làm nặng thêm tình trạng suy hô hấp.

Tuy pH máu của nhóm tăng CO₂ thấp ($7,31 \pm 0,07$), do tình trạng toan hô hấp mất bù, nhưng nồng độ kali máu trung bình giữa nhóm tăng CO₂ và không tăng CO₂ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra không có sự khác biệt về nồng độ canxi, natri, CRP, số lượng bạch cầu giữa hai nhóm này.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tăng CO₂ máu gặp ở 38,9% bệnh nhân viêm phổi có suy hô hấp, nhất là nhóm trẻ dưới 1 tuổi. Song song với việc cung cấp oxy, cần chú ý đến các biện pháp điều trị làm giảm CO₂.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO|Pneumonia.[<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/en/>], accessed: 10/06/2016.
2. Gunning K.E (2003). Pathophysiology of respiratory failure and indications for respiratory support. Surg Oxf, 21(3),72-76.
3. World Health Organization, btv. (2013), *Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common childhood illnesses*.

4. **Đào Minh Tuấn** (2011). Những biến đổi về khí máu, xét nghiệm sinh hóa, huyết học ở bệnh nhân viêm phổi nặng tại khoa hô hấp bệnh viện Nhi Trung Ương năm 2010. *Y học thực hành*, 5(765), 73-75.
5. **Nguyễn Duy Bộ, Nguyễn Thị Yến** (2013), *Liên quan giữa lâm sàng, SpO2 và khí máu động mạch*

ở trẻ 1-12 tháng suy hô hấp do viêm phổi tại bệnh viện Nhi Trung Ương, Đại học Y Hà Nội.

6. **Usen S, Weibert M** (2001), "Clinical signs of hypoxemia in children with acute lower respiratory infection: indicators of oxygen therapy", *Int J Tuberc Lung Dis*; 5(6):505-10.

LAO TAI: HÌNH THÁI LÂM SÀNG VÀ NHỮNG TIẾN BỘ TRONG CHẨN ĐOÁN HIỆN NAY

Tôn Công Cương, Hoàng Thị Phụng*,
Đoàn Thị Hồng Hoa**, Nguyễn Văn Hưng*,
Nguyễn Việt Nhung*, Nguyễn Thị Tố Uyên** Đoàn Hồng Anh**.**

TÓM TẮT

Viêm tai giữa do lao là một tổn thương khu trú ngoài phổi hiếm gặp, chiếm khoảng 0,04 đến 0,9% ở các nước phát triển. Trong vài năm gần đây, bệnh lao có xu hướng gia tăng trở lại trong đó có VTG do lao đặc biệt ở các nước đang phát triển. Việt nam hiện vẫn là nước có gánh nặng bệnh lao cao, đứng thứ 15 trong số 30 nước có tình hình dịch tể lao cao nhất trên toàn cầu, và đứng thứ 14/27 nước có gánh nặng về lao đa kháng thuốc. Nghiên cứu hồi cứu mô tả 31 ca lao tai với mong muốn chia sẻ kinh nghiệm trong việc lấy bệnh phẩm để chẩn đoán lao tai. Kinh điển, lao tai biểu hiện với tam chứng: chảy mủ tai không đau, màng tai thủng nhiều lỗ và liệt mặt. Với thời gian, bệnh cảnh lâm sàng của lao tai có nhiều thay đổi. Các nhà lâm sàng nên cập nhật những triệu chứng mới của lao tai. Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy lao tai có thể gặp ở mọi lứa tuổi từ 16 tháng đến 65 tuổi với tuổi trung bình là 30 tuổi. Bệnh cảnh lâm sàng của lao tai ngày nay rất đa dạng, nên khi gặp trường hợp VTG không điển hình trước tiên phải nghi ngờ lao tai. Có nhiều sự tương đồng giữa lao tai và lao phổi về biểu hiện lâm sàng và tiến triển. Thứ nhất, hình thái lâm sàng của lao tai ngày nay rất đa dạng, có thể biểu hiện dưới cấp, bán cấp và mạn tính. Thứ hai, lao tai và lao phổi đều là lao của đường hô hấp nên khi chẩn đoán lao tai nên chụp cắt lớp phổi để tìm thêm khu trú tổn thương ngay cả khi Xquang phổi có vẻ bình thường. Thứ ba, sau điều trị lao tai một số trường hợp chuyển viêm tai dày dính. Cần có sự kết hợp chặt chẽ với nhà hô hấp để chẩn đoán sớm và tìm các tổn thương khác. Để chẩn đoán lao tai, các nhà chuyên khoa nên chú ý cách lấy bệnh phẩm. Khi làm mô bệnh học, phải lấy tối đa bệnh phẩm mới có thể tìm thấy vùng tổn thương lao, và khi lấy mủ làm vi khuẩn học như BACTEC và Xpert để tăng độ tập trung của vi khuẩn phải ủ và lấy dịch tai.

*Bệnh viện Phổi TƯ

**Bệnh viện Tai Mũi Họng TƯ

Chịu trách nhiệm chính: Tôn Công Cương

Email: Drtoncuongent@gmail

Ngày nhận bài: 27.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2017

Ngày duyệt bài: 28.9.2017

Từ khóa: Lao tai, hình thái lâm sàng, xét nghiệm vi khuẩn tiến tiến

SUMMARY

TUBERCULOSIS OTITIS MEDIA, CLINIC PRESENTATIONS AND ADVANCED BACTERIOLOGICAL EXAMINATION

The tuberculous otitis media (TOM) is a rare extra-pulmonary localization which is accounted for 0.04% to 0.9% of CSOM in developed countries. In recent years, TB patients has an increasing trend, including TOM patients specially in the developing countries. Vietnam ranked 15/30 highest TB burden countries and ranked 14/27 MDR-TB burden countries. The study describes a retrospective series of 31 cases which suggest a new perspective in diagnostic by revealing sample collections for histopathology and bacteriology. In literature, it used to present as the triad: pain- free ear discharge, multiple perforations of tympanic membrane and peripheral facial palsy. The clinical features of TOM changed over the years. The new clinical pattern of TOM should be recognized by clinicians. Our study revealed average of 30 years old with the range of ages from 16 months to 65 years. Based on the analysis of the cases, it is suggested that TOM should be entertained as a possible diagnosis in patients with atypical OM. There are many similarities existing between TOM and pulmonary tuberculosis. Firstly, the clinical presentation of TOM today is polymorphic, which can be acute or sub-acute or chronic form. Secondly, they are both the respiratory tuberculosis. In this regard, whenever a TOM is diagnosed, lung CT scan is recommended, even when routine chest radiograph is considered normal. The third, TOM can develop into adhesif OM with hearing loss even after anti-tuberculosis therapy. There should be a close cooperation between the otologists and the pneumologists, early diagnosis and search for other TB sites. To improve TOM diagnosis, the samples need to be taken maximum amount to perform histopathology. Beside, the technique of incubation and ECA lavage fluid collection need to be conducted to perform Xpert MTB/RIF and BACTEC.

Key words: tuberculous otitis media, clinic presentations and advanced bacteriological examination.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, bệnh lao là một vấn đề cơ bản về sức khỏe cộng đồng trên toàn cầu, ước tính năm 2015 có khoảng 10.4 triệu ca mắc lao mới. Đây là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do các bệnh truyền nhiễm (với khoảng 1,8 triệu người chết/năm), trong đó phần lớn số người chết gặp ở các nước có thu nhập thấp và trung bình [1]. Theo Báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTGT) năm 2015, Việt nam hiện vẫn là nước có gánh nặng bệnh lao cao, đứng thứ 15 trong 30 nước có tình hình dịch tễ lao cao nhất trên toàn cầu. Diễn biến bệnh lao ngày càng trở nên phức tạp, trước đây 85% các tổn thương lao thường biểu hiện ở phổi, tuy nhiên với sự gia tăng dân số và sự lạm dụng kháng sinh, lao ngoài phổi gặp nhiều hơn với các hình thái đa dạng. Bằng chứng chính để chẩn đoán lao là tìm được vi khuẩn lao, nhưng đối với lao ngoài phổi, lượng vi khuẩn nghèo nàn và được coi là lao không lây, chẩn đoán khó khăn để bỏ qua.

Lao tai hay VTG do lao là một tổn thương khu trú ngoài phổi tương đối hiếm gặp. Kinh điển, lao tai tiên phát rất hiếm và chủ yếu gặp ở em. Lao tai thường thứ phát sau lao phổi, biểu hiện dưới hình thái VTG mạn với tam chứng: chảy tai không đau, màng tai thủng nhiều lỗ thủng và liệt mặt ngoại biên sớm. Với thời gian, hình thái lâm sàng của lao tai có nhiều thay đổi, chẩn đoán gặp nhiều khó khăn. Tuy nhiên trong những năm gần đây, các kỹ thuật xét nghiệm vi khuẩn lao đã có những cải tiến đáng kể như IGRA, hệ thống cấy tự động BACTEC và kỹ thuật sinh học phân tử như xét nghiệm Xpert, Hain đã góp phần nâng cao chẩn đoán sớm và chính xác bệnh lao. Chính vì vậy chúng tôi muốn mô tả các triệu chứng lâm sàng của lao tai hiện nay và trình bày một số tiến bộ về xét nghiệm lao trong chẩn đoán và điều trị qua 31 trường hợp lao tai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu hồi cứu trên 31 trường hợp nghi ngờ là VTG do lao vào khám và chẩn đoán sơ bộ tại khoa Tai –Tai thần kinh của bệnh viện Tai Mũi Họng TƯ và được chuyển đến bệnh viện phổi trung ương để chẩn đoán xác định và điều trị theo phác đồ lao trong gia đoạn từ 2011 đến nay.

- Các dữ liệu nghiên cứu gồm: tiền sử, biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng, các xét nghiệm chẩn đoán tùy thuộc vào bệnh nhân có chảy tai hay không. Các xét nghiệm chẩn đoán lao gồm các xét nghiệm gián tiếp (Mantoux, IGRA, mô bệnh học) và các xét nghiệm trực tiếp (BACTEC, PCR lao và đặc biệt là Xpert).

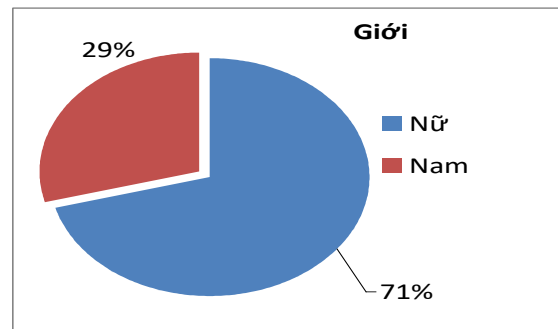
- Để tìm được tổn thương lao, chúng tôi nhận thấy kỹ thuật lấy bệnh phẩm là rất quan trọng. Tùy theo từng giai đoạn, trước năm 2013, lao tai được chẩn đoán chủ yếu nhờ mô bệnh học. Gần đây tùy theo từng trường hợp bệnh nhân có chảy tai hay không chúng tôi còn tiến hành thêm xét nghiệm tìm vi khuẩn lao bằng nuôi cấy BACTEC, khuếch đại gene Xpert và cả IGRAs. Kinh nghiệm cho thấy, trước trường hợp VTG không điển hình để tìm được tổn thương lao, khi phẫu thuật phải lấy tối đa các bệnh phẩm để làm mô bệnh học và trong trường hợp bệnh nhân có chảy tai kỹ thuật ủ và lấy chất rửa dịch tai để làm tăng độ tập trung vi khuẩn khi tiến hành xét nghiệm Xpert và nuôi cấy BACTEC mới có thể tìm được bằng chứng vi khuẩn học.

- Sau khi chẩn đoán VTG do lao, nên tiến hành chụp cắt lớp phổi để tìm tổn thương phổi hợp.

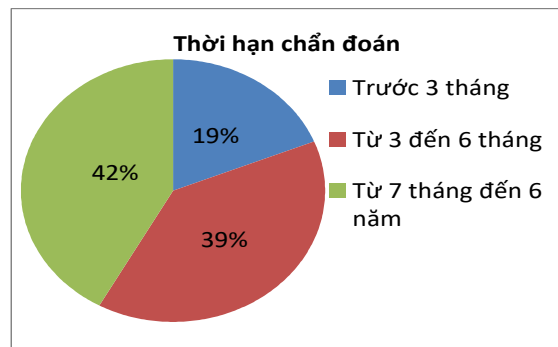
- Thời gian theo dõi trung bình là 2 năm, ít nhất từ 9 tháng đến 6 năm, kết quả điều trị được đánh giá tình trạng toàn thân và tình trạng giải phẫu, chức năng của tai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tuổi và giới: Tuổi trung bình là 30, nhỏ nhất là 16 tháng, lớn nhất là 65 tuổi, với 7 trẻ em. Bệnh thường gặp ở nữ.



2. Thời gian được chẩn đoán: tùy theo triệu chứng của bệnh nhân có rầm rộ hay không và tùy theo kinh nghiệm của thầy thuốc mà thời hạn chẩn đoán có thể kéo dài từ 1 tháng đến 6 năm.



3. Yếu tố dịch tễ: Khai thác tiền sử rất quan trọng

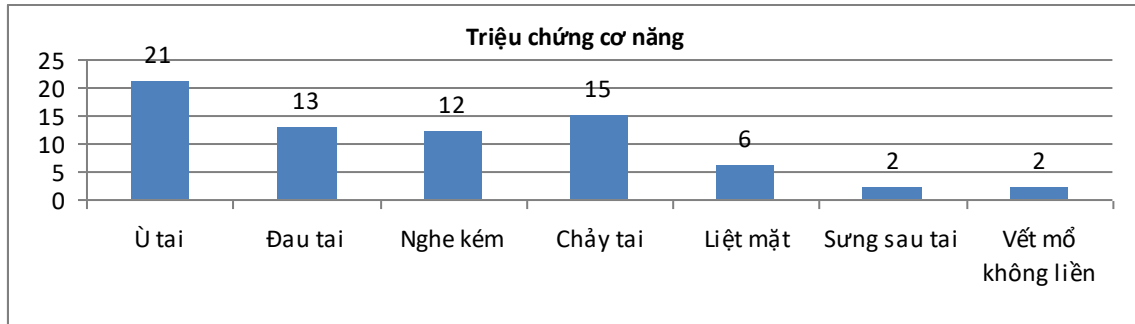
- Gia đình có người mắc lao (cũ hay mới hoạt động): 8 ca (26%)
- Tiếp xúc nghề nghiệp (y tá hay giáo viên): 6 ca (19%)
- Bệnh nhân có thời gian nằm viện để điều trị hay chăm sóc người nhà: 7 ca (23%)

4. Bệnh cảnh lâm sàng: Cấp tính với triệu chứng đau dữ dội hay hội chứng mê nhĩ mắt xuất

hiện nhanh chóng khiến bệnh nhân và thầy thuốc tiến hành chẩn đoán ngay: 8/30 ca (26%). Bán cấp hay mạn tính: hầu hết bệnh nhân được điều trị với đủ loại kháng sinh, nhưng bệnh không khỏi vẫn tiến triển dai dẳng: 23/30 ca (74%)

5. Tai tổn thương: biểu hiện ở 2 tai: 7 ca (23%); 1 tai: 24 ca (77%).

6. Triệu chứng cơ năng: đa dạng có thể phối hợp nhiều triệu chứng



7. Triệu chứng thực thể: có nhiều hình thái khác nhau biểu hiện hai tổn thương chính của lao là nụ hạt và dịch rỉ viêm, màng tai có thể

- Không thủng nhĩ, nhưng dày đôi khi có ứ đọng vảy xuất tiết: 8 ca (29%)
- Thủng nhĩ với nhiều hình thái: nhỏ với niêm mạc hòm nhĩ viêm nhợt, thủng nhiều lỗ hay thủng rộng sát xương: 14 ca (45%)
- Nụ hạt viêm sùi nhọt mầu ống tai ngoài hoặc vết mổ không liền: 9 ca (29%)

Một số hình ảnh màng tai về lao tai



8. Xét nghiệm cận lâm sàng

- Thính lực đồ: được tiến hành trên 30 ca, trong đó 1 ca 16 tháng không đo thính lực đồ. Có thể gặp các loại nghe kém khác nhau, trong 30 ca với 37 tai bệnh chúng tôi nhận thấy: điếc hoàn toàn: 5/37 tai (14%), điếc hỗn hợp: 21/37 tai (57%) và điếc dẫn truyền: 11/37 tai (29%). Mức độ điếc và loại điếc không phụ thuộc vào thời gian mắc bệnh
- Xét nghiệm máu thường qui

- + thiếu máu nhẹ: 7/31 ca (23%)
- + máu lắng tăng mức độ nhẹ hay vừa: 8 ca
- Phản ứng Mantoux: hiện nay không làm
- Xét nghiệm IGRAs: vừa bắt đầu làm, 3 ca dương tính
- Xét nghiệm HIV thường qui: 100% ca âm tính.
- Xquang lồng ngực: thường qui có 7/31 ca (23%) có nghi ngờ lao phổi

9. Chụp cắt lớp xương thái dương: trên 31 bệnh nhân với 38 tai bệnh, gặp 3 hình thái sau:

+ Mờ toàn bộ xương chũm và hòm nhĩ với xương chũm thông bào, các vách ngăn nguyên vẹn, thường gặp nhất với 31 tai bệnh.

+ Mờ toàn bộ xương chũm và hòm nhĩ nhưng vỏ xương chũm kém thông bào (4 tai)

+ Viêm hoại tử xương chũm có thể kèm theo mảnh xương chết là 3 tai.

10. Các xét nghiệm chẩn đoán: tùy theo từng thời kỳ, chẩn đoán lao tai có thể dựa vào:

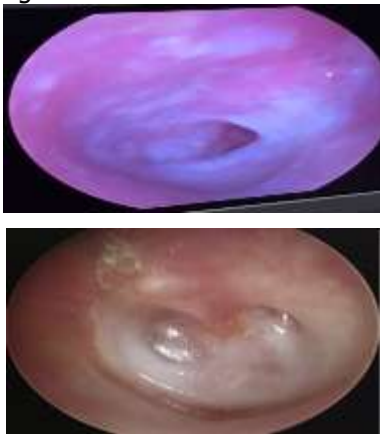
Test chẩn đoán	Số bệnh nhân
Mô bệnh học lao	8
Mô bệnh học và xét nghiệm vi khuẩn học	15
Xét nghiệm vi khuẩn học	8

11. Scanner phổi: phát hiện 12/22 ca có tổn thương phổi hợp mặc dù trên Xquang phổi bình thường.

12. Các lao khác phổi hợp: ngoài lao phổi, có thể gặp lao hạch, lao màng não, lao tinh hoàn...

13. Theo dõi sau điều trị:

- liệt mặt: 3/6 ca phục hồi hoàn toàn
- 14/31 ca: màng tai dính toàn bộ hay một phần ngay cả khi màng tai thủng làm ảnh hưởng đến sức nghe.



Hình ảnh viêm tai dính di chứng sau điều trị

IV. BÀN LUẬN

Tổn thương lao xương thái dương được mô tả lần đầu tiên vào thế kỷ XVIII bởi Jean Louis Petit, và đến năm 1883 Esche phân lập được vi khuẩn lao từ dịch tai ngay sau khi R. Koch phát hiện ra vi khuẩn lao. Khoảng năm 1885, Habermann tìm thấy tổn thương nu hạt lao trong niêm mạc hòm nhĩ. Dấu hiệu lâm sàng của lao tai được Wilde mô tả lần đầu tiên năm 1853 với tam chứng chảy tai không đau, màng tai có nhiều lỗ thủng và nụ hạt nhọt màu trong các hố tai giữa. Tần suất của lao tai thay đổi theo thời gian và từng quốc gia. Vào đầu thế kỷ XX, lao tai chiếm 3-5% trong các viêm tai giữa mạn mủ ở

người lớn và việc phát hiện kháng sinh chống lao dần dần ra đời giúp cho điều trị lao có hiệu quả rõ rệt, chỉ số này giảm đi một cách rõ rệt chỉ còn 0,04-0,9% ở các nước phát triển. Tuy nhiên trong những năm gần đây, bệnh lao đặc biệt là các thể lao ngoài phổi có xu hướng gia tăng trở lại cùng với sự xuất hiện của các chủng vi khuẩn đa kháng và siêu kháng thuốc đã và đang xảy ra ở các nước đang phát triển. Việc phát hiện và kiểm soát lao ngày càng trở nên khó khăn. Hiện nay, các báo cáo về viêm tai giữa do lao rất nghèo nàn, chủ yếu về các ca lâm sàng với các dấu hiệu rất phong phú.

Biểu hiện lâm sàng của lao tai được mô tả lần đầu tiên vào năm 1853 cho đến nay rất đa dạng. Theo y văn, lao tai thường bị một bên, nằm trong bệnh cảnh VTG mạn tính mủ được đặc trưng bởi chảy mủ tai không đau, không đáp ứng với điều trị kháng sinh thông thường, ở bệnh nhân có nhiễm khuẩn lao rõ rệt màng tai có nhiều lỗ thủng, tổ chức hạt viêm dày đặc, hoại tử xương và hạch trước tai. Ở giai đoạn sớm, có thể thấy màng tai có nhiều lỗ thủng, nhưng sau đó nó kết lại thành lỗ thủng rộng kèm theo tổ chức hạt nhọt màu. Ngoài ra màng tai có thể dày lên và mất các mốc giải phẫu, dịch rỉ viêm trong tai có thể rất đặc và đôi khi nhầm lẫn với các cặn keratin nhiễm khuẩn của cholesteatome. Các biến chứng muộn có thể gặp như liệt mặt, viêm mê nhĩ, rò sau tai, áp xe dưới màng xương, viêm đỉnh xương đá và xâm lấn vào trong sọ. Liệt mặt do lao tai chiếm khoảng 16% ở người lớn và 35% ở trẻ em. Tổn thương phổi thường phổi hợp lao tai chiếm từ 50 đến 94% (2,3).

Qua 31 trường hợp lao tai, chúng tôi nhận thấy hình thái lâm sàng của lao tai rất đa dạng, có nhiều điểm tương đồng với lao phổi. Theo nghiên cứu của Magnan tai giữa giống phổi thu nhỏ về phát sinh nguồn gốc, cấu trúc và hệ thống miễn dịch.

- Trước tiên, lao tai có thể xảy ra với bệnh cảnh lâm sàng cấp tính, bán cấp hoặc mạn tính, phải nghi ngờ lao tai trong các trường hợp viêm tai có các triệu chứng khác thường như đau nhứt tai, ù tai tiếng cao, nghe kém, chảy tai kéo dài không đáp ứng với điều trị thông thường. Triệu chứng cấp tính thường biểu hiện dưới hình thái đau nhứt, sùi xuất tiết trong ống tai và màng nhĩ kèm theo triệu chứng mê nhĩ mặt xuất hiện nhanh (đặc biệt hợp thiên về tiếp nhận có thể kèm theo liệt mặt). Bán cấp hoặc mạn có thể biểu hiện cương tụ vùng xương chũm, đau nhứt trong tai, ù tai tiếng cao hay nghe kém hoặc chảy tai kéo dài mặc dù điều trị

nội khoa tích cực ngay cả dùng các thuốc nhóm quinolone hoặc phẫu thuật.

- Triệu chứng cơ năng chủ yếu khiến người bệnh đến khám thay đổi tùy theo lứa tuổi và tùy thuộc vào từng bệnh nhân. Ở người lớn, triệu chứng khởi đầu thường gặp nhất là ù tai tiếng cao, đau nhói trong tai, hoặc nghe kém. Ở trẻ em, thường chảy tai kéo dài hay sưng sau tai, hoặc quấy khóc không lên cân.

- Khi phát hiện viêm tai có dấu hiệu không điển hình, khai thác tiền sử bản thân và gia đình rất quan trọng có thể hướng đến chẩn đoán lao tai và tìm các tổn thương lao khác như lao phổi, lao hạch... Tiền sử gia đình có người mắc lao đang hoạt động hay đã có thời gian điều trị lao từ lâu. Có gia đình có 3 người mắc lao các thời điểm khác nhau, như bố mắc lao hạch cách đây 30 năm, em trai mắc lao màng phổi từ 7 năm trước và nay bệnh nhân mắc lao tai. Hoặc có trường hợp, bố bệnh nhân lúc nhỏ có điều trị lao hạch, trẻ 6 tuổi lại mắc lao tai. Phải chăng yếu tố gen đóng một phần trong nguy cơ người mắc lao – *gen cảm nhiễm*. Tuy nhiên khai thác tiền sử tiếp xúc nguồn lây đang hoạt động cần phải chú ý để tránh lây lan cộng đồng cũng như là hiệu quả điều trị. Nguồn lây có thể liên quan đến nghề nghiệp như y tá, giáo viên hoặc ngay trong gia đình. Có trường hợp mẹ vừa điều trị lao phổi với BK dương tính, trẻ 5 tuổi lại lao tai cũng có BK dương tính.

- *Triệu chứng thực thể rất phong phú biểu hiện dưới hai dạng tổn thương chính là nụ hạt và dịch rỉ viêm*. Nó có thể tổn thương ở ống tai ngoài với hình thái sùi nhọt màu xuất tiết hoặc màng tai dày không thủng, có dịch rỉ viêm dính hay vảy khô bám trên màng tai, hoặc màng tai thủng với hình hành nụ hạt viêm trong niêm mạc hòm nhĩ. Ngoài ra, màng tai có thể có nhiều lỗ thủng như hình ảnh kính điển hoặc thủng rộng xương búa lộ trần với niêm mạc hòm nhĩ viêm. Theo dõi tiến triển của màng tai khi chưa chẩn đoán lao tai chúng tôi nhận thấy hình ảnh màng tai ban đầu giống như viêm tai giữa cấp, có thể có nốt phồng trên màng tai nhưng sau đó màng tai dày phẳng, đặt ống thông khí khó khăn, hoặc đặt được ống thông khí nhưng màng tai vẫn dày hoặc chảy tai qua ống kéo dài biểu hiện niêm mạc hòm nhĩ vẫn đang viêm. Biểu hiện lâm sàng có thể 2 bên chiếm 7 /31 ca (chiếm 23%), tuy nhiên phần lớn gặp 1 bên.

- *Vi khuẩn lao là vi khuẩn hiếu khí và vi hiếu khí*, nó thường cấy vào vùng phân áp ôxy cao như đỉnh phổi. Do vậy lao tai chủ yếu gặp ở những bệnh nhân có xương chũm thông bào và

hình ảnh chụp cắt lớp xương thái dương đôi khi gợi ý đến lao tai. Đó là hình ảnh mờ toàn bộ thông bào xương chũm và hòm nhĩ hoặc thậm trí viêm hoại tử xương chũm xảy ra trên bệnh nhân viêm tai giữa không đáp ứng với kháng sinh thông thường. Đồng thời khi phát hiện lao tai nên chụp cắt lớp phổi ngay cả khi chụp Xquang phổi có vẻ bình thường để tìm các tổn thương phổi hợp. Nghiên cứu chúng tôi thấy có 12/22 ca có tổn thương phổi phổi hợp trên CT scan phổi, chủ yếu là viêm hạch rốn phổi hay tổn thương thâm nhiễm đỉnh phổi. Ngoài ra lao tai có thể nằm trong bệnh cảnh lao rải rác với các lao khác như lao hạch, lao tinh hoàn hay lao màng não đáy với liệt mặt 2 bên ở người già suy giảm miễn dịch.

- *Bằng chứng chính để chẩn đoán lao là tìm được vi khuẩn lao*, nhưng đối với lao tai lượng vi khuẩn nghèo nàn nên xét nghiệm vi khuẩn thường âm tính. Theo các nghiên cứu, kỹ thuật nhuộm soi trực tiếp tìm AFB (Acid Fast Bacilli) qua dịch tai thường âm tính, nuôi cấy thông thường đòi hỏi mất ít nhất 4 tuần vi khuẩn mới mọc, và tỉ lệ vi khuẩn lao dương tính trong dịch tai trước đây chỉ chiếm 5 đến 35%.

- Chính vì vậy, trước đây chúng tôi chẩn đoán lao tai chủ yếu dựa vào kết quả mô bệnh học và theo dõi kết quả điều trị. Tuy nhiên việc lấy bệnh phẩm là rất quan trọng vì *tổn thương lao trong phổi là tổn thương thâm nhiễm và gián đoạn*, xác định được vùng sinh thiết là yếu tố thành công. Kinh nghiệm cho thấy, *để tìm được tổn thương lao trong viêm tai giữa, nhà phẫu thuật phải lấy tối đa bệnh phẩm để phân tích mới có thể tìm thấy hình ảnh lao*. Trong nghiên cứu chúng tôi có 4 trường hợp mổ sinh thiết 1 thậm trí mổ 2 lần, không tìm thấy tổn thương hoặc trong 3 hoặc 4 mảnh sinh thiết chỉ tìm được 1 vị trí tổn thương lao điển hình.

- Gần đây những cải tiến về môi trường nuôi cấy, như hệ thống tự động BACTEC với độ nhạy cao và thời gian ngắn chỉ cần 8 ngày vi khuẩn bắt đầu mọc. BACTEC có 3 tiến bộ là có thể cấy máu tìm Mycobacterium, định danh được Mycobacterium tuberculosis complex và làm kháng sinh đồ. Bệnh nhân sau khi có kết quả mô bệnh học, để chẩn đoán lao chắc chắn chúng tôi tiến hành nuôi cấy BACTEC, mẫu bệnh phẩm dịch tai có máu cũng sử dụng được nên những bệnh nhân sau mổ tai vẫn làm được.

- Ngoài ra những tiến bộ trong sinh học phân tử đặc biệt là kỹ thuật khuếch đại gen được áp dụng trong y học lâm sàng. Kỹ thuật tiêu biểu là phản ứng chuỗi (PCR) xác định Mycobacterium tuberculosis complex đã phát triển, kết quả thu

được nhanh như kỹ thuật nhuộm soi có thể trong vòng 24 đến 48 giờ sau khi nhận bệnh phẩm nhưng độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Tuy nhiên, với thời gian các tác giả nhận thấy độ nhạy rất khác nhau giữa các phòng thí nghiệm, tỉ lệ dương tính giả khá cao thường gặp nhất là do nhiễm các mảnh DNA từ lần nhai lên trước (amplicon) qua các hạt mù mà các kỹ thuật viên làm bắn ra khi thao tác với các DNA sản phẩm chỉ trong vài phút. Những DNA sản phẩm này rất dễ nhiễm vì số lượng rất lớn tới 1012 phân tử trong mỗi phản ứng, chỉ cần nhiễm một vài phân tử nhỏ cũng đủ gây dương tính giả. Một vấn đề lớn nữa là có cả âm tính giả, gây ra bởi sự ức chế DNA polymerase và hiện nay chưa kiểm soát được sự ức chế này. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 2 ca được chẩn đoán lao dựa vào hình ảnh lâm sàng với PCR lao và theo dõi kết quả điều trị.

Ở Việt nam, ngày 26/12/2011, Bộ y tế đưa ra quyết định triển khai kỹ thuật gene xpert chủ yếu cho bệnh phẩm đờm đối với những trường hợp nghi mắc lao kháng thuốc hoặc lao đồng nhiễm HIV và những bệnh nhân lao AFB âm tính. Với nhu cầu cấp thiết trong việc chẩn đoán lao tai của các nhà Tai Mũi họng, các nhà chuyên khoa của Bệnh viện phổi trung ương đã sáng tạo sử dụng phương pháp lấy dịch tai qua u và rửa dịch tai bằng nước muối sinh lý nhằm tăng độ tập trung của vi khuẩn. Quy trình kỹ thuật đảm bảo tránh lây chéo và bệnh phẩm được chuyển ngay khoa vi sinh để xử lý. Với kỹ thuật này, đã tìm được 11 ca lao tai có chảy dịch tai với Xpert dương tính, trong đó có 1 ca lao tai kháng Rifampicin của một điều dưỡng viên. Tuy nhiên, những bệnh phẩm có lẫn máu thường không dùng được.

- Để chẩn đoán và quyết định điều trị lao tai, trước trường hợp viêm tai giữa không điển hình lao tai phải được phân biệt với VTG do nấm, bệnh u hạt Wegener, sarcoidosis, bệnh mô bào và các tổn thương u trong tai giữa như Adenome, Sarcome, papiloma và cả u tương bào đơn độc.

- Về điều trị, viêm tai giữa do lao ít nhất phải dùng thuốc lao 6 -9 tháng với 2 tháng tấn công và 6 tháng duy trì. Hầu hết bệnh nhân chúng tôi được điều trị 9 tháng với 2 tháng tấn công với 4 thuốc và 7 tháng duy trì (2 thuốc). Có 1 trường hợp lao tai kháng thuốc bệnh nhân được điều trị theo phác đồ lao kháng thuốc với 6 loại thuốc (kanamycin, prothionamid, pyrazinamid, ofloxacin, ethambutol, cycloserin, nhưng bệnh nhân dị ứng pyrazinamid với men gan tăng cao được điều trị bằng corticoid và thay bằng

linezolid). Bệnh nhân chỉ dùng được thuốc 8 tháng theo phác đồ lao kháng thuốc.

- Hiệu quả điều trị khẳng định chẩn đoán, ngừng chảy mủ tai với niêm mạc hòm nhĩ hết viêm, tuy nhiên dù màng tai thủng hay không thủng sau khi điều trị khoảng 40% viêm tai chuyển sang giai đoạn dính ít nhiều ảnh hưởng đến thính lực của bệnh nhân. Liệt mặt có thể xuất hiện ngay khi bắt đầu dùng thuốc lao, mức độ phục hồi tùy theo thời gian và mức độ tổn thương của dây mặt, nếu liệt nhẹ bệnh nhân có thể phục hồi hoàn toàn trong vòng 2-4 tuần. Trong 6 ca liệt mặt có 3 trường hợp để lại di chứng.

V. KẾT LUẬN

Ngày nay bệnh lao có xu hướng gia tăng trở lại đặc biệt là lao ngoài phổi, trong đó có lao tai. Trước tiên, người thầy thuốc phải nghĩ đến lao tai trước các VTG tiến triển không điển hình, không đáp ứng với điều trị nội khoa thường qui. Chụp cắt lớp xương thái dương có hình ảnh gợi ý với mờ toàn bộ thông bào và tai giữa xảy ra ở xương chũm thông bào. Cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa nhà chuyên khoa Tai Mũi Họng và Hô hấp để tiến hành chẩn đoán lao tai, tìm các bằng chứng vi khuẩn để điều trị sớm tránh các di chứng đáng tiếc. Hãy coi lao tai như lao phổi, chú ý khi lấy bệnh phẩm, nếu tiến hành phẫu thuật nghi ngờ có lao, nên lấy tối đa bệnh phẩm có thể để làm mô bệnh học mới tìm được tổn thương lao. Nếu bệnh nhân có chảy tai, để tăng thêm độ tập trung của vi khuẩn, kỹ thuật u và lấy dịch rửa tai là rất quan trọng để làm gene Xpert, và nuôi cấy BACTEC. Ở trẻ nhỏ nên lấy máu làm xét nghiệm IGRAs để chẩn đoán khả năng nhiễm lao và tình trạng miễn dịch của trẻ. Đặc biệt khi phát hiện lao tai cần phải chụp cắt lớp phổi mặc dù Xquang thường qui có vẻ bình thường vì lao tai và lao phổi đều là nhiễm khuẩn của đường hô hấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO, Tuberculosis 2016
2. Dale OT, Clarke AR, Drysdale AJ (2011). Challenges encountered in th Otol. 125/7: 738-40
3. Eitan Yaniv, Philip Traub, Rene Conradie (1986). Middle ear tuberculosis –a series of 24 patients. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. Vol12/1: 59-63.
4. Generoso T-Abes, Franco Loure L.B Abes and Joselito-S. Jamir (2011). The variable clinique presentation of tuberculosis otitis media and the importance of early detection. Oto-neurology. 32: 359-543.
5. P.Adhikari (2008). Tuberculous otitis media: a review of literature. The internet journal of Otorhinolaryngology. Volume 9, No 1.

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ CHỨC NĂNG THỊ GIÁC TRÊN BỆNH NHÂN ĐƯỢC PHẪU THUẬT ĐỤC THỦY TINH THỂ BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHACO TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

Hà Thừa Lan^{*}, Hoàng Trần Thanh^{**}

Keyword: Phacoemulsification, Cataract surgery, Visual acuity, VF-14.

TÓM TẮT

Giới thiệu: Phacoemulsification (phaco) là một trong những kỹ thuật thường được sử dụng nhất trong điều trị đục thể thủy tinh (TTT). Trong vài năm qua bệnh viện quân y 354 đã sử dụng kỹ thuật này để phục vụ bệnh nhân. **Mục tiêu:** đánh giá chức năng thị giác của bệnh nhân đục thủy tinh thể đã được phẫu thuật phaco tại BV QY 354, và tìm hiểu một số yếu tố liên quan. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả được sử dụng trên 158 BN (195 mắt) có thị lực ban đầu <20/100 được PT phaco tại BV QY 354. **Kết quả:** Chức năng thị giác được cải thiện đáng kể, 21 mắt có thị lực 20/200 – <20/60; 70 mắt có thị lực 20/60 – <20/40; 36 mắt có thị lực 20/40 – <20/30; và 68 mắt có thị lực ≥20/30. Điểm VF14 trung bình là 87,49±12,04, với điểm nhỏ nhất là 42,5 điểm. Số mắt cần can thiệp do đục bao sau là 29 (14,9%), và có 19 mắt (9,7%) hiện đã rõ chỉ định can thiệp. Một số yếu tố có thể ảnh hưởng đến thị lực sau PT phaco gồm: bệnh toàn thân và tình trạng thị lực trước mổ.

Từ khóa: Phẫu thuật Phaco, Phẫu thuật đục thủy tinh thể, Thị lực, VF-14

SUMMARY

EVALUATION OF VISUAL ACUITY OUTCOMES AMONG CATARACT PATIENTS UNDERGOING PHACOEMULSIFICATION SURGERY AT 354 MILITARY HOSPITAL

Introduction: Phacoemulsification (phaco) is the most common technique that use to treat cataract patients. In last few year, the 354 Military Hospital has applied this technique to serve patients. **Purposes:** to evaluate patients' visual acuity outcomes among cataract patients undergoing phacoemulsification surgery at 354 Military Hospital, and explore some related factors. **Methods:** Descriptive study has been used on 158 cataract patients (195 eyes) with visual acuity <20/100 had been undergone phaco surgery from 2012 to 2015 at 354 Military hospital. **Results:** The visual acuity has improved, 21 eyes (10.8%) with VA: 20/200-<20/60; 70 eyes (35.9%) had VA: 20/60 - < 20/40, 36 eyes (18.5%); 68 eyes (34.9%) had VA: ≥20/30. The VF-14 score was 87,49±12,04 with min score was 42,5. There were 29 eyes (14.9%) had been gone laser capsulotomy, 19 eyes (9.7%) had required for laser capsulotomy. Some factor that affect on postoperative VA were systemic diseases and preoperative VA.

