ISSN:1859 - 1868

TẠP CHÍ

Y HỌC VIỆT NAM

Năm thứ sáu mươi ba

VIETNAM MEDICAL JOURNAL



THÁNG 10 - SỐ 2
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.tonghoiyhoc.vn

TẠP CHÍ
Y HỌC VIỆT NAM
VIETNAM MEDICAL JOURNAL

TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Xuyên

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Ngọc Dung
Đinh Ngọc Sỹ
Lê Gia Vinh

HỘI ĐỒNG CỐ VẤN

Hoàng Bảo Châu (Chủ tịch Hội đồng)

Trần Quán Anh	Đỗ Kim Sơn
Lê Đức Hinh	Tôn Thị Kim Thanh
Nguyễn Văn Hiếu	Trần Hữu Thăng
Phạm Gia Khải	Nguyễn Viết Tiến
Phạm Gia Khánh	Nguyễn Khánh Trạch
Phan Thị Phi Phi	Lê Ngọc Trọng
Đặng Vạn Phước	Đỗ Đức Vân
Trần Quỵ	Nguyễn Vượng

ỦY VIÊN BAN BIÊN TẬP

Nguyễn Quốc Anh	Nguyễn Đức Hinh	Trương Hồng Sơn
Mai Hồng Bàng	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 Thức
Đỗ Tất Cường	Phạm Đức Mục	Trịnh Lê Trâm
Trần Văn Cường	Nguyễn Viết 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 Lân Việt
Nguyễn Trần Hiển	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: tapchiyhocvietnam@gmail.com; Website: www.tonghoiyhoc.vn

---

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

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ NANG VÀ TỔN THƯƠNG DẠNG NANG LÀNH TÍNH TUYẾN GIÁP BẰNG PHƯƠNG PHÁP TIÊM CỒN TUYỆT ĐỐI DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

Nguyễn Thị Thu Duyên*, Ngô Lê Lâm*, Phạm Minh Thông*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phương pháp tiêm cồn tuyệt đối trong điều trị nang và tổn thương dạng nang lành tính tuyến giáp. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu can thiệp không đối chứng. 56 bệnh nhân (BN) chẩn đoán nang và tổn thương dạng nang tuyến giáp, điều trị bằng phương pháp tiêm cồn tuyệt đối (EA) dưới hướng dẫn của siêu âm tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 4/2016 đến 9/2017. Đánh giá hiệu quả bằng thay đổi thể tích nang, triệu chứng, điểm thẩm mỹ trước và sau EA 1 tháng, 3 tháng. So sánh hiệu quả của EA trong tổn thương nang đơn thuần và tổn thương dạng nang. **Kết quả:** Thể tích nang giảm từ 7,8±5,26ml xuống 2,18 ±3,69ml sau 3 tháng (thể tích giảm trung bình 79,00 ± 19,18%) và tỷ lệ thành công 87,5%. Hiệu quả của EA trong nhóm nang đơn thuần tốt hơn nhóm tổn thương dạng nang. **Kết luận**: EA có hiệu quả trong điều trị nang và tổn thương dạng nang lành tính tuyến giáp. Trong đó hiệu quả tốt hơn trong nhóm nang đơn thuần so với tổn thương dạng nang.

Từ khóa: Nang tuyến giáp, tổn thương dạng nang, tiêm cồn tuyệt đối.

SUMMARY

TREATMENT EFFICACY OF ETHANOL ABLATION OF CYSTIC AND PREDOMINANTLY CYSTIC THYROID NODULES

Objectives. The purpose of this study was to evaluate the efficacy of ethanol ablation (EA) of cystic and predominantly cystic thyroid nodules**. Methods.** From April 2016 to September 2017, a total of 56 thyroid nodules were treated with EA. Nodule volumes, symptoms and cosmetic scores were evaluated before and after EA. EA efficacy in treating cystic and predominantly cystic nodules was compared. **Results** Mean nodule volume decreased from 7,8± 5,26 mlto 2,18 ± 3,69ml (mean volume reduction, 79,00 ± 19,18%) andthe therapeutic success rate was 87,5% at last follow-up. EA was significantly more effective in cystic than predominantly cystic nodules. **Conclusions.** EA is effective in both cystic and predominantly cystic nodules.

Key words: Thyroid cystic, predominantly cystic thyroid nodules, ethanol ablation,.

**Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam*
***Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Duyên
Email: drthuduyen@gmail.com
Ngày nhận bài: 18/8/2017
Ngày phản biện khoa học: 10/92017
Ngày duyệt bài: 25/9/2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhân giáp lành tính là tổn thương dạng khối khu trú trong tuyến giáp. Siêu âm có thể phát hiện được 19- 68% [1][2]. Phần lớn nhân tuyến giáp là nhân hỗn hợp gồm cả phần dịch và phần đặc. Khi phần dịch > 50% thể tích nhân gọi là tổn thương dạng nang. Khi phần dịch > 90% thể tích nhân, gọi là nang đơn thuần. Nếu nang không lớn lên và gây ra bất kỳ triệu chứng nào thì có thể không cần điều trị. Tuy nhiên, khi nang gây ra các vấn đề về triệu chứng và ảnh hưởng đến thẩm mỹ thì nên điều trị. Trước kia phương pháp điều trị hút dịch đơn thuần đã được áp dụng. Nhưng theo báo cáo tỷ lệ tái phát của phương pháp này là 80% nên hiện nay không còn áp dụng. Sau khi phương pháp hút dịch đơn thuần thất bại EA đã được thử nghiệm và đạt được kết quả tốt. [3],[4],[5]. Ở Việt Nam phương pháp này còn ít và chưa có báo cáo về hiệu quả điều trị trong nang đơn thuần và tổn thương dạng nang có khác nhau không. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *"Đánh giá hiệu quả điều trị nang và tổn thương dạng nang lành tính tuyến giáp bằng phương pháp tiêm cồn tuyệt đối dưới hướng dẫn của siêu âm",* với mục tiêu nghiên cứu: đánh giá hiệu quả của phương pháp tiêm cồn tuyệt đối trong điều trị nang và tổn thương dạng nang lành tính tuyến giáp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Có 56 BN được lựa chọn gồm: 42 nữ, 14 nam có độ tuổi từ 20-83, được điều trị bằng EA tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 4/ 2016 - 9/2017. Tất cả các bệnh nhân đều có: Tổn thương dạng nang với phần dịch> 50%, không có dấu hiệu ác tính trên hình ảnh siêu âm. Có triệu chứng hoặc các vấn đề thẩm mỹ. Nồng độ hormone tuyến giáp trong giới hạn bình thường. Chọc tế bào dưới hướng dẫn siêu âm cho kết quả tổn thương lành tính

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp không đối chứng.

2.1. Kỹ thuật: Các kỹ thuật được tiến hành trên cơ sở ngoại trú, không bệnh nhân nào được tiêm tĩnh mạch thuốc an thần hoặc thuốc giảm đau trước hoặc trong làm thủ thuật.

2.2. Chỉ tiêu nghiên cứu:

Thể tích nang: V = πabc/6 (V là thể tích, a là kích thước lớn nhất, và b và c là kích thước còn lại. Tổn thương nang có phần đặc <10%: nang đơn thuần. Phần đặc: 10- 50% được xếp vào các tổn thương dạn gnang

Tưới máu: được phân loại thành bốn mức 0-III (không tưới máu; tưới máu chỉ có ở vỏ; tưới máu thành phần đặc <50%; tưới máu bên trong> 50%).

Thẩm mỹ: do bác sỹ thăm khám và ghi lại: 4 độ 0-III (không sờ thấy khối; sờ thấy khối, nhưng không nhìn thấy; Nhìn thấy khi nuốt; bình thường cũng nhìn thấy)

Lặp lại EA hoặc RF ở những bệnh nhân: Thể tích giảm < 50%, triệu chứng chưa được giải quyết, vấn đề thẩm mỹ chưa được giải quyết, phần đặc còn lại tăng tưới máu trên siêu âm.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu sau thu thập, được nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata3.0, phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0 dựa theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trong 56 BN trong đó có: 20 BN nhân nang đơn thuần và 36 BN tổn thương dạng nang tuyến giáp. Kết quả thu được như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm chung		**Số lượng**	**Tỷ lệ (%)**
Tuổi TB (min-max)		49,38±12,17 (20-83)	
Nhóm tuổi	▪ < 19	0	0
	▪ 20- 39	10	17,9
	▪ 40- 59	38	67,9
	▪ >60	6	14,2
Giới	▪ Nữ	42	75,0
	▪ Nam	14	25,0
Dạng nang	▪ Nang đơn thuần	20	35,7
	▪ Tổn thương dạng nang	36	64,3
Thẩm mỹ TB±SD (min-max)		2,73±0,52(1-4)	
Độ 0		0	0
Độ I		1	1,8
Độ II		14	25,0
Độ III		40	71,4
Độ IV		1	1,8
Mức mạch máu (min-max)		1,43±0,83(0-3)	
Mạch máu	Mức 0	8	14,3
	Mức I	20	35,7
	Mức II	24	42,9
	Mức III	4	7,1
Triệu chứng	Có	40	71,4
	Không	16	28,6
Chung		**56**	**100**

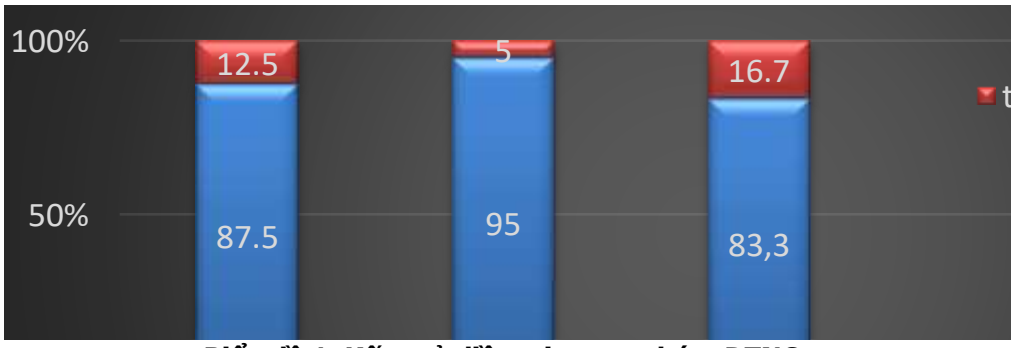
Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm ĐTNC 49,38±12,17. Tỷ lệ nữ giới mắc bệnh nhiều hơn nam, tỷ lệ nữ/ nam= 3/1. Tỷ lệ nang đơn thuần ít hơn tổn thương dạng nang. Có 71,4% BN có triệu chứng và thẩm mỹ độ III.

Bảng 2. Hiệu quả điều trị

	Thể tích	**Trước điều trị (1)**	**Sau điều trị 1 tháng (2)**	**Sau điều trị 3 tháng (3)**	**p_{12}**
N= 56	**Thể tích(ml)** **Thể tích giảm**	7,81±5,29	2,42±4,03 75,50±21,08	2,18±3,96 79,00±19,18	<0,01
	Thẩm mỹ	2,73±0,52	1,16±0,89	0,86±0,88	<0,01
	Triệu chứng: Có Không	40 (71,4) 16 (28,6)	2 (3,6) 54 (96,4)	0 (0) 56 (100)	<0,01
N= 20	**Thể tích(ml)** Thể tích giảm	6,98±2,93	0,79±1,42 90,11±11,39	0,73±1,61 91,35±12,99	<0,01
	Thẩm mỹ	2,45± 0,60	0,60± 0,82	0,25 ± 0,55	<0,01
	Triệu chứng: Có Không	11 (55,0) 9 (45,0)	0 20 (100)	0 20 (100)	< 0,01 < 0,01
N= 36	**Thể tích (ml)**	8,26±6,22	3,34±4,67	2,98±4,62	<0,01

	Thể tích giảm		67,37±20,93	72,14±18,73	
	Thẩm mỹ	2,89 ± 0,4	1,47 ± 0,77	1,47 ± 0,77	<0,01
	Triệu chứng: Có Không	29 (80,6) 7 (19,4)	2 (5,6) 34 (94,4)	0(0) 36 (100)	<0,01

Nhận xét: Thể tích trung bình, thẩm mỹ, triệu chứngtrước và sau điều trị khác nhau có ý nghĩa thống kê p< 0,01.



Biểu đồ 1. Kết quả điều trị trong nhóm ĐTNC

Nhận xét: Tỷ lệ thành công nhóm nang đơn thuần cao hơn nhóm tổn thương dạng nang (p< 0,01).

Bảng 3. Bảng so sánh thể tích trung bình, giảm thể tích trung bình và tỷ lệ thành công của nang đơn thuần và tổn thương dạng nang.

	Nang đơn thuần(n= 20)	**Dạng nang(n=36)**	**p**
Thể tích TB nang(TB ± SD)	6,98±2,93	8,25±6,22	0,93
Giảm thể tích TB (%)(TB ± SD)	91,35±12,99	72,15±18,73	<0,01
Thành công	95%	83%	<0,01

Nhận xét: Không có sự khác biệt về thể tích trung bình giữa nang và tổn thương dạng nang (p> 0,05). Nhưng có sự khác biệt và sự giảm thể tích của 2 nhóm tổn thương (p< 0,01). Tỷ lệ thành công của nang đơn thuần là nhiều hơn của tổn thương dạng nang (p< 0,01)

Bảng 4. Các yếu tố ảnh đến hiệu quả điều trị

Đặc điểm \ **Kết quả**		**Thành công**	**Không thành công**	**Chung**	**p**
Thể tích	<5	25 (100)	0 (0)	25	0,003
	5-10	19 (90,5)	2 (9,5)	21	
	>10	5 (50,0)	5 (50%)	10	
				56	
Thành phần đặc	Nang đơn thuần (10-50%)	19(95,0)	1 (5,0)	20	<0,01
	Dạng nang (<10%)	30 (83,3)	6 (16,7)	36	
Mức mạch máu	Độ 0	8(100)	0(0)	8	0,03
	Độ I	19(95%)	1(5,0)	20	
	Độ II	20(83,3)	4(16,7)	24	
	Độ III	2 (50,0)	2 (50,0)	4	
Chung		**49 (86,8)**	**7 (12,5)**	**56**	

Nhận xét: Các yếu tố, thể tích ban đầu, thành phần đặc trong khối, mức mạch máu và tỷ lệ thành công, không thành công khác biệt có ý nghĩa (p< 0,05).

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung: Tuổi trung bình của nhóm ĐTNC49,38±12,17, nhóm 40-59 chiếm phần lớn (67,9%). Tỷ lệ nữ giới mắc bệnh nhiều hơn nam, tỷ lệ nữ/ nam= 3/1. Tỷ lệ nang đơn thuần 35,7%, tổn thương dạng nang 64,3%. Phần lớn bệnh nhân có vấn đề về thẩm mỹ và triệu chứng.

2. Hiệu quả điều trị bằng phương pháp tiêm cồn tuyệt đối: Khi nghiên cứu 56 bệnh nhân, chúng tôi thấy rằng tỷ lệ thành phần đặc là một dự đoán cho hiệu quả EA. Do đó chúng tôi chia những tổn thương nang tuyến giáp thành 02 nhóm, nang đơn thuần và tổn thương dạng nang.

Thể tích trung bình của nang trước điều trịtừ 7,81±5,29, sau điều trị 3 tháng thể tích TB giảm còn 2,18±3,96 (p<0,01). Trung bình thể tích giảm79,00±19,18% đến lần theo dõi cuối cùng. Điểm số trung bình về thẩm mỹ cũng được cải

thiên đáng kể (p< 0,01) và không BN nào còn triệu chứng đến lần theo dõi cuối cùng. Tỷ lệ thành công trong nghiên cứu là 87,5%, Hiệu quả tổn thương giảm dần theo thời giam theo dõi. Có tác giả cho rằng do phần đặc trong tổn thương nang hấp thụ cồn tuyệt đối và tác dụng xơ hóa kéo dài nên thể tích giảm dần sau những lần kiểm tra[3].

3. Các yếu tố ảnh hưởng đến mức giảm thể tích: trong nghiên cứu mức giảm thể tích phụ thuộc vào các yếu tố: thể tích ban đầu, tỷ lệ phần đặc trong khối (tổn thương nang đơn thuần hay dạng nang), mức tăng sinh mạch của tổn thương. Các nghiên cứu trước đây đã báo cáo, nang đơn thuần EA hiệu quả 95- 96,1%, tổn thương dạng nang hiệu quả điều trị 82,2%. EA ít hiệu quả trong tổn thương có thể tích ban đầu > 10ml và mức tăng sinh mạch độ II, III. Các tác giả cho rằng thành phần đặc làm hạn chế khuếch tán của cồn tuyệt đối dẫn đến tác dụng giảm, còn mạch máu tăng sinh dẫn đến tăng hấp thu cồn vào máu, giảm lượng cồn trong nang, giảm hiệu quả điều trị[3][5].

4. So sánh hiệu quả của EA trong nhóm nang đơn thuần và tổn thương dạng nang: Thể tích trung bình của nang đơn thuần và tổn thương dạng nang khác biệt không có ý nghĩa (6,98±2,93 so với 8,25±6,22, p=0,93), nhưng sau điều trị sự giảm thể tích trung bình của nang đơn thuần so với tổn thương dạng nang khác biệt mang ý nghĩa thống kê (91,35±12,99 so với 72,15±18,73, p< 0,01). Tỷ lệ thành công trong điều trị nang đơn thuần là 95%, trong tổn thương dạng nang là 83% (p= 0,01). Các tác giả cho rằng không thể xác định bất kỳ yếu tố nào liên quan đến hiệu quả của EA trong tổn thương nang đơn thuần, EA là hầu như luôn luôn hiệu quả trong việc điều trị các tổn thương nang đơn thuần, bất kể trước đó có các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị của EA. Điều này cung cấp thêm bằng chứng về việc sử EA trong điều trị tổn thương nang đơn thuần là phương pháp đầu tay[3][6]

Điều trị bổ xung đã được thực hiện sau 1 tháng với 1 BN lặp lại EA trong nhóm nang đơn thuần, 6 BN lặp lại EA và 3 BN đốt sóng cao tần tuyến giáptrong nhóm tổn thương dạng nang.

5. Mức độ đau, tác dụng phụ và tổn thương: Nghiên cứu cho thấy điểm đau TB ở nhóm tổn thương dạng nang (2,83±1,38) cao hơn nhóm nang (1,65±1,18) (p<0,01). Phần lớn BN không đau, có 11 bệnh nhân đau nhẹ trong quá trinh làm thủ thuật mà không cần dùng thuốc giảm đau. Chúng tôi thấy rằng tiêm ethanol bằng cách chọc kim xuyên eo giảm thiểu các biến chứng. Các cách tiếp cận xuyên eo cho phép kim xuyên qua nhu mô tuyến giáp đủ để không làm thay đổi đổi vị trí của các mũi kim trong khi nuốt hoặc nói chuyện, cũng như ngăn chặn ethanol rò rỉ bên ngoài tuyến giáp. Cách tiếp cận này cũng đã được sử dụng cho EA cũng như cho RFA của nhân giáp[3][5][6]

V. KẾT LUẬN

Phươngpháp tiêm cồn tuyết đối điều trị nang tuyến giáp dưới hướng dẫn của siêu âm là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả, dễ thực hiện và tiết kiệm chi phí điều trị.

Thể tích trung bình sau điều trị giảm 79%, tỷ lệ thành công 87,5%. Điểm thẩm mỹ trước và sau điều trị giảm có ý nghĩa (p< 0,01) và không có BN nào sau điều trị còn triệu chứng. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị: thành phần đặc, mức mạch máu, thể tích ban đầu.

Mặc dù EA là hiệu quả và an toàn cho cả hai loại nang và tổn thương dạng nang, nhưng hiệu quả hơn cho tổn thương nang đơn thuần trong vấn đề thành công trong điều trị và điều trị bổ xung. Tỷ lệ thành công trong điều trị nang đơn thuần là 95%, trong tổn thương dạng nang là 83% (p= 0,01). Có 10BN cần điều trị bổ xung. Trong đó nang đơn thuần 1BN, tổn thương dạng nang 9 BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ***HaugenB.R et al (*2016*).*** American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid. 26(1); p.1-133.
2. ***Gharib H et al*(2016*).***American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Associazione Medici Endocrinologi Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules2016 Update. Endocr Pract. Vol. 22. 2016. 622-39.
3. ***KimYJ et al*(2012).**Cystic versus predominantly cystic thyroid nodules: efficacy of ethanol ablation and analysis of related factors. Eur Radiol. **22**(7): p. 1573-8.
4. ***Ferreira MC, C Piaia, and AC Cadore (*2016),** Percutaneous ethanol injection versus conservative treatment for benign cystic and mixed thyroid nodules. Arch Endocrinol Metab. **60**(3): p. 211-6.
5. ***Sung JY et al (*2008*).*** One-step ethanol ablation of viscous cystic thyroid nodules. AJR Am J Roentgenol.**191**(6): p. 1730-3.
6. ***Jang SW et al*** **(2011)** How to manage the patients with unsatisfactory results after ethanol ablation for thyroid nodules: role of radiofrequency ablation. Eur J Radiol. doi:10.1016 /j.ejrad. 2011.02.039

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CẤY GHÉP IMPLANT NHA KHOA TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI

Trần Cao Bính*, Phạm Thanh Hà*

TÓM TẮT[2]

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phục hình răng bằng phương pháp cấy ghép Implant nha khoa với sự hỗ trợ của phần mềm 3D. **Đối tượng và phương pháp**: mô tả tiên cứu 30 bệnh nhân trên 18 tuổi được cấy ghép 49 Implant thành công. **Kết quả:** Tỷ lệ thành công 98%. Sau khi lắp phục hình 6 tháng sức nhai của phục hình trên Implant tốt: 83,7% và trung bình: 16,3%. Tỷ lệ này tương ứng là 85,7% và 14,3% sau 12 tháng còn sau 18 tháng tương ứng là 83,7 và 16,3%. Sau khi lắp phục hình 6 tháng thẩm mỹ được khôi phục tốt: 91,8% và trung bình: 8,2%. Tỷ lệ này tương ứng là 89,8% và 10,2% sau 12 tháng còn sau 18 tháng mức tốt là 87,8%, mức khá là 10,2% và mức kém là 2%. **Kết luận:** tỷ lệ thành công trong cấy ghép Implant có ứng dụng phần mềm 3D là 98%, khả năng khôi phục chức năng ăn nhai và thẩm mỹ rất tốt. Các biến chứng xảy ra chiếm tỷ lệ rất nhỏ và đều trong phạm vi có thể sửa chữa được.

Từ khóa: Implant, phần mềm 3D.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF DENTAL IMPLANTS AT NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO - STOMATOLOGY, HANOI

Objectives: This study was to evaluate prosthetic outcomes of 49 dental implants using 3D software. **Subjects and methods:** prospective study, this study was conducted on 30 patients with 49 missing teeth. These patients were examined and placed dental implants at National Hospital of Odonto - Stomatology, Hanoi. **Results:** The success rate of dental implants was 98%. 6 months after functional loading,83.7% of implants had good masticatory function and 16.3% of implants had moderate masticatory function. 12 months after functional loading, the rates were 85.7% and 14.3%, respectively and those after 18 months was 83.7% and 16.3%, respectively. While 91.8% of implant had good esthetics and 8.2% of implants had moderate esthetics results 6 months after loading. 12 months after functional loading, the rates were 89.8% and 10.2%, respectively. 18 months after loading, 87.8% of implants had good esthetics, 8.2% of implants had moderate results and only 2% of implants had bad esthetics. **Conclusions:** Planning of dental implants using 3D software is predictable with high success and low complicational rate.

Keywords: Implant, 3D software.

Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Trần Cao Bính
Email: dr.binhnhos@gmail.com
Ngày nhận bài: 3/8/2017
Ngày phản biện khoa học:: 31/8/2017
Ngày duyệt bài: 18/9/2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cấy ghép Implant nha khoa để làm phục hình răng giả cho bệnh nhân là một kỹ thuật phục hình tiên tiến, mang lại nhiều lợi ích cho người bệnh. Rất nhiều các biện pháp nhằm giảm thiểu biến chứng đã được đưa ra và việc ứng dụng phim CT Cone Beam (CTCB) trong việc lập kế hoạch điều trị cấy ghép Implant nha khoa có ý nghĩa rất quan trọng đối với mục đích này.

Chụp phim CTCB để lập kế hoạch cấy implant do vị trí của Implant được xác định trong không gian 3 chiều giúp cho Implant được đặt ở vị trí thuận lợi nhất và khi đó tỷ lệ biến chứng trong và sau khi phẫu thuật sẽ được giảm thiểu. Nghiên cứu của chúng tôi có các mục tiêu: Đánh giá kết quả và các biến chứng trong cấy ghép những bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Là các bệnh nhân mất răng đến cấy ghép implant nha khoa tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội 2012-2014

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân đã mất răng trên 6 tháng hoặc đã được ghép xương trên 6 tháng
- Có chiều cao xương có ích tối thiểu 8 mm, độ dày xương tối thiểu 6 mm, khoảng trống đối với 2 răng kế bên tối thiểu 6 mm.
- Không bị các bệnh tim mạch, tiểu đường và các bệnh hệ thống.
- Tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân không có đủ tiêu chuẩn sức khỏe để cấy ghép Implant cũng như không có nguyện vọng được điều trị phục hình bằng phương pháp này.

- Bệnh nhân mất răng toàn hàm.
- Bệnh nhân đã bị xạ trị vùng đầu mặt cổ.
- Bệnh nhân có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Bệnh nhân có tật nghiến răng.
- Bệnh nhân sống ở nước ngoài không có điều kiện đến khám định kỳ để theo dõi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng mở không đối chứng.

Cỡ mẫu: 30 bệnh nhân mất 49 răng

Thời gian nghiên cứu: Từ 03/2012 đến 12/2014.

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Khám, chụp phim có ứng dụng phần mềm 3D, chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị.
- Cấy ghép Implant.
- Làm răng giả trên Implant.
- Hẹn bệnh nhân tái khám để theo dõi.

2.4. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Các số liệu được ghi vào Phiếu theo dõi bệnh nhân và được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Phân loại bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
≤ 40	21	70
41 – 59	8	26,7
≥ 60	1	3,3
Tổng số	**30**	**100**

Bảng 2: Nguyên nhân mất răng

Nguyên nhân	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Biến chứng của bệnh lý tủy răng	35	71,4
Biến chứng của bệnh Viêm quanh răng	8	16,3
Chấn thương	6	12,3
Tổng số	**49**	**100**

Bảng 3: Khả năng khôi phục sức nhai của bệnh nhân

	Tốt		Trung bình		Kém	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sau 6 tháng	41	83,7	8	16,3	0	0
Sau 12 tháng	42	85,7	7	14,3	0	0
Sau 18 tháng	41	83,7	8	16,3	0	0

Bảng 4: Khả năng khôi phục thẩm mỹ của bệnh nhân

	Tốt		Trung bình		Kém	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sau 6 tháng	45	91,8	4	8,2	0	0
Sau 12 tháng	44	89,8	5	10,2	0	0
Sau 18 tháng	43	87,8	5	10,2	1	2

Bảng 5: Tỷ lệ thành công

	Số Implant	Tỷ lệ (%)
Thành công	49	98
Thất bại	1	2
Tổng cộng	50	100

Bảng 6: Biến chứng phẫu thuật

Loại biến chứng	Số ca	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	1	2
Hở vết thương	3	6,1
Sưng nề	2	4,1
Đau kéo dài	1	2

Bảng 7: Biến chứng phục hình

Loại biến chứng	Sau 6 tháng		Sau 12 tháng		Sau 18 tháng	
	Số ca	Tỷ lệ (%)	Số ca	Tỷ lệ (%)	Số ca	Tỷ lệ (%)
Vỡ sứ	1		2		4	8,2
Lỏng vít liên kết Abutment	0		0		2	4,1
Hở tiếp xúc	1		3		6	12,2

Bảng 8: Biến chứng của tổ chức xung quanh Implant

Loại biến chứng	Sau 6 tháng		Sau 12 tháng		Sau 18 tháng	
	Số ca	Tỷ lệ (%)	Số ca	Tỷ lệ (%)	Số ca	Tỷ lệ (%)
Viêm mô mềm quanh Implant	2	4,1	4	8,2	7	14,3
Viêm quanh Implant	0	0	1	2	2	4,1

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng: Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân trẻ nhất là 19 tuổi và già nhất là 65 tuổi, trung bình là 33,9 ± 13,5 tuổi. Nhóm bệnh nhân từ 40 tuổi trở xuống chiếm tới 70%. Lứa tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn trong các nghiên cứu của các tác giả khác như nghiên cứu của Bragger và cs trên nhóm bệnh nhân từ 23 - 83 tuổi (trung bình là 55,7 tuổi) [1]. Điều này có thể lý giải là nghiên cứu được tiến hành trên nhóm răng cửa và bệnh nhân trẻ tuổi nếu mất răng thuộc nhóm này thì sẽ có nhu cầu phục hình cao hơn.

Nguyên nhân chính của mất răng là biến chứng của bệnh lý tủy răng (76,7%), số liệu này phù hợp với kết quả điều tra của Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh với sự giúp đỡ của Tổ chức Y tế thế giới với kết luận sâu răng là nguyên nhân chính gây mất răng với tỉ lệ 57-72% tuỳ theo lứa tuổi. Nguyên nhân tiếp theo là viêm quanh răng (16,3%), cuối cùng là do chấn thương (12,3%). Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ bệnh nhân bị mất răng do viêm quanh răng thấp có thể được giải thích là do lứa tuổi của các bệnh nhân trong nghiên cứu này là tương đối trẻ nên họ cũng ít mắc bệnh viêm quanh răng hơn. Mất răng do viêm quanh răng thường có sức khoẻ toàn thân kém do tuổi tác nên họ không lựa chọn phương pháp phục hình răng giả bằng cách cấy ghép Implant.

4.2. Kết quả điều trị

4.2.1. Khả năng khôi phục sức nhai của bệnh nhân: Sau khi lắp phục hình 18 tháng, tỷ lệ khôi phục sức nhai tốt chiếm tới 83,7%, tỷ lệ khá chiếm 16,3%. Không có mức kém. Khả năng khôi phục sức nhai ổn định theo thời gian.

4.2.2. Khả năng khôi phục thẩm mỹ của bệnh nhân: Khả năng khôi phục thẩm mỹ của phục hình Implant là rất tốt. Sau khi lắp phục hình 18 tháng mức tốt là 87,8%. Khả năng khôi phục thẩm mỹ của phục hình Implant giảm đi theo thời gian. Sau khi lắp phục hình 18 tháng đã có một trường hợp phục hình có thẩm mỹ kém (chiếm 2%). Kết quả của nghiên cứu này này cũng tương tự như nghiên cứu của Phạm Thanh Hà (2007) với tỉ lệ khôi phục thẩm mỹ tốt là 90,9% và khá là 9,1% [2].

4.2.3. Tỷ lệ thành công: Tỷ lệ thành công của kỹ thuật cấy ghép Implant trong nghiên cứu này là 98%, tương đương với các tác giả khác trong nước và trên thế giới. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích meta của Moraschini và cộng sự khi cấy ghép Implant với sự hướng dẫn của phần mềm 3D [3].

4.3. Biến chứng

4.3.1. Các biến chứng sau quá trình phẫu thuật: Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 1 trường hợp bị chảy máu 1 ngày sau phẫu thuật nhưng chỉ có hiện tượng rỉ máu chứ không chảy thành dòng. Chúng tôi đã sử dụng Viscostat tại chỗ kết hợp với cắn gạc và máu đã cầm ngay sau đó. Có 03 trường hợp hở vết thương, tất cả các trường hợp đều được phát hiện muộn khi bệnh nhân đến cắt chỉ. Trong số này 02 trường hợp đã được làm sạch mép vạt và khâu lại, trường hợp còn lại do mép vạt hở nhiều chúng tôi đã quyết định tháo nắp đậy Implant và lắp trụ liền thương.

Chúng tôi theo dõi được 2 trường hợp bị sưng nề 2 ngày sau khi phẫu thuật. Những trường hợp này chúng tôi cho dùng thêm kháng sinh, kháng viêm và tăng cường vệ sinh răng miệng. Sau khi điều trị 5 ngày các triệu chứng sưng nề đã giảm dần và hết hẳn. Do phẫu thuật Implant được thực hiện trong khoang miệng là một môi trường nhiễm khuẩn nên tỷ lệ này là ở mức bình thường.

Một trường hợp bệnh nhân sau khi phẫu thuật 3 ngày vẫn bị đau nhiều mặc dù không bị sưng nề hoặc nhiễm trùng. Bệnh nhân được dùng thuốc giảm đau liều cao và triệu chứng đau đã hết sau khi phẫu thuật 1 tuần. Khi bệnh nhân đến khám lại một tháng sau khi đặt Implant chúng tôi thấy Implant không có sự tích hợp xương. Mặc dù chỉ là một trường hợp đơn lẻ nhưng cũng có thể đặt nghi ngờ về mối liên quan giữa đau sau khi phẫu thuật và sự không tích hợp xương.

4.3.3. Các biến chứng liên quan đến phục hình: Tình trạng hở tiếp xúc bên chiếm tỉ lệ lớn nhất với 12,2% sau 18 tháng theo dõi. Tiếp xúc bên chủ yếu bị hở ở phía gần của phục hình Implant do Implant luôn bất động trong xương trong khi răng thật luôn có xu hướng dịch chuyển về phía trước gây nên tình trạng hở tiếp xúc. Tình trạng này càng tăng lên trên bệnh nhân có tổ chức quanh răng thật không tốt hay bệnh nhân có một hoặc vài răng thật phía trước Implant không nằm trong cung răng dẫn đến cung răng dễ bị xô lệch hơn. Chính vì thế nên đối với những bệnh nhân thuộc các nhóm nguy cơ trên chúng tôi khuyến cáo nên làm phục hình bắt vít để có thể dễ dàng tháo ra sửa chữa khi cần thiết.

Tình trạng khác lỏng vít liên kết abutment trong nghiên cứu này là 4,1%, thấp hơn một chút so với nghiên cứu của Bragger U và cs trong đó tỉ lệ lỏng vít liên kết abutment [4]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tỉ lệ vỡ sứ là 8,2%, thấp hơn tỉ lệ vỡ sứ 10,7% trong nghiên cứu của tác giả nêu trên. Điều này có thể lý giải là thời gian theo dõi của chúng tôi chỉ là 18 tháng, trong khi đó thời gian theo dõi của nghiên cứu nêu trên là 5 năm.

4.3.4. Các biến chứng liên quan đến tổ chức xung quanh Implant: Sau 18 tháng theo dõi, tỷ lệ viêm mô mềm xung quanh Implant là 14,3% và tỷ lệ viêm quanh Implant là 4,1%.

Các kết quả khác nhau theo các nghiên cứu khác nhau có thể lý giải ở sự khác biệt giữa các hệ thống Implant, các phương pháp chăm sóc

bệnh nhân sau phục hình khác nhau ở các tác giả khác nhau ty nhiên nhìn chung đây là một tỷ lệ tương đối cao và các nhà lâm sàng cần hết sức quan tâm tới vấn đề này.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thành công của nghiên cứu là 98%.

Chức năng: Sau phục hình trên Implant 6 tháng sức nhai được khôi phục tốt 83,7% và trung bình 16,3%. Sau 12 tháng tỷ lệ tương ứng là 85,7% và 14,3% Sau 18 tháng tương ứng là 83,7 và 16,3%.

Thẩm mỹ: Sau phục hình 6 tháng thẩm mỹ được khôi phục tốt 91,8% và trung bình 8,2%. Tỷ lệ này tương ứng là 89,8% và 10,2% sau 12 tháng còn sau 18 tháng mức tốt là 87,8%, mức khá là 10,2% và mức kém là 2%.

Các biến chứng: trong và ngay sau khi phẫu thuật có 1 trường hợp bị chảy máu (2%) và 3 trường hợp bị hở vết thương (6,1%), 2 trường hợp sưng nề (4,1%) và 1 trường hợp đau kéo dài (2%). Sau khi phục hình 18 tháng có 2 trường hợp bị lỏng ốc liên kết abutment (4,1%), 4 trường hợp bị vỡ sứ (8,2%) và 6 trường hợp bị hở tiếp xúc với răng kế bên (12,2%). Sau 18 tháng kể từ khi phục hình, tỷ lệ viêm mô mềm quanh Implant là 14,3% và tỷ lệ viêm quanh Implant là 4,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thanh Hà (2007),** Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật Implant nha khoa để làm phục hình răng cố định, Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Răng Hàm Mặt, Hà Nội, tr. 35-36.
2. **Tạ Anh Tuấn và cs (2007**), Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật Implant để nâng cao hiệu quả phục hình nha khoa, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp bộ, Bộ Quốc phòng. Tr. 59-72.
3. **Brägger U, Aeschlimann S, Bürgin W et al (2001**), Biological and technical complications and failures with fixed partial dentures (FPD) on Implants and teeth after four to five years of function, Clin Oral Impl Res, 12, pp. 26-34.
4. **Roos-Jansåker AM, Lindahl C, Renvert H, Renvert S (2006),** Nine- to fourteen-year follow-up of Implant treatment. Part II: presence of peri-Implant lesions,J Clin Periodontol, 33, pp. 290-295.
5. **Pjetursson BE, Tan K, Lang NP et al (2004),** A systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (FPDs) after an observation period of at least 5 years, Clin Oral Impl Res, 15, pp. 625-642.
6. **Gaia BF et al**, Comparison between cone-beam and multislice computed tomography for identification of simulated bone lesions. Braz Oral Res. 2011 Jul-Aug;25(4):362-8.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG GIAI ĐOẠN TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN KHÍ SẮC CÓ HÀNH VI PHẠM TỘI

Nguyễn Thành Quang*, Bùi Quang Huy**
Ngô Ngọc Tản, Cao Tiến Đức****

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng giai đoạn đoạn trầm cảm ở bệnh nhân rối loạn khí sắc - giai đoạn trầm cảm, có hành vi phạm tội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu 69 bệnh nhân rối loạn khí sắc phạm tội, hiện tại có giai đoạn trầm cảm, tại viện giám định pháp y Tâm thần Trung ương Biên Hòa. Nghiên cứu tiến cứu cắt ngang, có mô tả từng trường hợp cụ thể. **Kết quả:** Các triệu chứng chính của trầm cảm hay gặp nhất là khí sắc trầm với 98,55%, mất cảm giác ngon miệng chiếm 94,20%. Các triệu chứng rối loạn cảm xúc hay gặp nhất là buồn chán chiếm 92,75% và giảm hứng thú và sở thích với 75,36%. Tư duy chậm chạp chiếm tỷ lệ cao nhất với 94,20%, tiếp đến là ít nói, ít giao tiếp chiếm 92,75%. Vận động chậm chạp chiếm tỷ lệ 91,30%, giảm hoạt động 84,06%. Các triệu chứng cơ thể hay gặp nhất là chán ăn, sút cân chiếm tỷ lệ 94,20%, đau đầu 73,91%. Mất ngủ đầu giấc chiếm 62,31%, ngủ không sâu chiếm 52,54%.

Từ khóa: Giai đoạn trầm cảm

**Viện Pháp y Tâm thần TƯ Biên Hòa.*
*** Bệnh viện Quân y 103, HVQY*
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Quang Huy
Email: bshuy2003@yahoo.com
Ngày nhận bài: 2/8/2017
Ngày phản biện khoa học: 24/8/2017
Ngày duyệt bài: 11/9/2017

SUMMARY

STUDYING CLINICAL AND CHARACTERISTICS DEPRESSIVE EPISODE IN PATIENTS WITH MOOD DISORDER HAVE CRIMINAL ACTS

Objective: To study the clinical characteristics of the depressive episode in patients with mood disorders - stage depression, with offenses. **Subjects and Methods:** cross-sectional prospective study, which describes each specific case on 69 patients with mood disorder (depressive episode), who have committed crimes. **Results:** The main symptoms of depressive symptoms were depression of 98.55%, loss of appetite of 94.20%. Sadness accounted for 92.75%, loss of interest accounted for 75.36%. Slow thinking accounted for 94.20%, less communication

accounted for 92.75%. Slow movement accounted for 91.30%, decreased activity 84.06%. Loss of appetite accounted for 94.20%, headache 73.91%. Sleep difficulty accounted for 62.31%, no deep sleep accounted for 52.54%.

Keyword: Depressive episode.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là một rối loạn tâm thần rất phổ biến, chiếm đến 6% dân số. Theo Gelder M. (2011), tình trạng phạm tội ở các bệnh nhân trầm cảm là rất hay gặp. Các hành vi phạm tội của bệnh nhân trầm cảm chịu sự chi phối của các triệu chứng lâm sàng của rối loạn này. Do vậy, nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng của rối loạn trầm cảm ở các bệnh nhân này giúp chúng ta hiểu biết về nguy cơ và hình thức phạm tội của họ để có biện pháp điều trị và ngăn chặn kịp thời, hiệu quả.

Mục tiêu nghiên cứu: *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng giai đoạn đoạn trầm cảm ở bệnh nhân rối loạn khí sắc - giai đoạn trầm cảm, có hành vi phạm tội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Nghiên cứu trên 69 bệnh nhân rối loạn khí sắc – giai đoạn trầm cảm, có hành vi phạm tội, tuổi từ 20 đến 69, được các cơ quan pháp luật đưa tới giám định pháp y tâm thần từ tháng 1-2012 đến tháng 7-2017 tại Viện pháp y Tâm thần Trung ương Biên hòa

2.2. Phương pháp: Chúng tôi sử dụng phương pháp tiến cứu, cắt ngang, có mô tả từng trường hợp cụ thể.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Các triệu chứng chính của rối loạn trầm cảm

STT	Chỉ số thống kê / Triệu chứng	n=69	Tỷ lệ %	p
1	Khí sắc trầm	68	98,55	p < 0,05
2	Mất quan tâm thích thú	52	75,36	
3	Mệt mỏi mất năng lượng	59	85,51	
4	Giảm tập trung chú ý	42	60,87	p < 0,01
5	Giảm tự trọng và lòng tự tin	40	57,97	
6	Ý tưởng bị tội	5	7,25	
7	Nhìn tương lai ảm đạm	30	43,48	
8	Ý tưởng hành và vi tự sát	39	56,52	
9	Rối loạn giấc ngủ	69	100	
10	Mất cảm giác ngon miệng	65	94,20	

Bảng 1 cho thấy khí sắc trầm chiếm tỷ lệ cao nhất (98,55%), mệt mỏi mất năng lượng chiếm 85,50% và mất quan tâm, thích thú (75,36%). So sánh thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05; với $\chi^2(2)$= 14,85; p=0,001). Các triệu chứng phổ biến của trầm cảm gồm rối loạn giấc ngủ chiếm tỷ lệ cao nhất (100%), mất cảm giác ngon miệng (94,20%), giảm tập trung chú ý (60,86%) giảm tính tự trọng và lòng tự tin(57,97%), có ý tưởng và hành vi tự sát (56,52%), nhìn tương lai ảm đạm và bi quan (43,47%). So sánh thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,01 với $\chi^2(5)$= 88,36; p=0,000).

Kết quả này phù hợp với ý kiến của Sadock B. J. (2007) khi cho rằng khí sắc giảm, mệt mỏi, bi quan, mất ngủ là những triệu chứng hay gặp nhất trong trầm cảm.

Bảng 2. Các triệu chứng giảm cảm xúc

STT	Chỉ số thống kê / Triệu chứng	n=69	Tỷ lệ %	p
1	Vô cảm	3	4,35	p < 0,001
2	Cảm giác buồn chán	64	92,75	
3	Bi quan và mất tự tin	30	43,48	
4	Luôn bận tâm, lo lắng	12	17,39	
5	Dễ xúc động, mau nước mắt	20	28,99	
6	Giảm hứng thú và sở thích	52	75,36	
7	Khí sắc dễ bị kích thích	13	18,84	

Bảng 2 cho thấy triệu chứng buồn chán chiếm tỷ lệ cao nhất (92,75%), giảm hứng thú và sở thích (75,36%). Các triệu chứng khác chiếm tỷ lệ thấp hơn như bi quan và mất tự tin (43,48%), dễ xúc động, mau nước mắt (28,98%), khí sắc dễ bị kích thích (18,84%). Sự khác biệt giữa các triệu chứng là có ý nghĩa thống kê với p<0,001 Cochran's Q=556,526, df=13, p=0,000. Kết quả này phù hợp với

nhận định của Gelder M. (2011) khi cho rằng các triệu chứng giảm khí sắc, mất hứng thú và sở thích, buồn chán gặp ở hầu hết các bệnh nhân trầm cảm.

Bảng 3. Các triệu chứng rối loạn hình thức tư duy

STT	Chỉ số thống kê / Triệu chứng	n=69	Tỷ lệ %	p
1	Tư duy chậm chạp	65	94,20	p < 0,001
2	It nói, ít giao tiếp	64	92,75	
3	Không nói	12	17,39	
4	Nói nhỏ, nói chậm, nói thì thào	47	68,12	
5	Ý tưởng tự ti	40	57,97	p < 0,001
6	Ý tưởng tự sát tái diễn	39	56,52	

Bảng 3 cho thấy tư duy chậm chạp chiếm tỷ lệ cao nhất (94,20%), tiếp đến là ít nói, ít giao tiếp (92,75%), nói nhỏ, nói chậm và nói thì thào (68,11%), có ý tưởng tự ti (57,97%) và có ý tưởng tự sát tái diễn chiếm tỷ lệ 56,52%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001 Cochran's Q=121,364, df=5, p=0,000. Kết quả này phù hợp với nhận định của Ngô Ngọc Tản (2005) khi cho rằng tư duy chậm chạp, ít nói, ít giao tiếp là triệu chứng gặp ở hầu hết các bệnh nhân trầm cảm.

Bảng 4. Các triệu chứng rối loạn hoạt động

STT	Chỉ số thống kê / Triệu chứng	n=69	Tỷ lệ %	p
1	Giảm hoạt động	58	84,06	p < 0,001
2	Vận động chậm chạp	63	91,30	
3	Bất động	5	7,25	
4	Kích động trầm cảm	8	11,59	
5	Bồn chồn, đứng ngồi không yên	10	14,49	
6	Hành vi tự sát	21	30,43	
7	Các hành vi xung động	12	17,39	

Bảng 4 cho thấy vận động chậm chạp chiếm tỷ lệ 91,30%, giảm hoạt động, 84,06%, có hành vi tự sát 30,43%, hành vi xung động 17,39% và kích động chiếm 11,59%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001(Cochran's Q=203,904, df=6, p=0,000). Kết quả này phù hợp với nhận định của Kaplan H. I. (1994) khi cho rằng có đến 90% số bệnh nhân trầm cảm có vận động chậm chạp, nhưng khoảng 10% lại có kích động.

Bảng 5. Các triệu chứng rối loạn cơ thể

STT	Chỉ số thống kê / Triệu chứng	n=69	Tỷ lệ %	p
1	Đau đầu	51	73,91	p < 0,001
2	Rối loạn đau dạng cơ thể	11	15,94	
3	Chán ăn, sút cân	65	94,20	
4	Táo bón	11	15,94	
5	Ra nhiều mồ hôi	6	8,70	
6	Hồi hộp, đánh trống ngực	36	52,17	
7	Giảm ham muốn tình dục	42	60,87	
8	Buồn nôn	13	18,84	
9	Chóng mặt	45	65,22	

Kết quả ở bảng 5 cho thấy triệu chứng chán ăn, sút cân chiếm tỷ lệ (94,20%), tiếp theo là đau đầu (73,91%), chóng mặt (65,21%), giảm ham muốn tình dục (60,86%), các triệu chứng khác ít gặp hơn theo thứ tự là hồi hộp, đánh trống ngực (52,17%), rối loạn đau dạng cơ thể (15,94%) buồn nôn và táo bón… So sánh thấy sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với p<0,001 (Cochran's Q=208,725, df=8, p=0,000). Kết quả này phù hợp với DSM 5 (2013) của hội Tâm thần học Mỹ, các triệu chứng chán ăn, sút cân gặp ở 95% số bệnh nhân trầm cảm, còn các triệu chứng cơ thể khác như đau đầu, chóng mặt, đánh trống ngực… cũng rất phổ biến ở bệnh nhân trầm cảm.

Bảng 6. Các triệu chứng rối loạn giấc ngủ

STT	Chỉ số thống kê / Triệu chứng	n=69	Tỷ lệ %	p
1	Mất ngủ đầu giấc	43	62,32	p < 0,001
2	Mất ngủ giữa giấc	6	8,70	
3	Mất ngủ cuối giấc	17	24,64	
4	Ngủ không sâu	31	44,93	

5	Ác mộng	1	1,45	
6	Hoảng hốt khi ngủ	2	2,90	

Bảng 6 cho thấy hầu hết các bệnh nhân đều có rối loạn giấc ngủ, thường gặp là: mất ngủ đầu giấc (62,31%), ngủ không sâu (52,54%), mất ngủ cuối giấc (24,63%) và một tỷ lệ thấp hơn là mất ngủ giữa giấc (11,59%). Khi so sánh ta thấy có sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê với p<0,001 (Cochran's Q=101,376, df=5 p=0,000). Kết quả này phù hợp với nhận định của Dan J.S., (2006), tác giả cho rằng tất cả các bệnh nhân trầm cảm đều có rối loạn giấc ngủ, chủ yếu là mất ngủ đầu giấc và ngủ không sâu giấc.

IV. KẾT LUẬN

- Các triệu chứng chính của trầm cảm hay gặp nhất là khí sắc trầm với 98,55%, mất cảm giác ngon miệng chiếm 94,20%.
- Các triệu chứng rối loạn cảm xúc hay gặp nhất là buồn chán chiếm 92,75% và giảm hứng thú và sở thích với 75,36%.
- Tư duy chậm chạp chiếm tỷ lệ cao nhất với 94,20%, tiếp đến là ít nói, ít giao tiếp chiếm 92,75%.
- Vận động chậm chạp chiếm tỷ lệ 91,30%, giảm hoạt động 84,06%.
- Các triệu chứng cơ thể hay gặp nhất là chán ăn, sút cân chiếm tỷ lệ 94,20%, đau đầu 73,91%.
- Mất ngủ đầu giấc chiếm 62,31%, ngủ không sâu chiếm 52,54%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Ngọc Tản, Nguyễn Văn Ngân, Nguyễn Sinh Phúc và cộng sự (2005).** *Bệnh học tâm thần*. Nhà xuất bản quân đội nhân dân, Hà Nội, tr. 217-252
2. **American Psychiatry Association (2013),** *"Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"* (5th ed). Arlington: American Psychiatric Publishing. pp. 123–154.
3. **Dan J.S., David J.K., Alan F.S. (2006),** "*Mood disorders and sleep*", Texbook of mood disorders, The American psychiatric publishing, volum 2, pp. 353- 739
4. **Gelder M. (2011),** "*Oxford textboot of psychiatry*", London. pp 816-822.
5. **Kaplan H.I., Sadock B.J. (1994),** "*Synopsis of psychiatry*", six edition, William and Wilkins, pp. 903- 911
6. **Sadock B. J., Sadock V. A. (2007),** "*Kaplan and Sadock: Synopsis of psychiatry*. Tenth edition", Williams and Wilkins, pp. 527-542.

THỰC TRẠNG TẬT KHÚC XẠ Ở HỌC SINH MỘT SỐ TRƯỜNG TRUNG HỌC CƠ SỞ TẠI THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN

Nguyễn Mạnh Quỳnh*, Nguyễn Văn Hiến, Đàm Thị Tuyết*****

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tật khúc xạ (TKX) đã và đang chiếm tỉ lệ cao trong lứa tuổi học đường và có xu hướng tăng lên. Nghiên cứu này nhằm m**ục tiêu:** *Mô tả thực trạng tật khúc xạ ở học sinh một số trường trung học cơ sở tại nội thành thành phố Thái Nguyên, tỉnh Thái Nguyên năm 2015.* ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*** *Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1130 học sinh của 4 trường* trung học cơ sở (THCS) thành phố Thái nguyên. **Kết quả:** Tỉ lệ TKX chung ở học sinh 4 trường THCS nghiên cứu là 34,9%. TKX ở học sinh trường THCS Chu Văn An chiếm tỉ lệ cao nhất: 42,4%, tiếp đến là THCS Quang Trung với 34,6% và thấp nhất là trường THCS Hoàng Văn Thụ với 26,7%. Tỉ lệ TKX ở khối lớp 9 chiếm 42,1%; khối lớp 8 chiếm 38,6% và thấp nhất là khối 6 chiếm 27,0%. Tỉ lệ TKX ở nữ (38,0%) cao hơn nam (31,6%). Tỉ lệ học sinh bị TKX đã đeo kính là 28,8%. Tỉ lệ TKX ở mắt phải chiếm 33,2%, cao hơn mắt trái (32,0%). **Kết luận:** Tỉ lệ TKX ở học sinh THCS thành phố Thái Nguyên chiếm tỉ lệ cao.

Từ khóa: Tật khúc xạ, học sinh, trung học cơ sở, Thái Nguyên

**Bệnh viện Mắt Thái Nguyên*
***Trường Đại học Y Hà Nội,*
****Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Quỳnh
Email: Quynhbvmat@gmail.com
Ngày nhận bài: 15/8/2017
Ngày phản biện khoa học: 15/9/2017
Ngày duyệt bài: 26/9/2017

SUMMARY

REFRACTIVE ERROR IN PUPILS OF JUNIOR HIGH SCHOOLS IN THAI NGUYEN CITY

Introduction: Refractive error has a high percentage of school age and tend to increase. This study aims to: describe the refractive error in pupils of junior high school in Thai Nguyen city, Thai Nguyen province, 2015. **Study subjects and methods:** A cross-sectional study was conducted on 1130 pupils of 4 junior high schools in Thai Nguyen city. **Results:** The overall prevalence of refractive error in the four studied schools was 34.9%. The highest prevalence of refractive error was 42.4% in Chu Van An junior high schools, followed by Quang Trung junior high schools (34.6%) and Hoang Van Thu junior high schools was the lowest (26.7%). Prevalence of refractive error in Grade 9th was 42.1%; Grade 8 was 38.6% and the

lowest was Grade 6 with 27.0%. The prevalence of refractive error in girls (38.0%) was higher than boy (31.6%). The percentage of pupils with refractive errors who wear glasses was 28.8%. The prevalence of refractive error in the right eye was 33.2%, higher than the left eye (32.0%). **Conclusion:** The prevalence of refractive error in junior high school students of Thai Nguyen city is high.

Keywords: Refractive error, pupils, junior high school, Thai Nguyen

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tật khúc xạ là tình trạng mắt không có khả năng hội tụ một cách chính xác những tia sáng đi vào mắt, làm cho hình ảnh của vật không rơi đúng vào võng mạc, dẫn đến mắt không nhìn rõ các vật. TKX bao gồm: cận thị, viễn thị và loạn thị. TKX gây ra nhiều biến chứng như giảm thị lực, nguy cơ bong võng mạc, đục thuỷ tinh thể, glôcôm… từ đó gây ảnh hưởng lớn đến sức khỏe của cá nhân và của cộng đồng. Mặt khác chi phí cho điều trị TKX cũng là một gánh nặng cho cá nhân, gia đình và toàn xã hội. TKX đã và đang chiếm tỉ lệ cao trong lứa tuổi học đường và ngày một gia tăng do áp lực học tập, việc thay đổi các thói quen, lối sống, và ảnh hưởng của phát triển của công nghệ thông tin. Nghiên cứu của Hoàng Hữu Khôi và cs (2016) cho tỉ lệ TKX ở học sinh trung học cơ sở (THCS) thành phố Đà Nẵng là 39,8% [4]. Nghiên cứu của Đinh Mạnh Cường và cs (2017) cho tỉ lệ TKX ở học sinh THCS tỉnh Bắc Kạn là 25,0% [2]. Ngoài ra, tỉ lệ TKX khác nhau ở các khu vực và các dân tộc. Thành phố Thái Nguyên là một trung tâm chính trị, kinh tế của vùng trung du miền núi phía Bắc, là nơi có nhiều dân tộc anh em chung sống và là trung tâm đào tạo của khu vực. Câu hỏi đặt ra cho chúng tôi là thực trạng TKX ở học sinh THCS tại thành phố Thái Nguyên hiện nay ra sao? Đó là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả thực trạng tật khúc xạ ở học sinh một số trường trung học cơ sở tại nội thành thành phố Thái Nguyên, tỉnh Thái Nguyên năm 2015.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Học sinh trung học cơ sở của 04 Trường THCS khu vực nội thành, thành phố Thái nguyên, tỉnh Thái Nguyên.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Tại 04 trường THCS của thành phố Thái Nguyên: Trường THCS Quang Trung, Trường THCS Nha Trang, Trường THCS Chu Văn An, và Trường THCS Hoàng Văn Thụ.

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ 10/2015 đến 12/2015.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

- *Thiết kế nghiên cứu:* mô tả cắt ngang, sử dụng phương pháp nghiên cứu định lượng để thu thập thông tin.

- *Cỡ mẫu:* Sử dụng công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó: n: số học sinh cần điều tra; $Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số giới hạn tin cậy, mức tin cậy 95% → $Z_{(1-\alpha/2)}$ = 1,96. p: tỉ lệ TKX học đường ước tính theo kết quả nghiên cứu trước tại Bà Rịa Vũng Tàu năm 2013 là 21,5% (p = 0,215) [3]. Chọn d = 0,04, DE= 2 (hệ số thiết kế = 2 do chọn mẫu nhiều bậc); thay số, tính được n = 812.

2.5. Chỉ số nghiên cứu: Tỉ lệ TKX theo trường, theo khối lớp, theo giới tính. Tỉ lệ TKX 1 mắt, 2 mắt. Tỉ lệ học sinh TKX đã đeo kính từ trước và TKX mới phát hiện khi khám.

2.6. Công cụ thu thập thông tin: Biểu mẫu điều tra tật khúc xạ; Bảng thị lực Landolt; Máy đo khúc xạ tự động; Hộp kính; Máy soi đáy mắt; Dụng cụ soi bóng đồng tử; Các loại thước đo chiều dài; Đèn pin; Thuốc liệt điều tiết Cyclogyl 1%; Atropin 0,5%. Khám và thu thập thông tin do cán bộ chuyên ngành Mắt thực hiện.

***2.7. Tiêu chuẩn đánh giá* tật khúc xạ của WHO**

- Mắt được coi là cận thị khi có khúc xạ cầu tương đương từ - 0,5D trở lên sau liệt điều tiết. Người được coi là cận thị khi có một mắt hoặc cả hai mắt cận thị.