^{*}Bệnh viện Quân Y 354

^{**}Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Hà Thừa Lan

Email: hathualanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2017

Ngày duyệt bài: 26.9.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh bằng năng lượng siêu âm (Phacoemulsification gọi tắt là phẫu thuật Phaco) là phương pháp điều trị đục thể thủy tinh tiên tiến và hiện nay đang được áp dụng rộng rãi [1]. Việc cải thiện chức năng thị giác và hạn chế biến chứng xa chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố trong đó việc khám theo dõi định kỳ các bệnh nhân sau phẫu thuật đóng góp vai trò quan trọng. Từ năm 2012 bệnh viện quân y 354 đã triển khai phẫu thuật phaco trong điều trị đục thể thủy tinh, hàng năm có hàng trăm bệnh nhân được phẫu thuật phaco tại bệnh viện, cho đến nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả của kỹ thuật điều trị này tại bệnh viện 354. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu sau: *Đánh giá chức năng thị giác trên bệnh nhân đã được phẫu thuật đục thể thủy tinh bằng phương pháp Phaco đặt kính nội nhãn tại Bệnh viện Quân Y 354 và một số yếu tố liên quan đến chức năng thị giác sau phẫu thuật.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: là 158 bệnh nhân với 195 mắt đã được phẫu thuật Phaco đặt IOL tại viện 354 từ năm 2012 đến 2015.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả, cắt ngang có sử dụng dữ liệu hồi cứu.

Số liệu được thu thập trong thời gian từ tháng 9/2016 đến tháng 5/2017 với bộ công cụ thu thập số liệu khám bệnh và các dữ liệu từ hồ sơ của Bệnh viện. Bên cạnh việc thu thập các đặc điểm chung của đối tượng như: tuổi, giới, bệnh tại mắt, bệnh toàn thân liên quan đến mắt; người nghiên cứu sẽ khám thực tế chức năng thị giác tại thời điểm hiện tại và sau đó trích xuất dữ liệu về cuộc phẫu thuật từ hồ sơ bệnh án của bệnh viện. Các phương pháp đo lường chức năng thị giác và năng lực hoàn thành công việc của bệnh nhân đều sử dụng công cụ chuẩn như bảng thị lực nhìn xa (Snellen 6m), độ nhạy cảm tương phản Colenbrander, sử dụng sinh hiển vi, đèn soi đáy để kiểm tra tình trạng bao thể thủy tinh và bán phần sau của nhãn cầu.

Xử lý số liệu: Dữ liệu được nhập và phân tích với phần mềm SPSS 21.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Đặc điểm chung: Nghiên cứu bao gồm 158 bệnh nhân, tuổi trung bình là $68,48 \pm 6,47$ tuổi, trong đó có 72 bệnh nhân (45,6%) nam giới, 86 bệnh nhân (54,4%) nữ giới. Tổng số mắt được theo dõi là 195 mắt, trong đó 121 bệnh nhân được phẫu thuật 1 mắt và 37 được phẫu thuật 2 mắt, tất cả đều được phẫu thuật bằng phương pháp phaco đặt kính nội nhãn tại viện Quân y 354.

Bảng 1: Đặc điểm sức khỏe chung của bệnh nhân (n=158).

Nội dung		Bệnh tại mắt		Tổng
		Có	Không	
Bệnh toàn thân	Có	7 (10,6%)	59 (89,4%)	66 (41,7%)
	Không	16 (19,3%)	76 (80,7%)	92 (56,1%)
Tổng		23 (15,5%)	135 (84,5%)	158 (100%)

Chức năng thị giác trước phẫu thuật.

Bảng 3. Thị lực trước phẫu thuật (n=195)

Thời điểm	2012 n (%)	2013 n (%)	2014 n (%)	2015 n (%)	Tổng n (%)
Thị lực nhìn xa					
ST(+)- < ĐNT 1m.	16 (32,7)	20 (40,0)	13 (28,8)	20 (39,2)	69 (35,4)
ĐNT 1m- < 20/200	22 (44,9)	19 (38,0)	16 (35,6)	14 (27,5)	71 (36,4)
20/200 - < 20/100.	11 (22,4)	11 (22,0)	16 (35,6)	17 (33,3)	55 (28,2)
Tổng	49 (100%)	50 (100%)	45 (100%)	51 (100%)	195 (100%)

Thị lực nhìn xa trước phẫu thuật của nhóm bệnh nhân trong 4 năm về căn bản là tương đương nhau. Tuy vậy, theo khuyến cáo thị lực phù hợp nhất cho phẫu thuật này là khoảng 20/200 đến 20/60.

Biến chứng trong và sau phẫu thuật.

Bảng 4. Biến chứng trong và sau phẫu thuật (n=195).

Biến chứng	Số lượng	(%)
Rách bao trước	8	4,1
Rách bao sau	6	3,1
Đồng tử méo	9	4,6
Lệch IOL	14	7,2
Viêm màng bồ đào	2	1,0

Trong lúc phẫu thuật vẫn còn một tỷ lệ khá lớn bệnh nhân gặp phải những biến chứng, tuy

Trong tổng số 158 bệnh nhân có thông tin về tiền sử bệnh toàn thân và bệnh tại mắt đã hồ sơ hồi cứu. Số bệnh nhân có bệnh toàn thân là 41,7% có bệnh về mắt là 15,5%.

Hình thái đục thể thủy tinh.

Bảng 2. Phân loại theo hình thái đục thể thủy tinh (n=195)

Phân loại	Số lượng	Phần trăm
Đục thể thủy tinh tuổi già	177	90,76%
Đục thể thủy tinh tính chất bệnh lý	18	9,24%
Tổng	195	100%

Hình thái đục thể thủy tinh chủ yếu là đục thể thủy tinh tuổi già với 177 mắt (90,76%), đục thể thủy tinh tính chất bệnh lý chỉ có 18 mắt (9,24%).

Tỷ lệ này phù hợp với đặc điểm chung của đục thể thủy tinh trên bệnh nhân cao tuổi và đặc thù của bệnh viện, phần lớn bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là bộ đội nghỉ hưu, tiền sử ít có bệnh toàn thân, tại mắt và được khám tư vấn chăm sóc khỏe định kỳ đầy đủ [2].

vậy trừ biến chứng rách bao là đáng quan tâm, các biến chứng khác đều là biến chứng khá nhẹ nhàng. Trong đó, rách bao là 72%. Tỷ này khác biệt với nghiên cứu của Sheludchenko và cộng sự (2014) có 7 mắt trên 2556 mắt được phẫu thuật (0,27%) bệnh nhân bị rách bao sau. Một số biến chứng khác cũng được phát hiện với tỷ lệ cao: đồng tử méo khi ra viện (9/195 mắt), lệch IOL 14/195 mắt; viêm màng bồ đào 2/195 mắt. Theo chúng tôi có sự khác biệt này do kỹ thuật của phẫu thuật viên, trang bị máy phaco và mức độ đục thể thủy tinh [3],[4].

3.2. Chức năng thị giác của các nhóm bệnh nhân tại thời điểm khám (2017).

Thị lực nhìn xa

Bảng 5. Thị lực không kính tại thời điểm nghiên cứu (n=195)

Thời gian	Sau 4 năm n (%)	Sau 3 năm n (%)	Sau 2 năm n (%)	Sau 1 năm n (%)	Tổng n (%)
Thị lực					
20/200 - < 20/60	8 (16,3)	7 (14,0)	3 (6,7)	3 (5,9)	21 (10,8)
20/60 - < 20/40	26 (53,1)	23 (46,0)	13 (28,9)	8 (15,7)	70 (35,8)
20/40 - < 20/30	10 (20,4)	11 (22,0)	8 (17,8)	7 (13,7)	36 (18,5)
≥ 20/30	5 (10,2)	9 (18,0)	21 (46,7)	33 (64,7)	68 (34,9)
Tổng	49 (100%)	50 (100%)	45 (100%)	51 (100%)	195 (100%)

Tại thời điểm nghiên cứu, có 21 mắt (10,5%) có thị lực trong khoảng 20/200 - < 20/60; 70 mắt (35,8%) có thị lực phần còn lại là các mắt có thị lực là từ 20/40 hoặc hơn.

Tỷ lệ mắt được mổ sau 4 năm có thị lực từ 20/60 đến <20/40 là 53,1%, trong khi đó sau 3 năm, 2 năm và 1 năm thì tỷ lệ này tương ứng là

46,0%; 28,9% và 15,7%. Điều này cho thấy thị lực của bệnh nhân sẽ suy giảm dần theo thời gian sau mổ, nhưng tỷ lệ $\geq 20/30$ tăng dần ở những năm mổ gần đây. Điều này cho thấy với phẫu thuật phaco, thời gian sau phẫu thuật là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến thị lực.

Thị lực tương phản

Bảng 6: Độ nhạy cảm tương phản (n=195) (Thị lực đo khoảng cách 63cm ở độ nhạy cảm tương phản thấp 10%)

Thị lực ở ĐNCTP 10%	Thị lực giảm ≤ 3 dòng (ĐNCTP bình thường)	Thị lực giảm > 3 dòng (ĐNCTP giảm)	Tổng
n	170	25	195
%	87,2	12,8	100%
$\bar{X} \pm SD$	1,65 $\pm$ 1,25		

Trong nghiên cứu này, số mắt được phát hiện có giảm độ nhạy cảm tương phản giảm trên 3 dòng là 25 mắt (12,8%). Đây là một kết quả cần lưu tâm bởi những bệnh nhân này khả năng nhìn ở trong môi trường ánh sáng yếu sẽ không tốt. Tỷ lệ này không khác biệt với báo cáo của Trần Ngọc Khánh (2015) khi báo cáo rằng 12,8% bệnh nhân có giảm thị lực tương phản [5].

Thang điểm VF14

Bảng 7: Bảng điểm đánh giá khả năng thực hiện công việc

Số điểm VF-14	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	$\bar{X} \pm SD$ Min - Max
0-<25 điểm	0	0	87,49 $\pm$ 12,04 42,5 - 100
25-<50 điểm	1	0,6	
50-<75 điểm	20	12,7	
75-100 điểm	137	86,7	
Tổng	158	100%	

Điểm VF trung bình 87,49 $\pm$ 12,04, với điểm nhỏ nhất là 42,5 điểm cho thấy mức giảm năng lực thực hiện các hoạt động hàng ngày của bệnh nhân là không quá nhiều. Chỉ có 1 bệnh nhân có điểm 42,5 và 20 bệnh nhân (12,7%) có điểm trong khoảng 50 - <75 điểm, số bệnh nhân có điểm từ 75 - 100 điểm là 137 bệnh nhân (86,7%) cho thấy hiệu quả rất tốt của phẫu thuật phaco trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Kết quả này không khác biệt với nghiên cứu của Đỗ Minh Hùng (2007): trung bình 78,35 $\pm$ 18,28 [6]. Thêm vào đó, Chiang (2011) đã có nghiên cứu chứng minh rằng điểm VF là một thang đo đáng tin cậy do đó rất nên sử dụng thang điểm này để đánh giá chức năng thị giác sau phẫu thuật phaco [7].

3.3. Một số yếu tố liên quan đến thị lực sau mổ phaco

Liên quan thị lực với bệnh toàn thân.

Bảng 8: Thị lực hiện tại và bệnh toàn thân (n=195)

Nội dung		Thị lực nhìn xa				Tổng
		$\geq 20/30$	20/40 - < 20/30	20/60 - < 20/40	20/200 - < 20/60	
Bệnh toàn thân	Có	34 (29,8)	21 (18,4)	42 (36,8)	17 (14,9)	114 (58,5)
	Không	28 (34,6)	18 (22,2)	30 (37,0)	5 (6,2)	81 (41,5)
Tổng		62 (31,8)	39 (20,0)	72 (36,9)	22 (11,3)	195

Nhóm thị lực thấp (20/200 - <20/60) tập trung nhiều hơn rõ rệt (15,4% so với 4,8%) ở nhóm có và không có bệnh toàn thân kèm theo. Điều này gợi ý rằng việc khảo sát kĩ tình trạng bệnh toàn thân là quan trọng bởi ngoài việc gây khó khăn trong phẫu thuật còn ảnh hưởng đến chức năng thị giác sau này. Như vậy, việc phối hợp với các chuyên khoa khác để điều trị là thực sự cần thiết để giảm thiểu các biến chứng do bệnh toàn thân gây ra.

Chức năng thị giác và bao sau

Bảng 9: Liên hệ giữa thị lực trước phẫu thuật và tình trạng bao sau (n=195)

Thị lực	Bao sau	Không đục bao sau	Cổ đục bao sau			Tổng số
			Đã mở bằng laser	Cần mở	Chưa cần mở	
ST(+) - <ĐNT 1m		24 (34,3)	7 (10,0)	12 (17,1)	27 (38,6)	70 (35,9)

ĐNT 1m - <20/200	29 (41,4)	13 (18,6)	4 (5,7)	24 (34,3)	70 (35,9)
20/200 – 20/100	24 (43,6)	9 (16,4)	3 (5,5)	19 (34,5)	55 (28,2)
Tổng	77 (39,5)	29 (14,9)	19 (9,7)	70 (35,9)	195 (100)

Kết quả cho thấy sau một khoảng thời gian từ 1-4 năm, tình trạng đục bao sau là khá phổ biến, chỉ có 77 mắt (39,5%) là chưa xuất hiện tình trạng đục bao sau. Phần còn lại, có 29 mắt đã được mổ bằng laser, 19 mắt khác đã có chỉ định mổ, và 70 mắt chưa cần phải mổ bao sau. Khi xem xét kỹ hơn mối liên quan với thị lực trước phẫu thuật, thấy tỷ lệ mắt chưa bị đục bao sau tốt hơn với các mắt có thị lực tốt hơn, nếu thị lực trước phẫu thuật kém (<ĐNT 1m) thì nguy cơ bị đục lên đến 65,7%.

Theo kết quả nghiên cứu này tỷ lệ đục bao sau tăng phụ thuộc vào tình trạng thị lực trước mổ, phù hợp với nghiên cứu trước đó và phù hợp với các khuyến cáo hiện tại về việc chỉ định phẫu thuật phaco sớm cho các bệnh nhân có thị lực còn chưa kém quá.

V. KẾT LUẬN

- Thị lực nhìn xa được cải thiện rõ rệt: 21 mắt có thị lực 20/200 – <20/60; 70 mắt có thị lực 20/60 – <20/40; 36 mắt có thị lực 20/40 – <20/30; và 68 mắt có thị lực $\geq$ 20/30

- Điểm VF14 trung bình là $87,49 \pm 12,04$, với điểm nhỏ nhất là 42,5 điểm

- Số mắt cần can thiệp do đục bao sau là 29 (14,9%), và có 19 mắt (9,7%) hiện đã rõ chỉ

định can thiệp

- Một số yếu tố có thể ảnh hưởng đến thị lực sau phẫu thuật phaco gồm: bệnh toàn thân và tình trạng thị lực trước mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Unlu M., Hondur A. M., Korkmaz S. et al.** (2016). Pharmacologic Management of Pressure-Induced Stromal Keratopathy after LASIK. *Optom Vis Sci*.
2. **Nguyễn Trọng Khải** (2012). Đánh giá kết quả phẫu thuật PHACO trên mắt đục thể thủy tinh chín trắng tại tỉnh Hà Nam. *Y học thực hành*, 825 (6/2012), 101-103.
3. **Sheludchenko V. M., Sheludchenko N. V., Eksarenko O. V. et al.** (2014). [Results of intraocular lens implantation on top of the anterior capsule in cases of phaco complications]. *Vestn Ophthalmol*, 130 (5), 42-46.
4. **Vũ Anh Tuấn and Trương Tuyết Trinh** (2003). Nghiên cứu thực hiện kỹ thuật Phacoemulsification với thể thủy tinh đục trắng. *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 7 (3), 21.
5. **Trần Ngọc Khánh** (2015). *Khảo sát chức năng thị giác của bệnh nhân sau mổ Phaco đặt kính nội nhãn đa tiêu +2,5D*, Thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội.
6. **Đỗ Minh Hùng** (2007). Đánh giá kết quả lâu dài của phương pháp tán nhuyễn thể thủy tinh, đặt thể thủy tinh nhân tạo tại khoa glacom. *Đại học y hà nội*.
7. **Chiang P. P., Fenwick E., Marella M. et al.** (2011). Validation and reliability of the VF-14 questionnaire in a German population. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 52 (12), 8919-8926.

GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM GLASGOW BLATCHFORT SỬA ĐỔI TRONG TIỀN LƯỢNG BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN

Cao Trường Sinh*, Hoàng Thị Cúc*

TÓM TẮT

Mục đích: So sánh giá trị tiên lượng của thang điểm Glasgow Blatchford sửa đổi so với thang điểm Rockall và Glasgow Blatchford đầy đủ ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên. **Đối tượng và phương pháp:** 104 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên, 78 nam, 26 nữ tuổi trung bình $56,5 \pm 16,0$. Tất cả được khám lâm sàng, đánh giá bằng thang điểm Rockall, Glasgows Blatchford đầy đủ, Glasgow Blatchford sửa đổi; Tất cả được làm các xét nghiệm công thức máu; Ure, creatinin máu, men gan (SGOT, SGPT), Protid máu, Albumin máu, chức năng đông máu toàn bộ, bilirubin máu, điện tim, siêu âm tim, siêu âm bụng;

nội soi dạ dày- tá tràng để xác định vị trí chảy máu, phân độ nguy cơ theo Forrest. **Kết quả:** Điểm trung bình của thang điểm Rockall là $3,34 \pm 1,69$; Glasgow Blatchford đầy đủ là $8,65 \pm 3,49$; Glasgow Blatchford sửa đổi là $7,38 \pm 3,22$. Độ nhạy, độ đặc hiệu diện tích dưới đường cong của thang điểm Glasgow blatchford sửa đổi tương đương với thang điểm Glasgow blatchford đầy đủ và có giá trị cao hơn thang điểm Rockall trong dự báo can thiệp y khoa (AUC: 0,854 so với 0,675); trong dự báo tái xuất huyết (AUC: 0,706 so với 0,586); trong dự báo tử vong (AUC: 0,902 so với 0,650) ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên. **Kết luận:** Thang điểm Glasgow Blatchford sửa đổi có giá trị trong dự báo can thiệp y khoa, dự báo tái xuất huyết, dự báo nguy cơ tử vong với độ nhạy, độ đặc hiệu cao, để áp dụng tại các cơ sở y tế tuyến huyện.

*Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Cao Trường Sinh

Email: caotruongsinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.8.2017

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2017

Ngày duyệt bài: 26.9.2017

SUMMARY

THE VALUES OF THE MODIFIED GLASGOW BLATCHFORT SCALE IN THE PREDICTION OF PATIENTS WITH UPER

GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE

Aim: Compare the Glasgow Blatchford score for a revised score against the full Rockall and Glasgow Blatchford score in patients with upper gastrointestinal hemorrhage. **Object and method:** 104 patients with gastrointestinal hemorrhage, 78 male, 26 female mean age 56.5 ± 16.0 . All were examined clinically, evaluated by Rockall score, full Glasgow Blatchford, revised Glasgow Blatchford; All done blood tests; Ure, blood creatinine, liver enzyme (SGOT, SGPT), blood protid, blood albumin, whole blood clotting function, blood bilirubin, electrocardiogram, echocardiogram, abdominal ultrasonography; gastrointestinal endoscopy to determine bleeding position, risk ranking according to Forrest. **Results:** The Rockall scale is 3.34 ± 1.69 ; Glasgow Blatchford's full scale is 8.65 ± 3.49 ; The modified Glasgow Blatchford was 7.38 ± 3.22 . The sensitivity, specificity of the area under the curve of the modified Glasgow Blatchford scale was to be equivalent to the full Glasgow Blatchford scale and was higher than the Rockall scale in the medical intervention (AUC: 0.854 versus 0.675); in re-bleeding prediction (AUC: 0.706 vs. 0.586); In predicting mortality (AUC: 0.902 versus 0.650) in patients with upper gastrointestinal hemorrhage. **Conclusion:** The modified Glasgow Blatchford scale is valid for predicting medical interventions, predicting re-bleeding, and predicting the risk of death with sensitivity, specificity, and ease of use in district-level health facilities.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa trên là một trong những cấp cứu nội khoa thường gặp, ảnh hưởng đến tính mạng người bệnh với tỷ lệ tử vong cao 3,5-14%. Phân tầng bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên lúc vào viện là việc rất quan trọng trong chiến lược điều trị của các bác sĩ lâm sàng, giúp đưa ra phương pháp điều trị tối ưu để cứu sống bệnh nhân kịp thời với chi phí chăm sóc y tế thích hợp nhất, đặc biệt là đối với các nước đang phát triển [1].

Một trong những phương pháp phân tầng nguy cơ để áp dụng trong thực hành lâm sàng là áp dụng các thang điểm tiên lượng như: thang điểm Rockall, Glasgow Blatchford, AIMS65, Baylor, Cedar Sinai,...). Trong số các thang điểm trên thì thang điểm Blatchford và Rockall là có nhiều nghiên cứu chứng minh nên được chấp nhận và sử dụng rộng rãi nhất [5]. Tuy nhiên, cả hai thang điểm đều bao gồm nhiều thông số, khó nhớ và có một số yếu tố chủ quan có định nghĩa không rõ ràng nên vẫn không được các bác sĩ lâm sàng áp dụng thường quy vì khó áp dụng, có nhiều thông số khó đánh giá đòi hỏi cần phải có các phương tiện kỹ thuật cao như máy điện tim, siêu âm, nội soi,...

Trong điều kiện tuyến y tế cơ sở không có điều kiện nội soi thì việc sử dụng các thang

điểm tiên lượng có giá trị để xác định bệnh nhân có nguy cơ cao cần can thiệp điều trị hay tiên lượng tử vong là hết sức quan trọng, thang điểm Blatchford sửa đổi (Modified Glasgow Blatchford) tỏ ra rất thích hợp trong thực tế của Việt Nam. Do đó để có thêm minh chứng có giá trị về hiệu quả thang điểm Glasgow Blatchford chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 104 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên, 78 nam, 26 nữ tuổi trung bình $56,5 \pm 16,0$, đến nhập viện điều trị tại khoa Nội Tiêu hóa Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An trong thời gian từ tháng 05 năm 2016 đến tháng 11 năm 2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích. Tất cả bệnh nhân được khám lâm sàng tỉ mỉ, đánh giá bằng thang điểm Rockall, Glasgow Blatchford đầy đủ, Glasgow Blatchford sửa đổi; được làm các xét nghiệm để đánh giá mức độ, nguyên nhân, bệnh kèm theo và xác định các yếu tố tiên lượng: công thức máu; Ure, creatinin máu, men gan (SGOT, SGPT), Protid máu, Albumin máu, chức năng đông máu toàn bộ, bilirubin máu, điện tim, siêu âm tim, Siêu âm bụng; nội soi dạ dày- tá tràng để xác định vị trí chảy máu, phân độ nguy cơ theo Forrest.

Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm Medcalc 11.3.1.0, SPSS 19.2 và Excel 2010

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Điểm số trung bình của các thang điểm

Bảng 3.1. Điểm số trung bình của các thang điểm

Thang điểm	Điểm trung bình
Rockall	$3,34 \pm 1,69$
Blatchford đầy đủ	$8,65 \pm 3,49$
Blatchford sửa đổi	$7,38 \pm 3,22$

Điểm trung bình của thang điểm Rockall là $3,34 \pm 1,69$; của thang điểm Glasgow Blatchford đầy đủ là $8,65 \pm 3,49$; của thang điểm Glasgow Blatchford sửa đổi là $7,38 \pm 3,22$.

3.2. Diện tích dưới đường cong của các thang điểm trong dự báo can thiệp y khoa

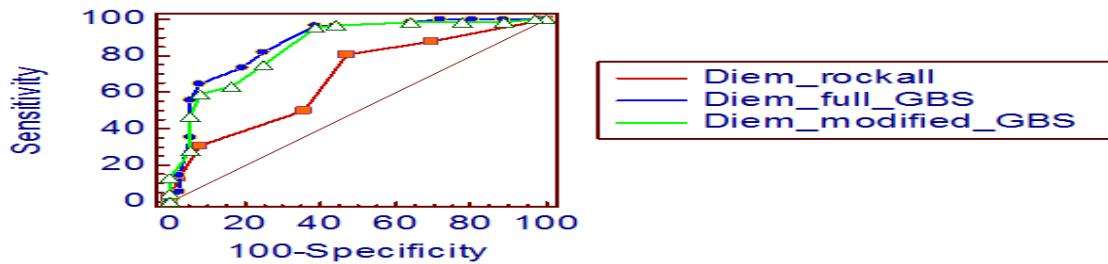
Bảng 3.2. Diện tích dưới đường cong của các thang điểm trong dự báo can thiệp y khoa

Thang điểm	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Điểm cắt	AUC
mGBS	95,6	61,1	5	0,854
GBS	97,1	61,1	6	0,874
Rockall	80,9	52,8	2	0,675

Thang điểm Glasgow Blatchford sửa đổi có độ

nhạy, độ đặc hiệu diện tích dưới đường cong tương đương với thang điểm Glasgow blatchford đầy đủ và có giá trị cao hơn thang điểm Rockall

(AUC: 0,854 so với 0,675) trong dự báo can thiệp y khoa ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên.



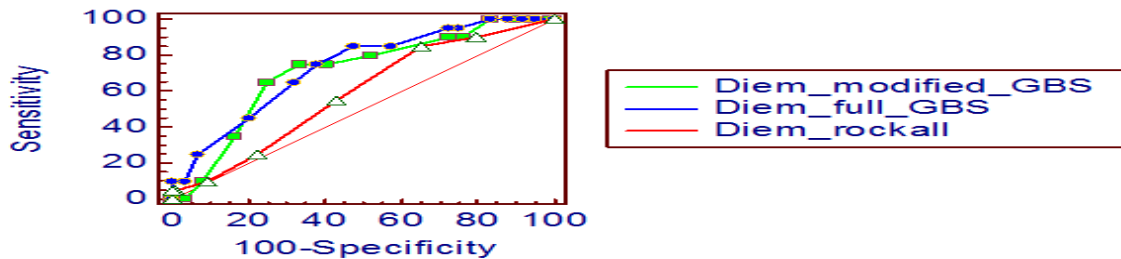
Biểu đồ 3.1. Đường cong ROC của 3 thang điểm m-GBS, GBS và Rockall trong dự báo can thiệp y khoa

3.3.3. Diện tích dưới đường cong của các thang điểm trong dự báo tái xuất huyết

Bảng 3.3. Diện tích dưới đường cong của các thang điểm trong dự báo tái xuất huyết

Thang điểm	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Điểm cắt	AUC
mGBS	75,0	66,7	8	0,706
GBS	85,0	52,4	8	0,730
Rockall	85,0	34,5	2	0,586

Thang điểm Glasgow blatchford sửa đổi có diện tích dưới đường cong gần tương đương với thang điểm Glasgow blatchford đầy đủ (AUC: 0,706 so với 0,730) và có giá trị cao hơn thang điểm Rockall (AUC: 0,706 so với 0,586) trong dự báo tái xuất huyết ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên.



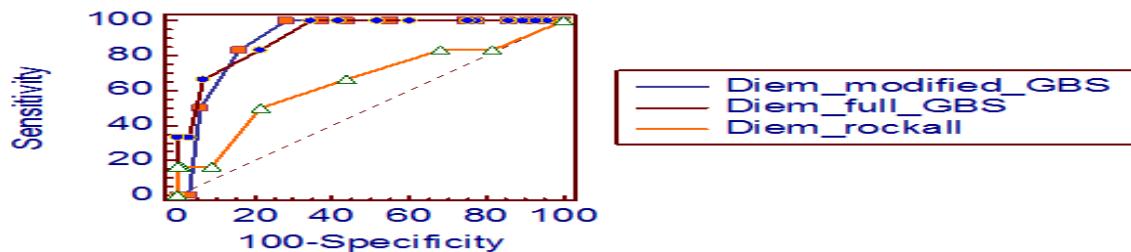
Biểu đồ 3.2. Đường cong ROC của 3 thang điểm m-GBS, GBS và Rockall trong dự báo tái xuất huyết

3.4. Diện tích dưới đường cong của các thang điểm trong dự báo tử vong

Bảng 3.4. Diện tích dưới đường cong của các thang điểm trong dự báo tử vong

Thang điểm	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Điểm cắt	AUC
mGBS	100,0	71,4	9	0,902
GBS	100,0	65,3	10	0,912
Rockall	50,0	78,6	4	0,650

Thang điểm Glasgow blatchford sửa đổi có độ nhạy, độ đặc hiệu, diện tích dưới đường cong gần tương đương với thang điểm Glasgow blatchford đầy đủ (AUC: 0,902 so với 0,912) và có giá trị cao hơn thang điểm Rockall (AUC: 0,902 so với 0,650) trong dự báo tử vong ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên.



Biểu đồ 3.3. Đường cong ROC của 3 thang điểm m-GBS, GBS và Rockall trong dự báo tử vong

IV. BÀN LUẬN

4.1. Điểm số trung bình của các thang điểm:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.1 cho thấy điểm trung bình của thang điểm Rockall là $3,34 \pm 1,69$; của thang điểm Glasgow Blatchford đầy đủ là $8,65 \pm 3,49$; của thang điểm Glasgow Blatchford sửa đổi là $7,38 \pm 3,22$. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Trang ở các bệnh nhân XHTH trên cấp thì điểm Blatchford trung bình là $10,3 \pm 3,5$ [5]; theo nghiên cứu của Trần Kinh Thành thì điểm Rockall trung bình là $3,8 \pm 2,19$, Điểm Blatchford trung bình là $11,95 \pm 3,83$ [4]; theo Lâm Thị Kim Chi, Điểm Rockall trung bình là $4,4 \pm 2,2$, Điểm Blatchford trung bình $9,5 \pm 4,1$ [1]; theo Quách Tiến Phong, điểm Blatchford sửa đổi là $7,36 \pm 3,58$ [4]; theo nghiên cứu của Joo Jin Lee, điểm Rockall trung bình là $4,62 \pm 2,0$, điểm Blatchford là $11,49 \pm 3,38$.

4.2. Diện tích dưới đường cong của các thang điểm trong dự báo can thiệp y khoa:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.2, biểu đồ 3.1 cho thấy thang điểm Glasgow blatchford sửa đổi có độ nhạy, độ đặc hiệu diện tích dưới đường cong tương đương với thang điểm Glasgow blatchford đầy đủ (0,854 so với 0,874) và có giá trị cao hơn thang điểm Rockall (AUC: 0,854 so với 0,675) trong dự báo can thiệp y khoa ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên. Kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu khác.

Nghiên cứu của Đinh Cao Minh cho thấy, khả năng tiên đoán cần can thiệp y khoa của thang điểm Blatchford sửa đổi (diện tích dưới đường cong ROC (AUC) = 0,707), tương đương với thang điểm Blatchford đầy đủ (AUC = 0,708, $p = 0,87$) và tốt hơn thang điểm Rockall (AUC = 0,594, $p < 0,001$). Tuy nhiên, cả 3 thang điểm này ít có giá trị nhận diện các trường hợp không cần can thiệp nội soi: Tổn thương nội soi nguy cơ cao cần can thiệp nội soi khi tổng điểm bằng 0 xảy ra 5/32 (15,6%) trường hợp sử dụng thang điểm Blatchford gốc, 8/36 (22,2%) trường hợp sử dụng Blatchford sửa đổi và 55/141 (39%) trường hợp sử dụng Rockall lâm sàng bằng 0 [2].

Nghiên cứu của Quách Tiến Phong, đối với giá trị dự đoán về yêu cầu cần can thiệp y khoa: thang điểm Blatchford sửa đổi có diện tích dưới đường cong ROC AUC=0,806 (KTC 95%: 0,745-0,866, $p < 0,001$) và với điểm cắt ≥ 8 (độ nhạy là 75,32% và độ đặc hiệu là 70,1%) thì bệnh nhân có nguy cơ cần can thiệp y khoa cao hơn gấp 9

lần so với điểm số Blatchford sửa đổi < 8 (OR=9,42, $p < 0,0001$). Khi so sánh thang điểm Blatchford sửa đổi với thang điểm Blatchford đầy đủ và Rockall nghiên cứu này nhận thấy: Về dự đoán yêu cầu can thiệp: Thang điểm Blatchford sửa đổi (AUC=0,806) có giá trị tương đương như thang điểm Blatchford ĐĐ (AUC=0,81, $p = 0,365$) và tốt hơn thang điểm Rockall (AUC=0,65, $p < 0,001$) [3].

Theo nghiên cứu đa trung tâm của tác giả Quách Trọng Đức và cs trên 395 bệnh nhân XHTH trên cấp không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa thì thang điểm Blatchford sửa đổi (AUC = 0,708) tương đương với Blatchford đầy đủ (AUC=0,707, $p = 0,87$) và tốt hơn thang điểm Rockall (AUC=0,594, $p = 0,0001$) về dự đoán yêu cầu can thiệp y khoa [7].

Theo tác giả Cheng DW và cs, thang điểm Blatchford sửa đổi (AUC=0,85) có giá trị tương đương với thang điểm Blatchford đầy đủ (AUC=0,86, $p = 0,81$) và tốt hơn thang điểm Rockall (AUC=0,75, $p = 0,005$) [6].

4.3. Diện tích dưới đường cong của các thang điểm trong dự báo tái xuất huyết và tử vong:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.4 và biểu đồ 3.3 cho thấy thang điểm Glasgow blatchford sửa đổi có giá trị gần tương đương với thang điểm Glasgow blatchford đầy đủ (AUC: 0,706 so với 0,730) và có giá trị cao hơn thang điểm Rockall (AUC: 0,706 so với 0,586) trong dự báo tái xuất huyết ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên.

Kết quả ở bảng 3.4 cho thấy thang điểm Glasgow blatchford sửa đổi có độ nhạy, độ đặc hiệu, diện tích dưới đường cong gần tương đương với thang điểm Glasgow blatchford đầy đủ (AUC: 0,902 so với 0,912) và có giá trị cao hơn thang điểm Rockall (AUC: 0,902 so với 0,650) trong dự báo tử vong ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên.

Theo nghiên cứu của Quách Tiến phong: trong dự đoán nguy cơ tử vong và xuất huyết tái phát trong bệnh viện, thang điểm Blatchford sửa đổi (AUC=0,74) có giá trị tương đương với thang điểm Blatchford đầy đủ (AUC=0,765, $p = 0,084$) và thang điểm Rockall (AUC=0,769, $p = 0,538$) [3]. Theo tác giả Cheng và cs, thang điểm Blatchford sửa đổi có diện tích dưới đường cong ROC là 0,83 (KTC 95%: 0,73-0,94, $p < 0,0001$) đối với tiên lượng nguy cơ tử vong và xuất huyết tái trong thời gian nằm viện [6]. Diện tích dưới đường cong trong nghiên cứu của chúng tôi có cao hơn 2 tác giả trên nhưng nhìn

chung thang điểm Blatchford sửa đổi có giá trị tương đương với thang điểm blatchford đầy đủ và có giá trị hơn thang điểm Rockall về dự đoán nguy cơ tái xuất huyết và tử vong ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm Glasgow Blatchford sửa đổi có giá trị trong dự báo can thiệp y khoa, dự báo tái xuất huyết, dự báo nguy cơ tử vong với độ nhạy, độ đặc hiệu cao, dễ áp dụng tại các cơ sở y tế tuyến huyện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lâm Thị Kim Chi, Trần Ngọc Dung (2014)**, "Đánh giá tiên lượng tái xuất huyết và tử vong ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên bằng thang điểm Rockall và Blatchford", *Đề tài nghiên cứu khoa học*, Đại học y dược Cần Thơ.
2. **Đinh Cao Minh, Dương Tấn Thọ, Nguyễn Đoàn Thanh Phương, Nguyễn Đình Tuyên, Bùi Lương Tài (2014)**, "Giá trị của bảng điểm Blatchford sửa đổi so với Blatchford và Rockall lâm sàng trong tiên đoán can thiệp y khoa ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên không do tăng áp tĩnh mạch cửa: kết quả nghiên cứu đa trung tâm", *Đề tài nghiên cứu khoa học*, Khoa tiêu hóa – Bệnh

viện Đa Khoa Đồng Nai, tr.1-5.

3. **Quách Tiến Phong, Quách Trọng Đức, Lê Thành Lý (2015)**, "Thang điểm Glasgow Blatchford sửa đổi trong dự đoán kết cục lâm sàng ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, (5), tr.9-17.
4. **Trần Kinh Thành, Bùi Hữu Hoàng (2010)**, "Thang điểm Rockall và Blatchford trong đánh giá tiên lượng ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày-tá tràng", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, tr.38-45.
5. **Nguyễn Thị Thu Trang, Phan Quốc Hùng, Nguyễn Ngọc Tuấn, Châu Thị Thu Trang (2012)**, "Giá trị tiên lượng của thang điểm Blatchford trên bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên cấp", *Kỷ yếu hội nghị khoa học*, Bệnh viện An Giang, tr.67-78.
6. **Cheng DW et al (2011)**, "A modified Glasgow Blatchford Score improves risk stratification in upper gastrointestinal bleed: a prospective comparison of scoring systems", *Aliment Pharmacol Ther*, (36), pp.782-789.
7. **Duc Trong Quach et al (2014)**, "The Performance of a Modified Glasgow Blatchford Score in Predicting Clinical Interventions in Patients with Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: A Vietnamese Prospective Multicenter Cohort Study", *Gut and Liver*, 10(3), pp.375-381.

ĐÁNH GIÁ CÁC CHỈ SỐ HỒNG CẦU Ở BỆNH NHÂN THIẾU MÁU ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HUYẾT HỌC LÂM SÀNG BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Trần Thị Minh Tâm*, Ngô Thị Thảo*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chỉ số HC của bệnh nhân thiếu máu tại khoa Huyết học lâm sàng bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2016. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang 133 bệnh nhân. **Kết quả:** Tuổi trung bình $56,26 \pm 12,47$, cao nhất 40 – 59 tuổi, thấp nhất nhóm ≥ 80 tuổi. Nam nhiều hơn nữ. Đặc điểm các chỉ số HC: Hb, Ht, RBC đều nằm trong ngưỡng thiếu máu. Các chỉ số MCV, MCH, MCHC nằm trong giới hạn bình thường. Chỉ số RDW tăng. Phân loại thiếu máu theo Hemoglobin: Mức độ thiếu máu nhẹ cao nhất (83,46%). Ít gặp nhất là thiếu máu nặng. Phân loại thiếu máu theo hình dạng, kích thước HC: Thiếu máu HC bình thường, bình sắc tỷ lệ cao nhất. Thiếu máu hồng cầu to, bình sắc tỷ lệ thấp nhất.

Từ khóa: Chỉ số hồng cầu

SUMMARY

ASSESSMENT OF RED BLOOD CELLS PARAMETER IN ANEMIC PATIENTS AT THE DEPARTMENT OF CLINICAL HEMATOLOGY OF 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Purposes: to assess the red blood cells parameters in anemic patients at the department of clinical hematology of 108 Military Central Hospital in 2016. **Methodology:** Descriptive cross sectional study on 133 patients. **Results:** Mean age 56.25 ± 12.47 years, aged group 40-59 years accounted for highest portion while aged group ≥ 80 years occupied at lowest portion. Men more than women. Red blood cells parameters such as Hb, Ht, RBC indices were in anemic ranges while MCV, MCH, MCHC belonged to normal range. RDW index increased. Anemia classification by hemoglobin: Mild anemia achieved highest percentage at 83.46% and the least common anemia type were severe anemia. Anemia classification by shape, size of red blood cells: normal red blood cells Anemia accounted for highest rate while big red blood cells anemia was lowest.

Keywords: the red blood cells parameters

*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Minh Tâm
Email: tranthiminhnam12@gmail.com
Ngày nhận bài: 1.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 20.9.2017
Ngày duyệt bài: 28.9.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu là một thành phần vô cùng quan trọng của cơ thể, là nguồn gốc tạo ra các dịch lỏng khác trong cơ thể như dịch bạch huyết, dịch kẽ tế bào (TB), dịch não tủy, dịch trong các màng (bụng, phổi, khớp...). Nó tạo thành nội môi, là môi trường bao quanh tất cả các TB của cơ thể, là nơi trao đổi chất trong quá trình sống [3]. Thiếu máu là một hội chứng, gặp trong rất nhiều tình trạng bệnh lý. Thiếu máu khá phổ biến, đặc biệt ở các nước kém phát triển [2]. Tỷ lệ thiếu máu trung bình ở phụ nữ tuổi sinh đẻ ở mức trung bình về ý nghĩa sức khỏe cộng đồng là 37,6% ở phụ nữ có thai và 26,7% ở phụ nữ không có thai [5]. Thiếu máu nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời nó sẽ ảnh hưởng nghiêm trọng đến sự phát triển thể lực, trí lực, tâm sinh lý và khả năng lao động của con người. Vì vậy việc đánh giá và phân loại thiếu máu sớm có ý nghĩa rất quan trọng, nó giúp bác sỹ có hướng điều trị đúng và kịp thời cho bệnh nhân, hạn chế những ảnh hưởng xấu. Ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu về thiếu máu và phân loại thiếu máu nhưng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 chưa có đề tài nào nghiên cứu về phân loại thiếu máu theo đặc điểm chỉ số HC. Do vậy tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá các chỉ số hồng cầu ở bệnh nhân thiếu máu điều trị tại khoa Huyết học lâm sàng bệnh viện Trung ương Quân đội 108" với mục tiêu sau: *Đánh giá các chỉ số hồng cầu ở nhóm bệnh nhân thiếu máu vào viện điều trị tại khoa Huyết học lâm sàng bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2016.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. *Đối tượng nghiên cứu:* Gồm 133 bệnh nhân được chẩn đoán có triệu chứng TM điều trị tại khoa Huyết học lâm sàng (A6) bệnh viện Trung ương Quân đội 108, với tiêu chuẩn chính: Nồng độ Hb: Nam < 130 (g/l); Nữ < 120 (g/l).

Thời gian: từ tháng 4/2016 đến tháng 5/2016.

2. *Phương pháp nghiên cứu:* mô tả cắt ngang.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- *Giới:* Tỷ lệ nam thiếu máu cao hơn nữ: Nam (68,42%); Nữ (31,58%).

- *Tuổi:* Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $56,26 \pm 12,47$. Không có trường hợp nào

thuộc nhóm ≤ 17 tuổi. Nhóm tuổi 40 – 59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (46,62%) và nhóm ≥ 80 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (2,25%).

- *Nguyên nhân:* Nguyên nhân ung thư gây thiếu máu chiếm tỷ lệ cao nhất 66,92%. Nguyên nhân bệnh về tủy là thấp nhất chiếm tỷ lệ 4,51%.

2. Đặc điểm các chỉ số hồng cầu của bệnh nhân

Bảng 1: Các giá trị trung bình của chỉ số hồng cầu

Giá trị Chỉ số	X $\pm$ SD	MIN	MAX
RBC (T/L)	3,76 $\pm$ 0,86	1,16	6,16
Hb (g/l)	104,58 $\pm$ 19,32	40	128
Ht (l/l)	0,33 $\pm$ 0,054	0,14	0,425
MCV (fl)	88,32 $\pm$ 11,51	59,1	139,7
MCH (pg)	28,46 $\pm$ 4,47	16,3	45,1
MCHC (g/l)	320,29 $\pm$ 18,45	250	360
RDW (%)	16,11 $\pm$ 2,62	12,6	29

Nhận xét: Hàm lượng Hb trung bình và hematocrit đều ở ngưỡng nằm trong giới hạn thiếu máu. Hb (MIN = 40, MAX = 128); Ht (MIN = 0,14, MAX = 0,425). Số lượng hồng cầu, MCV, MCH, MCHC trung bình đều nằm trong giới hạn bình thường. Chỉ số dải phân bố kích thước hồng cầu cao hơn giá trị bình thường thấp nhất là 12,6%, cao nhất là 29%.

Bảng 2: Phân loại thiếu máu theo nồng độ Hemoglobin

Mức độ thiếu máu	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Thiếu máu nhẹ	111	83,46
Thiếu máu vừa	16	12,03
Thiếu máu nặng	6	4,51
Tổng	133	100

Nhận xét: Thiếu máu nhẹ là 83,46%; thiếu máu nặng là 4,51%. Không có bệnh nhân nào thiếu máu rất nặng.

Bảng 3: Phân bố thiếu máu theo số lượng hồng cầu:

Số lượng hồng cầu	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượng HC thấp	42	31,58
Số lượng HC bình thường	87	65,41
Số lượng HC cao	4	3,01
Tổng	133	100

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân thiếu máu nhưng vẫn có số lượng hồng cầu bình thường chiếm 65,41%. Có 3,01% bệnh nhân thiếu máu mà số lượng hồng cầu cao hơn giá trị bình thường.

Bảng 4: Môi quan hệ mức độ thiếu máu theo Hb với nhóm tuổi

Loại thiếu máu Nhóm tuổi	TM nhẹ		TM vừa		TM nặng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
18 – 39 tuổi	11	8,28	0	0,0	3	2,25	14	10,53
40 – 59 tuổi	55	41,36	6	4,51	1	0,75	62	46,62

60 – 79 tuổi	43	32,33	9	6,77	2	1,50	54	40,60
≥ 80 tuổi	2	1,50	1	0,75	0	0,0	3	2,25
Tổng	111	83,46	16	12,03	6	4,51	133	100

Nhận xét: Thiếu máu nhẹ 40 – 59 cao nhất (41,36%); ≥ 80 tuổi thấp nhất (1,5%). Thiếu máu nặng tuổi 18 – 39 cao nhất (2,25%); không có tuổi ≥ 80.

Bảng 5: Môi quan hệ mức độ thiếu máu theo Hb với giới tính

Loại TM	Giới	Nam		Nữ		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
TM nhẹ		74	55,64	37	27,82	111	83,46
TM vừa		14	10,53	2	1,50	16	12,03
TM nặng		3	2,26	3	2,26	6	4,51
Tổng		91	68,42	42	31,58	133	100

Nhận xét: Trong thiếu máu nhẹ và vừa thì nam tỷ lệ cao hơn nữ là 55,64% và 10,53%; thiếu máu nặng cả nam và nữ tỷ lệ tương đương nhau là 2,26%.

Bảng 6: Môi quan hệ mức độ thiếu máu theo Hb với nguyên nhân

Loại thiếu máu	TM nhẹ		TM vừa		TM nặng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ung thư	83	62,42	5	3,76	1	0,75	89	66,92
Bệnh tủy	2	1,50	3	2,26	1	0,75	6	4,51
Bệnh máu ác tính	20	15,03	6	4,51	1	0,75	27	20,03
Bệnh khác	6	4,51	2	1,50	3	2,26	11	8,27
Tổng	111	83,46	16	12,03	6	4,51	133	100

Nhận xét: Bệnh nhân ung thư và bệnh máu ác tính có tỷ lệ thiếu máu nhẹ cao nhất (62,42%); thiếu máu nặng tỷ lệ thấp nhất (0,75%). Bệnh nhân mắc bệnh tủy tỷ lệ thiếu máu vừa cao nhất (2,26%).

Bảng 7: Phân loại thiếu máu dựa vào hình dạng, kích thước hồng cầu:

Thể tích trung bình hồng cầu (MCV)	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
HC nhỏ	41	30,83
HC bình thường	83	62,41
HC to	9	6,76
Tổng	133	100

Nhận xét: Thiếu máu hồng cầu bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất là 62,41 %. Thiếu máu hồng cầu to thấp nhất là 6,76 %.

Bảng 8: Phân loại thiếu máu theo chỉ số lượng huyết sắc tố và nồng độ huyết sắc tố trung bình hồng cầu (MCH; MCHC)

MCH; MCHC	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
HC nhược sắc	41	30,83
HC đẳng sắc	92	69,17
Tổng	133	100

Nhận xét: Thiếu máu bình sắc chiếm tỷ lệ cao hơn thiếu máu nhược sắc (69,17%).

Bảng 9: Phân loại thiếu máu theo hình dạng, kích thước hồng cầu

Phân loại	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
HC nhỏ, nhược sắc	41	30,83
HC bình thường, bình sắc	83	62,41
HC to, bình sắc	9	6,76
Tổng	133	100

Nhận xét: Thiếu máu HC bình thường, bình sắc chiếm tỷ lệ cao nhất 62,41%. Thiếu máu HC to, bình sắc chiếm tỷ lệ thấp nhất 6,76%.

Bảng 10: Môi quan hệ giữa các loại thiếu máu theo kích thước hồng cầu và dải phân bố kích thước hồng cầu

Kích thước	HC nhỏ		HC bình thường		HC to	
	n	%	n	%	n	%
Đồng đều	9	6,77	49	36,84	4	3,01
Không đều	32	24,06	34	25,56	5	3,76
Tổng	41	30,83	83	62,41	9	6,77

Nhận xét: Thiếu máu hồng cầu nhỏ, kích thước hồng cầu không đồng đều chiếm tỷ lệ cao nhất (24,06%). Thiếu máu hồng cầu bình thường, kích thước hồng cầu đồng đều chiếm tỷ lệ cao (36,84%). Thiếu máu hồng cầu to, kích thước HC đồng đều 3,01%; không đồng đều (3,76%).

Bảng 11: Mối quan hệ giữa loại thiếu máu dựa vào hình dạng, kích thước hồng cầu với nguyên nhân gây bệnh

Phân loại Nguyên nhân	HC nhỏ, nhược sắc		HC bình thường, bình sắc		HC to, bình sắc		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ung thư	25	18,80	61	45,86	3	2,26	89	66,92
Bệnh tủy	3	2,26	2	1,50	1	0,75	6	4,51
Bệnh máu ác tính	7	5,26	17	12,78	3	2,26	27	20,3
Bệnh khác	6	4,51	3	2,26	2	1,50	11	8,27
Tổng	41	30,83	83	62,41	9	6,77	133	100,0

Nhận xét: Bệnh nhân ung thư chủ yếu là thiếu máu hồng cầu bình thường, bình sắc với tỷ lệ 45,86%. Bệnh nhân mắc bệnh tủy xương phần lớn là thiếu máu hồng cầu nhỏ, nhược sắc với 2,26%.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tuổi vào viện trung bình $56,26 \pm 12,47$, dao động từ 26 đến 87 tuổi. Không có trường hợp nào thuộc nhóm ≤ 17 tuổi. Nhóm tuổi 40 – 59 chiếm tỷ lệ cao nhất 46,62% và nhóm ≥ 80 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 2,25%. Nam chiếm 68,42% và nữ chiếm 31,58%. Nguyên nhân ung thư gây thiếu máu chiếm tỷ lệ cao nhất 66,92%, bệnh về tủy chiếm tỷ lệ 4,51%, bệnh máu ác tính chiếm tỷ lệ 20,3%; các bệnh khác tỷ lệ 8,27%. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành tại khoa Huyết học lâm sàng chủ yếu điều trị các bệnh nhân mắc bệnh về máu và cơ quan tạo máu, điều trị hóa chất các bệnh ung thư nên tỷ lệ bệnh nhân ung thư khá nhiều.

2. Đặc điểm về các chỉ số hồng cầu của đối tượng nghiên cứu

2.1. Đặc điểm chỉ số hồng cầu. Các chỉ số HC chúng tôi nghiên cứu để đánh giá thiếu máu: Hb, Ht, RBC, MCV, MCH, MCHC, RDW.

Giá trị số lượng HC trung bình ở nghiên cứu của chúng tôi là $3,76 \pm 0,86$, nồng độ Hb trung bình và hematocrit ở nghiên cứu của chúng tôi đều nằm trong giới hạn thiếu máu, tương đồng với kết quả của tác giả Mai Hoa và Mai An [1], [7]. Nhưng kết quả của chúng tôi có độ lệch chuẩn rộng hơn so với nghiên cứu của Mai Hoa và Mai An và mức độ thiếu máu cũng thấp hơn có thể do đối tượng của chúng tôi gồm nhiều nguyên nhân bệnh gây thiếu máu hơn. Về các chỉ số MCV, MCH, MCHC với các giá trị $88,32 \pm 11,51$; $28,46 \pm 4,47$; $320,29 \pm 18,45$ vẫn nằm trong giới hạn bình thường. Nguyên nhân của kết quả này là do nghiên cứu của tôi có cả thiếu máu HC to, nhỏ và bình thường, bình sắc và nhược sắc nên các giá trị có thể bù trừ cho nhau nên giá trị trung bình vẫn có thể nằm trong giới

hạn bình thường. Theo Bùi Thị Mai An [1] cũng tương đồng với chúng tôi do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi và tác giả đều trên các bệnh mạn tính, tình trạng thiếu máu thâm lắng, các chỉ số MCV, MCH, MCHC chưa giảm nhiều. Nhưng kết quả của chúng tôi không tương đồng với tác giả Phạm Thị Mai Hoa [7] do nghiên cứu của tác giả là trên đối tượng thiếu máu hồng cầu nhỏ nên 3 chỉ số MCV, MCH, MCHC đều giảm so với giá trị bình thường còn đối tượng của chúng tôi chỉ là thiếu máu nói chung, có nhiều nguyên nhân gây thiếu máu khác nhau.

Về chỉ số dải phân bố kích thước hồng cầu (RDW) trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $16,11 \pm 2,62\%$, của tác giả Mai Hoa là $26,86 \pm 5,16\%$, cao hơn so với giá trị bình thường. Như vậy có sự tương đồng giữa kết quả của chúng tôi với của Mai Hoa [7].

2.2. Phân bố mức độ thiếu máu theo nồng độ Hb và mối quan hệ với nhóm tuổi và giới tính, nguyên nhân.

• **Phân loại mức độ thiếu máu theo nồng độ Hb:** Kết quả của chúng tôi cho thấy bệnh nhân thiếu máu nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 83,46%, thiếu máu vừa chiếm tỷ lệ 12,03%, thiếu máu nặng chiếm tỷ lệ 4,51% và không gặp đối tượng nào thiếu máu rất nặng. So sánh với Bùi Thị Mai An [1] có 97 bệnh nhân thiếu máu nhẹ chiếm tỷ lệ 92,4% và 8 bệnh nhân thiếu máu mức độ vừa chiếm tỷ lệ 7,6%; không có bệnh nhân nào thiếu máu nặng. Như vậy có sự tương đồng với kết quả của tác giả do đối tượng nghiên cứu chủ yếu là bệnh nhân mắc các bệnh mạn tính, tình trạng thiếu máu diễn ra âm thầm từ nhẹ đến nặng. Nhưng nghiên cứu của Phạm Thị Mai Hoa [7] cho thấy có 25% bệnh nhân thiếu máu nhẹ, 50% bệnh nhân thiếu máu vừa và 25% bệnh nhân thiếu máu nặng. Có sự khác biệt với nghiên

cứu của chúng tôi là do sự khác biệt trong đối tượng nghiên cứu, đối tượng của chúng tôi có nhiều nguyên nhân gây thiếu máu khác nhau.

- **Phân bố theo nhóm tuổi:** Trong 83,46% bệnh nhân thiếu máu nhẹ thì chủ yếu thuộc nhóm 40 – 59 tuổi chiếm 41,36%. Bệnh nhân thiếu máu vừa chiếm tỷ lệ 12,03%, trong đó chủ yếu là nhóm tuổi 60–79 với 6,77%. Trong 4,51% bệnh nhân thiếu máu nặng, nhóm tuổi 18 – 39 chiếm tỷ lệ cao nhất 2,25%. Kết quả nghiên cứu này có thể do bệnh viện Trung ương Quân đội 108 chủ yếu là đối tượng quân nhân khám chữa bệnh nên đối tượng thuộc nhóm tuổi lao động chiếm tỷ lệ cao và đây không phải bệnh viện chuyên trị các bệnh về máu mà chủ yếu là các bệnh nội khoa có kèm theo triệu chứng thiếu máu nên mức độ thiếu máu gặp nhiều là thiếu máu nhẹ.

- **Phân bố theo giới:** Trong 2 nhóm mức độ thiếu máu nhẹ và vừa thì nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ là 55,64% và 10,53%; trong nhóm thiếu máu nặng cả nam và nữ chiếm tỷ lệ tương đương nhau là 2,26%. Nguyên nhân ở các mức độ thiếu máu phần lớn là xuất hiện ở nam giới vì trong nghiên cứu của tôi do đối tượng nghiên cứu phần lớn đã là nam thiếu máu nhiều hơn nữ.

- **Phân bố theo nguyên nhân:** Nguyên nhân gây thiếu máu nhẹ cao nhất là do ung thư chiếm 62,42%; ở thiếu máu vừa cao nhất là do bệnh máu ác tính 4,51%; thiếu máu nặng ở các nhóm bệnh là tương đương nhau và chiếm tỷ lệ nhỏ. Nguyên nhân do bệnh ung thư là bệnh mạn tính, để dẫn đến thiếu máu cần thời gian dài, biểu hiện không nặng ngay như ở bệnh nhân mắc bệnh máu ác tính.

2.3. Phân loại thiếu máu theo hình dạng, kích thước HC và mối quan hệ với nguyên nhân: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu kích thước HC bình thường chiếm 62,41%. Thiếu máu HC to chiếm 6,76 %. Thiếu máu HC nhỏ chiếm tỷ lệ 30,83%, không có sự tương đồng giữa kết quả của chúng tôi với của Phạm Thị Mai Hoa [7]. Thiếu máu bình sắc trong kết quả của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao hơn thiếu máu nhược sắc với tỷ lệ là 69,17% và 30,83%. Như vậy có không có sự tương đồng với tác giả Bùi Thị Mai An [1], thiếu máu nhược sắc cao hơn thiếu máu đẳng sắc với tỷ lệ lần lượt là 64,8% và 35,2%.

2.4. Tỷ lệ thiếu máu theo dải phân bố kích thước HC: Đa số các đối tượng thiếu máu có dải phân bố kích thước HC không đồng đều chiếm tỷ lệ 53,38%. Phần lớn những bệnh nhân thiếu máu HC nhỏ có dải phân bố kích thước HC không

đồng đều chiếm tỷ lệ 24,06%. Nhóm thiếu máu HC bình thường có tỷ lệ dải phân bố kích thước HC đồng đều chiếm tỷ lệ cao 36,84% nhưng tỷ lệ dải phân bố kích thước HC không đồng đều cũng khá cao 25,56%.

Nhóm thiếu máu HC có tỷ lệ dải phân bố kích thước HC là xấp xỉ nhau: kích thước đồng đều (3,01%); không đồng đều (3,76%), có sự tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Mai Hoa [7].

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình $56,26 \pm 12,47$, cao nhất 40 – 59 tuổi, thấp nhất nhóm ≥ 80 tuổi. Nam nhiều hơn nữ.

- Các chỉ số HC:

- + Hb, Ht, RBC đều nằm trong ngưỡng thiếu máu.

- + Các chỉ số MCV, MCH, MCHC nằm trong giới hạn bình thường.

- + Chỉ số RDW tăng.

- Phân loại thiếu máu theo Hemoglobin:

- + Mức độ thiếu máu nhẹ cao nhất (83,46%); nam cao hơn nữ; nhóm tuổi 40– 59 tỷ lệ cao nhất; nguyên nhân ung thư hay gặp nhất.

- + Ít gặp nhất là thiếu máu nặng; hay gặp ở nhóm 18 – 39 tuổi.

- Phân loại thiếu máu theo hình dạng, kích thước HC: Thiếu máu HC bình thường, bình sắc tỷ lệ cao nhất. Thiếu máu hồng cầu to, bình sắc thấp nhất.

- Phân loại thiếu máu theo nguyên nhân: Nguyên nhân ung thư chủ yếu là thiếu máu HC bình thường, bình sắc với tỷ lệ 45,86%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Thị Mai An (2012)**, *Đặc điểm thiếu máu trên bệnh nhân suy tim mạn tính điều trị tại bệnh viện 4, Quận 4*, Luận văn thạc sĩ, Bệnh viện 4, Quận 4.
2. **Ngô Quý Châu (2012)**, "Huyết học", *Bệnh học nội khoa tập 2*, NXB Y học, tr. 389 – 411.
3. **Đỗ Trung Phần (1998)**, *Huyết học lâm sàng những vấn đề có tính chất định hướng*, NXB Y học, Hà Nội.
4. **Đỗ Trung Phần (2006)**, *Bài giảng huyết học – truyền máu*, NXB Y học, Hà Nội, tr. 158 – 200.
5. **Nguyễn Anh Võ (2006)**, *Thực trạng thiếu máu dinh dưỡng, Kiến thức và Thực hành phòng chống thiếu máu của phụ nữ sinh đẻ xã Kỳ Sơn, Huyện Kỳ Tân, Tỉnh Nghệ An*, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng.
6. **Nguyễn Thị Thu Hà (2009)**, *Nghiên cứu một số biến đổi máu ngoại vi và chuyển hóa sắt trên một số bệnh nhân thiếu máu*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Phạm Thị Mai Hoa (2011)**, *Đặc điểm hình thái đường kính hồng cầu trong một số nguyên nhân thiếu máu tại khoa Huyết học – Truyền máu Bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn cử nhân kỹ thuật y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

CHI PHÍ Y TẾ TRỰC TIẾP CÁC GÃY XƯƠNG LIÊN QUAN ĐẾN LOÃNG XƯƠNG

Phạm Nữ Hạnh Vân*, Nguyễn Thị Kiều Oanh*,
Hà Thu Huyền*, Vũ Thị Thu Hương**, Đỗ Mạnh Hùng***,
Nguyễn Văn Thạch***, Nguyễn Thanh Bình*,

TÓM TẮT

Gãy xương do loãng xương gây ra gánh nặng bệnh tật tử và tử vong cho xã hội nhưng chưa được nghiên cứu đầy đủ ở Việt Nam. Nghiên cứu hồi cứu ước tính chi phí của hai gãy xương phổ biến nhất do loãng xương bao gồm gãy xương đùi và xương cột sống. Kết quả chỉ ra rằng gánh nặng kinh tế của gãy xương loãng xương đối với quốc gia là rất lớn. Chi phí y tế điều trị trung bình một ca gãy xương cao nhất ở bệnh nhân gãy cột sống (52,59 triệu VNĐ, Khoảng tin cậy 95% 48,21-57,03 triệu VNĐ) tiếp theo là bệnh nhân gãy xương đùi (33,49 triệu VNĐ, Khoảng tin cậy 95% 30,78-36,25 triệu VNĐ), trong đó chi phí vật tư y tế chiếm tỷ trọng lớn nhất.

Từ khóa: loãng xương, chi phí, Gánh nặng kinh tế, gãy xương đùi, gãy xương cột sống

SUMMARY

MEDICAL DIRECT COST OF FRAGILITY FRACTURE

Osteoporotic fracture causes considerable morbidity, mortality and resource utilization in social but poorly studied in Vietnam. We performed a retrospective study to estimate the costs of two the most common sites includes hip and vertebral. Our results indicated that the economic burden of osteoporotic fracture to the nation is heavy. The average costs were highest in vertebral fracture patients (52,59 millions VNĐ; 95% CI 48,21-57,03 millions VNĐ) followed by patients with hip fracture (33,49 millions VNĐ; 95% CI 30,78-36,25), of which medical supplies accounted for the majority of the costs.

Key words: osteoporosis cost, economic burden hip fracture, vertebral fracture

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương làm tăng nguy cơ gãy xương, với hai loại gãy xương thường gặp nhất là gãy xương đùi (GXĐ) và gãy xương cột sống (GXCS). Tỷ lệ bệnh nhân GXĐ không thể thực hiện các hoạt động cơ bản hàng ngày chiếm tới trên 50% [3]. Gãy xương cột sống gây tình trạng đau kéo

dài, tàn tật và suy giảm chất lượng cuộc sống [2]. Bên cạnh gánh nặng về bệnh tật, GXĐ và GXCS còn dẫn tới một gánh nặng lớn về kinh tế. Một phân tích meta mới xuất bản gần đây [5] công bố chi phí điều trị một ca gãy xương là 43.699\$ thậm chí cao hơn chi phí điều trị đột quỵ (34.772\$) và chi phí điều trị hội chứng mạch vành cấp (32.345\$). Trong đó, chi phí y tế trực tiếp trong điều trị nội trú chiếm tỷ trọng cao nhất. Hiện nay, có rất nhiều nghiên cứu đã được công bố (113 nghiên cứu) [5], trong đó 08 nghiên cứu thực hiện tại các quốc gia châu Á, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào của Việt Nam mặc dù tỷ lệ loãng xương ở Việt Nam vào khoảng 30% ở phụ nữ và 10% ở nam giới, tỷ lệ này tương đồng với tỷ lệ loãng xương ở các quốc gia khác ở Châu Á và châu Âu (20-25%) [3]. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu ước tính chi phí y tế trực tiếp trong điều trị nội trú các ca gãy xương đùi và gãy xương cột sống ở Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp ước tính chi phí theo cách tiếp cận hiện mắc (prevalence-based approach) trên quan điểm hệ thống y tế. Nghiên cứu hồi cứu, chi phí bao gồm các chi phí y tế trực tiếp bắt đầu từ khi bệnh nhân vào viện cho đến khi bệnh nhân ra viện. Các chi phí gián tiếp, chi phí vô hình không được ước tính trong nghiên cứu này. Các chi phí được quy đổi giá trị về năm 2017.

Thu thập dữ liệu: Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm tất cả các ca bệnh GXĐ hoặc GXCS có độ tuổi từ 40 trở lên nhập viện trong khoảng thời gian từ 01/2014 đến tháng 06/2015 tại bệnh viện Việt Đức và bệnh viện E trung ương. Các GX được xác nhận bằng hình ảnh Xquang. Tiêu chuẩn loại trừ là các bệnh nhân mắc các bệnh lý về xương: ung thư di căn, ung thư xương, u đa tuỷ, bệnh paget và các trường hợp GX do nguyên nhân tai nạn hoặc ngã ở chiều cao lớn hơn tư thế đứng. **Cỡ mẫu nghiên cứu:** Theo nghiên cứu pilot chúng tôi thực hiện, với $s = 16,59$ triệu VNĐ và khoảng sai lệch chấp nhận giữa chi phí trung bình của mẫu và chi phí trung bình của quần thể là 5% (khoảng 2,2 triệu VNĐ).

*Trường Đại học Dược Hà Nội

** Bệnh viện E Trung ương,

*** Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Nữ Hạnh Vân

Email: Hanhvan@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.8.2017

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2017

Ngày duyệt bài: 26.9.2017

Khi đó cỡ mẫu cho mỗi nhóm gãy xương tối thiểu là:

$$n = 1,96^2 \times \frac{16,59^2}{2,2^2} \approx 218$$

Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được nhập liệu sóng đôi. Chi phí được tính bằng số lượng dịch vụ nhân đơn giá của mỗi dịch vụ và được quy đổi về năm 2017 theo chỉ số CPI của thuốc, dịch vụ y tế [1] và được mô tả bằng thống kê bằng giá trị trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn, min, max và 95% CI. Tỷ trọng các nguồn lực cấu thành chi phí được mô tả bằng các tỷ lệ %. So sánh chi phí giữa các nhóm tuổi, giới tính và các đặc điểm khác dựa trên 95%CI. Khoảng tin cậy 95% được ước tính từ kỹ thuật bootstrapping lấy mẫu 10.000 lần có hoàn lại từ số liệu gốc. **Phân tích tính không chắc chắn của kết quả nghiên cứu:** do chi phí đơn vị chưa được tính đúng, tính đủ ở Việt nam (Hiện nay giá dịch vụ y tế ở Việt nam mới được ước tính dựa trên 4/7 yếu tố cấu thành, các chi phí đào tạo, nghiên cứu và chi phí khấu hao nhà, trang thiết bị đồ đạc chưa được đưa vào tính toán). Do vậy, việc sử dụng giá thu viện phí ngày giường nằm viện, thủ thuật phẫu thuật, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và các dịch vụ khác làm chi phí đơn vị sẽ phản ánh thấp hơn chi phí thực sự mà hệ thống y tế đang phải chi trả. Nghiên cứu sẽ phân tích sự thay đổi của chi phí điều trị khi chi phí đơn vị của các nguồn lực (xét nghiệm, thủ thuật phẫu thuật, chẩn đoán hình ảnh, dịch vụ khác) nếu tăng lên theo các kịch bản 10%, 30%, 50%, 80% và 100 % (chi phí đơn vị của thuốc, vật tư y tế, máu/chế phẩm máu có giá thu viện phí bằng giá trúng thầu của bệnh viện đã phản ánh thực sự chi phí của hệ thống y tế).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 2: Chi phí y tế trực tiếp điều trị gãy xương (đơn vị triệu VNĐ)

Loại gãy xương	Chi phí điều trị trung bình					
	mean	SD	95%CI*	median	min	max
GXCS (N=237)	52,59	34,70	48,21-57,03	66,71	1,04	197,70
Không phẫu thuật (N=34)	6,19	4,63	4,75-7,84	4,65	1,04	20,08
Phẫu thuật (N=203)	60,36	31,31	56,12-64,69	68,40	17,93	197,70
GXĐ (N=384)	33,49	27,26	30,78-36,25	18,58	2,41	108,30
<i>Loại gãy xương (ICD)</i>						
S72.0 (N=127)	56,14	29,94	50,86-61,21	65,13	2,74	108,30
S72.1 (N=151)	26,25	19,94	23,23-29,56	17,14	3,64	87,99
S72.2 (N=16)	15,24	5,53	12,57-17,88	15,39	2,46	27,26
S72.3 (N=85)	17,02	10,05	15,10-19,27	15,64	2,41	72,03
S72.4 (N=5)	15,08	2,21	13,34-16,70	14,82	12,29	18,48
<i>Phương pháp điều trị</i>						
Không phẫu thuật (N=36)	6,93	4,20	5,67-8,38	6,31	2,41	23,79

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bệnh nhân GXĐ có độ tuổi trung bình cao hơn bệnh nhân GXCS (68,27 so với 74,41 tuổi). Tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn nam giới. Trên một nửa số bệnh nhân có bệnh lý mắc kèm, đặc biệt ở nhóm gãy xương cột sống (76,40 %). Khoảng 80% bệnh nhân có hiểm y tế.

Bảng 1: Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

	GXĐ (N=384)	GXCS (N=236)
	Tỷ lệ (%)	Tỷ lệ (%)
Giới tính: Nam	36,64	20,56
Nữ	63,36	79,44
Tuổi: ≤60	15,90	24,60
61-70	15,90	33,87
71-80	30,41	29,44
>80	37,79	12,09
Bệnh mắc kèm: 0	49,77	25,40
1	28,57	45,56
2	15,90	18,15
≥3	5,76	10,89
Bảo hiểm: Không	19,12	20,97
Có	80,88	79,03

Chi phí điều trị trung bình: Chi phí y tế trực tiếp của 1 ca gãy xương đùi là 33,49 triệu VNĐ (95% CI 30,78-36,25); thấp hơn chi phí trung bình 1 ca gãy xương cột sống là 52,59 triệu VNĐ (95% CI 48,21-57,03). Tuy nhiên, nếu bệnh nhân GXĐ có chỉ định thay khớp háng lại có chi phí điều trị cao nhất, trung bình 67,22 triệu VNĐ (95% CI: 63,98-70,43) cao hơn chi phí trung bình 1 ca gãy xương cột sống có chỉ định phẫu thuật (60,36 triệu VNĐ, 95% khoảng tin cậy: 56,12-64,69). Gãy cổ xương đùi và gãy liên mấu chuyển là hai dạng phổ biến nhất (73,5%) trong các loại GXĐ. Số ngày nằm viện GXĐ cao hơn GXCS (9,92 ngày, sd= 4,37 so với 5,68 ngày, sd=3,96).

Phẫu thuật (N=348)	36,24	27,17	33,46-39,13	19,69	7,71	108,30
Kết hợp xương (N=219)	17,98	8,07	17,00-19,10	16,44	7,71	72,03
Thay khớp háng (N=129)	67,22	18,76	63,98-70,43	68,44	30,60	108,30

S72.0: Gãy cổ xương đùi. S72.1: Gãy liên mấu chuyển. S72.2 Gãy dưới mấu chuyển, S72.3: Gãy thân xương đùi. S72,4: Gãy đoạn dưới xương đùi.

Cấu phần chi phí: Ở cả 2 nhóm gãy xương đùi và gãy xương cột sống, chi phí vật tư y tế (VTYT) là nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 57,89% và 79,94%. Trong đó chi phí vật tư cao nhất cho bệnh nhân thay khớp háng lên tới 87,5 triệu VNĐ và chi phí VTYT cao nhất cho bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cột sống lên tới 159 triệu VNĐ. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chi phí điều trị trung bình các ca gãy

xương ở các nhóm khác nhau về độ tuổi, giới tính, bệnh mắc kèm hay tham gia BHYT. **Tính không chắc chắn của kết quả nghiên cứu:** Nếu chi phí đơn vị của các loại dịch vụ: xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thủ thuật phẫu thuật, dịch vụ khác tăng lên: TH1: 10%, TH2: 30%, TH3: 50%, TH4: 80%, TH5: 100%, giá trị trung vị của chi phí điều trị gãy xương đùi tăng thêm 31,96% và giá trị trung vị của chi phí điều trị gãy xương cột sống tăng thêm 8,75% khi chi phí đơn vị của các nguồn lực y tế: xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thủ thuật phẫu thuật và dịch vụ khác tăng lên gấp đôi).

Bảng 3: Các nguồn lực cấu thành chi phí y tế trực tiếp trong điều trị gãy xương

Đơn vị: Triệu VNĐ

	Gãy xương đùi			Gãy xương cột sống		
	Mean	95%CI	(%)	Mean	95%CI	(%)
Ngày giường	3,74	3,58-3,90	11,17	2,14	1,96-2,33	4,07
Thuốc, dịch truyền	4,22	3,83-4,66	12,60	1,83	1,58-2,11	3,48
Máu, Chế phẩm máu	1,08	0,95-1,22	3,23	0,06	0,02-0,11	0,11
Xét nghiệm	0,98	0,89-1,08	2,93	0,42	0,35-0,49	0,80
Chẩn đoán hình ảnh	0,68	0,56-0,82	2,03	1,12	0,96-1,31	2,13
Phẫu thuật, thủ thuật	2,74	2,64-2,84	8,18	2,40	2,22-2,62	4,56
Dịch vụ khác	0,66	0,54-0,80	1,97	2,58	2,37-2,80	4,91
Vật tư y tế	19,38	16,97-21,78	57,89	42,04	38,06-46,21	79,94

IV. BÀN LUẬN

Gãy xương có liên quan đến loãng xương là gánh nặng bệnh tật và kinh tế lớn cho xã hội. Chi phí y tế trực tiếp trung bình 1 ca GXĐ được ước tính là 33,49 triệu VNĐ, chi phí điều trị 1 ca GXCS lên tới 52,59 triệu VNĐ. Chi phí trực tiếp 1 ca GXĐ và GXCS cao gấp 4 và 8 lần lần tổng chi tiêu bình quân của 1 người khám chữa bệnh nội trú 7,72 triệu VNĐ (đã quy đổi). So sánh với GDP bình quân đầu người/năm của Việt Nam cùng thời điểm (2.185\$), chi phí điều trị 1 ca gãy xương đùi chiếm 70% GDP bình quân đầu người/năm, thậm chí, chi phí cho 1 ca thay khớp háng còn cao gấp 1,4 lần GDP bình quân đầu người/năm. Tuy nhiên, khi so sánh với kết quả của các nước, chi phí điều trị GX có liên quan đến loãng xương ở Việt nam thấp hơn so với các quốc gia khác trong khu vực: Thái lan 2064\$, Trung Quốc 3688\$, Singapore 8380\$ [6] [4]. Sự khác biệt này có thể giải thích do sự khác nhau về mức sống, chi phí đơn vị các dịch vụ y tế. Thêm vào đó, phương pháp ước tính chi phí trong các nghiên cứu cũng có sự khác biệt: nghiên cứu tại Trung Quốc ước tính chi phí điều trị trong vòng 1 năm bao gồm cả chi phí điều trị

phục hồi, vật lý trị liệu, đối tượng nghiên cứu chỉ bao gồm S72.0, S72.1, S72.2 trong đó gãy cổ xương đùi, gãy liên mấu chuyển là 2 nhóm chiếm chi phí cao nhất trong số các loại gãy xương đùi. Nguyên nhân thứ 2 là do số ngày nằm viện trong nghiên cứu này là 9,92 ngày thấp hơn rất nhiều so với thời gian nằm viện trung bình các nước khác [6]. Về cơ cấu chi phí điều trị trực tiếp: chi phí vật tư y tế, chi phí thuốc, dịch truyền, chi phí ngày giường chiếm tỉ lệ cao nhất cũng cho tương tự kết quả các nghiên cứu khác trên thế giới [59].