- Mắt được coi là viễn thị khi có khúc xạ cầu tương đương >+2,0D trở lên sau liệt điều tiết, vì viễn thị <+2,0D không ảnh hưởng tới thi lực cùa trẻ em. Người được coi là viễn thị khi có cả 2 mắt viễn thị, hoặc có một mắt viễn và mắt kia chính thị.

- Mắt được coi là loạn thị khi số đo bằng máy đo khúc xạ tự động sau liệt điều tiết của 2 trục chính chênh lệch nhau > 0,75D trở lên.

2.8. Xử lý số liệu: Số liệu được mã hóa và xử lý theo các thuật toán thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỉ lệ tật khúc xạ ở học sinh phân bố theo trường nghiên cứu

Trường THCS	Số HS điều tra	Số HS TKX	Tỷ lệ mắc (%)
1. Hoàng Văn Thụ (1)	277	74	26,7
2. Quang Trung (2)	214	74	34,6
3. Nha Trang (3)	318	109	34,3

4. Chu Văn An (4)	321	137	42,4
Tổng	**1130**	**394**	**34,9**
P	$p_{1-2} > 0,05$; $p_{1-3} < 0,05$; $p_{1-4} < 0,05$		

Tỉ lệ TKX học đường ở trường THCS Chu Văn An chiếm cao nhất (42,4%), tiếp đến là THCS Quang Trung chiếm 34,6% và thấp nhất là tỉ lệ TKX trường THCS Hoàng Văn Thụ chiếm 26,7 %. Tỉ lệ TKX chung ở học sinh nghiên cứu là 34,9%.

Bảng 2. Tỉ lệ tật khúc xạ ở học sinh theo khối lớp học

Khối	Số HS điều tra	Số HS TKX	Tỷ lệ mắc (%)
Khối 6 (1)	252	68	27,0
Khối 7 (2)	373	123	33,0
Khối 8 (3)	277	107	38,6
Khối 9 (4)	228	96	42,1
p	$p_{1-2} < 0,05$; $p_{1-3} < 0,05$; $p_{1-4} < 0,05$		

Tỉ lệ TKX cao nhất ở khối lớp 9, chiếm 42,1%; tiếp theo là ở khối lớp 8 chiếm 38,6% và thấp nhất là khối 6 chiếm 27,0%. Sự khác biệt về tỉ lệ mắc TKX giữa các khối lớp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Tỉ lệ tật khúc xạ theo giới tính

Giới	Số HS điều tra	Số HS TKX	Tỷ lệ mắc (%)	P
Nam	551	174	31,6	0,024
Nữ	579	220	38,0	
Tổng	**1130**	**394**	**34,9**	

Tỉ lệ TKX ở nữ (38,0%) cao hơn nam (31,6%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Phân bố học sinh tật khúc xạ theo thời điểm phát hiện

Tên trường THCS	Số học sinh	TKX đã đeo kính từ trước		TKX mới phát hiện khi khám	
		SL	%	SL	%
1. Hoàng Văn Thụ	277	53	19,1	74	26,7
2. Quang Trung	214	61	28,5	74	34,6
3. Nha Trang	318	96	30,2	109	34,3
4. Chu Văn An	321	116	36,1	137	42,4
Tổng	**1130**	**326**	**28,8**	**394**	**34,9**

Tỉ lệ TKX đã đeo kính từ trước của trường THCS Chu Văn An cao nhất, chiếm 36,1%; tỉ lệ TKX mới phát hiện của trường Chu Văn An cũng cao nhất với 42,4%. Tương tự, tại các trường nghiên cứu, tỉ lệ mới phát hiện TKX cao hơn tỉ lệ đã đeo kính từ trước.

Bảng 5. Phân bố học sinh các trường bị tật khúc xạ theo mắt

Tên trường THCS	Số HS TKX	TKX mắt phải		TKX mắt trái		TKX 2 mắt	
		SL	%	SL	%	SL	%
1. Hoàng Văn Thụ	74	67	24,2	65	23,5	58	20,9
2. Quang Trung	74	72	33,6	69	32,2	67	31,3
3. Nha Trang	109	104	32,7	97	30,5	92	28,9
4. Chu Văn An	137	132	41,1	131	40,8	126	39,3
Tổng	**394**	**375**	**33,2**	**362**	**32,0**	**343**	**30,4**

Tỉ lệ TKX ở cả 2 mắt ở trường THCS Chu Văn An chiếm cao nhất (39,3%); tiếp theo là trường THCS Quang Trung với 31,3% và trường THCS Hoàng Văn Thụ là 20,9%.

IV. BÀN LUẬN

Mắt bình thường không có bệnh hay TKX là một yếu tố quan trọng có ảnh hưởng lớn đến sức khỏe, lao động và sinh hoạt hàng ngày của mỗi người. Ở lứa tuổi học sinh, thị lực tốt là yếu tố thuận lợi để học sinh có thể học tốt và tham gia tích cực mọi hoạt động ở trường, cũng như ở ngoài xã hội, nếu thị lực kém có thể là yếu tố làm hạn chế khả năng học tập và hoạt động xã hội của học sinh. Với áp lực học tập căng thẳng, thời gian hoạt động ngoài trời ít và sử dụng điện thoại/tivi nhiều như hiện nay đã ảnh hưởng không nhỏ đến khả năng nhìn của các học sinh, qua đó ảnh hưởng đến kết quả học tập. Kết quả học tập thấp làm cho phụ huynh có tâm lý muốn con học nhiều hơn, tạo ra một vòng xoáy luẩn quẩn và ảnh hưởng tới sức khỏe, cũng như tương lai của các em học sinh. Đây là vấn đề rất cần được các bên liên quan, phối hợp giải quyết như nhà trường, gia đình và xã hội.

Từ trước đến nay đã có một số nghiên cứu đánh giá về tình trạng TKX ở học sinh. Các

nghiên cứu cho thấy tỉ lệ TKX có khác nhau giữa các nghiên cứu, ở địa điểm khác nhau. Nghiên cứu của Hoàng Hữu Khôi và cs (2016) cho thấy tỉ lệ TKX ở học sinh THCS thành phố Đà Nẵng là 39,8% [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Đinh Mạnh Cường và cs (2017) với tỉ lệ TKX chung chiếm 34,9%, nhưng lại thấp hơn nghiên cứu của Hoàng Hữu Khôi và cs (2016). Lý giải điều này theo chúng tôi là do đặc điểm địa bàn nghiên cứu khác nhau và thời gian nghiên cứu khác nhau. Đã có nhiều nghiên cứu cho thấy rõ vai trò của di truyền, của yếu tố gia đình đối với TKX; và vai trò của các yếu tố môi trường cũng có tác động đến TKX [6], [7]. Do đó, tỉ lệ TKX giữa các nghiên cứu cũng có khác nhau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy TKX học đường ở các trường khác nhau cũng có khác nhau, trường THCS Chu Văn An có tỉ lệ học sinh bị TKX chiếm tỉ lệ cao nhất (42,4%), tiếp đến là THCS Quang Trung, chiếm 34,6% và thấp nhất là tỉ lệ TKX của học sinh ở trường THCS Hoàng Văn Thụ chiếm 26,7%. Sự khác biệt về TKX của các trường có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo chúng tôi, có sự khác biệt này có thể do đặc điểm trường THCS Chu Văn An được xác định là trường "chuyên" trong khối THCS của tỉnh, nơi tập trung nhiều học sinh THCS giỏi và là những bạn "thường" phải học tập rất nhiều từ chương trình tiểu học, do đó có lẽ tỉ lệ TKX ở trường Chu Văn An chiếm cao so với các trường khác là do tác động của áp lực học tập. Bên cạnh đó, kết quả khác biệt về TKX giữa các trường còn có thể do sự khác biệt về môi trường học tập, như điều kiện vệ sinh lớp học, mức độ chiếu sáng, kích cỡ bàn ghế...

Kết quả xác định tỉ lệ TKX theo khối lớp học cho thấy: Tỉ lệ TKX cao nhất ở khối lớp 9, chiếm 42,1%. Khối lớp 8 chiếm 38,6% và thấp nhất là khối 6 chiếm 27,0%. Kết quả này có thể lý giải với thực tế là do càng học lên lớp cao thì áp lực học càng lớn, học sinh phải học nhiều, thời gian mắt phải làm việc càng nhiều. Ngoài ra lớp 9 là lớp thi chuyển cấp cho nên có tình trạng căng thẳng và học sinh tập trung học tập nhiều hơn, có thể đây là nguyên nhân dẫn đến tỉ lệ TKX cao hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi cho tỉ lệ TKX ở nữ (38,0%) cao hơn nam (31,6%), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu của Nguyễn Kim Bắc và cs (2013) với kết quả: trong tổng số 533 học sinh mắc TKX, nam có 202 em chiếm 38%, nữ có 331 em chiếm 62%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [1]. Thực tế, sự khác biệt về tỉ lệ TKX giữa 2 giới có thể giải thích do đặc điểm giới tính: các học sinh nam thường mang tính chất nam tính: hay nghịch ngợm, hiếu động và tham gia nhiều hoạt động ngoài trời hơn so với học sinh nữ, do vậy thời gian học, đọc sách có thể ít hơn và dẫn đến tỉ lệ TKX sẽ thấp hơn học sinh nữ. Còn học sinh nữ có đặc điểm là chăm chỉ, chịu khó học, đọc sách nhiều hơn, do vậy tỉ lệ mắc TKX ở học sinh nữ có thể cao hơn học sinh nam.

Tỉ lệ TKX đã đeo kính từ trước của trường THCS Chu Văn An cao nhất (36,1%); thấp nhất là trường THCS Hoàng Văn Thụ, chiếm 19,1%. Tại các trường nghiên cứu, tỉ lệ mới phát hiện TKX cao hơn tỉ lệ đã đeo kính từ trước. Cụ thể, khi so sánh tỉ lệ TKX từ trước và TKX mới phát hiện thì sự chênh lệch của các trường đều dao động trong khoảng 10%. Điều cần lưu ý ở đây chính là việc nhiều trẻ ở tất cả các trường tham gia nghiên cứu không được sử dụng kính kịp thời, mặc dù mắt có vấn đề về thị lực. Nguyên nhân của việc không sử dụng kính kịp thời khi bị TKX có thể do học sinh chưa được khám, hoặc có được khám thị lực nhưng chưa được phụ huynh quan tâm mua kính. Thực tế này cũng một lần nữa cho thấy hoạt động TT-GDSK về khám, phát hiện và sử dụng kính sớm khi bị TKX, phòng tránh tác động xấu do TKX cho học sinh là rất cần thiết.

Kết quả nghiên cứu về TKX theo mắt ở bảng 5 thấy: tỉ lệ TKX 2 mắt ở trường THCS Chu Văn An chiếm 39,3%; tiếp theo là trường Quang Trung với 31,3% và thấp nhất là trường THCS Hoàng Văn Thụ (20,9%). Tỉ lệ TKX mắt phải và mắt trái đều cao nhất ở trường THCS Chu Văn An và thấp nhất ở trường THCS Hoàng Văn Thụ với sự chênh lệch về tỉ lệ TKX giữa 2 mắt không cao. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Văn Linh ở Bắc Kạn [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ TKX ở mắt phải cao hơn so với mắt trái. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy thực trạng chung về mắc TKX ở học sinh trường THCS của Thành Phố Thái Nguyên. Những kết quả cụ thể về TKX của học sinh các trường nghiên cứu của chúng tôi có những điểm giống và khác với một số nghiên cứu của các tác giả khác. Những kết quả khác biệt có thể do đối tượng nghiên cứu không hoàn toàn giống nhau, cũng như thời gian và địa điểm, môi trường khác nhau, nên dẫn đến kết quả khác nhau. Các kết quả nghiên cứu ban đầu này là bằng chứng để có thể làm cơ sở cho đề xuất và thực hiện các can thiệp phòng chống nhằm hạn chế TKX cho học sinh các trường nghiên cứu và một vài gợi ý để tiếp tục các nghiên cứu khác, góp phần chăm sóc sức khỏe cho học sinh nói chung và chăm sóc mắt

cho học sinh THCS nói riêng ngày càng tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ TKX chung ở học sinh 4 trường THCS nghiên cứu là 34,9%. TKX học đường ở trường THCS Chu Văn An chiếm tỉ lệ cao nhất: 42,4%, tiếp đến là THCS Quang Trung chiếm 34,6% và thấp nhất là tỉ lệ TKX trường THCS Hoàng Văn Thụ chiếm 26,7%. Tỉ lệ TKX ở khối lớp 9 chiếm 42,1%; khối lớp 8 chiếm 38,6% và thấp nhất là khối 6 chiếm 27,0%, sự khác biệt về TKX ở các khối lớp có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỉ lệ TKX ở nữ (38,0%) cao hơn nam (31,6%), có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỉ lệ TKX đã đeo kính từ trước là 28,8%. Tỉ lệ TKX ở mắt phải chiếm 33,2%, cao hơn mắt trái (32,0%). Việc đẩy mạnh truyền thông giáo dục sức khỏe sớm cho học sinh trung học cơ sở ở thành phố Thái Nguyên về phòng chống TKX là cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Kim Bắc (2013)**, *Đánh giá tình hình mắc tật khúc xạ ở một số trường tiểu học, trung học cơ sở, trung học phổ thông ở một số huyện và thành phố Hải Dương*, Đề tài Khoa học công nghệ cấp tỉnh, Sở Khoa học và công nghệ tỉnh Hải Dương.
2. **Đinh Mạnh Cường, Nguyễn Đức Anh (2017),** "Thực trạng tật khúc xạ của học sinh Trung học cơ sở và dịch vụ chăm sóc tật khúc xạ ở tỉnh Bắc Kạn năm 2014-2015", *Tạp chí Y học dự phòng*, 27 (1), tr. 161-164.
3. **Nguyễn Viết Giáp, Đỗ Như Hơn (2014),** "Điều tra dịch tễ học tật khúc xạ ở học sinh tại tỉnh Bà Rịa Vũng Tàu năm 2013", *Kỷ yếu Hội nghị Nhãn khoa toàn quốc 2014*, tr. 2-6.
4. **Hoàng Hữu Khôi, Võ Văn Thắng, Hoàng Ngọc Chương (2016),** "Nghiên cứu tình hình tật khúc xạ và các yếu tố liên quan ở học sinh trung học cơ sở trên địa bàn thành phố Đà Nẵng", *Tạp chí Y học thực hành*.
5. **Hoàng Văn Linh (2009)**, *Báo cáo tổng kết đề tài: Nghiên cứu thực trạng tật khúc xạ và một số yếu tố nguy cơ ở học sinh phổ thông tỉnh Bắc Kạn*, Đề tài khoa học cấp tỉnh, Sở Y tế Bắc Kạn.
6. **Davies L.N. and Mallen E.A. (2009)**, "Influence of accommodation and refractive status on the peripheral refractive profile", *Br J Ophthalmol*, 93 (9), pp. 1186-1190.
7. **Goldschmidt E. and Jacobsen N. (2014),** "Genetic and environmental effects on myopia development and progression", *Eye*, 28 (2), pp. 126-133.

PHÂN BỐ BỆNH HÔ HẤP Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI HẢI DƯƠNG NĂM 2015

Đặng Văn Chức*, Phạm Văn Trung**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả phân bố bệnh hô hấp ở trẻ em dưới 5 tuổi tại khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2015. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Đối tượng gồm 418 trẻ <5 tuổi mắc NKHHC. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận**: Nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới chiếm đa số 69,6%, nhiễm khuẩn hô hấp trên hay gặp ở trẻ 5 tuổi (52,2%) trong khi đó nhiễm khuẩn hô hấp dưới hay gặp ở trẻ dưới 1 tuổi 78,7%. Trẻ trai mắc nhiễm khuẩn hô hấp dưới 72,9% nhiều hơn trẻ gái, trong khi đó trẻ gái mắc nhiễm khuẩn hô hấp trên là 35,9% nhiều hơn trẻ trai. Trẻ ở nông thôn mắc nhiễm khuẩn hô hấp dưới 71,6% là chủ yếu trong khi đó trẻ gái ở thành phố mắc nhiễm khuẩn hô hấp trên nhiều hơn trẻ trai.Viêm phổi (36,1%), viêm phế quản (23,9%), viêm họng (17,9%), và viêm amidal (6,9%) là các bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp gặp với tỷ lệ cao nhất. Đối với nhiễm khuẩn hô hấp trên, viêm amidal và viêm họng là bệnh phổ biến ở các lứa tuổi, phổ biến ở cả 2 giới và cũng phổ biến ở vùng nông thôn. Đối với nhiễm khuẩn hô hấp dưới, viêm phế quản phổ biến ở các độ tuổi nhưng viêm phổi lại phổ biến ở 1 tuổi (72,2%) và 2 tuổi (13,2%). Trẻ trai mắc nhiều hơn trẻ gái tất cả các bệnh nhiễm khuẩn hô hấp dưới, trẻ ở nông thôn mắc các bệnh nhiễm khuẩn hô hấp dưới đều cao hơn có ý nghĩa so với trẻ em vùng thành phố.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn hô hấp cấp, viêm phổi, viêm đường hô hấp trên, viêm đường hô hấp dưới.

SUMMARY

THE DISTRIBUTION OF RESPIRATORY INFECTION IN CHILDREN UNDER 5 YEARS AT HAIDUONG PEDIATRIC HOSPITAL IN 2015

Objectives: The study was conducted to describe the distribution of respiratory diseases in children under 5 years at Haiduong Pediatric Hospital in 2015. **Population and method**: The population included 418 children <5 years old with acute respiratory infection (ARI). The method was descriptive and cross – sectional study. **Results and conclusions**: The majority of children affected lower respiratory infection 69.6%, upper respiratory infection encountered in less than 5 (52.2%) while lower respiratory infection common in less than 1 (78.7%). More males affected ARI than females (72.9% versus

**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: 15/6/2017
Ngày phản biện khoa học: 7/8/2017
Ngày duyệt bài: 12/9/2017

35,9%. Children in rural area affected more lower respiratory infection (71.6%). Pneumonia (36.1%), bronchitis (23.9%), sore throat(17.9%), and tonsillitis (6.9%) were the diseases with highest rate. For upper respiratory infection, tonsillitis, and sore throat were common in all age group, in both sex, and in both rural and urban area. For lower respiratory infection, bronchitis was common in all age group but pneumonia in children less than 1 (72.2%) and (13.2%). More males affected all lower respiratory infections, in children in both rural and urban area.

Keywords. Acute Respiratory Infection, Pneumonia, Upper Respiratory Tract Infection, Lower Respiratory Tract Infection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới (TCYTTG) [1956], qua báo cáo của nhiều quốc gia thì nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (NKHHCT) là bệnh có tỉ lệ mắc và tỷ lệ tử vong cao nhất ở trẻ dưới 5 tuổi, trong đó khoảng 90% trường hợp tử vong là ở các nước đang phát triển. Năm 1982 TCYTTG đã xây dựng chương trình phòng chống NKHHCT ở trẻ em nhằm mục tiêu làm giảm tử vong do bệnh này gây ra, trong đó chủ yếu là do viêm phổi (VP). Nội dung của chương trình là làm sao phát hiện trẻ bị NKHHCT sớm, ngay tại nhà và để trẻ được đưa đến cơ sở y tế (CSYT) sớm, được chữa trị sớm. Cũng theo chương trình này cán bộ y tế cũng được huấn luyện các kỹ năng phát hiện và xử trí bệnh theo phác đồ. Việc truyền thông cho người chăm sóc trẻ là vô cùng quan trọng.

Bệnh viện Nhi Hải Dương là bệnh viện mới thành lập mô hình bệnh tật chung và tại khoa Hô hấp còn chưa được quan tâm nghiên cứu. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả phân bố bệnh nhiễm khuẩn hô hấp ở trẻ dưới 5 tuổi tại khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2015.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu: Tất cả trẻ từ khi mới sinh đến dưới < 5 tuổi vào điều trị tại khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi Hải Dương từ tháng 3 đến tháng 8/2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế và cỡ mẫu nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu bao gồm 384 trẻ dưới 5 tuổi điều trị tại khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi Hải Dương.

2.2.2. Quá trình chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Tất cả bệnh nhân vào điều trị tại khoa Hô hấp của Bệnh viện Hải Dương có độ tuổi từ 0-< 5 được đưa vào nghiên cứu.Thời gian chọn mẫu nghiên cứu từ tháng 3 đến tháng 8 năm 2015.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu

2.2.3.1. Phân loại nhiễm khuẩn hô hấp cấp ở trẻ dưới 5 tuổi: Viêm đường hô hấp trên gồm: viêm mũi, họng, viêm VA, amidal, viêm xoang, viêm tai giữa, viêm xương chũm... Viêm đường hô hấp dưới gồm viêm thanh quản, khí phế quản, viêm phổi, viêm màng phổi viêm tiểu phế quản.

2.2.3.2. Phân loại nhiễm khuẩn theo IMCI gồm: Trẻ dưới 2 tháng có 3 phân loại: Không viêm phổi/ho hoặc cảm lạnh, viêm phổi nặng, viêm phổi rất nặng/bệnh rất nặng

- Trẻ từ 2 tháng tuổi đến dưới 5 tuổi có 3 phân loại: Không viêm phổi/ho hoặc cảm lạnh, viêm phổi, viêm phổi nặng/viêm phổi rất nặng.

2.2.4. Chỉ số và biến số nghiên cứu

- Tuổi, giới, địa dư trẻ
- Tỷ lệ các bệnh nhiễm khuẩn hô hấp theo vị trí giải phẫu, theo tuổi, giới, địa dư
- Mô hình bệnh nhiễm khuẩn hô hấp: trên và dưới
- Phân bố nhiễm khuẩn hô hấp trên theo tuổi, giới, địa dư
- Phân loại nhiễm khuẩn hô hấp dưới theo tuổi, giới, địa dư

2.2.5. Xử lý số liệu: Dùng phần mềm SPSS để xử lý số liệu. Tính tỷ lệ phần trăm, so sánh 2 số phần trăm, có sự khác nhau khi p<0,05 bằng test χ^2.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu được 418 trẻ dưới 5 tuổi vào nghiên cứu trong đó trẻ <12 chiếm 47,1%, 12-<12 tháng 22,7%, 24-<36 tháng 10,8%, 36-<48 tháng chiếm 8,4% và 48-<60 chiếm 11,0%. Trẻ trai chiếm 62,7% và gái 37,3%. Trẻ từ nông thôn chiếm 69,7%, từ thành phố 29,7% và nơi khác chiếm 1,2%. Nhiễm khuẩn hô hấp dưới chiếm tỷ lệ 69,6% cao hơn hô hấp trên 30,4%.

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhiễm khuẩn hô hấp theo tuổi

Bệnh / Tuổi	NKHHT		NKHHD		Tổng	p
	n	%	n	%		
<12 tháng	42	21,3	155	78,7	197	<0,05
12-<24 tháng	32	33,7	63	66,3	95	
24-<36 tháng	17	37,8	28	64,2	45	
36-<48 tháng	12	34,3	23	65,7	35	

48-<60 tháng	24	52,2	22	47,8	46	
Tổng	**127**	**30,4**	**283**	**67,7**	**418**	

Nhận xét: Nhìn chung bệnh NKHHT chiếm 30,4%, NKHHD 69,6%. Đối với NKHHT nhóm 5 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 52,2%, nhóm thấp nhất dưới 12 tháng chiếm 21,3%. Đối với NKHHD, nhóm dưới 1 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 78,7% và nhóm có tỷ lệ thấp nhất là nhóm 5 tuổi 47,8%.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhiễm khuẩn hô hấp theo giới

Bệnh / Giới	NKHHT		NKHHD		Tổng	p
	n	%	n	%		
Trai	71	27,1	191	72,9	262	
Gái	56	35,9	100	64,1	156	>0,05
Tổng	**127**	**30,4**	**291**	**69,6**	**418**	

Nhận xét: Đối với NKHHT, trẻ gái mắc nhiều hơn trẻ trai (35,9% so với 27,1%). Đối với NKHHD, trẻ trai mắc nhiều hơn trẻ gái (72,9% so với 64,1%). Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê p>0,05.

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhiễm khuẩn hô hấp theo địa dư

Bệnh / Địa dư	NKHHT		NKHHD		Tổng	p
	n	%	n	%		
Nông thôn	82	28,4	207	71,6	289	
Thành phố	45	36,3	79	63,7	124	>0,05
Khác	0	0,0	5	100,0	5	
Tổng	**127**	**30,4**	**291**	**69,6**	**418**	

Nhận xét: Đối với NKHHT, tỷ lệ trẻ mắc bệnh ở thành phố cao hơn ở nông thôn và nơi khác (36,3% so với 28,4% và 0,0%). Đối với NKHHD, trẻ ở nơi khác có tỷ lệ cao nhất sau đó là nông thôn và thành phố tỷ lệ lần lượt là 100%, 71,6% và 63,7% với p>0,05.

Bảng 3.4. Cơ cấu chung bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp ở Bệnh viện Nhi Hải Dương

Bệnh	n	Tỷ lệ %
Viêm phổi	151	36,1
Viêm phế quản	100	23,9
Viêm họng	75	17,9
Viêm Amidal	29	6,9
Viêm phổi nặng	20	4,8
Viêm mũi họng	16	3,8
Viêm tiểu phế quản	12	2,9
Viêm thanh quản	8	1,9
VA	5	1,2
Viêm tai giữa	2	0,5
Tổng	**418**	**100,0**

Nhận xét: Trong mô hình bệnh nhiễm khuẩn hô hấp ở bệnh viện Nhi Hải Dương, bệnh viêm phổi chiếm tỷ lệ cao nhất 36,1%, bệnh có tỷ lệ thấp nhất là viêm tai giữa 0,5%.

Bảng 3.5. Phân loại bệnh NKHHT theo tuổi trẻ

Tuổi / Bệnh	<12 th	12-<24 th	24-<36 th	36-<48 th	48-<60 th	Tổng
VA	0	3	1	0	1	5
Amidal	7(24,1)	3(10,3)	6(20,7)	5(17,2)	8(27,6)	29(100)
VH	29(38,7)	21(28,0)	7(9,3)	6(8,0)	12(16,0)	75(100)
VMH	6	4	2	1	3	16
VTG	0	1	1	0	0	2
Tổng	**42(33,1)**	**32(25,2)**	**17(13,4)**	**12(9,4)**	**24(18,9)**	**127**

Nhận xét: Trong số bệnh NKHHT, viêm amidal (29 ca) và viêm họng (75 ca).Viêm họng hay gặp ở trẻ dưới 1 tuổi trong khi đó viêm amidal hay gặp ở trẻ dưới 5 tuổi. Các bệnh khác gặp rải rác ở các độ tuổi.

Bảng 3.6. Phân loại NKHHT theo giới

Giới / Bệnh	Trai		Gái		Tổng	p
	n	%	n	%		
VA	3	60,0	2	40,0	5	

Amidal	18	62,1	11	37,9	29	
VH	41	54,7	34	45,3	75	
VMH	8	50,0	8	50,0	16	>0,05
VTG	1	50,0	1	50,0	2	
Tổng	**71**	**55,9**	**56**	**44,1**	**127**	

Nhận xét: Trẻ trai mắc viêm Amidal (62,1%) và viêm họng (54,7%) với tỷ lệ cao hơn trẻ gái.

Bảng 3.7. Phân loại NKHHT theo địa dư

Địa dư / Bệnh	Nông thôn		Thành phố		Tổng	p
	n	%	n	%		
VA	4	80,0	1	20,0	5	
Amidal	15	51,7	14	48,3	29	
VH	50	66,7	25	33,3	75	
VMH	11	68,8	5	31,3	16	>0,05
VTG	2	100,0	0	0,0	2	
Tổng	**82**	**64,6**	**45**	**35,4**	**127**	

Nhận xét: Nhìn chung, trẻ nông thôn mắc bệnh NKHHT cao hơn so với trẻ ở thành phố. Đối với 2 bệnh phổ biến là viêm Amidal và viêm họng tỷ lệ trẻ nông thôn mắc lần lượt là 51,7% và 66,7%. Sự khác biệt về phân bố NKHHT theo địa dư không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 3.8. Phân loại NKHHD theo tuổi

Tuổi / Bệnh	<12 th n(%)	12-<24 th n(%)	24-<36 th n(%)	36-<48 th n(%)	48-<60 th n(%)	Tổng
VPQ	18(18,0)	37(37,0)	17(17,0)	13(13,0)	15(15,0)	100
VP	109(72,2)	20(13,2)	9(6,0)	8(5,3)	5(3,3)	151
VPN	17	1	1	1	0	20
VTPQ	8	3	1	0	0	21
VTQ	3(37,5%)	2(25,0%)	0(0,0)	1(12,5)	8	
Tổng	**155(53,3)**	**63(21,6)**	**28(9,6)**	**23(7,9)**	**22(7,6)**	**291**

Nhận xét: Viêm phổi và viêm phế quản là 2 bệnh phổ biến trong số bệnh nhiễm khuẩn hô hấp dưới với số ca lần lượt là 100 và 151. Viêm phổi hay gặp ở trẻ dưới 1 tuổi (72,2%), viêm phế quản gặp nhiều ở trẻ 2 tuổi (37%). Viêm phổi rất nặng, viêm tiểu phế quản phổ biến ở trẻ dưới 1 tuổi. Nhìn chung ở nhóm 1-2 tuổi trẻ hay mắc các bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp dưới.

Bảng 3.9. Phân loại NKHHD theo giới

Giới / Bệnh	Trai		Gái		Tổng	p
	n	%	n	%		
VPQ	67	67,0	33	40,0	100	
VP	98	64,9	53	35,1	151	
VPN	15	75,0	5	25,0	20	>0,05
VTPQ	8	66,7	4	33,3	21	
VTQ	3	37,5	5	62,5	8	
Tổng	**191**	**65,6**	**100**	**34,4**	**291**	

Nhận xét: Nhìn chung trẻ trai mắc nhiễm khuẩn hô hấp dưới nhiều hơn trẻ gái. Tỷ lệ mắc VPQ, VP, VPN và VTPQ, VTQ lần lượt là 67,0%, 64,9%, 75,0%, 66,7% và 37,5%.

Bảng 3.10. Phân loại NKHHD theo địa dư

Tuổi / Bệnh	Nông thôn	Thành phố	Khác	Tổng	p
VPQ	61(61,0)	37 (37,0)	2(2,0)	100	
VP	117(77,5)	32(21,2)	2(1,3)	151	
VPN	12(60,0)	7(35,0)	1(5,0)	20	<0,05
VTPQ	12(100,0)	0	0	21	
VTQ	5(62,5)	3(37,5)	0 (0,0)	8	
Tổng	**207(71,1)**	**79(27,1)**	**5(1,7)**	**291**	

Nhận xét: Trẻ em từ nông thông mắc nhiễm khuẩn hô hấp dưới nhiều hơn trẻ em ở thành phố và nơi khác. Tỷ lệ viêm phế quản, viêm phổi, viêm phổi nặng và viêm tiểu phế quản, viêm thanh quản lần lượt là 61%, 77,5%, 60%, 100% và 62,5%.

IV. BÀN LUẬN

Theo chuyên gia tổ chức Y tế Thế giới, để phân biệt nhiễm khuẩn hô hấp trên và nhiễm

khuẩn hô hấp dưới người ta lấy mốc nắp thanh quản. Nhiễm khuẩn hô hấp trên gồm cảm lạnh, viêm mũi họng, viêm amidal, viêm tai giữa. Nhiễm khuẩn hô hấp dưới gồm viêm thanh quản, viêm khí quản, viêm tiểu phế quản, viêm phổi.

Bảng 3.1 là phân bố nhiễm khuẩn hô hấp theo tuổi. Chúng tôi nhận thấy với nhiễm khuẩn hô hấp trên trẻ 5 tuổi mắc với tỷ lệ cao nhất 52,2% và với nhiễm khuẩn hô hấp dưới thì trẻ dưới 1 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 78,7%.

Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với Nguyễn Thị Thái [5], các trẻ dưới 12 tháng mắc viêm phổi, viêm phổi nặng và viêm phổi rất nặng lần lượt là 8,3%, 81,6% và 10,1%. Trần Thị Thúy Hằng [3] (2005) nghiên cứu 300 trẻ dưới 5 tuổi mắc viêm phổi vào điều trị tại khoa Hô hấp bệnh viện Nhi Trung ương cũng thấy tỷ lệ trẻ dưới 1 tuổi mắc bệnh chiếm 70%.

Bảng 3.2 là phân bố nhiễm khuẩn hô hấp theo giới. Nhìn chung trẻ trai mắc bệnh nhiều hơn trẻ gái (262 ca so với 156 ca và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê). Đối với nhiễm khuẩn hô hấp trên có 71 ca là trẻ trai so với 56 ca là trẻ gái, và đối với nhiễm khuẩn hô hấp dưới số trẻ trai mắc là 191 ca so với 100 ca trẻ gái. Hasan R và CS. [7] ở Thái Lan thấy trẻ trai mắc viêm phổi nhiều hơn trẻ gái. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thái [5], tỷ lệ trẻ trai là 60% và tỷ lệ trẻ gái là 40%. Nghiên cứu của Trần Thị Thúy Hằng [3] thấy trẻ trai mắc bệnh viêm phổi là 66,3% và trẻ gái là 33,7%.

Bảng 3.4 là cơ cấu bệnh nhiễm khuẩn hô hấp.Viêm phổi, viêm phế quản, viêm họng, viêm amidal và viêm phổi nặng, viêm mũi họng là bệnh hay gặp nhất của trẻ em tại đây. Tỷ lệ mắc bệnh lần lượt là 36,1%, 23,9%, 17,9%, 6,9%, 4,8% và 3,8%. Ngoài ra còn một số bệnh khác nhưa viêm tiểu phế quản, viêm thanh quản, viêm VA, viêm tai giữa.

Bảng 3.5-7 là phân loại NKHHT theo tuổi, giới, và địa dư. Theo tuổi, chúng tôi nhận thấy: viêm amidal và viêm họng là 2 bệnh phổ biến. Tuổi trẻ hay mắc viêm amidal là 3 tuổi, tuổi mắc viêm họng phổ biến dưới 1 tuổi. Các bệnh khác chiếm tỷ lệ không cao và phổ biến ở các độ tuổi. Theo giới, ở tất cả các bệnh trẻ trai đều mắc với tỷ lệ cao hơn trẻ gái. Viêm VA (60%), viêm amidal (62,1%), viêm họng (54,7%), viêm mũi họng (50%), viêm tai giữa (50%). Đối với nhiễm khuẩn hô hấp dưới theo địa dư, chúng tôi nhận thấy: Trẻ ở khu vực nông thôn mắc các bệnh VA, amidal, viêm họng, viêm mũi họng, viêm tai giữa đều cao hơn trẻ ở khu vực thành phố. Tỷ lệ lần lượt là 80%. 51,7%, 66,7%, 68,8% và 100%.

Bảng 3.8-10 là phân loại NKHHD theo tuổi, giới và địa dư. Theo kết quả chúng tôi nhận thấy, viêm phổi và viêm phổi nặng phổ biến ở trẻ dưới 12 tháng, viêm phế quản gặp nhiều ở trẻ 2 tuổi. Các độ tuổi khác đều trẻ đều có mắc bệnh khác như viêm tiểu phế quản, viêm thanh quản nhưng ở tỷ lệ thấp. Theo giới chúng tôi nhận thấy trẻ trai đều mắc các bệnh nhiễm khuẩn hô hấp dưới với tỷ lệ cao hơn so với trẻ trai.Theo địa dư (bảng 3.10), trẻ ở khu vực nông thôn mắc các bệnh nhiễm khuẩn hô hấp dưới với tỷ lệ cao hơn trẻ ở khu vực thành phố. Các bệnh viêm phế quản, viêm phổi, viêm phổi nặng, viêm thanh quản và viêm tiểu phế quản có tỷ lệ lần lượt là 61%, 77,5%, 60%, 62,5% và 100%.

V. KẾT LUẬN

- Nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới chiếm đa số 69,6%, nhiễm khuẩn hô hấp trên hay gặp ở trẻ 5 tuổi (52,2%) trong khi đó nhiễm khuẩn hô hấp dưới hay gặp ở trẻ dưới 1 tuổi 78,7%. Trẻ trai mắc nhiễm khuẩn hô hấp dưới 72,9% nhiều hơn trẻ gái, trong khi đó trẻ gái mắc nhiễm khuẩn hô hấp trên là 35,9% nhiều hơn trẻ trai. Trẻ ở nông thôn mắc nhiễm khuẩn hô hấp dưới 71,6% là chủ yếu trong khi đó trẻ gái ở thành phố mắc nhiễm khuẩn hô hấp trên nhiều hơn trẻ trai.

- Viêm phổi (36,1%), viêm phế quản (23,9%), viêm họng (17,9%), và viêm amidal (6,9%) là các bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp gặp với tỷ lệ cao nhất.

- Đối với nhiễm khuẩn hô hấp trên, viêm amidal và viêm họng là bệnh phổ biến ở các lứa tuổi, phổ biến ở cả 2 giới và cũng phổ biến ở vùng nông thôn. Đối với nhiễm khuẩn hô hấp dưới, viêm phế quản phổ biến ở các độ tuổi nhưng viêm phổi lại phổ biến ở 1 tuổi (72,2%) và 2 tuổi (13,2%). Trẻ trai mắc nhiều hơn trẻ gái tất cả các bệnh nhiễm khuẩn hô hấp dưới, trẻ ở nông thôn mắc các bệnh nhiễm khuẩn hô hấp dưới đều cao hơn có ý nghĩa so với trẻ em vùng thành phố.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Kim Anh và Phạm Thị Minh Hồng (2009),** "Đặc điểm viêm phổi ở trẻ sơ sinh tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 03/2007 đến 10/2007", Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 13, số 1/2009.
2. **Đặng Văn Chức và CS (2006),** "Tình hình nhiễm khuẩn hô hấp cấp tại khoa A bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2006", Y học Việt Nam, tập 35 số 2 tr 321-326.
3. **Trần Thị Thúy Hằng (2005),** "Nhận xét một số yếu tố nguy cơ của bệnh nhân viêm phế quản phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại bệnh viện Nhi Trung

ương", Luận văn tốt nghiệp bác sỹ đa khoa-Đại học Y Hà Nội.
4. **Đặng Thị Ngoan (2013),** "Nghiên cứu tử vong do viêm phổi ở trẻ sơ sinh tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng (1/2010-6/2013)", Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú bệnh viện, Đại học Y Dược Hải Phòng.
5. **Nguyễn Thị Thái (2015),** "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô hình bệnh viêm phổi của trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại khoa Hô hấp Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng", Luận văn tốt nghiệp bác sỹ đa khoa hệ chính qui khóa 2009-2015.
6. **Nguyễn Thanh Xuân (2013),** "Thực trạng nhiễm khuẩn hô hấp cấp ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi và kiến thức, thực hành của bà mẹ tại khoa hô hấp bệnh viện trẻ em Hải Phòng năm 2013", Luận văn thạc sỹ y tế công cộng-Đại học Y Dược Hải Phòng.
7. **Hasan R et al (2014),** "Incidence and etiology of acute lower respiratory tract infections in hospitalized children younger than 5 years in rural Thailand", Pediatr Infect Dis J, 33(2):e45-52.

DIỄN BIẾN TRONG 3 NĂM CỦA BỆNH NHÂN ĐẦU TIÊN ĐƯỢC GHÉP ĐỒNG THỜI TỤY THẬN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Ngọc Châu*, Hoàng Mạnh An*

TÓM TẮT

Một trường hợp đái tháo đường týp 1 có biến chứng suy thận được tiến hành ghép đồng thời tụy, thận tại Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y ngày 1/3/2014. Sau mổ, tụy và thận ghép hoạt động và ổn định. Theo dõi sau 3 năm ghép, chức năng tuỵ ghép hoạt đông tốt, ổn định, bệnh nhân không dùng Insulin. Chức năng thận ghép ổn định.

SUMMARY

3 YEARS FLOW-UP THE FIRST PATIENT WITH SIMULTANEOUS PANCREAS AND KIDNEY TRANSPLANT IN MILITARY HOSPITAL 103

One patient with type 1 diabetes mellitus with kidney failure was performed simultaneous pancreas and kidney transplant at 103 Military Hospital on March 1st, 2014. Post-surgery, the pancreas and kidney graft worked well and stably. Following 3 years after the transplant, the pancreas graft has been working well and stably without using Insulin. The kidney graft has been stable.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép tuỵ là phương pháp duy nhất được chứng minh có thể phục hồi đường huyết về hoàn toàn bình thường ở bệnh nhân đái tháo đường với ba loại hình chính là: ghép tụy đơn độc (pancreas transplant alone - PTA); ghép tụy sau khi đã ghép thận (pancreas after kidney transplant-PAK) và ghép đồng thời tụy, thận (simultaneous pancreas and kidney transplant - SPK). Ghép đồng thời tụy, thận thường được chỉ định cho các bệnh nhân đái tháo đường týp 1 có biến chứng suy thận. Duy trì chức năng của tạng ghép liên quan chặt chẽ đến lợi ích sống còn của bệnh nhân sau ghép. Vì vậy vấn đề theo dõi diễn biến sau ghép là vấn đề cực kỳ quan trọng [1].

Tại Việt Nam, đã thực hiện ca ghép đồng thời tụy, thận đầu tiên vào ngày 1 tháng 3 năm 2014 tại Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y. Nghiên cứu nhằm mục tiêu: đánh giá diễn biến lâm sàng sau 3 năm của bệnh nhân đầu tiên được ghép đồng thời tuy thận tại Bệnh viện Quân y 103.

**Bệnh viện Quân y 103*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Châu
Email: nguyenngocchau@vmmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 2/8/2017
Ngày phản biện khoa học: 28/8/2017
Ngày duyệt bài: 18/9/2017

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1.Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân: Phạm Thái H. 43 tuổi, nam giới, nghề nghiệp: bộ đội

Chẩn đoán: Đái tháo đường týp 1, biến chứng suy thận độ 2, tăng huyết áp giai đoạn 2.

- Được chẩn đoán xác định đái tháo đường týp 1 từ 16 năm, điều trị thường xuyên bằng Insulin, trước ghép dùng 28UI insulin/ngày. 2 năm trước ghép tạng, tình trạng đường huyết không ổn định, khó kiểm soát - lượng đường huyết cao nhất được đo là 29 mmol/l; Hàng tuần, bệnh nhân có 1 đến 2 cơn hạ đường huyết.
- 4 năm trước ghép xuất hiện biến chứng suy thận. Ngay trước ghép, suy thận độ 2. Bệnh nhân phải dùng lợi tiểu hàng ngày, chưa chạy thận nhân tạo.
- 5 tháng trước ghép xuất hiện biến chứng tăng huyết áp 5, dùng thuốc hạ áp hàng ngày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả và đánh giá kết quả thu được so với giá trị xét nghiệm bình thường.

2.2.1. Các xét nghiệm: Bệnh nhân được làm các xét nghiệm huyết học, sinh hóa, vi sinh vật, miễn dịch để đánh giá tình trạng trước ghép, sau ghép 1 – 7 ngày, 1 – 4 tuần, sau 1 – 3 năm.

Một số chỉ số xét nghiệm ngay trước ghép (28/2/2014):

- Xét nghiệm sinh hóa: Glucose: 11,3mmol/l; Ure: 15,9mmol/l; Creatinin: 162 µmol/l; Amylase: 61U/l; C peptid: 0,01ng/ml.
- Xét nghiệm huyết học: Hồng cầu: 3,37T/l; Huyết sắc tố: 100g/l; Bạch cầu: 8,2 G/l; N: 51,0%; L: 44,2%
- Nhóm máu [O]
- Xét nghiệm vi sinh vật, truyền nhiễm: Anti-HIV (-); HBsAg (-); Anti-HCV(-); Anti-CMV (+).
- Xét nghiệm miễn dịch (so với người hiến tạng): Phù hợp nhóm máu; Crossmatch (-); Tiền mẫn cảm (-); HLA: phù hợp 0/6.

2.2.2. Ghép thận: Vị trí ghép ở khoang sau phúc mạc vùng hố chậu trái.

2.2.3. Ghép tụy: Vị trí ghép ở khoang sau phúc mạc vùng hố chậu phải, mô hình ghép: trung tâm-bàng quang.

2.2.4. Thuốc điều trị sau ghép: phác đồ ức chế miễn dịch, chống thải ghép: Corticoid + Cyclosporin + Mycophenolate mofetil.

III. KẾT QUẢ

3.1. Chức năng tụy, thận trong 30 ngày đầu sau mổ:

Bảng 1. Xét nghiệm chức năng tụy ghép

Chỉ số theo dõi	Glucose máu (mmol/l)	C peptid (ng/ml)	Amylase máu (U/l)	Lipase máu (U/l)	Insulin máu (uU/l)	Amylase niệu (U/l)	Lipase niệu (U/l)
Trước ghép	11,3	0,01	61			200	
Ngày 1	13,9	0,02	99			1104	
Ngày 2	3,7	3,5	920			2606	
Ngày 3	7,7	4,2	788			2615	
Ngày 4	8,0	2,5	141	32		1825	3410
Ngày 5	6,8	3,7	77	45		5625	3416
Tuần 2	ổn định trong khoảng 6,0 - 7,2	ổn định trong khoảng 0,5 - 3,6	ổn định trong khoảng 56-200	ổn định trong khoảng 20-72	ổn định trong khoảng 2,5-18,1	ổn định trong khoảng 2500-6,800	ổn định trong khoảng 5320-28,000
Tuần 3							
Tuần 4							

Nhận xét: Chức năng tụy nội tiết hoạt động từ ngày 2 sau mổ và ổn định. Chức năng tụy ngoại tiết: hoạt động ngay sau ghép, có biểu hiện viêm tụy phản ứng ở các ngày 2, 3 sau mổ. Sau đó, hoạt động ngoại tiết của tụy ghép ổn định.

Bảng 2. Các chỉ số theo dõi chức năng thận

Chỉ số theo dõi	Ure máu (mmol/l)	Creatinin máu (µmol/l)	Lượng nước tiểu (ml/24 giờ)
Trước ghép	15,9	162	
Ngày 1	15,7	173	1900
Ngày 2	16,4	237	2478
Ngày 3	23,4	203	4780
Ngày 4	21,1	171	4300
Ngày 5	21,5	179	4570
Tuần 2	16,5-18,7	165-180	2500-3500
Tuần 3	10,2-16,0	130-156	
Tuần 4	7,8-8,5	110-120	

Nhận xét: Thận ghép hoạt động ngay sau mổ. Tuy nhiên, phục hồi chức năng thận tương đối chậm (bước sang tuần thứ 4 sau mổ các chỉ số Ure, Creatinin mới về mức bình thường).

- Tình trạng chung: Bệnh nhân phục hồi dần. Tuần 2 sau mổ có phản ứng tràn dịch đa màng (2 màng phổi, ổ bụng) phải dẫn lưu khoang màng phổi tối thiểu trong 3 ngày. Hai vết mổ nhiễm khuẩn nhẹ, chậm liền, điều trị bằng kháng sinh và hút áp lực âm, liền ở tuần thứ 4 sau mổ. Trong thời gian tháng đầu không có biểu hiện thải ghép.

3.2. Diễn biến chức năng tụy, thận 3 năm sau ghép

Bảng 3. Xét nghiệm chức năng tụy ghép

Chỉ số theo dõi	Glucose máu (mmol/l)	C peptid (ng/ml)	Amylase máu (U/l)	Insulin máu (uU/l)	HbA1c
Trước ghép	11,3	0,01	61	2,4	8,1
Năm 1	4,5	1,81	89	16	6,0
Năm 2	5	1,74		7,4	5,7
Năm 3	5,3	1,93	103	6,09	5,4

Nhận xét: Chức năng tụy nội tiết hoạt động tốt trong 3 năm sau ghép, đường máu luôn duy trì trong giới hạn bình thường, nồng độ Insulin, C peptid bình thường, HbA1c ổn định trong khoảng 5,4-6,0%; Chức năng tụy ngoại tiết: hoạt động ngoại tiết của tụy ghép ổn định trong giới hạn cho phép.

Bảng 4. Các chỉ số theo dõi chức năng thận

Chỉ số theo dõi	Ure máu (mmol/l)	Creatinin máu (µmol/l)	eGFR (mL/min/1,73m^2)
Năm 1	8,7	121,7	57
Năm 2	8,8	128,3	53
Năm 3	7,68	119,3	57

Nhận xét: Chức năng thận cải thiện rõ sau ghép và vẫn duy trì tốt liên tục trong 3 năm đầu sau

ghép, nồng độ ure, creatinin trong giới hạn cho phép. Tuy nhiên mức lọc ở mức tương đương bệnh thận mạn tính giai đoạn 3.

Bảng 5. **Các xét nghiệm khác**

Chỉ số theo dõi		Đơn vị	Năm 1	Năm 2	Năm 3
Sinh hoá	Na^+/K^+	mmol/L	123/4,5	143/3	135/3,7
	Hs - CRP	mm/L	8.8	4.76	1,81
	Acid Uric	µmol/L	340	353	409
Công thức máu	Hồng cầu	T/L	3,5	3,6	3,6
	HST	g/L	98	97	103
	MCV	fL	88,6	86,1	87,6
	MCH	pg	28,1	26,9	28,3
	MCHC	g/L	317,5	312	323
	Bạch cầu	G/L	6,8	6,5	10,0
	Neutrophil	%	66.9	60.3	68.6

Nhận xét: Rối loạn điện giải xảy ra trong năm đầu sau ghép sau đó dần ổn định trong 2 năm tiếp theo. Xét nghiệm Hs-CRP trong giới hạn cho phép. Bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính trong giới hạn bình thường. Có tình trạng thiếu máu đẳng sắc mức độ nhẹ.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh đái tháo đường là bệnh diễn biến mãn tính, tuy các thuốc hạ đường huyết đã có nhiều tiến bộ, tuy nhiên chủ yếu là các thuốc dùng cho đái tháo đường týp 2, insulin vẫn là thuốc bắt buộc và duy nhất có hiệu quả trên bệnh nhân đái tháo đường týp 1. Đường huyết không được kiểm soát tốt nhanh chóng dẫn đến các biến chứng trên các cơ quan. Các biến chứng xuất hiện sớm trên bệnh nhân ghép này cũng có thể lý giải là do insulin không thể kiểm soát tốt đường huyết trên bệnh nhân ngay cả khi kiểm soát chặt chẽ tại viện. Nổi trội trên bệnh nhân đó là vấn đề tăng huyết áp và bệnh thận mạn tính. Vì vậy, ghép tụy - thận đồng thời là một biện pháp tối ưu đem lại lợi ích lâu dài trên bệnh nhân này [1].

Kết quả báo cáo bước đầu sau ghép là một minh chứng ủng hộ chỉ định ghép đồng thời tuy thận trên bệnh nhân này. Chức năng tuỵ nội tiết và ngoại tiết đều hoạt động tốt sau ghép. Chức năng thận cải thiện hơi chậm, phải 4 tuần sau ghép các chỉ số trong giới hạn cho phép. Bệnh nhân được quản lý chặt chẽ, định kỳ khám hàng tháng trong năm đầu, 3 tháng/lần trong các năm tiếp theo. Chức năng tuỵ nội và ngoại tiết hoạt động tốt, đường máu luôn duy trì ở mức tối ưu, bệnh nhân không dùng Insulin, nồng độ C-peptid, Insulin và Amylase máu luôn trong giới hạn bình thường. Tuy nhiên đường máu lúc đói có xu hướng tăng cao dần qua các năm và Insulin có xu hướng giảm dần qua các năm, điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Christoph D Dieterle (2007) trên các bệnh nhân ghép đồng thời tuy thận [1]. Đặc biệt là sự ổn định đường máu trong 3 năm sau ghép thể hiện ở chỉ số HbA1c luôn ở trong giới hạn bình thường (5.4-6.0%). Trong nghiên cứu của Christoph D Dieterle (2007) cũng cho thấy có sự ổn định HbA1c trong giới hạn bình thường 10 năm sau ghép tuy có sự tăng dần rất ít nồng độ HbA1c qua các năm [1]. Qua đó Christoph D Dieterle cho rằng nên dùng nghiệm pháp dung nạp đường để đánh giá thì nhạy hơn so với chỉ dựa vào đường máu lúc đói. Các xét nghiệm đánh giá chức năng thận cho thấy thận ghép hoạt động tốt, duy trì các chỉ số trong giới hạn cho phép, tuy nhiên có xu hướng tăng dần, điều này cũng phù hợp với kết quả của Christoph D Dieterle (2007).

Chức năng thận của bệnh nhân sau ghép cũng đã được cải thiện rõ rệt và duy trì ổn định liên tục trong 3 năm, thể hiện bằng chỉ số creatinin máu trong khoảng 110 – 120 µmol/L (bảng 2 và bảng 4). Tuy nhiên, khi đánh giá chi tiết chức năng thận bằng mức lọc cầu thận cho thấy mức lọc cầu thận duy trì ổn định ở mức 53 – 57 mL/min/1,73m^2. Điều này cũng phù hợp với bệnh lý tổn thương thận do đái tháo đường có sẵn từ trước ghép của bệnh nhân [4]. Thiếu máu là tình trạng thường gặp ở bệnh nhân sau ghép, một số nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ này khoảng 40% một năm đầu sau ghép thận [2]. Trên bệnh nhân này có tình trạng thiếu máu đẳng sắc mức đô nhẹ, tuy nhiên ổn định không có xu hướng tăng lên. Một số nghiên cứu cho rằng điều này ảnh hưởng của nhiều yếu tố trong đó có vai trò của sự đáp ứng của tạng ghép và vai trò của các thuốc ức chế thải ghép [3]. Vấn đề thiếu máu sau ghép có ảnh hưởng đến mức độ nặng bệnh hay tỷ lệ tử vong hay không vẫn còn là một vấn đề bàn cãi. Tuy nhiên việc theo dõi thiếu máu

dài hạn luôn được các tác giả đề cập đến [2]. Các xét nghiệm đánh giá chức năng của các cơ quan khác: tim mạch, hô hấp, tiêu hóa đều ở trong giới hạn bình thường.

Trước năm 2007, các nghiên cứu chủ yếu tập trung vào đánh giá các kết quả sau ghép trong mục tiêu ngắn hạn, 2007 Angelika C. Gruessner và Cs báo cáo các kết quả dài hạn (>5 năm sau ghép) trên hơn 9000 bệnh nhân ghép tuy ở cả 3 loại hình. Trong đó ghép đồng thời tuy thận cho kết quả 72% tuy ghép sống sau 5 năm và 80% thận ghép sống sau 5 năm [4]. Dựa vào các diễn biến lâm sàng và các kết quả xét nghiệm cho thấy trên bệnh nhân đang có diễn biến tốt, và đạt được các mục tiêu ngắn hạn sau ghép. Tuy nhiên cần tiếp tục quản lý chặt chẽ để đánh giá thêm các kết quả dài hạn. Dựa vào các kết quả của nhiều nghiên cứu trước đó cho thấy sự khả quan của bệnh nhân trong các mục tiêu dài hạn.

V. KẾT LUẬN

Tụy ghép tốt, ổn định; chức năng thận ghép cũng ổn định và chưa xuất hiện tình trạng thải ghép. Kết quả này mở ra triển vọng điều trị cho các bệnh nhân đái tháo đường ở Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dieterle, C.D., et al.**, *Metabolic follow-up after long-term pancreas graft survival.* European journal of endocrinology, 2007. **156**(5): p. 603-610.
2. **Vanrenterghem, Y.**, *Anemia After Kidney Transplantation.* Transplantation, 2009. **87**(9): p. 1265-1267.
3. **Winkelmayer, W.C. and A. Chandraker**, *Pottransplantation Anemia: Management and Rationale.* Clinical Journal of the American Society of Nephrology : CJASN, 2008. **3**(Suppl 2): p. S49-S55.
4. **Gruessner, A.C., D.E. Sutherland, and R.W. Gruessner,** *Long-term outcome after pancreas transplantation.* Current opinion in organ transplantation, 2012. **17**(1): p. 100-105.

HIỆU QUẢ CAN THIỆP NHẰM CẢI THIỆN MỘT SỐ CHỈ SỐ ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN SÔNG MÃ, TỈNH SƠN LA

Lê Thị Hường*

TÓM TẮT

Mục đích: Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp nhằm cải thiện một số chỉ số đánh giá chất lượng điều trị HIV/AIDS tại Bệnh viện Đa khoa huyện Sông Mã, tỉnh Sơn La từ tháng 12/2014 đến tháng 12/2015. Phương pháp: Đánh giá trước – sau can thiệp không có nhóm chứng. Số liệu được thu thập tại 02 thời điểm: tháng 12/2014 và tháng 12/2015 với 124 bệnh án ngoại trú (tháng 12/2014) và 104 bệnh án (tháng 12/2015) của bệnh nhân HIV/AIDS. ***Kết quả:*** Sau 01 năm thực hiện các can thiệp nhằm cải thiện chất lượng, kết quả đo lường một số chỉ số cải thiện đáng kể:Tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS mới đăng ký điều trị trong 6 tháng qua được làm xét nghiệm CD4 lần đầu trong vòng 15 ngày tăng từ 12,77% lên 23,26% với chỉ số hiệu quả (CSHQ) là 82%. Tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS mới đăng ký điều trị được dự phòng INH tăng từ 50% lên 64,86% với CSHQ là 30%. Tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS đến tái khám đúng hẹn trong lần khám gần nhất tăng từ 82,41% lên 93,88% và CSHQ là 14%. Tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS được đánh giá tuân thủ điều trị ARV trong lần khám gần nhất được duy trì ở mức trên 99%. Tỷ lệ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn điều trị ARV được bắt đầu điều trị ARV trong vòng 15 ngày tăng 79,41% lên 95,45% và CSHQ là 20%. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả xét nghiệm CD4 <100 tế bào/mm^3 lúc bắt đầu điều trị ARV giảm từ 26,67% xuống còn 0%. Tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS được sàng lọc lao tại lần khám gần nhất duy trì ở mức 100%. Tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS được xét nghiệm CD4 thường quy (6 tháng/lần) tăng từ 45,97% lên 67,62% với CSHQ là 47%. ***Kết luận:*** Các giải pháp can thiệp đã tác động tích cực đến chất lượng dịch vụ điều trị HIV/AIDS tại bệnh viện. Các chỉ số đo lường chất lượng điều trị HIV/AIDS có tác động lẫn nhau. Khi một chỉ số cải thiện tốt sẽ tác động đến sự biến đổi tốt hơn của một số chỉ số khác.

Từ khóa: ARV, cải thiện chất lượng điều trị HIV/AIDS.