Nghiên cứu này có ưu điểm là nghiên cứu đầu tiên ước tính chi phí điều trị các gãy xương có liên quan đến loãng xương ở Việt nam, kết quả có thể ứng dụng trong hoạch định chính sách và là nền tảng cho các nghiên cứu đánh giá kinh tế trong tương lai. Tuy nhiên, nghiên cứu còn tồn tại các hạn chế. Thứ nhất, do ở Việt nam hiện nay chưa có một nghiên cứu về chi phí đơn vị thống nhất cả nước, nghiên cứu này sử dụng giá thu viện phí, do vậy có thể phản ánh không chính xác với chi phí thực sự của hệ thống y tế, tuy nhiên đề tài đã khắc phục bằng đưa ra các phân tích chi phí điều trị sẽ thay đổi như thế nào

khi chi phí đơn vị tăng lên theo các kịch bản. Hai là, nghiên cứu mới đo lường chi phí y tế trực tiếp, chưa đánh giá được gánh nặng do chi phí gián tiếp. Ba là nghiên cứu chỉ xem xét chi phí điều trị nội trú. Mặc dù chi phí nội trú có tỷ trọng lớn nhất so với chi phí ngoại trú và chi phí phục hồi chức năng [5], tuy nhiên, phân tích này ước lượng thấp hơn gánh nặng kinh tế do các gãy xương có liên quan đến loãng xương gây ra.

V. KẾT LUẬN

Gãy xương ở người lớn tuổi, đặc biệt là các dạng gãy xương có liên quan đến loãng xương là gánh nặng bệnh tật và kinh tế lớn cho xã hội. Chi phí y tế trực tiếp điều trị nội trú trung bình 1 ca gãy xương đùi là 33,49 triệu VNĐ, 1 ca gãy xương cột sống lên tới 52,59 triệu VNĐ. Chi phí vật tư y tế chiếm tỷ trọng lớn nhất trong cả hai loại gãy xương. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chi phí điều trị trung bình ở các nhóm độ tuổi, giới tính, bệnh mắc kèm hay tham gia BHYT. Khi chi phí đơn vị tăng lên 100% theo chính sách tính đúng, tính đủ, chi phí điều trị có thể tăng từ 7-30%. Nghiên cứu này có ưu điểm là nghiên cứu đầu tiên ước tính chi phí điều trị các gãy xương có liên quan đến loãng xương

ở Việt nam, kết quả có thể ứng dụng trong hoạch định chính sách và là nền tảng cho các nghiên cứu đánh giá kinh tế trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tổng cục thống kê (2017)**, *Chỉ số giá tiêu dùng*,
2. **Wardlaw D. và Meirhaeghe J.V. (2010)**. Another chapter for vertebral compression fractures. *The Lancet*, **376(9746)**, 1031-1033.
3. **Looker A.C., Orwoll E.S., Johnston C.C. và cộng sự. (1997)**. Prevalence of low femoral bone density in older U.S. adults from NHANES III. *J Bone Miner Res Off J Am Soc Bone Miner Res*, **12(11)**, 1761-1768.
4. **Qu B., Ma Y., Yan M. và cộng sự. (2014)**. The economic burden of fracture patients with osteoporosis in western China. *Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA*, **25(7)**, 1853-1860.
5. **Williamson S., Landeiro F., McConnell T. và cộng sự. (2017)**. Costs of fragility hip fractures globally: a systematic review and meta-regression analysis. *Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA*.
6. **Ambrish Mithal (2013)**, *International Osteoporosis Foundation, The Asian Audit: Epidemiology, costs and burden of osteoporosis in Asia 2013*, International Osteoporosis Foundation.
7. **Sheryl F Vondracek and Sunny A Linnebur (2009)**. Diagnosis and management of osteoporosis in the older senior. *Clin Interv Aging*.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U HẠT THANH QUẢN TÁI PHÁT SAU PHẪU THUẬT BẰNG PPI VÀ TIÊM CORTICOID VÀO TỔN THƯƠNG

Nguyễn Thị Hảo*, Lương Thị Minh Hương**

TÓM TẮT

Corticosteroid là thuốc có tác dụng chống viêm và hạn chế quá trình hình thành tổ chức hạt hiệu quả. Việc tiêm corticoid trực tiếp vào u hạt thanh quản đã được báo cáo, tuy nhiên hiệu quả chưa rõ ràng. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng của tổn thương u hạt thanh quản, yếu tố nguy cơ trào ngược họng – thanh quản và đánh giá kết quả điều trị u hạt thanh quản tái phát sau phẫu thuật bằng PPI và tiêm corticoid vào tổn thương. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu can thiệp lâm sàng được thực hiện trên 31 bệnh nhân u hạt thanh quản tái phát sau phẫu thuật có liên quan đến trào ngược họng thanh quản. Các bệnh nhân được điều trị bằng uống PPI và tiêm triamcinolone 80mg/2ml vào tổn thương dưới gây tê tại chỗ. **Kết quả:** có sự khác biệt đáng kể cả về chỉ số triệu chứng cơ năng và điểm dấu hiệu thực thể của

trào ngược vào tháng thứ 3 và 6 sau điều trị, và có sự cải thiện quan trọng về phân độ u hạt. Không có tái biến. **Kết luận:** Tiêm corticoid vào tổn thương là một phương pháp bổ trợ thêm có hiệu quả bên cạnh điều trị nội khoa bằng PPI trong điều trị u hạt thanh quản tái phát.

Từ khóa: U hạt thanh quản tái phát, tiêm steroid, PPI

SUMMARY

EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF PPI WITH STEROID INJECTION IN PATIENTS WITH RECURRENT POST-OPERATIVE LARYNGEAL GRANULOMA

Steroids are potent inhibitors of inflammation and wound repair. Local administration of steroids directly into the laryngeal granuloma has been reported, but its role remains unclear. **Objective:** to evaluate the effectiveness of intralesional corticosteroid injection in patients with laryngeal granuloma and to describe its advantages and limitations in this group of patients. **Subjects and methods:** prospective interventional research on 31 patients of recurrent post-op laryngeal granuloma related with LPR. Patients were injected

*Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hảo

Email: nguyenhao.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.9.2017

Ngày duyệt bài: 26.9.2017

with Triamcinolone acetate 80mg/2ml directly under local anesthesia and oral PPI. **Results:** there were significant differences in both reflux symptom index and reflux finding scores at months 3 and 6, and there were significant improvement of granuloma. There were no complications. **Conclusion:** steroid injections are a valuable adjunct in management of recurrent contact granuloma.

Keywords: recurrent laryngeal granuloma, steroid injection, PPI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U hạt thanh quản (UHTQ) là tổn thương lành tính của thanh quản, thường gặp ở một phần ba sau dây thanh, hình thành do sự quá phát tổ chức hạt từ vết loét trên niêm mạc thanh quản, có thể ở một bên hoặc cả 2 bên.

Các yếu tố nguy cơ của UHTQ gồm: lạm dụng giọng, bệnh trào ngược dạ dày thực quản, tiền sử đặt ống nội khí quản. Phẫu thuật cắt u hạt được chỉ định để chẩn đoán mô bệnh học hoặc khi ảnh hưởng đến đường thở và phát âm. Tuy nhiên tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật còn cao, có thể lên tới gần 92% [1]. Trên thế giới có nhiều biện pháp được khuyến cáo điều trị nội khoa u hạt tái phát: thuốc ức chế bơm proton (PPI), thay đổi lối sống, luyện giọng, hoặc hít triamcinolone, tiêm corticoid tại chỗ... tuy nhiên kết quả còn chưa được thống nhất. Thuốc PPI đã được sử dụng từ lâu trong điều trị u hạt do trào ngược họng – thanh quản (LPR) cho thấy đây là phương pháp có hiệu quả, dung nạp tốt, tuy nhiên tỷ lệ tái phát vẫn còn cao và thời gian điều trị dài.

Corticoid là một hormone steroid có tác dụng chống viêm mạnh, phổ biến, vì vậy một số tác giả đã đề xuất phương pháp điều trị tiêm corticoid tại chỗ vào tổn thương u hạt cho thấy có hiệu quả cao trong giảm kích thước u hạt và giảm thời gian điều trị so với chỉ điều trị chống trào ngược đơn thuần [2]

Đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị u hạt thanh quản do trào ngược tái phát sau phẫu thuật bằng PPI và tiêm corticoid vào tổn thương" được thực hiện với mục tiêu: 1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng của tổn thương u hạt thanh quản và yếu tố nguy cơ trào ngược họng – thanh quản.* 2. *Đánh giá kết quả điều trị u hạt thanh quản tái phát sau phẫu thuật bằng PPI và tiêm corticoid vào tổn thương*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán u hạt thanh quản, được phẫu thuật cắt toàn bộ khối u, kết quả Giải phẫu bệnh (GPB): u hạt; có tái phát sau phẫu thuật

- Điểm RSI > 13 và RFS > 7
- Bệnh nhân được điều trị bằng PPI, thay đổi lối sống chế độ ăn, tiêm corticoid tại chỗ u hạt
- Được theo dõi đánh giá kết quả điều trị trong 3 - 6 tháng.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân chưa được chẩn đoán bằng GPB hoặc đã điều trị các phương pháp khác ngoài nghiên cứu

- Các trường hợp chống chỉ định của biện pháp điều trị: suy tim, bệnh tiểu đường, nhiễm nấm toàn thân, bệnh lao nặng, tăng huyết áp, loãng xương...

- Điểm RSI ≤ 13 và RFS ≤ 7

- UHTQ do nguyên nhân khác: chấn thương do soi thanh quản, sau đặt nội khí quản

- Không được theo dõi và đánh giá kết quả đầy đủ.

- 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 UHTQ tái phát sau phẫu thuật do trào ngược họng thanh quản (LPR), được điều trị bằng PPI và tiêm corticoid vào u hạt.

2.3. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội soi – Bệnh viện Tai mũi họng TW

2.4. Thời gian nghiên cứu: tháng 07/2016 tới tháng 10/2017

2.5. Phương tiện nghiên cứu:

- Bệnh án mẫu với đầy đủ thông tin: tuổi, giới, nghề nghiệp, các yếu tố nguy cơ

+Triệu chứng cơ năng: theo thang điểm RSI – với RSI > 13

+Triệu chứng thực thể: Theo thang điểm RFS – với RFS >7. Đánh giá vị trí, số lượng, kích thước, hình thái, bề mặt, phân độ u hạt theo phân độ Farwell và Belafsky.

+ Thông tin về các lần phẫu thuật cắt u hạt: Số lần phẫu thuật. Thời gian tái phát sau mỗi lần phẫu thuật. Điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật không.

- Đánh giá đáp ứng điều trị:

+Đánh giá cải thiện triệu chứng cơ năng, thực thể theo thang điểm RSI, RFS

+Sự thay đổi kích thước u hạt theo bảng phân độ của Farwell và Belafsky: Tốt (giảm 2 độ hoặc tiêu biến hoàn toàn), khá (giảm 1 độ), kém (không giảm độ hoặc to lên).

+ Đánh giá tại thời điểm kết thúc nghiên cứu: khỏi hoàn toàn, đáp ứng một phần, không đáp ứng, liên quan đến số lần tiêm, thời gian khỏi trung bình

2.6. Xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm SPSS 20

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Được sự đồng ý của bệnh nhân, thông tin được giữ bí mật, các kết quả chỉ nhằm mục đích nghiên cứu và phục vụ việc khám chữa bệnh

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và một số yếu tố liên quan của u hạt thanh quản tái phát sau phẫu thuật

Đặc điểm tuổi: Độ tuổi mắc bệnh trung bình $47,8 \pm 7,6$, thấp nhất 29, cao nhất 66. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất từ 36 đến 55 tuổi chiếm tỷ lệ 80,6%.

Đặc điểm giới: 100% là nam giới. Không gặp bệnh nhân là nữ.

Các yếu tố nguy cơ: chỉ có 19,4% số bệnh nhân có nghề nghiệp liên quan đến việc sử dụng giọng nhiều như giáo viên, ca sỹ, bán hàng, luật sư...

Các yếu tố nguy cơ hút thuốc có 25,9%, uống rượu 41,9%, nghiện caffeine 3,2%, ăn tối muộn 22,6%. Tuy nhiên số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn để đánh giá được hết tác động của các yếu tố nguy cơ lên bệnh sinh UHTQ.

Số lần phẫu thuật trung bình: 1,3 lần, ít nhất 1 lần, nhiều nhất 3 lần. Đa số phẫu thuật 1 lần chiếm 74,2%. Các bệnh nhân sau phẫu thuật đều được điều trị kháng sinh, steroid ngăn ngừa và thuốc chống trào ngược. Điều này cho thấy UHTQ có tỷ lệ tái phát cao sau phẫu thuật dù đã áp dụng các phương pháp điều trị hỗ trợ.

Triệu chứng cơ năng: triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là cảm giác dị vật họng (90,3%), ho sau khi ăn hoặc nằm (90,3%) với mức độ trung bình nặng nhất lần lượt là $2,7 \pm 1,2$ và $2,6 \pm 1,4$. Đắng hăng (83,9%) và nhiều dịch nhầy trong họng (83,9%) thường gặp, các triệu chứng thường ở mức độ trung bình. Tổng điểm RSI trung bình là $16,2 \pm 3,0$.

Các triệu chứng ít gặp là khó thở (22,6%) và nuốt khó (38,7%), có mức độ nặng nhẹ nhất: khó thở $0,3 \pm 1,5$ và nuốt khó $0,8 \pm 1,2$, không có bệnh nhân nào khó thở mức độ nặng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hillel và Phạm Thanh Hương.

Triệu chứng thực thể: Triệu chứng phì đại mép sau gặp 100% ở các mức độ từ nhẹ đến vừa, điểm trung bình là $1,8 \pm 0,5$, không có tắc nghẽn. Triệu chứng phù nề dây thanh và phù nề thanh quản chiếm 100% các bệnh nhân, chủ yếu là mức độ nhẹ tới trung bình lần lượt là $1,4 \pm 0,5$ và $1,0 \pm 0,2$. Tổng điểm RFS trung bình là $10,8 \pm 1,7$.

Ngoài ra các triệu chứng hay gặp là xóa buồng thanh thất (77,4%). Triệu chứng rãnh dây

thanh giả gặp với tỷ lệ ít (16,1%) nhưng là triệu chứng có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán LPR.

Đặc điểm u hạt: Tất cả các trường hợp đều có u hạt ở vùng mẫu thanh, bên trái gặp với tỷ lệ cao hơn 64,5%, tương tự nghiên cứu của Hillel, Holinger. Có 2 bệnh nhân u hạt 2 bên chiếm 6,5%, tương tự nghiên cứu của Phạm Thanh Hương (6,5%), của Manish 3/21.

U hạt thường có hình dạng một khối tròn, không chia thùy hoặc chia nhiều thùy, bề mặt nhẵn, chỉ có 19,4% trường hợp có sùi hoặc loét bề mặt u hạt.

Theo phân độ u hạt của Farwell và Belafsky, có 67,7% u hạt độ II, 19,4% u hạt độ III và 12,9% u hạt độ IV, không có u hạt độ I tại thời điểm nghiên cứu, do những bệnh nhân u hạt độ I tại thời điểm phát hiện không chỉ định tiêm corticoid vào tổn thương

Về liên quan giữa phân độ u hạt và triệu chứng cơ năng: chỉ số RSI có xu hướng tăng dần ở những bệnh nhân có phân độ u hạt lớn dần.

Về liên quan giữa phân độ u hạt và triệu chứng thực thể của LPR: không có sự khác biệt về chỉ số RFS với các độ u hạt, có thể do tổn thương u hạt chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố: cách phát âm, sử dụng giọng nên khó đánh giá được chính xác mối liên quan giữa phân độ u hạt và triệu chứng thực thể của LPR.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị UHTQ tái phát sau phẫu thuật bằng thuốc PPI phối hợp corticoid tiêm tại chỗ

Thay đổi triệu chứng cơ năng: Tổng điểm RSI, tần suất xuất hiện triệu chứng và mức độ nặng của triệu chứng giảm sau 3 tháng và 6 tháng điều trị. Tổng điểm RSI trung bình trước điều trị $16,2 \pm 3,0$, sau điều trị 3 tháng và 6 tháng là $7,5 \pm 3,8$ và $3,5 \pm 2,9$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là cảm giác dị vật họng, gặp với tần suất cao kể cả sau điều trị, tuy nhiên mức độ nặng giảm có ý nghĩa thống kê

Các triệu chứng cơ năng khác như khàn tiếng, đắng hăng, nhiều dịch nhầy họng, nóng rát ngực, tần suất xuất hiện và mức độ nặng cũng giảm đáng kể

Thay đổi triệu chứng thực thể: Tổng điểm RFS trước điều trị là $10,8 \pm 1,7$, giảm dần sau 3 tháng ($7,0 \pm 2,6$) và 6 tháng ($3,3 \pm 2,4$) điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Triệu chứng giảm nhiều là phù nề dây thanh, phù nề thanh quản, xóa buồng thanh thất. Tại thời điểm 6 tháng trong quá trình theo dõi, dấu

hiệu phì đại mép sau giảm không đáng kể ($>50\%$ sau 6 tháng điều trị), tuy nhiên về mức độ nặng giảm có ý nghĩa từ $1,8 \pm 0,5$ xuống $0,62 \pm 0,49$.

Về kết quả điều trị u hạt:

Bảng 3.1. Mức độ đáp ứng điều trị

Thời điểm Kết quả ĐT	Sau 3 tháng		Sau 6 tháng	
	N	%	n	%
Kém	7	22,6	1	3,4
Khá	17	54,8	16	55,2
Tốt	7	22,6	12	41,4
Tổng	31	100	29	100

Sau 3 tháng điều trị có 7 bệnh nhân tiến triển tốt, 17 khá, 7 kém chiếm 22,6%. Theo nghiên cứu của Phạm Thanh Hương chỉ điều trị bằng



Ảnh 3.1. BN Nguyễn Văn P. U hạt màu thanh bên phải, trước điều trị

Liên quan giữa kết quả điều trị và phân độ u hạt: Sau 3 tháng, kết quả điều trị khác biệt không rõ rệt giữa các độ u hạt. Sau 6 tháng, kết quả điều trị có sự khác biệt giữa các độ u hạt, độ III đáp ứng tốt nhất, độ II đa phần đáp ứng khá, 1 trường hợp độ IV đáp ứng kém.

Liên quan giữa số lần tiêm và phân độ u hạt: số lần tiêm trung bình là $2,6 \pm 0,6$, số bệnh nhân tiêm 1 lần ít nhất (2 BN), tiêm 2 lần có 10 BN, 3 lần có 19 BN. Không có sự liên quan giữa số lần tiêm corticoid với phân độ u hạt tại thời điểm trước điều trị.

Hiệu quả điều trị: Thời gian theo dõi ngắn nhất 3 tháng, dài nhất 15 tháng, đánh giá có 45,2% (14/31) khỏi hoàn toàn, không tái phát trong thời gian theo dõi, thời gian khỏi trung bình là $5,7 \pm 4,0$ tháng, trong đó 71,4% (10/14) trường hợp khỏi trong 6 tháng đầu, 4/10 bệnh nhân có thời gian khỏi sau 6 tháng.

Bệnh nhân u hạt độ II đều đáp ứng với điều trị, có 33,3% khỏi hoàn toàn. Các bệnh nhân u hạt độ III khỏi 100% đến thời điểm kết thúc nghiên cứu. U hạt độ IV có 4 trường hợp, trong đó 1 trường hợp khỏi hoàn toàn, 2 trường hợp đáp ứng một phần (giảm xuống độ III, II hoặc I), chỉ có 1 trường hợp đáp ứng kém có xu hướng to lên sau 3 lần tiêm và điều trị nội khoa. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,003$.

PPI, trong 3 tháng đầu chỉ có 38,7% đáp ứng với điều trị, có tới 61,3% không cải thiện. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Có 29 bệnh nhân được theo dõi sau 6 tháng, trong đó có 28/29 bệnh nhân tiến triển tốt hoặc khá (96,6%), 1 bệnh nhân không đáp ứng điều trị (3,4%). Trong nghiên cứu của Phạm Thanh Hương, các bệnh nhân chỉ điều trị nội khoa, có 4/24 bệnh nhân (16,7%) không cải thiện. Như vậy những bệnh nhân UHTQ tái phát sau phẫu thuật được điều trị đồng thời PPI và tiêm corticoid tại chỗ có sự cải thiện đáng kể về mức độ u hạt và thời gian đáp ứng điều trị ngắn hơn so với chỉ điều trị PPI đơn thuần.



Ảnh 3.2. BN Nguyễn Văn P. 4 tháng sau tiêm lần 3

Về tác dụng không mong muốn: Chúng tôi không ghi nhận các triệu chứng dị ứng thuốc, tiêu chảy hay các dấu hiệu khác không mong muốn của Pariet 20mg cũng như của corticoid

III. KẾT LUẬN

U hạt thanh quản tái phát sau phẫu thuật có yếu tố nguy cơ trào ngược họng thanh quản thường gặp ở nam, trung niên, liên quan đến lạm dụng giọng

Triệu chứng cơ năng thường gặp và mức độ nặng nhất là cảm giác dị vật họng, ho sau khi ăn hoặc nằm. Các triệu chứng đờ đặng, nhiều dịch nhày họng, khó chịu do ho, khàn tiếng thường gặp. Khó nuốt và khó thở gặp với tần suất thấp và mức độ nhẹ

Triệu chứng thực thể thường gặp là phì đại mép sau, phù nề dây thanh và thanh quản, sung huyết

U hạt ở trong nghiên cứu gồm độ II, III, IV, thường bên trái, có thể 1 hoặc nhiều thùy, chủ yếu là nhẵn, ít sùi loét.

Sau điều trị PPI và tiêm corticoid vào tổn thương, các triệu chứng cơ năng và thực thể đều giảm có ý nghĩa về cả tổng điểm, tần suất và mức độ nặng

Kích thước u hạt giảm có ý nghĩa sau điều trị tiêm corticoid 3 tháng – 6 tháng, so sánh với chỉ điều trị nội khoa thông thường. Kết quả điều trị u hạt không liên quan đến số lần tiêm

Trong thời gian theo dõi ngắn nhất 3 tháng, dài nhất 15 tháng, đánh giá có 45,2% (14/31) khỏi hoàn toàn, không thấy tái phát trong thời gian theo dõi, thời gian khỏi trung bình là $5,7 \pm 4,0$ tháng, trong đó 71,4% (10/14) trường hợp khỏi trong 6 tháng đầu, 4/10 bệnh nhân có thời gian khỏi sau 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ylitalo, R. and P.A. Lindestad, *Laryngeal findings in patients with contact granuloma: a long-term follow-up study*. Acta Otolaryngol, 2000. **120**(5): p. 655-9.
2. Wang, C.P., et al., *Vocal process granuloma - A result of long-term observation in 53 patients*. Oral Oncol, 2009. **45**(9): p. 821-5.
3. Tian, S.Y., et al., *Analysis of the curative effect of intralesional steroid injection combined with acid-suppressive therapy for laryngeal contact granuloma*. Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi, 2016. **51**(2): p. 90-4.
4. Phạm Thanh Hương, Lương Minh Hương., *Đánh giá kết quả điều trị nội khoa u hạt thanh quản tái phát sau phẫu thuật*. 2015, Đại học Y Hà Nội.
5. Farwell, D.G., P.C. Belafsky, and C.J. Rees, *An endoscopic grading system for vocal process granuloma*. J Laryngol Otol, 2008. **122**(10): p. 1092-5.
6. Hillel, A.T., et al., *Inhaled triamcinolone with proton pump inhibitor for treatment of vocal process granulomas: a series of 67 granulomas*. Ann Otol Rhinol Laryngol, 2010. **119**(5): p. 325-30.
7. Wang, C.T., et al., *Intralesional steroid injection: an alternative treatment option for vocal process granuloma in ten patients*. Clin Otolaryngol, 2013. **38**(1): p. 77-81.

ẢNH HƯỞNG CỦA HÔI XUÂN HOÀN TRÊN NIỄM SẮC THỂ TINH HOÀN CHUỘT

Đoàn Minh Thụy*

TÓM TẮT

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định ảnh hưởng trên niễm sắc thể mô tinh hoàn của Hội xuân hoàn (HXH). **Đối tượng và phương pháp:** 45 chuột nhắt trắng đực Mus musculus chủng Swiss, 4 tuần tuổi. Chuột được chia làm 03 lô, tách riêng đực cái; Lô chứng không dùng thuốc; Lô HXH liều 3g/kg TLCT; Lô HXH liều 9g/kg TLCT, dùng liên tục trong 30 ngày. Vào ngày thứ 31 giết chuột, lấy tế bào mô tinh hoàn để đánh giá ảnh hưởng của HXH trên niễm sắc thể. **Kết quả và kết luận:** HXH không gây ra các đột biến về số lượng cũng như đột biến cấu trúc NST tế bào mô tinh hoàn chuột thực nghiệm khi so sánh với lô chứng.

Từ khóa: NST mô tinh hoàn chuột thực nghiệm, Hội xuân hoàn.

SUMMARY

THE AFFECTS OF HOIXUANHOAN ON TESTICLE CHROMOSOMES OF WHITE MICES

This study was conducted to determine the affect of HXH on testicle-chromosomes. **Subjects and Methods:** 45 male mices Mus musculus, Swiss, age of 4 weeks. The mices were divided into 3 groups: The control group were taken placebo; The study I taken HXH 3g/kg BW; The study II taken HXH 9g/kg BW; The mices were kept taking dose for 30 days

consecutively. On the 31st day, all mices were killed to test their testicle-chromosomes. **Results & Conclusions:** HXH has not caused mutations in the number and structure of testicle chromosomes of experimental mices when compared to the control.

Key words: testicle chromosomes of experimental mices, Hoixuanhoan

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô sinh là tình trạng vợ chồng sau một năm chung sống, quan hệ tình dục bình thường, không sử dụng bất kỳ biện pháp tránh thai nào mà người vợ vẫn chưa có thai. Vô sinh xảy ra trong khoảng 10-15% các cặp nam nữ muốn có con.

Y học hiện đại đã có nhiều thành tựu khoa học trong điều trị vô sinh, nhưng đến nay vẫn chưa đạt được kết quả như ý và kinh phí điều trị thường còn cao. Việc tìm kiếm các phương pháp, các thuốc điều trị có hiệu quả vẫn là vấn đề thực tiễn, thời sự, cấp thiết đem lại hạnh phúc cho người bệnh, gia đình và xã hội.

Các phương pháp y học cổ truyền có tác dụng điều trị vô sinh được ghi trong y văn từ xa xưa nhưng chưa có nhiều công trình nghiên cứu đánh giá một cách hệ thống, khoa học.

Hội xuân hoàn gồm những vị thuốc có tác dụng bổ can thận, ích tinh dưỡng huyết. Chủ trị chứng thận dương bất túc, tinh huyết hư. Để có cơ sở khoa học và đảm bảo tính an toàn khi đưa bài thuốc vào sử dụng trong lâm sàng điều trị vô sinh. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Nghiên cứu ảnh hưởng của HXH trên niễm sắc thể mô tinh hoàn chuột nhắt trắng.*

*Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Minh Thụy
Email: doanminhthuyvn@yahoo.com
Ngày nhận bài: 18.7.2017
Ngày phản biện khoa học: 5.9.2017
Ngày duyệt bài: 14.9.2017

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu

- Thành phần bài thuốc HXH: Thục địa (*Radix Rehmanniae glutinosae praeparata*) 24g, Sơn thù (*Fructus Corni*) 12g, Hoài sơn (*Rhizoma Dioscorea persimilis*) 16g, Cam thảo (*Radix Glycyrrhizae*) 12g, Quế nhục (*Cortex Cinnamomi*) 12g, Phụ tử chế (*Radix Aconiti lateralis praeparata*) 12g, Đỗ trọng (*Cortex Eucommiae*) 16g.

- Viên nang HXH được sản xuất tại Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.

Dạng bào chế: viên nang cứng, hàm lượng 500mg. Các dược liệu đạt tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam III; Cao khô dược liệu đạt tiêu chuẩn dược điển Việt Nam III.

Viên nang cứng 500mg, với nguyên liệu là cao khô dược liệu, thuốc đạt tiêu chuẩn cơ sở dựa trên tiêu chuẩn cao thuốc trong Dược điển Việt Nam III.

2.2. Động vật nghiên cứu: 45 chuột nhắt trắng đực *Mus musculus* chủng Swiss, 4 tuần tuổi. Tất cả chuột được nuôi trong điều kiện chuẩn tại phòng chăn nuôi thực nghiệm của Bộ môn Dược lý - Học viện Quân Y với cùng điều kiện về nhiệt độ, độ ẩm, tỉ lệ thời gian sáng tối là 12/12, nước uống sạch, thức ăn do Trung tâm Động vật thí nghiệm Học viện Quân Y cung cấp.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Thực hiện theo mô hình hướng dẫn về nghiên cứu ảnh hưởng trên di truyền thuốc thảo dược của Tổ chức Y tế thế giới 1993 [1] và của Tổ chức các nước phát triển Châu Âu (OECD) [2]; có áp dụng tiêu chuẩn Việt Nam [3],[4].

2.3.1. Chỉ số nghiên cứu: Số lượng nhiễm sắc thể (NST) tế bào tinh hoàn: lệch bội, đa bội.

Cấu trúc NST tế bào tinh hoàn: gap, đứt, chuyển đoạn, nhiều tâm, đơn trị NST thường, đơn trị NST giới tính...

Cả cụm NST: không bắt màu, nát vụn.

2.3.2. Quy trình nghiên cứu

Liều thuốc: Liều 1: 3g/kg TLCT chuột; Liều 2 (gấp 3 liều 1): 9g/kg TLCT chuột (Liều 1 được ngoại suy từ liều điều trị dùng trên người nhân hệ số 10 [4]). Thời gian dùng thuốc 30 ngày. 45 chuột nhắt trắng, chia ngẫu nhiên vào 3 lô: Lô không ăn thuốc, Lô thuốc HXH liều 1, Lô thuốc HXH liều 2.

2.4. Xử lý số liệu: Các số liệu nghiên cứu thực nghiệm được xử lý bằng phần mềm Microsoft Office Excel 2003 và Epi Info 6.04.

2.5. Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bộ Môn Dược lý – Học viện Quân Y và bộ môn Y sinh học & Di truyền – đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ

Ảnh hưởng của HXH trên số lượng và cấu trúc NST tùy chuột được trình bày ở các bảng và hình sau:

Bảng 3.1. Đột biến chromatid, rối loạn cụm NST tinh hoàn: lô chứng - liều 1- liều 2

Lô	Số mẫu quan sát	Số tế bào quan sát	Đột biến chromatid	Đột biến NST	Rối loạn cụm
Chứng	15	750	0	0	0
Liều 1	15	750	0	0	0
Liều 2	15	750	0	0	0

Không phát hiện thấy đột biến kiểu chromatid, đột biến NST, rối loạn cụm trong tất cả các mẫu quan sát.

Bảng 3.2. Đột biến đơn trị NST thường, đơn trị NST X-Y: lô chứng - liều 1- liều 2

Lô	Số mẫu quan sát	Số tế bào quan sát	Đơn trị NST thường	Đơn trị NST X-Y	Tổng
Chứng	15	750	25(3,33%)	23(3,06%)	48(6,4%)
Liều 1	15	750	16(2,13%)	17(2,27%)	33(4,4%)
Liều 2	15	750	12(1,6%)	39(5,2%)	51(6,8%)
So sánh chứng - liều 1			$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$
So sánh chứng - liều 2			$p < 0.05$	$p < 0.05$	$p > 0.05$
So sánh liều 1-liều 2			$p > 0.05$	$p < 0.05$	$p > 0.05$

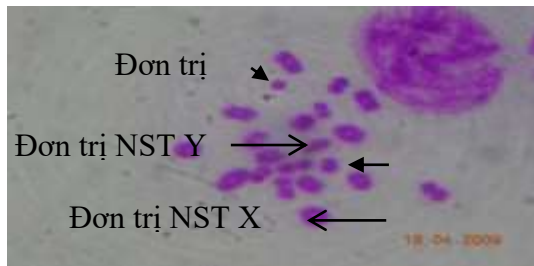
Kết quả từ bảng 3.1 cho thấy:

Tỉ lệ đơn trị NST thường liều 2 thấp hơn lô chứng ($p < 0,05$).

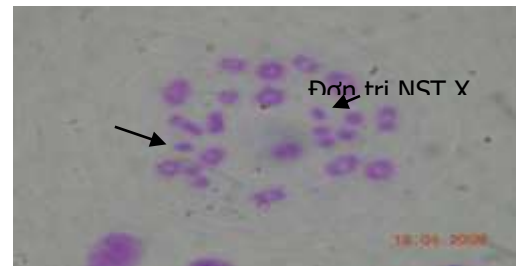
Tỉ lệ đơn trị NST X-Y ở liều 2 cao hơn lô chứng ($p < 0,05$).

Tổng số đột biến cấu trúc (NST thường và NST giới tính) của các lô thuốc, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với lô chứng ($p > 0,05$).

Đơn trị NST thường, đơn trị NST X-Y (Hình 3.1 và 3.2):



Hình 3.1. Đơn trị NST X-Y mô tinh hoàn (Giêmsa $\times 1000$)



Hình 3.2. Đơn trị NST thường mô tinh hoàn (Giêmsa $\times 1000$)

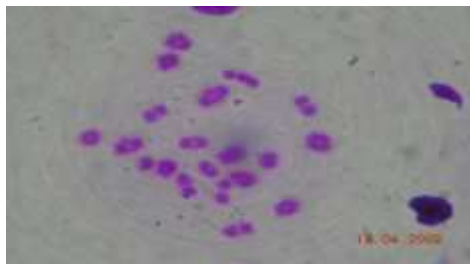
Bảng 3.3. Độ biến số lượng NST tinh hoàn: Lô chứng -Liều 1-Liều 3

Lô	Số mẫu nghiên cứu	Số tế bào quan sát	Số NST < 40	Số NST = 40	Số NST > 40	Số NST đa bội
Chứng	15	750	18 (2,4%)	719 (95,87%)	0 (0%)	13 (1,73%)
Liều 1	15	750	14 (1,87%)	709 (94,53%)	3 (0,4%)	24 (3,2%)
Liều 3	15	750	30 (4%)	713 (95,07%)	1 (0,13%)	6 (0,8%)
So sánh Chứng-Liều 1			$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$
So sánh Chứng - Liều 3			$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$
So sánh Liều 1-Liều 3			$p < 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p < 0.05$

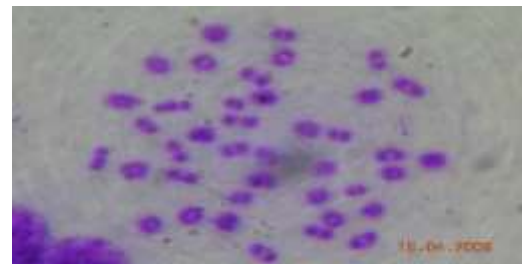
Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ độ biến số lượng NST ở tế bào tinh hoàn chuột nhắt trắng giữa các lô thuốc và lô chứng.

Tỉ lệ lệch bội (<40 NST) liều 2 cao hơn liều 1, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỉ lệ đa bội (3n, 4n) liều 2 thấp hơn liều 1, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Cụm NST bình thường và đa bội mô tinh hoàn (hình 3.3 và 3.4):



Hình 3.3. Cụm NST bình thường mô tinh hoàn (Giêmsa $\times 1000$)



Hình 3.4. Cụm NST đa bội mô tinh hoàn (4n) (Giêmsa $\times 1000$)

IV. BÀN LUẬN

Thuốc gây biến chứng ít có khả năng gây ra những thay đổi NST của những tế bào bình thường. Nhưng có thể gây ra những rối loạn NST của tế bào mô tinh hoàn là những mô phát triển mạnh và có nhiều tế bào đang phân chia. Mặt khác, thuốc được dự định sử dụng trên lâm sàng điều trị vô sinh nam. Như vậy, thuốc sẽ trực tiếp hoặc gián tiếp tác động vào mô tinh hoàn.

Những biến đổi số lượng NST có thể là lệch bội ($2n \pm 1$; $2n \pm 2$) hoặc đa bội (3n, 4n), phát sinh thường do sự không phân ly của NST trong quá trình phân bào. Trong phân bào sẽ có nhiều loại tổ hợp phức tạp khác nhau, tạo ra những tế bào mới mất cân bằng di truyền.

Đột biến cấu trúc NST gồm: đột biến cấu trúc kiểu NST và đột biến cấu trúc chromatid. Những rối loạn sau giai đoạn tổng hợp DNA trong gian kỳ, có thể gây đột biến cấu trúc chromatid hoặc đột biến kiểu NST. Ở thời gian này chromatid nào bị tác động bởi tác nhân gây đột biến thì chromatid đó bị rối loạn trong khi chromatid kia vẫn bình thường. Hoặc khi tác nhân gây đột biến mạnh sẽ tác động vào cả hai chromatid ở vị trí tương đồng do vậy sẽ gây đột biến kiểu NST. Ngược lại những đột biến xuất hiện trước giai đoạn tổng hợp DNA (trước khi NST nhân đôi), đột biến trên NST sẽ được nhân đôi, kết quả là ở cả hai chromatid đều có tổn thương ở một nơi tương đồng, những tổn thương loại này là đột biến cấu trúc kiểu NST.

Thuốc nếu gây đột biến trong quá trình tạo giao tử sẽ là những biến đổi di truyền và được truyền cho thế hệ sau.

Bình thường ở kỳ giữa tinh bào I, các NST tồn tại dưới dạng các thể lưỡng trị, nếu các NST trong thể lưỡng trị tách nhau sớm gọi là thể đơn trị, có thể là đơn trị NST thường hoặc đơn trị NST giới tính. Đột biến này thường do các tác nhân gây rối loạn thoi vô sắc hoặc đứt thoi vô sắc.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tần số rối loạn số lượng NST ở tế bào mô tinh hoàn của chuột cả hai liều 1 và liều 2 đều không có sự khác biệt so với lô chứng. Tần số rối loạn cấu trúc kiểu đơn trị NST thường ở tế bào mô tinh hoàn của chuột ở cả hai liều 1 và liều 2 đều không có sự khác biệt so với lô chứng. Kết quả này cũng tương tự như kết quả chứng của Đỗ Trung Đàm [4], Phan Hoài Trung [5].

Tần số rối loạn cấu trúc kiểu đơn trị NST giới tính ở tế bào mô tinh hoàn của chuột ở liều I không có sự khác biệt so với lô chứng, ở liều 2 cao hơn lô chứng. Tuy nhiên, tổng số đột biến cấu trúc lại không có sự khác biệt so với lô chứng (bảng 3.1). Kết quả này cũng tương đương với chứng của Đỗ Trung Đàm (5,3% liều 2, so với chứng 5,21 ± 2,08 %) [4]. HXH có tác dụng làm biểu mô tinh tăng sinh trên chuột thực [6][7]. Đặc biệt ở liều gấp đôi liều điều trị, HXH làm tế bào biểu mô tinh tăng sinh rất mạnh. Khi quá trình tăng sinh tế bào xảy ra quá mạnh, cơ thể không sửa chữa kịp những sai sót. Vì vậy, có thể đã biểu hiện sự sai sót trong ghép cặp các NST giới tính. Đây cũng là cơ sở cho việc tính

liều sử dụng trên lâm sàng, liều 1 ưu việt hơn liều 2.

V. KẾT LUẬN

HXH ở hai liều 3g/kg TLCT và liều 9g/kg TLCT dùng trong 30 ngày không gây ra các đột biến về số lượng cũng như đột biến cấu trúc ở NST tế bào mô tinh hoàn chuột thực nghiệm so với lô chứng. Liều 1 ưu việt hơn liều 2

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization** (1993), Research Guidelines for Evaluating the Safety and Efficacy of Herbal Medicines, Manila, Philipin, pp 35 - 58.
2. **Gad, Shayne C.** (2002), "Subchronic and Chronic Toxicity Studies", *Drug Safety Evaluation*, Wiley - Interscience, a John Wiley and Sons, Inc., Publication, 1, pp. 237-57.
3. **Bộ Y Tế** (1996) "Phụ lục 3: Hướng dẫn về khảo sát độc tính thuốc cổ truyền", *Hướng dẫn nghiên cứu đánh giá tính an toàn và hiệu lực thuốc cổ truyền Việt Nam*, tr. 41-6.
4. **Đỗ Trung Đàm** (2006), *Phương pháp nghiên cứu tác dụng dược lý của thuốc từ dược thảo*, NXB Khoa học và Kỹ thuật Hà Nội, tr. 335- 42, 347-52, 355-368, 377-392
5. **Phan Hoài Trung** (2004), "Nghiên cứu tính an toàn và tác dụng của bài thuốc "Sinh tinh thang" đến số lượng, chất lượng tinh trùng", *Luận án tiến sĩ y học*, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Đoàn Minh Thụy, Trương Việt Bình, Quân Hoàng Lâm, Vũ Mạnh Hùng** (2013), "Tác dụng của bài thuốc HXH trên hình thái tinh hoàn chuột cống trắng". *Tạp chí Y học Việt Nam*; 2013. tập 403, tr 587-593.
7. **Đoàn Minh Thụy, Trương Việt Bình, Quân Hoàng Lâm, Vũ Mạnh Hùng** (2011), "Tác dụng của viên nang HXH lên hình thái cấu trúc tinh hoàn bị tổn thương do nhiệt", *Tạp chí Y học thực hành*; Số 769+770, tr 273-279

SO SÁNH TÁC ĐỘNG BỔ SUNG ĐA VI CHẤT VỚI SẮT - ACID FOLIC Ở PHỤ NỮ MANG THAI ĐỐI VỚI CHIỀU CAO, CÂN NẶNG TRẺ SƠ SINH

Phạm Quốc Hùng¹, Lê Danh Tuyên², Nguyễn Công Khanh³,
Nguyễn Đỗ Huy², Trần Thúy Nga², Đặng Đình Thoảng⁴

TÓM TẮT

Nghiên cứu có đối chứng, ngẫu nhiên cụm, mù đôi nhằm so sánh hiệu quả bổ sung đa vi chất (ĐVC) với

sắt - acid folic (SAF) ở phụ nữ mang thai (PNMT) đối với chiều cao sơ sinh (CCSS), cân nặng sơ sinh (CNSS). Nghiên cứu được hoàn thành tại Hà Nam vào tháng 2/2015 với 202 PNMT bổ sung ĐVC và 202 PNMT bổ sung SAF từ khi thai 6-16 tuần tới sau sinh 3 tháng. Kết quả nghiên cứu cho thấy bổ sung ĐVC cho PNMT đã cải thiện CCSS, CNSS tốt hơn bổ sung SAF với mức có ý nghĩa thống kê. CCSS trung bình ở nhóm ĐVC (49,8 ± 2,8 cm) cao hơn nhóm SAF (49,0 ± 2,21cm). CNSS trung bình ở nhóm ĐVC (3233 ± 359g) cao hơn nhóm SAF (3161 ± 335g). Tỷ lệ nhẹ cân so với tuổi thai ở nhóm ĐVC là 2,6%, ở nhóm SAF là 7,3%. Tỷ lệ nhẹ cân sơ sinh ở nhóm ĐVC là 1,6%, ở

¹Tổ chức Consortium for Health Action

²Viện Dinh dưỡng Quốc gia

³Bộ Y tế

⁴Sở Khoa học và Công nghệ Hà Nam

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quốc Hùng

Email: hungvrc@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2017

Ngày duyệt bài: 26.9.2017

nhóm sắt SAF là 3,7%. Những sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Từ khóa: đa vi chất, phụ nữ mang thai, chiều cao sơ sinh, cân nặng sơ sinh.

SUMMARY

EFFECTS OF PRENATAL MULTIPLE MICRONUTRIENT VERSUS IRON-FOLIC ACID SUPPLEMENTATION ON BIRTH WEIGHT AND BIRTH HEIGHT

A double-blind, cluster randomized, and controlled study was conducted to compare the effects of prenatal multiple micronutrient (MMN) with iron - folic acid (IFA) supplementation on newborn birth weight and height. The study was done in Ha Nam in 2015 with 202 pregnant women (PW) using MMN and 202 PW using IFA from 6-16 gestational weeks to 3 months postpartum. The study results showed that prenatal MMN supplementation's effects on birth weight and height were better than IFA supplementation's with significant differences. The mean birth height of the MMN group (49.8 ± 2.8 cm) was higher than that of the IFA group (49.0 ± 2.21 cm). The mean birth weight of the MMN group (3233 ± 359 g) was higher than that of the IFA group (3161 ± 335 g). The prevalence of small for gestational age was 2.6% in the MMN group and 7.3% in the IFA group. The prevalence of low birth weight of the MMN group (1.6%) was lower than that of IFA group (3.7%). The differences were statistically significant ($p < 0.05$).

Key words: multiple micronutrient, pregnant women, birth weight, birth height

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu vi chất dinh dưỡng (VCDD) ở triệu phụ nữ mang thai (PNMT) đang là vấn đề sức khỏe toàn cầu. Hàng năm thiếu VCDD ảnh hưởng tới 20 triệu phụ nữ mang thai (PNMT) ảnh hưởng đến chiều cao, cân nặng trẻ sơ sinh, tác động đến sự phát triển lâu dài của trẻ sinh ra bởi những PNMT này [1]. Kết quả nghiên cứu gần đây ở Việt Nam trên PNMT cho thấy tỷ lệ thiếu máu là 36,5% (trong đó 71,8% là do thiếu sắt), 90% thiếu kẽm, 22,4% thiếu vitamin D, 72,8% thiếu iốt [2]. Biện pháp hữu hiệu nhất là bổ sung vi chất đường uống, trong đó bổ sung sắt – acid folic đã được áp dụng tại nhiều nước trong đó có Việt Nam. Gần đây ý tưởng sử dụng viên đa vi chất cho PNMT thay thế cho viên sắt – acid folic nhằm bổ sung cả sắt và các vi chất thiếu hụt khác đang được nhiều sự ủng hộ. Tuy vậy, hiệu quả của bổ sung này còn đang là vấn đề tranh luận [3]. Nghiên cứu này nhằm so sánh tác động của bổ sung đa vi chất với bổ sung sắt – acid folic ở PNMT đối với chiều cao và cân nặng của trẻ sơ sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: phụ nữ mang thai 6-16 tuần ở 14 xã thuộc huyện Lý Nhân, tỉnh Hà Nam đáp ứng tiêu chuẩn chấp nhận và loại trừ nghiên cứu. Tiêu chuẩn lựa chọn: có thai 6-16 tuần, sinh sống ổn định tại địa bàn nghiên cứu, tình nguyện tham gia nghiên cứu, có ký bản chấp thuận tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: đa thai, mắc các bệnh mãn tính như tiểu đường, tim mạch, viêm gan, thiếu máu nặng ($Hb < 7.0$ g/dl), dị ứng với một trong các thành phần của viên đa vi chất, đang tham gia một nghiên cứu khác.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm can thiệp cộng đồng có đối chứng, ngẫu nhiên cụm, mù đôi.

Thời gian: từ tháng 2/2013 đến 2/2015.

Cỡ mẫu, chọn mẫu: Có 404 PNMT đã được tuyển chọn vào nghiên cứu với 202 PNMT bổ sung đa vi chất và 202 PNMT bổ sung sắt – acid folic. Nghiên cứu sẽ theo dõi những trẻ sinh ra bởi các PNMT tham gia nghiên cứu ở hai nhóm này. Đã có 381 trẻ 190 thuộc nhóm đa vi chất và 191 nhóm thuộc nhóm sắt – acid folic đã tham gia vào điều tra.

Vi chất bổ sung: viên đa vi chất và viên sắt – acid folic được đóng gói giống hệt nhau về kích thước hình dạng với mã số riêng. Viên sắt-acid folic với hàm lượng sắt nguyên tố 60 mg và folic acid 2,5mg. Viên đa vi chất bao gồm 15 vi chất: sắt (60mg), folic acid (2,5mg), Kẽm (20mg), Iot (300mcg), Đồng (4mg), Selen (130mcg), Vitamin A (1600RE), B1 (2,8mg), B2 (2,8mg), B3 (36mg), B6 (3,8mg), B12 (5,2mcg), C (140mg), D (400IU), E (20mg). Liều lượng bổ sung là 2 viên/tuần, từ 6-16 tuần thai đến 3 tháng sau sinh.

Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm ACCESS 2007 và phân tích bằng phần mềm IBM SPSS version 20.0 (IBM Corp. 2011. IBM SPSS Statistics for Windows).

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học và đạo đức nghiên cứu tỉnh Hà Nam phê duyệt. Tất cả các đối tượng nghiên cứu đều được giải thích về nghiên cứu và tự nguyện tham gia và ký vào phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số có 404 phụ nữ mang thai 6-16 tuần tham gia can thiệp gồm 202 PNMT ở nhóm đa vi chất và 202 PNMT ở nhóm sắt-acid folic. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm

về các đặc điểm dân tộc, trình độ văn hóa, nghề nghiệp, hoàn cảnh kinh tế hộ gia đình, độ tuổi, số con trung bình.

Bảng 1. Đặc điểm dinh dưỡng hai nhóm trước khi can thiệp

Chỉ số	Nhóm Sắt-Acid folic (n=202) (TB ± SD)	Nhóm Đa vi chất (n = 202) (TB ± SD)	p*
BMI trước khi có thai (kg/m ²)	19,69 ± 1,94	19,65 ± 1,95	> 0,05
Cân nặng (kg)	46,93 ± 5,46	46,04 ± 5,31	> 0,05
Chiều cao (cm)	154,3 ± 4,89	153,02 ± 4,50	> 0,05
Vòng cánh tay (cm)	23,81 ± 1,97	23,76 ± 2,12	> 0,05
Nồng độ Hemoglobin (g/L)	118,24 ± 11,43	118,14 ± 10,03	> 0,05
Nồng độ TfR HT (mg/L)	2,84 ± 0,65	2,92 ± 0,62	> 0,05
	TV (25th – 75th)	TV (25th – 75th)	p**
Nồng độ Ferritin HT (µg/L)	55,5 (36 – 86)	58 (39 – 83)	> 0,05

*) T-test độc lập cho 2 giá trị trung bình;

**) Test Mann Whitney cho 2 giá trị trung vị.

Kết quả nghiên cứu bảng 1 cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) về các chỉ số BMI, chiều cao, cân nặng, vòng cánh tay, nồng độ hemoglobin, tranferin receptor, ferritin huyết thanh giữa hai nhóm đa vi chất và sắt – acid folic trong điều tra ban đầu trước khi can thiệp.

Bảng 2. So sánh đặc điểm về thai sản của hai nhóm

Chỉ số	Nhóm Sắt-Acid folic (n=191)		Nhóm Đa vi chất (n=190)		p Test χ^2
	n	%	n	%	
Tuổi thai khi sinh: Sinh non (<34 tuần)	0	0	2	1,1	> 0,05*
Sinh sớm (34-37 tuần)	8	4,2	9	4,7	
Đủ tháng (38-41 tuần)	182	95,3	177	93,2	
Già tháng (>41 tuần)	1	0,5	2	1,1	
Hình thức đẻ: Đẻ thường	165	86,4	151	79,5	> 0,05*
Đẻ mổ	23	12,0	35	18,4	
Đẻ chỉ huy	3	1,6	4	2,1	

*Fisher's Exact Test, Bootstrap 1000 samples.

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ sinh non (thai <34 tuần) ở nhóm đa vi chất là 1,1%, nhóm sắt – acid folic là 0%. Tỷ lệ sinh sớm (thai 34-37 tuần) ở nhóm đa vi chất là 4,7%, ở nhóm sắt – acid folic là 4,2%. Tỷ lệ sinh đủ tháng (thai 38-41 tuần) ở nhóm đa vi chất là 93,2%, nhóm sắt - acid folic là 95,3%. Tỷ lệ sinh già tháng (thai > 41 tuần) ở

nhóm đa vi chất là 1,1%, nhóm sắt - acid folic là 0,5%. Tỷ lệ đẻ thường ở nhóm đa vi chất là 79,5%, ở nhóm sắt - acid folic là 86,4%. Tỷ lệ đẻ mổ ở nhóm đa vi chất là 18,4%, ở nhóm sắt -acid folic là 12%; Tỷ lệ đẻ chỉ huy ở nhóm đa vi chất là 2,1%, ở nhóm sắt -acid folic là 1,6%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3. So sánh đặc điểm nhân trắc trẻ sơ sinh của hai nhóm

Chỉ số	Nhóm Sắt-Acid folic (n=191)	Nhóm Đa vi chất (n=190)	p
	n (%)	n (%)	
Trẻ trai	101 (52,9%)	98 (51,6%)	> 0,05 ^a
Nhẹ cân so với tuổi thai	14 (7,3%)	5 (2,6%)	< 0,05 ^a
Nhẹ cân sơ sinh	7 (3,7%)	3 (1,6%)	> 0,05 ^b
	(TB ± SD)	(TB ± SD)	
Số tuần tuổi thai khi sinh	39,2 ± 1,5	39,0 ± 1,6	> 0,05 ^c
Cân nặng sơ sinh (g)	3161 ± 335	3233 ± 359	< 0,05 ^c
Chiều cao sơ sinh (cm)	49,0 ± 2,21	49,8 ± 2,8	< 0,05 ^c

a) Test χ^2 ; b) Fisher's Exact Test, bootstrap 1000 samples; c) T-test độc lập cho 2 giá trị trung bình.

Bảng 3 cho thấy tỷ lệ trẻ trai ở nhóm ĐVC là 51,6% và nhóm SAF là 52,9%; sự khác biệt

không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ nhẹ cân so với tuổi thai ở nhóm đa vi chất là 2,6%, ở nhóm SAF là 7,3%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ nhẹ cân sơ sinh (<2500g) ở nhóm đa vi chất là 1,6%, ở nhóm

sắt - acid folic là 3,7%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Số tuần mang thai trung bình ở nhóm đa vi chất là $39,0 \pm 1,6$ tuần nhỏ hơn ở nhóm sắt - acid folic là $39,2 \pm 1,5$ tuần; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. CNSS trung bình ở nhóm đa vi chất (3233 ± 359 g) cao hơn nhóm sắt - acid folic (3161 ± 335 g); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). CCSS trung bình ở nhóm đa vi chất ($49,8 \pm 2,8$ cm) cao hơn nhóm sắt - acid folic ($49,0 \pm 2,21$ cm); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Bổ sung đa vi chất cho PNMT đã cải thiện cân nặng sơ sinh tốt hơn bổ sung sắt - acid folic với mức có ý nghĩa thống kê. CNSS trung bình ở nhóm đa vi chất (3233 ± 359 g) cao hơn nhóm sắt - acid folic (3161 ± 335 g) sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đỗ Huy (2009) ở Kim Sơn, Vĩnh Bảo [4] với cân nặng trung bình nhóm đa vi chất là 3131 ± 422 g và ở nhóm sắt - acid folic là 3070 ± 428 g. Xu hướng CNSS trung bình ở nhóm đa vi chất cao hơn nhóm sắt - acid folic cũng thấy ở một số nghiên cứu khác ở Bangladesh, Nepal, Burkina Faso [3]. Tuy nhiên, nghiên cứu ở một số nơi khác lại cho thấy việc bổ sung đa vi chất không làm tăng CNSS trung bình như nghiên cứu ở Mexico, Anh [3]. Có một số giả thiết giải thích sự khác biệt liên quan đến CNSS như tình trạng dinh dưỡng người mẹ, tình trạng kinh tế văn hóa xã hội, chế độ ăn uống, bệnh tật, nhiễm trùng. Kết quả nghiên cứu của Lê Thị Hợp theo dõi trong hai thập niên cho thấy ở Việt Nam những năm 1981 - 1984 khi kinh tế khó khăn thì CNSS trung bình ở Hà Nội là 3,03kg đến những năm 1998 -1999, điều kiện kinh tế văn hóa xã hội tốt lên, cân nặng sơ sinh trung bình ở Hà Nội đã tăng lên 3,22 kg [5].

Bổ sung đa vi chất có hiệu quả tốt hơn sắt - acid folic trong việc làm giảm tỷ lệ nhẹ cân so với tuổi thai. Tỷ lệ nhẹ cân so với tuổi thai đã điều chỉnh theo giới tính ở nhóm đa vi chất là 2,6%, ở nhóm sắt - acid folic là 7,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Xu hướng này cũng thấy ở các nghiên cứu của Friis (2007) [6], Roberfroid (2008) [7].

Bổ sung đa vi chất có xu hướng tốt hơn bổ sung sắt - acid folic trong việc làm giảm tỷ lệ nhẹ cân sơ sinh. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ nhẹ cân sơ sinh (< 2500 g) ở nhóm đa vi chất là 1,6%, ở nhóm sắt - acid folic là 3,7% ($p > 0,05$). Xu hướng cải thiện tình trạng sơ sinh nhẹ cân ở nhóm đa vi

chất ở nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đỗ Huy (2009) ở Kim Sơn và Vĩnh Bảo với tỷ lệ nhẹ cân sơ sinh ở nhóm đa vi chất là 4% và nhóm sắt - acid folic là 10%. Xu hướng cải thiện tình trạng sơ sinh nhẹ cân cũng phù hợp với một số nghiên cứu khác ở Pakistan, Bangladesh [3].

Bổ sung đa vi chất cho PNMT đã cải thiện chiều cao sơ sinh tốt hơn bổ sung sắt - acid folic với mức có ý nghĩa thống kê. Chiều cao sơ sinh trung bình ở nhóm đa vi chất ($49,8 \pm 2,8$ cm) cao hơn nhóm sắt - acid folic 0,8cm ($49,0 \pm 2,21$ cm) với mức có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đăng Trường ở An Lão cũng cho thấy CCSS trung bình ở nhóm đa vi chất ($49,7 \pm 2,2$ cm) có xu hướng cao hơn nhóm sắt - acid folic ($49,5 \pm 2,4$ cm). Xu hướng tăng chiều cao sơ sinh cũng thấy ở các nghiên cứu ở Nepal, Bukina, Bangladesh [3].

V. KẾT LUẬN, KHUYẾN NGHỊ

Bổ sung đa vi chất ở PNMT đã cải thiện chiều cao, cân nặng sơ sinh tốt hơn bổ sung sắt - acid folic với mức có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Cân nặng sơ sinh trung bình ở nhóm đa vi chất (3233 ± 359 g) cao hơn nhóm sắt - acid folic (3161 ± 335 g). Tỷ lệ nhẹ cân so với tuổi thai ở nhóm đa vi chất là 2,6%, ở nhóm sắt - acid folic là 7,3%. Tỷ lệ nhẹ cân sơ sinh (< 2500 g) ở nhóm đa vi chất là 1,6%, ở nhóm sắt - acid folic là 3,7%. Chiều cao sơ sinh trung bình ở nhóm đa vi chất ($49,8 \pm 2,8$ cm) cao hơn nhóm sắt - acid folic 0,8cm ($49,0 \pm 2,21$ cm).

Bổ sung đa vi chất cho PNMT có thể là một biện pháp tốt hơn bổ sung sắt - acid folic cho PNMT trong việc cải thiện chiều cao, cân nặng sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 **Micronutrient Initiative**, *Investing in the future: a united call to action on vitamin and mineral deficiencies*. 2009.
- 2 **Viện Dinh dưỡng Quốc gia**, 'Điều tra vi chất dinh dưỡng năm 2014-2015'.
- 3 **Haider BA, Bhutta ZA**, 'Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy', *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, no. 4.Art. No.CD004905. 2017.
- 4 **Nguyen Do Huy, Le Thi Hop, et al**, 'An effectiveness trial of multiple micronutrient supplementation during pregnancy in Vietnam: impact on birthweight and on stunting', *Food Nutr. Bull.*, vol. 30, no. 4, 2009, pp. 506-516.
- 5 **Le Thi Hop**, 'Secular trend in size at birth of Vietnamese newborns during the last 2 decades (1980-2000)', *Asia Pac. J. Clin. Nutr.*, vol. 12, no. 3, 2003, pp. 266-270.
- 6 **Friis, H. et al.**, 'Effect of multimicronutrient supplementation on gestational length and birth

size: A randomized, placebo-controlled, double-blind effectiveness trial in Zimbabwe', *Am. J. Clin. Nutr.*, vol. 80, no. 1, 2004, pp. 178–184.

7 Roberfroid, D. *et al.*, 'Impact of prenatal multiple

micronutrients on survival and growth during infancy: A randomized controlled trial', *Am. J. Clin. Nutr.*, vol. 95, no. 4, 2012, pp. 916–924.

ĐÁNH GIÁ THỰC HÀNH KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN TẠI KHOA RĂNG HÀM MẶT, BỆNH VIỆN QUẬN BÌNH THẠNH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Phạm Thị Ngọc Thúy¹, Đỗ Thị Nguyệt Thu¹,
Nguyễn Quang Vĩnh¹, Hoàng Thị Thu Thủy¹,
Nguyễn Đức Huệ², Nguyễn Công Thịnh³, Nguyễn Văn Tập⁴

TÓM TẮT⁷¹

Mục tiêu. Đánh giá thực hiện đúng các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế và xác định tỷ lệ hài lòng của người bệnh về kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện Quận Bình Thạnh, thành phố Hồ Chí Minh. **Phương pháp.** Quan sát 500 cơ hội thực hành các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế và điều tra ngang 218 người bệnh điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện Quận Bình Thạnh từ tháng 01 đến tháng 06/2017. **Kết quả.** Thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa răng hàm mặt, bệnh viện Quận Bình Thạnh được thực hiện tốt, hầu hết các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong nha khoa được thực hiện đúng và đầy đủ như sử dụng phương tiện bảo vệ cá nhân, tiêm an toàn, xử lý vết khuẩn dụng cụ, phân loại rác thải... Kết quả ghi nhận 33,5% người bệnh rất hài lòng và 58,3% hài lòng về công tác vệ sinh và thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa răng hàm mặt của bệnh viện quận Bình Thạnh.

Từ khóa: Kiểm soát nhiễm khuẩn, khoa răng hàm mặt.

SUMMARY

EVALUATION ABOUT INFECTION CONTROL AT DENTAL DEPARTMENT AT BINH THANH HOSPITAL

Objective. Evaluation about infection control and determining the proportion of satisfaction about infection control of patients at dental department at Binh Thanh hospital. **Methods.** Observe 500 opportunities for practicing infection control procedures for dental staffs. A across survey with 218 patients at dental department of Binh Thanh hospital, Ho Chi Minh City from January to Jun, 2017. **Results.** The practice on infection control in dental department at Binh Thanh hospitals is good, Most of the infection control procedures in dentistry are done properly and fully, such as using personal protective equipment, safe injections, sterilizing equipment, sorting garbage... However, some steps in infection control procedures need to be strengthened. The proportion

of patients, with 33,5% very satisfied and 58,3% satisfied with infection control at dental department. There are some solutions to improve the quality to increase patient satisfaction, response people's demands.

Keywords. Infection control, dental department.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kiểm soát nhiễm khuẩn đóng vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc, điều trị bệnh nhân. Trong thực hành nha khoa, nguy cơ lây nhiễm có thể xảy ra trong quá trình chăm sóc điều trị, nguồn lây nhiễm có thể từ bệnh nhân lây truyền cho nhân viên y tế và ngược lại. Sự lây nhiễm cũng có thể xuất phát từ bệnh nhân này đến bệnh nhân khác qua thao tác kỹ thuật điều trị, dụng cụ y tế, thiết bị vấy nhiễm nếu không xử lý đúng theo quy trình khử khuẩn – tiệt khuẩn, do đó nhân viên y tế và bệnh nhân thường tiếp xúc với nhiều bệnh lây nhiễm và nguy cơ lây nhiễm rất cao [1],[2],[4]. Tại Việt Nam, công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở y tế nói chung đã đạt một số thành tựu nhất định, nhưng còn rất nhiều vấn đề tồn tại cần giải quyết [1]. Để có cơ sở giúp nâng cao chất lượng điều trị và sự hài lòng của người bệnh chúng tôi tiến hành khảo sát một số ý kiến của người bệnh đến khám và điều trị với mục tiêu:

Đánh giá thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế tại khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện Quận Bình Thạnh, thành phố Hồ Chí Minh.

Xác định tỷ lệ hài lòng của người bệnh về kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện Quận Bình Thạnh, thành phố Hồ Chí Minh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bác sĩ, nhân viên y tế và người bệnh đến khám, điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện Quận Bình Thạnh, thành phố Hồ Chí Minh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Cỡ mẫu. Về số cơ hội thực hành quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn: Quan sát 500 cơ hội thực hành các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn tương ứng với các quy trình thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn chuyên ngành răng hàm mặt.

¹Bệnh viện Quận Bình Thạnh, TP HCM

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương

³Bệnh viện Răng Hàm Mặt – TP. HCM

⁴Đại Học Y Dược – TP HCM.

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Ngọc Thúy

Email: nguyenhuerhm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 8.8.2017

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2017

Ngày duyệt bài: 29.9.2017

Cỡ mẫu khảo sát sự hài lòng người bệnh xác định theo công thức: $n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \cdot p(1-p)}{d^2}$
 $Z^2_{1-\alpha/2}=1,96$ là trị số từ phân phối chuẩn với độ tin cậy 95%; chọn $p=0,8$; Theo Nguyễn Đức Huệ, tỷ lệ người bệnh hài lòng hoặc chấp nhận về kiểm soát nhiễm khuẩn tại cơ sở răng hàm mặt công lập tại thành phố Hồ Chí Minh là 97,2%. $d=0,03$ là sai số cho phép. Vậy cỡ mẫu tối thiểu $n=125$ người. Thực tế điều tra 218 bệnh nhân.

Chọn mẫu. Chọn ngẫu nhiên 218 bệnh nhân đến khám và điều trị ngoại trú tại khoa Răng Hàm Mặt từ 01/2017 - 06/2017, đồng ý tham gia nghiên cứu, ngoại trừ các bệnh nhân không có khả năng nghe, nói và các bệnh nhân bị bệnh tâm thần.

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

2.3. Nội dung nghiên cứu: Theo Quy định số: 3671/QĐ-BYT, ngày 27/9/2012 của Bộ Y tế hướng dẫn thực hành KSNK tại các cơ sở y tế và theo hướng dẫn thực hành KSNK chuyên ngành RHM của CDC - Hoa Kỳ, năm 2016 [1].

2.4. Phương tiện nghiên cứu.

- Đánh giá chất lượng tiết khuẩn: Bảng chỉ thị hóa học 1243 A – ISO 11140 và chỉ thị sinh học 1292 theo tiêu chuẩn ISO - 11138.

- Đánh giá thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế: Bảng bảng kiểm được thiết

3.1. Thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế

Bảng 1. Thực hành vệ sinh tay và sử dụng các phương tiện phòng hộ cá nhân (n=50 cơ hội quan sát)

Thực hành		Số lượng	Tỷ lệ %
Thực hành vệ sinh tay	Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của NVYT (n=50)	28	56
Phương tiện phòng hộ cá nhân (n=40)	Mang găng tay	50	100
	Mang khẩu trang	50	100
	Đội nón y tế	50	100
	Mang kính mắt khi điều trị	17	34

Qua 50 lần quan sát thực hành KSNK nhân viên y tế tại khoa răng hàm mặt, kết quả cho thấy 56% NVYT tuân thủ thực hành vệ sinh tay theo quy định của Bộ Y tế. Về sử dụng các phương tiện bảo vệ cá nhân, tất cả 100% NVYT đều mang găng tay, khẩu trang và nón y tế. Tuy nhiên, khảo sát cũng ghi nhận chỉ có 34% nhân viên y tế mang kính mắt khi điều trị cho bệnh nhân. Về sử dụng vật liệu một lần khi điều trị nha khoa, tất cả các lần điều trị cho bệnh nhân, nhân viên y tế đều sử dụng ly nhựa sạch và ống hút nước bọt 1 lần; tỷ lệ số lần súc miệng với dung dịch sát khuẩn là 45%.

Bảng 2. Thực hành xử lý và tiết khuẩn dụng cụ (n=50 cơ hội quan sát)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
Pha dung dịch khử khuẩn đúng quy định	50	100
Ngâm dụng cụ, đủ thời gian và có nắp đậy kín	50	100
Đóng gói dụng cụ bằng túi giấy chuyên dụng	50	100
Tiết khuẩn dụng cụ bằng lò hấp hơi nước	50	100
Đánh giá tiết khuẩn gói dụng cụ bằng chỉ thị hóa học	50	100
Đánh giá tiết khuẩn lò hấp dụng cụ bằng chỉ thị sinh học	50	100

kế sẵn theo các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn chuyên ngành răng hàm mặt.

- Khảo sát ý kiến của người bệnh theo bộ câu hỏi cấu trúc đã được chuẩn hóa và nghiên cứu thử nghiệm trước khi tiến hành nghiên cứu.

2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu: Các dữ liệu được nhập và quản lý bằng phần mềm EPIDATA 3.1 và được xử lý, phân tích bằng phần mềm STATA-12.0. Sử dụng phương pháp thống kê trong y tế, mô tả và trình bày tần số, tỷ lệ %.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Quyền và lợi ích của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo theo quy định của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Nghiên cứu được sự chấp thuận của Sở Y tế TP.HCM, Ban Giám đốc bệnh viện Quận Bình Thạnh và Hội đồng đạo đức nghiên cứu của Viện Pasteur, thành phố Hồ Chí Minh.

III. KẾT QUẢ

Qua thống kê, tại khoa răng hàm mặt, số lượng bác sĩ là 03 người, điều dưỡng 03 người; khoa có 3 ghế máy nha khoa, 03 bồn vệ sinh tay và đảm bảo đầy đủ dung dịch sát khuẩn, dung dịch vệ sinh tay nhanh cho nhân viên y tế.

Về đặc điểm của người bệnh được: tỷ lệ bệnh nhân giới nữ 57,5%; có 62,0% trình độ dưới cấp 3. Về nghề nghiệp, với 21% kinh doanh, sản xuất; 20% công nhân; 18% và số bệnh nhân dưới 40 tuổi, chiếm tỷ lệ 68,0%.

Kết quả khảo sát ghi nhận 100% dung dịch khử khuẩn được pha đúng quy định, ngâm dụng cụ đủ thời gian. 100% dụng cụ được đóng gói bằng túi giấy chuyên dụng và được tiệt khuẩn bằng lò hấp hơi nước. 100% mẫu đánh giá chất lượng tiệt khuẩn bằng chỉ thị hóa học và sinh học đạt yêu cầu sau tiệt khuẩn.

Bảng 3. Xử lý và tiệt khuẩn tay khoan nha khoa (n=50 cơ hội quan sát)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
Xử lý bằng dung dịch khử khuẩn nhanh	50	100
Tiệt khuẩn tay khoan bằng lò hấp hơi nước	13	26

Tỷ lệ thực hành đúng quy trình xử lý tay khoan bằng dung dịch khử khuẩn nhanh 100% sau khi điều trị, nhưng tỷ lệ thực hành đúng quy trình tiệt khuẩn tay khoan bằng lò hấp hơi nước là 26%.

Bảng 4. Thực hành tiêm an toàn (n=50 cơ hội quan sát)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
Dùng kim mới một lần	50	100
Dùng thuốc tê mới, còn hạn sử dụng	50	100
Dùng ống chích nha khoa một lần	50	100
Phân loại rác thải sắc nhọn đúng quy định	50	100
Đẩy kim bằng kỹ thuật một tay	46	92

Kết quả ghi nhận 100% nhân viên y tế đã sử dụng kim tiêm 1 lần, dùng thuốc tê mới còn hạn sử dụng sử dụng ống chích nha khoa 1 lần. Có 92% số lần thực hiện tiêm, nhân viên y tế đẩy kim bằng kỹ thuật một tay nhằm hạn chế bị đâm chích trong quá trình tiêm chích cho bệnh nhân.

Bảng 5. Thực hành che phủ nha khoa (n=50 cơ hội quan sát)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
Có khăn che ngực bệnh nhân	50	100
Che phủ tay chỉnh đèn bằng giấy chuyên dụng	28	56
Che phủ bàn phím chỉnh ghế nha khoa bằng giấy chuyên dụng	26	52

Về thực hành che phủ nha khoa, với 50 cơ hội quan sát cho thấy 100% bệnh nhân có khăn che ngực khi điều trị, 56% có che phủ tay chỉnh đèn và 52% có che phủ bàn phím chỉnh ghế nha khoa bằng giấy chuyên dụng.

Bảng 6. Thực hành điều trị nha khoa có trợ thủ hỗ trợ (n=50 cơ hội quan sát)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
Có nhân viên chuẩn bị dụng cụ trước điều trị	50	100
Có nhân viên phụ trách hồ sơ bệnh án riêng	50	100
Có nhân viên hỗ trợ khi nhổ răng, trám răng	16	32

Quan sát ghi nhận 100% có điều dưỡng chuẩn bị dụng cụ, vật liệu trước khi điều trị và ghi chép hồ sơ bệnh án. Nhưng quan sát khi bác sĩ điều trị, chỉ có 32% có nhân viên hỗ trợ khi bác sĩ nhổ răng, trám răng.

Bảng 7. Thực hành phân loại và xử lý chất thải (n=50 cơ hội quan sát)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
Phân loại rác thải sinh hoạt đúng quy định	50	100
Phân loại rác thải y tế đúng quy định	50	100
Phân loại rác tái chế đúng quy định	50	100
Hộp chứa rác sắc nhọn không quá 2/3 quy định	50	100

Kết quả cho thấy 100% NVYT thực hành đúng việc phân loại và xử lý chất thải theo quy định rác thải sinh hoạt, rác thải y tế và rác thải tái chế.

3.2. Sự hài lòng của người bệnh về kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa răng hàm mặt

Bảng 8. Đánh giá của bệnh nhân về tình trạng vệ sinh tại khoa răng hàm mặt (n=218)

Nội dung đánh giá	Số lượng	Tỷ lệ %
Tình trạng ghế máy nha khoa	Sạch	208
	Không sạch	7
	Không ý kiến	3
Nơi nhổ nước bọt của ghế nha khoa	Sạch	200
	Không sạch	7
	Không ý kiến	11
Điều kiện vệ sinh tại khoa răng hàm mặt	Sạch	211
	Không sạch	3
	Không ý kiến	4

Hầu hết bệnh nhân đánh giá tốt về công tác vệ sinh tại khoa răng hàm mặt, bệnh viện quận Bình Thạnh. Có 95,4% trả lời tình trạng ghế máy nha khoa sạch sẽ, 91,7% cho rằng nơi nhỏ nước bọt của ghế nha khoa sạch sẽ, 96,8% cho rằng điều kiện vệ sinh sạch sẽ.

Bảng 9. Sự hài lòng của người bệnh về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn (n=218)

Mức độ hài lòng của người bệnh	Số lượng	Tỷ lệ %
Rất hài lòng	73	33,5
Hài lòng	127	58,3
Không ý kiến	18	8,2

Kết quả ghi nhận 33,5% người bệnh rất hài lòng và 58,3% hài lòng về công tác vệ sinh và thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa răng hàm mặt của bệnh viện quận Bình Thạnh.

IV. BÀN LUẬN

Khảo sát cho thấy tại bệnh viện Quận Bình Thạnh đã đảm bảo về điều kiện cơ sở vật chất, kỹ thuật đầy đủ cho công tác kiểm soát nhiễm khuẩn. Qua thống kê, tại khoa răng hàm mặt, số lượng bác sỹ là 03 người, điều dưỡng 03 người; khoa có 3 ghế máy nha khoa, 03 bồn vệ sinh tay và đảm bảo đầy đủ dung dịch sát khuẩn và có đủ dung dịch vệ sinh tay nhanh tại ghế nha khoa.