SUMMARY

INTERVENTION EFFECTIVE TO IMPROVE PERFORMANCE QUALITY INDICATORS FOR HIV/AIDS TREATMENT IN SONG MA HOSPITAL, SON LA PROVINCE

Objective: The study evaluates the effectiveness of a number of intervention solutions to improve perfomance quality indicators for HIV/AIDS in Song Ma Hospital, Son La province, from 12/2014 to 12/2015. **Methods**: Evaluate before - after intervention without control groups. Data was collected at 02 times: May 12/2014 and 12/2015 with 124 outpatients (12/2014) and 104 medical records

**Cục Phòng, chống HIV/AIDS*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hường
Email: lehuongvaac@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/7/2017
Ngày phản biện khoa học: 16/8/2017
Ngày duyệt bài: 18/9/2017

(12/2015) of HIV/AIDS patients. **Results**: After 01 years of implementing interventions to improve performance quality, a number of outcome measurement indicators improved significantly. The rate of HIV/AIDS patients, registered treatment in the last 6 months, were tested CD4 for the first time within 15 days increased from 12.77% to 23.26% with performance indicators (CSHQ) was 82%. The rate of HIV/AIDS patients registered INH prophylaxis treatment increased from 50% to 64.86% with 30% CSHQ. The rate of HIV/AIDS patients timely re-examination in the most recent visit from 82.41% to 93.88 increase% and 14% CSHQ. The rate of HIV/AIDS patients evaluated ARV treatment adherence in the most recent visit was maintained at above 99%. The rate of patients qualified for ARV treatment started on ARV treatment within 15 days increased from 79.41% to 95.45%, and CSHQ was 20%. The rate of patients with CD4 test results <100 cells/mm3 at the start of ARV treatment decreased from 26.67% to 0%. The rate of HIV/AIDS patients screened for TB at the latest visit remained 100%. The rate of HIV/AIDS patients tested CD4 routinely (6 months/time) increased from 45.97% to 67.62% with 47% CSHQ. **Conclusion**: The interventions had positively impacted on HIV/AIDS treatment service quality in hospitals. The performance quality indicators for HIV/AIDS treatment had affected each other. An improved indicator will impact a number of other indicators better.

Keywords: ARV, quality improvement for HIV/AIDS treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đến tháng 12/2015, số bệnh nhân HIV/AIDS đang được quản lý và điều trị ARV tại phòng khám ngoại trú huyện Sông Mã, tỉnh Sơn La là 281. Tháng 6/2013, bệnh viện bắt đầu được Cục Phòng, chống HIV/AIDS giới thiệu, tập huấn và hướng dẫn thực hiện cải thiện chất lượng dịch vụ điều trị và chăm sóc HIV/AIDS (còn gọi là HIVQUAL) cho các phòng khám ngoại trú HIV/AIDS tại tỉnh Sơn La. Trước khi triển khai hoạt động HIVQUAL, chất lượng dịch vụ điều trị HIV/AIDS tại Bệnh viện đa khoa huyện Sông Mã được đánh giá một cách cảm quan và chưa có bằng chứng cụ thể. Nhằm tìm hiểu chất lượng dịch vụ điều trị HIV/AIDS thông qua một số chỉ số đo lường chất lượng và có bằng chứng cụ thể cho việc lập kế hoạch của phòng khám ngoại trú HIV/AIDS, chúng tôi tiến hành nghiên cứu *"Hiệu quả can thiệp nhằm cải thiện một số chỉ số đánh giá chất lượng điều trị HIV/AIDS tại bệnh viện đa khoa huyện Sông Mã, tỉnh Sơn La"*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: bệnh án ngoại trú của bệnh nhân HIV/AIDS được lưu tại bệnh viện tại thời điểm nghiên cứu. Loại trừ những bệnh án của bệnh nhân HIV/AIDS đã bỏ trị hoặc tử vong trước tháng 6/2014.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại phòng khám ngoại trú HIV/AIDS, Bệnh viện Đa khoa huyện Sông Mã, tỉnh Sơn La từ tháng 12/2014 đến tháng 12/2015. Nghiên cứu sử dụng phương pháp can thiệp so sánh trước sau không đối chứng. Số liệu sẽ được thu thập tại 02 thời điểm là tháng 12/2014 và tháng 12/2015. Cỡ mẫu của nghiên cứu được tính theo bảng tính cỡ mẫu của Tổ chức Y tế Thế giới áp dụng cho cải thiện chất lượng dựa trên số lượng bệnh nhân đang quản lý tại phòng khám ngoại trú. Do đó, với tổng số 281bệnh nhân HIV/AIDS đang quản lý, tại thời điểm tháng 12/2014 cỡ mẫu thu được là n_1=124 và tại tháng 12/2015 là n_2=104.

Để đo lường các chỉ số đánh giá chất lượng điều trị HIV/AIDS, nghiên cứu sử dụng phiếu thu thập thông tin do Cục Phòng, chống HIV/AIDS thiết kế sẵn, nhập liệu và chiết xuất số liệu từ phần mềm HIVQUAL do Cục Phòng, chống HIV/AIDS xây dựng.

Trong nghiên cứu này, chỉ số hiệu quả được tính bằng công thức:

CSHQ = (% sau can thiệp-% trước can thiệp) /% trước can thiệp.

Giá trị CSHQ càng lớn thì hiệu quả can thiệp càng cao.

Các can thiệp cụ thể:

- Tăng cường năng lực cán bộ y tế (tư vấn viên, bác sĩ) về điều trị dự phòng lao như cập nhật tài liệu và cử cán bộ đi tập huấn điều trị và dự phòng lao bằng INH ở tuyến trên.
- Điều dưỡng viên dán tờ giấy nhắc bác sĩ kê đơn dự phòng INH cho những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.
- Hàng tuần, phòng khám thực hiện rà soát bệnh nhân đủ tiêu chuẩn điều trị ARV: rà soát bệnh án ngoại trú và các phiếu xét nghiệm.
- Tư vấn tuân thủ điều trị ARV và tái khám đúng hẹn cho bệnh nhân từ lần đầu đến khám. Tư vấn cho bệnh nhân hiểu được tầm quan trọng của tuân thủ điều trị ARV và tái khám đúng hẹn.
- Điều dưỡng hàng tuần rà soát danh sách bệnh nhân đủ tiêu chuẩn làm xét nghiệm CD4 định kỳ và dùng phiếu nhắc dán ngoài bệnh án để bác sĩ không quên khi khám bệnh và chỉ định.
- Hàng tuần, điều dưỡng lập danh sách những bệnh nhân đến khám theo lịch hẹn và liên hệ (nhắn tin, gọi điện) với bệnh nhân để nhắc lịch.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố giới tính của đối tượng nghiên cứu

Giới tính	12/2014	12/2015
Nam	64 (51,6%)	55 (52,88%)
Nữ	60 (48,4%)	49 (47,12%)
Tổng	**124**	**104**

Bảng 1 cho thấy phân bố giới tính giữa nam và nữ trong nghiên cứu này là đồng đều. Tỷ lệ nam nhiều hơn nữ ở cả 2 thời điểm đánh giá. Hạn chế của nghiên cứu: chưa thu thập được đầy đủ các thông tin về đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân như: Tình trạng hôn nhân, tuổi, nghề nghiệp và thông tin về tình trạng thẻ BHYT, thời gian bệnh nhân điều trị ARV...

2. Hiệu quả cải thiện các chỉ số đánh giá chất lượng điều trị HIV/AIDS

Bảng 2. Kết quả một số chỉ số đánh giá chat lượng điều trị và hiệu quả sau 1 năm can thiệp

STT	Chỉ số	12/ 2014	12/ 2015	%tăng/giảm sau 1 năm can thiệp	CSHQ
1	Tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS mới đăng ký điều trị trong 6 tháng qua được làm xét nghiệm CD4 lần đầu trong vòng 15 ngày	12,77%	23,26 %	10,49%	82%
2	Tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS mới đăng ký điều trị được dự phòng INH	50,00%	64,86 %	14,86%	30%
3	Tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS đến tái khám đúng hẹn trong lần khám gần nhất	82,41%	93,88 %	11,47%	14%
4	Tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS được đánh giá tuân thủ điều trị ARV trong lần khám gần nhất	99.07%	100.00 %	0,93%	1%
5	Tỷ lệ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn điều trị ARV được bắt đầu điều trị ARV trong vòng 15 ngày	79,41%	95,45 %	16,04%	20%
6	Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả xét nghiệm CD4 <100 tế bào/mm^3 lúc bắt đầu điều trị ARV	26,67%	0%	26,67%	100%
7	Tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS được sàng lọc lao tại lần khám gần nhất	100%	100%	0%	
8	Tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS được xét nghiệm CD4 thường quy (6 tháng/lần)	45,97%	67,62 %	21,65%	47%

Trước khi tiến hành can thiệp (tháng 12/2014), các chỉ số đo lường ở mức cao trên 80%. Có 03 chỉ số ở mức thấp là Tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS mới đăng ký điều trị trong 6 tháng qua được làm xét nghiệm CD4 lần đầu trong vòng 15 ngày là 12,77%; Tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS mới đăng ký điều trị được dự phòng INH là 50%; và Tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS được xét nghiệm CD4 thường quy (6 tháng/lần) là 45,97%. Vì vậy, trong nghiên cứu này, các can thiệp tập trung cải thiện 03 chỉ số này và cải thiện chỉ số Tỷ lệ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn điều trị được bắt đầu điều trị ARV trong vòng 15 ngày (chỉ số bắt buộc thực hiện cải thiện đối với tất cả các phòng khám – còn gọi là chỉ số benchmark). Bảng 2 cho thấy 03 chỉ số ưu tiên thực hiện can thiệp đều có hiệu quả lần lượt với CSHQ là 30%, 20% và 47%.

Tuy nhiên trong nghiên cứu này, hiệu quả can thiệp cao nhất được thể hiện ở chỉ số tăng tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS mới đăng ký điều trị trong 6 tháng qua được làm xét nghiệm CD4 lần đầu trong vòng 15 ngàyđạt 82%. Mặc dù các can thiệp tập trung cải thiện các chỉ số như: tăng tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS mới đăng ký điều trị được dự phòng INH; tăng tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS được xét nghiệm CD4 thường quy (6 tháng/lần) và tăng tỷ lệ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn điều trị được bắt đầu điều trị ARV trong vòng 15 ngàynhưng các can thiệp lại tác động tích cực đến sự thay đổi tốt hơn của chỉ số Tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS mới đăng ký điều trị trong 6 tháng qua được làm xét nghiệm CD4 lần đầu trong vòng 15 ngày.

IV. KẾT LUẬN

Các giải pháp can thiệp đã tác động tích cực đến chất lượng dịch vụ điều trị HIV/AIDS tại bệnh viện. Các chỉ số đo lường chất lượng điều trị HIV/AIDS có tác động lẫn nhau. Khi một chỉ số cải thiện tốt sẽ tác động đến sự biến đổi tốt hơn của một số chỉ số khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2014), *Hướng dẫn thực hiện cải thiện*

chất lượng điều trị HIV/AIDS đối với hoạt động khám ngoại trú (ban hành kèm Quyết định số 471/QĐ-BYT ngày 11/2/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế), Hà Nội.
2. **Bộ Y tế** (2009), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS (ban hành kèm Quyết định số 3003/QĐ-BYT ngày 19/8/2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế),* Hà Nội.
3. **Bộ Y tế** (2014), *Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2014,* Hà Nội.
4. **Bộ Y tế** (2015), *Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2015,* Hà Nội.
5. **Sở Y tế Sơn La (2015),** *Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS tỉnh Sơn La năm 2015,* Sơn La.

ĐẶC ĐIỂM HÀNH VI PHẠM TỘI Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN KHÍ SẮC ĐƯỢC GIÁM ĐỊNH PHÁP Y TÂM THẦN

Nguyễn Thành Quang*, Bùi Quang Huy**
Ngô Ngọc Tản, Cao Tiến Đức****

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả hình thức và tính chất của hành vi phạm tội ở bệnh nhân rối loạn khí sắc phạm tội được giám định pháp y tâm thần**. Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu cắt ngang, có mô tả từng trường hợp cụ thể trên 83 bệnh nhân rối loạn khí sắc (69 có giai đoạn trầm cảm và 14 có giai đoạn hưng cảm) phạm tội. **Kết quả và kết luận:** Hành vi giết người (16,87%) và hành vi cố ý gây thương tích (16,87%) chiếm tỷ lệ cao nhất. Phương tiện gây án thô sơ như gậy, gạch, dao,… là phổ biến nhất (32,53%). Tội giết người – tự sát chỉ xảy ra với người trong gia đình (100%). Tội giết người hay xảy ra với bạn bè, hàng xóm (57,14%). 59,04% số vụ án chỉ gây hại cho 1 người. Gây thiệt hại về tài sản chiếm 46,99%. Hậu quả gây chết người chiếm tới 24,10%.

Từ khóa: Pháp y tâm thần

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF THE OFFENSE IN PATIENTS WITH MOOD DISORDERS OFFENDERS IN FORENSIC PSYCHIATRY

Objective: Describe the form and nature of the offense in patients with mood disorders offenders in forensic psychiatry. **Subjects and methods:** cross-sectional prospective study, which describes each specific case on 83 patients who have committed crimes, with mood disorders (69 depressive episode and 14 manic episode). **Results and conclusions:** The most common offense is murder (16.87%) and intentional injury (16.87%). The rudimentary tools such as sticks, bricks, knives, etc. are the most common (32.53%). Murder - suicide occurs only in family (100%). Murder, the victims are friends, neighbors accounted for 57.14%. 59.04% of cases only harm one person. Property losses accounted for 46.99% of cases. Death accounted for 24.10% of cases.

**Viện Pháp y Tâm thần TƯ Biên Hòa.*
*** Bệnh viện Quân y 103, HVQY*
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Quang Huy
Email: bshuy2003@yahoo.com
Ngày nhận bài: 2/8/2017
Ngày phản biện khoa học: 22/8/2017
Ngày duyệt bài: 11/9/2017

Keyword: Forensic psychiatry

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hành vi phạm tội ở các bệnh nhân rối loạn khí sắc rất phổ biến gây ra sự quan tâm rất lớn của cộng đồng và tạo ra sự kỳ thị đối với người bệnh tâm thần. Theo Sadock B. J. (2007), các hành vi này bao gồm trộm cắp, gây hấn, gian lận tài chính, đánh người, giết người và tự sát.

Nghiên cứu về hành vi phạm tội ở các bệnh nhân rối loạn khí sắc để giúp cho ngành tâm thần cũng như các cơ quan bảo vệ pháp luật làm giảm hành vi phạm tội ở bệnh nhân rối loạn khí sắc. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả hình thức và tính chất của hành vi phạm tội ở bệnh nhân rối loạn khí sắc phạm tội được giám định pháp y tâm thần.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Nghiên cứu gồm 83 bệnh nhân rối loạn khí sắc (69 trầm cảm, 14 hưng cảm), từ 20 đến trên 69 tuổi, được các cơ quan pháp luật đưa tới giám định pháp y tâm thần từ tháng 2/2012 đến tháng 3/2017 tại Viện pháp y tâm thần Trung ương Biên hòa .

2.2. Phương pháp: Sử dụng phương pháp tiến cứu, cắt ngang, có mô tả từng trường hợp cụ thể.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Hành vi giết người và hành vi cố ý gây thương tích chiếm tỷ lệ cao nhất 16,87%), tiếp theo là hành vi cướp giật (10,84%), hành vi giết người sau đó tự sát (9,64%), hành vi trộm cắp (7,23%), hành vi gây rối ở nơi công cộng (1,21%). Các hành vi phạm tội khác như: đánh bạc và tổ chức đánh bạc, ghi số đề, đá gà, gái mại dâm và tổ chức mại dâm… các hành vi này chiếm khoảng 37,35%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$ ($\chi^2=46,458$; $p=0,000$).

Theo Sadock B. J. (2004) và Dan J. S. (2006) trong giai đoạn trầm cảm và hưng cảm của rối loạn cảm xúc, trạng thái cảm xúc bực bội và cáu kỉnh đóng vai trò quan trọng trong hành vi bạo

lực, gây hấn, tấn công.

Bảng 1: Các hành vi phạm tội ở bệnh nhân rối loạn khí sắc

STT	Chỉ số thống kê / Các loại hành vi	n	Tỷ lệ %	p
1	Hành vi cố ý gây thương tích	14	16,87	p < 0,001
2	Hành vi giết người	14	16,87	
3	Hành vi giết người sau đó tự sát	8	9,64	
4	Hành vi trộm cắp	6	7,23	
5	Hành vi cướp giật	9	10,84	
6	Hành vi gây rối ở nơi công cộng	1	1,21	
	Các hành vi phạm tội khác	31	37,35	
Cộng		**83**	**100,00**	

Bảng 2. Phương tiện gây án ở bệnh nhân rối loạn khí sắc

STT	Chỉ số thống kê / Phương tiện gây án	n	Tỷ lệ %	p
1	Phương tiện thô sơ (gậy, gạch, dao…)	27	32,53	p <0,001
2	Sử dụng vật liệu cháy nổ, vũ khí quân dụng	2	2,41	
3	Sử dụng hóa chất	5	6,02	
4	Rải truyền đơn, đơn từ và nói xấu chế độ	3	3,61	
5	Sử dụng sức mạnh cơ bắp (đánh người...)	23	27,71	
	Các phương tiện phạm tội khác	23	27,71	
Cộng		**83**	**100,00**	

Sử dụng phương tiện thô sơ như: gậy, gạch, dao,… chiếm tỷ lệ cao nhất (32,53%), tiếp đến là sử dụng sức mạnh cơ bắp như: đánh người, đấm, đá... (27,71%), sử dụng hóa chất (6,02%), rải truyền đơn, đơn từ và nói xấu chế độ (3,61%), sử dụng vật liệu cháy nổ, vũ khí quân dụng (2,41%). Sự khác biệt về tỷ lệ giữa nhóm sử dụng phương tiện thô sơ với các nhóm khác là có ý nghĩa thống kê với p<0,001 (χ^2 (5)= 48,93; p=0,000).

Theo trung tâm chính sách về bạo lực của Hoa Kỳ năm 2011, tội cố ý gây thương tích, tội giết người và giết người – tự sát chủ yếu sử dụng súng. Ở tội trộm cắp trong cửa hàng họ thực hiện hành vi trộm cắp bằng tay.

Bảng 3. Sự quan hệ giữa bị hại với đối tượng gây án ở bệnh nhân rối loạn khí sắc

STT	Chỉ số thống kê / Mối liên quan	n	Tỷ lệ %	p
1	Người bị hại là người thân trong gia đình	15	18,07	p < 0,01
2	Người bị hại là bạn bè, hàng xóm	23	27,71	
3	Người bị hại là người không quen biết	32	38,55	
4	Bị hại là các cơ quan và tổ chức xã hội	13	15,66	
Cộng		**83**	**100,00**	

Quan hệ giữa người bị hại với đối tượng gây án: người bị hại là người không quen biết chiếm tỷ lệ cao nhất (38,55%), tiếp đến là bạn bè và người hàng xóm (27,71%) người bị hại là người thân trong gia đình (18,07%), và cuối cùng bị hại là các cơ quan và tổ chức xã hội (15,66%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,01 (χ^2 (3)= 10,83; p=0,01

Bảng 4. Phân bố loại hành vi phạm tội bạo lực với quan hệ của người bị hại

STT	Người bị hại / Tội phạm	Người thân trong gia đình		Bạn bè, hàng xóm		Người không quen biết	
		n	%	n	%	n	%
1	Cố ý gây thương tích(n=14)	1	7,14	6	42,86	7	50,0
2	Giết người(n=14)	5	35,72	8	57,14	1	7,14
3	Giết người- tự sát(n=8)	8	100,0	0	0,0	0	0,0

Tội giết người – tự sát chỉ xảy ra với người trong gia đình (100%). Tội giết người hay xảy ra với bạn bè, hàng xóm (57,14%). Tội cố ý gây thương tích thì bị hại lại gặp nhiều nhất là người lạ (50%) và hàng xóm, bạn bè(42,86%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001 (χ^2 (4)= 23,786; p=0,000)

Bảng 5. Số người thiệt hại trong các vụ án

Chỉ số thống kê / Số người thiệt hại	n	%

Một người	49	59,04
Nhiều người	34	40,96
Cộng	**83**	**100,0**

Đa số các trường hợp, vụ án chỉ gây hại cho 1 người với 59,04%. Kết quả này phù hợp với ý kiến của Kaplan H. I. (1994) khi cho rằng đa số các trường hợp, số người bị hại chỉ là một.

Bảng 6. Hậu quả của hành vi phạm tội

Chỉ số thống kê / Hậu quả	n	%
Chết người	20	24,10
Gây thương tích	17	20,48
Thiệt hại tài sản	39	46,99
Gây rối loạn trật tự an ninh	6	7,23
Không gây thiệt hại	1	1,21
Cộng	**83**	**100,00**

Hậu quả gây chết người chiếm tỷ lệ rất cao, tới 24,10%. Gây thiệt hại về tài sản chiếm 46,99%. Có 20,48% số vụ gây ra thương tích cho người bị hại. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với (χ^2 (4)= 52,361; p=0,000).

Theo Ngô Văn Vinh (2010) nghiên cứu trên 472 đối tượng giám định cho thấy chết người 37,5% gây thương tích 20,34%, thiệt hại tài sản 36,66%.

Bảng 7. Năng lực nhận thức và điều khiển hành vi

Chỉ số thống kê / Năng lực nhận thức	n	%
Có năng lực	21	25,30
Hạn chế năng lực	17	20,48
Mất năng lực	45	54,22
Cộng	**83**	**100,0**

Số người mất năng lực nhận thức và điều khiển hành vi chiếm tỷ lệ cao nhất với 54,22%. Số người hạn chế năng lực chiếm 22,48%, có năng lực chiếm 25,30%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001 (χ^2 (2)= 16,58; p=0,000).

Ngô Văn Vinh (2010) Tỷ lệ mất năng lực và hạn chế năng lực chiếm 76,7%, còn có năng lực nhận thức chiếm 25,3% phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

IV. KẾT LUẬN

- Hành vi giết người (16,87%) và hành vi cố ý gây thương tích(16,87%) chiếm tỷ lệ cao nhất.
- Phương tiện thô sơ như: gậy, gạch, dao,… chiếm tỷ lệ cao nhất (32,53%), tiếp đến là sử dụng sức mạnh cơ bắp như: đánh người, đấm, đá...(27,71%),
- Tội giết người – tự sát chỉ xảy ra với người trong gia đình (100%). Tội giết người hay xảy ra với bạn bè, hàng xóm (57,14%).
- 59,04 % số vụ án chỉ gây hại cho 1 người.
- Gây thiệt hại về tài sản chiếm 46,99%. Hậu quả gây chết người chiếm tới 24,10%.
- Số người mất năng lực nhận thức và điều khiển hành vi chiếm 54,22%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Văn Vinh, Dương Văn Lương và cộng sự (2010),** "Phân tích kết quả 472 trường hợp giám định tại viện giám định pháp y tâm thần trung ương.". Nội san Viện Giám định pháp y tâm thần Trung ương, tr. 56 – 60
2. **American psychiatric association (2013).** Diagnostic and statistical manual of mental disorder. Fifth edition. Pag 566-569
3. **Dan J. Stein, David J. Kupfer, Alan F. Schatzberg (2006**). Textbook of mood disorders. Volume 1. American psychiatry publishing. Fist edition. Pag 215-218
4. **Kaplan H. I., Sadock B. J. , Grebb J. A., (1994).** Synopsis of psychiatry. Second edition. William and Wilkins. Pag 346-348
5. **Sadock B. J., Sadock V. A. (2004).** Concise textbook of clinical psychiatry. Second edition. William and Wilkins. Pag 404-406.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG VIÊM MỦ MÀNG PHỔI CÓ BIẾN CHỨNG TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Phạm Duy Hiền*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm mủ màng phổi có biến chứng. **Kết quả**: 83,4% bệnh nhân độ tuổi từ 1 tới 3 tuổi. Cân nặng trung bình tại thời điểm phẫu thuật là 12,2kg ± 7,6 kg. Tỉ lệ thương tổn phổi phải và phổi trái là như nhau theo tỉ lệ 1:1, không có bệnh nhân nào có tổn thương ở cả hai bên phổi. Số lượng bạch cầu là 23,5 ± 12,8 (10^3/l), chỉ số CRP là 133 ± 91 (mg/l). Tỷ lệ % Hematocrit là 30,9 ± 3,7. **Kết luận**: Bệnh nhân phần lớn trong độ tuổi từ 1 tới 3 tuổi. Xét

**Bệnh viện Nhi Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Duy Hiền
Email: duyhien1972@yahoo.com

Ngày nhận bài: 1/8/2017
Ngày phản biện khoa học: 19/8/2017
Ngày duyệt bài: 15/9/2017

nhiệm máu cho thấy tình trạng nhiễm khuẩn với bạc cầu, CRP và tiểu cầu tăng. 94% bệnh nhân bị mất đường congDamoiseau.

Từ khóa: Viêm màng mủ, biến chứng, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF COMPLEX EMPYEMA PATIENTS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS

Objectives: This study aims to evaluate clinical and subclinical characteristic of patients with empyema complications at the National hospital ofPediatrics. **Results:** 66 empyema patients with complications underwent single incision thoracoscopic surgery. 83.4% of patients with age range of 1 to 3 years old. The mean weight at the time of operation was 12.2kg (SD± 7.6 kg). The proportion of right lungs versus left lungs lesion was 1:1. No patients with bilateral lungs involvement. The amount of WBC was 23.5 ± 12.8 (10^3/l), CRP was 133 ± 91 (mg/l) and Hct was 30.9 ± 3.7%. **Conclusion:** The majority of empyema patients with complications are from 1 to 3 years old. Infection was observed in all cases with elevated WBC, CRP and platelets. 94% of patients with disappearance of Damoiseau-Ellis line.

Keywords: Empyema, complications, single incision thoracoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mủ màng phổi (VMMP) là quá trình viêm, tích lũy và tiến triển dịch mủ trong khoang màng phổi [1]. VMMP là bệnh lý đòi hỏi phải có sự phối hợp giữa nội khoa và ngoại khoa để điều trị bệnh. Can thiệp ngoại khoa trong điều trị VMMP ở trẻ em bao gồm dẫn lưu màng phổi và phẫu thuật nội soi hoặc mổ mở, được chỉ định điều trị phối hợp tuỳ theo diễn biến giai đoạn và tình trạng lâm sàng của bệnh nhân. Phẫu thuật nội soi điều trị VMMP lần đầu tiên được mô tả bởi Kern JA và Rodger BM năm 1993 [2] và đã chứng minh được ưu điểm của nó so với phẫu thuật mổ mở. Tại bệnh viện Nhi Trung Ương, phẫu thuật nội soi điều trị VMMP ở trẻ em đã được Nguyễn Thanh Liêm thực hiện từ năm 2000 [3]. Báo cáo của Nguyễn Văn Linh [4] đã mô tả 41 trường hợp VMMP có biến chứng được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực tại bệnh viện Nhi Trung Ương trong 2 năm với tỷ lệ phẫu thuật thành công là 81%. Phẫu thuật nội soi một lỗ là một xu hướng phát triển mới của phẫu thuật nội soi, đã được ứng dụng thành công trong một số lĩnh vực của phẫu thuật nhi. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm mủ màng phổi có vai trò rất quan trọng để đưa ra chỉ định và đánh giá kết quả điều trị , cũng như tiên lượng bệnh. Chính vì lý do trên, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân có viêm mủ màng phổi có biến chứng tại bệnh viện Nhi Trung Ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán là có viêm màng phổi có biến chứng tại bệnh viện Nhi Trung Ương. Tiêu chuẩn xác định viêm màng phổi có biến chứng: có biểu hiện tràn dịch màng phổi trên lâm sàng và cận lâm sàng khi có hội chứng ba giảm ở bên phổi bị tổn thương và Xquang ngực hay siêu âm màng phổi có hình ảnh tràn dịch màng phổi. Có hiện tượng vách hóa của dịch trong khoang màng phổi trên siêu âm hoặc phim chụp cắt lớp vi tính ngực.

2. Địa điểm và thơi gian nghiên cứu: Tại Bệnh viện Nhi Trung Ương, từ 1/1/2013 đến 31/12/2014.

3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả. *Cỡ mẫu*: Chọn mẫu thuận tiện không đối chứng gồm tất cả các bệnh nhân thu thập được thông tin hồ sơ, đã được chẩn đoán và điều trị VMMP có biến chứng bằng phẫu thuật nội soi một lỗ

4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Nhi Trung ương đồng ý thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu đã có 66 trường hợp trẻ được chẩn đoán là VMMP có biến chứng và được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi một lỗ, phần lớn bệnh nhân có độ tuổi từ 1 đến 3 tuổi (83,3%). Cân nặng trung bình của bệnh nhân khi nhập viện là 12,2 ± 7,6 Kg.

Bảng 1.Vị trí tổn thương của bệnh nhân

Vị trí tổn thương	Số trường hợp	Tỷ lệ
Phải	33	50%
Trái	33	50%
Cả hai bên	0	0%
Tổng	**66**	**100%**

Nhận xét: Kết quả bảng 1 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương bên phải và tổn thương bên trái là như nhau (50%). Không có bệnh nhân nào bị tổn thương cả hai bên.

Bảng 2. Kết quả xét nghiệm hóa sinh máu nhập viện.

Xét nghiệm sinh hóa	Trung Bình± SD	Trung vị
Bạch cầu (10^3/l)	23,5 ± 12,8	19,8
CRP (mg/l)	133 ± 91	117

Hemoglobulin (g/l)	10,1 ± 1,9	10
Hematocrit (%)	30,9 ± 3,7	31,3
Tiểu cầu (10^3/l)	495,6 ± 240	488

Nhận xét: Bảng 2 cho thấy được kết quả xét nghiệm hóa sinh máu nhập viện. Số lượng bạch cầu là 23,5 ± 12,8 (10^3/l), chỉ số CRP là 133 ± 91 (mg/l). Tỷ lệ % Hematocrit là 30,9 ± 3,7, trong khi đó chỉ số bình thường dao động từ 34-48%.

Bảng 3. Tính chất tổn thương trên phim chụp Xquang ngực

Tính chất	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Không tràn dịch	0	0
Tràn dịch	46	69,7
Tràn dịch và tràn khí phối hợp	20	30,3
Mất đường cong Daimoaiseau	62	94,0

Nhận xét: Trên phim chụp X-Quang ngực cho thấy: Hầu hết bệnh nhân có mấy đường cong Daimoaiseau (94%), phần lớn bệnh nhân tràn dịch (69,7%), 30,3% bệnh nhân vừa tràn dịch vừa tràn khí phối hợp.

Bảng 4. Tỷ lệ chỉ định siêu âm và chụp cắt lớp vi tính

Chỉ định	Chụp CLVT ngực	Không chụp CLVT ngực	Tổng
Siêu âm màng phổi	37(56%)	23(34,9%)	60 (90,9%)
Không siêu âm	5(7,6%)	1(1,5%)	6(9,1%)
Tổng	42(63,6 %)	24(36,4%)	66(100%)

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy 90,9% bệnh nhân có siêu âm màng phổi, trong đó 56% bệnh nhân chụp cắt lớp vi tính, 34,9% bệnh nhân không chụp cắt lớp vi tính ngực.

Bảng 5. Kết quả chẩn đoán bệnh trên siêu âm màng phổi và chụp cắt lớp vi tính ngực

CLVT / Siêu âm	VMMP đơn thuần	VMMP biến chứng	VMMP biến chứng kết hợp CCAM	VMMP biến chứng kết hợp Abces phổi	Không chụp CLVT	Tổng
VMMP đơn thuần	0	5 (7,55%)	2 (3,1%)	0 (0%)	5 (7,55%)	12(18,2%)
VMMP biến chứng	0	27(40,85%)	0 (0%)	3 (4,6%)	18(27.25%)	48(72,7%)
Không SA màng phổi	0	4 (6,1%)	1 (1,5%)	0 (0%)	1 (1,5%)	6 (9,1%)
Tổng	**0**	**36 (54,5%)**	**3 (4,6%)**	**3 (4,6%)**	**24 (36,3%)**	**66 (100%)**

Nhận xét: Siêu âm màng phổi cho phép phân độ giai đoạn bệnh. 72,7% số bệnh nhân trong nghiên cứu có chẩn đoán VMMP có biến chứng trên siêu âm, 18,2% có chẩn đoán là VMMP đơn thuần. Chụp CLVT không phát hiện được giai đoạn sớm của bệnh nhưng gợi ý được tổn thương của nhu mô phổi như nang tuyến phổi bẩm sinh hoặc abces phổi.

IV. BÀN LUẬN

Trong nhóm nghiên cứu chúng tôi không có bệnh nhân nào có tổn thương hai bên màng phổi, tỷ lệ tổn thương bên phải và bên trái là như nhau (50%). Báo cáo của các tác giả khác cũng khẳng định không có sự khác nhau giữa tỷ lệ tổn thương bên phải và bên trái của màng phổi. Tỷ lệ tổn thương cả hai bên là rất hiếm gặp. Tỷ lệ này theo các báo cáo của Hilliard TN [1], Meier AH [5] lần lượt là 2%; 0,6%. Triệu chứng cơ năng chủ yếu là ho và sốt chiếm tỷ lệ lần lượt là 90,9% và 95,5%. Do lứa tuổi bệnh nhân trong nghiên cứu nhỏ nên các triệu chứng cơ năng khác như khó thở, đau ngực là rất khó khai thác và chỉ gặp với tỷ lệ lần lượt là 18,1% và 16,7%. Về triệu chứng thực thể, chủ yếu là triệu chứng của biểu hiện viêm đường hô hấp nặng trong đó: 57,6% số bệnh nhân có biểu hiện thở nhanh, 28,8% trẻ có rút lõm lồng ngực và 10,6% có biểu hiện tím khi nhập viện. Kết quả xét nghiệm máu là xét nghiệm thường quy và luôn cho thấy tình trạng nhiễm khuẩn với trị số bạch cầu trung tính, CRP và tiểu cầu tăng. Hemoglobin và hematocrit giảm. Hầu hết các tác giả trong và ngoài nước đều đồng ý với nhận xét này[1], [6]. Chụp Xquang ngực là chỉ định thường quy với các bệnh nhân có triệu chứng tổn thương đường hô hấp. Cho phép nhận định có hay không hiện tượng tràn dịch màng phổi, đánh giá mức độ tràn dịch, tính chất tổn thương, bóng tim và trung thất. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các bệnh nhân đều có hình ảnh tràn dịch trên phim chụp Xquang ngực trong đó, tổn thương tràn dịch đơn thuần chiếm chủ yếu với 46 trường hợp chiếm 69,7%, tổn thương kết

hợp tràn khí và dịch chiếm 30,3%.

Siêu âm màng phổi có ưu điểm là chi phí thấp, không xâm lấn và có thể được thực hiện ngay sau khi chỉ định. Nhiều báo cáo của các tác giả trên thế giới đều đã khẳng định vai trò của phương pháp chẩn đoán hình ảnh này như là một lựa chọn đầu tiên và quan trọng nhất trong chẩn đoán, phân độ giai đoạn và theo dõi tiến triển bệnh VMMP ở trẻ em [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 90,9% số trường hợp được chẩn đoán bệnh bằng siêu âm màng phổi khi nhập viện và chỉ có 6 trường hợp chiếm tỷ lệ 9% bệnh nhân không được chỉ định siêu âm màng phổi.

Chụp CLVT ngực có ưu thế hơn siêu âm màng phổi trong việc phân biệt tổn thương của nhu mô phổi với tổn thương trong khoang màng phổi. Về kết quả chụp CLVT ngực, không có trường hợp nào được chẩn đoán là VMMP đơn thuần trên phim chụp CLVT. Cả 42 trường hợp đều có chẩn đoán là VMMP có biến chứng, 3 trong số đó có apces phổi phối hợp và 3 trường hợp có CCAM phối hợp. Tuy nhiên đối chiếu với chẩn đoán trong mổ thì chỉ có 2 trường hợp VMMP có biến chứng phối hợp với apces phổi và không có trường hợp nào phối hợp với CCAM. Như vậy chụp phim CLVT khẳng định chẩn đoán VMMP có biến chứng trong tất cả các trường hợp nhưng không phát hiện được giai đoạn sớm của bệnh và có 3 trường hợp dương tính giả với CCAM.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 66 bệnh nhân có viêm mủ màng phổi có biến chứng và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi một lỗ tại bệnh viện Nhi Trung Ương cho thấy, bệnh nhân thường gặp nhóm tuổi dưới 3. Kết quả xét nghiệm máu là xét nghiệm thường quy và luôn cho thấy tình trạng nhiễm khuẩn với trị số bạch cầu trung tính, CRP và tiểu cầu tăng. 94% bệnh nhân mất đường cong Damoiseau. Chính vì vậy cần có thêm nghiên cứu để đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cho đối tượng nghiên cứu, nhằm đưa ra phương pháp điều trị thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hilliard TN, Henderson AJ, Langton Hewer SC (2003).** Management of parapneumonic effusion and empyema*. Arch Dis Child*,88, 915-917.
2. **Burgos JFV, Pahissa A (2013).** The increasing incidence of empyema, *Curr Opin Pulm Med*, 350-356.
3. **Balfour-Lynn IM (2005).** BTS guidline for the management of pleural infection in children*. Thorax*, 60,1-21
4. **Nguyễn Văn Linh, Tô Mạnh Tuận, Đỗ Mạnh Hùng (2013).***Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi trong điều trị ổ cặn màng phổi ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung Ương.* Tạp chí Y Học thành phố Hồ Chí Minh, 17(3), 184-186.
5. **Kalfa N (2006).** Thoracoscopy in pediatric pleural empyema: a prospective study of prognostic factors*. J Pediatr Surg*, 41(10), 1732-7.
6. **Rodgers BM (2012).** Empyema. *Ashcraft's Pediatric surgery*, fourth edition, George Whitfield Holcomb III, United States of America, 290-294.

NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG GIẢM ĐAU CỦA ROPIVACAIN – FENTANYL QUA CATHETER NGOÀI MÀNG CỨNG DO BỆNH NHÂN TỰ ĐIỀU KHIỂN SAU MỔ SỎI THẬN – NIỆU QUẢN

Đặng Quang Dũng*, Trần Đắc Tiệp**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng giảm đau khi tiêm ropivacain - fentanyl qua catheter ngoài màng cứng bệnh nhân tự điều khiển sau mổ sỏi thận, sỏi niệu quản 1/3 trên**. Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, can thiệp, có đối chứng ở 60 bệnh nhân giảm đau NMC tự điều khiển sau mổ sỏi thận, sỏi niệu quản 1/3 trên chia thành 2 nhóm (nhóm RF dùng Ropivacain 0,1% - Fentanyl 2mcg/ml và nhóm R dùng ropivacain 0,1%) tại Bệnh viện quân y 103 từ 1/2016 đến 6/2016. **Kết quả:** Liều trung bình tiêm khoang NMC lần đầu của Ropivacain 0,1% - Fentanyl 2mcg/ml là 7,23 ±1,33 ml, tổng liều ropivacain là 170,13 ± 4,26 mcg/48h, số lần bolus khoang ngoài màng cứng 6,3 ± 1,5 lần/48h. Bệnh nhân được giảm đau tốt cả khi nghỉ và vận động. 100 % bệnh nhân hài lòng về phương pháp giảm đau. **Kết luận:** Tiêm ropivacain 0,1% - Fentanyl 2mcg/ml qua catheter NMC do BN tự điều khiển sau mổ sỏi thận, sỏi niệu quản 1/3 trên đảm giảm đau tốt sau mổ, mang lại sự hài lòng cho BN.

Từ khóa: Ropivacain, sỏi thận, sỏi niệu quản 1/3 trên, tê ngoài màng cứng, giảm đau bệnh nhân tự điều khiển.

SUMMARY

**Bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên*
***Bệnh viện Quân y 103*
Chịu trách niệm chính: Trần Đức Tiệp
Email: trandactiepsky@gmail.com

Ngày nhận bài: 6/8/2017
Ngày phản biện khoa học: 10/9/2017
Ngày duyệt bài: 22/9/2017

RESEARCHING THE ANALGESIC EFFECTIVENESS OF PATIENT CONTROLLED EPIDURAL ANALGESIA BY ROPIVACAINE-FENTANYL AFTER NEPHROLITHOTOMY AND SUPERIOR URETEOLITHOTOMY

Objective: Evaluating the analgesic effectiveness of patient controlled epidural analgesia by ropivacaine-fentanyl after nephrolithotomy and superior ureterolithotomy. **Subject and method:** A controlled, interventional, descriptive, prospective study was conducted in 60 patients with PCEA after nephrolithotomy and superior ureterolithotomy devided into 2 groups (group RF: using Ropivacaine 0.1% - Fentanyl 2µg/ml and group R: using Ropivacaine 0.1%) in Military Hospital 103 from 1/2016 to 6/2016. **Results:**The first epidural average dose of Ropivacaine 0.1%-Fentanyl 2µg/ml was 7.23 ±1.33ml, the total dose of ropivacaine was 170.13 ± 4.26 µg/48h, the number of epidural boluses was 6.3 ± 1.5 times per 48h. Patients got a good analgesia at rest and on movement. 100% of patients were satisfied with analgesia. **Conclusion:** PCEA by Ropivacaine 0.1%-Fentanyl 2µg/ml after nephrolithotomy and superior ureterolithotomy resulted in good analgesia and satisfaction.

Key words: Ropivacaine, fentanyl, nephrolithotomy, superior ureterolithotomy, epidural anathesia, PCA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật mổ mở điều trị bệnh sỏi thận và niệu quản 1/3 trên là phẫu thuật có đường mổ dài, gây tổn thương nhiều các cơ thành bụng và gây đau nhiều cho người bệnh sau cuộc mổ. Có nhiều phương pháp giảm đau sau phẫu thuật đã áp dụng như thuốc giảm đau Non-steroid, thuốc giảm đau opiod hoặc gây tê vùng. Giảm đau do bệnh nhân tự điều khiển qua catheter ngoài màng cứng (PCEA: Patient controlled epidural analgesia) là phương pháp mà người bệnh chủ động điều chỉnh thuốc giảm đau (trong khoảng liều do bác sỹ gây mê hồi sức giới hạn). Ropivacain là loại thuốc tê mới được sử dụng ở Việt Nam, thuốc có tác dụng giảm đau tốt, ít ảnh hưởng đến vận động và ít gây độc. Hiện nay, nghiên cứu về PCEA sử dụng ropivacain kết hợp fentanyl để giảm đau sau phẫu thuật sỏi thận và niệu quản 1/3 trên chưa được thông báo. Do đó, đề tài được thực hiện với mục tiêu nghiên cứu tác dụng giảm đau của hỗn hợp ropivacain – fentanyl qua catheter ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển sau phẫu thuật lấy sỏi thận-niệu quản 1/3 trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Gồm 60 BN giảm đau NMC tự điều khiển sau phẫu thuật sỏi thận, niệu quản 1/3 trên chia thành 2 nhóm (nhóm RF có 30 BN dùng thuốc Ropivacain 0,1% và Fentanyl 2mcg/ml; nhóm R có 30 BN dùng thuốc Ropivacain 0,1%) tại Bệnh viện quân y 103 từ tháng 1/2016 đến tháng 6/2016.

- Loại ra khỏi NC: BN không đồng ý thực hiện giảm đau tiếp, có biến chứng về phẫu thuật hoặc biến chứng về gây mê.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả, can thiệp, có đối chứng.

2.2.2. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0

2.2.3. Quy trình nghiên cứu, thời gian và cách đánh giá chỉ tiêu nghiên cứu

- Chuẩn bị BN trước mổ: khám, chuẩn bị mổ thường quy, giải thích về phương pháp gây tê và giảm đau sau mổ PCEA, cách sử dụng thước đo điểm đau (VAS).

- Gây tê tủy sống, đặt catheter vào khoang NMC bằng bộ Perifix (B/Braun)

- Tiến hành giảm đau sau mổ:

+ Thực hiện khi mạch, huyết áp, SpO_2 ổn định,VAS ≥ 4 (BN tự đánh giá qua thước VAS).

+ Liều tiêm khởi đầu NMC [2] (ml) = [Chiều cao (cm) – 100]:10. Sau khi tiêm 5-10 phút BN đánh giá nếu VAS ≥ 4 tiêm thêm 2 ml đến khi VAS <4.

+ Đặt thông số máy Perfusor B/Braun: Liều yêu cầu 3 ml; Thời gian khóa: 10 phút; Liều duy trì 3 ml/giờ; Tổng liều trong 4 giờ: 40 ml.

+ Giải cứu đau: Nếu sau 3 lần BN bấm máy PCA tiêm thuốc l iên tục mà VAS ≥ 4 thì tiến hành giải cứu đau. Truyền tĩnh mạch 1g paracetamol trong 30 phút. Các thông số máy PCA được giữ nguyên.

- Các mốc theo dõi: H0 (trước tiêm thuốc); H0,25 (sau tiêm 15 phút); H0,5 (sau tiêm 30 phút); H1 (sau tiêm 1 giờ); H2 (sau tiêm 2 giờ); ... H48 (sau tiêm 48 giờ).

2.2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Các chỉ tiêu chung: Tuổi (năm), Chiều cao (cm), Cân nặng (kg), vị trí sỏi, Thời gian mổ (phút).

- Các chỉ tiêu đánh giá tác dụng giảm đau sau mổ và ức chế vận động chi dưới:

+ Thể tích thuốc (hỗn hợp R hoặc BF) tiêm khởi đầu vào khoang NMC (ml), số lần tiêm thêm, thời gian chờ để VAS <4.

+ Thuốc ropivacain (mg), fentanyl (mcg) dùng trong 24h, 24h-48h sau mổ.

+ Điểm VAS trong 48 giờ sau mổ khi nằm nghỉ, khi vận động chân. Mức độ giảm đau theo thang điểm VAS: 0-1 (không đau); 2-3 (đau nhẹ); 4-6 (đau vừa); 7-8 (rất đau); 9-10 (đau không chịu được).

+ Số lần bấm máy yêu cầu tiêm thêm thuốc ngoài màng cứng.

+ Số lần truyền paracetamol, số bệnh nhân giải cứu đau trong 48h sau mổ.

+ Mức độ hài lòng của bệnh nhân. Sau 48 giờ thực hiện giảm đau, BN được hỏi về mức độ hài lòng dựa trên hiệu quả giảm đau và tác dụng không mong muốn theo các mức: rất hài lòng; hài long và không hài lòng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi, chiều cao, cân nặng, thời gian mổ, vị trí sỏi

Bảng 3.1. Tuổi, chiều cao, cân nặng, thời gian mổ, phương pháp mổ

Chỉ tiêu \ Nhóm		Nhóm R	Nhóm RF	p
Tuổi (năm)	$\bar{X}$ ± SD	54,5 ± 8,5	52,6 ± 13,1	> 0,05
	Min - max	40 - 71	33 - 76	
Chiều cao (cm)	$\bar{X}$ ± SD	162,1 ± 6,9	163,4 ± 6,1	> 0,05
	Min - max	150 - 172	152 - 174	
Cân nặng (kg)	$\bar{X}$ ± SD	58,4 ± 7,4	57,3 ± 8,1	>0,05
	Min - max	46 - 71	41 - 72	
Thời gian phẫu thuật (phút)	$\bar{X}$ ± SD	65 ± 13,9	64,2 ± 12,7	> 0,05
	Min - max	40 - 90	50 - 90	
Vị trí sỏi	thận (n;%)	27 (90%)	26(86,7%)	>0,05
	niệu quản (n;%)	3 (10%)	4 (13,3%)	

Nhận xét: Tuổi, chiều cao, cân nặng, và thời gian mốtrung bình giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

3.2. Thể tích, số lần tiêm thêm, thời gian chờ liều tiêm khoang NMC lần đầu để VAS < 4

Bảng 3.2. Thể tích, số lần tiêm thêm, thời gian chờ để VAS < 4

Chỉ tiêu \ Nhóm		Nhóm R	Nhóm RF	p
Liều tiêm khoang NMC lần đầu (ml)	$\bar{X}$ ± SD	7,53 ± 1,55	7,23 ±1,33	>0,05
	Min - max	5 – 11	6 – 11	
Số BN tiêm NMC khi chuẩn độ (2ml/lần)	1 lần	7	7	>0,05
	2 lần	4	1	
TG chờ tác dụng giảm đau (phút)	$\bar{X}$ ± SD	10,5 ± 2,47	9,77 ± 1,87	<0,05
	Min - max	5- 14	7 - 13	

Nhận xét: Thể tích, số lần tiêm thêm trung bình giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Thời gian chờ để VAS nhóm RF nhỏ hơn nhóm R có ý nghĩa thống kê (<0,05).

3.3. Thuốc giảm đau và thuốc tê trong 24h và 24h - 48h sau mổ

Bảng 3.3. Thuốc giảm đau và thuốc tê trong 24h và 48h sau mổ

Chỉ tiêu \ Nhóm		24 giờ đầu		p	48h giờ		p
		Nhóm R	Nhóm RF		Nhóm R	Nhóm RF	
Thuốc tê (mg)	$\bar{X}$ ±SD	95,4 ± 3,89	91,1± 3,29	<0,05	175,33±4,93	170,13±4,26	>0,05
	min-max	88 - 104	84 - 99		167-185	163-181	
Fentanyl (mcg)	$\bar{X}$ ±SD	0	182,2 ± 6,6		0	340,27±8,53	
	min-max		168 - 198			326-362	

Nhận xét: Tổng lượng ropivacain của nhóm RF nhỏ hơn nhóm R có ý nghĩa thống kê (<0,05).

3.4. Số lần bấm máy yêu cầu tiêm thêm thuốc MNC

Bảng 3.4. Số lần bấm máy yêu cầu thêm thuốc trong 24h và 24 - 48 giờ sau mổ

Chỉ tiêu \ Nhóm	Nhóm R		Nhóm RF		p
	$\bar{X}$ ±SD	min-max	$\bar{X}$ ±SD	min-max	
Số lần trong24 giờ	5,2± 1,1	3 - 7	3,9 ± 1,1	3 - 6	<0,05
Số lầntrong 48 giờ	7,9 ± 1,5	6 - 11	6,3 ± 1,5	4-10	<0,05

Nhận xét: Số lần bấm máy nhóm RF thấp hơn nhóm R có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

3.5. Số lần, giải cứu đau trong 48h sau mổ.

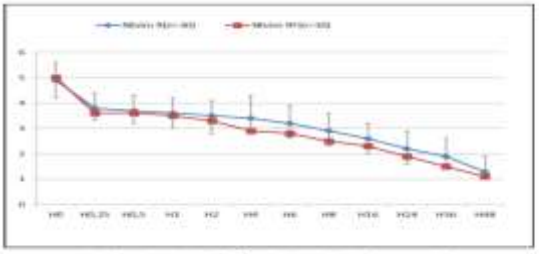
Bảng 3.5. Số lần giải cứu đau

Chỉ tiêu \ Nhóm		Nhóm R (n=30)	Nhóm RF (n=30)	p
Số lần	$\bar{X}$ ± SD	0,43 ± 0,82	0,10 ± 0,30	< 0,05

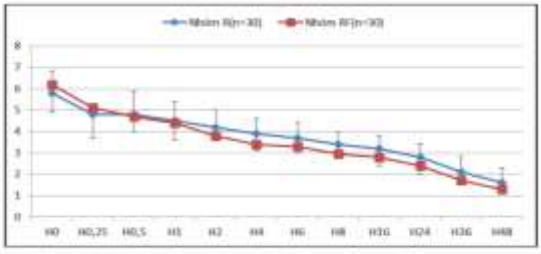
	min-max	0 - 3	0 - 1	
	1 lần	4	3	
	2 lần	3	0	
	3 lần	1	0	
Tổng		**13**	**3**	

Nhận xét: Số lần giải cứu nhóm R cao hơn nhóm RF có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.6. Điểm VAS trung bình lúc nghỉ và lúc vận động chân



Hình 1: Điểm VAS lúc nghỉ



Hình 2: Điểm VAS lúc vận động

Sơ đồ 1. Thang điểm VAS trong thời gian thực hiện giảm đau

Nhận xét: Điểm VAS khi nghỉ của hai nhóm giảm nhanh từ H_0 đến $H_{0,25}$, VAS khi vận động ≤ 4 trong 24 giờ đầu, và VAS ≤ 3 trong khoảng 24 - 48 giờ sau mổ. VAS giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

3.7. Mức độ hài lòng của bệnh nhân

Bảng 3.6. Mức độ hài lòng của bệnh nhân

Nhóm / Mức độ	Nhóm R		Nhóm RF		p
	Số BN	%	Số BN	%	
Rất hài lòng	9	30	18	60	<0,05
Hài lòng	20	66,7	12	40	<0,05
Không hài lòng	1	3,3	0	0	>0,05

Nhận xét: Mức độ hài lòng của bệnh nhân nhóm RF thấp hơn nhóm R có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi, chiều cao, cân nặng và thời gian mổ: Tuổi nhóm R là 54,5 ± 8,5, nhóm RF là 52,6 ± 13,1; trẻ nhất 33 tuổi, già nhất 76 (bảng 3.1). Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có độ tuổi trung bình tương đương với nghiên cứu của Đặng Như Quang [1] trong NC 50 BN phẫu thuật sỏi thận. Chiều cao ở nhóm R là 162,1 ± 6,9cm và nhóm RF là 163,4± 6,1cm. Cân nặng trung bình ở nhóm R 58,4 ± 7,4kg và nhóm RF là 57,3 ± 8,1kg. Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có chiều cao và cân nặng trung bình tương đương với nghiên cứu của Trương Như Khánh [5] trong NC 60 BN mổ sỏi thận khi gây tê TS phối hợp NMC bằng bupivacain - sufentanyl. Thời gian phẫu thuật của 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p> 0,05 (nhóm R là 65,01 ± 13,90 và nhóm RF là 64,02 ± 12,76 phút). Sự phân bố vị trí sỏi của bệnh nhân ở hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Như vậy độ tuổi, chiều cao, cân nặng, vị trí sỏi và thời gian mổ của BN ở hai nhóm NC tương tương đồng nhau. Do đó, không ảnh hưởng việc đánh giá hiệu quả phương pháp giảm đau củ nghiên cứu.

4.2. Thể tích, số lần tiêm thêm, thời gian chờ liều tiêm khoang NMC lần đầu để VAS < 4

Để đạt được điểm VAS < 4, chúng tôi nhận thấy liều khởi đầu ít nhất là 5 ml và nhiều nhất là 11ml (bảng 3.2). Cụ thể liều trung bình nhóm R là 7,53 ± 1,55 ml; nhóm RF là 7,23 ±1,33 ml (với p > 0,05). Sự khác biệt về liều khởi đầu giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với p> 0,05. Liều tiêm NMC của NC cao hơn của Nguyễn Trung Kiên (6,0 ± 0,6 ml) trong NC giảm sau sau mổ vùng bụng trên bệnh nhân cao tuổi bằng bupivacain – fentanyl [3], tương đương với Wai Kyung Lee [6] (5-10ml). Cũng theo bảng 3.2, ở nhóm R có 11 BN phải tiêm khoang NMC bổ sung khi chuẩn độ giảm đau, ở nhóm RF là 8 BN phải tiêm khoang NMC bổ sung. Sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê ở 2 nhóm với p > 0,05. Tuổi và chiều cao của BN là hai yếu tố quan trọng liên quan đến thể tích thuốc tê tiêm NCM. Thời gian chờ tác dụng giảm đau cho đến khi điểm VAS < 4 ở nhóm R là 10,5 ± 2,47 phút, ở nhóm RF là 9,77 ± 1,87phút. Sự khác biệt về

thời gian chờ tác dụng của liều tiêm giảm đau NMC lần đầu là có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Như vậy, ropivacain phối hợp fentanyl sẽ đạt hiệu quả giảm đau nhanh hơn sử dụng ropivacain đơn thuần.

4.3. Thuốc giảm đau và thuốc tê trong 24 giờ và 48 giờ sau mổ: Bảng 3.3 cho thấy liều ropivacain trong 24 giờ của nhóm R (95,4 ± 3,89 mg) lớn hơn có ý nghĩa thống kê (p <0,05) so với nhóm RF (91,1 ± 3,29mg). Nhóm RF liều ropivacain giảm hơn do fentanyl làm tác dụng giảm đau của ropivacain. Liều ropivacain trong 48 giờ của nhóm R (175,33 ± 4,93mg) lớn hơn có ý nghĩa thống kê (p <0,05) so với nhóm RF (170,13 ± 4,26mg). Kết quả của NC tương đương kết luận của Trần Đắc Tiệp trong NC giảm đau sau mổ thay khớp háng cho 60 BN [4]. Như vậy, ropivacain 0,1% PCEA bảo đảm giảm đau mổ sỏi thận và niệu quản 1/3 trên, việc kết hợp fentanyl làm tăng tác dụng giảm đau, giảm liều ropivacain.

4.4. Số lần bệnh nhân bấm nút yêu cầu tiêm thêm thuốc NMC và dùng paracetamol giải cứu đau: Với thông cố cài đặt trong NC, BN có nhu cầu thêm thuốc được thể hiện trong bảng 3.4. Số lần trung bình của 2 nhóm khác nhau có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Trong 24 giờ đầu là 5,2± 1,1 lần ở nhóm R và 3,9 ± 1,1lần ở nhóm RF, ít nhất 3 và nhiều nhất 7 lần. Trong 48 giờ giảm đau, số lần bấm là 7,9 ± 1,5 lần ở nhóm R và 6,3 ± 1,5 lần ở nhóm RF. Như vậy, BN có nhu cầu thêm thuốc ở giờ 24h đầu, nhiều nhất khoảng 4-8 giờ sau mổ. Như vậy, kết hợp với fentanyl làm tăng tác dụng giảm đau của ropivacain và chọn liều nền thấp thì số lần bấm thuốc sẽ tăng cao. Điều này đã thể hiện được vai trò chủ động điều khiển thuốc để giảm đau của người bệnh.

4.5. Điểm VAS khi nghỉ và khi vận động chân: Kết quả sơ đồ 3.1 cho thấy điểm VAS lúc nghỉ nhóm R cao hơn nhóm RF nhưng không có ý nghĩa thống kê với p> 0,05 (nhóm R ở H1: 3,6 ± 0,6; H24: 2,0 ± 0,7; H48: 1,3 ± 0,6. Nhóm RF ở H1: 3,5 ± 0,6; H24: 1,9 ± 0,6; H48: 1,1 ± 0,3. Khi vận động VAS của 2 nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê với p> 0,05. Từ H1 đến H15 BN còn đau với VAS ≥ 4), từ H16 đau ít với VAS **<** 4 (nhóm R ở H1: 5,6 ± 0,4; H24: 2,5 ± 0,7; H48: 1,5 ± 0,7. Nhóm RF ở H1: 5,6 ± 0,5; H24: 2,5 ± 0,8; H48: 1,4 ± 0,5). Như vậy, VAS khi nghỉ và vận động nhóm RF đều thấp hơn ở nhóm R mặc dù nhóm R có số lần bấm thêm thuốc cao hơn. Điều này khẳng định thêm fentanyl làm tăng hiệu quả giảm đau của ropivavain. Giảm đau PCEA bằng fentanyl và ropicacain trong NC đạt hiệu quả giảm đau cho người bệnh cả lúc nghỉ và vận động sau mổ sỏi thận và niệu quản 1/3 trên.

4.6. Mức độ hài lòng của người bệnh: Theo kết qua trong bảng 3.6. sự đánh giá của bệnh nhân của nhóm RF cao hơn nhóm R có ý nghĩa thống kê với p < 0,05: có 29 (96,7%) BN nhóm R và 30 (100%) BN nhóm RF hài lòng khi đánh giá về phương pháp giảm đau PCEA của NC, chỉ có 1 (3,3%) BN ở nhóm R không hài lòng. Kết quả NC tương tự Wai Kyung Lee (2013) [6] BN ở nhóm RF hài lòng là cao hơn nhóm R (p < 0,05) khi so sánh 210 BN PCEA bằng ropivacain 0,1% và ropivacain 0,1% - 1mcg/ml fentanyl sau mổ vùng bụng dưới và Trần Đắc Tiệp [4]. Như vậy, kết hợp ropivacain 0,1% và fentanyl 2mcg/ml bảo đảm giảm đau và mang lại sự hài lòng khi giảm đau sau mổ sỏi thận và niệu quản 1/3 trên.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu giảm đau bằng ropivacain 0,1% - fentanyl 2mcg/ml qua catheter NMC do 30 bệnh nhân tự điều khiển sau mổ sỏi thận và niệu quản 1/3 trên so với 30 bệnh nhân dùng ropivacain 0,1% nhóm NC nhận thấy hỗn hợp thuốc ropivacain 0,1% - fentanyl 2mcg/ml bảo đảm giảm đau tốt sau mổ, mang lại sự hài lòng cho bệnh nhân:

- Liều trung bình tiêm khoang NMC lần đầu của Ropivacain 0,1% - Fentanyl 2mcg/ml là 7,23 ±1,33ml, tổng liều ropivacain là 170,13 ± 4,26mcg/48h, số lần bolus khoang ngoài màng cứng 6,3 ± 1,5 lần/48h.
- Bệnh nhân được giảm đau tốt cả khi nghỉ và vận động.
- 100% bệnh nhân hài lòng về phương pháp giảm đau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Như Quang** (2013), *"Nghiên cứu tác dụng gây tê tủy sống phối hợp gây tê ngoài màng cứng liên tục bằng hỗn hợp Levobupivacain - sufentanyl trong và sau phẫu thuật lấy sỏi thận"*, Luận văn chuyên khoa cấp 2, Học viện Quân Y.
2. **Nguyễn Thị Kim Chung** (2015), *"Nghiên cứu hiệu quả giảm đau sau mổ cắt tử cung hoàn toàn đường bụng bằng hỗn hợp Ropivacain-fentanyl qua catheter ngoài màng cứng bệnh nhân tự điều khiển"*, Luận văn chuyên khoa 2, Học viên quân y.
3. **Nguyễn Trung Kiên** (2014), *"Nghiên cứu hiệu quả giảm đau đường ngoài màng cứng ngực bằng hỗn hợp bupivacain-fentanyl do bệnh nhân tự điều khiển sau mổ vùng bụng trên ở người cao tuổi"*, Luận án tiến sĩ Y học, Viện Nghiên cứu Khoa Học Y Dược Lâm Sàng 108.

4. Trần Đắc Tiệp (2017), "Nghiên cứu tác dụng giảm đau bằng ropivacain – fentanyl qua catheter ngoài màng cứng bệnh nhân tự điều khiển sau mổ thay khớp háng", Tạp chí Y dược học quân sự, 42 (4), tr. 184-192.

5. Trương Như Khánh (2010), *"Đánh giá tác dụng gây tê tủy sống phối hợp gây tê ngoài màng cứng liên tục bằng hỗn hợp bupivacain-sufentanyl trong và sau phẫu thuật lấy sỏi thận"*, Luận văn Thạc sĩ y khoa, Học viện Quân Y.

6. Wai Keung Lee, Kwong Leung Y, Chao Shun Tang (2003), "Ropivacain 0,1% with or without fentanyl for epidural postoperative analgesia: a randomized double-blind comparison", *Kaohsiung J med Sci* 19(9), 458-63.

NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ ANTITHROMBIN III Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN

Hà Thị Thu Trang*, Thái Danh Tuyên, Vũ Đức Định*****

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nồng độ Antithrombin III ở bệnh nhân xơ gan. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có 50 người. Tuổi trung bình là 52±10,823 tuổi; nam/nữ:45/5 (90%/5%); Antithrombin III = 52.30±19.85; có biểu hiện giảm <80% gặp ở 88% số bệnh nhân xơ gan (44/50), bình thường 80-120% gặp ở 6 bệnh nhân (12%), tăng >120% không có bệnh nhân nào. Antithrombin III có xu hướng giảm dần từ Child-Pugh A đến Child-Pugh C. Child-Pugh A: 64.33 ± 16.06; Child-Pugh B: 57.65 ± 19.43;Child-Pugh C: 46.26 ± 19.24. Chỉ số Antithrombin III có mối tương quan nghịch mức độ trung bình với điểm Child-Pugh. Phương trình tương quan: y = -0.0425 + 11.604. Hệ số tương quan r=sqrt (0.112)=0.33; (p<0.05). **Kết luận:** Có thể sử dụng Antithrombin III như là chất chỉ điểm đánh giá mức độ suy giảm chức năng gan ở bệnh nhân xơ gan.

Từ khóa: Nồng độ Antithrombin III, xơ gan

SUMMARY

STUDY ON CONCENTRATION OF ANTITHROMBIN III IN CIRRHOSIS PATIENTS

Objective: Study on concentration of Antithrombin III-anti substance in cirrhosis patients. **Method:** Study cross-sectional descriptive on cirrhosis patients the gastroenterology department the 103 military hospital from 1/11/2016 to 28/2/2017. **Results:** The research patient group has 50 persons. Mean age was 52 ± 10,823; There are 45 men (90%) and 5 women (5%). The Antithrombin III concentration has reduced in 44 patients (88%), normal 6 patients (12%) and not increasing patient. The average Antithrombin III concentration was 52.30 ± 19.85%. There is inverse correlation between the concentration of Antithrombin III and Child-Pugh: y = -0.0425 + 11.604. r=sqrt(0.112)=0.33; (p<0.05). **Conclusion:**. Antithrombin III concentration can be used as a marker for following up liver function in cirrhosis patients.

Keyword: The Antithrombin III concentration, cirrhosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là một bệnh lý mạn tính, thường gặp ở Việt Nam cũng như trên toàn thế giới. Tổn thương xơ gan là không hồi phục, dẫn đến nhiều biến chứng và tỷ lệ tử vong cao. Có nhiều nguyên nhân gây xơ gan nhưng chủ yếu do rượu, virus viêm gan B, virus viêm gan C. Bệnh nhân (BN) xơ gan do chức năng tế bào gan suy giảm nên không chỉ có các biểu hiện của suy giảm các yếu tố đông máu và còn giảm các yếu tố ức chế đông máu sinh lý như: Antithrombin III, Protein S,Antithrombin III [1]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh mối liên quan giữa sự suy giảm yếu tố ức chế đông máu sinh lý trong đó có yếu tố Antithrombin III với tình trạng rối loạn đông máu ở bệnh nhân xơ gan [2], [3].

Rối loạn đông máu ở BN xơ gan đã được chú ý và nghiên cứu kỹ từ lâu, tuy nhiên, nghiên cứu về các yếu tố chống đông sinh lý như: Antithrombin III (ANTITHROMBIN III), Protein C, protein S hiện mới chỉ được công bố trong các nghiên cứu nước ngoài [5]. Ở nước ta, hiện có rất ít báo cáo về vấn đề này. Đêt góp phần làm sáng tỏ vấn đề nêu trên, chúng tối tiến hành nghiên cứu nồng độ Antithrombin III ở bệnh nhân xơ gan với mục tiêu: *Xác định nồng độ Antithrombin III huyết tương và mối tương quan của Antithrombin III với thang điểm Child-Pugh ở bệnh nhân xơ gan.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả những bệnh nhân xơ gan tại khoa Nội tiêu hóa Bệnh viện 103 từ 1/11/2016 đến 28/2/2017.

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

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Chẩn đoán xơ gan, nguyên nhân xơ gan dựa vào các tiêu chuẩn hiện đang được áp dụng tại khoa Nội tiêu hóa Bệnh viện 103.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân xơ gan có kèm theo ung thư gan, đang sử dụng một số thuốc gấy ảnh hưởng đến đông máu như: heparin, aspirin...

2.3. Tiến hành nghiên cứu: Thu thập các thông tin liên quan đến nghiên cứu từ bệnh án bao gồm: tuổi; giới tính; tiền sử sử dụng rượu; viêm gan virus; triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của hội chứng suy chức năng tế bào gan và hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa; xét nghiệm chỉ số Antithrombin III.

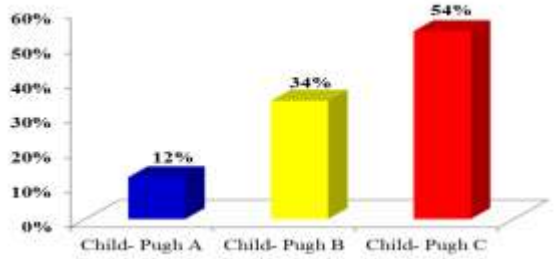
2.4. Phân tích số liệu: Dữ liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân vào nghiên cứu: Có 50 bệnh nhân đủ tiêu

** Trường Cao đẳng Y tế Sơn La*
***Học viện Quân y,*
****Bệnh viện E*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đức Định
Email: drvuducdinh@gmail.com
Ngày nhận bài: 22/7/2017
Ngày phản biện khoa học: 21/8/2017
Ngày duyệt bài: 15/9/2017

chuẩn lựa chọn tham gia nghiên cứu: Tuổi: Tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là 52,42 ±10,832 (Cao nhất là 70 tuổi và thấp nhất là 28 tuổi), Giới: Có 45 nam (90%) và 5 nữ (10%).



Biểu đồ 3.1. Phân loại chức năng gan theo Child- pugh

Nhận xét: Mức độ Child -Pugh B và C chiếm 88%.

3.2. Nồng độ Antithrombin III và mối liên quan với phân loại mức độ xơ gan theo Child-Pugh

Bảng 3.1. Đặc điểm của chỉ số Antithrobin III ở nhóm nghiên cứu

Chỉ số Antithrombin III (%)		**n**	**%**
Tăng	*> 120*	*0*	*0*
Bình thường	*80-120*	*6*	*12*
Giảm	*< 80*	*44*	*88*
$\bar{X}$ **± SD**		**52.30 ± 19.85**	
Tổng		**50**	**100**

Nhận xét: Không có trường hợp nào tăng chỉ số Antithrombin III, chỉ có 6 trường hợp Antithrombin III trong giới hạn bình thường từ 80-120% (12%), giảm Antithrombin III < 80% chiếm tỷ lệ cao nhất 88%. Nồng độ Antithrombin trung bình III ở nhóm nghiên cứu là: 52.30 ± 19.85%.

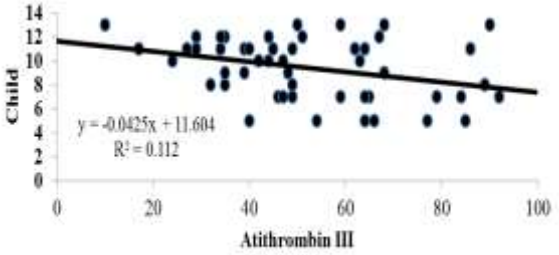
Bảng 3.2. Mối liên quan giữa chỉ số Antithrombin III và phân loại các mức độ xơ gan theo Child- Pugh

Mức độ xơ gan	**n**	**Antithrombin III (%)**
		$\bar{X}$ ± SD
Child- Pugh A	*6*	*64.33 ± 16.06*
Child- Pugh B	*17*	*57.65±19.43*
Child- Pugh C	*27*	*46.26 ± 19.24*
p		*< 0.05*

Nhận xét: Giá trị trung bình của Antithrombin III có xu hướng giảm dần từ Child-Pugh A đến Child-Pugh C. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0.05).

3.3. Nồng độ Antithrombin III và tương quan với mức độ suy chức năng gan theo thang điểm Child-Pugh

Nhận xét: Chỉ số Antithrombin III có mối tương quan nghịch mức độ trung bình với điểm Child-Pugh. Phương trình tương quan: y = -0,0425 + 11,604. Hệ số tương quan r=sqrt (0.112)= 0,33; p <0.05.



Biểu đồ 3.3. Tương quan giữa nồng độ Antithrombin III và điểm Child-Pugh

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân vào nghiên cứu: Tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là 52,42 ±10,832. Kết quả phù hợp với các kết quả nghiên cứu của D. Q. Huy [6]. Giới: Có 45 nam (90%) và 5 nữ (10%). Kết quả nhóm bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu là nam chiếm 90% phù hợp với đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân xơ gan gặp ở nam nhiều hơn nữ [4], [5]. Đặc điểm chức năng gan theo Child-Pugh: Số bệnh nhân có chức năng gan suy giảm nặng (Child-Pugh B,C) 88% chiếm đa số so với nhóm nhẹ (Child-Pugh A) 12%. Kết quả này tương tự các nghiên cứu khác [3], [4]. [5].

4.2. Nồng độ Antithrombin III và mối liên quan với phân loại mức độ xơ gan theo Child-Pugh

4.2.1. Về nồng độ Antithrombin III ở BN xơ gan: Antithrombin III = 52.30 ± 19,85%; có biểu hiện giảm <80% cũng gặp ở đa số bệnh nhân 44 người (88%), bình thường 80-120% gặp ở 6 bệnh nhân (12%), tăng >120% không có bệnh nhân nào. Antithrombin III giảm cơ chế do: Antithrombin III là chất chống đông sinh lý được tổng hợp tại gan. Khi gan xơ làm giảm hấp thu vitamin K cùng với tổng hợp chuyển hóa các chất giảm làm giảm nguyên liệu để tổng hợp nên các yếu tố chống đông máu sinh lý nên giảm yếu tố này trong cơ thể.

Hiện chưa có nghiên cứu trong nước nào công bố kết quả nghiên cứu về vấn đề này. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu của các tác giả quốc tế. Nghiên cứu của Armando Triodo (2009) và cộng sự nghiên cứu tại Ý về sự mất cân bằng yếu tố chống đông trong huyết thanh của bệnh nhân xơ gan trên 134 bệnh nhân. Kết quả: nồng độ Antithrombin = 60% thấp hơn so với người khỏe

mạnh [1]. Nghiên cứu của Ayman A Abdo và cộng sự năm 2014 tiến hành nghiên cứu 154 bệnh nhân bị bệnh gan mạn tính trong đó có nhóm bệnh nhân xơ gan gồm 36 người thấy chỉ số Antithrombin III = 68%, thấp hơn hẳn so với các nhóm bệnh gan khác như viêm gan virus B, viêm gan virus C, viêm gan nhiễm mỡ [1]. Gần đây nhất năm 2016 nghiên cứu của tác giả Hesla Baccouche cho thấy ở các bệnh nhân xơ gan có sự suy giảm Antithrombin = 50,17 ± 26,8%.

4.2.2. Nồng độ Antithrombin III và tương quan với mức độ suy chức năng gan (thang điểm Child-Pugh): Giá trị trung bình của Antithrombin III có xu hướng giảm dần từ Child-Pugh A đến Child-Pugh C. Child-Pugh A: 64.33±16.06; Child-Pugh B: 57.65 ± 19.43;Child-Pugh C: 46.26 ± 19.24. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0.05).

Kết quả này tương tự như các nghiên cứu của quốc tế. khác [5], [7]. Nghiên cứu của tác giả Hesla Baccouche (2016) [8] : Protein C: Child-Pugh A= 70.7 ± 20.7; Child-Pugh B = 47.2 ± 23.6;Child-Pugh C = 33.1 ± 22.0. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0.001). Antithrombin III: Child-Pugh A = 71.7 ± 28; Child-Pugh B = 39.9 ± 21.4; Child-Pugh C = 35.3 ± 18,4. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0.001).

Chúng tôi đã tiến hành phân tích phương trình hồi quy tuyến tính Antithrombin III kết quả: Chỉ số Antithrombin III có mối tương quan nghịch mức độ trung bình với điểm Child-Pugh. Phương trình tương quan: y = -0.0425 + 11.604. Hệ số tương quan r=sqrt(0.112)=0.33; p<0.05. Qua phương trình trên thấy: điểm Child-Pugh càng cao (mức độ xơ gan càng nặng) thì chỉ số Antithrombin III càng giảm. Ngược lại diểm Child-Pugh càng thấp thì chỉ số Antithrombin III càng cao. Vậy chỉ số Antithrombin III tương quan với mức độ nặng của xơ gan.

Nhiều nghiên cứu trước đó đã chỉ ra mối liên quan giữa sự giảm các yếu tố chống đông máu nội sinh và sự hình thành huyết khối tĩnh mạch cửa [1]. Với Antithrombin III năm 1997, nghiên cứu của Franco Carmassi và cộng sự cho thấy tác dụng chống huyết khối khi sử dụng Antithrombin III thay thế trong xơ gan [3]. Năm 2010, nghiên cứu của Kawanaka H và cộng sự cho thấy sử dụng Antithrombin III điều trị cho các bệnh nhân sau cắt lách ở các bệnh nhân xơ gan có cường lách có thể ngăn cản sự phát triển huyết khối tĩnh mạch [4].

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra chỉ số Antithrombin III có mối quan hệ chặt chẽ với mức độ suy chức năng gan, đây là một yếu tố quan trọng cần thiết cho việc tiên lượng, theo dõi và sử dụng để điều trị.

V. KẾT LUẬN

- Antithrombin III = 52.30±19.85; có biểu hiện giảm <80% gặp ở 88% số bệnh nhân xơ gan (44/50), bình thường 80-120% gặp ở 6 bệnh nhân (12%), tăng >120% không có bệnh nhân nào.

- Antithrombin III có xu hướng giảm dần từ Child-Pugh A đến Child-Pugh C. Child-Pugh A: 64.33 ± 16.06; Child-Pugh B: 57.65 ± 19.43; Child-Pugh C: 46.26 ± 19.24. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0.05).

- Chỉ số Antithrombin III có mối tương quan nghịch mức độ trung bình với điểm Child-Pugh.Phương trình tương quan: y = -0.0425 + 11.604. Hệ số tương quan r=sqrt(0.112)=0.33; (p<0.05).

KIẾN NGHỊ

Nên xét nghiệm nồng độ Antithrombin III thường qui để theo dõi, đánh giá mức độ suy giảm chức năng ở bệnh nhân xơ gan trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Armando Tripodi, Francesco Salerno, Veena Chantarangkul and et al** (2005). "*Evidence of normal thrombin generation in cirrhosis despite abnormal conventional coagulation tests". Hepatol Baltim Md*. Vol 41(3), pp 553–558.
2. **Abdo A.A, Sanai F.M, Azzam N, et a**l (2010). "Natural anticoagulants can be useful predictors of severity in chronic liver disease". *Blood Coagul Fibrinolysis Int J Haemost Thromb*, 21(2), 122–127.
3. **Carmassi F, De Negri F, Morale M, et al** (1997). "Antithrombotic and antifibrinolytic effects of Antithrombin III replacement in liver cirrhosis". *Lancet Lond Engl*, 349(9058), 1069.
4. **Kawanaka H, Akahoshi T, Itoh S, et al** (2014). "Optimizing risk stratification in portal vein thrombosis after splenectomy and its primary prophylaxis with Antithrombin III concentrates and danaparoid sodium in liver cirrhosis with portal hypertension". *J Am Coll Surg*, 219(5), 865–874.
5. **Tang W and et al** (2015). *"Procoagulant imbalance aggravated with falling liver function reserve, but not associated with the presence of portal vein thrombosis in cirrhosis". Eur J Gastroenterol Hepatol*. Vol 27(6), pp 672–678.
6. **Dương Quang Huy** (2015), "*Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng, hình thái và chức năng tim ở bệnh nhân xơ gan"*, Luận văn tiến sỹ y học, Học viện Quân Y.
7. **Wiegand J and Berg T** (2013). "*The etiology, diagnosis and prevention of liver cirrhosis: part 1 of a series on liver cirrhosis*". *Dtsch Ärztebl Int*. Vol 110(6), pp 85–91.

GIÁ TRỊ CỦA PHIM TOÀN CẢNH PANORAMARAMA VÀ PHIM CẮT LỚP CHÙM TIA HÌNH NÓN TRONG PHẪU THUẬT RĂNG HÀM LỚN THỨ BA HÀM DƯỚI

Trần Cao Bính*, Phạm Trần Anh Khoa**

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh giá trị một số kích thước và hình thái của răng khôn hàm dưới (RKHD) sau phẫu thuật giữa lâm sàng và phim Panorama, phim CT. Cone Beam (CTCB). **Đối tượng nghiên cứu:** là các bệnh nhân có RKHD khám và điều trị tại khoa Phẫu thuật trong miệng tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, từ 8/ 2014 đến 8/ 2015. **Kết quả**: Chiều dài chân răng 8 đo được trên phim Panorama là 9,5 ± 1,9, trên phim CTCB là 10,2 ± 1,1. Sự chênh lệch so với lâm sàng đo được của phim Panorama là: -1,0 ± 2,1, CTCB là: -0,5 ± 1,5. Chiều dài toàn bộ răng 8 chúng tôi đo được trên lâm sàng là 17,7 ± 1,1. Trên phim Panorama là 16,5 ± 2,5, trên phim CTCB là 16,8 ± 1,3. Độ chênh về chiều dài toàn bộ răng 8 giữa lâm sàng với phim Panorama là -0,6 ± 2,1 và CTCB là -0,6 ± 1,0. Có sự khác biệt về số lượng chân răng giữa Panorama so với sau PT; Không có sự khác biệt về số lượng chân răng giữa phim CTCB so với sau PT. Độ rộng nhất của chân răng 8 trên lâm sàng là 8,7 ± 2,0, trên phim Panorama là 9,3 ± 8,9, trên phim CTCB là 8,6 ± 1,1. Độ chênh về độ rộng nhất của chân răng 8 giữa lâm sàng với phim Panorama là 1,8± 13,8 và CTCB là -0,1 ±1,5. Có sự chênh khá lớn giữa 2 phim với lâm sàng và ta thấy phim CTCB có độ chính xác cao hơn. **Kết luận:** Tỉ lệ chân RKHD chụm chiếm đa số 78.49%, chân phân kỳ ít gặp 21.51%. Hình dạng chân RKHD thường gặp là chân thẳng 63.44%, cao gấp 1.8 lần chân cong (35.48%). Chân dùi trống rất hiếm 1.08%. Tỉ lệ gây biến chứng của các tư thế RKHD: lệch ngoài: 85,11%; lệch gần: 66,67%; thẳng trục là: 55,56%; lệch xa: 33.33%. Tỉ lệ gây biến chứng của các vị trí là:; Vị trí A: 65,52%; Vị trí B: 85,19% ; Vị trí C: 62,5%.

Từ khóa: Răng khôn hàm dưới, cắt lớp chùm tia hình nón

SUMMARY

THE VALUE OF PANORAMIC RADIOGRAPH AND CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY IN MANDIBULAR THIRD MOLAR

Objective: Compare some tooth sizes and shapes of mandibular third molar between clinical examination and X-ray films (paronamic signs and cone beam computed tomography - CBCT findings). **Subjects:** Patients who had mandibular third molar were examed and treated at Department of Oral Surgery, National Hospital of Odonto - Stomatology, Hanoi from August, 2014 to August, 2015. **Results:**

	Panoramic radiograph	Cone beam CT
1. The mean root length	9,5 ± 1,9	10,2 ± 1,1
The deviation compare to clinical examination	-1,0 ± 2,1	-0,5 ± 1,5
2. The mean tooth length (17,7 ± 1,1)	16,5 ± 2,5	16,8 ± 1,3
The deviation compare to clinical examination	-0,6 ± 2,1	-0,6 ± 1,0
3. The max root width (8,7 ± 2,0)	9,3 ± 8,9	8,6 ± 1,1
The deviation compare to clinical examination	1,8± 13,8	-0,1 ±1,5
4. The number of roots compare to clinical examination	Still had deviation	No deviation
Overall		Higher accuracy

Conclusions: Root contact: 78.49%, root separation: 21.51%. Straight shaped root: 63.44%, curved shaped root: 35.48%. Clubbed shaped root still occurred in one case (1.08%). The rate of complications: Classification according to Archer 1975, Kruger 1 984: Buccoangular (85,11%), Mesioangular (66,67%), Vertical (55,56%), Distoangular (33.33%). Classification according to Pell and Gregory 1933: Class A (65,52%), Class B (85,19%), Class C (62,5%).

Keyword: Mandibular third molar, Cone beam computed tomography

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng hàm lớn thứ ba (răng 8) hàm dưới (RKHD) gây nhiều biến chứng biến phức tạp tại chỗ, toàn thân đôi khi rất nặng nề cho người bệnh. Hình thái và vị trí mọc RKHD có liên quan chặt chẽ tới tỷ lệ gây biến chứng của nó. Khám lâm sàng và chụp phim X quang để hỗ trợ và lập kế hoạch điều trị.

Những phim hay sử dụng để phục vụ cho phẫu thuật là phim toàn cảnh (Panoramarama) và phim CTCB Cone Beam (CTCB). Phim toàn cảnh cung cấp thông tin nhất định cho chẩn đoán và điều trị RKHD, nhưng không đánh giá chính xác vị trí, hình dáng, hướng của thân răng, số lượng và hình dáng chân răng. Phim CTCB khắc phục những hạn chế của phim Panorama mà còn cho phép ta đánh giá chính xác các cấu trúc giải phẫu liên quan như vách xương mặt xa răng số 7 và liên quan ống thần kinh răng dưới. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: So sánh giá trị một số kích thước bà hình thái của RKHD sau phẫu thuật giữa lâm sàng và phim Panorama, CTCB ở nhóm bệnh nhân trên.

**Bệnh viện Răng Hàm Mặt Tư Hà Nội*
***Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Cao Bính
Email: dr.binhnhos@gmail.com
Ngày nhận bài: 1/7/2017
Ngày phản biện khoa học: 31/7/2017
Ngày duyệt bài: 18/9/2017

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Là các bệnh nhân có RKHD khám và điều trị Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, từ 8/ 2014 đến 8/ 2015.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Những bệnh nhân RKHD
- Không có bệnh mạn tính toàn thân như: dị ứng, tim mạch, tiểu đường, bệnh về máu.
- Có nguyện vọng nhổ RKHD
- Đồng ý chụp phim toàn cảnh Panoramarama và phim CTCB

***Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Có các bệnh toàn thân đang tiến triển
- Không có nguyện vọng nhổ RKHD.
- Bệnh nhân không hợp tác…
- Không chụp phim Panoramarama hoặc/ và phim CTCB

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

***Cỡ mẫu:**

- Sử dụng công thức tính cỡ mẫu của nghiên cứu mô tả cắt ngang, tính được cỡ mẫu là n=58:
- Trong công trình này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 60 bệnh nhân.

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

- *Bước 1: Khám lâm sàng: để thu thập thông tin*
- *Bước 2: Đánh giá trong miệng*

+ Đánh giá vị trí răng

+ Đánh giá trục răng 8 so với răng 7

+ Dùng compa để đo khoảng cách từ mặt nhai R7 đến điểm cao nhất R8 và khoảng cách từ điểm gần nhất của mặt nhai R8 đến bờ lợi cành lên XHD.

+ Đánh giá các dấu hiệu lâm sàng như sưng, đau hay khít hàm hay không.

- Bước 3: Chụp phim Panorama, CTCB và đánh giá trên phim 2 phim:

- Bước 4: Nhổ RKHD và đối chiếu trên phim.
- Bước 5: Xử lý số liệu

2.4 Số liệu được nhập và phân tích bởi phần mềm SPSS 16.0

+ Dùng Test để so sánh các tỷ lệ, hoặc Test Fisher exa CTCB trong trường hợp tần số lý thuyết < 5.

+ Giá trị p< 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

So sánh ghép cặp phim Panorama-phim CTCB với lâm sàng sau phẫu thuật

3.1. Chiều dài thân răng R8

Bảng 3.1: Chiều dài thân răng 8

Chiều dài thân răng 8	Phim Panorama		Phim CTCB		Lâm sàng		p
	Số lượng	Kích thước	Số lượng	Kích thước	Số lượng	Kích thước	
R38	34	7,3 ± 0,9	34	6,7 ± 0,9	34	6,9 ± 0,6	> 0,05
R48	26	7,3 ± 1,1	26	6,5 ± 0,7	26	7,3 ± 0,7	> 0,05
Chung	60	7,3 ± 1,0	60	6,6 ± 0,8	60	7,0 '± 0,6	> 0,05

Bảng 3.2: độ chênh về chiều dài thân răng R8 giữa phim Panorama, CTCB với lâm sàng

Chiều dài thân răng R8	Chênh giữa phim Panorama với lâm sàng		Chênh giữa phim CTCB với lâm sàng		p (Wilcoxon signed-rank test ghép cặp)
	Số lượng	Kích thước	Số lượng	Kích thước	
R38	34	0,4 ± 1,1	34	-0,1 ± 0,9	< 0,05
R48	26	0,2 ± 1,5	26	-0,3 ± 0,6	< 0,05
Chung	60	0,3 ± 1,3	60	-0,2 ± 0,9	< 0,05

Chiều dài đo được trên phim Panorama là: 7,3 ± 1,0, trên phim CTCB là: 6,6 ± 0,8. Sự chênh lệch so với lâm sàng đo được của phim Panorama là: 0,3 ± 1,3, CTCB là: -0,2 ± 0,9. Sự khác biệt này cho thấy phim CTCB có độ chính xác hơn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với P < 0.05.

3.2. Khoảng cách gần xa thân R8

Bảng 3.3. Khoảng cách gần xa thân R8

Khoảng cách gần xa thân R8	Phim Panorama		Phim CTCB		Lâm sàng		p
	Số lượng	Kích thước	Số lượng	Kích thước	Số lượng	Kích thước	
R38	34	11,2 ± 1,8	34	11,4 ± 1,0	34	11,6 ± 1,1	> 0,05
R48	26	11,6 ± 1,2	26	11,2 ± 1,2	26	12,2 ± 1,3	> 0,05
Chung	60	11,3 ± 1,6	60	11,3 ± 1,0	60	11,8 ±1,2	> 0,05

Bảng 3.4: Độ chênh về khoảng cách gần xa thân R8 giữa phim Panorama, CTCB với lâm sàng

Khoảng cách gần xa thân R8	Chênh giữa phim Panorama với lâm sàng		Chênh giữa phim CTCB với lâm sàng		p
	Số lượng	Kích thước	Số lượng	Kích thước	
R38	34	-0,7 ± 2,4	34	-0,4 ± 0,7	> 0,05

R48	26	-0,6 ±1,2	26	-0,6 ± 0,4	> 0,05
Chung	60	-0,7 ± 0,2	60	-0,4 ± 0,6	> 0,05

Khoảng cách gần xa răng 8 đo được trên phim Panorama là: 11,3 ± 1,6, trên phim CTCB là: 11,3 ± 1,0. Sự chênh lệch so với lâm sàng đo được của phim Panorama là: -0,7 ± 0,2, CTCB là: -0,4 ± 0,6. Sự khác biệt này cho thấy phim CTCB có độ chính xác hơn. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với P > 0.05.

3.4. Chiều dài chân R8

Bảng 3.5: Chiều dài chân răng 8

Chiều dài chân R8	Phim Panorama		Phim CTCB		Lâm sàng		p
	Số lượng	Kích thước	Số lượng	Kích thước	Số lượng	Kích thước	
R38	34	9,5 ± 2,2	34	10,1 ± 1,2	34	11,1 ± 0,9	< 0,05
R48	26	9,5 ± 1,3	26	10,4 ± 1,1	26	9,9 ± 1,6	< 0,05
Chung	60	9,5 ± 1,9	60	10,2 ± 1,1	60	10,7 ±1,3	< 0,05

Bảng 3.6: Độ chênh về chiều dài chân răng 8 giữa phim Panorama, CTCB với lâm sàng

Chiều dài chân R8	Chênh giữa phim Panorama với lâm sàng		Chênh giữa phim CTCB với lâm sàng		p
	Số lượng	Kích thước	Số lượng	Kích thước	
R38	34	-1,2 ± 2,5	34	-0,9 ± 1,5	< 0.05
R48	26	-0,5 ± 0,8	26	0,4 ± 0,6	< 0.05
Chung	60	-1,0 ± 2,1	60	-0,5 ± 1,5	< 0.05

Chiều dài chân răng 8 đo được trên phim Panorama là9,5 ± 1,9, trên phim CTCB là: 10,2 ± 1,1. Sự chênh lệch so với lâm sàng đo được của phim Panorama là: -1,0 ± 2,1, CTCB là: -0,5 ± 1,5. Sự khác biệt này cho thấy phim CTCB có độ chính xác hơn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với P < 0.05

3.5. Chiều dài toàn bộ R8

Bảng 3.7. Chiều dài toàn bộ R8

Chiều dài toàn bộ R8	Phim Panorama		Phim CTCB		Lâm sàng		P
	Số lượng	Kích thước	Số lượng	Kích thước	Số lượng	Kích thước	
R38	34	16,6 ± 2,5	34	16,8 ± 1,2	34	18,0 ± 0,9	< 0,05
R48	26	16,4 ± 2,6	26	16,8 ± 1,4	26	17,1 ± 1,1	< 0,05
Chung	60	16,5 ± 2,5	60	16,8 ± 1,3	60	17,7 ± 1,1	< 0,05

Bảng 3.8: Độ chênh về chiều dài toàn bộ R8 giữa phim Panorama, CTCB với lâm sàng

Chiều dài toàn bộ R8	Chênh giữa phim Panorama với sau phẫu thuật		Chênh giữa phim CTCB với sau phẫu thuật		p
	Số lượng	Kích thước	Số lượng	Kích thước	
R38	34	-0,7 ± 2,2	34	-0,9 ± 1,1	> 0,05
R48	26	-0,7 ± 2,2	26	-0,07 ± 0,5	> 0,05
Chung	60	-0,6 ± 2,1	60	-0,6 ± 1,0	> 0,05

Chiều dài toàn bộ răng 8 chúng tôi đo được trên lâm sàng là 17,7 ± 1,1. Trên phim Panorama là 16,5 ± 2,5, trên phim CTCB là 16,8 ± 1,3. Độ chênh về chiều dài toàn bộ răng 8 giữa lâm sàng với phim Panorama là -0,6 ± 2,1 và CTCB là -0,6 ± 1,0. Điều này cho thấy phim CTCB chính xác hơn. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống ke với P >0,05.

3.6. Số lượng chân răng

Bảng 3.9: Số lượng chân răng

Số lượng chân răng	Phim Panorama		Sau phẫu thuật		Phim CTCB		p
	Số lượng	Số lượng chân răng	Số lượng	Kích thước	Số lượng	Kích thước	
R38	34	1,9± 0,3	34	2,0 ± 0,2	34	1,9 ± 0,2	
R48	26	2,0 ± 0,0	26	2,1 ± 1,3	26	2,0 ± 0,2	
Chung	60	2,0 ± 0,2	60	2,1 ± 0,3	60	2,0 ± 0,2	

Bảng 3.10: Độ chênh về số lượng chân răng 8 giữa phim Panorama và CTCB với sau phẫu thuật

Số lượng chân răng	Chênh giữa phim Panorama với sau phẫu thuật		Chênh giữa phim CTCB với sau phẫu thuật		p
	Số lượng	Kích thước	Số lượng	Kích thước	
R38	34	-0,2 ± 0,4	34	-0,1 ± 0,3	< 0,05

R48	26	-0,1 ± 0,3	26	0,0 ± 0,0	< 0,05
Chung	60	-0,2 ± 0,4	60	-0,1 ± 0,3	< 0,05

Có sự khác biệt về số lượng chân răng giữa Panorama so với sau PT. Không có sự khác biệt về số lượng chân răng giữa phim CTCB so với sau PT

3.7. Độ rộng nhất của chân răng 8

Bảng 3.11: Độ rộng nhất của chân răng 8

Độ rộng nhất của chân răng	Phim Panorama		Phim CTCB		Lâm sàng		P
	Số lượng	Kích thước	Số lượng	Kích thước	Số lượng	Kích thước	
R38	34	8,2 ± 1,4	34	8,6 ± 0,9	34	9,1 ± 1,2	< 0,05
R48	26	10,6 ± 13,3	26	8,5 ± 1,2	26	7,6 ± 2,9	< 0,05
Chung	60	9,3 ± 8,9	60	8,6 ± 1,1	60	8,7 ± 2,0	< 0,05

Bảng 3.12: Độ chênh về độ rộng nhất của chân răng 8 giữa lâm sàng với phim Panorama và CTCB

Độ rộng nhất của chân răng	Chênh giữa phim Panorama với sau phẫu thuật		Chênh giữa phim CTCB với sau phẫu thuật		P
	Số lượng	Kích thước	Số lượng	Kích thước	
R38	34	-1,1 ± 1,0	34	-0,4 ± 0,5	< 0,05
R48	26	0,9 ± 1,1	26	0,7 ± 2,7	< 0,05
Chung	60	1,8± 13,8	60	-0,1 ±1,5	< 0,05

Độ rộng nhất của chân răng 8 trên lâm sàng là 8,7 ± 2,0, trên phim Panorama là 9,3 ± 8,9, trên phim CTCB là 8,6 ± 1,1. Độ chênh về độ rộng nhất của chân răng 8 giữa lâm sàng với phim Panorama là 1,8± 13,8 và CTCB là -0,1 ±1,5. Có sự chênh khá lớn giữa 2 phim với lâm sàng và ta thấy phim CTCB có độ chính xác cao hơn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với P < 0,05

3.8. Hình dạng chân răng

Bảng 3.13: Hình dạng chân răng

Hình dạng chân răng	Lâm sàng		Trên phim Panorama		Trên phim CTCB	
	n	%	n	%	n	%
Chụm	10		26		28	
Thẳng	19		30		30	
Cong	12		11		17	
Roãng rộng	0		0		0	

Bảng 3.14: Độ chênh về hình dạng chân răng 8 giữa lâm sàng với phim Panorama và CTCB

Hình dạng chân răng	Panorama so với sau PT		CTCB so với sau PT	
	n	%	n	%
Giống nhau	16	51.6	23	74.2
Khác nhau	15	48.4	8	25.8
Cộng	31	100	31	100

IV. KẾT LUẬN

4.1. Tỉ lệ chân RKHD chụm chiếm đa số 78.49%, chân phân kỳ ít gặp 21.51%. Hình dạng chân RKHD thẳng thường gặp 63.44%, chân cong (35.48%); Chân dùi trống rất hiếm 1.08%.

4.2. Mối liên quan giữa hình thái mọc của RKHD với biến chứng: Tỉ lệ gây biến chứng của các tư thế RKHD: lệch ngoài: 85,11%; lệch gần: 66,67%; thẳng trục: 55,56%; lệch xa: 33.33%; Tỉ lệ gây biến chứng của các vị trí là:Vị trí B: 85,19%; Vị trí A: 65,52%; Vị trí C: 62,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rofaima Othaman (2009).** ImpaCTCBed mandibular third molars among patient s attending hospital University Sains Malaysia.
2. **Archer LE (1975),** ImpaCTCBed teeth, *Oral and Maxillofacial surgery,* W.B. saunders company, 250-390.
3. **Ḳoné M. (2010),** Canines incluses maxillaires: Evolution des techniques d'imagerie dans le diagnostic pré-chirurgicale, RadioproteCTCBion. Thèse Chirurgien Dentair, Nancy.
4. **Ericson S, Kurol J. (1986**). Radiographic assessment of maxillary canine eruption in children with clinical signs of eruption disturbance. *Eur. J. Orthod*. 8, 133 - 140.
5. **Macleod L., Heath N. (2008).** Cone-Beam Computed Tomographie (CBCTCB) in dental PraCTCBice. *Dental Update*. 35, 590 – 598.
6. **Scarfe WC, Farman AG, Sukovic P (2006).** Clinical applications of cone-beam computed tomography in dental praCTCBice. J Can Dent Assoc. 72(1). 75 - 80.
7. **Cavézian R., Pasquet G. (2011).** Cone Beam: Imagerie Diagnostique en Odontostomatologie. Principes, resultats et perspeCTCBives. *Elevier*, 14 - 16.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP TĂNG TRIGLYCERIDE Ở PHỤ NỮ CÓ THAI

Trần Phương[1], Đào Xuân Co[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm tụy cấp(VTC) do tăng triglyceride (TG) ở phụ nữ có thai**. Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 26 bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng triglyceride ở phụ nữ có thai điều trị tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 08/2013 đến 08/2017. **Kết quả:** Viêm tụy cấp tăng trilyceride ở phụ nữ mang thai có mức độ nhẹ chiếm 65,4%; mức độ trung bình và nặng chiếm 34,6%. Tuổi của bệnh nhân nghiêncứu từ 21 đến 43, trung bình 31 ± 4,5. Tuổi thai trung bình 25 ± 6,28. Tỉ lệ bệnh nhân ở ba tháng giữa thai kỳ và ba tháng cuối thai kỳ lần lượt là: 53,8% và 46,2%. Tỉ lệ tiền sử có rối loạn mỡ máu và viêm tụy cấp tăng triglyceride khi mang thai là 50%. Các bệnh nhân có tình trạng thiếu dịch lúc nhập viện, Amylase máu tăng ≥ 3 lần bình thường chiếm 61,5%. Mức độ tăng triglyceride ở nhóm viêm tụy cấp nhẹ và nặng không có sự khác nhau(22,9± 18,38 và 29,7 ± 0,91mmol/L; p> 0,05). Mức độ tăng triglyceride ở ba tháng giữa và ba tháng cuối của thai kỳ cũng không có sự khác nhau (24,2± 19,18 và 20,0 ± 5,55mmol/L; p>0,05). Có 17 (64,7%) bệnh nhân được thay huyết tương (PEX). PEX giảm mức độ TG có ý nghĩa từ 26,9 ± 17,50 xuống 9,4 ± 7,16. Điểm SOFA lúc trước PEX và sau PEX 24h có sự thay đổi ở những bệnh nhân được thay huyết tương (2,1±1,17 và 0,7±1,72; p<0,05). Những bệnh nhân được PEX có mức triglyceride cao hơn và giảm nhanh hơn so với những bệnh nhân không được PEX. Không có bệnh nhân tử vong, tỷ lệ tử vong thai trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 7,7%. **Kết luận:** Thay huyết tương là biện pháp hiệu quả giúp giảm mức độ tăng TG và thay đổi SOFA trước và sau điều trị ở bệnh nhân viêm tụy cấp tăng TG ở phụ nữ có thai.

Từ khóa:*viêm tụy cấp, viêm tụy cấp do tăng triglyceride, có thai.*

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY FEATURES AND TREATMENT OF HYPERTRIGLYCERIDEMINA INDUCED ACUTE PANCREATITIS DURING PREGNANCY

Objectives: To describe clinical features and laboratory features and treatment ofhypertri glyceridemia induced acute pancreatitis (HTGP) during pregnancy. **Methods**: An observational study was performed on 26 pregnant womenwith acute pancreatitis caused by hypertriglyceridemia and treated at the intensive care unit of Bach Mai hospital from 8/2013 to 08/2017. **Results**: Hypertriglyceridemia induced acute pancreatitis (HTGP) during pregnancy were two groups, with 65,4% in mild acute pancreatitis (MAP); 34,6% in moderately severe acute pancreatitis (MSAP) and severe acute pancreatitis (SAP). The patient age ranged from 21 to 43 years old with a mean of 31± 4,5 years. The mean gestational age was 25 ± 6,28 weeks, with 53,8% in the second trimester, and 46,2% in the third trimester. A history was hypertriglyceridemia and HTGP in 50%. All the patients were missing fluids. The percentage of serum amylase activity at least three times greater than the upper limit of normal was 61,5%. The mean serum triglyceride (TG) levels in the MAP and MSAP + SAP were not significantly different (22,9± 18,38 vs. 29,7 ± 0,91mmol/L, p>0.05, respectively). The mean serum triglyceride (TG) levels in the second trimester and the third trimester were not significantly different (24,2± 19,18 vs. 20,0 ± 5,55mmol/L, p>0.05, respectively). There were seventeen patients(64,7%) given plasma exchange(PEX) therapy. Plasmapheresis decreased TG level from 26,9± 17,50mmol/L 9,4 ± 7,16 to mmol/L (p<0.05). The serum TG off patients given PEX therapy was higher and decrease faster than patients given not PEX. The mean SOFA(Sequential Organ Failure Assessment) scores for before and after PEX were significantly different (2,1± 1,17 vs 0,7±1,72, p<0.05, respectively). There was not patient died. The fetal mortality rate were 7,7%. **Conclusion:** Plasma exchange may be effectively administered for HTGP patients during pregnancy with decreased serum triglyceride, mean SOFA scores for before and after treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) ở phụ nữ mang thai có tỷ lệ 1/1500-4500 thai [1]. Nguyên nhân chủ yếu là sỏi mật và tăng triglyceride. Viêm tụy cấp do tăng triglyceride (TG) chiếm khoảng 1%- 4% trong tổng số bệnh nhân bị viêm tụy cấp, triglyceride máu > 1000mg/dL thì cần nghi ngờ VTC do tăng triglyceride máu [2]. Phụ nữ mang thai luôn có sự thay đổi về nội tiết, trong ba tháng cuối của mang thai, có sự gia tăng gấp ba lần triglyceride huyết thanh. Điều này được cho là do estrogen gây ra tăng tổng hợp triglyceride. Tăng triglyceride máu có thể nghiêm trọng hơn ở phụ nữ mang thai có tiền sử gia đình tăng lipid máu [3]. Cùng với sự phát triển của xã hội, chất lượng cuộc sống ngày càng nâng cao, những người phụ nữa mang thai thường có chế độ ăn

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Khoa 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: 29.9.2017
Ngày duyệt bài: 30.10.2017

không hợp lý, nguy cơ mắc bệnh viêm tụy cấp do tăng triglyceride nhiều hơn. Một số nghiên cứu cho thấy VTC tăng triglyceride ở phụ nữ mang thai có tỷ lệ 10% số bệnh nhân viêm tụy cấp, thậm chí lên tới 50% [4]. Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về viêm tụy cấp do tăng TG ở phụ nữ mang thai. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu sau: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm tụy cấp do tăng triglyceride ở phụ nữ có thai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Gồm 26 hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân có thai, được chẩn đoán viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn Atlanta 2012 [5] và triglyceride máu ≥ 11,3mmol/l (1000mg/dl)- triglyceride được xét nghiệm 1 lần khi vào viện, vào khoa và xét nghiệm lại sau ăn 12h [2]vào điều trị nội trú tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 8 năm 2013 đến tháng 8 năm 2017.

- Tiêu chuẩn loại trừ: VTC được chẩn đoán do các nguyên nhân khác như sỏi mật, giun chui ống mật, VTC có TG <11,3mmol/l.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu

2.2.2. Các bước tiến hành nghiên cứu:

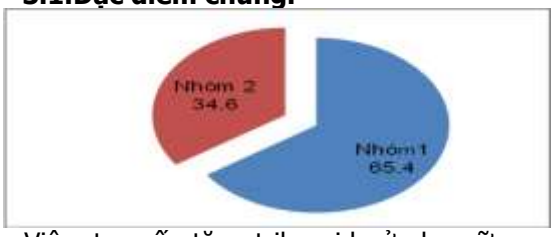
Các bệnh nhân là phụ nữ có thai, được chẩn đoán viêm tụy cấp điều trị tại khoa hồi sức tích cực trong thời gian nghiên cứu thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh nhân được lấy vào nghiên cứu chialàm 2 nhóm theo phân loại Atlanta 2012: Nhóm 1 (mức độ nhẹ), nhóm 2 (mức độ trung bình và nặng).

Phân loại mức độ nặng của VTC theo Atlanta 2012:

Mức độ	Định nghĩa
Nhẹ	- Không có suy tạng - Không có biến chứng tại chỗ hay toàn thân.
Trung bình	- Suy tạng thoáng qua (cải thiện sau 48h) Và/hoặc: - Biến chứng tại chỗ và biến chứng toàn thân (không có suy tạng kéo dài)
Nặng	- Suy tạng kéo dài (>48h): Suy 1 tạng hoặc suy đa tạng

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1.Đặc điểm chung.



Viêm tụy cấp tăng trilyceride ở phụ nữ mang thai có mức độ nhẹ chiếm 65,4%; mức độ trung bình và nặng chiếm 34,6%. Tuổi trung bình là 31 ± 4,5. Gặp chủ yếu 3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ, tỷ lệ lần lượt là 53,8% và 46,2%. Tuổi thai trung bình 25 ± 6,28 tuần. Tiền sử có rối loạn mỡ máu và viêm tụy cấp tăng triglyceride khi mang thai là 50%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng thời điểm nhập viện

Đặc điểm \ Nhóm	Chung (n=26)	Nhóm 1 (n= 17)	Nhóm 2 (n= 9)	p
Nhịp thở (ần/phút)	21,3 ± 2,88	20,0 ± 1,62	23,7 ± 3,28	p< 0,05
Mạch (lần/phút)	104,8 ± 14,88	99,9 ± 11,92	114,2 ± 16,02	p< 0,05
BMI	21,7 ± 1,90	21,6 ± 1,90	21,9 ± 1,99	p > 0,05
CVP (cmH20)	6,8 ± 3,40	7.3 ± 3,46	6,0 ± 3,3	p > 0,05
Hct (%)	35,1 ± 5,35	34,5 ± 5,44	36,2 ± 5,31	p > 0,05
P/F	386,0 ± 103,97	422,9 ± 84,12	316,4 ± 106,28	P<0,05
Triglyceride (mmol/L)	22,5 ± 15,37	22,9 ± 18,38	21,9 ± 7,83	P > 0,05
Cholesterol (mmol/L)	12,4 ± 6,43	12,0 ± 7,34	13,1 ± 4,51	p > 0,05
Amylase máu tăng ≥ 3 lần bình thường (28-100UI/L)	61,5% (n=16)	64,7% (n=11)	55,6% (n=5)	p>0,05

Mạch, nhịp thở của nhóm 2 cao hơn nhóm 1. Chỉ số P/F nhóm 2 thấp hơn nhóm 1. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Các bệnh nhân vào viên không có tình trạng béo phì, Thiếu dịch lúc vào viện. Triglyceride và Cholesterol tăng cao. Amylase máu tăng ≥ 3 lần bình thường chiếm phần lớn. Không có sự khác nhau giữa hai nhóm.

3.3. Các thang điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng điểm \ Nhóm	Chung (n-=26)	Nhóm1 (n=17)	Nhóm 2 (n=9)	p
APACHE II	2,5 ± 1,77	1,9 ± 1,39	3,6 ± 2,00	P < 0,05
SOFA	1,9 ± 1,13	1,4 ± 0,79	2,9 ± 1,05	P < 0,05
MARSHALL	1,0 ± 0,96	0,6 ± 0,62	1,9 ± 0,93	P< 0,05

SIRS	88,5% (n=23)	82,4% (n=14)	100%(n=9)	p>0,05

Điểm APACHE II, SOFA, MARSHALL của nhóm 2 cao hơn nhóm 1. Nhưng đều ở mức thấp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.4. Liên quan triglyceride với các giai đoạn mang thai

Giai đoạn mang thai / Đặc điểm	Qúy I (0-12 tuần) $\bar{X} \pm SD$	Qúy II (13-27 tuần) $\bar{X} \pm SD$	Qúy III (> 27 tuần) $\bar{X} \pm SD$
Triglyceride	0	24,2 ± 19,18	20,0 ± 5,55
p	p> 0,05		

Tăng triglyceride trung bình giữa các giai đoạn mang thai không có sự khác nhau.

3.5. Đặc điểm điều trị

3.5.1. Thể tích dịch truyền trong 24 h đầu

Nhóm / Đặc điểm	Chung (n=26) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm1 (n= 17) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm 2 (n= 9) $\bar{X} \pm SD$	p
Dịch truyền 24h đầu	5576,9 ± 1793,17	4905,9 ± 1096,28	6844,4 ± 2209,14	p < 0,05

Thế tích dịch trung binh bù ngày đầu của hai nhóm đều cao và nhóm 2 cần bù lượng dịch nhiều hơn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05

3.5.2. Điều trị hạ mỡ máu của bệnh nhân nghiên cứu

Nhóm / Phương pháp	Chung (n=26)	Nhóm 1 (n= 17)	Nhóm 2 (n= 9)
Thay huyết tương (PEX)	17(65,4)	11(64,7)	6(66,7)

Có 17 (65,4%) bệnh nhân được thay huyết tương 1 đến 2 lần.

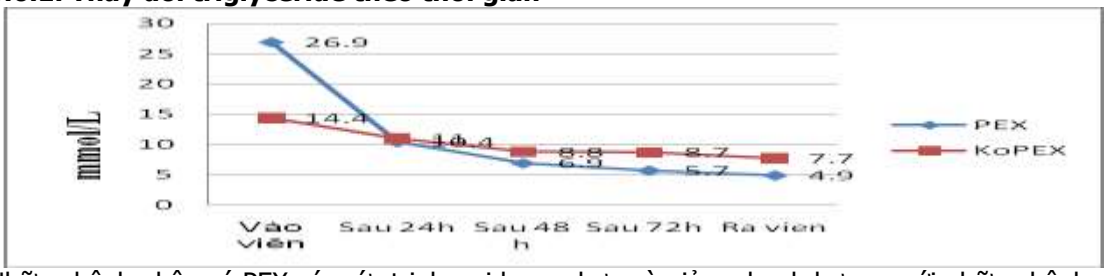
3.5.3. **Thay đổi trước-sau PEX**

Thời điểm / Đặc điểm	Trước PEX (n=17)	Sau PEX 24h (n=17)	p
Triglyceride	26,9 ± 17,50	9,4 ± 7,16	p<0,05
Cholesterol	13,8 ± 7,12	8,4 ± 4,16	p<0,05
SOFA	2,1 ± 1,17	0,7 ± 1,72	p<0,05

Thay huyết tương (PEX) giảm có ý nghĩa mức độ TG, điểm SOFA.

3.6. Kết quả điều trị

3.6.1. Thay đổi triglyceride theo thời gian



Những bệnh nhân có PEX có mức triglyceride cao hơn và giảm nhanh hơn so với những bệnh nhân không PEX.

3.6.2. Kết quả điều trị chung

Nhóm / Kết quả		Chung(n=26)	Nhóm 1(n= 17)	Nhóm 2(n= 9)
Ngày điều trị	PEX	7,0 ± 2,87	7,3 ± 3,38	6,5 ± 1,76
	KoPEX	6,0 ± 1,50	5,5 ± 1,51	7,0 ± 1,00
Sống		26(100)	17(100)	7(100)
Tử vong		0	0	0
Tử vong thai		2(7,7)	0	2(22,2)

Không có bệnh nhân tử vong, tỷ lệ tử vong thai là 7,7% nằm ở nhóm 2. Thời gian trung bình nằm viện của hai nhóm không khác nhau

IV. BÀN LUẬN

- Viêm tụy cấp tăng trilyceride ở phụ nữ mang thai có mức độ nhẹ chiếm 65,4%; mức độ trung bình và nặng chiếm 34,6%. Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là 31 ±4,5. Kết quả này giống với nghiên cứu của Huang [6]. Tuổi thai trung bình 25 ± 6,28 tuần, Quihui (25.74±17.00). Chúng tôi nhận 50% bệnh nhân có tiền sử rối loạn mỡ máu và viêm tụy cấp tăng triglyceride khi mang thai.

- Tỉ lệ viêm tụy cấp tăng trilyceride ở phụ nữ mang thai vào 3 tháng cuối thai kỳ là 46,2%. Thấp hơn của Huang (95%). Nguyên nhân nhóm bệnh nhân của chúng tôi có nhiều bệnh nhân có tiền sử tăng TG và viêm tụy cấp do tăng TG, do đó đến 3 tháng giữa thai kỳ mức độ TG đã tăng cao [3]

- Các bệnh nhân đều có thiếu dịch lúc nhập viện. Mạch tăng cao ở nhóm 2 (trung bình và nặng). Điểm APACHE II, SOFA, MARSHALL của nhóm 2 cao hơn nhóm 1. Nhưng đều ở mức thấp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

- Tăng triglyceride trung bình giữa nhóm có mức độ viêm tụy cấp nhẹ và nặng không khác nhau: 22,9±18,38 và 21,7±7,83. Kết quả này của chúng tôi cũng giống với nghiên cứu của Huang (18.8 ±11.13 và 30.5±24.20). Chúng tôi cũng nhận thấy tăng triglyceride trung bình giữa ba tháng giữa và ba tháng cuối thai kỳ không có sự khác nhau (24,2±19,18 và 20,0±5,55).

- Lượng dịch cần bù dao động từ 4000- 9000 ml trong 24 h đầu. Nhóm 2 cần bù lượng dịch nhiều hơn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Viêc bù dịch sớm trong những giờ đầu sẽ giảm nguy cơ tổn thương tạng

- Có 65,4% bệnh nhân được PEX và giảm mức độ TG có ý nghĩa từ 26,9±17,50 xuống 9,4±7,16. Những bệnh nhân có PEX có mức triglyceride cao hơn và giảm nhanh hơn so với những bệnh nhân không PEX. Kết quả này giống với các nghiên cứu Hernandez [1], Huang [6]. Chúng tôi cũng nhận thấy giảm có ý nghĩa điểm SOFA trước và sau Pex 24h từ 2,1 ± 1,17 xuống 0,7±1,72.