4.1. Thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế tại khoa răng hàm mặt

Kết quả cho thấy thực hành rửa tay đúng của nhân viên y tế chưa cao, tỷ lệ số lần nhân viên y tế tại khoa răng hàm mặt tuân thủ và thực hiện đúng quy trình rửa tay là 56%; Kết quả này tương tự như báo cáo của Trần Hải Sơn, năm 2013 tại 76 cơ sở răng hàm mặt, tỉnh Tiền Giang, tỷ lệ thực hành rửa tay trước khi điều trị là 68,4% và sau khám, điều trị là 61,8% [6]. Theo khảo sát của Hồ Thị Hòa tại bệnh viện Trưng Vương năm 2016, Tỷ lệ tuân thủ rửa tay chung là 57,8%; tỷ lệ tuân thủ rửa tay theo 5 thời điểm của WHO lần lượt là 25% trước tiếp xúc người bệnh, 33,3% trước thực hiện thủ thuật vô trùng, 68,0% sau tiếp xúc máu/dịch tiết, 79,3% sau khi tiếp xúc người bệnh và 72,1% sau tiếp xúc vật dụng xung quanh người bệnh. Khối nội có tỷ lệ tuân thủ rửa tay cao nhất 63,8%, khối cận lâm sàng thấp nhất 27,3%. Điều dưỡng có tỷ lệ tuân thủ rửa tay 62,4% cao nhất; thấp nhất là kỹ thuật viên với 28,6% và bác sỹ 38,8% [3]. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến việc tuân thủ vệ sinh bàn tay của nhân viên y tế, các yếu tố quan trọng là nhận thức của họ về việc tuân thủ rửa tay, phương tiện thực hành vệ sinh tay và số lượng bệnh nhân đến điều trị tại khoa.

Việc sử dụng phương tiện bảo vệ cá nhân được thực hiện đầy đủ, tất cả các nhân viên y tế đều thực hiện mang găng tay, khẩu trang và nón y tế, tuy vậy chỉ có 37,5% số lần nhân viên y tế mang kính mắt khi tiếp xúc điều trị cho bệnh nhân. Các nghiên cứu tại Tiền Giang và An Giang cũng cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế mang găng

tay là từ 59,2%-100%; mang khẩu trang là 68,41% - 100%, mang kính mắt là 64,47% - 56,9%. Những phương tiện được nhắc tới trên đây là những phương tiện bảo vệ quan trọng để phòng tránh lây nhiễm qua máu, dịch tiết, nước bọt [7], [6].

Tất cả các lần điều trị cho bệnh nhân, nhân viên y tế đều sử dụng ly nhựa sạch và ống hút nước bọt 1 lần; tỷ lệ số lần súc miệng với dung dịch sát khuẩn là 45,0%. Nghiên cứu của Trần Thị Lại, tại An Giang cho biết 100% các cơ sở răng hàm mặt dùng ống hút nước bọt và ly sử dụng 1 lần [7], trong khi khảo sát của Trần Hải Sơn, tại Tiền Giang cho thấy tỷ lệ này chỉ là 71,4% [6]. Việc sử dụng ly nhựa sạch dùng 1 lần là rất cần thiết phải thực hiện ở tất cả các trường hợp vì đây là nguy cơ lây nhiễm qua dịch tiết, máu và nước bọt giữa bệnh nhân với bệnh nhân.

Về quy trình xử lý tiết khuẩn dụng cụ, nhân viên y tế thực hiện tốt, tất cả số lần thực hiện ngâm và xử lý tiết khuẩn dụng cụ được quan sát, nhân viên y tế đều pha dung dịch khử khuẩn đúng quy định, ngâm dụng cụ đủ thời gian và có nắp đậy kín, đóng gói dụng cụ bằng giấy chuyên dụng, tiết khuẩn dụng cụ bằng lò hấp hơi nước, sử dụng chỉ thị hóa học, sinh học để đánh giá chất lượng tiết khuẩn gói dụng cụ.

Tỷ lệ thực hành đúng quy trình xử lý tay khoan bằng dung dịch khử khuẩn nhanh là 100% sau khi điều trị. Tuy vậy, tỷ lệ thực hành đúng quy trình tiết khuẩn tay khoan bằng lò hấp hơi nước thấp chỉ có 26% do giá thành tay khoan nha khoa còn quá đắt nên chưa trang bị đủ tay khoan cho mỗi bệnh nhân. Ngoài ra, do viện phí còn thấp nên khoa RHM chưa thể trang bị đủ tay khoan và hấp tiết khuẩn sau khi điều trị.

Về thực hiện tiêm an toàn, kết quả cho thấy 100% số lần thực hiện tiêm được quan sát đều cho thấy nhân viên y tế đã sử dụng kim tiêm 1 lần, dùng thuốc tê mới còn hạn sử dụng sử dụng ống chích nha khoa 1 lần. Nghiên cứu cũng ghi nhận 92% số lần thực hiện tiêm, nhân viên y tế đặt kim bằng kỹ thuật một tay nhằm hạn chế bị

đâm chích trong quá trình tiêm chích. Trong nghiên cứu này của chúng tôi chưa đánh giá một cách chuyên biệt, chi tiết về thực hiện từng bước quy trình tiêm an toàn. Tuy vậy theo một số khảo sát gần đây có thể có nhiều điểm tương đồng đối với nhân viên y tế tại khoa răng hàm mặt, bệnh viện Bình Thạnh như theo khảo sát của Hồ Thị Hòa tại bệnh viện Trưng Vương năm 2016, kết quả các yêu cầu đảm bảo kỹ thuật vô khuẩn khi tiến hành tiêm đạt tỷ lệ cao trên 90% đến 100% [5]. Ngoài ra trong nghiên cứu này cũng ghi nhận các hành vi nguy cơ như sử dụng bơm kim tiêm không tiệt trùng 6,0%, không có khay 12,0%, không có vệ sinh tay trước khi tiêm 16,04%; kỹ thuật tiêm không đúng và đặt nắp kim sau khi tiêm 19,5%; găng tay không sử dụng trong quá trình truyền tĩnh mạch với 12,0% [5].

Về thực hành che phủ nha khoa, với 100% số lần điều trị, đều có sử dụng khăn che ngực bệnh nhân; nhưng chỉ có 56% số lần nhân viên y tế thực hiện che tay đèn của ghế nha khoa và 52% che phủ bàn phím chính ghế nha khoa bằng giấy chuyên dụng. Che phủ nha khoa là nội dung mới triển khai, vì trước đây chưa có tấm che phủ chuyên dụng và chưa có hướng dẫn sử dụng.

Về thực hành điều trị có nhân viên hỗ trợ theo nguyên tắc một bác sĩ và một trợ thủ, ghi nhận 100% số lần điều trị, đều có nhân viên y tế chuẩn bị dụng cụ trước khi điều trị và nhân viên phụ trách hồ sơ bệnh án sau điều trị. Tuy nhiên khảo sát ghi nhận chỉ có 32% số lần bác sĩ nhỏ răng, trám răng có nhân viên hỗ trợ. Trong quá trình điều trị, nếu không có người hỗ trợ sẽ rất dễ gây nhiễm môi trường xung quanh trong quá trình điều trị như chỉnh đèn, chỉnh ghế cho phù hợp tư thế ngồi của bệnh nhân...

Công tác phân loại rác thải được nhân viên y tế thực hiện tốt, đúng quy trình. Tất cả các lần thực hiện phân loại và xử lý chất thải, nhân viên y tế đều thực hiện phân loại rác thải sinh hoạt, rác thải y tế và rác thải tái chế đúng quy định.

4.2. Sự hài lòng của người bệnh về kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa răng hàm mặt

Kết quả cho thấy hầu hết bệnh nhân đánh giá tốt về công tác vệ sinh tại khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện quận Bình Thạnh. Có 95,4% trả lời tình trạng ghế máy nha khoa sạch sẽ, 91,7% cho rằng nơi nhỏ nước bọt của ghế nha khoa sạch sẽ, 96,8% cho rằng điều kiện vệ sinh tại khoa răng hàm mặt sạch sẽ.

Kết quả khảo sát ghi nhận 33,5% người bệnh rất hài lòng và 58,3% hài lòng về công tác vệ sinh và thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại

khoa răng hàm mặt của bệnh viện quận Bình Thạnh. Tuy nhiên, trong thực hành nha khoa công tác kiểm soát nhiễm khuẩn vẫn còn nhiều yếu tố cần quan tâm và làm tốt hơn giúp làm tăng tỷ lệ hài lòng của người bệnh.

Thực tế hiện nay, cùng với sự phát triển của dịch vụ chăm sóc sức khỏe răng miệng và sự cạnh tranh giữa các cơ sở răng hàm mặt tại thành phố Hồ Chí Minh đặt ra yêu cầu bệnh viện cần có nhiều biện pháp cải tiến chất lượng nhằm nâng cao chất lượng điều trị và sự hài lòng của người bệnh.

IV. KẾT LUẬN

Công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa răng hàm mặt, bệnh viện Quận Bình Thạnh được thực hiện tốt, hầu hết các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong nha khoa được thực hiện đúng và đầy đủ như sử dụng phương tiện bảo vệ cá nhân, thực hành tiêm an toàn, xử lý tiệt khuẩn dụng cụ, phân loại rác thải... Tuy vậy cần tăng cường giám sát một số khâu trong các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn. Tỷ lệ người bệnh hài lòng về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tương đối cao là 76,6%. Tuy nhiên bệnh viện cần có một số biện pháp cải tiến chất lượng nhằm tăng sự hài lòng người bệnh, đáp ứng nhu cầu điều trị của người dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2012)**, Quyết định số 3671/QĐ -BYT, ngày 27/09/2012, Phê duyệt các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn áp dụng trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
- Bộ Y tế (2009)** *Hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.*
- Hồ Thị Hòa, Chu Thị Hải Yến, Trần Minh Mẫn, Nguyễn Thị Thư, Trần Thị Thanh Nga (2016).** *Tỷ lệ tuân thủ rửa tay và tiêm an toàn tại Bệnh viện Trưng Vương 2016*, Bệnh viện Trưng Vương, Thành phố Hồ Chí Minh.
- Ngô Đồng Khanh (2009)** "Thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn ở một số cơ sở Răng Hàm Mặt các tỉnh phía Nam". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 13 (Phụ bản số 2), trang 84-92.
- Phạm Ngọc Tâm, Hoàng Vũ Hùng (2015)** *Đánh giá thực trạng mũi tiêm an toàn tại một số khoa nội, bệnh viện Quân Y 103 năm 2014*, Bệnh viện Quân Y 103, Hà Nội.
- Trần Hải Sơn (2012)** "Thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở răng hàm mặt, tỉnh Tiền Giang". *Tạp chí Y học Thực hành*, số 831, tr. 40-50.
- Trần Thị Lại (2015)** *Thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở Răng Hàm Mặt tỉnh An Giang, năm 2014*, Luận án Chuyên khoa 2, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG KHÁM CHỮA BỆNH TẠI BỆNH VIỆN C TỈNH THÁI NGUYÊN NĂM 2015 - 2016

Nguyễn Văn Dũng¹, Nguyễn Tiến Dũng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: việc xác định thực trạng hoạt động khám chữa bệnh (KCB) của bệnh viện là cơ sở quan trọng để xác định các yếu tố liên quan và đề xuất giải pháp nâng cao chất lượng hoạt động KCB của bệnh viện. Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá thực trạng hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện C tỉnh Thái Nguyên năm 2015 - 2016. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang từ 04/2016 - 12/2017 tại Bệnh viện C tỉnh Thái Nguyên. **Kết quả:** Tỷ lệ vượt chỉ tiêu về số lần khám bệnh năm 2015 là 109,1% và năm 2016 là 112,0%. Công suất sử dụng giường bệnh 2015 là 145,2% và năm 2016 là 138,0%. Số ngày điều trị trung bình năm 2015 là 9,2 và năm 2016 là 8,9 ngày. Tỷ lệ tử vong 2015 là 0,04% và năm 2016 là 0,03%. Đề thường, phẫu thuật lấy thai và viêm phổi là 3 bệnh hay gặp nhất trong 2 năm 2015 và 2016. Suy hô hấp sơ sinh là bệnh có tỷ lệ chuyển viện cao nhất trong 2 năm 2015 và 2016. Tỷ lệ thực hiện được kỹ thuật theo phân tuyến chung của Bộ Y tế tại bệnh viện là 65,1%. **Kết luận:** Hoạt động KCB tại Bệnh viện C Thái Nguyên năm 2015, 2016 tương đối tốt

Từ khóa: khám chữa bệnh, bệnh viện C, 2015 - 2016

SUMMARY

CURRENT STATUS OF MEDICAL EXAMINATION AT C HOSPITAL IN THAI NGUYEN PROVINCE, 2015 - 2016

Background: The determination of the current status of the medical examination in hospital is an important basis to identify the associated factors and propose the solutions to improve the quality of medical examination in hospital. Study objectives: to evaluate the status of medical examination at Thai Nguyen C hospital in 2015 - 2016. **Study subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted from 04/2016 - 12/2017 at Thai Nguyen C Hospital. **Results:** The rate of exceed target about of medical examination frequency was 109.1% in 2015 and was 112.0% in 2016. The capacity of patient beds was 145.2% in 2015 and 2016 was 138.0% in 2016. Average number of hospital stay was 9.2 days in 2015 and was 8.9 days in 2016. The mortality rate was 0.04% in 2015 and 0.03% in 2016. Normal delivery, caesarean section and pneumonia were the three most common diseases in both 2015 and 2016. Infant respiratory failure was

the disease with the highest rates of referral in both 2015 and 2016. The completed technique according to decentralization by Ministry of health was 65.1%.

Conclusion: Medical examination activities in Thai Nguyen C Hospital in 2015 and 2016 are relatively good.

Keywords: medical examination, hospital C, 2015 - 2016

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viện là cơ sở y tế trong khu vực dân cư bao gồm: giường bệnh, đội ngũ cán bộ có trình độ kỹ thuật và năng lực quản lý, có trang thiết bị cơ sở hạ tầng để phục vụ người bệnh [6]. Trong hệ thống y tế các quốc gia, bệnh viện chiếm một vị trí quan trọng trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Bệnh viện là nơi khám, chẩn đoán và điều trị bệnh, nơi đào tạo và tiến hành các nghiên cứu y học..., trong đó chức năng khám chữa bệnh (KCB) được xem là chức năng quan trọng nhất. Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển của kinh tế đất nước, mạng lưới bệnh viện công lập được bao phủ rộng khắp, được nâng cấp đáng kể thông qua đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị máy móc và đào tạo cán bộ, giúp nâng cao khả năng khám chữa bệnh KCB. Các bệnh viện tư nhân đang có sự phát triển cả về số lượng và chất lượng đã phần nào đóng góp vào việc cung cấp dịch vụ cho người dân, giúp giảm gánh nặng cho hệ thống bệnh viện công. Cơ chế quản lý tài chính tại bệnh viện công cũng được triển khai tại một số bệnh viện và bước đầu có tác động tích cực đến hiệu quả hoạt động của các bệnh viện công lập... Bệnh viện C tỉnh Thái Nguyên là bệnh viện hạng I, trực thuộc Sở Y tế Thái Nguyên với quy mô 540 giường bệnh kế hoạch. Đây là bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, tiếp nhận khám và điều trị cho bệnh nhân phía nam của tỉnh Thái Nguyên và các huyện giáp ranh thuộc các tỉnh lân cận (huyện Hiệp Hòa, Bắc Giang, huyện Sóc Sơn, Hà Nội). Hàng năm bệnh viện đều đã hoàn thành đạt và vượt chỉ tiêu kế hoạch chuyên môn được giao. Tuy nhiên, với việc triển khai đổi mới cơ chế tự chủ, sự xuất hiện cạnh tranh của các bệnh viện tư nhân và cũng như áp lực thông tuyến của bảo hiểm y tế mà hoạt động KCB của bệnh viện đứng trước thách thức không nhỏ. Việc xác định thực trạng hoạt động KCB của bệnh viện là cơ sở quan trọng để xác định các yếu tố liên quan và đề xuất giải pháp nâng cao chất lượng hoạt động

¹Bệnh viện C Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Dũng

Email: dung681@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.8.2017

Ngày phản biện khoa học: 4.10.2017

Ngày duyệt bài: 13.10.2017

KCB của bệnh viện. Câu hỏi đặt ra cho chúng tôi là thực trạng hoạt động khám chữa bệnh ở bệnh viện C trong những năm gần đây như thế nào? Đó là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá thực trạng hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện C tỉnh Thái Nguyên năm 2015 - 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Hồ sơ, báo cáo, sổ sách lưu trữ tại phòng Kế hoạch tổng hợp - Bệnh viện C về kết quả KCB của năm 2015 - 2016.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ 07/2016-07/2017 tại Bệnh viện C tỉnh Thái Nguyên.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang tiến

hành phân tích số liệu thứ cấp về công tác khám chữa bệnh của bệnh viện C tỉnh Thái Nguyên.

2.4. Các chỉ số nghiên cứu: Kết quả KCB của bệnh viện (Tổng số lần khám bệnh, tổng số người điều trị nội trú, tổng số ngày điều trị nội trú, số ngày điều trị trung bình, công suất sử dụng giường bệnh, tổng số lần siêu âm, tổng số lần chụp X quang, tổng số lần phẫu thuật, tổng số lần thủ thuật, tỉ lệ khỏi xuất viện, tỉ lệ chuyển viện, tỉ lệ tử vong). Kết quả hoạt động KCB cho người có thẻ BHYT. Danh mục 10 bệnh chiếm tỉ lệ cao nhất. Danh mục 10 bệnh có tỉ lệ chuyển viện cao nhất. Kết quả thực hiện kỹ thuật theo phân tuyến.

2.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Theo phương pháp thống kê mô tả.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Kết quả hoạt động khám chữa bệnh của bệnh viện năm 2015 - 2016

TT	Các chỉ số hoạt động KCB	Năm 2015			Năm 2016		
		Chỉ tiêu	TH	%	Chỉ tiêu	TH	%
1	Tổng số lần khám bệnh	129000	140729	109,1	130000	145644	112,0
2	Tổng số người điều trị nội trú	21500	29465	137,0	21900	30338	138,5
3	Tổng số ngày điều trị nội trú		270349			271993	
4	Số ngày điều trị trung bình	10	9,2		10	8,9	
5	Công suất sử dụng giường bệnh			145,2			138,0
6	Tổng số lần siêu âm	31500	40561	128,8	32000	37861	118,3
9	Tổng số lần chụp X quang	39000	45799	117,4	40000	48203	120,5
10	Tổng số lần phẫu thuật	5700	6812	119,5	5800	6247	107,7
11	Tổng số lần thủ thuật	12000	19236	160,3	12500	64458	515,7
12	Tỉ lệ khỏi xuất viện		28213	95,8		29172	96,2
13	Tỉ lệ chuyển viện		646	2,2		740	2,4
14	Tỉ lệ tử vong		13	0,04		9	0,03

Tỉ lệ vượt chỉ tiêu về số lần khám bệnh năm 2015 là 109,1% và năm 2016 là 112,0%; Tỉ lệ vượt chỉ tiêu về số lượt người bệnh điều trị nội trú năm 2015 và 2016 lần lượt là 137,0% và 138,5%. Công suất sử dụng giường bệnh 2015 là 145,2% và năm 2016 là 138,0%. Số ngày điều trị trung bình năm 2015 là 9,2 và năm 2016 là 8,9 ngày. Tỉ lệ tử vong 2015 là 0,04% và năm 2016 là 0,03%.

Bảng 2. Kết quả hoạt động khám bệnh cho người có thẻ BHYT tại bệnh viện năm 2015 - 2016

Số lượt KCB	Năm 2015		Năm 2016	
	TH	%	TH	%
Bệnh nhân đăng ký KCB ban đầu tại BVC	23076	46,2	26073	43,9
Đa tuyến đến, trong đó	24230	48,5	30633	51,6
Đúng tuyến	18348	36,7	23660	39,9
Trái tuyến	5882	11,8	6973	11,7
Đa tuyến đi	2680	5,4	2650	4,5
Tổng	49986	100,0	59356	100,0

Số lượng BHYT đăng ký KCB ban đầu tại bệnh viện C năm 2015 là 23.076 bệnh nhân (46,2%) và năm 2016 là 26073 bệnh nhân (43,9%). Tỉ lệ bệnh nhân chuyển khám BHYT đến năm 2015 là 48,5% và 2016 là 51,6%. Tỉ lệ bệnh nhân chuyển khám BHYT đi là 5,4% năm 2015 và 4,5% năm 2016.

Bảng 3. Danh mục 10 bệnh chiếm tỉ lệ cao thường gặp tại bệnh viện năm 2015 - 2016

TT	2015			2016		
	Bệnh theo ICD	SL	%	Bệnh theo ICD	SL	%
1	Đẻ thường	2630 / 29465	8,9	Đẻ thường	2078 / 30338	6,8
2	Phẫu thuật lấy	1833 / 29465	6,2	Phẫu thuật lấy thai	1587 / 30338	5,2

	thai					
3	Viêm phổi	1610 / 29465	5,5	Viêm phổi	1556 / 30338	5,1
4	Chấn động não	975 / 29465	3,3	Thiếu máu não cục bộ	1530 / 30338	5,0
5	Thiếu máu não cục bộ	960 / 29465	3,3	Chấn động não	1080 / 30338	3,6
6	Viêm phế quản	678 / 29465	2,3	Nhiễm khuẩn hô hấp trên	780 / 30338	2,6
7	Sốt virus	470 / 29465	1,5	Rối loạn tiêu hóa	570 / 30338	1,9
8	Nhiễm khuẩn hô hấp trên	430 / 29465	1,6	Sốt virus	450 / 30338	1,5
9	Bán tắc ruột	420 / 29465	1,4	Xơ gan	360 / 30338	1,2
10	Rối loạn tiêu hóa	380 / 29465	1,3	Nhồi máu não	375 / 30338	1,2
	Tổng	10396	35,3	Tổng	10366	33,1

Đẻ thường, phẫu thuật lấy thai và viêm phổi là 3 bệnh hay gặp nhất trong cả 2 năm 2015 và 2016. Tổng 10 bệnh hay gặp nhất năm 2015 chiếm 35,3% tổng số bệnh nhân điều trị tại viện và năm 2016 chiếm 33,1% tổng số bệnh nhân điều trị tại viện.

Bảng 4. Danh mục 10 bệnh có tỉ lệ chuyển viện cao tại bệnh viện năm 2015 - 2016

TT	2015			2016		
	Bệnh theo ICD	SL	%	Bệnh theo ICD	SL	%
1	Suy hô hấp sơ sinh	111	17,2	Suy hô hấp sơ sinh	118	15,9
2	Chảy máu dưới nhện	106	16,4	Nhồi máu cơ tim	113	15,3
3	Thông liên thất phần màng	93	14,4	Chảy máu dưới nhện	99	13,4
4	Viêm phổi rất nặng	92	14,2	Viêm phổi rất nặng	90	12,2
5	U tụy	77	11,9	U tụy	75	10,1
6	Đẻ non	34	5,3	Thông liên thất phần màng	50	6,8
7	Nhồi máu cơ tim	25	3,9	Đẻ non	36	4,9
8	Chảy máu não do vỡ phình mạch	23	3,6	Tràn dịch màng phổi	20	2,7
9	Tràn dịch màng phổi	10	1,5	Suy thận mạn độ V	15	2,0
10	Suy thận mạn độ V	9	1,4	Chảy máu não do vỡ phình mạch	12	1,6
	Tổng chuyển 2015	646	100,0	Tổng chuyển 2016	740	100,0

Danh mục 10 bệnh chuyển viện cao nhất trong 2 năm là tương đương nhau. Bệnh có tỉ lệ chuyển viện cao nhất năm 2015 và 2016 đều là suy hô hấp sơ sinh với 17,2% và 15,9% (theo thứ tự). Tỉ lệ chuyển thứ 2 năm 2015 là do chảy máu dưới nhện chiếm 16,4%. Tỉ lệ chuyển thứ 2 năm 2016 là do nhồi máu cơ tim chiếm 15,3%.

Bảng 5. Kết quả thực hiện kỹ thuật theo phân tuyến của bệnh viện năm 2016

TT	Chỉ số kỹ thuật theo khoa	SL quy định	SL thực hiện	%
1	Hồi sức cấp cứu và Chống độc	386	305	79,0
2	Nội khoa	652	469	71,9
3	Nhi khoa	4254	2556	60,1
4	Da liễu	121	70	57,9
5	Tâm thần	87	25	28,7
6	Nội tiết	247	125	50,6
7	Y học cổ truyền	486	420	86,4
8	Gây mê hồi sức	4777	3567	74,7
9	Ngoại khoa	1113	701	63,0
10	Bỏng	180	102	56,7
11	Ung bướu	445	201	45,2
12	Phụ sản	241	192	79,7
13	Mắt	292	208	71,2
14	Tai mũi họng	394	200	50,8

15	Răng hàm mặt	348	234	67,2
16	Phục hồi chức năng	248	224	90,3
17	Điện quang	703	370	52,6
18	Nội soi chẩn đoán, can thiệp	107	70	65,4
19	Thăm dò chức năng	127	56	44,1
20	Huyết học - truyền máu	564	420	74,5
21	Hóa sinh	223	203	91,0
22	Vi sinh, ký sinh trùng	336	286	85,1
23	Vi phẫu	58	3	5,2
24	Phẫu thuật nội soi	498	108	21,7
25	Tạo hình thẩm mỹ	494	451	91,3
26	Giải phẫu bệnh	90	70	77,8
27	Y học hạt nhân	390	0	0,0
	Tổng	17816	11636	65,1

Kết quả thực hiện kỹ thuật theo phân tuyến của khoa Tạo hình thẩm mỹ là 91,3%; Hóa sinh là 91,0%; Hồi sức cấp cứu và chống độc 79,0%. Tỷ lệ thực hiện kỹ thuật theo phân tuyến tại khoa Y học hạt nhân là 0,0%. Tỷ lệ thực hiện kỹ thuật theo phân tuyến chung tại bệnh viện là 65,1%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu thấy: Tỷ lệ vượt chỉ tiêu về số lần khám bệnh năm 2015 là 109,1% và năm 2016 là 112,0%; Tỷ lệ vượt chỉ tiêu về số lượt người bệnh điều trị nội trú năm 2015 và 2016 lần lượt là 137,0% và 138,5%. Công suất sử dụng giường bệnh 2015 là 145,2% và năm 2016 là 138,0%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Vi Hồng Đức (2016) với tỷ lệ số lần khám bệnh vượt so với chỉ tiêu trong 3 năm từ 2013 - 2015 là 107,79% và công suất sử dụng giường bệnh trung bình trong 3 năm là 114,54% [1]. Một trong những kết quả đánh giá chất lượng điều trị tại bệnh viện C Thái Nguyên chính là số ngày điều trị trung bình giảm: số ngày điều trị trung bình năm 2015 là 9,2 và năm 2016 là 8,9 ngày. Tỷ lệ tử vong 2015 là 0,04% và năm 2016 là 0,03%. Mặc dù giảm không nhiều nhưng Bệnh viện C là bệnh viện hạng I của tỉnh, nơi tập trung nhiều bệnh nhân nặng với phần lớn bệnh nhân chuyển từ tuyến dưới lên (Bảng 3), với những bệnh nhân nặng thì rõ ràng việc giảm số ngày điều trị đã chứng tỏ việc nâng cao chất lượng điều trị của bệnh viện năm 2016 so với năm 2015. Kết quả giảm công suất sử dụng giường bệnh từ 145,2% năm 2015 xuống còn 138,0% năm 2016 hoàn toàn phù hợp với việc giảm thời gian điều trị trung bình do chất lượng điều trị tại bệnh viện C Thái Nguyên đã từng bước nâng cao.

Tỷ lệ BHYT đăng ký KCB ban đầu tại bệnh viện C năm 2015 là 46,2% và năm 2016 là 43,9%. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với thực

tế tỷ lệ đăng ký KCB BHYT ban đầu tại bệnh viện C giảm do bệnh viện C có quyết định lên hạng I vào ngày 01/02/2015, do đó tỷ lệ đăng ký KCB BHYT ban đầu tại bệnh viện C sẽ giảm (tập trung điều trị các bệnh nhân nặng do tuyến dưới chuyển lên). Kết quả này cho thấy hoạt động KCB liên quan đến BHYT tại bệnh viện C có sự thay đổi rõ rệt liên quan đến chất lượng điều trị và phân tuyến điều trị. Số bệnh nhân khám trái tuyến BHYT năm 2015 là 5882 tăng lên 6973 năm 2016. Kết quả này có liên quan đến chất lượng điều trị của bệnh viện, một số bệnh nhân trái tuyến sẵn sàng đến bệnh viện điều trị để nhận dịch vụ chất lượng cao mặc dù mức hưởng bảo hiểm bị giảm đi 50%. Đánh giá sự thay đổi kết quả chuyển bệnh nhân BHYT đi giữa 2 năm theo chúng tôi là hợp lý với thực tế chiều hướng "thắt chặt" BHYT trong những năm gần đây. Tỷ lệ chuyển tuyến giảm từ 5,4% xuống còn 4,5%. Bên cạnh đó, việc giảm tỷ lệ bệnh nhân BHYT chuyển viện do bệnh viện đã từng bước làm chủ, triển khai thêm nhiều kỹ thuật phân tuyến mới (bảng 6) và nhiều kỹ thuật vượt tuyến sau khi thành lập bệnh viện hạng I.

Đẻ thường, phẫu thuật lấy thai và viêm phổi là 3 bệnh hay gặp nhất trong cả 2 năm 2015 và 2016. Tổng 10 bệnh hay gặp nhất năm 2015 chiếm 35,3% tổng số bệnh nhân điều trị tại viện và năm 2016 chiếm 33,1% tổng số bệnh nhân điều trị tại viện. Đây cũng là nhóm bệnh phổ biến tại các bệnh viện khác [3], [4]. Bệnh có tỷ lệ chuyển viện cao nhất năm 2015 và 2016 đều là suy hô hấp sơ sinh với 17,2% và 15,9% (theo thứ tự). Tỷ lệ chuyển thứ 2 năm 2015 là do chảy

máu dưới nhện chiếm 16,4%. Tỷ lệ chuyển thứ 2 năm 2016 là do nhồi máu cơ tim chiếm 15,3%. Đối với suy hô hấp sơ sinh là những trường hợp trẻ sau đẻ được điều trị tại bệnh viện nhưng do nhiều lý do như gia đình khi thấy cháu có diễn biến nặng hơn là tâm lý muốn chuyển xuống các bệnh viện Trung ương dưới Hà Nội (bởi khoảng cách từ bệnh viện C xuống Hà Nội). Thực tế, số lượng máy thở và lồng ấp tại khoa Nhi bệnh viện C chỉ có 03 máy hoạt động tốt, do đó không đáp ứng được nhu cầu điều trị với số lượng lớn hơn. Đối với vấn đề chuyển viện do chảy máu dưới nhện và nhồi máu cơ tim là do thiếu phương tiện/trang thiết bị hỗ trợ mặc dù nhân lực có thể đáp ứng được yêu cầu. Ngoài ra những trường hợp chuyển khác như do u tủy, do suy thận mãn độ V, thông liên thất phần màng là những trường hợp mà hiện bệnh viện vẫn còn thiếu một số kỹ thuật theo phân tuyến chưa được triển khai hoặc chưa triển khai được do thiếu trang thiết bị, thiếu nhân lực, kết quả cụ thể về phân tuyến kỹ thuật được trình bày trong bảng 5.

Tỷ lệ thực hiện kỹ thuật theo phân tuyến chung tại bệnh viện C Thái Nguyên năm 2016 là 65,3%. So sánh với kết quả nghiên cứu của Hoàng Đình Khiếu (2015) tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình cho tỷ lệ thực hiện đạt danh mục kỹ thuật theo phân tuyến là 57,5% [2]. Nghiên cứu của Bùi Thị Thủy (2015) tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh với tỷ lệ thực hiện đạt danh mục kỹ thuật theo phân tuyến là 70,46% [5]. Mặc dù kết quả của chúng tôi có thể xác định là tương đối phù hợp so với 2 nghiên cứu trên nhưng cũng là thách thức trong quá trình phát triển bệnh viện với 34,9% kỹ thuật chưa được triển khai theo phân tuyến. Việc nâng cao chất lượng và số lượng kỹ thuật thực hiện theo phân tuyến của Bộ Y tế sẽ giúp nâng cao chất lượng KCB tại bệnh viện, qua đó nâng cao sức khỏe nhân dân trên địa bàn. Nghiên cứu cũng cho thấy kết quả thực hiện kỹ thuật theo phân tuyến của khoa Tạo hình thẩm mỹ là 91,3%; khoa Phục hồi chức năng là 90,3%, Hóa sinh là 91,0%; Hồi sức cấp cứu và chống độc 79,0%; Vi phẫu là 5,2% và Y học hạt nhân là 0%. Kết quả này cho thấy Bệnh viện C đang đi đúng hướng khi trên địa bàn tỉnh Thái Nguyên chưa có sự phát triển sâu về Tạo hình thẩm mỹ tại bất kỳ bệnh viện nào, việc nâng cao chất lượng Phục hồi chức năng chính là việc đáp ứng với sự phát triển rầm rộ của các bệnh không lây nhiễm trong

giai đoạn hiện nay và việc phát triển kỹ thuật cận lâm sàng như Hóa sinh sẽ giúp nâng cao khả năng hỗ trợ chẩn đoán điều trị cho bác sỹ. Một điểm lưu ý là nghiên cứu của chúng tôi không so sánh phân tuyến kỹ thuật năm 2015 so với năm 2016 bởi lẽ: năm 2015 bệnh viện C Thái Nguyên triển khai phân tuyến kỹ thuật theo Quyết định 23/2005/QĐ-BYT; trong khi đó năm 2016 bệnh viện triển khai phân tuyến kỹ thuật theo Thông tư 43/2013/TT-BYT và Thông tư 50/2014/TT-BYT của Bộ Y tế.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ vượt chỉ tiêu về số lần khám bệnh năm 2015 là 109,1% và năm 2016 là 112,0%. Công suất sử dụng giường bệnh 2015 là 145,2% và năm 2016 là 138,0%. Số ngày điều trị trung bình năm 2015 là 9,2 và năm 2016 là 8,9 ngày. Tỷ lệ tử vong 2015 là 0,04% và năm 2016 là 0,03%. Số lượng BHYT đăng ký KCB ban đầu tại bệnh viện C năm 2015 là 23.076 bệnh nhân (46,2%) và năm 2016 là 26073 bệnh nhân (43,9%). Tỷ lệ bệnh nhân chuyển khám BHYT đi là 5,4% năm 2015 và 4,5% năm 2016. Để thường, phẫu thuật lấy thai và viêm phổi là 3 bệnh hay gặp nhất trong cả 2 năm 2015 và 2016. Tỷ lệ thực hiện kỹ thuật theo phân tuyến chung tại bệnh viện là 65,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vi Hồng Đức (2016)**, *Thực trạng thực hiện các kỹ thuật y tế tại Bệnh viện đa khoa trung tâm tỉnh Lạng Sơn giai đoạn 2013-2015 và giải pháp giai đoạn 2016-2020*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
2. **Hoàng Đình Khiếu (2015)**, *Thực trạng nguồn nhân lực Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình và nhu cầu phát triển nguồn nhân lực đến năm 2020*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
3. **Đỗ Văn Minh (2011)**, *Nghiên cứu thực trạng hoạt động khám chữa bệnh tại bệnh viện đa khoa huyện Sơn Dương tỉnh Tuyên Quang và đề xuất một số giải pháp*, Luận án chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
4. **Đặng Đình Thắng (2012)**, *Nghiên cứu thực trạng cung cấp và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa huyện Văn Yên tỉnh Yên Bái và đề xuất giải pháp*, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
5. **Bùi Thị Thủy (2015)**, *Thực trạng mô hình bệnh tật của bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
6. **Trường cán bộ quản lý y tế (2001)**, *Quản lý bệnh viện*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ BƠM RỬA MŨI VỚI DUNG DỊCH BUDESONIDE SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI MŨI XOANG TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM MŨI XOANG MẠN CÓ POLYP MŨI

Trần Viết Luân*, Trương Mỹ Thục Uyên**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả bơm rửa mũi với dung dịch budesonide sau phẫu thuật nội soi mũi xoang trên bệnh nhân viêm mũi xoang mạn có polyp mũi. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có can thiệp lâm sàng, bệnh nhân viêm mũi xoang mạn có polyp mũi được phẫu thuật nội soi mũi xoang, sau mổ 1 tuần được rửa mũi dung dịch budesonide thể tích lớn liên tục trong 3 tháng (bơm rửa mỗi ngày 2 lần, mỗi lần 240 ml dung dịch nước muối sinh lý pha với 500 µg budesonide). Các triệu chứng cơ năng cải thiện rõ rệt (SNOT22 trước PT = 48.9 ± 9.1 giảm sau 1 tháng = 14.5 ± 7.6 ; $p < 0.001$; tiếp tục giảm và duy trì ổn định sau 3 tháng = 10.5 ± 5.2 ; $p < 0.001$); đánh giá qua thang điểm nội soi Lund – Kennedy (theo 3 tiêu chí polyp, phù nề, xuất tiết) từ 10.6 ± 2.7 trước PT giảm đáng kể sau PT 1 tháng = 2.9 ± 1.5 ; $p < 0.001$; sau PT 3 tháng = 1.4 ± 1.3 ; $p < 0.001$. Chưa ghi nhận tác dụng phụ do dùng corticoid kéo dài. **Kết luận:** VMX mạn polyp mũi sau phẫu thuật dùng budesonide bơm rửa mũi sẽ làm niêm mạc hồi phục lành tốt, các lỗ thông xoang được duy trì thoáng rộng, ít sẹo dính và kiểm soát được tái phát polyp.