- Điều trị hạ TG bằng thuốc là giai đoạn sau của bệnh, khi tình trạng lâm sàng đã ổn định, BN bắt đầu ăn được qua đường tiêu hóa. Fibrate (200mg/ngày) là thuốc được khuyến cáo hạ TG hiêu quả, có thể sử dụng trong thai kỳ [2].

- Không có bệnh nhân tử vong trong nhóm nghiên cứu, kết quả này tương tự Qihui [7], thấp hơn Huang (9,5%). Tỉ lệ tử vong thai 7,7%. Trong những năm gần đây tỉ lệ tử vong thai trong viêm tụy cấp ở phụ nữ có thai là 0- 18% [6].

V. KẾT LUẬN

- Tỉ lệ viêm tụy cấp tăng triglyceride ở phụ nữ có thai mức độ nhẹ 65,4%; trung bình và nặng 34,6%. Có 46,2% bệnh nhân ở quý 3 thai kỳ. Các bệnh nhân vào viện đều thiếu dịch. Mức độ tăng triglyceride ở nhóm viêm tụy cấp nhẹ, trung bình và nặng không có sự khác nhau.

- Thay huyết tương là biện pháp điều trị hiệu quả cho bệnh nhân viêm tụy cấp tăng triglycerideở phụ nữ có thai. Không có bệnh nhân tử vong ở nhóm nghiên cứu. Tỉ lệ tử vong thai 7,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hernandez A., Petrov M.S., Brooks D.C. và cộng sự. (2007).** Acute pancreatitis and pregnancy: a 10-year single center experience. *J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract*, **11**(**12**), 1623–1627.
2. **Scherer J., Singh V.P., Pitchumoni C.S. và cộng sự. (2014)**. Issues in hypertriglyceridemic pancreatitis: an update. *J Clin Gastroenterol*, **48**(**3**), 195–203.
3. **Goldberg A.S. và Hegele R.A. (2012).** Severe Hypertriglyceridemia in Pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab*, **97**(**8**), 2589–2596.
4. **Ewald N., Hardt P.D., và Kloer H.-U. (2009).** Severe hypertriglyceridemia and pancreatitis: presentation and management. *Curr Opin Lipidol*, **20**(**6**), 497–504.
5. **Banks P.A., Bollen T.L., Dervenis C. và cộng sự. (2013).** Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*, **62**(**1**), 102–111.
6. **Huang C., Liu J., Lu Y. và cộng sự. (2016).** Clinical features and treatment of hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis during pregnancy: A retrospective study: HTGP During Pregnancy. *J Clin Apheresis*, **31**(**6**), 571–578.
7. **Qihui C., Xiping Z., và Xianfeng D. (2012).** Clinical Study on Acute Pancreatitis in Pregnancy in 26 Cases. *Gastroenterol Res Pract*, **2012**.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG TRẺ SƠ SINH SAU MỔ LẤY THAI CỦA CÁC SẢN PHỤ TIỀN SẢN GIẬT NẶNG ĐƯỢC VÔ CẢM BẰNG GÂY MÊ TOÀN THÂN HOẶC GÂY TÊ VÙNG

Nguyễn Đức Lam*

TÓM TẮT[14]

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng sơ sinh sau mổ lấy thai của các sản phụ tiền sản giật nặng được vô cảm bằng gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng. **Đối tượng,**

**Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Lam
Email: lamgmhs75@gmail.com
Ngày nhận bài: 20.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 3.10.2017
Ngày duyệt bài: 9.10.2017

phương pháp: Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh, 180 bệnh nhân tiền sản giật nặng được mổ lấy thai, chia làm 3 nhóm, nhóm 1 được gây mê nội khí quản; nhóm 2 được gây tê tủy sống và nhóm 3 được gây tê tủy sống – ngoài màng cứng phối hợp. **Kết quả**: Chỉ số Apgar phút thứ nhất của ba nhóm lần lượt là: 6,7 ± 1,8; 8,4±0,7 và 8,5 ± 0,8. Chỉ số Apgar phút thứ năm của ba nhóm lần lượt là: 8,4 ± 1,5; 9,3±0,7 và 9,4 ± 0,8. Chỉ số pH máu động mạch rốn sơ sinh của ba nhóm tương ứng là: 7,29 ± 0,14; 7,35 ± 0,08 và 7,35 ± 0,88. Các chỉ số khí máu động mạch rốn khác tương đương nhau giữa ba nhóm. **Kết luận**: Sơ sinh ở nhóm gây mê toàn thân có Apgar 1 phút thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm gây tê tủy sống hoặc gây tê tủy sống – ngoài màng cứng phối hợp, nhưng Apgar 5 phút và khí máu động mạch rốn không có sự khác biệt giữa nhóm gây mê toàn thân so với hai nhóm gây tê vùng. Sơ sinh ở hai nhóm gây tê vùng có Apgar và khí máu động mạch rốn tương đương nhau.

Từ khóa: Sơ sinh, tiền sản giật nặng, Apgar, khí máu động mạch rốn.

SUMMARY

ASSESSMENT OF NEONATAL STATUS AFTER CEASAREAN SECTION OF SEVERE PRE-ECLAMPSIA WITH GENERAL ANESTHESIA OR REGIONAL ANESTHESIA

Objectives: To assess the neonatal status after caesarean section of severe pre-eclampsia patients with general anesthesia or regional anesthesia. **Object and method**: Randomized comparative clinical trial, 180 severe pre-eclampsia patients underwent cesarean section, divided into 3 groups, group 1: general anesthesia; Group 2: spinal anesthesia and group 3: combined spinal epidural anesthesia. **Results**: The first minute Apgar scores of three groups were 6.7 ± 1.8; 8.4 ± 0.7 and 8.5 ± 0.8. The fifth-minute Apgar score of three groups were 8.4±1.5; 9.3 ± 0.7 and 9.4 ± 0.8. The neonatal umbilical arterial blood pH values of the three groups were 7.29 ± 0.14; 7.35 ± 0.08 and 7.35 ± 0.88. Other umbilical arterial blood gas parameters were similar between the three groups. **Conclusion**: The first minute Apgar scores of neonates in the general anesthesia group was statistically significantly lower than those with spinal anesthesia or combined spinal epidural anesthesia but the fifth-minute Apgar score and umbilical arterial pH was no difference between the general anesthesia group and two regional anesthesia groups. Neonates in two regional anesthesia groups have Apgar and other umbilical arterial blood gas parameters were approximately equal.

Keywords: neonatal, severe preeclampsia, Apgar, umbilical arterial blood gas.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật nặng là một trong những nguyên nhân làm tăng tỷ lệ đẻ non do phải đình chỉ thai nghén sớm để cứu mẹ. Trẻ sơ sinh của người mẹ mắc tiền sản giật nặng còn có tỷ lệ khá cao bị chậm phát triển trong tử cung. Vì vậy, tỷ lệ tử vong chu sinh của trẻ sơ sinh của các bà mẹ tiền sản giật nặng tăng lên đáng kể (khoảng 13% ở Pháp). Theo y văn, một trong các nguyên nhân có thể ảnh hưởng đến tình trạng trẻ sơ sinh sau mổ lấy thai ở bệnh nhân tiền sản giật nặng là sự ức chế sơ sinh của các thuốc mê, thuốc họ morphin khi phải gây mê toàn thân hoặc tình trạng tụt huyết áp kéo dài khi gây tê tủy sống để mổ lấy thai có thể gây thiếu oxy cho thai nhi. Chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: "Đánh giá tình trạng sơ sinh sau mổ lấy thai của các sản phụ tiền sản giật nặng được vô cảm bằng gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ sơ sinh của các bà mẹ bị tiền sản giật nặng theo định nghĩa của hội Gây mê hồi sức và hội Sản phụ khoa Pháp năm 2007, được mổ lấy thai tại bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 2009 - 2011; không có chống chỉ định của gây tê tủy sống hoặc gây tê ngoài màng cứng; tuổi thai từ 32 tuần trở lên; ASA II, III; không có rối loạn ý thức; đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2.Tiêu chuẩn loại trừ: Đa thai hoặc thai có các dị tật bẩm sinh; mắc các bệnh nội khoa trước khi có thai; có rối loạn đông máu, tiểu cầu < 100G/l; đã có biến chứng trên mẹ như: xuất huyết não, sản giật, hội chứng HELLP, rau bong non, suy tim, phù phổi cấp... hoặc có biến chứng trên thai: thai chết lưu...; không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

****Cỡ mẫu:*** 180 bệnh nhân được phân loại ngẫu nhiên thành ba nhóm với số lượng bằng nhau, được vô cảm để mổ lấy thai bằng ba phương pháp: Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản; gây tê tủy sống; gây tê tủy sống – ngoài màng cứng phối hợp.

****Cách thức tiến hành:*** Điều tra kỹ về tiền sử sản khoa của tất cả các bệnh nhân tiền sản giật, đặc biệt lưu ý: Tiền sử sảy thai, thai chết lưu, thai chậm phát triển trong tử cung, trẻ sơ sinh nhẹ cân, non tháng... Tất cả các bệnh nhân tiền sản giật đều được làm siêu âm hình thái và siêu âm Doppler động mạch não và động mạch rốn thai nhi và tính chỉ số não rốn.

Các bệnh nhân tiền sản giật nặng sẽ được phân loại ngẫu nhiên vào ba nhóm nghiên cứu. Nhóm 1 (n = 60), được vô cảm bằng gây mê (GM) nội khí quản (propofol 2mg/kg, fentanyl 0,1

mg, succinylcholin 1mg/kg, tracurium 0,3mg/kg, isofluran 0,5 – 1%). Nhóm 2 (n = 60), được vô cảm bằng gây tê tủy sống (GTTS) ở L2 -3 (bupivacain 7–8,5mg phối hợp với fentanyl 30mcg và morphin không có chất bảo quản 100mcg). Nhóm 3 (n = 60), được vô cảm bằng gây tê tủy sống và ngoài màng cứng phối hợp (Combined epidural spinal anesthesia - CSE) (bupivacain 5 – 6,5mg phối hợp với fentanyl 30mcg gây tê tủy sống và tiêm thêm 100 – 200mg lidocain ngoài màng cứng để đạt đến mức phong bế cảm giác từ T4 – T6).

Trẻ sơ sinh được đánh giá bằng thang điểm Apgar và được lấy máu động mạch rốn ngay sau khi kẹp rốn để làm xét nghiệm khí máu động mạch. Các bất thường về hình thái của sơ sinh cũng được ghi nhận. Các thông số nghiên cứu sẽ được ghi vào phiếu nghiên cứu và được xử lý bằng phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Tình trạng trước mổ của người mẹ và thai nhi

	Nhóm 1 (GM)(n = 60)	Nhóm 2 (GTTS)(n = 60)	Nhóm 3 (CSE)(n = 60)	P
Tuổi thai (tuần)	34,89 ± 2,45	35,13 ± 2,38	35,21 ± 2,26	> 0,05
Doppler chỉ số não/rốn < 1	17 (28,3%)	15 (25%)	19 (31,6%)	> 0,05
Doppler động mạch TC bệnh lý	1 (1,6%)	3 (5%)	2 (3,3%)	> 0,05
Huyết áp tâm thu (mmHg)	160,1 ± 11,2	161,4 ± 14,3	162,7 ± 10,0	> 0,05
Huyết áp tâm trương (mmHg)	105,1 ± 10,1	104,6 ± 13,1	107,3 ± 11,4	> 0,05
Protein niệu (g/l)	8,33 ± 7,85	6,02 ± 4,92	7,20 ± 5,94	> 0,05
Điều trị cao HA trước mổ	46 (76,67%)	51 (85%)	48 (80%)	> 0,05
Điều trị corticoid trước mổ	45 (75%)	49 (81,6%)	52 (80%)	> 0,05
Điều trị trước mổ (ngày)	5,58 ± 6,53	5,03 ± 7,04	4,9 ± 6,15	> 0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng người mẹ và thai nhi giữa ba nhóm nghiên cứu.

Bảng 2. Lượng dịch truyền và lượng thuốc điều chỉnh huyết áp sử dụng trong mổ

	Nhóm 1 (GM)(n = 60)	Nhóm 2 (GTTS)(n = 60)	Nhóm 3 (CSE)(n = 60)	P
Lượng dịch truyền (ml)	810 ± 256 (690 - 1050)	950 ± 237 (750 - 1150)	925 ± 205 (720 - 1275)	> 0,05
Lượng ephedrin (mg)	0	12,6 ± 6,5*(6 - 24)	6,7 ± 4,2*†(6 - 18)	< 0,05
Lượng nicardipin (mg)	1,15 ± 0,46(0 - 4)	0*	0*	<0,05

*p < 0,05 so với nhóm 1; † p < 0,05 so với nhóm 2.

Nhận xét: Lượng ephedrin sử dụng trong mổ của nhóm 2 cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm 3.

Bảng 3. Tỷ lệ bệnh nhân có các thay đổi về huyết động

	Nhóm 1 (GM) (n = 60)	Nhóm 2 (GTTS) (n = 60)	Nhóm 3 (CSE) (n = 60)	P
Giảm HA > 30%	0	13 (21,67%)*†	7 (11,67%)*	< 0,05
Tăng HA > 30%	11 (18,33%)	0*	0*	< 0,05
Mạch chậm > 20%	0	12 (20%)*	10 (16,67%)*	< 0,05
Mạch nhanh > 20%	31 (51,67%)	9 (15%)*	7 (11,67%)*	< 0,05

*p < 0,05 so với nhóm 1; † p < 0,05 so với nhóm 3.

Nhận xét: Nhóm 2 có tỷ lệ tụt huyết áp > 30% cao hơn so với nhóm 1 và nhóm 2.

Bảng 4. Cân nặng và chỉ số Apgar của trẻ sơ sinh

	Nhóm 1(GM) (n = 60)	Nhóm 2(GTTS) (n = 60)	Nhóm 3(CSE) (n = 60)	P
Cân nặng sơ sinh (gam)	1825,4 ± 620,0 (800 - 3900)	1856,9 ± 668,1 (800 - 3600)	1843,3 ± 466,6 (900 - 3000)	> 0,05
Apgar phút thứ 1	6,7 ± 1,9(1 - 9)	8,4 ± 0,7(7 - 9)	8,5 ± 0,9(6 - 9)	< 0,05
Apgar phút thứ 5	8,4 ± 1,5(2 - 10)	9,3 ± 0,7(8 - 10)	9,4 ± 0,8(7 - 10)	> 0,05

Nhận xét: Chỉ số Apgar ở phút thứ nhất của trẻ sơ sinh ở nhóm 1 thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm 2 và nhóm 3 (p < 0,05).

Bảng 5. Các chỉ số khí máu động mạch rốn sơ sinh

	Nhóm 1(GM)	Nhóm 2(GTTS)	Nhóm 3(CSE)	P

	(n = 60)	(n = 60)	(n = 60)	
pH	7,29 ± 0,14(6,59-7,46)	7,35 ± 0,08 (7,09-7,49)	7,35 ± 0,88 (6,84-7,49)	> 0,05
P_aCO_2	52,07±11,60 (23,80-97,00)	49,87 ± 10,80 (25,10 - 72,80)	48,47 ± 12,05 (35,5 - 117,10)	> 0,05
P_aO_2	16,98 ± 21,27 (0,9 - 120,2)	22,30 ± 30,66 (2,4 - 146,50)	16,18 ± 15,03 (1,7 - 108,1)	> 0,05
S_aO_2	23,95±25,71(0,5-99,0)	44,69 ± 21,74 (1,4-99,5)	36,31±17,85 (3,2-98,30)	> 0,05
BE	-0,36 ± 6,03(-16 - 18)	2,1 ± 4,86(-8 - 11)	1,2 ± 4,24(-14 - 12)	> 0,05
HCO_3^-	25,45 ± 4,79(9,5-35,5)	27,20 ± 6,41 (2,2 - 36,0)	26,99 ± 3,51 (19,6-35,7)	> 0,05
Lactat	2,43 ± 0,64(1,7 - 3,4)	3,08 ± 1,07 (1,9 - 6,0)	2,54 ± 0,81 (1,8 - 4,4)	> 0,05

Nhận xét: Các chỉ số khí máu động mạch rốn sơ sinh của ba nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê và đều nằm trong giới hạn bình thường.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả ở bảng 1 cho thấy: Tình trạng người mẹ và thai nhi trước mổ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa ba nhóm nghiên cứu. Huyết áp tâm thu của các bệnh nhân đều > 160 mmHg và protein niệu cao hơn nhiều so với ngưỡng để chẩn đoán tiền sản giật nặng của hội Sản phụ khoa Pháp (3g/l). Tuổi thai là yếu tố chính ảnh hưởng đến tình trạng sơ sinh sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi thai trung bình khi mổ là khoảng 35 tuần, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa ba nhóm, tỷ lệ được điều trị corticoid để giúp trưởng thành phổi ở thai nhi cũng tương đương nhau. Ở tuổi thai này thai nhi đã có thể sống độc lập ngoài tử cung.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi tìm các yếu tố liên quan đến gây mê hồi sức có thể ảnh hưởng đến trẻ sơ sinh sau mổ như: Thời gian người mẹ được điều trị thuốc cao huyết áp trước mổ, ảnh hưởng của thuốc mê gây ức chế hô hấp sơ sinh, tình trạng tụt huyết áp khi gây tê vùng có thể gây giảm lưu lượng máu tử cung rau, lượng ephedrin sử dụng trong mổ. Điều trị cao huyết áp trong tiền sản giật nặng là điều trị nội khoa quan trọng nhất, tuy nhiên, nguyên tắc điều trị là không đưa huyết áp trở lại bình thường mà duy trì huyết áp tâm thu trong khoảng 140 – 160mmHg để tránh gây giảm lưu lượng máu tử cung rau gây thiếu oxy cho thai nhi. Không có sự khác biệt về tỷ lệ người mẹ được dùng thuốc điều trị cao huyết áp và thời gian điều trị trước mổ nên sẽ không ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu. Các yếu tố liên quan đến gây tê vùng được trình bày ở bảng 2 và bảng 3: Tỷ lệ tụt huyết áp >30% và lượng ephedrin sử dụng ở nhóm gây tê tủy sống (nhóm 2) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm 3 (gây tê tủy sống – ngoài màng cứng phối hợp). Tuy nhiên, theo Aya, thời gian tụt huyết áp không kéo dài và dễ dàng điều trị với thuốc co mạch nên gây tê tủy sống ít ảnh hưởng đến tình trạng sơ sinh sau mổ so với gây tê tủy sống – ngoài màng cứng phối hợp. Lượng ephedrin tiêu thụ cao hơn ở nhóm gây tê tủy sống nhưng không quá 20mg nên sẽ không gây toan máu thai nhi ở các bệnh nhân nhóm này [1].

Cân nặng trẻ sơ sinh ở các nhóm nghiên cứu của chúng tôi không khác biệt có ý nghĩa thống kê. Cân nặng trung bình của các trẻ sơ sinh trong nghiên cứu của chúng tôi tương ứng (nhóm 1: 1825,4 ± 620,0g, nhóm 2: 1856,9 ± 668g, nhóm 3: 1843,3 ± 466g) cao hơn của Aya (1563 ± 523g) nhưng thấp hơn của Ramanathan (2216 ± 160g và 2229 ± 210g). Có lẽ do nghiên cứu của Aya trên các bệnh nhân tiền sản giật có tuổi thai thấp hơn của chúng tôi (32,4 ± 2,4 tuần tuổi) [1]. Cân nặng trẻ sơ sinh trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với cân nặng của trẻ sơ sinh bình thường, một phần vì chưa đủ tháng, một phần vì trẻ sơ sinh của bệnh nhân tiền sản giật nặng thường có tình trạng chậm phát triển trong tử cung. Các trẻ sơ sinh nhẹ cân và non tháng này càng dễ bị ức chế bởi các thuốc mê và thuốc họ morphin sử dụng trong gây mê nội khí quản [3].

Điểm Apgar ở trẻ sơ sinh: Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ sơ sinh ở nhóm gây mê (nhóm 1) có chỉ số Apgar phút thứ nhất thấp hơn so với các nhóm gây tê (6,7 ± 1,8 so với 8,4 ± 0,7 ở nhóm 2 và 8,5 ± 0,8 ở nhóm 3), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuy nhiên, Apgar phút thứ 5 thì không có sự khác biệt giữa ba nhóm. Tỷ lệ trẻ có Apgar < 7 cao hơn ở nhóm gây mê so với nhóm gây tê (Apgar phút thứ nhất < 7 gặp ở 41,67% nhóm 1, 10% nhóm 2 và 13,33% nhóm 3; Apgar phút thứ 5 < 7 gặp ở 11,67% nhóm 1, không gặp ở nhóm 2 và là 1,67% ở nhóm 3). Kết quả của chúng tôi tương tự Ramanathan (60% phút thứ nhất và 20% phút thứ 5) nhưng cao hơn so với Visalyaputra (15% và 26% ở phút thứ 1 và 2% và 7% ở phút thứ 5). Theo một nghiên cứu tổng hợp của Palot, cả trong mổ lấy thai cấp cứu và không cấp cứu, nếu thai phụ và thai nhi bình thường thì tỷ lệ sơ

sinh có Apgar < 4 ở nhóm gây tê vùng thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm gây mê [5]. Có thể giải thích tình trạng điểm Apgar phút thứ nhất của sơ sinh ở nhóm gây mê nội khí quản thấp hơn so với nhóm 2 và nhóm 3 là do tác dụng của thuốc mê và thuốc họ morphin đã qua rau thai và gây ức chế hô hấp sơ sinh. Nghiên cứu của chúng tôi có sử dụng fentanyl 0,1 mg khi khởi mê nên có thể ảnh hưởng đến trẻ sơ sinh.

Các chỉ số khí máu động mạch rốn sơ sinh: Đo các thông số khí máu động mạch và tĩnh mạch rốn sơ sinh để đánh giá tình trạng cung cấp oxy cho thai và những ảnh hưởng của tình trạng thiếu oxy của thai nhi. Trong suy thai mạn tính: P_aO_2 giảm và P_aCO_2 tăng trong cả máu động mạch và tĩnh mạch rốn sơ sinh. Trong suy thai cấp tính: P_aO_2 giảm trong máu động mạch rốn còn các chỉ số khác trong máu tĩnh mạch rốn thì bình thường. Trong nghiên cứu của chúng tôi: không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về pH máu động mạch rốn sơ sinh ở cả ba nhóm. BE cao hơn ở nhóm 2 và nhóm 3 nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm 1. Kết quả của chúng tôi phù hợp với Ramanathan và Visalyaputra nhưng khác biệt so với kết quả của Dyer (tỷ lệ PH < 7,2 và BE > 7 của sơ sinh ở nhóm gây tê tủy sống cao hơn so với nhóm gây mê toàn thân) [4], [6]. Có lẽ do đối tượng bệnh nhân trong nghiên cứu của Dyer là các trường hợp tiền sản giật nặng có thai suy [2].

V. KẾT LUẬN

Trẻ sơ sinh ở nhóm bệnh nhân tiền sản giật nặng được gây mê toàn thân để mổ lấy thai có chỉ số Apgar phút thứ nhất thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm được gây tê tủy sống hoặc gây tê tủy sống – ngoài màng cứng phối hợp (6,7 ± 1,8 so với 8,4 ± 0,7 ở nhóm gây tê tủy sống và 8,5 ± 0,8 ở nhóm gây tê tủy sống – ngoài màng cứng phối hợp). Chỉ số Apgar phút thứ 5 và các thông số khí máu động mạch rốn sơ sinh không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm gây mê toàn thân so với hai nhóm gây tê vùng. Trẻ sơ sinh ở hai nhóm gây tê vùng có chỉ số Apgar và khí máu động mạch rốn tương đương nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aya A.G. (2005),** "Spinal anesthesia-induced hypotension: A risk comparison between patients with severe preeclampsia and healthy women undergoing preterm cesarean delivery", *Anesth Analg* 2005; 101, pp. 869–75.
2. **Dyer RA (2003)** "Prosprective, randomized trial comparing general with spinal anesthesia for cesarean section for trial comparing delivry general with spinal anesthesia for cesarean delivry in preeclamptic patients with a non reassuring fetal heart trace". *Anesthesiology* 2003;99:561-9
3. **Hodgkinson R, Husain** FJ "Systemic and pulmonary blood pressure during caesarean section in paturtients with gestational hypertension" *Canad anaesth*. Soc J vovl 27. No 4 july 1980.
4. **Ramanathan J, Vaddadi AK, Arheart KL.** "Combined spinal and epidural anesthesia with low dose of intrathecal bupivacaine in women with severe preeclampsia: a preliminary report", *Reg Anesth Pain Med* 2001;26:46-51.
5. **Palot M (1993),** "Choix d'une anesthesie selon indications de la cesarienne" *Anesthesie-Reanimation obstetrique*, deuxieme partie, Arnette, pp. 191-96.
6. **Visalyaputra S. (2005),** "Spinal Versus Epidural Anesthesia for Cesarean Delivery in Severe Preeclampsia: A Prospective Randomized, Multicenter Study". *Anesth Analg* 2005;101, pp. 862-868.

TÌM HIỂU ĐẶC ĐIỂM MỘT SỐ DẤU ẤN MIỄN DỊCH Ở BỆNH LƠXÊMI CẤP DÒNG LYMPHO TRẺ EM TẠI VIỆN HUYẾT HỌC – TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Triệu Vân [1], Nguyễn Hà Thanh[2]

TÓM TẮT

Các tác giả sử dụng phương pháp Miễn dịch học (MDH) để xếp loại bệnh nhi bị Lơxêmi cấp dòng lympho được chẩn đoán xác định tại Viện Huyết học – Truyền máu TW giai đoạn 2015-2016. ***Mục tiêu***: Tìm hiểu đặc điểm một số dấu ấn miễn dịch ở bệnh lơxêmi cấp dòng lympho trẻ em. ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*** 102 bệnh nhi mắc bệnh lơxêmi cấp dòng lympho; nghiên cứu mô tả cắt ngang. ***Kết quả nghiên cứu:*** (1) Trong nhóm B-ALL, dưới nhóm B chung là chủ yếu, chiếm 72,4%, tiếp đến là dưới nhóm B sớm, tiền B và B chín. Các dấu ấn đặc trưng cho dòng lympho B xuất hiện với tỷ lệ cao, lần lượt là CD19, CyCD79a, HLA-DR, CD10, CD34. (2) Trong nhóm T-ALL, dưới nhóm T chín chiếm tỷ lệ cao nhất (46,7%), tiếp đến là dưới nhóm T trung gian và T sớm. Các dấu ấn đặc trưng cho dòng lympho T xuất

[1]*Viện Huyết học – Truyền máu TW*
[2] *Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: *Nguyễn Triệu Vân*
Email: vannt61@yahoo.com

Ngày nhận bài: 13.7.2017
Ngày phản biện khoa học: 4.10.2017
Ngày duyệt bài: 13.10.2017

hiện với tỷ lệ cao, lần lượt là CyCD3, CD7, CD3. Các kết quả nghiên cứu đã được bàn luận.

Từ khóa: Dấu ấn miễn dịch, lơxêmi cấp dòng lympho, trẻ em.

SUMMARY

STUDY ON CHARACTERISTICS OF SOME MARKERS IN PEDIATRIC ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA AT THE NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION DURING 2015-2016

The authors have implemented immunological method to classify pediatric acute lymphoblastic leukemia diagnosed at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion in 2015 – 2016. ***Objectives:*** To study on characteristics of some markers in pediatric ALL. ***Subjects and method:*** implement on 102 pediatric ALL patients; cross descriptive study. ***Results:*** (1) Among B-cell ALL group, mostly common B with 72.4%, lower range respectively are pro-B, pre-B, and mature B. Typical markers for B lymphoblasts occur with high frequence, respectively CD19, CyCD79a, HLA-DR, CD10, CD34. (2) Among T-cell ALL group, mature T with highest rate of 46.7%, lower range respectively are common T and pre-T. Typical markers for T lymphoblasts occur with high frequence, respectively CyCD3, CD7, CD3. These results are discussed.

Key words: Marker, acure lymphoblastic leukemia, pediatric.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lơxêmi cấp (LXMc) được chia làm hai loại gồm LXMc dòng tủy (Acute Myelogenous Leukemia-AML) và LXMc dòng lympho (Acute Lymphoblasic Leukemia-ALL). LXMc dòng lympho là bệnh tăng sinh ác tính trong quá trình tạo máu của dòng lympho. Theo thống kê của nhiều tác giả trên thế giới cũng như Việt Nam, LXMc dòng lympho thường gặp ở trẻ em, chiếm 3/4 tổng số các bệnh nhi được chẩn đoán LXMc.

Việc áp dụng phương pháp Miễn dịch học (trong đó có kỹ thuật Đếm tế bào dòng chảy (Flow Cytometry) vào chẩn đoán, xếp loại LXMc đã bổ sung được những hạn chế của phương pháp hình thái học và hóa học tế bào, giúp chẩn đoán chính xác và xếp loại chi tiết các thể bệnh trong LXMc nói chung và LXMc dòng lympho ở trẻ em nói riêng, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và tiên lượng bệnh.

Tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương đã áp dụng phương pháp Miễn dịch học trong chẩn đoán và xếp loại ALL từ năm 1996. Tuy cung một bệnh nhưng mỗi giai đoạn sẽ có những đặc điểm khác nhau về tỷ lệ mắc bệnh và kết quả điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Tìm hiểu đặc điểm một số dấu ấn miễn dịch ở bệnh nhi Lơxêmi cấp dòng lympho tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương từ 6/2015 - 6/2016.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 102 bệnh nhi ALLc được chẩn đoán lần đầu và điều trị tại khoa Bệnh máu trẻ em, Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương từ 6/2015- 6/2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Các bệnh nhi dưới 16 tuổi, được làm xếp loại miễn dịch và điều trị tấn công bằng phác đồ FRALLE 2000.
- Bệnh nhân và người nhà bệnh nhân chấp nhận tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu.

2.2.2. Cách chọn mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên, thuận tiện.

2.2.3. Các kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu: Thực hiện theo quy trình chuẩn của Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương.

2.2.4. Công cụ nghiên cứu: Sử dụng bộ panel miễn dịch 6 mầu để xếp loại LXMc gồm các dấu ấn sau:

Dấu ấn chung cho dòng bạch cầu: CD45.

Dấu ấn non: CD34, HLA-DR.

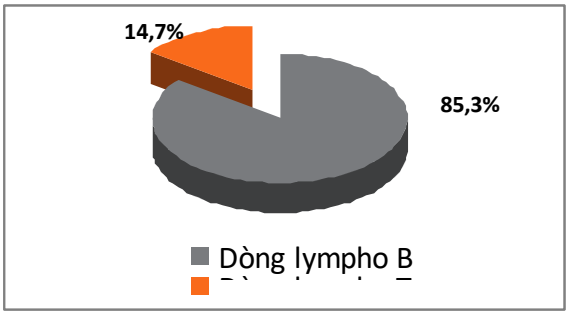
Dấu ấn dòng lympho B: CD10, CD19, CD20, CD79a.

Dấu ấn dòng lympho T: CyCD3, CD3, CD4, CD7, CD8.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm phân bố các thể ALL bằng phương pháp MDH



Biểu đồ 3.1. Phân bố các thể ALL theo dòng tế bào (n = 102)

Sử dụng phương pháp Miễn dịch học để xếp loại 102 bệnh nhi mới chẩn đoán ALL, kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ nhóm B-ALL chiếm đa số với 85,3%, nhóm T-ALL chỉ chiếm 14,7%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả như B.N. Lan (2008) nghiên cứu trên 93 bệnh nhi

ALL được xếp loại bằng phương pháp MDH cho thấy tỷ lệ bệnh nhi B-ALL chiếm 73,1%, T-ALL chiếm 26,9%; Iwamoto. S (2011), tỷ lệ B-ALL chiếm 87%, T-ALL chiếm13%. Như vậy đối với ALL, tỷ lệ B-ALL vẫn chiếm đa số.

3.1.2. Đặc điểm phân bố theo tuổi và nhóm tuổi

Bảng 3.1. Đặc điểm độ tuổi trung bình theo nhóm bệnh

Tuổi / Thể ALL	Tuổi			n	p
	Trung bình	Thấp nhất	Cao nhất		
B-ALL (n =87)	5,6 ± 3,6	1	15	87	< 0,01
T-ALL (n =15)	9,9 ± 3,7	4	14	15	
Chung	6,3 ± 3,9	1	16	102	

Kết quả ở bảng 3.1 cho thấy, tuổi trung bình của nhóm ALL là 6,3 ± 3,9 tuổi. Kết quả này cũng tương tự kết quả của B.N. Lan (2006) là 6,0 ± 3,8 tuổi. Biểu đồ 3.2 cho thấy trong nhóm B-ALL, trẻ < 5 tuổi chiếm cao nhất là 48,3%, tỷ lệ này giảm dần theo tuổi. Trong khi đó, ở nhóm T-ALL, tỷ lệ này lại tăng dần theo tuổi, trẻ < 5 tuổi có tỷ lệ thấp nhất là 13,3%, nhóm bệnh nhi >10 tuổi chiếm ưu thế với 60%. Sự phân bố nhóm tuổi ở hai thể ALL khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Bảng 3.2 cho thấy, xét chung nhóm bệnh nhi ALL, tỷ lệ trẻ nam mắc bệnh là 56,9%, tỷ lệ trẻ nữ mắc bệnh là 43,1%, tỷ lệ nam/nữ là 1,49. Vẫn chưa có lời giải tại sao tỷ lệ nam cao hơn nữ?

3.1.3. Đặc điểm về giới tính

Bảng 3.2. Đặc điểm phân bố theo giới của nhóm nghiên cứu

Giới / Thể bệnh	Nam	Nữ	p
	Số bệnh nhi (%)	Số bệnh nhi (%)	
B-ALL (n = 87)	49 (56,3%)	38 (43,7%)	> 0,05
T-ALL (n = 15)	9 (60%)	6 (40%)	
Tổng (n = 102)	58 (56,9%)	44 (43,1%)	102 (100%)

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ nam cao hơn so với trẻ nữ ở cả 2 thể B-ALL và T-ALL. Tuy nhiên, tỷ lệ nam và nữ giữa 2 thể bệnh B-ALL và T-ALL cũng như giữa các thể bệnh với tổng số bệnh nhi ALL khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

3.2. Kết quả xếp loại và đặc điểm dấu ấn miễn dịch của các thể ALL

3.2.1. Đặc điểm xếp loại ALL theo phương pháp MDH

Bảng 3.3. Kết quả xếp loại ALL theo phương pháp MDH

Dòng	Thể	n	%
Lympho B	B sớm	10	11,5
	Tiền B	10	11,5
	B chung	63	72,4
	B chín	4	4,6
Cộng B		***87***	***100***
Lympho T	T sớm	3	20
	T trung gian	5	33
	T chín	7	47
Cộng T		***15***	***100***

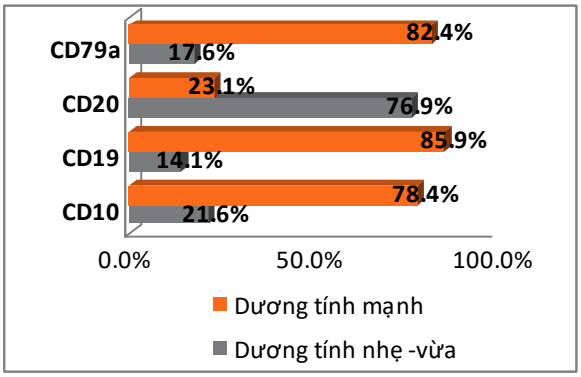
Bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ các dưới nhóm dòng lympho B được chia làm 4 thể là thể B sớm (11,5%), thể tiền B (11,5%), thể B chung (72,4%) và thể B chín (4,6%). Các dưới nhóm dòng T được chia thành 3 thể là thể T sớm (20%), thể T trung gian (33%) và thể T chín (47%). Như vậy phương pháp MDH đã xếp loại chi tiết hai dòng B và T thành các dưới nhóm theo mỗi giai đoạn biệt hóa tế bào, từ non nhất đến già nhất. Việc xếp loại chi tiết từng thể bệnh trong ALL không chỉ giúp cho các nhà lâm sàng lựa chọn phác đồ điều trị hợp lý mà còn có giá trị cao trong việc tiên lượng, giúp nâng cao hiểu biết về bệnh.

3.2.2. Đặc điểm biểu hiện các dấu ấn non ở bệnh nhi ALL

Bảng 3.4. Đặc điểm biểu hiện các dấu ấn non ở bệnh nhi ALL

Dấu ấn	B-ALL (n = 87)		T-ALL (n = 15)		p
	Số BN	%	Số BN	%	
HLA-DR (+)	81	93,1	0	0	< 0,01
CD34 (+)	63	72,4	6	40	< 0,01

Bảng 3.4 cho biết có 2 dấu ấn non của ALL là CD34 và HLA-DR. Tuy nhiên đối với B-ALL thì HLA-DR (+) đến 93,1% và CD34(+) đến 72,4%. Khi chưa xuất hiện các dấu ấn đặc trưng dòng thì việc xuất hiện dấu ấn non có thể hướng đến việc xác định tế bào định hướng dòng. Kết quả nghiên cứu này cùng tương tự kết quả nghiên cứu của của T.T.P.Thanh (2012) có tỷ lệ CD34(+) lần lượt là 61,8% và 58,8%; nghiên cứu của Bachir F và cộng sự (2015) có tỷ lệ CD34 dương tính lần lượt là 77,5% và 57,5%. Các tác giả đều có chung nhận định là tỷ lệ CD34 (+) trong nhóm B-ALL luôn cao hơn nhóm T-ALL.



Biểu đồ 3.2. Mức độ dương tính các dấu ấn ở nhóm B-ALL (n = 87)

3.2.3. Đặc điểm biểu hiện các dấu ấn đặc trưng theo dòng ở bệnh nhi ALL

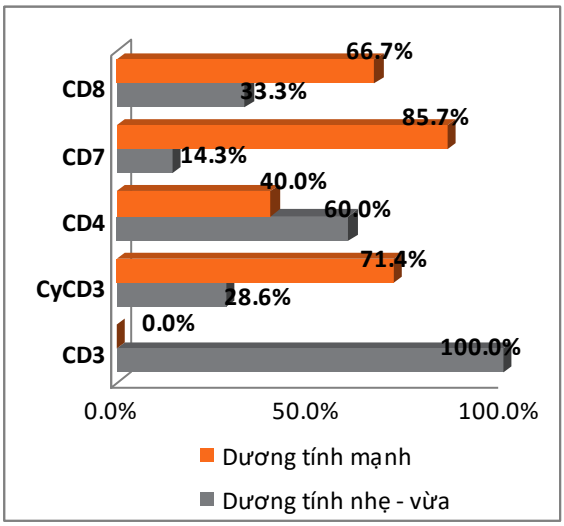
Bảng 3.5. Tỷ lệ xuất hiện các dấu ấn đặc trưng theo dòng ở nhóm B-ALL (n = 87)

Dấu ấn	n	Tỷ lệ %
CD10	74	85,1
CD19	85	97,7
CD20	13	14,9
CD79a	85	97,7

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.5 và biểu đồ 3.3 cho thấy tỷ lệ và mức độ dương tính của một số các dấu ấn đặc trưng cho dòng lympho B bao gồm CD19, CyCD79a có tỷ lệ dương tính cao nhất (97,7%), tiếp đến là CD10 với tỷ lệ dương tính là 85,1%, CD20 dương tính với tỷ lệ thấp nhất là 14,9%. Tương tự với tỷ lệ là cường độ dương tính của các dấu ấn đặc trưng. CD19, CyCD79a, CD10 có tỷ lệ dương tính mạnh cao, lần lượt là 85,88%, 82,35% và 78,38%, trong khi đó dấu ấn CD20 có tỷ lệ dương tính nhẹ - vừa là chủ yếu (76,92%). Điều này cho thấy, ở giai đoạn tế bào đã trưởng thành hơn thì mức độ dương tính của dấu ấn cũng giảm, tuy nhiên, để khẳng định điều này cần phải nghiên cứu thêm trên cỡ mẫu lớn hơn.

Bảng 3.6. Tỷ lệ xuất hiện các dấu ấn đặc trưng theo dòng ở nhóm T-ALL (n = 15)

Dấu ấn	n	Tỷ lệ %
CD3	11	73,3
CyCD3	14	93,3
CD4	10	66,7
CD7	14	93,3
CD8	9	60



Biểu đồ 3.3. Mức độ dương tính các dấu ấn ở nhóm T-ALL (n=15)

Với T-ALL, kết quả nghiên cứu bảng 3.6 và biểu đồ 3.3 thể hiện tỷ lệ và mức độ dương tính của một số dấu ấn đặc trưng. dấu ấn CyCD3 và CD7 có tỷ lệ dương tính cao nhất là 93,3%, tiếp theo là dấu ấn CD3, CD4, CD8 với các tỷ lệ tương ứng là 73,3%, 66,7% và 60%. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Barchir F và cộng sự (2009) là CyCD3 và CD7 có tỷ lệ dương tính rất cao (100%), CD3, CD4 có tỷ lệ dương tính từ 80 - 83%. các dấu ấn CD7, CyCD3, CD8 dương tính mạnh chiếm tỷ lệ cao với tỷ lệ tương ứng là 85,7%,71,42%, 66,67%; riêng CD3 không gặp trường hợp nào có dương tính mạnh. Điều đó cho thấy, cũng giống như thể B-ALL, các tế bào trong thể T-ALL khi ở giai đoạn trưởng thành hơn thì mức độ dương tính của dấu ấn cũng giảm. Tuy nhiên, cũng cần nghiên cứu thêm để khẳng định đặc tính này.

V. KẾT LUẬN

1. Trong nhóm B-ALL, dưới nhóm B chung là chủ yếu, chiếm 72,4%, tiếp đến là dưới nhóm B

sớm, tiền B và B chín. Các dấu ấn đặc trưng cho dòng lympho B xuất hiện với tỷ lệ cao, lần lượt là CD19, CyCD79a, HLA-DR, CD10, CD34.

2. Trong nhóm T-ALL, dưới nhóm T chín chiếm tỷ lệ cao nhất (46,7%), tiếp đến là dưới nhóm T trung gian và T sớm. Các dấu ấn đặc trưng cho dòng lympho T xuất hiện với tỷ lệ cao, lần lượt là CyCD3, CD7, CD3.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Swerdlow SH et al (2008)**. *Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. 4th ed. Lyon, France: IARC Press*. World Health Organization Classification of Tumours; Vol. 2, pp. 148 – 152.
2. **Bùi Ngọc Lan (2008)**. *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh Lơxêmi cấp dòng lympho và điều trị thể nguy cơ không cao ở trẻ em*. Luận án tiến sỹ y học. T rường ĐH Y Hà Nội.
3. **Antica MS et al (2011).** *Acute Leukemia - The Scientist's Perspective and Challenge*. ISBN 978 - 953 - 553 - 307.
4. **Iwwamoto. S et al (2011).** *Flow cytometric analysic of de novo acute lyphoblastic leukemia in childhood: report from the Japanese Pediatric Leukemia/ Lymphoma Study Group*. Int J Hematol, Vol. 94, pp. 185 - 192.
5. **Behm FG et al (2006)**. *Immunophenotyping.* Childhood Leukemia, 2nd edition; Cambridge University Press, pp. 150 - 209.
6. **Trần Thị Phương Thanh (2012)**. *Nghiên cứu đặc điểm các dấu ấn miễn dịch trong Lơxêmi cấp dòng lympho bằng kỹ thuật Tế bào dòng chảy*. Tạp chí Y - Dược học quân sự. Số 8, tập 37, tr 23 - 29.

LIÊN QUAN GIỮA BỆNH VIÊM LỢI VÀ BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRÊN BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐỐNG ĐA, HÀ NỘI NĂM 2017

Lê Long Nghĩa*

TÓM TẮT

Trong số các bệnh không lây nhiễm, bệnh đái tháo đường đã được xác định là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng của bệnh viêm lợi cũng như viêm quanh răng. **Mục tiêu:** Nhận xét sự liên quan giữa một số yếu tố của bệnh đái tháo đường với bệnh viêm lợi mạn tính. **Đối tượng:** Người được chẩn đoán mắc đái tháo đường tại bệnh viện Đống đa, Hà nội. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Viêm lợi ở mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất, viêm lợi nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất. Tỷ lệ viêm lợi nặng có xu hướng tăng lên khi mức đường huyết lúc đói cao, ở nhóm đường máu 4,5 – 6,4 (mmol/l) tỷ lệ viêm lợi nặng là 4,3%, con số này tăng lên 5,9% khi mức đường máu lúc đói là 10,1 – 20 (mmol/l). **Kết luận:** không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ viêm lợi của bệnh nhân và một số yếu tố của bệnh đái tháo đường như thời gian mắc bệnh, nồng độ đường huyết lúc đói và HbA1c.

Từ khóa: đái tháo đường, viêm lợi

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN GINGIVITIS AND DIABETES IN PATIENTS TREATED AT DONG DA HOSPITAL, HANOI IN 2017

Among non-contagious diseases, diabetes has been identified as one of the important risk factors for gingivitis as well as periodontitis. **Aim:** Comment on the relationship between some elements of diabetes and chronic gingivitis. **Subjects:** People diagnosed with diabetes at Dong Da Hospital, Hanoi. **Method:** cross-sectional descriptive study. **Results:** Moderate gingivitis was the highest and severe gingivitis accounted for the lowest rate. The rate of severe gingivitis tended to increase when blood glucose levels was high, in the blood glucose group 4.5 - 6.4 (mmol /l) the rate of severe gingivitis was 4.3%, which increased to 5.9% when the blood glucose level was 10.1 to 20 mmol/L). **Conclusion:** There were no statistically significant associations between gingival inflammation and some factors of diabetes mellitus, such as duration of illness, fasting plasma glucose levels and HbA1c.

Keywords: diabetes, gingivitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nếu như bệnh quanh răng là bệnh phổ biến ở vùng miệng, thì đái tháo đường lại là bệnh toàn thân có tỷ lệ người mắc rất cao. Hiện nay, tỷ lệ người mắc bệnh đái tháo đường trong toàn quốc chiếm 5,42%. Trong 10 năm (2002-2012), số người được chẩn đoán mắc bệnh đái tháo đường ở nước ta tăng 201%. Tỷ lệ người mắc bệnh đái tháo đường trong cộng đồng không được phát hiện cũng chiếm tỷ lệ cao với 63,6% [1].

Bệnh quanh răng (viêm lợi) và đái tháo đường đều là hai bệnh mạn tính, có mối liên quan với nhau, đặc biệt là ảnh hưởng của tình trạng đường máu cao tới vùng quanh răng. Biến chứng răng miệng, đặc biệt là bệnh quanh răng, là một trong những biến chứng phổ biến của bệnh đái tháo đường. Biến chứng này đã gây ảnh hưởng không nhỏ tới chất lượng cuộc sống của những bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường – căn bệnh vốn đã gây ra rất nhiều biến chứng khác nữa nếu không kiểm soát đường máu tốt.

Xuất phát từ thực tiễn trên, tôi thực hiện nghiên cứu *"Liên quan giữa bệnh viêm lợi và bệnh đái tháo đường trên bệnh nhân điều trị tại bệnh viện Đống đa, Hà nội năm 2017"* nhằm mục đích: *Nhận xét sự liên quan giữa một số yếu tố của bệnh đái tháo đường với bệnh viêm lợi mạn tính.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên những bệnh nhân đến khám và được chẩn đoán mắc bệnh đái tháo đường (Theo tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường của 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 ĐTĐ 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
- **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.

**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: 5.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 4.10.2017
Ngày duyệt bài: 13.10.2017

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ đích cho đến khi đủ cỡ mẫu.

Cỡ mẫu: Được tính theo công thức tính cỡ mẫu của nghiên cứu cắt ngang mô tả:

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

Trong đó:

n: Là cỡ mẫu : Số bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường được khám. α: Mức ý nghĩa thống kê. Hệ số giới hạn tin cậy $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ =1,96 với α= 0,05. p: Tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường bị viêm lợi. Ước tính p=0,868 [2]. d: Khoảng sai lệch, chọn d=0,1. Từ công thức trên, ta tính được cỡ mẫu là 44. Thực tế tôi khám 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

Bảng 1. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh đái tháo đường và tình trạng viêm lợi

	Không viêm		Viêm nhẹ		Viêm trung bình		Viêm nặng		Tổng cộng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<5 năm	4	50	1	12,5	3	37,5	0	0,0	8	100	0,504
5 – 9 năm	8	29,6	8	29,6	10	37,0	1	3,7	27	100	
10 – 14 năm	10	30,3	7	21,2	14	42,4	2	6,1	30	100	
≥15 năm	3	10,0	8	26,7	17	56,7	2	6,7	30	100	

Thời gian mắc bệnh càng dài thì tỷ lệ viêm lợi càng tăng, tỷ lệ không viêm lợi càng giảm. Cụ thể thời gian mắc bệnh là < 5 năm có 50% không bị viêm lợi, thời gian mắc bệnh là 5 – 9 năm và 10 – 14 năm thì tỷ lệ giảm xuống còn 29,6% và 30,3%. Khi thời gian mắc bệnh là > 15 năm chỉ có 10% đối tượng không viêm lợi. Sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Xét về mức độ viêm lợi: Tỷ lệ bệnh nhân có mức độ viêm lợi trung bình luôn chiếm tỷ lệ cao nhất trong tất cả các nhóm đối tượng và có xu hướng tăng lên khi thời gian mắc bệnh tăng lên. Tỷ lệ viêm lợi ở mức độ nặng cũng có xu hướng tăng cùng với thời gian mắc bệnh. Cụ thể, khi thời gian mắc bệnh là <5 năm có 0% bệnh nhân bị viêm lợi nặng, con số này tăng lên 6,7% khi thời gian mắc bệnh là ≥ 15 năm. Sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 2. Phân bố tình trạng viêm lợi của bệnh nhân theo mức đường huyết lúc đói

Mức đường huyết lúc đói (mmol/l)	Không viêm		Viêm nhẹ		Viêm trung bình		Viêm nặng		Tổng cộng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
4,5 – 6,4	7	30,4	5	21,7	10	43,5	1	4,3	23	100	0,783
6,5 – 10,0	12	20,7	17	29,3	26	44,8	3	5,2	58	100	
10,1 – 20	6	35,3	2	11,8	8	41,7	1	5,9	17	100	

Tỷ lệ viêm lợi cao nhất ở nhóm đối tượng có mức đường huyết lúc đói là 6,5 – 10,0 (mmol/l) chiếm 79,3%. Thấp nhất ở nhóm có mức đường máu lúc đói là 10,1 – 20 (mmol/l) chiếm 64,7%. Sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Viêm lợi ở mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất trong tất cả các nhóm đường máu lúc đói, và viêm lợi nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất. Tỷ lệ viêm lợi nặng có xu hướng tăng lên khi mức đường huyết lúc đói cao, cụ thể ở nhóm đường máu 4,5 – 6,4 (mmol/l) tỷ lệ viêm lợi nặng là 4,3%, con số này tăng lên 5,9% khi mức đường máu lúc đói là 10,1 – 20 (mmol/l). Sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 3. Nhận xét sự liên quan giữa nồng độ đường huyết lúc đói và tình trạng viêm lợi của bệnh nhân

Mức đường huyết lúc đói (mmol/l)	Không viêm		Viêm lợi		OR (CI 95%)	p
	n	%	n	%		
4,5 – 6,4	7	30,4	16	69,6	0,6 (0,2 – 1,9)	0,4
6,5 – 10,0	12	21,8	43	78,2		
6,5 – 10,0	12	21,8	43	78,2	1,96 (0,6 – 6,4)	0,3
10,1 – 20	6	35,3	11	64,7		

Không có sự liên quan giữa tỷ lệ viêm lợi của bệnh nhân và nồng độ đường huyết lúc đói ở mức ý nghĩa thống kê 5%.

Bảng 4. Phân bố tình trạng viêm lợi theo mức HbA1c trong lần kiểm tra trong 3 tháng trở lại đây

HbA1c (%)	Không viêm		Viêm nhẹ		Viêm trung bình		Viêm nặng		Tổng cộng		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
< 7	12	32,4	9	24,3	15	40,5	1	2,7	37	100	0,564
≥ 7	13	21,3	15	24,6	29	47,5	4	6,6	61	100	

Tỷ lệ viêm lợi ở nhóm đối tượng có mức HbA1c trong vòng 3 tháng trở lại đây ≥ 7% là 78,7% cao hơn nhóm < 7% là 67,6%. Xét về mức độ viêm lợi: Viêm lợi ở mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ viêm lợi nặng và viêm lợi trung bình ở nhóm có HbA1c ≥ 7 cao hơn nhóm có HbA1c < 7 lần lượt là 7% và 3,9%. Sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Xét mối quan hệ giữa mức độ lành mạnh của mô lợi và thời gian mắc bệnh đái tháo đường: Kết quả bảng 1 cho thấy thời gian mắc bệnh càng dài thì tỷ lệ viêm lợi càng tăng. Cụ thể thời gian mắc bệnh là < 5 năm có 50% bệnh nhân bị viêm lợi, thời gian mắc bệnh là 5 – 9 năm và 10 – 14 năm thì tỷ lệ này tăng lên 70,4% và 69,7%. Khi thời gian mắc bệnh là > 15 năm, con số này tăng lên tới 90% đối tượng nghiên cứu bị viêm lợi. Tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Mức độ trầm trọng của bệnh cũng có xu hướng tăng lên khi thời gian mắc bệnh đái tháo đường càng dài. Cụ thể, khi thời gian mắc bệnh là < 5 năm có 0% bệnh nhân bị viêm lợi nặng, con số này tăng lên 6,7% khi thời gian mắc bệnh là ≥ 15 năm. Tuy nhiên sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Có nhiều giả thiết được đưa ra để giải thích ảnh hưởng của thời gian mắc bệnh đái tháo đường với tỷ lệ cũng như mức độ trầm trọng của bệnh quanh răng. Karjalainen và Knuuttila (1996) cho rằng đái tháo đường gây suy giảm đáp ứng miễn dịch của vật chủ thông qua giảm khả năng hóa ứng động, thực bào của bạch cầu đa nhân trung tính; giảm khả năng cung cấp và chuyển hóa oxy của mô do làm tăng độ nhớt máu, tăng kết tập tiểu cầu, giảm lượng glucose đi vào tế bào (Insulin cần thiết cho việc dẫn dắt glucose đi vào trong tế bào). Do đó những bệnh nhân bị mắc đái tháo đường trong thời gian dài hơn không chỉ tăng nguy cơ viêm lợi mà mức độ trầm trọng của bệnh cũng lớn hơn [3]. Các kết quả nghiên cứu khi so sánh tỷ lệ cũng như mức độ trầm trọng của bệnh viêm lợi trên bệnh nhân đái tháo đường của Neelima, Eun – Kyong Kim cũng cho kết quả tương tự [2,4].

Xét mối quan hệ giữa mức độ lành mạnh của mô lợi và nồng độ đường huyết lúc đói: Bảng 2 cho thấy tỷ lệ viêm lợi cao nhất ở nhóm đối tượng có mức đường huyết lúc đói là 6,5 – 10,0 (mmol/l) chiếm 79,3%. Thấp nhất ở nhóm có mức đường máu lúc đói là 10,1 – 20 (mmol/l) chiếm 64,7%. Sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Xét về mức độ viêm lợi: Tỷ lệ viêm lợi nặng có xu hướng tăng lên khi mức đường huyết lúc đói cao, cụ thể ở nhóm đường máu 4,5 – 6,4 (mmol/l) tỷ lệ viêm lợi nặng là 4,3%, con số này tăng lên 5,9% khi mức đường máu lúc đói là 10,1 – 20 (mmol/l). Sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Bảng 2 cho thấy mức đường máu lúc đói trung bình của nhóm có viêm lợi thấp hơn so với nhóm không có viêm lợi, tuy nhiên sự khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê. Có thể thấy, kết quả nghiên cứu không cho thấy có mối liên hệ giữa nồng độ đường huyết lúc đói và tỷ lệ mắc bệnh viêm lợi, nhưng lại cho thấy có mối liên quan với mức độ trầm trọng của bệnh. Kết quả này có sự khác biệt với nhiều nghiên cứu khác trên Thế giới được tiến hành với quy mô lớn hơn. Neelima và cộng sự trong một nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 1500 bệnh nhân đái tháo đường cho thấy nồng độ glucose máu trung bình ở nhóm có viêm lợi cao hơn so với nhóm không có viêm lợi [2]. Tương tự Eun – Kyong Kim và cộng sự khi nghiên cứu 125 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 cũng cho thấy khi nồng độ đường máu tăng thì chỉ số chảy máu rãnh lợi của các đối tượng nghiên cứu cũng tăng có ý nghĩa thống kê [65].

Xét mối quan hệ giữa mức độ lành mạnh của mô lợi và HbA1c trong vòng 3 tháng kiểm tra gần nhất: Theo bảng 4, tỷ lệ bệnh nhân bị viêm lợi ở nhóm có HbA1c < 7% và nhóm có HbA1c ≥ 7% lần lượt là 67,6% và 78,4%. Như vậy ở nhóm không đạt mục tiêu kiểm soát glucose máu có tỷ lệ bệnh nhân bị viêm lợi nhiều hơn. Hơn nữa việc không kiểm soát được glucose máu không chỉ làm tăng tỷ lệ mắc bệnh mà còn làm tăng mức độ trầm trọng của bệnh. Tỷ kệ bệnh nhân bị viêm lợi ở mức độ trung bình và nặng đều cao hơn so với nhóm có HbA1c < 7. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p=0,564.

Tỷ lệ viêm lợi ở những bệnh nhân kiểm soát glucose máu tốt vẫn còn rất cao bởi vì đái tháo đường chỉ là yếu tố nguy cơ của bệnh quanh răng, vai trò gây bệnh chính vẫn thuộc về vi khuẩn trong mảng bám răng. Các đối tượng trong nghiên cứu đều có tình trạng vệ sinh răng miệng trung bình hoặc kém đã tạo điều kiện rất có lợi cho các vi khuẩn phát triển và gây bệnh. Sự tác động đồng thời của vệ sinh răng miệng không tốt và đái tháo đường có thể góp phần làm tăng tỷ lệ viêm lợi trên bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Xuân Thực trên bệnh nhân đái tháo đường typ 2 cũng cho tỷ lệ viêm lợi rất cao, 100% bệnh nhân đều bị viêm lợi [5]. Tuy vậy, bệnh nhân kiểm soát glucose máu tốt vẫn có tỷ lệ bị viêm lợi thấp hơn. Cho nên, vấn đề kiểm soát đường máu vẫn rất cần được quan tâm trong phòng và điều trị viêm lợi. Kiểm soát tốt bệnh này sẽ góp phần kiểm soát tốt hơn bệnh còn lại. Kết quả này cũng được xác nhận bởi rất nhiều các nghiên cứu khác nhau cả trong nước và ngoài nước [6,7].

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu không cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa một số yếu tố của bệnh đái tháo đường như thời gian mắc bệnh, nồng độ đường huyết lúc đói và HbA1c lên như mức độ viêm lợi của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Benhviennoitiet.com.vn (2014).** Gần 64% người mắc bệnh đái tháo đường chưa được chẩn đoán.
2. **Neelima S et al (2011).**A clinical study of the relationship between diabetes mellitus and periodontal disease. Journal of Indian Society for Periodontol*ogy*.15(4): 388–392.
3. **Karjalainen KM, Knuuttila ML (1996**). The onset of diabetes and poor metabolic control increases gingival bleeding in children and adolescents with insulin dependent diabetes mellitus. *Journal of Clinical Periodontology*. 23:1060–7
4. **Eun-Kyong Kim et al (2013).** Association between diabetes-related factors and clinical periodontal parameters in type-2 diabetes mellitus. *BMC Oral Health***.** 13:64.
5. **Nguyễn Xuân Thực (2011).** Nghiên cứu bệnh quanh răng ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại bệnh viện Nội tiết Trung Ương và đánh giá hiệu quả can thiệp*. Luận văn tiến sỹ y học, đại học Y Hà Nội.* 70-78
6. **Đào Thị Nga (2010).** Thực trạng và nhu cầu điều trị bệnh quanh răng ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 trên 5 năm tại bệnh viện Thanh Nhàn – Hà Nội. *Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà nội*. 48-49.
7. **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. 35-39

ĐÁNH GIÁ HÀNH VI TỰ CHĂM SÓC CỦA BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE II TẠI KHOA NỘI TIẾT BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG

Trần Thị Minh Tâm*, Đoàn Thị Phượng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hành vi tự chăm sóc của bệnh nhân ĐTĐ type II tại khoa Nội tiết Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương năm 2015". **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên 111 bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ type II từ 6 tháng trở nên và đang điều trị nội trú tại khoa Nội tiết Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương (5/2015 - 6/2015). **Kết quả nghiên cứu:** 48,65% bệnh nhân thực hiện tốt việc duy trì thói quen ăn uống theo hướng dẫn; 68,47% bệnh nhân có thói quen ăn nhiều chất xơ; 46,85% bệnh nhân không ăn đồ ngọt; 66,67% bệnh nhân coi chế độ ăn uống là quan trọng đối với bệnh ĐTĐ. 73,88% bệnh nhân tham gia các môn thể thao thường xuyên; 61,26% bệnh nhân duy trì tốt thói quen tập thể dục ít nhất 30 phút/ngày; 54,07% bệnh nhân thực hiện tốt kiểm tra đường huyết định kỳ hàng tháng; 65,77% bệnh nhân thực hiện chưa tốt thói quen thử đường huyết tại nhà. 80,18% bệnh nhân thực hiện tốt việc rửa chân hàng ngày; 60,37% bệnh nhân có thói quen lựa chọn giày dép mềm để tránh tổn thương cho chân; 39,64% và 44,14% bệnh nhân thực hiện chưa tốt thói quen kiểm tra bàn chân hàng ngày và thói quen kiểm tra dày dép trước khi xỏ. Nhận được lời khuyên ăn ít chất béo (74,77%), ăn nhiều trái cây (79,29%), ăn hạn chế đồ ngọt (93,29%); Không nhận được lời khuyên ăn nhiều chất xơ (51,35%). Nhận được lời khuyên tập thể dục hàng ngày và tập ít nhất 30 phút/ngày lần lượt là (53,15%), (54,95%). Nhận được lời khuyên kiểm tra đường huyết thường xuyên (47,75%); Không nhận được lời khuyên về hoạt động kiểm tra đường huyết (52,25%).

Từ khoá: *Hành vi tự chăm sóc của bệnh nhân ĐTĐ*

**Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Minh Tâm
Email: tranthiminhtam12@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 3.10.2017
Ngày duyệt bài: 10.10.2017

SUMMARY

ASSESSMENT OF SATISFACTION OF TYPE II ROUTE OF HEPATITIS IN HAI DUONG HOSPITAL

Purpose: To evaluate a self-care behaviors type 2 diabetes patients at the department of Endocrinology of Haiduong general hospital in 2015. **Methods:** A

descriptive cross-sectional study on 111 patients who diagnosed type 2 diabetes from 6 months onwards and be inpatient treatment at the Department of Endocrinology of Haiduong general hospital from 5/2015 to 6/2015. **Results:** 48.65% of the patients perform well in maintaining their eating habits as directed; 68.47% of patients have a habit of eating high in fiber; 46.85% of patients do not eat sweets; 66.67% of patients view diet as important for diabetes; 73,88% of patients participate in regular sports; 61.26% of patients maintain good exercise habits for at least 30 minutes a day; 54.07% of patients perform well monthly blood glucose test; 65.77% of patients undergo poor performance blood glucose testing at home; 80.18% of patients perform a good daily foot washing; 60.37% of patients have a habit of choosing soft shoes to avoid foot injuries; 39.64% of patients undergo routine foot examinations and routine examination of thick slippers prior to piercing (44.14%); 74.77% of patients get advice on eating less fat, 79.29% of eating more fruits, and 93.29% of eating restrictive sweets; 51.35% of patients not get advice of eating high fiber; patients get daily exercise advice and set at least 30 minutes a day in turn are 53.15% and 54.95% respectively. 47.75% of patients get regular blood glucose test tips; there is 52.25% of patients is not receiving advice on blood glucose testing activities.

***Key words**: Infection of the incision.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh mang tính chất xã hội cao ở nhiều quốc gia bởi tốc độ phát triển nhanh chóng và mức độ nguy hại đến sức khỏe của nó. Tỷ lệ ĐTĐ gia tăng nhanh chóng trên toàn thế giới, kéo theo những hậu quả nghiêm trọng về sức khỏe và kinh tế đối với toàn xã hội. Tỷ lệ bệnh tăng ở các nước phát triển là 42% trong đó Việt Nam sẽ là 170% [2]. Tỷ lệ người mắc bệnh ĐTĐ năm 2011 là 3,2%, năm 2013 là 5,8% và hơn 60% trong số gần 5 triệu người mắc bệnh ĐTĐ chưa được chẩn đoán [3]. Thiếu hành vi tự chăm sóc có thể dẫn đến nhiều biến chứng và làm bệnh trở nên nghiêm trọng hơn đối với bệnh nhân ĐTĐ. Hải Dương hiện nay chưa có nghiên cứu chính thức nào về thực hành tự chăm sóc của bệnh nhân ĐTĐ, vì vậy chúng tôi đã lựa chọn đề tài *"Đánh giá hành vi tự chăm sóc của bệnh nhân Đái tháo đường type II tại khoa Nội tiết Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hải Dương".* Với mục tiêu*: "Đánh giá hành vi tự chăm sóc của bệnh nhân ĐTĐ type II tại khoa Nội tiết 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 được chẩn đoán ĐTĐ type II từ 6 tháng trở nên và đang điều trị nội trú tại khoa Nội tiết Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương (5/2015 - 6/2015).

****Tiêu chuẩn lựa chọn***

- Bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ type II từ 6 tháng trở nên và đang điều trị nội trú tại khoa**.**
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.
- Bệnh nhân biết chữ, có khả năng trả lời những câu hỏi trong phiếu điều tra.
- Bệnh nhân không mắc các bệnh tâm thần kinh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện có mục đích được sử dụng để lựa chọn đối tượng tham gia nghiên cứu. Trong nghiên cứu này có 111 bệnh nhân ĐTĐ type II đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân

Đặc điểm	N (số bệnh nhân)	Tỷ lệ (%)	Tổng	
Tuổi(Min =35, Max= 85)			n	%
30 – 49 50 – 69 70 – 89	20 58 33	18,02 52,25 29,73	111	100%
Giới: Nam Nữ	73 38	65,77 34,23	111	100%
Tình trạng hôn nhân: Chưa từng kết hôn Đã kết hôn Đã chia tay/ Ly dị Chồng/ vợ đã mất	1 76 6 28	0,9 68,47 5,4 25,23	111	100%
Trình độ học vấn: Tiểu học Trung học cơ sở Trung học phổ thông Đào tạo nghề	32 14 48 1	28,82 12,61 43,24 0,9	111	100%

Trung cấp/ cao đẳng Đại học và sau đại học	15 1	13,51 0,9		
Tình trạng nghề nghiệp: Chưa có việc làm Đang làm việc Làm việc bán thời gian Đã nghỉ hưu Nội trợ Công việc khác	0 49 0 45 16 1	0 44,14 0 40,54 14,40 0,9	111	100%
Thời gian mắc ĐTĐ: 6 tháng – 1 năm >1 năm – 5 năm >5 năm	5 48 58	4,5 43,24 52,26	111	100%
Ông(bà) có hút thuốc lá không	Có: 38 Không: 73	34,23 65,77	111	100%

Nhận xét: Nhóm tuổi 50 - 69 chiếm tỷ lệ cao nhất (52,25%). Số bệnh nhân nam (65,77%) chiếm tỷ lệ cao hơn số bệnh nhân nữ (31,52), hầu hết bệnh nhân đã kết hôn chiếm(68,47%), gần 50% bệnh nhân đã học hết trung học phổ thông. Số bệnh nhân đã về hưu chiếm (40,54%) và (44,14%) vẫn đang làm việc, có hơn 50% mắc bệnh ĐTĐ trên 5 năm, (43,24%) mắc ĐTĐ từ 1 đến 5 năm, chỉ có (4,5%) số bệnh nhân bị bệnh từ 6 tháng đến 1 năm; 65,77% bệnh nhân không hút thuốc.

3.2. Hành vi tự chăm sóc

Bảng 2. Đánh giá thói quen ăn uống

Thói quen ăn uống	Mức độ								Tổng	
	Chưa bao giờ		Thỉnh thoảng		Thường		Luôn luôn		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ăn uống theo đúng hướng dẫn	0	0	4	3,6	53	47,75	54	48,65	111	100
Ăn các loại thức ăn có nhiều chất xơ	0	0	0	0	35	31,53	76	68,47	111	100
Thực hành và coi chế độ ăn uống quan trọng cho điều trị bệnh ĐTĐ type II	0	0	0	0	37	33,33	74	66,67	111	100
Ăn các loại thức ăn có nhiều đường	52	46,85	57	51,35	2	1,8	0	0	111	100

Nhận xét: Có gần 50% bệnh nhân hàng ngày thực hiện ăn uống theo đúng hướng dẫn, bệnh nhân thực hiện tốt thói quen ăn nhiều chất sơ (68,47%). Có hơn 65% số bệnh nhân coi chế độ ăn uống quan trọng cho điều trị bệnh ĐTĐ type II và thực hiện chế độ ăn đó hàng ngày. Nhìn chung các bệnh nhân có ý thức hạn chế việc ăn đồ ngọt để kiểm soát đường huyết có 46,85% số bệnh nhân không ăn đồ ngọt.

Bảng 3. Đánh giá thói quen tập thể dục

Thói quen thể dục	Mức độ								Tổng	
	Chưa bao giờ		Thỉnh thoảng		Thường		Luôn luôn		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Tham gia các môn thể thao	1	0,9	7	6,3	21	18,92	82	73,88	111	100
Tập thể dục ít nhất 30 phút mỗi ngày	1	0,9	14	12,61	28	25,23	68	61,26	111	100

Nhận xét: 73,88% bệnh nhân đều tham gia chơi các môn thể thao như đạp xe, đánh bóng..., duy trì tốt thói quen tập thể dục ít nhất 30 phút/ngày (61,26%).

Bảng 4. Đánh giá thói quen thử đường huyết

Thói quen thử đường huyết	Mức độ								Tổng	
	Chưa bao giờ		Thỉnh thoảng		Thường		Luôn luôn		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Kiểm tra đường huyết ở nhà	73	65,77	20	18,03	9	8,1	9	8,1	111	100

Đến bệnh viện kiểm tra đường huyết định kỳ	5	4,5	10	9	36	32,43	60	54,07	111	100

Nhận xét: Hơn 50% bệnh nhân thực hiện tốt thói quen kiểm tra đường huyết theo hẹn của Bác sỹ (mỗi tháng 1 lần, hai tháng 1 lần…). Thực hiện kiểm tra đường huyết tại nhà thực hiện chưa tốt có (65,77%) chưa bao giờ thử đường huyết tại nhà.

Bảng 5. Đánh giá thói quen thực hành chăm sóc bàn chân

Thói quen chăm sóc bàn chân	Mức độ								Tổng	
	Chưa bao giờ		Thỉnh thoảng		Thường		Luôn luôn			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Rửa chân hàng ngày	0	0	0	0	22	19,82	89	80,18	111	100
Kiểm tra chân hàng ngày	23	20,72	44	39,64	31	27,93	13	11,71	111	100
Cắt móng chân	0	0	87	78,38	22	19,82	2	1,8	111	100
Chọn giày dép đúng	2	1,8	10	9	32	28,83	67	60,37	111	100
Kiểm tra bên trong giày dép trước khi xỏ.	49	44,14	36	32,43	19	17,12	7	6,31	111	100

Nhận xét: Có khoảng 80% số bệnh nhân thực hiện tốt việc rửa chân hàng ngày để tránh nhiễm trùng và giữ cho đôi bàn chân khỏe mạnh, bệnh nhân có ý thức kiểm tra bàn chân (40%). Bệnh nhân thấy được ảnh hưởng của việc để móng chân dài và thỉnh thoảng cắt sửa chiếm 78,38%. Để tránh cho chân bị tổn thương có 60,37% bệnh nhân thực hiện tốt việc lựa chọn giày dép mềm, đúng kích cỡ, thói quen đề phòng vật sắc nhọn làm tổn thương cho chân của bệnh nhân chưa tốt thể hiện số bệnh nhân không kiểm tra giày dép trước khi xỏ (44,14%).

Bảng 6. Lời khuyên của nhân viên y tế về chế độ ăn

Nội dung	Lời khuyên		Tổng
	Nhận được	Không nhận được	
Nên ăn ít chất béo	83	28	n =111
	74,77%	25,23%	100%
Nên ăn hạn chế đường, tinh bột	97	14	n =111
	87,39%	12,16%	100%
Nên ăn nhiều loại thức ăn có chất xơ	54	57	n =111
	48,65%	51,35%	100%
Nên ăn nhiều trái cây và rau quả	88	23	n =111
	79,29%	20,71%	100%
Nên ăn hạn chế chất ngọt	104	7	n =111
	93,69%	6,31%	100%
Chưa bao giờ nhận được lời khuyên về chế độ ăn từ nhân viên y tế	0	0	0
	0	0	0

Nhận xét: 74,77% bệnh nhân nhận được lời khuyên về chế độ ăn ít chất béo, khuyên ăn hạn chế đường, tinh bột (87,39%), khuyên ăn nhiều trái cây và rau quả (79,29%), khuyên ăn hạn chế chất ngọt chiếm tỷ lệ cao nhất (93,69%), nhưng số bệnh nhân không nhận được lời khuyên ăn nhiều chất xơ thì có (51,35%).

Bảng 7. Lời khuyên của nhân viên y tế về chế độ tập thể dục

Nội dung	Lời khuyên		Tổng
	Nhận được	Không nhận được	
Nên tập vận động hàng ngày	59	52	n = 111
	53,15%	46,85%	100%
Nên tập thể dục thường xuyên ít nhất 20 phút/ngày và ít nhất 3 lần / tuần	61	50	n = 111
	54,95%	45,05%	100%
Chưa bao giờ nhận được lời khuyên về chế độ vận động từ nhân viên y tế	0	0	0
	0	0	0

Nhận xét: 53,15% bệnh nhân nhận được lời khuyên về chế độ tập vận động; khoảng 55% số bệnh nhân nhận được lời khuyên tập thể dục ít nhất 20 phút/ ngày và ít nhất 3 lần/ tuần.

Bảng 8. Lời khuyên của nhân viên y tế về hoạt động kiểm tra đường huyết

Nội dung	Lời khuyên		Tổng
	Nhận được	Không nhận được	
Nên kiểm tra đường huyết thường xuyên	53	58	n =111
	47,75%	52,25%	100%
Chưa bao giờ nhận được lời khuyên về hoạt động kiểm tra đường huyết từ nhân viên y tế	58	53	n =111
	52,25%	47,75%	100%

Nhận xét: 52,25% bệnh nhân chưa bao giờ nhận được lời khuyên từ nhân viên y tế về hoạt động tự kiểm tra đường huyết, 47,75% bệnh nhân nhận được lời khuyên kiểm tra đường huyết thường xuyên.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu. Trong nghiên cứu nhận thấy số bệnh nhân nam mắc ĐTĐ type II nhiều hơn bệnh nhân nữ, nam (65,77%). Số bệnh nhân mắc bệnh nhiều nhất ở nhóm đối tượng 50 – 69 tuổi (52,25%). Nhận thấy số bệnh nhân ĐTĐ tăng dần theo tuổi, số bệnh nhân nằm trong nhóm (50- 69) chiếm tỷ lệ cao thấy có sự phù hợp với nghiên cứu của Bệnh viện Nội tiết Trung Ương năm (2012)[1], Tô Văn Hải[5], Nguyễn Thị Hải Hằng [6]. Trình độ học vấn của bệnh nhân ở mức trung học phổ thông chiếm tỷ lệ cao nhất (42,24%) vì vậy mà nhận thức của bệnh nhân về bệnh cũng tốt hơn thể hiện ở thói quen sinh hoạt hàng ngày. Trong tổng số 111 bệnh nhân có hơn 50% mắc bệnh ĐTĐ trên 5 năm, thời gian mắc bệnh lâu năm cũng làm cho bệnh nhân có kiến thức, ý thức tốt trong thói quen tự chăm sóc hàng ngày. Hút thuốc lá là một thói quen không tốt cho sức khỏe, vì vậy hầu hết các bệnh nhân không hút thuốc (65.77%).

4.2. Thói quen ăn uống: Có 66,67% bệnh nhân coi chế độ ăn uống là quan trọng đối với bệnh ĐTĐ type II, phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Lành có tỷ lệ bệnh nhân có nhận thức đúng trong ăn uống là (64,8%)[7]. Nhưng số bệnh nhân thực hiện hàng ngày thói quen ăn uống chỉ chiếm tỷ lệ (48,65%). Sự chệnh lệch giữa nhận thức và thực hành có thể do phong tục tập quán trong ăn uống của nước ta là bữa ăn hàng ngày mọi người ăn cùng một chế độ ăn, không có bữa ăn riêng cho người tiểu đường, có tới (44,14%) số bệnh nhân vẫn đang làm việc nên không có thời gian chuẩn bị bữa ăn riêng…, đó là những yếu tố ảnh hưởng đến thói quen ăn uống của bệnh nhân.

4.3. Thói quen tập thể dục. 73,88% bệnh nhân thực hiện thói quen chơi thể thao và duy trì hàng ngày. Hiện nhu cầu cuộc sống thay đổi theo hướng tiến bộ mà mọi người quan tâm hơn tới các hoạt động thể dục thể thao hàng ngày. Mọi người có ý thức dành thời gian cho các môn thể thao nhiều hơn, và một phần số bệnh nhân tham gia trong nghiên cứu ở độ tuổi nghỉ hưu chiếm tỷ lệ cao nên cũng có nhiều thời gian hơn, số bệnh nhân dành ít nhất 30 phút/ngày tham gia các môn thể thao chiếm tỷ lệ cao (61,26%), tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Văn Lành [7], Chơi thể thao vừa giúp tăng cường sức khỏe, vừa giúp ổn định đường máu và đặc biệt còn hạn chế được một số biến chứng nguy hiểm như: tăng huyết áp, nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não…

4.4. Thói quen kiểm tra đường huyết: Bệnh nhân có ý thức tốt trong việc kiểm tra đường huyết định kỳ theo hẹn của Bác sỹ, song bên cạnh đó thói quen kiểm tra đường huyết tại nhà của bệnh nhân còn kém. Vì có tới (52,25%) số bệnh nhân chưa bao giờ nhận được lời khuyên kiểm tra đường huyết từ nhân viên y tế.

4.5. Thói quen chăm sóc bàn chân. Nhận thấy phần lớn bệnh nhân có ý thức vệ sinh đôi bàn chân và lựa chọn giày dép để tránh tổn thương chân khi đi thể hiện: 80,18% bệnh nhân thực hiện rửa chân hàng ngày để ngăn chặn nhiễm trùng, 60,73% bệnh nhân có ý thức tốt lựa chọn giày dép đúng kích cỡ để khi đi tránh tổn thương, phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Đào về thái độ chăm sóc bàn chân đúng (60,1%)[4]. Người bệnh đã biết được các yếu tố nguy cơ làm xuất hiện biến chứng bàn chân do bệnh ĐTĐ gây ra, có ý thức hạn chế các yếu tố nguy cơ đó. Mặc dù vậy số bệnh nhân chưa bao giờ kiểm tra bên trong giày dép trước khi xỏ vẫn chiếm tỷ lệ cao (44,14%).

4.6. Lời khuyên của nhân viên y tế. Hầu hết bệnh nhân đều nhận được lời khuyên của nhân viên y tế, những lời khuyên đó có vai trò quan trọng trong việc thay đổi thói quen ăn uống, tập thể dục của bệnh nhân vì vậy mà số bệnh nhân có chế độ ăn đúng và tập thể dục phù hợp với tình trạng bệnh chiếm tỷ lệ cao. Thái độ quan tâm của nhân viên y tế giúp cho bệnh nhân an tâm, tin tưởng và hợp tác điều trị. Song bên cạnh đó công tác hướng dẫn, tư vấn

về hoạt động kiểm tra đường huyết tại nhà cho bệnh nhân còn kém, thể hiện số bệnh nhân chưa bao giờ nhận được lời khuyên nào về hoạt động này từ nhân viên y tế chiếm tỷ lệ cao (52,25%). Đối với bệnh nhân ĐTĐ thì việc kiểm tra đường huyết tại nhà rất quan trọng, nó giúp bệnh nhân biết được chỉ số đường huyết của mình để từ đó điều chỉnh chế độ ăn, tập thể dục của mình cho phù hợp, đồng thời kiểm tra được đáp ứng với thuốc điều trị có tốt không, kịp thời phát hiện chỉ số đường huyết bất thường để đến viện điều trị, kịp thời ngăn chặn được các biến chứng có thể xảy ra.

V. KẾT LUẬN

- 48,65% bệnh nhân thực hiện tốt việc duy trì thói quen ăn uống theo hướng dẫn; 68,47% bệnh nhân có thói quen ăn nhiều chất xơ; 46,85% bệnh nhân không ăn đồ ngọt; 66,67% bệnh nhân coi chế độ ăn uống là quan trọng đối với bệnh ĐTĐ.

- 73,88% bệnh nhân tham gia các môn thể thao thường xuyên; 61,26% bệnh nhân duy trì tốt thói quen tập thể dục ít nhất 30 phút/ngày.

- 54,07% bệnh nhân thực hiện tốt kiểm tra đường huyết định kỳ hàng tháng; 65,77% bệnh nhân thực hiện chưa tốt thói quen thử đường huyết tại nhà.

- 80,18% bệnh nhân thực hiện tốt việc rửa chân hàng ngày; 60,37% bệnh nhân có thói quen lựa chọn giày dép mềm; 39,64% và 44,14% bệnh nhân thực hiện chưa tốt thói quen kiểm tra bàn chân hàng ngày và thói quen kiểm tra dày dép trước khi xỏ.

- Nhận được lời khuyên ăn ít chất béo (74,77%), ăn nhiều trái cây (79,29%), ăn hạn chế đồ ngọt (93,29%); Không nhận được lời khuyên ăn nhiều chất xơ (51,35%).

- Nhận được lời khuyên tập thể dục hàng ngày và tập ít nhất 30 phút/ngày lần lượt là (53,15%), (54,95%).

- Nhận được lời khuyên kiểm tra đường huyết thường xuyên (47,75%); Không nhận được lời khuyên về hoạt động kiểm tra đường huyết (52,25%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Nội tiết Trung Ương (2013),** *Báo cáo Hội nghị tổng kết hoạt động của dự án phòng chống đái tháo đường.*
2. **Tạ Văn Bình (2004**) "Báo cáo tổng kết đề tài khoa học công nghệ trọng điểm cấp nhà nước mã số KC. 10.15", *Dịch tễ học bệnh đái tháo đường tại Việt Nam, các phương pháp điều trị và biện pháp dự phòng.* Nhà xuất bản Y học, tr. 56-57.
3. **Tạ Văn Bình (2007**), *Những nguyên lý nền tảng bệnh đái tháo đường, tăng glucose máu*, Nhà xuất bản Y học, tr. 144-147.
4. **Nguyễn Thị Bích Đào (2012**), "Hành vi tự chăm sóc bàn chân của bệnh nhân Đái tháo đường type II tại Bệnh viện Chợ Rẫy". *Luận án tiến sỹ học Huế,* Nhà xuất bản Đại học Huế. tr. 14-16.
5. **Tô Văn Hải (2006),** "Một số yếu tố nguy cơ gây lên bệnh Đái tháo đường điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Thanh Nhàn", *Tạp chí Y học,* số 548, tr. 83-84.
6. **Nguyễn Thị Thúy Hằng (2010),** "Bệnh Đái tháo đường type I", *Bệnh đái tháo đường type I và hội chứng đa nội tiết tự miễn,* Nhà xuất bản Đại học Huế, tr. 150.
7. **Nguyễn Văn Lành (2010),** "Các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi tự chăm sóc của bệnh nhân Đái tháo đường type II", *Luận án tiến sỹ học,* Nhà xuất bản Đại học Huế, tr. 32-34.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA THUỐC "BỔ THẬN TRÁNG DƯƠNG HOÀN" Ở BỆNH NHÂN MẮC CHỨNG ĐAU THẮT LƯNG THỂ THẬN DƯƠNG HƯ

Đoàn Quang Huy*

TÓM TẮT[18]

Nghiên cứu điều trị của thuốc "Bổ thận tráng dương hoàn" cho 30 bệnh nhân mắc chứng đau thắt lưng thể thận dương hư, sau 30 ngày điều trị cho thấy: Tác dụng giảm đau và làm tăng biên độ vận động cột sống thắt lưng sau 30 ngày điều trị đạt kết quả điều trị loại khá và tốt là chủ yếu (chiếm 83,33%). Không có bệnh nhân nào có hiệu quả kém. Có tác dụng tốt với cả 3 thể bệnh thường gặp trên lâm sàng: Thận dương hư; Thận âm dương lưỡng hư; Tỳ thận dương hư (61.9% so với 61.9% so với 50.0%). Thuốc không gây ra tác dụng phụ nào trên lâm sàng hoặc không làm thay đổi chức năng gan, thận, một số thông số trong huyết thanh.

** Học viện y dược học cổ truyền Vn*
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Quang Huy
Email: huydoanquang195@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 4.10.2017
Ngày duyệt bài: 13.10.2017

SUMMARY

AN EVALUATION 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 "Renal renal disease" for 30 patients with renal failure in pain and recovery of lumbar spine movement after 30 days of treatment

showed that: The analgesic effect and increase the range of lumbar spine movement after 30 days of treatment results in enough and good treatment (83.33%). There are no patients with poor efficacy. Works well with all three common clinical diseases: kidney damage; Kidney yin yang yin yang; Renal impairment (61.9% vs. 61.9% versus 50.0%). The drug does not cause any side effects clinically or does not change liver function, kidney, some parameters in serum.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thắt lưng là chứng bệnh rất thường gặp, tuy không gây nguy hiểm tới tính mạng nhưng làm giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Trong y học cổ truyền, đau thắt lưng được gọi là chứng yêu thống. Bệnh liên quan nhiều tới công năng hoạt động của tạng can và thận. Thực tế lâm sàng chứng minh rằng, một số bài thuốc bổ can thận có tác dụng cải thiện triệu chứng của các bệnh nhân mắc chứng đau thắt lưng. "Bổ thận tráng dương hoàn" xuất phát từ bài thuốc cổ phương "Hữu quy hoàn" trong Cảnh Nhạc toàn thư, đã được tác giả Trương Việt Bình đánh giá đầy đủ về độc tính với tên "Hồi xuân hoàn". Kết quả nghiên cứu cho thấy, bài thuốc có tác dụng ích thận, sinh tinh, tăng cường miễn dịch cho cơ thể.

Tuy nhiên chưa có bất kỳ công trình nghiên cứu nào đánh giá tác dụng của thuốc "Bổ thận tráng dương hoàn" trên các bệnh nhân mắc chứng bệnh đau thắt lưng, tương ứng với chứng yêu thống trong y học cổ truyền. Với mong muốn tìm hiểu thêm về tác dụng của bài thuốc, tìm thêm một lựa chọn cho các bệnh nhân đau thắt lưng, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: *Đánh giá tác dụng giảm đau thắt lưng và tác dụng không mong muốn 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). Thục địa 24g, hoài sơn 16g, sơn thù 8g, kỷ tử 16g, cam thảo trích 16g, phụ tử chế 12g, nhục quế 12g, đỗ trọng 16g.

Thuốc được bào chế dưới dạng viên hoàn cứng do Khoa dược Bệnh viện Tuệ Tĩnh sản suất, 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 dừng 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: cảm giác đau 5 ngày/ lần. Đánh giá tác dụng giảm đau: lượng giá theo thang điểm VAS (visual analogue scale) của hãng Astra Zeneca. Thang điểm gồm 10 mức độ.

Mức độ đau	Biểu hiện
0	Không đau
1-2	Đau nhẹ. Bệnh nhân cảm thấy hơi khó chịu, không mất ngủ, không vật vã, các hoạt động khác của bệnh nhân thoả mái.
3-5	Đau vừa. Đau gây khó chịu cho bệnh nhân, khiến mất ngủ, bồn chồn, không dám cử động, bắt đầu có phản xạ kêu rên.
6-8	Đau nhiều. Đau liên tục khiến bệnh nhân luôn kêu rên.
9-10	Rất đau. Đau toát mồ hôi, có thể khiến người bệnh choáng ngất.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê y sinh học với sự hỗ trợ của phần mềm thống kê SPSS 15.0.

III.KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tác dụng điều trị của Bài thuốc "Bổ thận tráng dương" theo phân loại thể bệnh

Bảng 3.1. Phân loại thể bệnh theo YHCT

Thế bệnh	n	%
Thận dương hư	21	70.00
Thận âm dương lưỡng hư	5	16.67
Tỳ thận dương hư	4	13.33
Tổng	**30**	**100.00**

Kết quả bảng 3.1 cho thấy: Đa số bệnh nhân nghiên cứu thuộc thể thận dương hư đơn thuần, chiếm 70.0%.

Bảng 3.2. Phân loại theo kết quả điều trị

Kết quả	n	%
Tốt	18	60.00
Khá	7	23.33
Trung bình	5	16.67
Kém	0	0.00
Tổng	**30**	**100.00**

Kết quả bảng 3.2 cho thấy: Sau 30 ngày dùng "bổ thận tráng dương", kết quả điều trị loại khá

và tốt chiếm 83,33%, không có bệnh nhân nào có hiệu quả kém.

Bảng 3.3. Tác dụng điều trị của Bổ thận tráng dương theo thể bệnh

Kết quả	Thận dương hư		Thận âm dương lưỡng hư		Tỳ thận dương hư		p
	n	%	n	%	n	%	
Tốt	13	61.90	3	61.90	2	50.00	>0.05
Khá	5	23.81	1	20.00	1	25.00	-
Trung bình	3	14.29	1	20.00	1	25.00	-
Kém	0	0.00	0	0.00	0	0.00	-
Tổng	21	100.00	5	100.00	4	100.00	

Kết quả bảng 3.3 cho thấy: "Bổ thận tráng dương" có tác dụng tốt với cả 3 thể bệnh thường gặp trên lâm sàng (61.9% so với 61.9% so với 50.0%), sự khác nhau không có ý nghĩa, p>0.05.

3.2. Các biểu hiện không mong muốn

Lâm sàng: Trong quá trình nghiên cứu và thu thập số liệu, chúng tôi theo dõi và nghi nhận các phản ánh của bệnh nhân vè tác dụng không mong muốn của thuốc. Tuy nhiên, chúng tôi không nhận được sự phản ánh nào về tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị. Tất cả các bệnh nhân dùng thuốc đều có biểu hiện về ăn uống, ngủ, khả năng hoạt động thể lực và trí tuệ diễn ra bình thường.

Cận lâm sàng:

Bảng 3.4. Một số biểu hiện trong máu trước và sau dùng thuốc

Chỉ số	D_0	D_{15}	D_{30}	p
AST	30,2 ± 8,6	31,9 ± 10,1	31,0 ± 11,5	> 0,05
ALT	28,6 ± 7,9	28,3 ± 12,2	29,8 ± 11,6	
Creatinin	79,3 ± 16,4	85,3 ± 21,1	81,7 ± 18,3	
HC	4,12 ± 0,34	4,10 ± 0,38	4,09 ± 0,67	
Hb	129,5 ± 15,1	127,4 ± 16,7	129,2 ± 13,9	
BC	6,53 ± 1,20	6,25 ± 0,98	6,91 ± 0,85	
TC	176,8 ± 34,7	156,3 ± 42,4	182,9 ± 54,8	

Kết quả bảng 3.4 cho thấy: Dùng Bổ thận tráng dương hoàn trong 30 ngày không gây ra những thay đổi trên chức năng gan thận và một số thông số trong huyết thanh.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về cơ chế tác dụng của thuốc: Theo lý luận của YHCT các triệu chứng hình thái bệu, sắc nhợt, ăn uống đồ ấm nóng, đau lưng mỏi gối, sợ lạnh chân lạnh, tiểu đêm, đái vãi, đi ngoài phân nát lúc sáng sớm, mạch trầm nhược là do thận dương hư gây ra. Thận hoả có tác dụng duy trì nhiệt độ của cơ thể và chuyển hoá vật chất trong cơ thể, thận hoả bất túc sẽ sinh sợ lạnh, tay chân lạnh vì dương thuộc hoả, vốn nóng mà chủ ở ngoài biểu, âm thuộc thuỷ vốn lạnh mà chủ ở trong lý, dương hư thì âm lấn tới mà sinh ra ngoài lạnh.

Mệnh môn chủ về hạ bộ, chân là bộ phận chí âm, mệnh môn hoả hư thời hoả không về được nguyên chỗ, trong phần âm không có dương mà dưới gối lạnh. Dùng nhục quế, phụ tử ôn bổ thận làm nâng cao được tác dụng chuyển hoá của tạng thận. Mệnh môn hoả hư không sinh được tỳ thổ, nên hoả hư thì thổ hư, hư thì giảm khả năng vận hoá thuỷ cốc, cơm nước dồn xuống đại tràng mà sinh đi ngoài phân nát, ấy là hoả không đủ chứ không phải thuỷ có thừa. Thận "chủ thuỷ, chủ bàng quang", điều tiết sự chuyển hoá dịch thể trong cơ thể, thận dương hư gây tiểu đêm, đái vãi, tiểu nhiều lần; thận "chủ xương cốt" có quan hệ rất mật thiết với eo lưng và đầu gối nên thận hư làm đau lưng, mỏi gối.

Hình thái bệu sắc nhợt, chất lưỡi nhợt, mạch trầm nhược là biểu hiện của dương hư, khí hư. Thích ăn uống đồ ấm nóng là biểu hiện phần dương khí trong cơ thể giảm sút. Dùng bài thuốc "bổ thận tráng dương" có tác dụng ôn bổ thận dương, bổ tinh huyết, uống lâu ngày làm chân hoả của thận đầy đủ, tinh huyết của thận càng thêm nhiều cho nên chữa được các chứng ở trên.

Thận chủ cốt tủy, lưng là phủ của thận. Bổ thận tráng dương có tác dụng bổ thận vì vậy bài thuốc có tác dụng tốt lên tất cả các trường hợp thận hư.

Một số nghiên cứu đã chứng minh: các vị thuốc thục địa, hoài sơn, kỷ tử, lộc giác giao, đương quy, thỏ ty tử: có chứa acid amin, chất béo, chất đường có tác dụng bổ dưỡng đối với cơ thể. Trong hội chứng dương hư các nguyên tố vi lượng Cu, Zn, Ca, Mg đều giảm; Zn gắn với các men mang kim loại, hệ men này có tác dụng tới quá trình sinh tổng hợp protein và sinh năng

lượng. Trong kỳ tử có chứa các yếu tố vi lượng (Ca, P, Fe, Zn) nên có tác dụng thúc đẩy hoạt động các men làm tăng tổng hợp protein và tăng sinh năng lượng. Các hoạt chất trong phụ tử chế, thục địa, đỗ trọng có tác dụng làm tăng nhịp tim, tăng sức co bóp của cơ tim, làm giãn mạch do đó tăng tốc độ tuần hoàn và tăng cường tưới máu cho các cơ quan. Chính vì thế uống "bổ thận tráng dương" cải thiện được các triệu chứng sắc nhợt, chất lưỡi nhợt, tay chân lạnh, người lạnh, hơn nữa bệnh nhân ngủ tốt hơn nên giảm đi tiểu về ban đêm.

Như vậy, kết quả nghiên cứu đã cho thấy bổ thận tráng dương có tác dụng làm giảm đau và làm tăng tầm vận động của cột sống thắt lưng trên các bệnh nhân có chứng đau thắt lưng. Tác dụng này thấy rõ rệt sau 30 ngày dùng thuốc. Tuy vậy, trên lâm sàng, các bệnh nhân đau thắt lưng thường là mạn tính, các phương pháp điều trị đang được áp dụng thường phát huy hiệu quả trong một thời gian ngắn, bệnh nhân cần tiếp tục được điều trị ở các đợt sau đó, hay nói cách khác, đau thắt lưng là bệnh dễ tái phát. Bổ thận tráng dương là thuốc có tác dụng điều trị đã được khẳng định, vậy thuốc có tác dụng làm hạn chế khả năng tái phát hoặc mức độ tái phát của các bệnh nhân đau thắt lưng không. Trong nghiên cứu này vì số lượng bệnh nhân và thời gian theo dõi không nhiều nên chúng tôi chưa khẳng định được. Để có câu trả lời chính xác, chúng tôi rất cần có các nghiên cứu sâu và rộng hơn nữa.

4.2. Về tác dụng không mong muốn: Vì thuốc đã được đánh giá độc tính cấp, bán trường diễn và trường diễn cũng như nghiên cứu trên lâm sàng dưới tên thương mại là "Hồi xuân hoàn". Theo kết quả của các nghiên cứu trước đây đều khẳng định "bổ thận tráng dương" không có biểu hiện độc tính. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng, sau 30 ngày dùng thuốc, bệnh nhân không có biểu hiện không mong muốn nào. Không có sự than phiền về biểu hiện khó chịu, cũng như sự thay đổi bất lợi về chức năng gan, thận và một số thông số trong công thức máu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thêm một lần nữa cho thấy tính an toàn của thuốc.

V. KẾT LUẬN

Bổ thận tráng dương Tác dụng giảm đau và làm tăng biên độ vận động cột sống thắt lưng sau 30 ngày điều trị đạt kết quả điều trị loại khá và tốt là chủ yếu (chiếm 83,33%). Không có bệnh nhân nào có hiệu quả kém. Có tác dụng tốt với cả 3 thể bệnh thường gặp trên lâm sàng: Thận dương hư; Thận âm dương lưỡng hư; Tỳ thận dương hư (61.9% so với 61.9% so với 50.0%).

Bổ thận tráng dương không gây ra tác dụng phụ nào trên lâm sàng hoặc không làm thay đổi chức năng gan, thận, một số thông số trong huyết thanh.

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 sỹ 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 sỹ y học, Học viện Quân Y.

ĐÁNH GIÁ NỒNG ĐỘ CEA TRƯỚC VÀ SAU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Phạm Thị Phương[1], Nguyễn Văn Hiếu[2], Nguyễn Thị Giang Oanh[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá nồng độ CEA trong huyết thanh trước và sau điều trị ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Đại học y Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu**: mô tả lâm sàng hồi cứu trên 110 bệnh nhân ung thư đại trực tràng điều trị phẫu thuật và hóa chất tại khoa ung bướu và chăm sóc giảm nhẹ, bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Nồng độ CEA định lượng bằng phương pháp miễn dịch sử dụng kỹ thuật hóa phát quang và

[1]*Công ty cổ phần bệnh viện Giao Thông Vận Tải.*
[2] *trường Đại Học Y Hà Nội.*
[3] *Viện y học phóng xạ và u bướu quân đội.*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Phương
Email: phuongpht86@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 3.10.2017
Ngày duyệt bài: 12.10.2017

điện hóa phát quang.**Kết quả**: Nồng độ CEA>5ng/ml có 92% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn IV, trong đó 76% bệnh nhân có CEA >20ng/ml. Nồng độ CEA có khả năng đánh giá được tính triệt căn của phương pháp điều trị bằng phẫu thuật với độ tin cậy 99%.Với nồng độ CEA >20ng/ml ở nhóm bệnh nhân điều trị hóa chất triệu chứng có 76% bệnh nhân được chẩn đoán bệnh tiến triển.**Kết luận**: CEA không chỉ có liên quan đến giai đoạn bệnh mà còn là một yếu tố giúp đánh giá đáp ứng với điều trị.

Từ khóa: *nồng độ CEA, ung thư đại trực tràng, chất chỉ điểm u*

SUMMARY

EVALUATION OF CEA LEVELS BEFORE AND AFTER TREATMENT OF COLORECTAL CANCER AT THE HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To assess serum CEA levels before and after treatment of colorectal cancer at Hanoi Medical University Hospital. **Study method**: Retrospective clinical description of 110 patients with colorectal cancer treated for surgery and chemo at the cancer ward and palliative care hospital of Hanoi Medical University. CEA quantitative quantification by immunology using luminescence and electrochemical chemistry. **Results**: CEA levels > 5ng/ml were 92% of patients diagnosed in stage IV and 76% of patients were CEA levels >20ng/ml. CEA levels are capable of evaluating the radical elimination of surgical treatment with a 99% confidence interval. With a CEA concentration of >20ng/ml in the symptomatic chemotherapy group, 76% Patients are diagnosed with advanced disease. **Conclusion**: CEA is not only related to the stage of the disease but is also a factor in assessing response to treatment.

Keywords*: CEA levels, colorectal cancer, tumor markers.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là ung thư hay gặp ,chiếm 5%-8% các loại ung thư[1], có tiên lượng tốt hơn và được coi là bệnh ưu tiên chữa khỏi[2]. Để cải thiện tiên lượng bệnh, ngoài tiến bộ của các phương pháp phẫu thuật triệt căn, phối hợp các hóa chất thế hệ mới, người ta đã có nhiều biện pháp hỗ trợ lẫn nhau trong chẩn đoán sớm như tìm máu tiềm ẩn trong phân, nội soi đại trực tràng, chụp cắt lớp vi tính… trong đó có sử dụng các chất chỉ điểm ung thư. Trong ung thư đại trực tràng, CEA (carcino embryonic antigene: kháng nguyên biểu mô bào thai) và CA19-9 thường được sử dụng, đặc biệt là CEA. Đã có nhiều công trình nghiên cứu khẳng định ý nghĩa của chất chỉ điểm này đối với ung thư đại trực tràng. Để góp phần tìm hiểu giá trị của CEA trongchẩn đoán và điều trị bệnh ung thư đại trực tràng, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá nồng độ CEA trong huyết thanh trướcvà sau điều trị ung thư đại trực ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Đại học y Hà Nội từ 01/2015 đến 03/2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư đại trực tràng (khẳng định bằng giải phẫu bệnh), được điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01 năm 2015 đến tháng 03 năm 2017, được làm đầy đủ xét nghiệm CEA trước và sau điều trị phẫu thuật và hóa chất (ít nhất 3-4 chu kỳ).
- Phương pháp nghiên cứu: mô tả lâm sàng hồi cứu trên hồ sơ bệnh án với các biến số, chỉ số: tuổi, giới, các triệu chứng lâm sàng, giai đoạn bệnh, phương pháp điều trị, nồng độ CEA tại thời điểm chẩn đoán, sau phẫu thuật, sau hóa chất (ít nhất 3-4 chu kỳ), tình trạng di căn sau điều trị.
- Nồng độ CEA được định lượng bằng phương pháp miễn dịch, sử dụng kỹ thuật hóa phát quang và kỹ thuật điện hóa phát quang, máy phân tích Siemens, Abbott, Roche, hóa chất của Roche.
- ***Xử lý số liệu dựa trên*** phần mềm xử lý số liệu SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua khảo sát 110 bệnh nhân ung thư đại trực tràng có hồ sơ đủ điều kiện tham gia nghiên cứu, chúng tôi thu được kết quả sau:

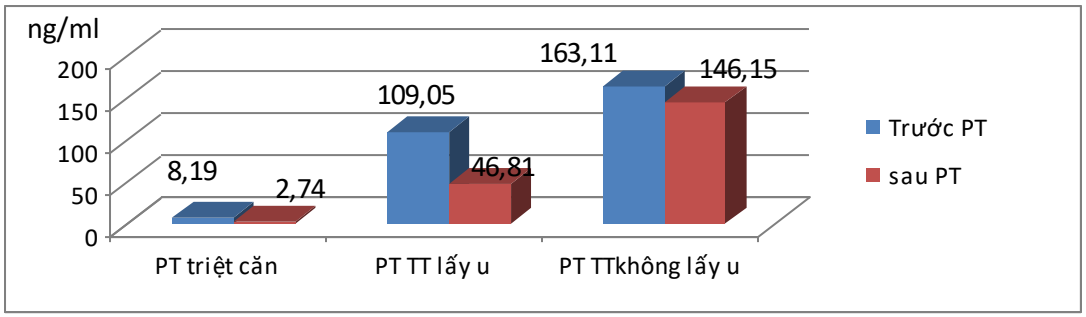
1. Mối liên quan giữa nồng độ CEA với giai đoạn bệnh

Bảng 1: Nồng độ CEA tương ứng với giai đoạn bệnh

Giai đoạn	Nồng độ CEA (ng/ml)			
	≤5	>5-20	>20	Tổng
I	1(33%)	2(67%)	0(0%)	3(100%)
II	19(51%)	14(38%)	4(11%)	37(100%)
III	22(49%)	18(40%)	5(11%)	45(100%)
IV	2(8%)	4(16%)	19(76%)	25(100%)
Tổng	**44**	**38**	**28**	**110**

76% bệnh nhân ở giai đoạn IV có nồng độ CEA rất cao, trên 20ng/ml; có tới 92% bệnh nhân ở giai đoạn IV có CEA(+): giai đoạn III có 51% bệnh nhân có CEA(+). 37 bệnh nhân ở giai đoạn II có 18 bệnh nhân , chiếm 49%, có nồng độ CEA cao hơn mức bình thường. 3 trường hợp ở giai đoạn 1, chúng tôi không ghi nhận được ca nào nồng độ CEA vượt trên 20ng/ml.

2. Nồng độ CEA trước và sau điều trị phẫu thuật: Trong số 110 bệnh nhân nghiên cứu có 85 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật triệt căn, 15 bệnh nhân điều trị phẫu thuật tạm thời lấy u nguyên phát (R0) và 10 bệnh nhân điều trị phẫu thuật tạm thời không lấy u nguyên phát (lấy u nhưng còn tế bào u trên đại thể hoặc vi thể : R1 hoặc R2)



Biểu đồ 1 : Nồng độ CEA trung bình trước và sau điều trị phẫu thuật

Nồng độ trung bình CEA giảm đáng kể giữa trước và sau điều trị phẫu thuật của nhóm phẫu thuật triệt căn(có ý nghĩa thống kê với p = 0,000). Nhóm phẫu thuật tạm thời lấy u, CEA giảm từ 109,05ng/ml xuống 46,81ng/ml, tuy nhiên vì số lượng bệnh nhân ít (n=15), nên sự giảm này chưa có ý nghĩa thống kê (p=0,21).

Đối với nhóm phẫu thuật tạm thời chỉ làm hậu môn nhân tạo, nồng độ CEA trung bình sau điều trị phẫu thuật giảm không đáng kể so với trước điều trị: 163,11ng/ml xuống 146,15ng/ml (p=0,187 >0,05).

3. Nồng độ CEA với bệnh tiến triển

Bảng 2: Nồng độ CEA liên quan với sự tiến triển của bệnh

Nồng độ CEA	Số bệnh nhân(n)	Tỉ lệ %
≤ 5ng/ml	3	12%
>5-<20ng/ml	3	12%
≥20ng/ml	19	76%
Tổng	**25**	**100%**

Trong 25 bệnh nhân tiến triển được theo dõi chỉ có 3 bệnh nhân có CEA≤5ng/ml chiếm 12% và 76% số bệnh nhân có CEA cao ≥20ng/ml.

IV. BÀN LUẬN

Một số công trình nghiên cứu cho thấy có thể dùng CEA như một trong sốnhững chỉ tiêu để phán đoán thời gian sống thêm của bệnh nhân[1]. Ứng dụng lớn nhất của CEA là đánh giá kết quả điều trị, tiên lượng bệnh và theo dõi tình trạng tái phát, di căn của bệnh [3,4,5,6].

1. Nồng độ CEA và giai đoạn bệnh: Giai đoạn II tỉ lệ CEA (+) là 49%. Giai đoạn III, tỉ lệ này là 51%, giai đoạn IV, tỉ lệ CEA (+) khá cao: 92%, trong đó 76% bệnh nhân giai đoạn muộn có CEA trên 20ng/ml.Theo Hoàng Mạnh Thắng (2009), ở những bệnh nhân giai đoạn T3,T4, tỉ lệ CEA dương tính chiếm 62,8% và ở nhóm T4 cao hơn nhóm T3. Như vậy, nồng độ CEA càng cao, khả năng bệnh ở giai đoạn muộn càng cao.

2. Nồng độ CEA trước và sau phẫu thuật : Nồng độ CEA trung bình sau phẫu thuật triệt căn là 2,7 ng/ml, giảm 1 cách có ý nghĩa so với trước phẫu thuật (8,7ng/ml). Đối với phương pháp phẫu thuật tạm thời lấy u, nồng độ CEA cũng giảm một cách đáng kể (từ 158,3 ng/ml xuống 41,4ng/ml). Tuy vậy, đối với phẫu thuật tạm thời làm hậu môn nhân tạo, sự thay đổi của CEA không có ý nghĩa (206ng/ml lên 264,1ng/ml). Kết luận này giống với nhận xét về khả năng đánh giá tính triệt căn của cuộc mổ trên bệnh nhân ung thư đại trực tràng được phẫu thuật triệt căn trong nghiên cứu của Nguyễn Quang Thái năm 2003.

Như vậy,trong phẫu thuật triệt căn diện cắt đã được đảm bảo không còn tế bào ung thư(kiểm tra diện cắt bằng sinh thiết tức thì). Tuy nhiên, với phẫu thuật tạm thờidù lấy u nguyên phát hay không, tế bào u không được lấy đi hoàn toàn, chúng vẫn tiếp tục tiết ra CEA, nên nồng độ CEA sau đó không giảm và vẫn tiếp tục tăng cao.

3. Giá trị của nồng độ CEA khi đánh giá bệnh tiến triển: Chúng tôi theo dõi 25 bệnh nhân ở giai đoạn di cănxa từ lúc chẩn đoán bệnh đến khi bệnh tiến triển. Trong đó, 19 bệnh nhân (76%) có nồng độ CEA ≥20ng/ml tại thời điểm

được chẩn đoán bệnh tiến triển. 6 bệnh nhân (24%) chẩn đoán bệnh tiến triển nhưng nồng độ CEA <20ng/ml. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Tâm (2006) cũng cho thấy xét nghiệm CEA phát hiện tái phát sớm hơn khám lâm sàng và các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh khác[3].

Vì thời gian theo dõi còn hạn chế nên chúng tôi chỉ khảo sát được nồng độ CEA trên những bệnh nhân xuất hiện di căn mới trong quá trình đang điều trị mà không khảo sát được những bệnh nhân đã kết thúc hồ sơ ra viện, sau đó bệnh tiến triển. Đặc điểm này cần được mở rộng nghiên cứu hơn.

V. KẾT LUẬN

- Với nồng độ CEA>20ng/ml có 76% bệnh nhân được chẩn đoán và 92% bệnh nhân có CEA (+)ở giai đoạn IV.
- Nồng độ CEA có khả năng đánh giá được tính triệt căn của phương pháp điều trị bằng phẫu thuật với độ tin cậy 99%.
- Với nồng độ CEA >20ng/ml ở nhóm bệnh nhân điều trị hóa chất triệu chứng có 76% bệnh nhân được chẩn đoán bệnh tiến triển.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thanh Danh, Phạm Đức Lộc, Phan Văn Dân:** biến đổi CEA ở 30 bệnh nhân ung thư đại trực tràng được điều trị bằng phẫu thuật và hóa chất, tạp chí y học Việt Nam, BV1-2010 tháng 12 (số 1,2), tập 376, 209-212.
2. **Nguyễn Văn Hiếu, Võ Văn Xuân (2007),** ung thư đại trực tràng và ống hậu môn, *chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư,* nhà xuất bản y học, tr 223-235.
3. **Nguyễn Thanh Tâm(2006),** Giá trị của kháng nguyên ung thư biểu mô phổi (CEA) trong chẩn đoán, tiên lượng và theo dõi kết quả sau mổ đối với ung thư đại trực tràng , *Luận văn thạc sĩ y học,* học viện quân y
4. **Nguyễn Thanh Danh, Phan Văn Dân, Phạm Đức Lộc (2007):** Biến đổi CEA ở 53 bệnh nhân ung thư trực tràng trước và sau điều trị xạ áp sát kết hợp phẫu thuật , *Tạp chí y dược học quân sự*, số 1, 100-103.
5. **Trần Văn Hạ, Nguyễn Thanh Danh:** Biến đổi nồng độ CEA huyết thanh ở bệnh nhân ung thư đại tràng sau phẫu thuật và hóa trị , *tạp chí y dược học quân sự*, bv 74-2012, số 7,8,9 tập 37, 126-130.
6. **Nguyễn Bá Đức, Nguyễn Tuyết Mai và cộng sự, (2004)** Đánh giá kết quả hóa trị liệu trong điều trị ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng giai đoạn muộn tại bệnh viện K từ 2001-2002 , *y học thực hành*, số 489, 88-96.
7. **Hứa Thị Ngọc Hà, Đỗ Đình Công, Nguyễn Thị Hồng Nguyệt:** Vị trí của kháng nguyên CEA trên tuyến dạ dày bình thường và ung thư, khảo sát hóa mô miễn dịch , *tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*, BV111-2001, chuyên đề ngoại khoa, phụ bản số 4,5

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC, LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở TRẺ MẮC VIÊM THẬN SCHONLEIN HENOCH TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Hà Thị Kiều Oanh[1], Phạm Văn Đếm[2], Nguyễn Thị Thanh Thúy[1], Nguyễn Thị Quỳnh Hương[1]

TÓM TẮT

Ban Henoch-Schönlein- HSP là bệnh viêm mạch dị ứng thường gặp ở trẻ em. Trong đó tổn thương thận là yếu tố tiên lượng lâu dài của bệnh. ***Mục tiêu nghiên cứu***: mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng của viêm thận Schonlein Henoch ở trẻ em. ***Đối tượng nghiên cứu*:** 69 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm thận Schonlein Henoch tại Bệnh viện Nhi Trung ương. ***Phương pháp nghiên cứu*:** mô tả loạt ca bệnh tiến cứu kết hợp hồi cứu thực hiện trên 69 bệnh nhân được chẩn đoán viêm thận Schonlein Henoch tại khoa thận - Bệnh viện Nhi TW từ tháng 1/2013 đến tháng 7/2017. ***Kết quả***: tuổi trung bình khởi phát bệnh là 7,5 ± 2,7. Tỷ lệ nam: nữ là 2,1. Khởi phát bệnh thường vào mùa xuân (43,4%), mùa đông (26,1). 62% trường hợp không rõ yếu tố khởi phát bệnh, còn lại là khởi phát sau nhiễm trùng hoặc dị ứng. Tổn thương thận có thể biểu hiện về mặt lâm sàng và/hoặc xét nghiệm, xuất hiện ngay khi khởi phát hoặc trong vòng 3 tháng sau khi có triệu chứng đầu tiên của Schonlein Henoch. Có 27% bệnh nhân có tăng huyết áp, trong đó 73% tăng cả huyết áp tâm thu và tâm trương, còn lại là tăng huyết áp tâm thu đơn độc. Các hình thái tổn thương thận bao gồm đái máu và/hoặc protein niệu (62,3%), hội chứng viêm thận (2,9%), hội chứng thận hư (2,9%), hội chứng thận hư-viêm thận (31,9%). ***Kết luận***: Viêm thận Schonlein Henoch có thể xảy ra trong vòng 3 tháng kể từ khi khởi phát HSP vì vậy cần kiểm tra các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng để phát hiện bệnh và điều trị kịp thời.

Từ khóa: Viêm thận Schonlein Henoch, đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng.

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Khoa Y Dược, ĐHQGHN.*
Chịu trách nhiệm chính: *Phạm Văn Đếm*
Email: phamdemhd@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 2.10.2017
Ngày duyệt bài: 10.10.2017

SUMMARY

EPIDEMIC CHARACTERISTICS, CLINICAL AND SUBCLINICAL MANIFESTATIONS OF

CHILDREN WITH HENOCH-SCHONLEIN PURPURA NEPHRITIS AT NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS

Henoch-Schönleinpurpura (HSP) is one of the most common vasculitis disease in children. The main symtomps are rash, arthritis, abdominal pain, and kidney disease. In particular, kidney involvement is important to predict long-term outcomes of disease. ***Aim:*** This study aimed to describe the epidemic characteristics, clinical manifestations and some laboratory findings of HSP in children. ***Method:*** We studied 69 patients diagnosed with HSP at National Hospital of Pediatrics between 1/2013 and 7/2017. ***Results:*** The mean age was 7.5± 2,7 years, with the ratio of male to female to be 2.1:1.0. HSP has seasonal characteristics, it was more common in the spring (43.4%) and the winter (26.1%). HSP was often preceded by an acute infectious or allergic illness. But in about 62% of cases, the trigger was unknown. HSP could occur in one child with allergies (17%) or in healthy children (81%). The first manifestation of kidney disease may be a clinical or laboratory symptom, which develops immediately upon onset or within 3 months after the onset of HSP. 27% of patients had hypertension. 73 % of them had both systolic and diastolic hypertension, 27% isolated systolic hypertension. Nephritis involvement included hematuria and/or proteinuria (62,3%), nephritis syndrome (2,9%), nephrotic syndrome (2,9%), nephritis- nephrotic syndrome (31,9%). ***Conclusion:*** Schonlein Henoch nephritis can occur within 3 months of HSP onset, so clinical and laboratory findings are needed to detect the disease and to treat it promptly.