SUMMARY

EVALUATE EFFECTIVENESS OF BUDESONIDE IRRIGATION IN THE POSTOPERATIVE MANAGEMENT OF CHRONIC RHINOSINUSITIS WITH POLYP

Objective: to evaluate the efficacy of postoperative budesonide nasal irrigation in patients with chronic rhinosinusitis and nasal polyps. **Method:** Cross-sectional with clinical trial study. Patients with chronic rhinosinusitis with nasal polyps underwent endoscopic sinus surgery, received budesonide nasal irrigation 1 week postoperative and continued in 3 months, in ENT hospital, from 12/2016 to 05/2017. **Results:** 45 Patients with chronic rhinosinusitis and nasal polyps underwent endoscopic sinus surgery, received budesonide nasal irrigation 1 week postoperative and continued in 3 months (twice a day, 240ml saline isotonic with 500µg budesonide). The

clinical symptoms improved (SNOT 22 preoperative score = 48.9 ± 9.1 , 1 month postoperative score = 14.5 ± 7.6 ; $p < 0.001$; 3 month postoperative score = 10.5 ± 5.2 ; $p < 0.001$); the endoscopic Lund-Mackay score (3 criteria: polyp, edema, secretion) preoperative 10.6 ± 2.7 , decreased postoperatively 1 month = 2.9 ± 1.5 ; $p < 0.001$, 3 month = 1.4 ± 1.3 ; $p < 0.001$. No side effect with long-term corticoid using is recognized in our study. **Conclusion:** Postoperative budesonide nasal irrigation in patients with chronic rhinosinusitis and nasal polyps improve the sinus healing, maintain the wide sinus ostium, reduce nasal adhesions and control the recurrence of nasal polyps.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

VMXMT có kèm theo polyp mũi chiếm 20-33% các trường hợp, sinh bệnh học của polyp mũi xoang chưa được rõ ràng, các liệu pháp điều trị vẫn còn đang được thảo luận, tìm kiếm. Steroid là thuốc trị liệu polyp mũi có hiệu quả nhưng do tác dụng phụ nên steroid toàn thân chỉ được dùng ngắn hạn, cần phải sử dụng steroid tại chỗ để kiểm soát tái phát của polyp.

Tuy nhiên các phương pháp nhỏ mũi, xịt mũi với thể tích nhỏ rất khó đưa thuốc vào trong lòng xoang để kiểm soát bệnh lý niêm mạc. Rửa mũi với dung dịch thể tích lớn nước muối sinh lý có pha Budesonide được xem là phương pháp hiệu quả nhất hiện nay do đưa được một lượng dịch lớn vào lòng xoang sau khi phẫu thuật, thúc đẩy quá trình lành niêm mạc sớm, giảm thiểu nguy cơ tái phát bệnh.[3], [6],[7].

Ở nước ta vẫn chưa có công trình nào báo cáo về tác dụng của phương pháp này. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Đánh giá hiệu quả bơm rửa mũi với dung dịch budesonide sau phẫu thuật nội soi mũi xoang trên bệnh nhân viêm mũi xoang mạn có polyp mũi".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang có can thiệp lâm sàng.

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán viêm mũi xoang mạn có polyp mũi (lần đầu hoặc tái phát) có chỉ định phẫu thuật nội soi mũi xoang tại bệnh viện Tai Mũi Họng và đáp ứng tiêu chuẩn chọn bệnh từ tháng 12/2016 đến tháng 05/2017.

*Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

**Bệnh viện Tai Mũi Họng Tp. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Viết Luân

Email: luantranviet@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.8.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.10.2017

Ngày duyệt bài: 9.10.2017

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân > 16 tuổi.
- Bệnh nhân bị viêm mũi xoang mạn có polyp mũi có chỉ định phẫu thuật nhập viện tại bệnh viện Tai Mũi Họng có hồ sơ bệnh án và thăm khám đầy đủ.
- Đồng ý tham gia vào cuộc nghiên cứu, tái khám đúng lịch, chăm sóc hồ mổ, rửa mũi với dung dịch budesonide liên tục 3 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân bị viêm mũi xoang mạn có polyp mũi nhưng kèm u hốc mũi (u nhú, u mạch máu...) hoặc nấm xoang.
- Các bệnh nhân không tuân thủ điều trị: không sử dụng đúng và đủ liều bơm rửa mũi với dung dịch Budesonide; không theo dõi tái khám.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương tiện nghiên cứu

- Phim CTScan.
- Dụng cụ khám Tai Mũi Họng thường quy
- Dụng cụ, phương tiện nội soi chẩn đoán: bộ nội soi mũi xoang của Karl Storz
- Dụng cụ, phương tiện phẫu thuật nội soi mũi xoang: bộ phẫu thuật nội soi của Karl Storz, IGS (nếu sử dụng trong cuộc mổ VMX mạn, có polyp tái phát.)
- Dụng cụ chăm sóc mũi dạng bơm rửa mũi: bình NeilMed (240 ml).
- Nước muối sinh lý 0.9% (chai 500 ml) hoặc gói neilmed dạng dùng cho người lớn.
- Thuốc Budesonide (Pulmicort): Ống 0.5mg/2ml

**Hình 1: Dụng cụ dùng bơm rửa mũi****Tiêu chuẩn đánh giá**

- Đánh giá độ nặng của triệu chứng lâm sàng (chủ quan) trước và sau mổ theo thang điểm SNOT-22. Chọn các triệu chứng chính quan trọng nhất: lý do than phiền nhiều nhất của bệnh nhân để tính tổng số điểm (tối đa 5 triệu chứng)

Bệnh nhân được theo dõi đánh giá các triệu chứng cơ năng sau mổ, sự hài lòng của bệnh nhân theo thang điểm SNOT-22 ở mỗi lần tái khám: tuần thứ 1, thứ 2, sau 1 tháng, sau 2 tháng, sau 3 tháng.

- Đánh giá thang điểm nội soi theo Lund-Kennedy:

-Polyp 0: không có polyp; 1: polyp mức độ nhẹ; 2: polyp mức độ trung bình; 3: polyp mức độ nặng).

- Phù nề: 0: không phù nề; 1: phù nề nhẹ; 2: phù nề nhiều.

- Chảy mủ: 0: không có mủ; 1: hốc mũi sạch, ít mủ; 2: nhiều mủ trong hốc mũi.

- Sẹo dính: 0: không có sẹo dính; 1: ít sẹo dính; 2: nhiều sẹo dính.

- Vảy: 0: không có vảy; 1: ít vảy; 2: nhiều vảy.

*Phân độ Polyp mũi trước PT theo Đại học Munich.

- Đánh giá tình trạng bệnh lý viêm mũi xoang mạn trên CT theo Lund –Mackay

Về CT-Scan: chụp không cản quang, đọc ở mặt phẳng axial và coronal. Dựa vào thang điểm của Lund- Mackay, điểm từ 0- 2 phụ thuộc vào tính mờ đục hoàn toàn, một phần của các hệ thống xoang và phức hợp lỗ thông mũi xoang, điểm tối đa ở mỗi bên là 12 điểm.

Theo dõi vào tuần thứ nhất, tuần thứ 2, tháng thứ 1, tháng thứ 2, tháng thứ ba (có thể tái khám nhiều hơn tùy theo tình trạng hồ mổ mỗi lần tái khám): các triệu chứng cơ năng, sự hài lòng của bệnh nhân (bảng SNOT -22); tiến trình lành vết mổ, tình trạng niêm mạc mũi xoang, tỉ lệ tái phát polyp qua nội soi (thang điểm đánh giá sau phẫu thuật qua nội soi mũi xoang); các tác dụng phụ của phương pháp bơm rửa mũi.

Các bước tiến hành nghiên cứu

- Chọn BN thỏa tiêu chuẩn đưa vào mẫu nghiên cứu :giải thích, chuẩn bị tâm lý trước mổ cho bệnh nhân.

- Theo dõi hậu phẫu theo lịch tái khám từng BN, ghi nhận dấu hiệu theo thang điểm nội soi của Lund Kennedy, chăm sóc hồ mổ (hút máu đọng, gỡ bột vảy (nếu có)...), các triệu chứng cơ năng theo bảng SNOT-22, hướng dẫn bệnh nhân cách pha dung dịch Budesonide, cách rửa mũi đúng cách cho đến khi bệnh nhân thuần thục,

ghi nhận những than phiền của bệnh nhân (nếu có), sự tái phát polyp, biến chứng do rửa mũi với dung dịch Budesonide.

III. KẾT QUẢ - BÀN LUẬN

Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu của chúng tôi $43,87 \pm 13,4$ tuổi,

Tương tự với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của K. Dalziel (2003, Anh) [6] tuổi trung bình là 44 tuổi, nghiên cứu của Pierre Bonfils [4] cho thấy tuổi trung bình $46,8 \pm 0,8$ tuổi. Nghiên cứu của Ngô Văn Công (2008) [1] có tuổi trung bình là $37 \pm 11,3$ tuổi, của Trần Thị Thúy Hằng (2013) [2] có tuổi trung bình là 41 tuổi, 85% có tuổi > 30.

CT scan trước mổ: điểm trung bình Lund Mackay trước mổ $19,9 \pm 3,7$. So với nghiên cứu của Pierre Bonfils [4] điểm trung bình Lund Mackay trước mổ $19,1 \pm 0,3$, nghiên cứu của Trần Thị Thúy Hằng [2] có điểm trung bình 15,62; Ngô Văn Công [1] là $17,6 \pm 4,4$. Các nghiên cứu đều có trị số tương đương với nghiên cứu của chúng tôi. Điều này cho thấy, điểm trung bình Lund Mackay ở bệnh nhân polyp mũi xoang luôn có điểm số cao, phản ánh lên sự tổn thương niêm mạc nhiều ở mũi và các xoang cạnh mũi, polyp càng to thì thường là thời gian mắc bệnh càng lâu, bệnh tích niêm mạc có xu hướng càng nhiều hơn.

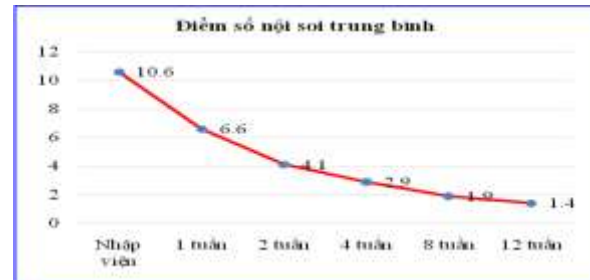
Kết quả bơm rửa mũi với dung dịch budesonide sau mổ: Các triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật cải thiện rõ sau tuần thứ nhất và giảm nhanh sau 2 tuần, các triệu chứng có xu hướng cải thiện rõ rệt theo thời gian đến sau 1 tháng thì tốc độ giảm chậm hơn đến 3 tháng và duy trì sự ổn định. Các triệu chứng cơ năng chỉ còn ảnh hưởng nhẹ đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân theo SNOT-22. ($p < 0.001$)



Biểu đồ 1: Triệu chứng cơ năng cải thiện sau bơm rửa mũi với dung dịch budesonide sau mổ

Các triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật cải thiện rõ sau tuần thứ nhất và giảm nhanh sau 2 tuần, các triệu chứng có xu hướng cải thiện rõ rệt theo thời gian đến sau 1 tháng thì tốc độ giảm chậm hơn đến 3 tháng và duy trì sự ổn

định. Các triệu chứng cơ năng chỉ còn ảnh hưởng nhẹ đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân theo SNOT-22. ($p < 0.001$)



Biểu đồ 2: điểm số nội soi cải thiện sau bơm rửa mũi với dung dịch budesonide sau mổ



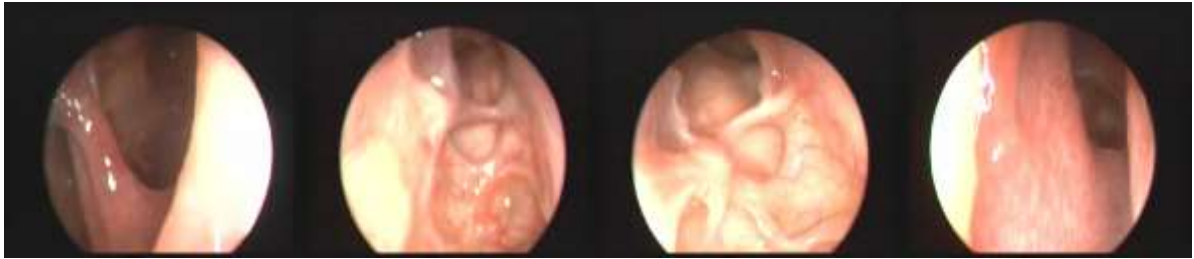
Biểu đồ 3: điểm số vảy sẹo cải thiện sau bơm rửa mũi với dung dịch budesonide sau mổ

Đánh giá tình trạng mũi xoang và sự lành thương qua nội soi: Tổng điểm nội soi trước phẫu thuật là $10,6 \pm 2,7$ (với tiêu chí đánh giá về polyp, phù nề và chảy mũi).

Điểm trung bình qua nội soi có sự cải thiện rõ bắt đầu từ tháng thứ 1 trở đi, triệu chứng qua nội soi theo thời gian được cải thiện nhiều hơn. Hở mũi lành tốt, các lỗ thông xoang được duy trì rộng thoáng. Ít sẹo dính và kiểm soát được sự tái phát polyp. Chưa ghi nhận sự tái phát polyp qua nội soi cũng như mức độ sẹo dính ảnh hưởng đến tiến trình lành bệnh.

Điểm trung bình qua nội soi có sự cải thiện rõ bắt đầu từ tháng thứ 1 trở đi, triệu chứng qua nội soi theo thời gian được cải thiện nhiều hơn. Hở mũi lành tốt, các lỗ thông xoang được duy trì rộng thoáng. Ít sẹo dính và kiểm soát được sự tái phát polyp. Chưa ghi nhận sự tái phát polyp qua nội soi cũng như mức độ sẹo dính ảnh hưởng đến tiến trình lành bệnh.

Điểm trung bình qua nội soi có sự cải thiện rõ bắt đầu từ tháng thứ 1 trở đi, triệu chứng qua nội soi theo thời gian được cải thiện nhiều hơn. Hở mũi lành tốt, các lỗ thông xoang được duy trì rộng thoáng. Ít sẹo dính và kiểm soát được sự tái phát polyp. Chưa ghi nhận sự tái phát polyp qua nội soi cũng như mức độ sẹo dính ảnh hưởng đến tiến trình lành bệnh.



Hình 2: hình ảnh hố mổ thoáng, niêm mạc lành tốt, không phù nề sau mổ 4 tháng được bơm rửa với dung dịch budesonide.

Tác dụng phụ của budesonide: Tác dụng của steroid gồm tác dụng tại chỗ và tác dụng toàn thân. Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận khó chịu nào khi dùng budesonide bơm rửa mũi trong thời gian nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Sau phẫu thuật mũi xoang – cắt polyp mũi dùng budesonide bơm rửa mũi thể tích lớn sớm sẽ làm cải thiện các triệu chứng cơ năng (ngẹt mũi, chảy mũi, khúu giác và đau vùng mặt) và rút ngắn thời gian lành bệnh và duy trì được sự cải thiện triệu chứng lâu dài.

Sau phẫu thuật dùng budesonide bơm rửa mũi sẽ làm niêm mạc hố mổ lành tốt, các lỗ thông xoang được duy trì thoáng rộng, ít sẹo dính và kiểm soát được tái phát polyp.

Chưa ghi nhận bất kỳ biến chứng gì khi bơm rửa mũi với dung dịch Budesonide.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Văn Công (2008)**, "Đánh giá tác dụng của Budesonide sau phẫu thuật nội soi mũi xoang chức năng", *Luận văn Nội trú*, Đại học Y Dược TP. Hồ

Chí Minh, tr. 45-55.

2. **Trần Thị Thủy Hằng, Trần Minh Thông, Lâm Huyền Trân (2013)**, Khảo sát đặc điểm lâm sàng – mô bệnh học 57 trường hợp polyp mũi, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 17, Phụ bản của Số 3, 2013. Tr.131.
3. **Bhalla RK, Payton K, Wright ED (2008)**, "Safety of budesonide in saline sinonasal irrigations in the management of chronic rhinosinusitis with polyposis: lack of significant adrenal suppression.", *J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008;37:821–825.
4. **Bonfils P¹, Norès JM, Halimi P, Avan P. (2003)** Corticosteroid treatment in nasal polyposis with a three-year follow-up period, *Laryngoscope.* 2003 Apr;113(4):683-7
5. **Cope D. and Bova R. (2008)**, "Steroids in otolaryngology", *Laryngoscope*, 118(9): p. 1556-60.
6. **Dalziel K, Stein K, Round A, Garside R, Royle P (2003)**, Systematic review of endoscopic sinus surgery for nasal polyps, *Health Technol Assess.* 2003;7(17):1-159
7. **David W.Jang, MD, Vasileios A. Lachanas, MD, PhD, Jamie Segel, MD and Stilianos E. Kountakis MD.PhD (2013)**, "Budesonide nasal irrigations in the postoperative management of chronic rhinosinusitis", *Int Forum Allergy Rhinol*, 2013; 3: 708-711

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA NƯỚC SẮC LÁ TRẦU KHÔNG TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM LỢI

Đoàn Quang Huy*

TÓM TẮT

Nghiên cứu tác dụng của nước sắc của lá trầu không trên 45 bệnh nhân viêm lợi, kết quả cho thấy: Nước sắc lá Trầu không có hiệu quả khá cao trong điều trị viêm lợi. Mức giảm chỉ số lợi là: $2,565 \pm 0,62$. Mức giảm chỉ số chảy máu lợi là: $2,913 \pm 0,784$. Mức giảm viêm lợi: 97,78%. Nước sắc lá trầu không có tác

dụng điều trị Viêm lợi tốt hơn nước muối sinh lý. Không có bệnh nhân nào có phản ứng phụ như: Đau rát, mẫn ngứa, nổi mề đay...

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTS OF BETEL LEAF DECOCTION IN THE PATIENTS WITH GINGIVITIS

To evaluating the effects of Betel leaf decoction in the treatment of gingivitis. Research results: Betel leaf decoction is highly effective in the treatment of gingivitis. Reduction of benefits is only: 2.565 ± 0.62 . Level reduce bleeding gums indicators are: 2.913 ± 0.784 . Level reduce gingivitis: 97.78%. Physiological saline 9 % ineffective treatment for

*Học viện Y Dược học cổ truyền VN

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Quang Huy

Email: huydoanquang195@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2017

Ngày phản biện khoa học: 4.10.2017

Ngày duyệt bài: 90.10.2017

urgent gingivitis. The benefit is reduced index: 0.545 ± 0.548 . Level reduce bleeding gums index is: 0.773 ± 0.711 . Level reduce gingivitis: 15.56%. Side effects of Betel leaf decoction: no patients had side effects such as pain, burning, rash, urticaria...

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm lợi là bệnh thuộc tổ chức vùng quanh răng một trong những bệnh khó điều trị ở vùng miệng. Ở Việt Nam, bệnh viêm lợi là 91,61%. Năm 2002, qua nghiên cứu điều tra dịch tễ học bệnh viêm lợi và viêm quanh răng trong phạm vi toàn quốc tỷ lệ chảy máu lợi từ 15-17 là: 66,9%. Viêm lợi 18-34 tuổi là 76,4%, 18 tuổi là 80%.

Xuất phát từ nhu cầu điều trị ngày càng tăng trong khi thuốc nhập ngoại giá thành cao, vấn đề đặt ra là làm thế nào sử dụng nguồn dược liệu có sẵn trong nước, hiệu quả điều trị tốt dễ phổ cập. Chúng tôi sử dụng Nước sắc lá Trầu không để điều trị viêm lợi. Mục tiêu nghiên cứu là:

- Đánh giá tác dụng của Nước sắc lá Trầu không trong điều trị viêm lợi
- Tìm hiểu tác dụng không mong muốn của thuốc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1 Đối tượng: Gồm 90 bệnh nhân được chia làm 2 nhóm: nhóm 1 được súc miệng Nước sắc lá Trầu không (45 bệnh nhân) và nhóm 2 súc miệng nước muối sinh lý 9‰ (45 bệnh nhân).

Nhóm một: Gồm 45 bệnh nhân viêm lợi cấp chỉ số lợi (GI) ≥ 2 chỉ số chảy máu > 2 . Tuổi từ 18 đến 50.

Nhóm hai: Gồm 45 bệnh nhân viêm lợi cấp chỉ số lợi (GI) ≥ 2 chỉ số chảy máu > 2 . Tuổi từ 18 đến 49.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân viêm lợi.

- Những bệnh nhân đã dùng thuốc kháng sinh đều bị loại trừ không nằm trong đối tượng nghiên cứu.

2.1.2 Địa điểm: Tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh.

- Thời gian từ tháng 03 đến tháng 12 năm 2009.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu ứng dụng lâm sàng, phương pháp mở so sánh trước và sau điều trị.

-Nhóm một: Bệnh nhân súc miệng Nước lá Trầu không từ 2-3 phút, mỗi ngày ngâm súc 4

lần, mỗi lần cách nhau 3 giờ.

-Nhóm hai: bệnh nhân súc miệng nước muối 9‰ từ 2-3 phút, mỗi ngày ngâm súc 4 lần, mỗi lần cách nhau 3 giờ.

*Ghi nhận những biểu hiện phản ứng thuốc ở cả 2 nhóm: ngứa, nổi mẩn, chóng mặt, cay....

2.2.1 Chỉ tiêu đánh giá tổn thương

-Mức độ đau: Thông qua hỏi mức độ đau của bệnh nhân: đau nhiều, đau ít, không đau.

-Mức độ viêm lợi: Dựa vào chỉ số lợi Gingival Index (GI).

-Mức độ chảy máu lợi: dựa vào chỉ số chảy máu lợi Muhlemann.

2.2.2 Tiêu chuẩn đánh giá kết quả:

Kết quả	Tốt	Trung bình	Kém
Chỉ số lợi	0- 0,9	1-1,9	2,0- 3,0
Chỉ số chảy máu lợi	0	1-2	3-4

2.3 Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê y học, kiểm định bằng phương pháp χ^2 trong chương trình máy Epiinfo 6.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Những đặc điểm của người bệnh

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân về tuổi, giới

Giới Tuổi	Nam		Nữ		p
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	
15-19	1	1,1	3	3,3	$> 0,05$
20-50	46	51,1	40	44,5	

Nhận xét: Tổng số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 90 người.

- Tỷ lệ bệnh nhân nữ là 44,5% (43 bệnh nhân) thấp hơn số bệnh nhân nam là 51,1% (47 bệnh nhân).

- Giữa các nhóm tuổi, phân bố tỷ lệ nam và nữ là tương đương. Không có sự khác biệt về tỷ lệ nam, nữ trong nghiên cứu với $p > 0,05$.

Bảng 2: Phân bố bệnh nhân theo khu vực

Giới Khu vực	Nam		Nữ		p
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	
Nông thôn	16	17,8	15	16,7	$p > 0,05$
Thành phố	31	34,4	28	31,1	

Nhận xét: Chủ yếu bệnh nhân trong nghiên cứu ở thành phố (65,5%), số bệnh nhân ở nông thôn là 34,5%.

3.2. Hiệu quả điều trị viêm lợi sau SMNLTK

3.2.1. Biến đổi chỉ số lợi (GI) sau SMNLTK

Bảng 3. Giảm chỉ số lợi sau SMNLTK

Kết quả Thời gian	Số lần khám	Chỉ số (GI)		Giảm chỉ số (GI)	
Trước điều trị	45	$2,877 \pm 0,309$			
Sau 3 ngày	45	$1,188 \pm 0,430$	$p < 0,05$	$1,717 \pm 0,502$	$p < 0,05$

Sau 7 ngày	45	0,404±0,404		2,565±0,62	
Giảm chỉ số GI trung bình (3-7 ngày)				0,783±0,352	

Nhận xét: Qua kết quả thấy mức giảm chỉ số GI sau 7 ngày (2,565±0,62) so với sau 3 ngày (1,717±0,502) tăng hơn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Bảng 4. Giảm chỉ số chảy máu lợi (CML) sau SMNLTK

Kết quả	Số lần khám	Chỉ số CML	Giảm chỉ số CML
Thời điểm			
Trước điều trị	45	3,166±0,612	
Sau 3 ngày	45	1,325±0,547	1,87±0,542
Sau 7 ngày	45	0,303±0,426	2,913±0,784
Giảm chỉ số CML trung bình (3-7 ngày)			
1,022±0,457			

Nhận xét: Qua kết quả thấy mức giảm chỉ số CML sau 7 ngày (2,913±0,784) so với mức giảm chỉ số CML sau 3 ngày (1,87±0,542) là tăng hơn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Bảng 5. Biến đổi chỉ số lợi sau SMNLTK

Kết quả	Số lần khám	Tốt	Trung bình	Kém	p
Thời điểm		SL	%	SL	%
Sau 3 ngày	45	1	2,22	40	88,89
Sau 7 ngày	45	35	77,78	9	20,00

Nhận xét: Số bệnh nhân có kết quả tốt sau điều trị 3 ngày chiếm 2,22% sau điều trị 7 ngày tăng chiếm 77,78%. Kết quả trung bình sau 3 ngày 88,89% sau 7 ngày giảm xuống còn 20,0%. Kết quả kém 2,22%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.2. Hiệu quả điều trị viêm lợi sau SMNLTK

Bảng 6. Hiệu quả điều trị viêm lợi sau SMNLTK

Chỉ tiêu đánh giá	Số lần khám	Tỷ lệ%	Tốt	Trung bình	Kém	p
			SL	%	SL	%
Trước điều trị	45	100	0	0	45	100
Sau điều trị	45	100	35	77,78	9	2,22

Nhận xét: Kết quả sau điều trị tốt chiếm 77,78% trung bình 20,0%. cao hơn hẳn so với trước điều trị. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Toàn bộ 45 bệnh nhân không có ai có biểu hiện của phản ứng thuốc.

3.3. Hiệu quả điều trị viêm lợi sau SMNM 9‰

Bảng 7. Giảm chỉ số lợi sau SMNM 9‰

Thời gian điều trị	Số lần khám	Chỉ số GI	p	Giảm chỉ số GI	p
Trước điều trị	45	2,758±0,369			
Sau 3 ngày	45	2,221±0,366	p<0,05	0,386±0,493	p>0,05
Sau 7 ngày	45	2,129±0,382		0,545±0,548	
Giảm chỉ số GI trung bình (3-7 ngày)				0,091±0,195	

Nhận xét: Mức giảm chỉ số GI sau 3 ngày (0,386±0,493) và sau 7 ngày điều trị (0,545±0,548) gần như nhau. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê $p>0,05$.

Bảng 8. Giảm chỉ số chảy máu lợi sau SMNM 9‰

Thời gian điều trị	Số lần khám	Chỉ số chảy máu	Giảm chỉ số CML
Trước điều trị	45	2,893±0,502	
Sau 3 ngày	45	2,204±0,49	0,614±0,655
Sau 7 ngày	45	2,045±0,537	0,773±0,711
Giảm chỉ số CML trung bình (3-7 ngày)			
0,151±0,30			

Nhận xét: Mức giảm chỉ số chảy máu trung bình sau 3 ngày (0,614±0,655) và sau 7 ngày điều trị (0,773±0,711) gần như nhau. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. $p>0,05$.

Bảng 9. Biến đổi chỉ số lợi sau SMNM 9‰

Kết quả	Số lần khám	Tốt	Trung bình	Kém	p
Thời điểm		SL	%	SL	%
Sau 3 ngày	45	0	5	40	88,89
Sau 7 ngày	45	0	7	38	84,44

Nhận xét: Số bệnh nhân có kết quả trung bình sau điều trị 7 ngày là 15,56% so với sau 3 ngày là 11,11%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

3.3.1. Hiệu quả điều trị viêm lợi sau SMNM 9‰

Bảng 10. Hiệu quả điều trị viêm lợi sau SMNM 9‰

Chỉ tiêu đánh giá	Số lần khám	Tỷ lệ %	Tốt		Trung bình		Kém		p
			Số lần	%	Số lần	%	Số lần	%	
Trước điều trị	45	100	0		0		45	100	p>0,05
Sau điều trị	45	100	0		7	15,56	38	84,44	

Nhận xét: Số bệnh nhân có kết quả trung bình sau điều trị 7 ngày là 15,56% tăng ít so với trước điều trị. Không có bệnh nhân nào đạt kết quả tốt. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với (p>0,05).

3.4. So sánh hiệu quả điều trị viêm lợi giữa SMNLTK và SMNM 9‰

3.4.1. So sánh mức giảm chỉ số lợi sau SMNLTK và SMNM 9‰

Bảng 11. Giảm chỉ số lợi sau SMNLTK và SMNM 9‰

Phương pháp điều trị	Chỉ số GI	Giảm chỉ số GI
SMNLTK	0,404±0,404	2,565±0,62
SMNM 9‰	2,129±0,382	0,545±0,548
p	p<0,05	p<0,05

Nhận xét: Mức giảm chỉ số GI sau súc miệng Nước lá Trầu không (2,565±0,62) cao hơn hẳn so với sau súc miệng nước muối sinh lý 9‰ (0,545±0,548). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê p<0,05.

Bảng 12. Giảm chỉ số chảy máu lợi sau SMNLTK và SMNM 9‰

Phương pháp điều trị	Chỉ số CML	Giảm chỉ số CML
SMNLTK	0,303±0,426	2,913±0,784
SMNM 9‰	2,405±0,537	0,773±0,711
p	p<0,05	p<0,05

Nhận xét: Mức giảm chỉ số chảy máu sau súc miệng Nước lá Trầu không (2,913±0,784) cao hơn hẳn so với sau súc miệng nước muối sinh lý 9‰ (0,773±0,711). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê p<0,05.

3.4.2. So sánh hiệu quả điều trị viêm lợi giữa SMNLTK và SMNM 9‰

Bảng 13. So sánh hiệu quả điều trị viêm lợi Giữa SMNLTK và SMNM 9‰

Phương pháp điều trị	Số lần khám	Tỷ lệ %	Tốt		Trung bình		Kém		p
			Số lần	%	Số lần	%	Số lần	%	
SMNLTK	45	50	35	38,89	9	10,0	1	1,11	p<0,05
SMNM 9‰	45	50	0	0	7	7,78	38	42,22	
Tổng cộng	90	100	35	38,89	16	17,78	39	43,33	

Nhận xét: Số bệnh nhân có kết quả tốt sau súc miệng Nước lá Trầu không là 38,89%, trung bình 10,0% cao hơn hẳn so với sau súc miệng nước muối sinh lý 9‰, kết quả tốt không có bệnh nhân nào, kết quả trung bình 7,78. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

IV. KẾT LUẬN

- Nước sắc lá Trầu không có hiệu quả khá cao trong điều trị viêm lợi
 - Mức giảm chỉ số lợi là: 2,565±0,62
 - Mức giảm chỉ số chảy máu lợi là: 2,913±0,784
 - Mức giảm viêm lợi: 97,78%
- Nước muối sinh lý 9‰ không có tác dụng điều trị viêm lợi cấp
 - Mức giảm chỉ số lợi là: 0,545±0,548
 - Mức giảm chỉ số chảy máu lợi là: 0,773±0,711
 - Mức giảm viêm lợi: 15,56%
- Tác dụng phụ của Nước sắc lá Trầu không: không có bệnh nhân nào có phản ứng phụ như: Đau rát, mẩn ngứa, nổi mề đay...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lê Thị Kim Anh, Hoàng Tử Hùng:** Khảo sát kiến thức và tình trạng vệ sinh răng miệng của học sinh tiểu học tỉnh Long An năm học 2001-2002. Tuyển tập Công trình nghiên cứu khoa học Răng Hàm Mặt. Nhà xuất bản Y học, tr 188-190, Hà Nội, 2003.
- Nguyễn Văn Cát:** Tóm tắt bài trình bày của giáo sư ROY. PAGE tại hội Parodontologie Pháp năm 1980.
- Nguyễn Văn Cát:** Những nét mới trong bệnh học vùng quanh răng. Bài giảng Chuyên khoa Răng Hàm Mặt toàn quân, năm 1993. tr 7, 21.
- Nguyễn Văn Cát:** Tổ chức học vùng quanh răng. Sách giáo khoa Răng Hàm Mặt tập 1, 1977, tr 90-101.
- Nguyễn Văn Cát và Cộng Sự:** Sơ bộ nhận xét về chỉ số nhu cầu điều trị bệnh quanh răng của cộng đồng ở Hà Nội. Tài liệu Hội thảo Nha chu, Hà Nội, 1987.

KHẢO SÁT CHI PHÍ THANH TOÁN BẢO HIỂM Y TẾ NỘI TRÚ TẠI CÁC CƠ SỞ KHÁM CHỮA BỆNH TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH ĐỒNG THÁP NĂM 2015

Nguyễn Thị Thu Thủy¹, Võ Phạm Hào²

TÓM TẮT

Hiểu biết về chi phí thanh toán bảo hiểm y tế nội trú rất quan trọng và cần thiết trong xây dựng chính sách nhằm nâng cao sức khỏe, chất lượng sống và giảm gánh nặng kinh tế của bệnh. Nghiên cứu mô tả cắt ngang dựa trên dữ liệu của 187.214 người bệnh nội trú của tất cả bệnh viện trên địa bàn tỉnh Đồng Tháp năm 2015 đã được tiến hành nhằm phân tích chi phí thanh toán bảo hiểm y tế cho người bệnh nội trú. Kết quả cho thấy chi phí trung bình trong điều trị cao nhất ở bệnh viện hạng 1 và tuyến tỉnh. Bệnh hô hấp, nhiễm khuẩn và hệ tuần hoàn có chi phí điều trị trung bình cao nhất. Chi phí nội trú chủ yếu dành cho thuốc, dịch vụ y tế và thủ thuật phẫu thuật. Chi phí bảo hiểm y tế chi trả cao gấp 6 lần chi phí người bệnh tự chi trả.

Từ khóa: thanh toán, bảo hiểm y tế, Đồng Tháp, khám chữa bệnh nội trú, chi phí

SUMMARY

SURVEY OF INSURANCE PAYMENT FOR INPATIENT TREATMENT IN MEDICAL FACILITIES IN DONG THAP PROVINCE IN 2015

An in-depth understanding about inpatient costs is very important and necessary to create reasonable policies for improving health, quality of life and decreasing patient's economic burden. A cross-sectional study based on treatment data of 187.214 inpatients in all hospitals in Dong Thap province in 2015 has been conducted to evaluate the insurance payment for patients, treated in hospitals. Total inpatient cost was highest at first class hospital and provincial hospital. Respiratory diseases, parasite infections and circulatory diseases were overall highest treatment costs. Inpatient costs largely focused on drug costs, medical costs and surgical medical procedure costs. Medical insurance paid 6 times higher than the cost of self-pay patients.

Từ khóa: payment, insurance, Dong Thap, inpatient treatment, cost

¹Khoa Dược Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bảo hiểm xã hội tỉnh Đồng Tháp

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Thủy

Email: thuynguyen@uphcm.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.8.2017

Ngày phản biện khoa học: 4.10.2017

Ngày duyệt bài: 9.10.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, chất lượng chăm sóc sức khỏe của người dân ngày càng tăng cao đi kèm với nó là sự gia tăng đáng kể chi phí điều trị. Với độ phủ bảo hiểm y tế ngày càng gia tăng, sự gia tăng chi phí điều trị trên mỗi lượt khám chữa bệnh gây gánh nặng lớn lên ngân sách bảo hiểm y tế (BHYT). Chính vì vậy để có cái nhìn khách quan về thực trạng thanh toán BHYT tạo cơ sở xây dựng các chính sách y tế phù hợp cần thiết phải đánh giá chi phí trên mỗi lượt khám chữa bệnh (KCB) BHYT. Hiện tại nhiều nghiên cứu khảo sát thực trạng thanh toán bảo hiểm y tế đã được thực hiện [1,3]. Tuy nhiên những nghiên cứu này giới hạn thực hiện tại một hoặc một số bệnh viện cụ thể, chưa đánh giá thực trạng thanh toán bảo hiểm y tế trên địa bàn toàn tỉnh. Hiện tại chưa có nghiên cứu đánh giá thực trạng thanh toán BHYT tại tỉnh Đồng Tháp, hơn nữa chi phí thanh toán BHYT nội trú luôn chiếm tỷ lệ cao trong tổng thanh toán BHYT. Vì vậy để có cái nhìn tổng quan về thực trạng thanh toán BHYT nội trú tại các cơ sở khám chữa bệnh tại tỉnh Đồng Tháp, đề tài "Khảo sát chi phí thanh toán bảo hiểm y tế nội trú tại các cơ sở khám chữa bệnh trên địa bàn tỉnh Đồng Tháp năm 2015" được thực hiện với các mục tiêu sau:

1. Khảo sát thực trạng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế nội trú tại tỉnh Đồng Tháp năm 2015

2. Khảo sát chi phí thanh toán bảo hiểm y tế trung bình trên mỗi lượt khám chữa bệnh nội trú tại tỉnh Đồng Tháp năm 2015.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Chi phí thanh toán BHYT trung bình trên mỗi lượt khám chữa bệnh nội trú tại tỉnh Đồng Tháp năm 2015.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang dựa trên số liệu báo cáo thanh toán KCB BHYT tại các cơ sở KCB trên địa bàn tỉnh Đồng Tháp năm 2015.

Biến số nghiên cứu: Các biến số nghiên cứu được trình bày trong bảng 1.

Bảng 2. Các biến số nghiên cứu

Nhóm biến số nghiên cứu	Biến số nghiên cứu	Cách thống kê
Thực trạng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế nội trú	Tuổi, giới tính, tuyến bệnh viện, hạng bệnh viện, mức hưởng BHYT, tuyến điều trị, nhóm bệnh phổ biến	Số lượt KCB (tỷ lệ phần trăm) hoặc giá trị trung bình (độ lệch chuẩn) theo các biến số nghiên cứu
Chi phí thanh toán bảo hiểm y tế trung bình trên mỗi lượt khám chữa bệnh nội trú	Giá trị chi phí	Giá trị trung bình (độ lệch chuẩn)
	Cấu trúc chi phí - Tuyến bệnh viện - Hạng bệnh viện - Tuyến điều trị - Mức hưởng BHYT - Dịch vụ y tế - Nhóm bệnh phổ biến	Giá trị trung bình (độ lệch chuẩn) theo: - Tuyến tỉnh, huyện, xã - Hạng bệnh viện I, II, III, IV - Đúng tuyến/trái tuyến - 80%, 95%, 100% - Thuốc, xét nghiệm, phẫu thuật thủ thuật, khám, khác - Hô hấp, tiêu hóa, cơ xương khớp, nội tiết dinh dưỡng, tuần hoàn

Thống kê và xử lý số liệu

Dữ liệu được xử lý thống kê bằng phần mềm R với kết quả được trình bày ở dạng hình và bảng. Sự khác biệt trong chi phí giữa các nhóm được đánh giá thông qua kiểm định giả thiết thống kê bằng các phép kiểm phù hợp (t-test, anova) với độ tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN**Thực trạng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế nội trú năm 2015 tại tỉnh Đồng Tháp**

Với 187.214 lượt KCB BHYT nội trú năm 2015 tại các cơ sở KCB trên địa bàn tỉnh Đồng Tháp, để tài ghi nhận thực trạng khám chữa bệnh được trình bày trong bảng 2.