Keyword: Schonlein Henoch nephritis, epidemic characteristics, clinical manifestations.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Henoch Schonlein purpura - HSP là bệnh viêm mao mạch dị ứng thường gặp ở trẻ em. Triệu chứng là ban xuất huyết trên da, viêm khớp, đau bụng và các biểu hiện tổn thương thận. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng mức độ tổn thương thận (Henoch Schonlein purpura nephritis, HSPN) là một yếu tố tiên lượng lâu dài của bệnh. Vì vậy tổn thương thận cần được khảo sát ở tất cả các bệnh nhân HSP.

Tại Việt Nam đã có một số nghiên cứu về HSP, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào khảo sát về HSPN, đặc biệt là ở trẻ em. Thực tế, tỷ lệ bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú tại bệnh viện Nhi Trung ương với chẩn đoán HSPN không phải hiếm. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu mô tả các đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và cận lâm sàng của HSPN ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 69 bệnh nhân được chẩn đoán HSPN điều trị tại khoa thận - Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2013 đến tháng 7/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh hồi cứu kết hợp tiến cứu.

- Cỡ mẫu nghiên cứu: tất cả bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán.

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ ≤ 15 tuổi, được chẩn đoán HSP theo tiêu chuẩn của EULAR/ PRES/ PRINTO (Ankara 2008) [1] và có biểu hiện tổn thương thận.

Tổn thương thận được định nghĩa là: Protein/ creatinin niệu > 20mg/mmol hoặc HC niệu dương tính trên 2+ hoặc suy thận với mức lọc cầu thận (MLCT) dưới 90ml/1,73m^2/phút tính theo công thức Schwartz.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân HSP không có tổn thương thận, bệnh nhân và gia đình bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

❖ Các tiêu chuẩn sử dụng: Ban dai dẳng là ban xuất hiện và tồn tại trên 1 tháng.

Triệu chứng tiêu hóa nặng là khi triệu chứng tiêu hóa là triệu chứng khởi phát bệnh và nổi trội, bệnh nhân đau bụng cần phải dùng thuốc giảm đau hoặc bệnh nhân có biểu hiện xuất huyết tiêu hóa (XHTH). Hồng cầu (HC) niệu là khi có HC trên 2+ trong xét nghiệm tế bào cặn nước tiểu bất kỳ.

Protein niệu dương tính là khi tỷ lệ protein/ creatinin niệu trên 20mg/mmol trong một mẫu xét nghiệm nước tiểu bất kỳ hoặc protein niệu 24 giờ trên 30mg/kg/ngày.

Tăng huyết áp (THA) được chẩn đoán và phân độ theo báo cáo thứ tư của Viện tim - phổi - máu quốc gia Hoa kỳ về THA ở trẻ em.

Các tiêu chuẩn để phân loại tổn thương thận:

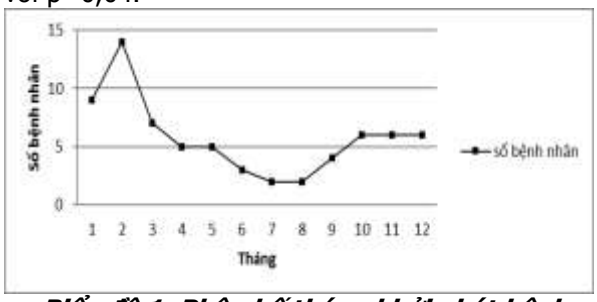
Tổn thương thận lúc khởi phát bệnh	Tiêu chuẩn
Đái máu đơn độc	HC niệu đơn độc
Đái máu và protein niêu	HC niệu và protein niệu
Hội chứng viêm thận cấp	Đái máu và ít nhất 2/3 đặc điểm: THA; tăng ure; creatinin máu; MLCT dưới 90ml/1,73m2/phút và thiểu niệu.
Hội chứng thận hư	Protein niệu>50mg/kg/ngày hoặc protein/creatinin niệu >200mg/mmol; albumin máu dưới 25g/l
Tổn thương phối hợp viêm thận-TH	Đủ tiêu chuẩn hội chứng viêm thận cấp và hội chứng TH.

THA: Tăng huyết áp; MLCT: Mức lọc cầu thận; TH: Thận hư.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

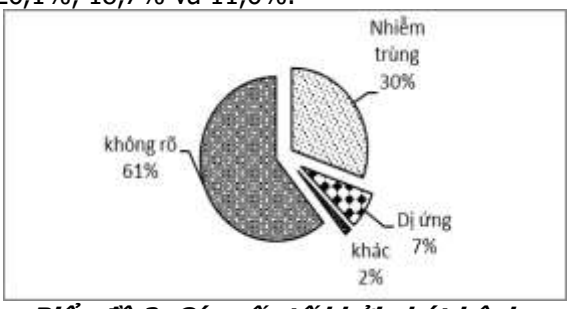
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tế học: Tuổi trung bình là 7,5 ± 2,7, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 3 tuổi, lớn tuổi nhất là 15 tuổi. Trẻ trai chiếm 68% cao hơn trẻ gái (32%) khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,04.



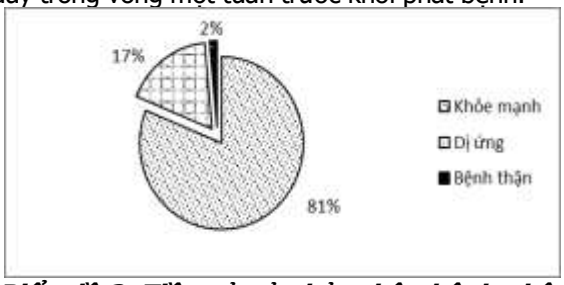
Biểu đồ 1: Phân bố tháng khởi phát bệnh

Nhận xét: 43,4% khởi phát bệnh vào mùa xuân, chủ yếu vào tháng 1,2. Bệnh khởi phát vào mùa đông, mùa hè và mùa thu chiếm lần lượt là 26,1%, 18,7% và 11,6%.



Biểu đồ 2: Các yếu tố khởi phát bệnh

Nhận xét: 30% có biểu hiện nhiễm trùng vi khuẩn hoặc nhiễm virus trong vòng 2 tuần trước khi có triệu chứng đầu tiên của HSP. Trong đó, 19% có biểu hiện nhiễm trùng đường hô hấp, còn lại 81% có sốt nhưng không rõ cơ quan nhiễm trùng. 7% bệnh nhân có biểu hiện dị ứng nổi mề đay trong vòng một tuần trước khởi phát bệnh.



Biểu đồ 3: Tiền sử của bản thân bệnh nhân

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân không có tiền sử bệnh tật. 17% có tiền sử bệnh dị ứng như viêm mũi dị ứng, chàm, hay bị mày đay. Chỉ có 1 bệnh nhân có tiền sử bệnh thận là hội chứng thận hư đơn thuần điều trị ổn định cách 5 năm trước khởi phát HSP.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên của HSP đến khi có biểu hiện tổn thương thận trung bình là 19 ngày, có thể ngay từ khi khởi phát bệnh đến 130 ngày. Ngày thứ 7 của bệnh là thời điểm hay xuất hiện tổn thương thận nhất.

Bảng 1: Triệu chứng đầu tiên của tổn thương thận

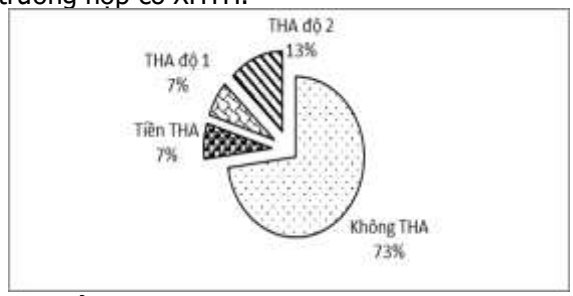
Triệu chứng	n	%
Phù	6	8,7
Đái máu đại thể	6	8,7
THA	3	4,3
THA và đái máu đại thể	4	5,8
THA và protein niệu	9	13
THA, đái máu đại thể và protein niệu	2	2,9
Protein niệu	26	37,7
HC niệu	6	8,7
Protein niệu và HC niệu	7	10,1

Nhận xét: 43,4% tổn thương thận biểu hiện trên cả lâm sàng và cận lâm sàng. Còn lại chỉ có biểu hiện trên xét nghiệm nước tiểu (56,6%).

Bảng 2: Các triệu chứng của HSP trên bệnh nhân viêm thận Schonlein Henoch

Triệu chứng	n	%
Ban	69	100
Đau bụng	54	88,5
XHTH	34	49,3
Biểu hiện tiêu hóa là triệu chứng khởi đầu và nổi trội	23	40
Lồng ruột	4	5,8
Đau khớp	37	68,5
Ban dai dẳng	25	51

Nhận xét: tất cả bệnh nhân đều có ban xuất huyết trên da, đau bụng là triệu chứng rất thường gặp, 2/3 trường hợp có đau khớp, gần ½ trường hợp có XHTH.



Biểu đồ 4: Phân độ tăng huyết áp

Nhận xét: 27% bệnh nhân có tăng huyết áp, trong đó 1/2 trường hợp tăng huyết áp độ 2. 73,7% tăng cả huyết áp tâm thu và tâm trương, còn lại là tăng huyết áp tâm thu đơn độc.

Bảng 3: Phân loại tổn thương thận.

Tổn thương thận	n	%
Đái máu đơn độc	2	2,9
Đái máu và protein niệu	41	59,4
Hội chứng viêm thận	2	2,9
Hội chứng thận hư	2	2,9
Hội chứng thận hư-viêm thận	22	31,9

Nhận xét: Tại thời điểm khởi phát tổn thương thận, 62,3% trường hợp có đái máu và/hoặc protein niệu, 2,9% có hội chứng viêm thận, 2,9% có hội chứng thận hư, 31,9% có hội chứng thận hư-viêm thận.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ học

Thời gian xuất hiện bệnh theo mùa: Biểu đồ 1 cho thấy có 43,4% bệnh nhân khởi phát bệnh vào mùa xuân, đặc biệt vào thời điểm tháng 1,2. Tỷ lệ bệnh nhân khởi khởi phát bệnh vào mùa đông, mùa hè và mùa thu chiếm lần lượt là 26,1%; 18,7% và 11,6%. Kết qua này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Thị Minh Hương và cs khi nghiên cứu HSP tại bệnh viện Nhi Trung Ương năm 2012 [3] với tỷ lệ các màu xuân, đông, hè và thu tương ứng là: 34,5%; 33,3%; 16,5% và 15,7%. Điều này có thể giải thích là khởi phát bệnh liên quan đến mùa: mùa xuân thời tiết lạnh ẩm là điều kiện thận lợi cho nhiễm trùng hoặc nhiễm virus.

Các yếu tố liên quan đến khởi phát bệnh: phần lớn bênh nhân là không xác định được yếu tố khởi phát bệnh, sau đó là các yếu tố nhiễm trùng và dị ứng. Kết quả này phù hợp với y văn về các yếu tố liên quan đến khởi phát HSP. Nghiên cứu của chúng tôi có một bệnh nhân nam 6 tuổi bị ong đốt 5 ngày trước khi có biểu hiện đầu tiên của viêm thận Schonlein Henoch và tổn thương thận ngày trong vòng 5 ngày khởi phát bệnh HSP. Trên thế giới hiện đã báo cáo 8 trường hợp Schonlein Henoch sau ong đốt [4].

Tiền sử của bản thân bệnh nhân: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 12 bệnh nhân (17%) có tiền sử bệnh dị ứng như viêm mũi dị ứng, chàm, hay bị mày đay. Điều này phù hợp với giả thiết rằng bệnh sinh của HSP có sự tham gia của cơ chế dị ứng. Chỉ có 1 bệnh nhân (2%) có tiền sử bệnh thận là hội chứng thận hư đơn thuần, tuy nhiên đã điều trị ổn định cách 5 năm trước khởi phát HSPN.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

Thời gian từ khi có triệu chứng HSP đến khi có biểu hiện tổn thương thận dao động từ lúc khởi phát bệnh đến 130 ngày. Và ngày thứ 7 là khoảng thời gian xuất hiện tổn thương thận hay gặp nhất. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu và khuyến cáo của các nghiên cứu khác như nghiên cứu của tác giả Louise Watson và cs [5] về thời gian phải theo dõi bệnh nhân Schonlein Henoch để phát hiện tổn thương thận là trong vòng 3 đến 6 tháng, thời gian sau 7 ngày khởi phát cũng là thời điểm cần kiểm tra tổn thương thận.

Bảng 1 cho thấy có 43,4% bệnh nhân biểu hiện tổn thương thận trên cả lâm sàng và/hoặc xét nghiệm. 56,6% bệnh nhân chỉ có biểu hiện tổn thương khi xét nghiệm nước tiểu. Đặc biệt 37,7% triệu chứng ban đầu của tổn thương thận là protein niệu đơn độc. Việc này càng nhấn mạnh việc phải đo huyết áp, kiểm tra và xét nghiệm nước tiểu cho tất cả các bệnh nhân Schonlein Henoch để phát hiện các biểu hiện của tổn thương thận,

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi giống với y văn, cho thấy có 100% bệnh nhân có ban xuất huyết trên da, 68,5% có đau khớp và trên ½ trường hợp có triệu chứng khởi phát bệnh là đau bụng, khoảng 1/3 trường hợp có XHTH. 4 bệnh nhân (chiếm 5,8%) bị lồng ruột. Đặc biệt 1 bệnh nhân bị lồng ruột chẩn đoán nhầm là viêm ruột thừa ở bệnh viện địa phương, được phẫu thuật cắt ruột thừa, sau đó bệnh nhân mới có biểu hiện ban xuất huyết. Việc chẩn đoán khá khó khăn nếu triệu chứng tiêu hóa là triệu chứng đầu tiên.

1/2 bệnh nhân viêm thận Schonlein Henoch có biểu hiện phát ban dai dẳng trên một tháng và 1/3 bệnh nhân có triệu chứng tiêu hóa nổi trôi như đau bụng nặng và XHTH. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Radovan Bogdanovic và cs đã chỉ ra rằng phát ban dai dẳng trên một tháng, đau bụng nặng, ỉa máu là một trong những yếu tố nguy cơ tổn thương thận ở bệnh nhân Schonlein Henoch [5], [6].

THA là một trong các biểu hiện của tổn thương thận và kiểm soát huyết áp trong giới hạn bình thường là một trong những mục tiêu điều trị của HSPN. Vì vậy khảo sát tăng huyết áp là bắt buộc đối với tất cả bệnh nhân HSPN. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 27% bệnh nhân có THA, trong đó ½ trường hợp THA độ 2. Đặc điểm của THA là 73,7% tăng cả huyết áp tâm thu và tâm trương, 26,3% THA tâm thu đơn độ và không có bệnh nhân nào THA tâm trương đơn độc.

Bảng 3 cho thấy phân loại tổn thương thận tại thời điểm khởi phát có 62,3% đái máu và/hoặc protein niệu, 2,9% hội chứng viêm thận, 2,9% hội chứng thận hư, 31,9% hội chứng thận hư-viêm thận. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Amanda R. Goldstein và cs [7] với các loại tổn thương lần lượt là 50%; 7,7%; 12,8% và 29,5%. Tuy nhiên kết quả này khác với nghiên cứu của Farahnak Assadi và cs [1] với tỷ lệ loại tổn thương tương ứng là 26,7%; 15,5%; 37,8%; 20%. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng một trong những tổn thương thận có tiên lượng nặng là hội chứng thận hư-viêm thân liên quan trực tiếp đến tiến triển của bệnh thận mạn sau này. Có thể thấy rằng tỷ lệ tổn thương loại hội chứng thận hư-viêm thận ở nghiên cứu của chúng tôi là 31,9% cao hơn cả hai nghiên cứu trên (29,5% và 20%). Lý giải điều này có thể là do chúng tôi thực hiện nghiên cứu tại khoa thận - Bệnh viện Nhi Trung ương, những bệnh nhân tình trạng nhẹ hơn có thể được điều trị tại những bệnh viện tại tuyến địa phương, ngoài ra có một số trường hợp tổn thương thận nhẹ tại bệnh viện có thể được điều trị tại khoa Miễn dịch-dị ứng. Nên các bệnh nhân của chúng tôi có xu hướng loại tổn thương thận nặng với tỷ lệ cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Đây là nghiên cứu đầu tiên về đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và cận lâm sàng HSPN ở trẻ em tại Bệnh viên Nhi Trung Ương. Chúng tôi đã đưa ra được các hình thái của tổn thương thận trong HSPN, trong đó một dạng tổn thương thận nặng là hội chứng thận hư-viêm thận chiếm đến 1/3 các trường hợp và có đến hơn ½ trường hợp tổn thương thận chỉ có biểu hiện trên xét nghiệm nước tiểu. Điều này cho thấy tổn thương thận trong HSP cần được khảo sát trên cả lâm sàng và xét nghiệm ngay từ ban đầu và trong suốt quá trình theo dõi bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **EULAR/PRINTO/PRES criteria for Henoch–** Schönlein purpura, childhood polyarteritis nodosa, childhood Wegener granulomatosis and childhood Takayasu arteritis: Ankara 2008. Part II: Final classification criteria. Ann Rheum Dis 2010; 69:798–806
2. **Farahnak Assadi et al (2009**). Childhood Henoch-Schonlein Nephritis A Multivariate Analysis of Clinical Features and Renal Morphology at Disease Onset. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 3(1), 17-21.
3. **Lê Thị Minh Hương, Thục Thanh Huyền (2013).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh Schonlein-Henoch ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí y học thực hành*, 874(6), 91-94.
4. **Galvez-Olortegui J,** Álvarez-Vargas M, Durand-Vergara J, Díaz-Lozano M, Galvez-Olortegui T, Armas-Ramírez I, et al (2015). Henoch Schonlein purpura associated with bee sting: case report. Medwave, 15(9): e6297.
5. **Louise Watson, Watson L, Richardson ARW, Holt RCLBeresford MW (2012**) Henoch Schonlein Purpura – A 5-Year Review and Proposed Pathway. *PLoS ONE* 7(1): e29512.
6. **Radovan Bogdanović et al (2009).**Henoch-Schönlein purpura nephritis in children: risk factors, prevention and treatment.*Acta paediatrica*, 12(98),1882-1889.
7. **A.R. Goldstein et al (1992).** Long-term follow-up of childhood Henoch-Schönlein nephritis. *The Lancet*, 339(8788), 280-282.

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG ĐAU DO NGUYÊN NHÂN THẦN KINH SỬ DỤNG THANG ĐIỂM LANSS VÀ NPQ Ở BỆNH NHÂN VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP

Đinh Hà Giang*, Nguyễn Văn Hùng*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: 1. Khảo sát tình trạng đau do nguyên nhân thần kinh bằng thang điểm LANSS và NPQ ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp. 2. Tìm hiểu một số yếu tố lâm sàng liên quan với tình trạng đau thần kinh ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp. **Đối tượng nghiên cứu:** Tiến hành trên 32 bệnh nhân được chẩn đoán viêm cột sống dính khớp theo tiêu chuẩn New York 1984 điều trị nội trú tại khoa Cơ Xương Khớp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 năm 2016 đến tháng 06 năm 2017. **Phương pháp nghiên cứu**: Tiến cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả**: Kết quả cho thấy tỉ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau do nguyên nhân thần kinh theo thang điểm LANSS là 21,9%; theo thang điểm NPQ là 25%, với các triệu chứng lâm sàng hay gặp như: kim châm (LANSS: 50%, NPQ: 60%), rát (LANSS: 50%, NPQ: 60%), tăng nhạy cảm (LANSS: 85,7%, NPQ: 60%...). Nhóm bệnh nhân viêm cột sống dính khớp có đau do nguyên nhân thần kinh có tỉ lệ nam nhiều hơn nữ; có tuổi trung bình và điểm đau trung bình lớn hơn so với nhóm

**Trường đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hùng
Email: hungnguyenvn@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 4.10.2017
Ngày duyệt bài: 13.10.2017

bệnh nhân không có đau do nguyên nhân thần kinh. **Kết luận:** Đau do nguyên nhân thần kinh có thể gặp ở cả 2 giới, ở mọi độ tuổi khác nhau. Nhóm có đau do nguyên nhân thần kinh có thời gian mắc bệnh trung bình, VAS trung bình, BASDAI trung bình lớn hơn nhóm không có đau do nguyên nhân thần kinh.

Từ khóa: Viêm cột sống dính khớp, đau thần kinh, LANSS, NPQ.

SUMMARY

EVALUATION OF NEUROPATHIC PAIN USING LANS AND NPQ QUESTIONNAIRE IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS

Objectives: 1. To assess neuropathic pain in ankylosing spondylitis patient with LANSS and NPQ questionnaires. 2. To study the relation between neuropathic pain in patients with ankylosing spondylitis and clinical factors. **Subject and methods:** Study conducted on 32 ankylosing spondylitis patients diagnosed according to 1984 New York criteria, treated in the departement of rheumatology, Bach Mai hospital from November 2016 to July 2017. **Results:** The neuropathic pain incidences assessed using LANSS and NPQ questionnaires were 21.9% and 25 %. irrespectively. Common clinical symptoms were needless (LANSS: 50%, NPQ: 60%), burning (LANSS: 50%, NPQ: 60%), hypersensitivity (LANSS: 85.7%, NPQ: 60% ...). Neuropathic pain in patients with ankylosing spondylitis was common in men than in women; average age, average disease duration, average VAS score and average BASDAI were higher in group of patients with neuropathic pain than in the group of patients without neuropathic pain. **Conclusion:** Neutopathic pain can be seen in both sexes, of all ages. Patients with neuropathic pain have an average disease duration, mean of VAS and BASDAI higher than those in group without neuropathic pain.

Key words: ankylosing spondylitis, neuropathic pain, LANSS, NPQ

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm cột sống dính khớp là một bệnh viêm khớp mạn tính chưa rõ nguyên nhân, gặp chủ yếu ở người trẻ tuổi. Đau ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp thường được cho là do tình trạng viêm gây nên. Tuy nhiên, trên thực tế vẫn còn một số trường hợp đau kéo dài mặc dù đã được kiểm soát tốt tình trạng viêm [1], [2]. Gần đây, có một số nghiên cứu cho thấy có nguyên nhân đau do thần kinh ở nhóm bệnh nhân này. Theo một số nghiên cứu đã công bố, đau do nguyên nhân thần kinh được nhận thấy ở hơn nửa số bệnh nhân viêm cột sống dính khớp, gây ảnh hưởng đến khả năng lao động, sinh hoạt hàng ngày và làm giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [3]. Vì thế chẩn đoán và điều trị đúng đau do nguyên nhân thần kinh là yếu tố quan trọng nhằm cải thiện chức năng hoạt động cũng như chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Cho đến nay, chưa có có tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định đau do nguyên nhân thần kinh và cũng không có triệu chứng hay dấu hiệu nào có thể chẩn đoán chắc chắn là có đau do nguyên nhân thần kinh hay không. Phần lớn các tác giả đánh giá đau do nguyên nhân thần kinh đều sử dụng các công cụ đánh giá mức độ, triệu chứng của các biểu hiện đau do nguyên nhân thần kinh, kết hợp với thăm khám lâm sàng tỉ mỉ, từ đó tổng hợp và đánh giá để chẩn đoán bệnh nhân có biểu hiện đau do nguyên nhân thần kinh hay không [2].

Trên thế giới có nhiều thang điểm để phát hiện đau do nguyên nhân thần kinh, trong đó LANSS và NPQ là hai thang điểm đơn giản và dễ áp dụng trên lâm sàng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Khảo sát tình trạng đau do nguyên nhân thần kinh sử dụng thang điểm LANSS và NPQ ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp" với mục tiêu:

1. Khảo sát tình trạng đau do nguyên nhân thần kinh bằng thang điểm LANSS và NPQ ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp

2. Tìm hiểu mối liên quan giữa một số yếu tố lâm sàng với tình trạng đau thần kinh ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 32 bệnh nhân được chẩn đoán viêm cột sống dính khớp theo tiêu chuẩn New York 1984 điều trị nội trú tại khoa Cơ Xương Khớp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 năm 2016 đến tháng 06 năm 2017.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân VCSDK được chẩn đoán theo tiêu chuẩn New York 1984.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân viêm cột sống dính khớp có bệnh cấp tính khác kèm theo: đái tháo đường, nhiễm khuẩn cấp tính.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Theo phương pháp tiến cứu, mô tả cắt ngang

2.2.2. Tiến hành nghiên cứu: Mỗi đối tượng nghiên cứu đều được hỏi bệnh, thăm khám và khai thác thông tin theo một bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Hỏi bệnh và khai thác các triệu chứng lâm sàng:
- Khám bệnh nhân đánh giá mức độ đau khớp và hoạt động bệnh theo thang điểm VAS, LANSS, NPQ, BASDAI.

2.3. Nhận định kết quả:

-**LANSS** [2]: Thang điểm LANSS gồm 7 câu hỏi, với cách cho điểm các câu hỏi theo bảng dưới đây:

+ LANSS < 12: đau do thụ cảm thần kinh.

+LANSS ≥ 12: đau do nguyên nhân thần kinh.

-**NPQ** [6]: Theo Krause và cộng sự gồm 10 câu hỏi liên quan đến cảm giác và 2 yếu tố ảnh hưởng. Mỗi triệu chứng cho điểm từ 0 – 100 phù hợp với cảm giác đau của bệnh nhân.

+ NPQ < 0: đau do thụ cảm thần kinh.

+ NPQ ≥ 0: đau do nguyên nhân thần kinh.

Với mỗi câu hỏi chọn 1 số phù hợp với cảm giác đau của bạn. ví dụ: Chia cảm giác đau của bạn từ không đau đến đau nhất thành các điểm từ 0 là không đau đến đau nhất là 100 bạn chọn số phù hợp với cảm giác của bạn.

Mỗi 12 câu hỏi trên, viết số điểm vào cột đầu tiên, nhân với hệ số ở cột 2. Kết quả ghi vào cột thứ 3, tổng các chỉ số trong cột 3 cộng với hằng số. Kết quả là chỉ số NPQ của bệnh nhân

2.4. Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: Nghiên cứu bao gồm 32 bệnh nhân, được chẩn đoán viêm cột sống dính khớp theo tiêu chuẩn New York 1984, nam giới chiếm đa số với tỷ lệ 78,12%. Các đặc điểm khác của nhóm nghiên cứu được thể hiện ở bảng 3.1:

Bảng 3.1: Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n = 32)

STT	Đặc điểm	Kết quả
1	Tuổi trung bình (năm)	31,69 ± 11,38
2	Thời gian mắc bệnh (năm)	6,52 ± 8,73
3	VAS trung bình (điểm)	4,97 ± 1,73
4	BASDAI trung bình (điểm)	4,16 ± 1,48

Nhận xét: Tuổi mắc bệnh trung bình của nhóm nghiên cứu là 31 tuổi, thời gian mắc bệnh trung bình khoảng 7 năm. Đa số bệnh nhân nhập viện trong tình trạng các khớp đau nhiều (VAS trung bình khoảng 5 điểm) và bệnh ở giai đoạn hoạt động (BASDAI > 4 điểm)

3.2. Tỷ lệ đau do nguyên nhân thần kinh ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp.

- Tỷ lệ đau do nguyên nhân thần kinh ở bệnh nhân VCSDK theo thang điểm LANSS và NPQ.

Bảng 3.2. Tỷ lệ đau do nguyên nhân thần kinh ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp.

Thang điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
LANSS	Đau thần kinh (LANSS ≥ 12)	7	21,9%
	Không đau thần kinh (LANSS < 12)	25	78,1%
	Tổng	32	100%
NPQ	Đau thần kinh (NPQ ≥ 0)	8	25%
	Không đau thần kinh (NPQ < 0)	24	75%
	Tổng	32	100%

Nhận xét: Tỷ lệ đau do nguyên nhân thần kinh ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp đánh giá bằng thang điểm LANSS là 21,9%, bằng thang điểm NPQ là 25%.

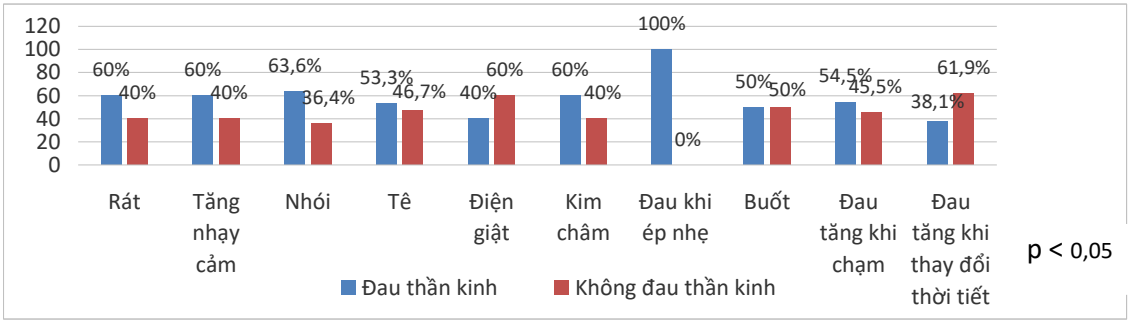
- Các triệu chứng lâm sàng thường gặp của đau do nguyên nhân thần kinh ở bệnh nhân VCSDK

Nghiên cứu trên 32 bệnh nhân viêm cột sống dính khớp chúng tôi thu được kết quả sau:

Bảng 3.3. Các biểu hiện của đau do nguyên nhân thần kinh theo bảng điểm LANSS

Cảm giác đau	Số bệnh nhân (Tỷ lệ %)
Kim châm	10 (31,3%)
Thay đổi màu sắc da	2 (6,25%)
Tăng nhạy cảm	12 (37,5%)
Điện giật	14 (35,7%)
Rát	6 (18,8%)
Đau tăng khi chạm	7 (21,9%)
Đau do ép lực nhẹ	12 (37,5%)

Nhận xét: Các triệu chứng đau do nguyên nhân thần kinh gặp với tỷ lệ cao ở bệnh nhân VCSDK là: Điện giật (35,7%), đau tăng khi chạm nhẹ (37,5%), kim châm (31,3%)



Biểu đồ 3.1. So sánh các biểu hiện của đau do nguyên nhân thần kinh ở hai nhóm có đau và không đau do nguyên nhân thần kinh theo bảng điểm NPQ

Nhận xét: Các triệu chứng đau do nguyên nhân thần kinh thường gặp ở bệnh nhân VCSDK theo thang điểm NPQ là: cảm giác rát 60%, tăng nhạy cảm 60%, nhói 63,6%, tê 53,3%, đa khi ép nhẹ 100%, đau tăng khi chạm 54,5%. Có sự khác biệt giữa các biểu hiện của đau do nguyên nhân thần kinh ở hai nhóm có đau thần kinh và không đau thần kinh. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.3. Mối liên quan giữa đau do nguyên nhân thần kinh với một số đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.4. Liên quan giữa đau do nguyên nhân thần kinh với một số đặc điểm lâm sàng.

Đặc điểm	Có đau thần kinh		Không đau thần kinh		p
	LANSS	NPQ	LANSS	NPQ	
Tuổi trung bình (năm) ($\overline{X}$ ± SD)	34,57 ± 13,07	42,0 ± 9,41	30,88 ± 11,01	28,25 ± 9,91	< 0,05
Thời gian mắc bệnh trung bình (năm)	12,0 ± 14,24	15,63 ± 13,72	4,98 ± 6,03	3,48 ± 2,62	< 0,05
Điểm VAS trung bình	5,29 ± 1,70	6,25 ± 1,39	4,88± 1,76	4,54 ± 1,64	< 0,05
BASDAI	3,83 ± 2,07	3,89 ± 1,83	1,69 ± 0,84	1,57 ± 0,73	< 0,05

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có đau do nguyên nhân thần kinh có tuổi trung bình, thời gian mắc bệnh trung bình, VAS trung bình, BASDAI trung bình cao hơn so với nhóm không đau thần kinh. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

1. Tỉ lệ đau do nguyên nhân thần kinh ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp.

Viêm cột sống dính khớp là một bệnh khớp viêm mạn tính thường gặp nhất trong nhóm bệnh lý cột sống huyết thanh âm tính. Tỷ lệ bệnh nhân trên thế giới vào khoảng 0,1-1% dân số. Bệnh chiếm tỷ lệ 15,4% trong số các bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai. Nghiên cứu trên 32 bệnh nhân viêm cột sống dính khớp, điều trị nội trú tại khoa cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai, tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 31 tuổi. Đa số bệnh nhân nhập viện trong tình trạng các khớp đau ở mức độ trung bình và bệnh đang ở giai đoạn hoạt động (Bảng 3.1). Khảo sát tình trạng đau do nguyên thần kinh trên 32 bệnh nhân viêm cột sống dính khớp bằng thang điểm LANSS có độ nhạy 82-91%, độ đặc hiệu 80-94%; NPQ có độ nhạy 66%, độ đặc hiệu 74%. Cho thấy rằng tỷ lệ đau do nguyên nhân thần kinh theo các thang điểm chiếm khá cao, đánh giá bằng thang điểm LANSS là 21,9%; bằng thang điểm NPQ là 25%. Từ đây ta có thể thấy rằng bệnh nhân viêm cột sống dính khớp có triệu chứng đau do nguyên nhân thần kinh chiếm tỉ lệ không hề nhỏ. Vì thế ta cần quan tâm, chẩn đoán và điều trị đúng triệu chứng đau do nguyên nhân thần kinh cho bệnh nhân để cải thiện chức năng hoạt động cũng như chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Các triệu chứng biểu hiện đau do nguyên nhân thần kinh thường xuất hiện nhiều hơn ở nhóm có đau do nguyên nhân thần kinh như: kim châm (LANSS: 50%, NPQ: 60%), rát (LANSS: 50%, NPQ: 60%), tăng nhạy cảm (LANSS: 85,7%, NPQ: 60%)… đây là cảm giác đau không giống với đau do thụ cảm thần kinh như đau buốt, đau nhói trong bệnh lý khớp thông thường. Vì thế khi khám lâm sàng cần phải chú ý để phát hiện các triệu chứng đau do nguyên nhân thần kinh để điều trị thích hợp.

2. Mối liên quan giữa đau do nguyên nhân thần kinh với một số yếu tố lâm sàng.

Trong nghiên cứu cho thấy nam giới chiếm 78,12% trong các bệnh nhân bị đau do nguyên

nhân thần kinh. Điều này cũng dễ hiểu vì viêm cột sống dính khớp hay gặp ở nam hơn nữ.

Nghiên cứu cho thấy: tuổi trung bình, thời gian mắc bệnh trung bình, điểm VAS trung bình và điểm BASDAI trung bình của nhóm bệnh nhân có đau thần kinh cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có đau thần kinh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05, bảng 3.4.

Có thể hiểu rằng khi thời gian mắc bệnh lâu thì bệnh diễn biến với các triệu chứng càng nặng nề hơn, mức độ hoạt động của bệnh mạnh hơn do đó bệnh nhân thường có triệu chứng đau thần kinh kèm theo. Vì thế trong thực hành lâm sàng, ta cần khám kỹ để tìm triệu chứng đau thần kinh ở bệnh nhân VCSDK từ đó đưa ra phương pháp điều trị thích hợp cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Khảo sát tình trạng đau do nguyên nhân thần kinh ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp bằng 2 thang điểm LANSS và NPQ cho thấy tỷ lệ đau do nguyên nhân theo mỗi thang điểm lần lượt là 21,9% và 25%.

Tình trạng đau do nguyên nhân thần kinh có thể gặp ở cả 2 giới, ở mọi độ tuổi khác nhau. Tuy nhiên, nhóm có đau do nguyên nhân thần kinh có thời gian mắc bệnh trung bình, điểm VAS trung bình và BASDAI trung bình lớn hơn nhóm không có đau do nguyên nhân thần kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Binder A Baron R,** "How neuropathic is sciatica? The mixed pain concept.", *Orthopade 2004*, pp. 33:568-75.
2. **Bennett M,** "The LANSS Pain Scale: The Leeds assessment of neuropathic symptoms and sign.", *pain 2001;92:*, pp. 147-157.
3. **Bennett M, "**The LANSS Pain Scale: the Leeds assessment of neuropathic symtoms and sings", *Pain 2001*, pp. 92:147-57.
4. **Baron R Freynhange R,** "The evaluation of neuropathic components in low back pain", *Curr Pain Headache Rep 2009*, pp. 13:185-90.
5. **Kaygisiz F, Yaman A, et al,** , "Neuropathic PAIN in Patients with Ankylosing Spondylitis", *2014 ACR/ARHP Annual Meeting*, pp. 246.
6. **Krause SJ, Bakonja MM,** *Clin J Pain 2003; 19(5):*, pp. 306-14.

NHẬN THỨC CỦA SINH VIÊN NGÀNH Y ĐA KHOA VỀ MÔI TRƯỜNG GIÁO DỤC TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI NGUYÊN BẰNG BẢNG HỎI DREEM

Trần Bảo Ngọc[1], Lê Thị Lựu[1], Nguyễn Mạnh Tuấn[1], Nguyễn Thị Hoa[1] và cộng sự

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả nhận thức và xác định sự phù hợp của bảng hỏi DREEM đối với môi trường giáo dục của sinh viên (SV) ngành y đa khoa, Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang bằng bảng hỏi DREEM trong 221 SV y đa khoa trong tháng 6/2017. **Kết quả:** 221 sinh viên (93 nam, 86 dân tộc thiểu số) được khảo sát. Điểm số trung bình từng lĩnh vực nhận thức về học tập, giảng viên, học thuật, môi trường, xã hội và tổng điểm theo bộ DREEM gốc lần lượt là 31,0; 30,2; 19,9; 30,8; 18,1 và 129,9. Sau khi phân tích độ tin cậy và nhân tố khám phá EFA từ 50 câu còn 34 câu phù hợp để khảo sát sinh viên y đa khoa. **Kết luận:** Môi trường giáo dục của nhà trường có nhiều ưu điểm hơn nhược điểm; bảng hỏi DREEM phù hợp để đánh giá nhận thức về môi trường giáo dục ngành y sau khi sửa đổi.

[1]*Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Bảo Ngọc[1]
Email: ngoctranbao72@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 2.10.2017
Ngày duyệt bài: 9.10.2017

Từ khóa: Bảng hỏi DREEM, nhận thức, môi trường giáo dục, sinh viên dược, Trường Đại học Y Dược.

SUMMARY

THE GENERAL MEDICINE STUDENTS' PERCEPTION OF EDUCATIONAL ENVIRONMENT AT THAI NGUYEN UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY BY DREEM QUESTIONNARE

Objective: Describe perception and determine the suitability of the questionnaire DREEM with educational environment for general medicine (GM) students, Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy. **Methods:** The cross-sectional descriptive study was carried out in 221 GM students in 6/2017. Use appropriate algorithms in SPSS 20.0 to describe the results and determine the suitability and reliability of this questionnaire. **Results:** 221 students (93 male, 86 minority ethnic). The mean scores of each fields for perception of study, lecturer, academic, environment, society and total score following the original DREEM were 31,0; 30,2; 19,9; 30,8; 18,1 và 129,9; respectively. Some of the factors that had influence on perception were male students, second-year and entry exam/admission. After analyzing the reliability and factors of EFA from 50 questions down 34

questions were suitable for survey GM students. **Conclusions:** Educational environment of the university had more advantages than disadvantages; The DREEM questionnaire was appropriate to evaluate the perception of educational environment in medicine after being modified.

Keywords: DREEM questionnaire, perception, educational environment, pharmaceutical students, University of Medicine and Pharmacy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Harden (2001) môi trường giáo dục của một trường học bao gồm mối quan hệ giữa SV và giảng viên (GV), các phương pháp/kỹ năng giảng dạy và học tập, nhu cầu tâm lý xã hội và cảm xúc của SV cũng như cơ sở vật chất và trang thiết bị. Thực tế cho thấy môi trường học tập ảnh hưởng quan trọng tới thành tích học tập của SV và tạo ra năng lực cho họ.

Mặc dù các công cụ khác nhau đã chứng minh tính giá trị mạnh mẽ và độ tin cậy đo lường cao, song được sử dụng rộng rãi và được chấp nhận trong môi trường giáo dục y tế là công cụ đánh giá môi trường giáo dục Dundee của De Roff xây dựng từ năm 1997. Bộ công cụ này đo lường nhận thức của sinh viên về môi trường giáo dục trong năm lĩnh vực: Học tập; Giảng dạy; Nhận thức về học thuật; Môi trường và Tự nhận thức xã hội đã được báo cáo trong 40 bài báo từ 20 quốc gia khác nhau (châu Á, châu Âu, châu Phi) qua phân tích tổng quan từ 1997-2011 của Miles và cs [4]. DREEM được sử dụng với mục đích xác định những điểm cần được cải thiện trong môi trường giáo dục; để so sánh sự mong đợi của SV với thực tế và xác định những khoảng trống cần thay đổi và đặc biệt để so sánh môi trường học tập ở các trường khác nhau cũng như ở các giai đoạn đào tạo khác nhau. DREEM cũng cung cấp cơ hội để so sánh môi trường giáo dục giữa các cơ sở giáo dục đại học quốc tế cho phép các trường y tế chuẩn hóa. Đây là một bản hỏi đáng tin cậy, có giá trị chung cho giáo dục trong y tế và đặc biệt không mang nét đặc trưng văn hoá nào [7].

Hiện nay trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên đang đào tạo 5 mã ngành đại học, trong đó ngành bác sĩ đa khoa có bề dày lâu nhất (từ 1968-năm thành lập trường). Một trong các thay đổi lớn về cách thức đào tạo mới này là sự chuyển đổi phương pháp giảng dạy cũng như dạy học dựa trên vấn đề, giáo dục dựa vào cộng đồng… Việc đánh giá nhận thức về môi trường giáo dục theo DREEM chưa được thực hiện ở trường y nào trên toàn quốc đánh giá năng lực nghề nghiệp của SV y khoa tốt nghiệp từ 8 trường y toàn quốc [2]) và để cung cấp dữ liệu khách quan nhất để bổ sung các minh chứng khoa học giúp nhà trường cải tiến phù hợp chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: *Mô tả nhận thức của sinh viên y đa khoa và xác định sự phù hợp của bảng hỏi DREEM để đánh giá môi trường giáo dục Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên năm 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Chọn ngẫu nhiên các sinh viên ngành y đa khoa đang theo học tại trường năm thứ nhất đến năm thứ năm được khảo sát.

Tiêu chuẩn chọn: Tình nguyện tham gia; Trả lời đầy đủ các câu hỏi.

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

Cỡ mẫu: Chọn ngẫu nhiên các SV theo danh sách lớp có 2560 SV. Theo cách chọn mẫu ngẫu nhiên cứ 10 SV lấy 1 SV cho đến hết danh sách. Chúng tôi lập được danh sách 244 SV cần được phỏng vấn và thu về được 221 phiếu.

Địa điểm: Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên.

Thời gian: Tháng 6/2017.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này đã được Ủy ban Đạo đức của nhà trường phê chuẩn. Các số liệu thu nhận được hoàn toàn bảo mật.

2.3. Công cụ nghiên cứu: Bảng câu hỏi DREEM ngoài các câu hỏi về đặc điểm nhân khẩu (tuổi, giới tính, dân tộc…) còn 50 câu đã được SV tự điền trong 10-15 phút.

2.4. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng mô hình phân tích nhân tố khám phá (EFA) và hệ số Cronbach's alpha để xác định sự phù hợp và độ tin cậy của bộ câu hỏi.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

221 SV hoàn thành bộ câu hỏi (đạt 90,6% so với danh sách dự kiến). Trong đó nữ chiếm 57,9%, dân tộc thiểu số chiếm 38,9%, số SV người dân tộc thiểu số tại Trường luôn dao động quanh 40%, phản ánh tính vùng miền khi SV chủ yếu đến từ các tỉnh Đông Bắc và Tây Bắc Việt Nam.

Bảng 1. Điểm nhận thức trung bình các lĩnh vực theo bộ DREEM gốc

Các lĩnh vực	Điểm trung bình ± SD (tối thiểu-tối đa)	Điểm tối đa	Số câu hỏi
Nhận thức về học tập	31,0 ± 5,1 (12-48)	48	12
Nhận thức về giảng viên	30,2 ± 6,1 (16-44)	44	11

Nhận thức về học thuật	19,9 ± 4,4 (5-32)	32	8
Nhận thức về môi trường	30,8 ± 5,8 (13-48)	48	12
Tự nhận thức xã hội	18,1 ± 3,6 (4-28)	28	7
Điểm tổng	**129,9 ± 20,6 (54-193)**	**200**	**50**

Bảng 1 cho thấy điểm trung bình các lĩnh vực đều đạt trên 50% so với điểm tối đa. Điểm tổng của DREEM đạt 129,9 điểm, với ý nghĩa có nhiều mặt ưu điểm hơn so với hạn chế; cao hơn nghiên cứu tại Ghana (2016) với 234 SV, điểm tổng đạt 115,57 [5], cũng cao hơn so với nghiên cứu tại Iran (2015) với 493 SV, điểm số là 113,5 [1]. Có lẽ do nghiên cứu tại Iran lấy tất cả SV ngành y, còn nghiên cứu của chúng tôi tập trung SV đại học (trình độ nhận thức tốt hơn), thậm chí nhỉnh hơn một chút so với điểm tổng 122,9 qua 205 SV răng hàm mặt qua nghiên cứu tại Đức (2011) [6], điều này cho thấy mặc dù điều kiện học tập tại quốc gia châu Âu khác biệt hoàn toàn so với tại châu Á như Việt Nam, hay tại châu Phi như Ghana, nhưng các SV y đa khoa đã khá "công tâm" khi trả lời phiếu, phản ánh sự cảm thông, chia sẻ của SV nhà trường với khó khăn chung của Việt Nam. Còn nghiên cứu tại Hy Lạp (2012), số điểm tổng được quy đạt 56% (=112 điểm) [3], cũng tương tự các nghiên cứu ở châu Á, châu Phi khác.

Bảng 2. So sánh mức độ nhận thức với một số biến độc lập (T test)

Các biến so sánh		Học tập (±SD)	Giảng viên (±SD)	Học thuật (±SD)	Môi trường (±SD)	Xã hội (±SD)	Điểm tổng (±SD)
Giới	Nữ (n=128)	**30,3 (4,7)**	**29,4 (5,7)**	19,6 (4,3)	**29,9 (5,6)**	18,1 (3,4)	**127,3 (19,4)**
	Nam (n=93)	**31,9* (5,5)**	**31,3* (6,5)**	20,2 (4,5)	**31,9* (5,8)**	18,1 (3,7)	**133,5* (21,6)**
Dân tộc	Kinh (n=135)	30,8 (5,0)	**29,4 (6,2)**	20,2 (4,4)	30,4 (5,6)	18,2 (3,4)	128,9 (20,1)
	Thiểu số (n=86)	31,3 (5,2)	**31,5* (5,8)**	19,4 (4,5)	31,4 (5,9)	17,9 (3,8)	131,5 (21,2)
Loại hình đào tạo	Ngân sách nhà nước (n=164)	31,1 (5,2)	**29,7 (6,2)**	20,2 (4,5)	30,9 (5,9)	18,3 (3,7)	130,1 (21,3)
	Loại khác (n=57)	30,8 (4,7)	**31,9* (5,5)**	18,9 (4,1)	30,3 (5,3)	17,5 (3,2)	129,5 (18,4)
Loại tuyển sinh	Thi/xét tuyển (n=149)	31,1 (5,3)	**29,6 (6,3)**	**20,4* (4,6)**	30,9 (6,1)	18,2 (3,8)	130,3 (22,1)
	Loại khác (n=72)	30,8 (4,5)	**31,5* (5,4)**	**18,8 (3,8)**	30,4 (4,9)	17,7 (3,1)	129,2 (17,1)

Ghi chú: "" sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p < 0,05 (T test).*

Bảng 2 cho thấy các SV nam có điểm nhận thức tốt hơn so với SV nữ phản ánh sự "thiếu kỹ lưỡng" trong nhận định các quan điểm của nam giới nói chung. Các khía cạnh khác về dân tộc, loại hình đào tạo, hình thức tuyển sinh nhìn chung đều không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa (không kể một số nhân tố đơn lẻ).

Khi phân tích ANOVA, chúng tôi nhận thấy các SV năm đầu (năm 1, năm 2, năm 3) có điểm số trung bình các nhân tố cũng như điểm tổng cao hơn có ý nghĩa so với các SV năm cuối (năm 4, năm 5) (Bảng 3). Điều này phải chăng do SV những năm đầu đang rất hào hứng với môi trường đại học (chủ yếu học tại trường) không phải thực tập trong môi trường bệnh viện thực hành (dành cho SV năm cuối) vốn còn nhiều khó khăn của nhà trường.

Bảng 3. So sánh điểm nhận thức với một số biến độc lập (ANOVA test)

Biến so sánh		Học tập (±SD)	Giảng viên (±SD)	Học thuật (±SD)	Môi trường (±SD)	Xã hội (±SD)	Điểm tổng (±SD)
SV năm	1 (n=22)	33,3 (6,8)	***34,3 (6,4)***	21,4 (4,9)	***34,5 (6,7)***	***19,9 (4,7)***	***143,4 (26,9)***
	2 (n=89)	***29,9 (4,3)***	***27,6 (5,1)***	19,6 (4,4)	***29,1 (4,8)***	***17,8 (3,4)***	***124,0 (17,6)***
	3 (n=38)	***34,4 (5,7)***	34,3 (5,9)	***21,5 (5,5)***	34,3 (6,6)	18,7 (3,9)	143,2 (23,9)
	4 (n=35)	29,5	***30,2***	19,5	30,1	17,7	127,1

		(4,1)	***(5,9)***	(3,4)	(4,9)	(3,2)	(15,5)
	5 (n=37)	30,1 (3,6)	***30,0 (5,1)***	***18,2 (3,1)***	***29,5 (4,4)***	***17,3 (2,7)***	***125,1 (12,9)***
Chỗ ở hiện tại	Ký túc xá (n=9)	29,1 (3,4)	28,1 (2,5)	18,3 (1,8)	29,8 (2,9)	16,7 (3,6)	122,0 (9,6)
	Thuê trọ (n=185)	31,2 (4,9)	30,4 (6,2)	20,2 (4,4)	30,9 (5,8)	18,2 (3,5)	130,8 (20,2)
	Gia đình (n=19)	30,8 (6,7)	31,1 (6,6)	18,4 (4,8)	30,9 (5,8)	17,9 (3,9)	129,2 (25,5)
	Người thân (n=8)	29,1 (6,4)	27,4 (5,9)	17,5 (5,5)	27,5 (5,4)	17,9 (4,4)	119,4 (23,2)

** Chữ đậm nghiêng, có ý nghĩa thống kê.*

Về điểm tổng: có sự khác biệt có ý nghĩa giữa SV năm 1 so với SV các năm 2, năm 5; SV năm 2 so với SV năm 3; SV năm 3 so với SV các năm 4, năm 5.

**Về chỗ ở của SV không thấy sự khác biệt có ý nghĩa.*

Chúng tôi tiến hành phân tích nhân tố khám phá EFA từng lĩnh vực trong 50 câu hỏi của bộ DREEM theo phương pháp principal components với hệ số eigenvalues ≥ 1; 25 lần xoay tối đa; ma trận xoay theo varimax và hệ số tải nhân tố > 0,5. Kết quả với 5 nhân tố gốc đều có hệ số KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) thỏa mãn điều kiện 0,5<KMO<1, như vậy phân tích khám phá là thích hợp cho dữ liệu thực tế. Đồng thời ta thấy kiểm định Bartlett có mức ý nghĩa với p < 0,0001. Mô hình cuối cùng được thể hiện với các nhân tố mới thích hợp và hệ số Cronbach's alpha đều >0,6. Cuối cùng chúng tôi thu nhận có 34 câu hỏi phù hợp với khảo sát SV nhà trường so với 50 câu bộ gốc. Kết quả ma trận xoay và phân tích độ tin cậy của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu tại Tây Ban Nha (2014) khi họ cũng loại các câu hỏi thuộc thành tố này [8], điều đó cho thấy cần có sự thống nhất chung của các trường y trên thế giới về mô hình DREEM này nếu muốn so sánh [4].

Tại Bảng 4 sau nhiều lần xoay ma trận và tính hệ số tin cậy, chúng tôi loại bỏ lần lượt các câu hỏi của từng nhân tố không thích hợp với đối tượng nghiên cứu. Với nhân tố nhận thức về học tập còn 5/12 câu hỏi gốc, với hệ số tin cậy 0,944, tổng trị số phương sai trích (cumulative) là 64,7% điều này có nghĩa là 64,7% thay đổi của các nhân tố được giải thích bởi các biến quan sát. Với kết quả điểm số, chúng tôi thấy câu Q48 (*Trong các giờ giảng, GV luôn làm trung tâm, SV ít có cơ hội có ý kiến, thảo luận),* câu Q25 (*Các giờ giảng xa rời nội dung bài học, nhấn mạnh quá nhiều các vấn đề thực tiễn*) là hai trong 5 câu khảo sát có điểm số kém nhất. Như vậy, có thể thấy các SV y đa khoa đã đánh giá cao nhận thức học tập, các câu hỏi "ngược" đã được các em nhìn nhận đúng.

Với cách tương tự, về nhân tố nhận thức GV cả 11 so với câu gốc đều phù hợp được chia thành 2 nhân tố mới, hệ số tin cậy ở mỗi nhân tố mới này đều > 0,8, trị số phương sai trích đạt 57,4%. Rất đáng chú ý có 4/5 câu hỏi có điểm tốt nhất. Đó là các câu Q2 (*Các GV là những người có kiến thức tốt*), câu Q6 (*Các GV biết cách tiếp cận bệnh nhân làm trung tâm để hướng dẫn/khám bệnh*), câu Q18 (*Các GV có kỹ năng giao tiếp tốt với SV, người bệnh*) và câu Q32 (*Các GV có những góp ý mang tính xây dựng cho SV tiến bộ*). Đây là những dấu hiệu rất khả quan khi đội ngũ GV của trường có tỷ lệ lớn giảng dạy cho ngành y đa khoa, thực sự mỗi GV giảng dạy đối tượng này đã đáp ứng kỳ vọng của học trò, xứng đáng "*mỗi thầy cô giáo là tấm gương đạo đức, tự học và sáng tạo*". Tuy nhiên có câu hỏi ngược Q8 (*Các giảng viên thường phê phán, ít động viên khích lệ sinh viên*) có điểm số thấp cũng phù hợp với nhận định đã nêu trên.

Với quan điểm nhận thức về học thuật, có 6/8 câu hỏi thích hợp so với bộ gốc và được chia thành hai nhân tố nhỏ. Trong đó có câu Q27 (*Tôi có thể nhớ tất cả những gì tôi cần*) có điểm số thấp, đòi hỏi cán bộ giảng viên, các tổ chức chính trị xã hội (Đoàn Thanh niên, Hội Sinh viên) đẩy mạnh các hoạt động bổ sung các kỹ năng cần thiết cho SV.

Có 7/12 câu hỏi được giữ lại trong cùng một nhân tố để phân tích về nhận thức môi trường/bầu không khí của nhà trường. Kết quả với hệ số tin cậy = 0,789; tổng phương sai trích đạt 61,3% cho thấy khía cạnh này cũng thích hợp để tiến hành khảo sát. Trong các câu hỏi nhân tố này có câu Q23 (*Có bầu không khí thoải mái, cởi mở trong các giờ học*) là 1 trong 5 câu điểm số kém nhất, điều này cho thấy nhà trường cần quan tâm hơn tới cơ sở vật chất cũng như sự thân thiện của cán bộ để SV yên tâm học tập, rèn luyện trong nhà trường.

Bảng 4. Phân tích EFA bộ DREEM, điểm trung bình và điểm tổng của từng nhân tố thực tế

Nhân tố	Nhân	Nhân	Cronbach'	Phương	Điểm	Tổng điểm

		tố 1	tố 2	Alpha	sai trích %	(±SD)	từng nhân tố (±SD)
Nhận thức học tập	Q7	0,776		0,640	64,7	2,5 ± 0,7	12,3 ± 2,4
	Q13	0,735				2,7 ± 0,7	
	Q20	0,650				2,7 ± 0,8	
	Q48		0,814	0,637		***2,2 ± 1,1***	
	Q25		0,743			***2,2 ± 0,9***	
Nhận thức giảng viên	**Q2**	0,736		0,819	57,4	**3,1 ± 0,8**	29,9 ± 6,5
	Q37	0,709				2,7 ± 0,8	
	Q32	0,708				**2,9 ± 0,6**	
	Q6	0,688				**3,1 ± 0,7**	
	Q29	0,663				2,7 ± 0,8	
	Q18	0,628				**2,9 ± 0,7**	
	Q40	0,596				2,7 ± 0,8	
	Q8		0,855	0,868		***2,2 ± 1,1***	
	Q9		0,834			2,5 ± 1,1	
	Q39		0,818			2,5 ± 1,0	
	Q50		0,793			2,4 ± 1,1	
Nhận thức học thuật	Q5	0,818		0,739	60,4	2,4 ± 0,8	17,7 ± 3,9
	Q26	0,756				2,4 ± 0,8	
	Q27	0,730				***2,2 ± 0,9***	
	Q10	0,515				2,6 ± 0,7	
	Q45		0,854	0,707		2,7 ± 0,8	
	Q31		0,753			2,6 ± 0,8	
	Q41		0,644			2,6 ± 0,8	
Nhận thức môi trường	Q33	0,838		0,797	63,7	2,8 ± 0,8	18,1 ± 3,8
	Q23	0,765				***2,4 ± 0,8***	
	Q34	0,746				2,8 ± 0,8	
	Q30	0,729				2,6 ± 0,8	
	Q42		0,850	0,704		2,5 ± 0,7	
	Q36		0,804			2,6 ± 0,8	
	Q43		0,645			2,5 ± 0,8	
Nhận thức xã hội	Q28	0,838		0,789	61,3	2,5 ± 0,9	11,1 ± 2,7
	Q19	0,810				2,7 ± 0,8	
	Q46	0,754				2,8 ± 0,9	
	Q15	0,724				**2,9 ± 0,7**	

Cuối cùng là tự nhận thức xã hội của SV, với 4/7 câu phù hợp để khảo sát, các câu hỏi lược bỏ đều là các câu có ý nghĩa phủ định/tiêu cực. Rất tốt khi điểm số khảo sát câu Q15 *(Tôi có những người bạn tốt trong khóa học)* là 1/5 câu có điểm số cao nhất.