Bảng 3. Thực trạng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế nội trú

Đặc điểm	GTTB (ĐLC) Tần số (%)	Đặc điểm	GTTB (ĐLC) Tần số (%)
Giới tính		Tuổi	38,85 (29,44)
Nam	80.588 (43,05%)	Tuyến điều trị	
Nữ	106.626 (56,95%)	Đúng tuyến	158.684 (84,76%)
Tuyến bệnh viện		Trái tuyến	28.530 (15,24%)
Xã	214 (0,11%)	Nhóm bệnh	
Huyện	66.162 (35,34%)	Bệnh hô hấp	37.241 (19,89%)
Tỉnh	120.838 (64,55%)	Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng	29.142 (15,57%)
Hạng bệnh viện		Bệnh hệ tuần hoàn	27.034 (14,44%)
1	43.637 (23,31%)	Thai nghén, sinh đẻ và hậu sản	21.418 (11,44%)
2	44.886 (23,98%)	Bệnh hệ tiêu hóa	18.369 (9,81%)
3	98.477 (52,60%)	Vết thương, ngộ độc và hậu quả của một số nguyên nhân bên ngoài	10.136 (5,41%)
4	214 (0,11%)	Bệnh hệ cơ – xương khớp và mô liên kết	7.029 (3,75%)
Mức hưởng		Bệnh hệ sinh dục - tiết niệu	6.448 (3,44%)
80%	90.650 (48,42%)	Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa	4.310 (2,30%)
95%	18.574 (9,92%)	U (U tân sinh)	3.615 (1,93%)
100%	77.990 (41,66%)	Bệnh khác	22.472 (12,00%)

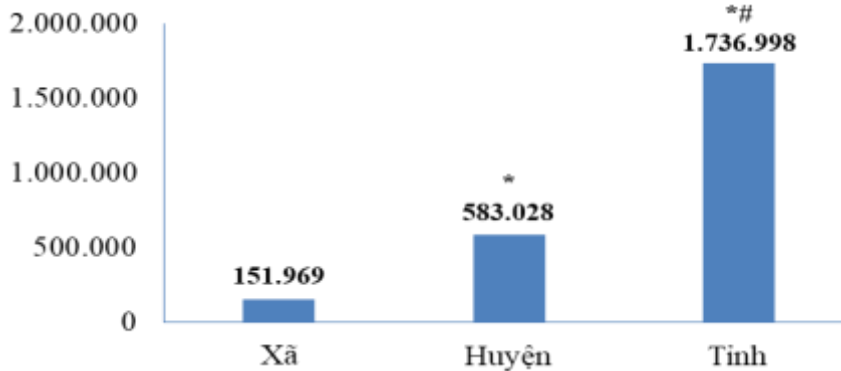
Theo bảng 2, đề tài ghi nhận tỷ lệ nam: nữ là 1: 1,32 với độ tuổi trung bình $38,85 \pm 29,44$. Số lượt KCB nội trú giảm dần từ tuyến tỉnh đến huyện và thấp nhất ở tuyến xã với tỷ lệ lần lượt là 64,55%; 32,34% và 0,11%. Số lượt KCB nội trú được ghi nhận cao nhất ở bệnh viện hạng 3 (52,6%); tương đương ở bệnh viện hạng 1 và 2 với tỷ lệ tương ứng 23,31% và 23,98% và không đáng kể ở bệnh viện hạng 4 (0,11%). Đa số người bệnh KCB nội trú đúng tuyến (chiếm tỷ lệ 84,76%) với mức hưởng BHYT phổ biến là 80% (chiếm tỷ lệ 48,42%) và 100% (chiếm tỷ lệ 41,66%); mức hưởng 95% chiếm tỷ lệ không đáng kể (9,92%). Về nhóm bệnh điều trị, đề tài ghi nhận những nhóm bệnh nội trú phổ biến bao

gồm bệnh hô hấp (19,89%); bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng (15,57%); bệnh hệ tuần hoàn (14,44%); thai nghén, sinh đẻ và hậu sản (11,44%), bệnh hệ tiêu hóa (9,81%); vết thương, ngộ độc và hậu quả của một số nguyên nhân bên ngoài (5,41%); những nhóm bệnh còn lại chiếm tỷ lệ dưới 5%.

Chi phí thanh toán bảo hiểm y tế mỗi lượt khám chữa bệnh nội trú

Chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt theo tuyến bệnh viện

Khảo sát chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB nội trú năm 2015 theo tuyến bệnh viện, đề tài thu được kết quả trình bày trong hình 1.



Hình 4. Chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB theo tuyến bệnh viện

Ghi chú: * $p < 0,05$ - sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tuyến xã và các tuyến khác với độ tin cậy 95%; # $p < 0,05$: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tuyến huyện và tuyến tỉnh với độ tin cậy 95%.

Theo hình 1, đề tài ghi nhận chi phí thanh toán BHYT nội trú tăng dần từ tuyến xã đến tuyến huyện và tuyến tỉnh với giá trị lần lượt là 151.969 so với 583.028 và 1.736.998 VND. Sự khác biệt ở chi phí thanh toán BHYT nội trú giữa

các tuyến bệnh viện có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p < 0,05$). Điều này có thể được giải thích bởi sự gia tăng phạm vi sử dụng phân tuyến chuyên môn kỹ thuật với các dịch vụ kỹ thuật y tế tăng dần theo tuyến.

Chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt theo hạng bệnh viện

Khảo sát chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB nội trú năm 2015 theo hạng bệnh viện, đề tài thu được kết quả trình bày trong hình 2.



Hình 5. Chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB theo hạng bệnh viện

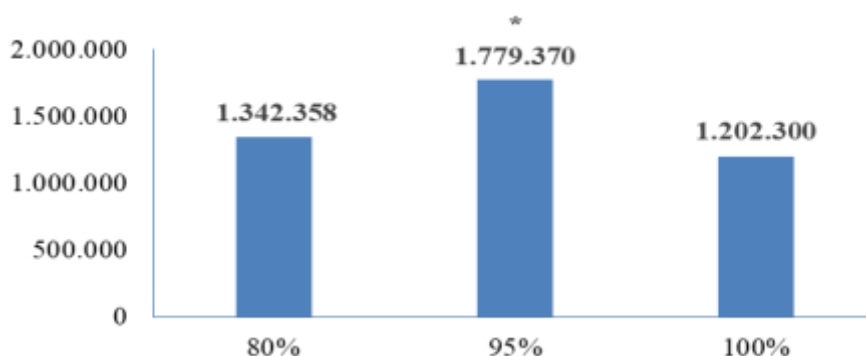
Ghi chú: * $p < 0,05$ - sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong chi phí mỗi lượt KCB giữa các hạng bệnh viện với độ tin cậy 95%.

Theo hình 2, đề tài ghi nhận chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB nội trú giảm từ bệnh viện hạng 1 đến hạng 4 với giá trị lần lượt là 2.525.100; 1.278.162; 821.616 và 151.969 VND. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p < 0,05$). Điều này có thể được giải thích bởi hạng bệnh viện hạng cao hơn có danh

mục thuốc và dịch vụ kỹ thuật nhiều hơn bệnh viện hạng thấp hơn. Ngoài ra, các thuốc thuộc nhóm tiêu chí kỹ thuật 1, 2, biệt dược gốc cũng được sử dụng tại hạng bệnh viện cao hơn bệnh viện hạng thấp.

Chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB nội trú theo mức hưởng bảo hiểm y tế

Khảo sát chi phí mỗi lượt khám chữa bệnh năm 2015 theo mức hưởng bảo hiểm y tế, đề tài thu được kết quả trình bày trong hình 3.



Hình 6. Chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB theo mức hưởng BHYT

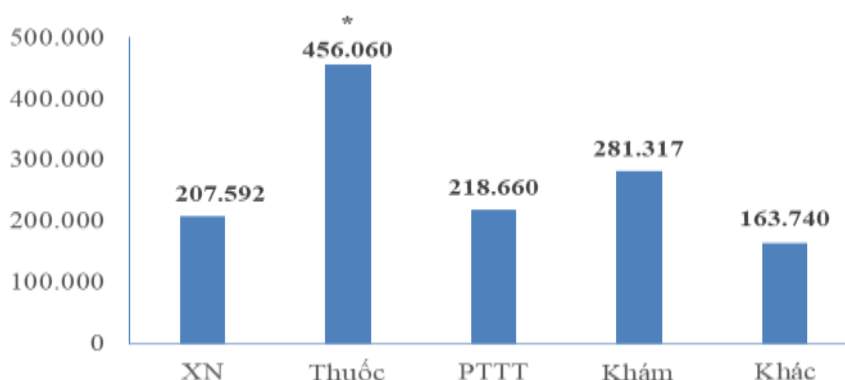
Ghi chú: * $p < 0,05$ - sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có mức hưởng 95% với các nhóm còn lại với độ tin cậy 95%.

Theo hình 3, đề tài ghi nhận chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB nội trú cao nhất ở nhóm có mức hưởng 95% (1.779.370 VND), thấp hơn ở nhóm có mức hưởng 80% (1.342.358 VND) và thấp nhất ở nhóm có mức hưởng 100% (1.202.300 VND). Sự khác biệt trong chi phí

thanh toán BHYT nội trú giữa nhóm có mức hưởng 95% với các nhóm còn lại có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p < 0,05$).

Chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB nội trú theo dịch vụ y tế

Khảo sát chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB nội trú năm 2015 theo dịch vụ y tế, đề tài thu được kết quả trình bày trong hình 4.



Hình 7. Chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB nội trú theo dịch vụ y tế

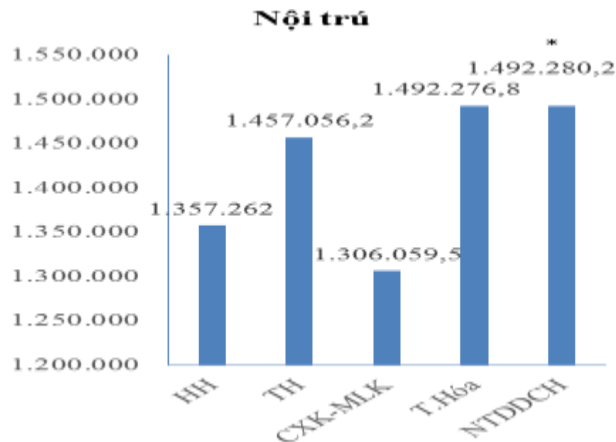
Ghi chú: XN - xét nghiệm; PTTT - phẫu thuật thủ thuật

* $p < 0,05$: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa CP thuốc với các nhóm CP khác với độ tin cậy 95%.

Theo hình 4, đề tài ghi nhận trong cấu trúc chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB tại tỉnh Đồng Tháp năm 2015, CP thuốc có giá trị cao nhất (456.060 VND); cao gấp 1,62 lần CP khám (281.317 VND). Các CP còn lại bao gồm CP phẫu thuật thủ thuật, CP xét nghiệm và CP khác có sự khác biệt

không đáng kể và dao động từ 163.740 đến 218.660 VND. Sự khác biệt giữa CPthuốc với các loại CP còn lại trong cấu trúc CP nội trú có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p < 0,05$).

Chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB theo năm nhóm bệnh phổ biến nhất



Hình 8. Chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB theo năm nhóm bệnh phổ biến nhất

Khảo sát chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB nội trú theo năm nhóm bệnh phổ biến nhất, đề tài thu được kết quả trình bày trong hình 5.

Ghi chú: HH - bệnh hô hấp; TH - bệnh hệ tuần hoàn; CXK-MLK - bệnh hệ cơ xương khớp - mô liên kết; T.Hóa - bệnh hệ tiêu hóa; NTDDCH - bệnh hệ nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa

* $p < 0,05$: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa từng cặp nhóm bệnh với độ tin cậy 95%.

Theo hình 5, đề tài ghi nhận chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB nội trú cao nhất ở nhóm bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa (1.492.280 VND), thấp hơn là nhóm bệnh hệ tiêu hóa (1.492.277 VND), nhóm bệnh hệ tuần hoàn (1.457.056 VND), nhóm bệnh hô hấp (1.352.262 VND), nhóm bệnh cơ xương khớp - mô liên kết (1.306.060 VND). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% giữa nhóm bệnh cơ xương khớp - mô liên kết với nhóm bệnh nội tiết-dinh dưỡng-chuyển hóa, nhóm bệnh tuần hoàn và nhóm bệnh tiêu hóa; giữa nhóm bệnh tiêu hóa với nhóm bệnh tuần hoàn và hô hấp với $p < 0,05$.

V. KẾT LUẬN

Với 187.214 lượt KCB BHYT nội trú năm 2015 tại các cơ sở KCB trên địa bàn tỉnh Đồng Tháp ở độ tuổi trung bình người bệnh $38,85 \pm 29,44$; trên 50% số lượt KCB ở bệnh viện tuyến tỉnh và

hạng 3; gần 85% đúng tuyến; trên 90% có mức hưởng BHYT 80% hoặc 100% với bệnh thường gặp là bệnh đường hô hấp, bệnh nhiễm trùng, kí sinh trùng và bệnh hệ tuần hoàn, đề tài ghi nhận chi phí thanh toán BHYT mỗi lượt KCB nội trú cao nhất ở bệnh viện tuyến tỉnh và bệnh viện hạng 1. Bệnh nội tiết-dinh dưỡng-chuyển hóa, tiêu hóa và tuần hoàn có chi phí thanh toán BHYT cao nhất cho mỗi lượt điều trị nội trú. Trong cấu trúc chi phí thanh toán BHYT, chi phí cho thuốc chiếm phần lớn. Kết quả nghiên cứu có thể là cơ sở để Bảo hiểm xã hội tỉnh Đồng Tháp phân bổ và ước lượng chi phí thanh toán tốt hơn cho những năm kế tiếp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Trí Khải (2014), Thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế theo định suất tại một số trạm y tế xã thuộc huyện Đăk Tô tỉnh Kon Tum, Luận án tiến sĩ y tế công cộng, Viện vệ sinh dịch tễ Trung ương.
2. Trương Thị Thu Mai (2015), Phân tích chi phí điều trị nội trú của người bệnh viêm phổi tại bệnh viện đa khoa Đồng Tháp, năm 2015, Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện, Trường đại học Y tế công cộng.
3. Đỗ Công Tâm (2015), Khảo sát tình hình đăng ký và khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Cấp cứu Trưng Vương năm 2012 – 2013, Bệnh viện Trưng Vương.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 459 - THÁNG 10 - SỐ 1 - 2017

VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^o1 - OCTOBER - 2017

- 1 **Hiệu quả can thiệp về kiến thức, thái độ, hành vi đối với các bệnh răng miệng ở đối tượng người cao tuổi tại tỉnh Đắk Lắk** 1
Effective intervention in knowledge, attitude, and conductivity of oral diseases in elderly people in Dak Lak province
**Lê Nguyễn Bá Thụ, Trương Mạnh Dũng, Ngô Văn Toàn
Nguyễn Phan Hồng Ân, Trần Tuấn Anh, Hoàng Bảo Duy**
- 2 **Đánh giá hình thái răng ngầm trên phim X quang thường quy và phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón** 5
Evaluation of impacted teeth by conventional radiography and cone beam computed tomography
Trần Cao Bính, Võ Thúy Hồng
- 3 **Đánh giá mức độ mệt ở người bệnh suy tim mạn tính điều trị tại khoa Tim mạch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định** 9
Evaluating the level of fatigue in patient with heart failure at Nam Dinh general Hospital
Nguyễn Thị Linh, Vũ Đức Định, Trần Văn Long
- 4 **Tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh tại Bệnh viện E năm 2016-2017** 12
Some factors affecting the communication of health education among patients at Hospital E, 2016-2017
Nguyễn Phương Thảo, Đỗ Mai Hoa
- 5 **Một số yếu tố liên quan đến viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ 19-49 tuổi có chồng tại 5 xã ven biển huyện Tiên Lãng Hải Phòng năm 2015** 17
Some risk factors of lower genital tract infection in married women aged from 19 to 49 at 5 coastal communes in Tien Lang, Hai Phong in 2015
Phạm Văn Trung, Nguyễn Thị Nguyệt
- 6 **Một số yếu tố liên quan đến trải nghiệm kỳ thị nam bán dâm đồng giới tại Hà Nội năm 2015** 21
Some factors related to stigma experiencing among men sex work in Ha Noi, 2015
Lê Thị Hương, Lê Minh Giang
- 7 **Nghiên cứu sự hài lòng của bệnh nhân nội trú Bệnh viện Đa khoa Hải Dương với dịch vụ y tế năm 2015** 25
The study of inpatients' satisfaction about health services at general Hospital of Hai Duong in 2015
Đặng Văn Chức, Phạm Văn Trung
- 8 **Thực trạng bệnh sâu răng, viêm lợi và một số yếu tố liên quan ở học sinh lớp 5, trường Tiểu học An Tường và Hồng Thái, thị xã Tuyên Quang, tỉnh Tuyên Quang** 29
Dental caries, gingivitis and related factors in 5th grade students at An Tuong and Hong Thai primary schools, Tuyen Quang town, Tuyen Quang province
Ma Thanh Quế, Nguyễn Phú Thắng, Lã Ngọc Quang
- 9 **Nghiên cứu hình thái, thể lực người trưởng thành tỉnh Kon Tum năm 2015** 32
Study on the anthropometry, robusticity of adults in Kon Tum province in 2015
Nguyễn Xuân Kiên

- 10 **Đánh giá thực trạng sâu răng, mất răng của người cao tuổi tỉnh Đắk Lắk** 36
Assessing the status of tooth decay, tooth loss in elderly people in Dak Lak province
Lê Nguyễn Bá Thụ, Trương Mạnh Dũng, Ngô Văn Toàn
Nguyễn Phan Hồng Ân; Trần Tuấn Anh, Hoàng Bảo Duy
- 11 **Một số đặc điểm giải phẫu các nhánh tận thần kinh mặt chi phối cơ vòng mi ở người Việt Nam** 40
An anatomical details of terminal radial nerve entry points tho the orbicularis oculi muscle of Vietmamese cadavers
Lê Tự Quốc Tuấn, Phạm Đăng Diệu,
Nguyễn Văn Chương, Trần Ngọc Anh
- 12 **Xây dựng quy trình thay thể xương hàm dưới bằng xương mác cẳng chân với kỹ thuật vi phẫu có nối cuống mạch** 44
Building process of mandibular reconstructionwith fibular osteocutaneousfree flap and microsurgical technique
Trần Cao Bính, Nguyễn Mạnh Hà
- 13 **Đánh giá thay đổi một số chỉ số cận lâm sàng và một số chỉ số miễn dịch ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống tiến triển nặng được điều trị bằng methylprednisolone xung** 47
Evaluation of changes in subclinical and immunity index in severe lupus systemic erythematosus treated with pulse methylprednisolone therapy
Huỳnh Văn Khoa, Lê Anh Thư, Lê Thu Hà
- 14 **Kết quả ban đầu điều trị khối dị dạng động tĩnh mạch não vỡ bằng phẫu thuật phối hợp với nút mạch tại Bệnh viện Bạch Mai** 51
Combined endovascular embolization and surgery in the management of ruptured cerebral arteriovenous malformation at the Bach Mai Hospital
Nguyễn Hữu An, Trần Anh Tuấn, Phạm Minh Thông
- 15 **Rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 và các yếu tố nguy cơ** 56
Dyslipidemia in type 2 diabetic patients and risk factors
Cao Trường Sinh, Nguyễn Thị Sang
- 16 **Nghiên cứu tác dụng trên tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn của giảm đau ngoài màng cứng sản khoa bằng ropivacain ở hai nồng độ 0,1% và 0,15% cùng phối hợp fentanyl** 59
Research of effective in circulation, respiratory and side effects of epidural analgesia during the labor with ropivacaine 0,1% and 0,15% combination with fentanyl
Nguyễn Đức Lam, Đoàn Trung Quyền
- 17 **Xác định yếu tố liên quan đối với tỷ lệ có thai lâm sàng trong thụ tinh ống nghiệm năm 2010 và 2015 tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương** 63
Determining factors related to clinical pregnancy rate in ivf in 2010 and 2015 at national Hospital of Obstetrics and Gynecology
Nguyễn Xuân Hợi
- 18 **Xác định sự liên quan của một số yếu tố với tình trạng viêm lợi của người đến khám sức khỏe tại Bệnh viện Đại học y Hà Nội** 66
Determin the relevance of several factors to gingivitis of those who had health examination at Ha Noi Medical University Hospital
Lê Long Nghĩa
- 19 **Những bằng chứng cơ bản về kiểm soát nhiễm khuẩn phục vụ bệnh nhân ghép tế bào gốc tạo máu tại Bệnh viện TW Quân đội 108** 70
Basic evidence of infection control serves patients with hematopoietic stem cell transplant in 108 Military Central Hospital
Đinh Vạn Trung

- 20 **Tình hình bệnh nhân chấn thương do tai nạn giao thông tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp giai đoạn 2014-2016** 73
Situation of patient injuries in traffic accidents at general Hospital of agriculture for the period 2014-2016
Hà Hữu Tùng
- 21 **Xác định đột biến gen nras trên bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Bạch Mai** 77
Determining the nras mutation in colorectal cancer patients at Bach Mai Hospital
Phạm Cẩm Phương, Mai Trọng Khoa
- 22 **Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật điều trị u mô đệm ở dạ dày tại Bệnh viện K** 80
Early results of surgery in gastric gastrointestinal stromal tumor (GIST)
Trần Đình Tân, Phạm Văn Bình, Nguyễn Văn Hùng
- 23 **Giá trị thang điểm dragon trong dự đoán kết quả điều trị nhồi máu não cấp bằng thuốc tiêu huyết khối alteplase đường tĩnh mạch** 83
Value of dragon score in predicting outcome of thrombolytic treatment for acute ischemic stroke
Phan Văn Quỳnh, Đào Việt Phương, Mai Duy Tôn
- 24 **Ảnh hưởng của hồi xuân hoàn lên một số chỉ số phôi thai và khả năng mang thai chuột nhắt trắng** 86
The effects of hxx on embro-fetus parameters, possibility pregnancy in mices
Đoàn Minh Thụy
- 25 **Đánh giá khả năng phục hồi vận động cột sống thắt lưng của thuốc "bổ thận tráng dương hoàn" ở bệnh nhân mắc chứng đau thắt lưng thể thận dương hư** 90
An evaluation of rehabilitation of the lumbar spine of the remedy "bo than trang duong hoan" on the patients with lower back pain caused by kidney yang deficiency
Đoàn Quang Huy
- 26 **Nguy cơ trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở sinh viên khối kỹ thuật năm I trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương năm học 2016 - 2017** 93
Risks for major depressive disorder and its relating factors among first - year students at medical technology unit of Hai Duong medical technical university
Trần Thị Minh Tâm
- 27 **Tác động của vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh giãn lên các thông số tinh dịch đồ ở nam giới trưởng thành** 98
the effect of microsurgical varicocelelectomy on semen parameters in adult
Nguyễn Hoài Bắc, Bùi Cảnh Vin, Hoàng Long
- 28 **Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và thể tích khí phế thũng ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính bằng cắt lớp vi tính đa dãy** 102
Study of imaging characteristics and volume of emphysema in patients with chronic obstructive pulmonary disease by multislice computed tomography
Phạm Hồng Cảnh, Vũ Thành Trung, Phạm Minh Thông
- 29 **Đánh giá các tác dụng không mong muốn khi gây mê bằng sevofluran trong nội soi phế quản ở trẻ em** 106
Evaluation the side effectsof anesthesia with sevoflurane for bronchoscopy in children
Nguyễn Đức Lam, Phạm Thị Hiền Hòa
- 30 **Nghiên cứu thực trạng hỗ trợ của gia đình trong phục hồi chức năng cho người khuyết tật tại xã Quế Nham, huyện Tân Yên, tỉnh Bắc Giang** 109
Research on the real situation of family support in rehabilitation for disabilities in Que Nhan commune, Tan Yen district, Bac Giang province
Nguyễn Thị Thời, Nguyễn Phương Sinh

- 31 **So sánh kết quả điều trị vỡ phình động mạch não bằng phương pháp phẫu thuật và can thiệp nội mạch** 114
Comparison of results between surgical clipping and endovascular coiling for ruptured intracranial aneurysms
**Nguyễn Minh Anh , Lê Văn Thính
Vũ Đăng Lưu, Võ Hồng Khôi**
- 32 **Một số kết quả đào tạo, chuyển giao kỹ thuật tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2014 - 2016** 118
Some results of training, technology transfer at Viet Duc university Hospital from 2014 - 2016
**Nguyễn Văn Dũng, Trần Thị Hồng Thắm,
Nguyễn Trung Đa, Trần Bình Giang, Nguyễn Đức Tiến**
- 33 **Thời gian chờ khám tại khoa khám bệnh, Bệnh viện Từ Sơn, tỉnh Bắc Ninh năm 2017** 121
Medical examination time of patients at outpatient department of tu son district Hospital, Bac Ninh Province in 2017
**Ngô Thị Hải Yến, Trần Thu Hà,
Hoàng Minh Hằng, Nguyễn Thị Thúy Nga**
- 34 **Một số yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng** 124
Mortality prognostic factors in severe acute pancreatitis
Hồ Yên Ca, Đào Xuân Cơ
- 35 **Số noãn tối ưu cho kết quả thụ tinh trong ống nghiệm** 129
Optimal oocytes number for in vitro fertilization outcome
Nguyễn Xuân Hợi, Nguyễn Thị Liên Hương
- 36 **Thực trạng bệnh viêm lợi mạn tính trên bệnh nhân đái tháo đường tại Bệnh viện Đống Đa, Hà Nội năm 2017** 132
Status of chronic gingivitis in patients with diabetes at the Dong Da Hospital, Ha Noi in 2017
Lê Long Nghĩa
- 37 **Đánh giá mức độ nhạy cảm kháng sinh của một số loài vi khuẩn gây nhiễm khuẩn vết mổ tại Bệnh viện TW Quân đội 108 năm 2016** 135
Evaluation of antibiotic susceptibility of some bacteria species causing surgical site infection at military Central Hospital in 2016
Đinh Vạn Trung
- 38 **Chất lượng sống người bệnh ung thư bạch cầu mãn dòng tủy: Nghiên cứu tại Bệnh viện Truyền máu Huyết học Thành phố Hồ Chí Minh** 139
Quality of life of chronic myeloid leukemia patients: A research at blood transfusion and hematology Hospital in Ho Chi Minh City
Nguyễn Thị Thu Thủy, Trần Thị Ánh Nguyệt
- 39 **Kết quả xét nghiệm tính đa hình gen DPYD tại Bệnh viện Bạch Mai** 143
Result of DPYD polymorphism in cancer patients at Bach Mai Hospital
Mai Trọng Khoa, Phạm Cẩm Phương
- 40 **Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật điều trị u mô đệm đường tiêu hoá** 146
Early results of surgical management in gastro-intestinal stromal tumors
Phạm Văn Bình, Trần Đình Tân
- 41 **Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố ảnh hưởng tới kết cục của bệnh nhân hội chứng động mạch não giữa ác tính** 150
Clinical features and factors affecting the outcome of patients with malignant middle cerebral artery syndrome
**Phan Bảo Trung, Đào Việt Phương,
Nguyễn Đạt Anh, Mai Duy Tôn**

- 42 **Điều tra tình hình nuôi trồng, chế biến dược liệu tại xã Mễ Sở của tỉnh Hưng Yên** 153
An investigation into the actual situation of cultivation and production of herbal and medicinal plants in me so commune, Hung Yen province
Đoàn Quang Huy
- 43 **Kết quả vi phẫu nối ống dẫn tinh mào tinh điều trị vô tinh do nguyên nhân tắc đường dẫn tinh tại Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội** 157
Outcomes of microsurgical epididymovasostomy for obstructive azoospermia at Hanoi Medical University Hospital
Nguyễn Hoài Bắc, Nguyễn Cao Thắng, Bùi Cảnh Vin
- 44 **Thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ và một số yếu tố liên quan tại khoa Phẫu thuật Tiêu hóa Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức** 161
Current status of surgical wounds infection and its relating factors at digestive surgery department of Viet Duc university Hospital
Trần Thị Minh Tâm, Lê Văn Thêm, Dương Hồng Thảo
- 45 **Hình ảnh ung thư mũi xoang trên cắt lớp vi tính** 165
Imaging of sinonasal malignancies by computerized tomography scan
Nguyễn Thị Huyền Phương, Lê Văn Khang, Phạm Minh Thông
- 46 **Nhận xét kết quả của các phương pháp xử trí chảy máu sau đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2014** 168
Comment results of methods management of postpartum hemorrhage in Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2014
Nguyễn Đức Lam, Nguyễn Khắc Hưng
- 47 **Nhận xét phương pháp cai và ecmo ở bn sốc tim viêm cơ tim tại khoa Hồi sức Tích cực Bệnh viện Bạch Mai** 171
Evaluate on perform to weaning va ecmo of patients with cardiogenic shock dute to myocarditis in intensive care unit Bach Mai Hospital
Nguyễn Tấn Hùng, Đào Xuân Cơ, Nguyễn Gia Bình
- 48 **Nghiên cứu nồng độ kẽm, đồng trong huyết thanh bệnh nhân vảy nến thể thông thường** 174
Research of zinc and copper serous of patient with psoriasis vulgaris
Phạm Thị Mỹ Hằng, Đặng Văn Em
- 49 **Tình trạng dinh dưỡng của sinh viên y 2 trường Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2010-2016** 177
Nutritional status among second-year students at Hanoi Medical University in the period of 2010-2016
Bùi Văn Điền, Nguyễn Quang Dũng, Phạm Văn Phú, Lê Danh Tuyên
- 50 **Tình trạng dinh dưỡng và bệnh mạn tính ở người từ 75 tuổi trở lên tại phường Phương Mai, quận Đống Đa, Hà Nội năm 2017** 181
The nutrition status and chronic disease in the elders who are above 75 years old at Phuong Mai ward, Dong Da distric, Ha Noi City in the year 2017
Nguyễn Thị Quỳnh, Lê Thu Hoà, Nghiêm Nguyệt Thu
- 51 **Nghiên cứu đặc điểm của tổn thương viêm phổi kẽ trong bệnh viêm đa cơ tự miễn** 185
Interstitial lung disease among patients with polymyositis
Nguyễn Thị Thoa, Nguyễn Thị Phương Thủy
- 52 **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân hẹp môn vị do ung thư biểu mô dạ dày** 188
The clinical and subclinical charateristics of pyloric stenosis among patients with gastric carcinoma at Vietduc Hospital
Nguyễn Huy Tuấn, Phạm Hoàng Hà
- 53 **Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị liên lệch ngoài khớp đầu dưới xương quay** 192
Evaluation of result operative of the extra - articular distal radius malunions
Phạm Tiến Thành, Vũ Nhất Định, Nguyễn Đình Thủy

- 54 **Nghiên cứu tác dụng của bài thuốc bán hạ bạch truat thiên ma thang kết hợp laser nội mạch trong điều trị rối loạn lipid máu** 196
Anti-hyperlipidemic effects of ban ha bach truat thien ma remedy combined with intravascular laser
Phạm Quốc Bình, Trịnh Vũ Lâm
- 55 **Nghiên cứu một số nguyên nhân và đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân suy đa tạng** 199
Researching some causes and clinical manifestations of patients with multiple organ failure
Huỳnh Thị Ngọc Thúy, Đỗ Quốc Huy, Hoàng Trung Vinh
- 56 **Nghiên cứu sự biến đổi một số chỉ số hóa sinh máu của chuột nhiễm độc chì acetat bán trường diễn và tác dụng của sâm ngọc linh sinh khối** 203
Study the change of some blood biochemical indexes of mice with subchronic lead toxication and effect of ngọc linh ginseng mass
Nguyễn Văn Bằng, Nguyễn Thanh Xuân
- 57 **Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân suy hô hấp cấp của trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Đa khoa Nông Nghiệp năm 2016** 208
Survey on clinical characteristics and cause of acute respiratory failure of newborns at general Hospital of Agriculture 2016
Hoàng Công Trang, Hà Hữu Tùng
- 58 **Phân tích chi phí - hiệu quả lâu dài của ticagrelor so với clopidogrel trong điều trị hội chứng mạch vành cấp: Kết quả sơ bộ từ nghiên cứu plato và dữ liệu tại Việt Nam** 211
Long-term cost-effectiveness of ticagrelor versus clopidogrel in treatment of acute coronary syndromes: A primary analysis from plato study and data in Vietnam
Đỗ Văn Dũng, Nguyễn Thị Thu Thủy, Phạm Mạnh Hùng, Hoàng Văn Sỹ
- 59 **Đặc điểm hình ảnh và kết quả bước đầu điều trị can thiệp rò động tĩnh mạch màng cứng ngoài vùng xoang hang bằng phương pháp can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Bạch Mai** 215
Imaging characteristics and initial results of the treatment of dural arteriovenous fistulas outside cavernous sinus by endovascular intervention in Bach Mai Hospital
Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Quang Anh, Trần Anh Tuấn, Phạm Minh Thông
- 60 **Tình hình mắc một số bệnh mạn tính của sinh viên Đại học Y Hà Nội năm 2015 và một số yếu tố liên quan** 219
The incidence of some chronic diseases among students at Hanoi Medical University, 2015 and some related factors
Nguyễn Thị Hoài Yên, Nguyễn Thị Phương Thảo, Nguyễn Hữu Thắng
- 61 **So sánh giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm hôn mê glasgow và thang điểm four** 223
Comparison about the mortality prognostic value of gcs and four scales
Nguyễn Văn Tuấn, Võ Hồng Khôi
- 62 **Tình trạng tăng CO_2 máu ở bệnh nhân viêm phổi suy hô hấp tại Bệnh viện Nhi TW** 226
Hypercapnia in patients with respiratory failure due to pneumonia at the national children's hospital
Mai Thành Công, Nguyễn Thị Yên
- 63 **Lao tai: Hình thái lâm sàng và những tiến bộ trong chẩn đoán hiện nay** 230
Tuberculosis otitis media, clinic presentations and advanced bacteriological examination
Tôn Công Cương, Hoàng Thị Phụng, Đoàn Thị Hồng Hoa, Nguyễn Văn Hưng, Nguyễn Viết Nhung, Nguyễn Thị Tố Uyên, Đoàn Hồng Anh
- 64 **Đánh giá một số chức năng thị giác trên bệnh nhân được phẫu thuật đục thủy tinh thể bằng phương pháp phaco tại Bệnh viện Quân Y 354** 236
Evaluation of visual acuity outcomes among cataract patients undergoing phacoemulsification surgery at 354 military hospital
Hà Thừa Lanh, Hoàng Trần Thanh

- 65 **Giá trị của thang điểm Glasgow Blatchfort sửa đổi trong tiên lượng bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên** 239
The values of the modified Glasgow Blatchfort scale in the prediction of patients with upper gastrointestinal hemorrhage
Cao Trường Sinh, Hoàng Thị Cúc
- 66 **Đánh giá các chỉ số hồng cầu ở bệnh nhân thiếu máu điều trị tại khoa Huyết học Lâm sàng Bệnh viện Trung ương Quân đội 108** 243
Assessment of red blood cells parameter in anemic patients at the department of clinical hematology of 108 Military central Hospital
Trần Thị Minh Tâm, Ngô Thị Thảo
- 67 **Chi phí y tế trực tiếp các gãy xương liên quan đến loãng xương** 248
Medical direct cost of fragility fracture
Phạm Nữ Hạnh Vân, Nguyễn Thị Kiều Oanh, Hà Thu Huyền, Vũ Thị Thu Hương, Đỗ Mạnh Hùng, Nguyễn Văn Thạch, Nguyễn Thanh Bình,
- 68 **Đánh giá kết quả điều trị u hạt thanh quản tái phát sau phẫu thuật bằng PPI và tiêm corticoid vào tổn thương** 251
Evaluate the effectiveness of PPI with steroid injection in patients with recurrent post-operative laryngeal granuloma
Nguyễn Thị Hảo, Lương Thị Minh Hương
- 69 **Ảnh hưởng của hồi xuân hoàn trên nhiễm sắc thể tinh hoàn chuột** 255
The affects of hoixuanhoan on testicle chromosomes of white mices
Đoàn Minh Thụy
- 70 **So sánh tác động bổ sung đa vi chất với sắt – acid folic ở phụ nữ mang thai đối với chiều cao, cân nặng trẻ sơ sinh** 258
Effects of prenatal multiple micronutrient versus iron-folic acid supplementation on birth weight and birth height
Phạm Quốc Hùng, Lê Danh Tuyên, Nguyễn Công Khẩn, Nguyễn Đỗ Huy, Trần Thúy Nga, Đặng Đình Thoảng
- 71 **Đánh giá thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Quận Bình Thạnh Thành phố Hồ Chí Minh** 262
Evaluation about infection control at dental department at Binh Thanh Hospital
Phạm Thị Ngọc Thúy, Đỗ Thị Nguyệt Thu, Nguyễn Quang Vĩnh, Hoàng Thị Thu Thủy, Nguyễn Đức Huệ, Nguyễn Công Thịnh, Nguyễn Văn Tập
- 72 **Thực trạng hoạt động khám chữa bệnh tại Bệnh viện C tỉnh Thái Nguyên năm 2015-2016** 267
Current status of medical examination at c hospital in Thai Nguyen province, 2015 - 2016
Nguyễn Văn Dũng, Nguyễn Tiến Dũng
- 73 **Đánh giá hiệu quả bơm rửa mũi với dung dịch budesonide sau phẫu thuật nội soi mũi xoang trên bệnh nhân viêm mũi xoang mạn có polyp mũi** 272
Evaluate effectiveness of budesonide irrigation in the postoperative management of chronic rhinosinustitis with polyp
Trần Viết Luân, Trương Mỹ Thục Uyên
- 74 **Đánh giá tác dụng của nước sắc lá trầu không trên bệnh nhân viêm lợi** 275
Evaluating the effects of betel leaf decoction in the patients with gingivitis
Đoàn Quang Huy
- 75 **Khảo sát chi phí thanh toán bảo hiểm y tế nội trú tại các cơ sở khám chữa bệnh trên địa bàn tỉnh Đồng Tháp năm 2015** 279
Survey of insurance payment for inpatient treatment in medical facilities in Dong Thap province in 2015
Nguyễn Thị Thu Thủy, Võ Phạm Hào