Qua nghiên cứu, phân tích, chúng tôi thấy bộ câu hỏi DREEM phù hợp để khảo sát nhận thức môi trường giáo dục của SV ngành y đa khoa, với 34/50 câu gốc sau khi đã loại bỏ một số câu (chủ yếu là các câu hỏi ngược). Điều rất trùng hợp ở nghiên cứu này so với tác giả Morge (2016) công bố năm 2016 khi các câu loại bỏ sau phân tích hệ số tin cậy [5] và cũng tại nghiên cứu Ghana, sau khi phân tích nhân tố, các tác giả cũng thu gọn lại còn 4 thành tố mới và 40 câu hỏi [5].

Cỡ mẫu 221 chưa đủ để phân tích nhân tố cho công cụ DREEM. Chúng tôi đang tiếp tục khảo sát với các SV chuyên ngành khác trong trường, với cỡ mẫu chọn ngẫu nhiên và đủ lớn (khoảng gần 1000 SV), sẽ được công bố trong các bài báo tiếp theo, lúc đó mới có thể đại diện cho nhận thức của SV về môi trường giáo dục nhà trường.

V. KẾT LUẬN

Kết quả từ nghiên cứu cho thấy môi trường giáo dục của nhà trường có nhiều ưu điểm hơn nhược điểm (đạt 129,9/200 điểm).

Trong các sinh viên Dược Thái Nguyên, kết quả tổng thể đã phản ánh khá trung thực môi trường giáo dục nhà trường. Có 34/50 câu hỏi phù hợp để khảo sát qua phân tích nhân tố EFA và chạy hệ số tin cậy của bộ câu hỏi sau hiệu chỉnh.

KIẾN NGHỊ: Các trường y Việt Nam quan tâm tới chủ đề này để có bộ DREEM tiếng Việt phù hợp nhất trong tương lai gần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bakhshialiabad H, Bakhshi M, and Hassanshahi G (2015),** "Students' perceptions of the academic learning environment in seven medical sciences courses based on DREEM", *Adv Med Educ Pract,* 6, pp. 195-203.
2. **Hoat L.N, Son N.M, and Wright E.P (2008),** "Perceptions of graduating students from eight medical schools in Vietnam on acquisition of key skills identified by teachers", *BMC Med Educ,* 8, pp. 5.
3. **Kossioni A.E, Varela R, Ekonomu I, et al. (2012),** "Students' perceptions of the educational environment in a Greek Dental School, as measured by DREEM", *Eur J Dent Educ,* 16 (1), pp. e73-78.
4. **Miles S, Swift L, and Leinster SJ (2012),** "The Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM): a review of its adoption and use", *Med Teach,* 34 (9), pp. e620-34.
5. **Mogre V, Amalba A (2016),** "Psychometric properties of the dundee ready educational environment measure in a sample of Ghanaian Medical Students", *Educ Health (Abingdon),* 29 (1), pp. 16-24.
6. **Ostapczuk M.S, Hugger A, de Bruin J, et al. (2012),** "DREEM on, dentists! Students' perceptions of the educational environment in a German dental school as measured by the Dundee Ready Education Environment Measure", *Eur J Dent Educ,* 16 (2), pp. 67-77.
7. **Roff S (2005**), "The Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM)-a generic instrument for measuring students' perceptions of undergraduate health professions curricula", *Med Teach,* 27 (4), pp. 322-325.

TÁC ĐỘNG CỦA ĐẶT SONDE NIỆU QUẢN ĐẾN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT SỎI ĐƯỜNG TIẾT NIỆU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NÔNG NGHIỆP NĂM 2016

Nguyễn Thế Thi*, Hà Hữu Tùng*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả, cắt ngang được tiến hành trên 41 bệnh nhân sau phẫu thuật sỏi đường tiết niệu và có đặt sonde niệu quản. Kết quả nghiêu cứu cho thấy 63,4% bệnh nhân (BN) đi tiểu cách nhau giữa hai lần từ 3 tiếng (h) trở lên; BN không có triệu chứng tiểu buốt, tiểu rắt khi mang sonde niệu quản là 53,6%; 80,5% BN có đau, điểm đau trung bình là 2,64; Đa số BN khi đặt sonde niệu quản không bị ảnh hưởng đến giấc ngủ, sinh hoạt hàng ngày, làm việc, quan hệ tình dục. Có 65,9% hài lòng hoặc rất hạnh phúc, hạnh phúc trong thời gian mang sonde niệu quản.

SUMMARY

IMPACT OF URETERAL STENTS ON THE QUALITY OF LIFE OF SURGERY PATIENTS WITH URINARY TRACT STONES AT THE GENERAL HOSPITAL OF AGRICULTURE 2016

A descriptive, cross-sectional study was conducted on 41 surgery patients with urinary tract stones. The results of the study showed that 63.4% of patients had urinary incontinence between 3 or more hours; Patients with no urinary discomfort symptoms when carrying ureteral stents were 53.6%; 80.5% of patients had pain; the average pain score was 2.64; Most patients who carrying ureteral stents are not affected by sleep, daily activities, work, or sex. There were 65.9% satisfied or very happy and happy during ureteral stents

Key words: quality of life, urinary tract stones

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là bệnh phổ biến, đứng hàng đầu trong các bệnh của tiết niệu. Việt Nam là một nước nằm trong bản đồ sỏi, có tỷ lệ mắc cao. Theo thống kê tại Bệnh viện Việt Đức thì tỷ lệ mắc sỏi tiết niệu chiếm 30-40% tổng số các bệnh nhân đến khám tiết niệu. Tỷ lệ phải can thiệp phẫu thuật chiếm tới 50-60% tổng số phẫu thuật tiết niệu [1]. Can thiệp vào thận - niệu quản đều có thể dẫn đến nguy cơ viêm chít hẹp niệu quản hoặc sỏi từ trên thận rơi xuống niệu quản gây tắc đường xuống qua nước tiểu. Do đó, thông thường sau mỗi phẫu thuật các phẫu thuật viên cố gắng đặt sonde niệu quản với mục đích dẫn lưu dòng nước tiểu từ thận qua niệu quản xuống bàng quang sau mổ được thuận lợi, chánh tắc nghẽn thứ phát sau mổ, tạo điều kiện cho thận phục hồi chức năng. Phần lớn nguyên nhân của nhóm bệnh nhân (BN) không cảm thấy hài lòng khi mang sonde niệu quản là do đau, đái buốt, đái rắt, suy giảm các hoạt động sinh hoạt hàng ngày... Hiện nay có hai xu hướng trong đặt stent niệu quản là đặt sonde plastic hoặc sonde JJ, với mỗi loại sonde đều có ưu nhược điểm riêng.

Tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp (BVĐKNN), chúng tôi hiện đang áp dụng cả hai loại hình dẫn lưu này, tùy thuộc vào loại phẫu thuật, tổn thương ở thận niệu quản, khả năng tài chính của bệnh nhân ... Hiện nay, chưa có nghiên cứu nào đánh giá vai trò, của các loại dẫn lưu này lên chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau mổ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *"Mô tả tác động của sonde niệu quản đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân phẫu thuật sỏi đường tiết niệu tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp năm 2016"*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân sỏi đường tiết niệu trên (sỏi thận, sỏi niệu quản được phẫu thuật lấy sỏi và có đặt sonde niệu quản sau phẫu thuật tại khoa Ngoại tổng hợp, BVĐKNN năm 2016

- Tiêu chuẩn nựa chọn:

+ BN được chẩn đoán xác định có sỏi đường tiết niệu trên (sỏi thận, sỏi niệu quản) và có chỉ định can thiệp ngoại khoa trong năm 2016

+ BN có chức năng bài xuất của thận bên có sỏi trong giới hạn bình thường

+ BN tỉnh táo và đủ khả năng trả lời các câu hỏi phỏng vấn

+ BN đồng ý tham gia vào nghiên cứu

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ BN có các bệnh lý kèm theo về nội khoa nạng lề: bệnh tim mạch, hô hấp cần được điều trị, rối loạn nhịp tim, đang dùng thuốc chống đông...

+ BN không đủ khả năng giao tiếp hay trả lời các câu hỏi

+ BN từ chối tham gia nghiên cứu

**Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Thi
Email: nguyenthethih@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 29.7.2017
Ngày phản biện khoa học: 28.9.2017
Ngày duyệt bài: 5.10.2017

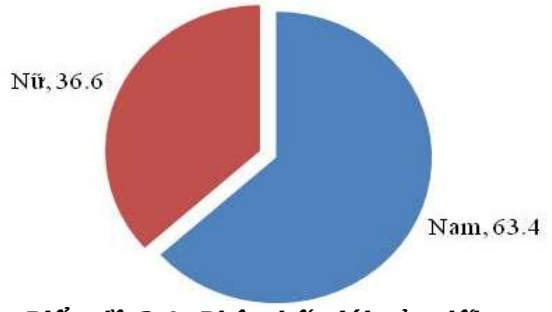
2.2. Cơ mẫu nghiên cứu: Tất cả BN thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, mô tả

2.4. Xử lý số liệu: Các số liệu thu được xử lý theo phương pháp thống kê y học và phần mềm xử lý SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của BN nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Phân bố giới của đối tượng nghiên cứu (n = 41)

Nhận xét: có 26 bệnh nhân nam (chiếm tỷ lệ 63,4%) và 15 bệnh nhân nữ (chiếm tỷ lệ 36,6%), Tỷ lệ nam/nữ là 1,73/1

Bảng 3.1. Phân bố tuổi

Nhóm tuổi	n	%	· + sd
< 40 tuổi	8	19,5	50,34±2,71
40 – 60 tuổi	27	65,9	
> 60 tuổi	6	14,6	
Tổng	**41**	**100**	

Bảng 3.2. phân bố theo nghề nghiệp

Địa dư	n	%
Công nhân	6	14,6
Nông dân	28	68,3
Khác	7	17,1
Tổng	**41**	**100**

Nhận xét: Nhóm tuổi 40 – 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 65,9%. Tuổi thấp nhất là 27 tuổi và cao nhất là 91 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 50,34 ± 12,71. Nhóm bệnh nhân làm các công việc liên quan tới nông nghiệp, chiếm tỷ lệ cao nhất 68,3% với 28 BN, nhóm công nhân chiếm tỷ lệ 14,6% với 6 trường hợp

Bảng 3.3. tiền sử sỏi đường tiết niệu

Tiền sử	n	%
Sỏi tiết niệu	13	31,7
Bệnh khác	3	14,6
Không có bệnh gì trước đó	22	53,7
Tổng	**41**	**100**

Nhận xét: Tiền sử sỏi tiết niệu có 13 BN (chiếm tỷ lệ 31,7%), nhóm bệnh nhân có tiền sử bệnh lý khác có 6 BN (chiếm tỷ lệ 14,6%), Chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm BN không phát hiện bệnh gì trước đó là 53,7% với 22 BN

3.2. Tác động đến chất lượng cuộc sống của BN đặt sonde niệu quản

Bảng 3.4. Tần suất đi tiểu ban ngày

Tần suất	n	%
4h/1 lần	15	36,6
3h/1 lần	11	26,8
2h/1 lần	10	24,4
1h/1 lần	3	7,3
< 1h/1 lần	2	4,9
Tổng	**41**	**100**

Nhận xét: bệnh nhân đi tiểu cách nhau từ 3h trở lên có 26 BN (chiếm tỷ lệ 63,4%). Có 2 BN đi tiểu cách dưới 1 tiếng (chiếm tỷ lệ 4,9%)

Bảng 3.5. Tình trạng đau

Tình trạng đau	n	%	Mức độ đau (điểm đau trung bình)
Có	33	80,5	2,64 ± 1,32
	8	19,5	
	41	**100**	

Nhận xét: Bệnh nhân có đau khi đặt sonde niệu quản là 33 BN (chiếm tỷ lệ 80,5%), không có tình trạng đau có 08 BN (chiếm tỷ lệ 19,5%). Điểm đau trung bình là 2,64 ± 1,32 điểm.

Bảng 3.6. Tình trạng tiểu buốt, tiểu rắt

Tần suất	n	%
Không bao giờ	22	53,6
Hiếm khi	10	24,4
Thỉnh thoảng	7	17,1
Thường xuyên	2	4,9
Luôn luôn	0	0
Tổng	**41**	**100**

Nhận xét: BN không có tiểu buốt, tiểu rắt chiếm 53,6%, tỷ lệ BN hiếm khi có tiểu buốt, tiểu rắt chiếm 24,4% và thỉnh thoảng có chiếm tỷ lệ 17,1%

Bảng 3.7. Ảnh hưởng của sonde niệu quản đến sinh hoạt hàng ngày

Sinh hoạthàng ngày / Tần suất	Ảnh hưởng đến giấc ngủ		Ảnh hưởng của đến sinh hoạt hàng ngày		Cần sự trợ giúp của người khác trong sinh hoạt hàng ngày	
	n	%	n	%	n	%
Không bao giờ	28	68,3	37	90,3	39	95,1
Hiếm khi	9	21,9	3	7,3	2	4,9
Thỉnh thoảng	2	4,9	1	2,4	0	0
Thường xuyên	2	4,9	0	0	0	0
Luôn luôn	0	0	0	0	0	0

Tổng	**41**	**100**	**41**	**100**	**41**	**100**

Nhận xét: BN không bị ảnh hưởng đến giấc ngủ bởi sonde niệu quản chiếm tỷ lệ lớn nhất 68,3% với 28 BN. Có 09 BN hiếm khi bị ảnh hưởng đến giấc ngủ và có 02 BN thường xuyên bị ảnh hưởng đến giấc ngủ. Không bao giờ ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày có 37 BN (chiếm tỷ lệ 90,3%), hiếm khi ảnh hưởng có 3 BN (chiếm tỷ lệ 7,3%), Có 1 BN thỉnh thoảng thấy ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày (chiếm tỷ lệ 2,4%). Có 95 BN không bao giờ cần sự trợ giúp của người khác trong sinh hoạt hàng ngày (chiếm tỷ lệ 95,1%), có 02 BN hiếm khi cần sự trợ giúp của người khác (chiếm tỷ lệ 4,9%)

Bảng 3.8. Mức độ ảnh hưởng của sonde niệu quản đến khả năng làm việc

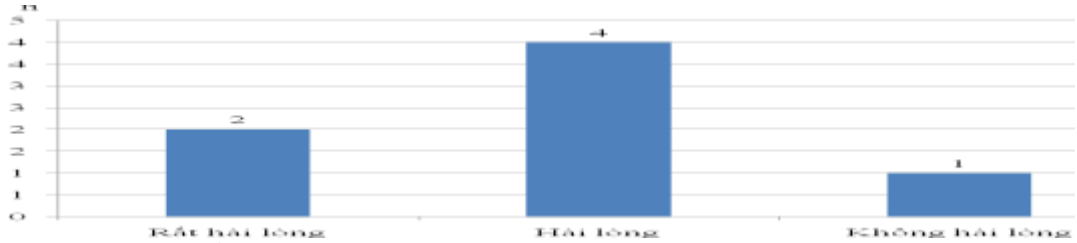
Khả năng làm việc / Tần suất	Cần nghỉ ngơi trong khi làm việc sau đặt sonde niệu quản		Giảm mức độ công việc sau đặt sonde niệu quản	
	n	**%**	**n**	**%**
Không bao giờ	34	82,9	39	95,1
Hiếm khi	5	12,2	2	4,9
Thỉnh thoảng	2	4,9	0	0
Thường xuyên	0	0	0	0
Luôn luôn	0	0	0	0
Tổng	**41**	**100**	**41**	**100**

Nhận xét: Có 34 BN (chiếm tỷ lệ 82,9%) BN không cần nghỉ ngơi trong khi đang làm việc vừa phải hàng ngày sau đặt sonde, có 5 BN hiếm khi nghỉ ngơi (chiếm tỷ lệ 12,2%) và có 2 BN thỉnh thoảng nghỉ ngơi (chiếm tỷ lệ 4,9%). Có 39 BN không cần giảm mức độ công việc sau đặt sonde (chiếm tỷ lệ 95,1%), có 02 BN hiếm khi cần phải giảm mức độ công việc xuống (chiếm tỷ lệ 4,9%)

Bảng 3.9. Tình trạng quan hệ tình dục (QHTD) sau đặt sonde niệu quản

Tần suất	n	%
Không QHTD trước khi đặt sonde	15	36,6
Lo ngại lên không dám QHTD	11	26,8
Không QHTD do đau sau đặt sonde	5	12,2
Không QHTD sau đặt sonde vì những lý do khác	3	7,3
Có QHTD trong thời gian mang sonde	7	17,1
Tổng	**41**	**100**

Nhận xét: Có 07 BN vẫn QHTD bình thường trong thời gian mang sonde niệu quản (chiếm tỷ lệ 17,1%). Có 15BN không QHTD từ trước khi đặt sonde (chiếm tỷ lệ 36,6%). Có 11 BN không QHTD sau đặt sonde do lo ngại ảnh hưởng hoặc do đau.



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ hài lòng với đời sống tình dục (n = 7)

Nhận xét: Trong 07 BN có QHTD bình thường trong thời gian mang sonde niệu quản có 6/7 BN (chiếm tỷ lệ 85,7%) hài lòng hoặc rất hài lòng. Có 1/7 BN không hài lòng (chiếm tỷ lệ 14,3%)

Bảng 3.10. Mức độ hài lòng chung khi mang sonde niệu quản

Mức độ	n	%
Rất hạnh phúc	3	7,3
Hạnh phúc	3	7,3
Hài lòng	21	51,3
Không hài lòng	10	24,4
Không hạnh phúc	3	7,3
Rất khổ	1	2,4
Tổng	**41**	**100**

Nhận xét: Phần lớn BN cảm thấy hài lòng sau đặt sonde niệu quản (51,3%) do cải thiện được các triệu chứng so với trước mổ. Có 31,7% không hài lòng do các triệu chứng đau hoặc kích thích đường tiểu dưới. Có 14,6% BN thấy rất hài lòng sau đặt sonde niệu quản. Có 2,4% BN cảm thấy rất không hài lòng khi dặt sonde.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của BN đặt sonde niệu quản

Phân bố giới: Nghiên cứu của chúng tôi có 26 BN nam (63,4%) và 15 BN nữ (36,6%), tỷ lệ nam/nữ là 1,73/1. Nghiên cứu này của chúng tôi có kết quả tương tự nghiên cứu của Leibovici và cộng sự (2005) với tỷ lệ nam/nữ là 1,41/1 [2]. Nguyên nhân tỷ lệ nam cao hơn nữ có thể do niệu đạo của nữ ngắn nên một số trường hợp có sỏi niệu quản có thể tự xuống bàng quang và đào thải ra ngoài nên BN không đến bệnh viện.

Phân bố tuổi: Độ tuổi trung bình nghiên cứu của chủng tôi 50,34 ± 12,71 (tuổi). BN trẻ tuổi nhất là 27 tuổi và cao cao tuổi nhất là 81 tuổi. Nhóm tuổi 40 đến 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 65,9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với một số nghiên cứu khác. Theo Vega và cộng sự (2007), độ tuổi trung bình là 54 tuổi [3]. Như vậy, nhóm tuổi hay gặp nhất ở độ tuổi trung niên 40-60 tuổi.

Phân bố nghề nghiệp và địa dư: Nhóm bệnh nhân làm các công việc liên quan tới nông nghiệp chiếm tỷ lệ cao nhất 68,3%, nhóm công nhân chiếm tỷ lệ 14,6%. Kết quả, phù hợp với khu vực địa lý của Bệnh viện nằm ở ngoại thành Hà Nội

Tiền sử sỏi đường tiết niệu: Tỷ lệ BN có tiền sử sỏi đường tiết niệu là 31,7%, có tới 53,7% không có tiền sử gì trước đó. Điều này, chứng tỏ sỏi tiết niệu tiến triển khá âm thầm với các triệu trứng không dữ dội khiến BN không đi khám bệnh, đặc biệt là những trường hợp sỏi thận. Chỉ đến khi có biến chứng nặng như sỏi rơi xuống niệu quản gây cơn đau quặn thận, suy thận cấp do sỏi, dái máu đại thể... thì BN mới đi khám bệnh.

4.2. Tác động đến chất lượng cuộc sống của BN đặt sonde niệu quản

Tần suất đi tiểu ban ngày: BN đi tiểu cách nhau nhiều hơn 3 h/1 lần vào ban ngày (chiếm tỷ lệ 63,4%). Đi tiểu mỗi 2h/ 1 lần chiếm 24,4%, 1h/1 làn chiếm 7,3%. Theo nghiên cứu của Trần Lê Linh Phương và cộng sự (2006), có 49% BN đi tiểu cách nhiều hơn 3h/lần, có 44% BN đi tiểu cách nhau 2h/ 1 lần [4]. Nghiên cứu của chúng tôi và Trần Lê Linh Phương đều cho thấy có tình trạng tiểu kích thích làm tăng số lần đi tiểu trong nhóm BN nghiên cứu. Tuy nhiên mức độ tiểu kích thích không nặng nề, đa phần BN chấp nhận được.

Tình trạng đau: Các cơn đau cơ thể cũng là yếu tố gây phiền toái cho những BN mang sonde niệu quản. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ cao BN có đau dặt sonde niệu quản (80,5%). Tuy nhiên, đa phần BN có đau ở mức độ nhẹ và rất nhẹ với điểm đau trung bình theo thang điểm VAS là 2,64 ± 1,32 điểm. Kết quả nghiên cứu tương tự nghiên cứu của Joshi và CS (2002) cho thấy tỷ lệ có đau chiếm 80% [5].

Tình trạng tiểu buốt, tiểu rắt: Kết quả cho thấy số trường họp không bao giờ hoặc hiếm khi có cảm giác tiểu buốt, tiểu rắt chiếm tỷ lệ cao 78%, có 17,1% BN thỉnh thoảng bị tiểu buốt, tiểu rắt, còn thường xuyên bị chỉ có 4,9% BN. Tương tự với nghiên cứu của Trần Lê Linh Phương (2006), có 73% không bao giờ hoặc hiếm khi bị triệu chứng tiểu buốt, tiểu rắt, còn thỉnh thoảng có 13% [4]. Qua đó, cho thấy mức độ khó chịu trong khi đi tiểu của BN là không thường xuyên gặp và ở mức độ nhẹ

Ảnh hưởng đến giấc ngủ: Có 68,3% BN không bị ảnh hưởng đến giấc ngủ do tác động của sonde niệu quản, có 31,7% ảnh hưởng đến giấc ngủ ở các mức độ. Tương tự nghiên cứu Trần Lê Linh Phương và CS (2006), có 71,5% trường hợp không bị ảnh hưởng đến giấc ngủ, có 28.5% BN ảnh hưởng đến giấc ngủ ở các mức độ [4].

Ảnh hưởng của sonde niệu quản đến sinh hoạt hàng ngày: Có 90,3% BN không bị ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày và 9,7% trường hợp hiếm khi hoặc chỉ thỉnh thoảng mới bị ảnh hưởng. Vậy sonde niệu quản có ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày của BN nhưng không thường xuyên, mức độ không nghiêm trọng và đa phần BN thích nghi được mà không cần cần thêm sự trợ giúp từ người khác.

Ảnh hưởng của sonde niệu quản lên khả năng làm việc: Có 82,9% BN không cần nghỉ ngơi và 17,1% cần nghỉ ngơi do ảnh hưởng của sonde niệu quản khi làm các công việc thường ngày, có 2 BN (chiếm tỷ lệ 4,9%) không thể tiếp tục ở mức độ làm việc như cũ mà cần giảm mức độ. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Joshi và CS (2001), tỷ lệ bị ảnh hưởng của sonde niệu quản đến công việc khiến phải giảm cường độ làm việc là 40% [6]. Sự khác biệt này có thể được giải thích là do trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn BN làm nghề liên quan đến nông nghiệp, sức chịu đựng tốt nên mức độ ảnh hưởng đến công việc hàng ngày là không lớn.

Tình trạng QHTD trong thời gian mang sonde niệu quản: Có 7 BN (chiếm tỷ lệ 17,1%) có QHTD bình thường sau đặt sonde niệu quản. Có 36,6% BN tiếp tục QHTD trong thời gian mang sonde như trước khi đặt sonde. Có 46,3% BN không QHTD trong thời gian mang sode vì nhiều lý do. Trong số này, có 39% BN không QHTD do lo ngại hoặc sonde gây đau nên không dám quan hệ. Kết quả tương tự với nghiên cứu

của Sighinolfi và CS (2007), tỷ lệ BN không có QHTD trong thời gian mang sonde vì các lý do liên quan đến sonde là 57,4% [7]. Còn theo Trần Lê Linh Phương (2006) là 57,8% không tiếp tục QHTD trong thời gian mang sonde và có 45/128 BN (35,2%) BN vẫn tiếp tục QHTD bình thường trong thời gian mang sonde niệu quản. Trong đó 45/128 BN vẫn QHTD bình thường, có 91,1% BN hài lòng hoặc rất hài lòng với đời sống tình dục của mình [4], tương tự với nghiên cứu của chúng tôi với 7 BN vẫn QHTD bình thường có 5/7 BN (85,7%) thấy hài lòng hoặc rất hài lòng khi QHTD. Như vậy, tỷ lệ có QHTD trong thời gian mang sonde không cao có thể do tâm lý lo ngại bị ảnh hưởng đến bệnh chính hoặc do đau, còn những BN vẫn có QHTD thì đa số cảm thấy hài lòng trở lên

Mức độ hài lòng chung khi mang sonde niệu quản: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn BN hài lòng hoặc cảm thấy hạnh phúc, rất hạnh phúc trong thời giang mang sonde với tỷ lệ 65,9%, có 24,4% không hài lòng và có 1 BN (2,4%) thấy rất khổ khi mang sonde. Tương tự với nghiên cứu của Trần Lê Linh Phương và CS (2006), có 78,1% BN cảm thấy hài lòng, hạnh phúc và rất hạnh phúc trong thời gian mang sonde, có 21,1% BN không hài lòng và 1/128 BN (0,8%) cảm thấy rất khổ.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nam: nữ của đối tượng tham gia nghiên cứu là 1,73:1

Nhóm tuổi 40-60 tham gia nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao nhất là 65,9%, tuổi trung bình là 50,3

63,4% BN đi tiểu cách nhau giữa hai lần từ 3h trở lên. BN không có triệu chứng tiểu buốt, tiểu rắt khi mang sonde niệu quản là 53,6%.

80,5% BN có đau, điểm đau trung bình là 2,64. Đa số BN khi đặt sonde niệu quản không bị ảnh hưởng đến giấc ngủ, sinh hoạt hàng ngày, làm việc hay QHTD

Có 65,9% hài lòng hoặc rất hạnh phúc, hạnh phúc trong thời gian mang sonde

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Ngọc Từ (1993),** *"Sỏi tiết niệu",* Bệnh học ngoại khoa, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, Tr. 82-100.
2. **Leibovici D, et al (2005),** *"Ureteral stents: Morbidity and impact on quality of life"* IMAJ 2005; 7: 491-494
3. **Vega A, et al (2007),** *"Characterization of urinary tract symptoms and quality of life in patients with douple – pig – tailed ureteral stents",* Actas Urol Esp. 2007 Jul – Aug; 31 (7) 738-42
4. **Trần Lê Bích Phương và CS (2006),** "Khảo sát chất lượng cuộc sống của các bệnh nhân mang thông douple J niệu quản sau cá phẫu thuật", Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh, tập 10, năm 2006.
5. **Joshi HB, et al (2002),** *"Characterization of urinary symptoms in patients with ureteral stents",* Urology. 2002 Apr; 59 (4): 511-6
6. **Joshi HB, et al (2001),** *"Indwelling ureteral stents: evaluation of quality of life aid outcome analysis",* J Endorol. 2001 Mar; 15 (2): 151-4
7. **M.C. Sighinolfi, et al (2007),** *"Indwelling ureteral stents and sexual helth: a prospective, multivariate analysis",* J Urol. 2007 July, 178: 229-231

NHẬN XÉT VỀ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CÁC TRIỆU CHỨNG ÂM TÍNH TRÊN CÁC BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT

Nguyễn Văn Dũng*, Nguyễn Doãn Phương*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các triệu chứng âm tính này đã gây ra các hậu quả nặng nề cho bản thân người bệnh TTPL. **Mục tiêu**: Nhận xét về hiệu quả điều trị các triệu chứng âm tính trên các bệnh nhân tâm thần phân liệt: **Phương pháp.** nghiên cứu mô tả tiến cứu 102 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn chẩn đoán tâm thần phân liệt (ICD- 10) điều trị nội trú tại Viện sức khỏe tâm thần từ tháng 7/2013- 12/2014. Các số liệu được xử lý bằng chương trình EPIINFO 6.04. **Kết quả**. Cảm xúc: Triệu chứng thuyên giảm rõ nét nhất là phạm vi quan tâm thu hẹp dần (94,12% lúc vào viện và 50% sau 3 tháng điều trị). Mất dần ham muốn, thích thú (92,16% lúc vào viện và 47,06% sau 3 tháng điều trị). Tư duy: Triệu chứng tư duy cứng nhắc (62,74% xuống còn 36,27%), tư duy nghèo nàn (84,31% xuống còn 45,10%), tự kỷ (42,16% xuống còn 27,45%) thay đổi có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Hành vi tác phong: Giảm các hoạt động có ý chí (93,14% xuống còn 62,75%). Lười nhác (92,16% xuống còn 65, 68%). Tha hóa trong hành vi tác phong (71,57% xuống còn 39,22%). Hành vi kỳ quái trong thế giới tự kỷ 22,55% xuống còn 12,57%). Điểm thang P ANSS. Điểm tổng số thang PANSS qua khảo sát (202,4 ± 42,6 xuống còn 123,2 ± 25,7). Điểm số nhóm triệu chứng dương tính (25,1 ± 4,9 xuống còn 13,2 ± 2,8). Điểm số nhóm triệu chứng âm tính (29,5 ± 7,2 xuống còn 19,4 ± 4,5). Điểm số nhóm triệu chứng trầm cảm (16,9 ± 3,8 xuống còn 10,7±2,4). Tất cả những thay đổi trên đều có ý nghĩa thống kê

**Viện sức khỏe tâm thần- Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng
Email: drdungbm@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 17.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 3.10.2017
Ngày duyệt bài: 10.10.2017

với p < 0,01. ***Kết luận:*** Ưu tiên điều trị bằng ATK mới kết hợp với các liệu pháp tâm lý, phục hồi chức năng tái thích ứng xã hội cho bệnh nhân TTPL có thể để làm giảm thiểu triệu chứng âm tính

Từ khóa: ATK là an thần kinh. ICD là International Classification of Disorders, 10th revision (Bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10)

SUMMARY

COMMENT ON THE EFFECTIVENESS OF TREATING NEGATIVE SYMPTOMS IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS

Rationale: These negative symptoms have had serious consequences for the person with schizophrenia itself. **Objective**: To comment on the efficacy of treatment of negative symptoms in schizophrenic patients: **Methods**. A descriptive study of 102 patients with schizophrenia (ICD-10) inpatient psychiatric hospitalization was conducted at the National Institute of Mental Health from July 2013 to December 2014. The data is processed using the EPIINFO 6.04 program. **Result**. Emotions: The most pronounced improvement was the narrowing of interest (94.12% at admission and 50% at 3 months). Loss of desire, pleasure (92.16% at admission and 47.06% after 3 months of treatment). Thinking: Symptoms of rigid thinking (62.74% down to 36.27%), poor thinking (84.31% down to 45.10%), autism (42.16% down to 27, 45%) changed significantly with p <0.05. Behavioral behavior: Decreased volitional activities (93.14% to 62.75%). Lazy (92.16% down to 65, 68%). Diversity in behavior (71.57% down to 39.22%). Bizarre behavior in the autistic world 22.55% down to 12.57%). An escalation point ANSS. The PANSS total score for the survey (202.4 ± 42.6 to 123.2 ± 25.7). Positive symptom scores (25.1 ± 4.9 to 13.2 ± 2.8). Group scores were negative (29.5 ± 7.2 to 19.4 ± 4.5). The depression group score (16.9 ± 3.8 to 10.7 ± 2.4). All of these changes were statistically significant with p <0.01. **Conclusion**: Prior treatment with new ATK in combination with psychotherapy, social rehabilitation rehabilitation for schizophrenia patients may be used to minimize negative symptoms.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt (TTPL) là một trong những bệnh loạn thần nặng khá phổ biến ở nước ta cũng như trên thế giới, tiến triển có xu hướng mãn tính, căn nguyên chưa rõ ràng, làm cho người bệnh dần dần tách khỏi cuộc sống bên ngoài, thu dần vào thế giới bên trong. Theo số liệu thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, số bệnh nhân tâm thần phân liệt chiếm tỷ lệ 0,6 - 1,5 % dân số. Theo Alvarez E. (2001) (2006), tỉ lệ mới mắc của bệnh TTPL là từ 1,1 - 7/ 10.000 dân, Kaplan H.I. và Sadock B.J. (1994) là 2,5 - 5/ 10.000 dân. Ở Việt Nam, theo báo cáo của Chương trình Quốc gia năm 2002 về điều tra cơ bản trong cả nước, tỷ lệ mắc bệnh tâm thần phân liệt là 0,3 - 1% dân số (trung bình 0,47%). Bệnh mắc phần lớn trong độ tuổi từ 15 - 35 (48% khởi phát ở lứa tuổi 20 - 29), nam sớm hơn nữ, tỷ lệ tái phát cao (95 - 98%).

Bệnh tâm thần phân liệt thường biểu hiện bằng các triệu chứng âm tính, thể hiện sự tiêu hao mất mát tất cả các mặt của hoạt động tâm thần như: cảm xúc cùn mòn, tư duy nghèo nàn, chậm chạp tâm lý vận động, hoạt động kém, bị động, thiếu sáng kiến, chăm sóc cá nhân kém và giảm sút các hoạt động xã hội. Chính các triệu chứng âm tính này đã gây ra các hậu quả nặng nề cho bản thân người bệnh TTPL. Việc điều trị các triệu chứng âm tính cần phải phối hợp liệu pháp hoá dược và các liệu pháp tái thích ứng xã hội. Ở Việt Nam đã có những nghiên cứu về bệnh tâm thần phân liệt mà chưa có nghiên cứu có hệ thống nào về điều trị các triệu chứng âm tính. Vì những vấn đề nêu trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu sau. "Nhận xét về hiệu quả điều trị các triệu chứng âm tính trên các bệnh nhân tâm thần phân liệt".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mô tả tiến cứu 102 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh TTPL theo ICD-10F mục F20. Có các triệu chứng âm tính. Vào điều trị tại Viện Sức khoẻ Tâm thần Bạch Mai, từ ngày 01-03 -2013 đến ngày 01- 07- 2013.

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Cỡ mẫu nghiên cứu: được tính theo công thức sau:

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

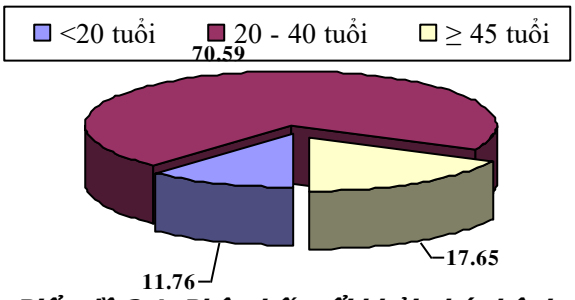
Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu; Z(1- α /2) =1,96 (hệ số tin cậy ở mức xác suất 95%). p: Tỉ lệ ước tính các triệu chứng âm tính theo nghiên cứu trước đây của tác giả Andreasen [27] khoảng 50%.d: độ chính xác mong muốn (10%).

Cỡ mẫu tối thiểu phải có là 96 bệnh nhân. Mẫu nghiên cứu của chúng tôi chọn được 102 bệnh nhân. Các số liệu được xử lý EPIINFO 6.04

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Nhận xét. Nhóm tuổi 20-44 có tỷ lệ cao nhất (70,59%). Bệnh nhân có tuổi thấp nhất là 15 và bệnh nhân có tuổi cao nhất là 65. Tuổi trung bình là 37,2±6,4.



Biểu đồ 3.1. Phân bố tuổi khởi phát bệnh

Số lượng / Thuốc	Liều trung bình (mg/ngày)	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Olanzapine	10	35	34,31
Risperidone	4	44	43,14
Amisulpride	400	10	9,80
Clozapine	100	13	12,75

Nhận xét. Các bệnh nhân được điều trị bằng risperidone (liều 4mg/ngày) chiếm tỷ lệ cao nhất (43,14%). Amisulpride (liều 400mg/ngày) chiếm tỷ lệ nhỏ nhất (9,8%).

Bảng 3.2 Thuốc an thần kinh mới được sử dụng điều trị

Bảng 3.3 Điều trị với triệu chứng cảm xúc âm tính nguyên phát

Cảm xúc âm tính nguyên phát	Vào viện		Sau 3 tháng		p
	n	%	n	%	
Phạm vi quan tâm thu hẹp dần	96	94,12	51	50,00	<0,01
Mất dần ham thích hứng thú	94	92,16	48	47,06	<0,01
Giảm dần khả năng rung động cảm xúc	90	88,24	59	57,84	<0,05
Mất khả năng bày tỏ cảm xúc	47	46,08	31	30,39	<0,05

Nhận xét. Triệu chứng thuyên giảm rõ nét nhất là phạm vi quan tâm thu hẹp dần (94,12% lúc vào viện và 50% sau 3 tháng điều trị). Mất dần ham muốn, thích thú (92,16% lúc vào viện và 47,06% sau 3 tháng điều trị).

Bảng 3.4 Điều trị với triệu chứng tư duy âm tính nguyên phát

Tư duy âm tính nguyên phát	Vào viện		Sau 3 tháng điều trị		P
	n	%	n	%	
Tư duy nghèo nàn	86	84,31	46	45,10	<0,05
Tư duy cứng nhắc, mất tính hài hước	64	62,74	37	36,27	<0,01
Mất sáng kiến, mất linh hoạt học tập, công tác giảm sút	102	100,0	88	86,27	>0,05
Ngôn ngữ tự kỷ, nói một mình, khó hiểu	43	42,16	28	27,45	<0,05

Nhận xét. Các triệu chứng tư duy cứng nhắc (p<0,01), tư duy nghèo nàn (p<0,05), tự kỷ (p<0,05) thay đổi có ý nghĩa thống kê. Riêng triệu chứng mất sáng kiến, mất linh hoạt … thuyên giảm rất ít (từ 100% xuống còn 88,27%) và không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 3.5 Điều trị với triệu chứng hành vi âm tính

Hành vi tác phong âm tính nguyên phát	Vào viện		Sau 3 tháng điều trị		p
	n	%	n	%	
Giảm các hoạt động có ý chí	**95**	**93,14**	**64**	**62,75**	**<0,05**
Lười nhác trong lao động	94	92,16	67	65,68	<0,05
Tha hóa trong lối sống, tác phong	73	71,57	40	39,22	<0,05
Hành vi kỳ quái trong thế giới tự kỷ	23	22,55	13	12,75	<0,05

Nhận xét. Giảm các hoạt động có ý chí thuyên giảm nhiều nhất (từ 93,14% xuống còn 62,75%).

Bảng 3.6 Tổng số điểm thang PANSS qua 3 lần khảo sát

Thời điểm	Vào viện	Ra viện	Sau 3 tháng	p
Điểm PANSS	202,4 ± 42,6	153,6 ± 31,2	123,2 ± 25,7	**p1-3<0,01**

Nhận xét. Điểm thang PANSS tổng số giảm dần từ lúc vào viện (202,4 ± 42,6), đến khi ra viện (153,6 ± 31,2) và sau 3 tháng điều trị (123,2 ± 25,7). Sự khác biệt điểm PANSS giữa lúc vào viện và sau 3 tháng điều trị có ý nghĩa thống kê với p1-3<0,01.

Bảng 3.7. Sự thay đổi điểm số nhóm triệu chứng âm tính theo thang PANSS

Thời điểm	Vào viện (X ± SD)	Ra viện (X ± SD)	Sau 3 tháng (X ± SD)	p
Điểm thang PANSS của nhóm triệu chứng âm tính (P1+P2+P3+P4+P5+P6+P7)	29,5 ± 7,2	24,3 ± 5,1	19,4 ± 4,5	p1-3<0,01

Nhận xét. Điểm số thang PANSS cho nhóm triệu chứng âm tính giảm từ 29,5 ± 7,2 lúc mới vào viện, xuống 24,3 ± 5,1 lúc ra viện và 19,4 ± 4,5 sau 3 tháng điều trị. Sự khác biệt điểm thang PANSS của nhóm triệu chứng âm tính giữa lúc vào viện và sau 3 tháng điều trị có ý nghĩa thống kê với p1-3<0,01.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu

4.1.1. Tuổi và giới

- Về tuổi: Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy nhóm tuổi 20-44 có tỷ lệ cao nhất (70,59%), tiếp theo là nhóm ≥45 tuổi với tỷ lệ 17,65%, cuối cùng là nhóm <20 tuổi (11,76%). Như vậy, có đến 84% số bệnh nhân có tuổi dưới 45. Điều này phù hợp với ý kiến của Kaplan H.I. (1994) khi cho rằng đa số bệnh nhân tâm thần phân liệt khởi phát bệnh ở độ tuổi dưới 45. Bệnh nhân có tuổi thấp nhất là 15 chỉ sau vài tháng bị bệnh các triệu chứng âm tính đã rất rõ ràng. Bệnh nhân có tuổi cao nhất là 65. Tuổi trung bình là 37,2±6,4. Đây là độ tuổi lao động, vì thế bệnh nhân tâm thần phân liệt đã trở thành gánh nặng cho gia đình và cho xã hội.

4.2. Nhận xét về điều trị với triệu chứng âm tính nguyên phát

4.2.1. Thuốc an thần kinh mới được sử dụng trong lâm sàng: Chúng tôi sử dụng 4 thuốc an thần kinh mới trong điều trị củng cố là risperidone, olanzapine, amisulpride và clozapine. Sở dĩ chúng tôi chọn 4 loại thuốc này do chúng tương đối sẵn có và giá thành vừa phải, phù hợp với khả năng kinh tế của đa số bệnh nhân. Bảng 3.1 cho thấy các bệnh nhân được điều trị bằng risperidone (liều 4mg/ngày) chiếm tỷ lệ cao nhất (với 43% số bệnh nhân). Tiếp theo là nhóm bệnh nhân được điều trị bằng olanzapine (10mg/ngày) với tỷ lệ 34%. Các bệnh nhân được điều trị bằng clozapine (liều 100mg/ngày) và amisulpride (liều 400mg/ngày) chiếm tỷ lệ nhỏ (13% và 10%).

Để so sánh hiệu quả của thuốc an thần kinh cổ điển và mới, tác giả Stahl S.M. và cộng sự (2010) đã nghiên cứu so sánh hiệu quả giữa ziprasidone liều trung bình 112 mg/ngày và haloperidol liều trung bình 12 mg/ngày. Sau 40 tuần điều trị, các tác giả nhận thấy các bệnh nhân được điều trị bằng ziprasidone thuyên giảm nhanh hơn so với các bệnh nhân dùng haloperidol cả ở triệu chứng dương tính và các triệu chứng âm tính.

Tuy nhiên năm 2007, tác giả Ruhrmann S và cộng sự đã so sánh hiệu quả điều trị của flupentixol (liều 4-12 mg/ngày) với risperidone liều (2-6 mg/ngày) trên 144 bệnh nhân tâm thần phân liệt trong thời gian 25 tuần điều trị. Kết quả cho thấy cả hai loại thuốc này cho hiệu quả tương đương nhau trên triệu chứng âm tính, trầm cảm, khả năng nhận thức, cũng như nguy cơ gây ngoại tháp.

Về liều lượng, chúng tôi chỉ sử dụng liều trung bình để điều trị củng cố cho bệnh nhân. Điều này phù hợp với ý kiến của Sadock B.J. (2007) khi cho rằng liều thuốc vừa sẽ giúp bệnh nhân dung nạp tốt hơn (do ít tác dụng phụ) mà hiệu quả vẫn tương đương.

4.2.3. Kết quả điều trị các triệu chứng cảm xúc âm tính: Tác giả Stephen M. (2008) cho rằng sự thuyên giảm của các triệu chứng cảm xúc âm tính diễn ra chậm khi được điều trị bằng thuốc an thần kinh mới. Tác giả cho rằng sự thuyên giảm này thường xuất hiện sau 3 tháng điều trị và rõ ràng sau 12 tháng điều trị bằng thuốc an thần kinh mới. Tuy nhiên, Tác giả Zhao J và cộng sự (2006) đã điều trị 28 bệnh nhân tâm thần phân liệt bằng clozapin trong 8 tuần liên tục. Tác giả nhận thấy các bệnh nhân này được cải thiện rõ rệt về các triệu chứng cảm xúc âm tính và khả năng nhận thức.

4.2.4. Kết quả điều trị các triệu chứng tư duy âm tính: Khi bàn về hiệu quả điều trị của thuốc an thần kinh mới trên các triệu chứng tư duy âm tính, các tác giả như Kaplan H.I. (1994), Sadock B.J. (2007) và Stephen M. (2008) đều cho rằng rất thấp. Tác dụng của thuốc xuất hiện chậm, tỷ lệ thuyên giảm thấp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thể hiện ở bảng 3.13 cho thấy các triệu chứng tư duy nghèo nàn (từ 84,31% xuống 45,10%), tư duy cứng nhắc (từ 62,74% xuống còn 36,27%), tự kỉ (từ 42,16% xuống 27,45%) thay đổi có ý nghĩa thống kê. Riêng triệu chứng mất sáng kiến, học tập công tác giảm sút… thuyên giảm rất ít (từ 100% xuống còn 86,27%) và không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Sự thuyên giảm của các triệu chứng tư duy âm tính nói riêng và các triệu chứng âm tính nói chung được cho là do hiệu quả trực tiếp trên triệu chứng âm tính và gián tiếp trên triệu chứng dương tính. Khi nghiên cứu hiệu quả điều trị của paliperidone thải trừ chậm, tác giả Turkoz I. (2008) và cộng sự cho rằng 33% các triệu chứng tư duy âm tính được cải thiện do tác dụng trực tiếp của thuốc, còn 51% số triệu chứng âm tính được cải thiện nhờ tác dụng gián tiếp của thuốc qua sự thuyên giảm của triệu chứng dương tính và 18% là qua sự thuyên giảm của các triệu chứng lo âu, trầm cảm.

4.2.5. Kết quả điều trị các triệu chứng rối loạn hành vi âm tính: Cũng như các triệu chứng âm tính khác, thuốc an thần có hiệu quả trên các triệu chứng rối loạn hành vi âm tính như giảm các hoạt động có ý chí, sinh hoạt lôi thôi, vệ sinh cơ thể bẩn, lười nhác, tha hóa trong lối sống, hành vi kỳ quái trong thế giới tự kỉ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thể hiện ở bảng 3.14 cho thấy tất cả các triệu chứng rối loạn hành vi âm tính đều thuyên giảm sau 3 tháng điều trị, sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Trong đó các triệu chứng giảm các hoạt động có ý chí (93,14% lúc vào viện và 62,75% lúc ra viện), lười nhác trong lao động (92,16% lúc vào viện và 65,68% sau 3 tháng điều trị) và tha hóa trong lối sống (71,57% lúc vào viện và 39,22% sau 3 tháng điều trị. Tác giả Mäkinen J. (2008) cho rằng 50-90% số bệnh nhân tâm thần phân liệt sẽ có các triệu chứng âm tính ngay sau giai đoạn loạn thần đầu tiên. Các triệu chứng cảm xúc âm tính, tư duy âm tính và hành vi âm tính chỉ thuyên giảm khi được điều trị bằng thuốc an thần kinh (đặc biệt là an thần kinh mới) kết hợp với liệu pháp tâm lí xã hội. Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

4.3. Nhận xét hiệu quả điều trị trên điểm số thang PANSS

4.3.1 Tổng số điểm thang PANSS qua 3 lần khảo sát: Gần đây, có một số tác giả trong nước đã sử dụng thang PANSS để đánh giá hiệu quả điều trị của thuốc an thần trên bệnh nhân tâm thần phân liệt. Nguyễn Thanh Bình (2010) đã nghiên cứu trên 95 bệnh nhân tâm thần phân liệt và nhận thấy điểm số chung thang PANSS lúc vào viện là 124,13 ± 12,07, và 41,70 ± 9,37 lúc ra viện. Tác giả khẳng định sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với p<0,01.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi, điểm tổng số của thang PANSS của bệnh nhân thay đổi rõ rệt theo thời gian. Điều này phản ánh hiệu quả điều trị của thuốc an thần kinh mới. Kết quả của chúng tôi cũng giống với tác giả Reynolds G.P. và cộng sự (2005). Tác giả đã điều trị 117 bệnh nhân tâm thần phân liệt bằng risperidone trong thời gian 10 tuần. Các bệnh nhân này có sự thuyên giảm cả trên điểm PANSS dương tính, âm tính cũng như điểm thang PANSS toàn bộ.

Sự cải thiện điểm tổng số thang PANSS trên các bệnh nhân điều trị bằng thuốc an thần kinh mới là rõ ràng, nhưng giữa các thuốc vẫn có sự khác biệt về tỷ lệ cải thiện. Năm 2007, tác giả Riedel M. và cộng sự đã so sánh hiệu quả của quetiapine và risperidone bằng thang PANSS trên bệnh nhân tâm thần phân liệt có nhiều triệu chứng âm tính. Các bệnh nhân được so sánh sau 6 tuần và 12 tuần điều trị. Kết quả cho thấy sự cải thiện là rõ ràng hơn ở nhóm bệnh nhân được dùng quetiapine so với nhóm bệnh nhân dùng risperidone.

4.4.3. Sự thay đổi điểm số nhóm triệu chứng âm tính theo thang PANSS

Bảng 3.7 cho thấy sự thuyên giảm điểm thang PANSS cho các triệu chứng âm tính là chậm hơn so với các triệu chứng dương tính. Điểm số thang PANSS cho nhóm triệu chứng âm tính giảm từ 29,5 ± 7,2 lúc mới vào viện, xuống 24,3 ± 5,1 lúc ra viện và 19,4 ± 4,5 sau 3 tháng điều trị. Sự khác biệt điểm thang PANSS của nhóm triệu chứng âm tính giữa lúc vào viện và sau 3 tháng điều trị có ý nghĩa thống kê với p1-3<0,01. Kết quả này phù hợp với nhận định của các tác giả khác như Kaplan H.I. (1994), Sadock B.J. (2007) và Stephen M. (2008). Các tác giả này đều khẳng định sự thuyên giảm của các triệu chứng âm tính là chậm hơn so với triệu chứng dương tính.

Năm 2005, tác giả Reynolds GP và cộng sự đã nghiên cứu hiệu quả của risperidone trên các bệnh nhân tâm thần phân liệt sau 10 tuần điều trị. Các bệnh nhân này đều có giảm điểm thang PANNS về triệu chứng âm tính. Tỷ lệ thuyên giảm trên thang PANSS cho các triệu chứng âm tính của các bệnh nhân này là từ 19% đến 45%. Khi so sánh hiệu quả điều trị của paliperidone và placebo, tác giả Canuso C.M. nhận thấy sau 6 tuần điều trị, các bệnh nhân dùng paliperidone thuyên giảm rõ rệt so với bệnh nhân dùng placebo. Số điểm PANSS cho triệu chứng âm tính giảm 49% (27,4%). Triệu chứng âm tính được đánh giá qua thang PANSS còn có giá trị xác định nguy cơ tự sát và nghiện rượu, nghiện ma túy. Năm 2008, tác giả Batki SL và cộng sự sử dụng thang PANSS để đánh giá các triệu chứng âm tính ở 55 bệnh nhân tâm thần phân liệt đã phát hiện ra rằng, các bệnh nhân có nhiều triệu chứng âm tính sẽ sử dụng rượu, cần sa ít hơn so với các bệnh nhân khác.

Trong khi đó, sự khác biệt về hiệu quả điều trị triệu chứng âm tính của thuốc an thần kinh mới và cũ là rõ ràng. Điều này được chứng minh qua nghiên cứu của tác giả Lindenmayer JP và cộng sự (2007). Các tác giả đã so sánh hiệu quả điều trị bệnh nhân tâm thần phân liệt giữa olanzapin (liều 15-20mg/ngày) và haloperidol (liều 15-20mg/ngày) sau 12 tuần điều trị.

V. KẾT LUẬN

- Cảm xúc: Triệu chứng thuyên giảm rõ nét nhất là phạm vi quan tâm thu hẹp dần (94,12% lúc vào viện và 50% sau 3 tháng điều trị). Mất dần ham muốn, thích thú (92,16% lúc vào viện và 47,06% sau 3 tháng điều trị).

Tư duy. Triệu chứng tư duy cứng nhắc (62,74% xuống còn 36,27%), tư duy nghèo nàn (84,31% xuống còn 45,10%), tự kỷ (42,16% xuống còn 27,45%) thay đổi có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Riêng triệu chứng mất sáng kiến, mất linh hoạt… thuyên giảm rất ít (từ 100% xuống còn 88,27%) và không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Hành vi tác phong.

Giảm các hoạt động có ý chí (93,14% xuống còn 62,75%). Lười nhác (92,16% xuống còn 65, 68%). Tha hóa trong hành vi tác phong (71,57% xuống còn 39,22%). Hành vi kỳ quái trong thế giới tự kỷ 22,55% xuống còn 12,57%).

- Điểm thang P ANSS.Điểm tổng số thang PANSS qua khảo sát (202,4 ± 42,6 xuống còn 123,2 ± 25,7). Điểm số nhóm triệu chứng âm tính (29,5 ± 7,2 xuống còn 19,4 ± 4,5)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ellingrod VL, Lund BC, Miller D et. al (2005).** "*5-HT2A receptor promoter polymorphism, -1438G/A and negative symptom response to olanzapine in schizophrenia*". Psychopharmacol Bull. Spring; 37(2):109-112.
2. **Kaplan H. I. , Sadock B. J. , Grebb J. A. , (1994).** "*Synopsis of psychiatry*". Seventh edition. Williams and Wilkins. p: 470- 485.
3. **Ruhrmann S, Kissling W, Lesch OM (2007).** "*Efficacy of flupentixol and risperidone in chronic schizophrenia with predominantly negative symptoms*". Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. Jun 30;31(5):1012-1022. Epub Mar 1.
4. **Sadock B.J., Sadock V.A. (2007).** "*Kaplan and Sadock's. Synopsis of psychitry*". Tenth edition. William and Wilkins. p: 468- 497.
5. **Stefan M., Travis M., Murray R. M. (2002).** "*An atlas of schizophrenia*". The parthenon Publishing group. Washington DC. Chapter 1. Clinical features.
6. **Stephen M. Stahl (2008).** "*Stahl's essential psychopharmacology*". Third edition. Cambridge university press. p: 97- 188.
7. **Zhao J, He X, Liu Z, Yang D. (2006).** *"The effects of clozapine on cognitive function and regional cerebral blood flow in the negative symptom profile schizophrenia"*. Int J Psychiatry Med. 36(2):171-181.

THỰC TRẠNG THỰC HIỆN BỘ TIÊU CHÍ QUỐC GIA VỀ Y TẾ XÃ TẠI TỈNH HÀ GIANG NĂM 2016

Đỗ Thị Mỹ[1], Nguyễn Thị Tố Uyên[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả thực hiện Bộ Tiêu chí Quốc gia về y tế xã tại tỉnh Hà Giang, năm 2016. P**hương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang tại 193 Kết quả thực hiện Bộ Tiêu chí Quốc gia về y tế xã tại 195 Trạm Y tế xã, phường, thị trấn của 11 huyện, thành phố trên địa bàn tỉnh Hà Giang. **Kết quả:** cho thấy công tác chỉ đạo điều hành công tác chăm sóc sức khỏe (CSSK) nhân dân là tốt đạt 82,6%. Một số tiêu chí chưa đạt được như: tiêu chí 2 đánh giá về nguồn nhân lực y tế số xã đạt điểm tối đa tiêu chí 2 là 20,5%. Vấn đề vệ sinh môi trường đa số là chưa đạt (tiêu chí 6). Công tác Chăm sóc sức khỏe bà mẹ - trẻ em còn chưa tốt (tiêu chí 8). **Kết luận và khuyến nghị:** Cần có sự quan tâm hơn nữa từ UBND xã và lãnh đạo các cấp để nâng cao chất lượng trạm y tế nhằm thực hiện công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân được tốt hơn.

Từ khóa: Hà Giang; Bộ tiêu chí Quốc gia về y tế xã.

[1]*Sở Y tế Hà Giang*
[2]*Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Mỹ
Email: bsmysythg@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 9.10.2017
Ngày duyệt bài: 16.10.2017

SUMMARY

REALITY OF IMPLEMENTING THE NATIONAL STANDARD OF COMMUNITY HEALTH IN HA GIANG PROVINCE IN 2016

Objectives: To evaluate the results of implementing the national standard in Ha Giang in 2016. **Methods of study:** a cross-sectional descriptive study at 195 community health stations (CHS) of 11 districts and cities in Ha Giang province. **Results:** Most of communities have good health care management (82,6%). Some criterias do not meet requirement such as: standard 2 on human resources (20,5%). Environmental sanitation issues are not good (standard 6). Maternal and Child Health Care remains poor (standard 8). Therefore, more attention should be paid from the Commune People's Committee and the leaders at all levels to improve the quality of the health station in order to better serve the people's health care.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trạm Y tế có vai trò quan trọng trong thực hiện công tác phòng bệnh góp phần hạn chế tỷ lệ mắc bệnh và ngăn ngừa dịch bệnh trong cộng đồng [2]. Trạm Y tế là tuyến y tế gần dân nhất, có chức năng cung cấp, thực hiện các dịch vụ

chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân nên đóng vai trò hết sức quan trọng trong việc tiếp cận dịch vụ y tế, gắn chặt với việc khám chữa bệnh cho nhân dân ở vùng điều kiện kinh tế xã hội có khó khăn, tỷ lệ người nghèo cao, khoảng cách đến bệnh viện tuyến tỉnh, trung ương xa, bảo đảm cho mọi người dân được chăm sóc sức khỏe cơ bản với chi phí thấp, góp phần thực hiện công bằng xã hội, xóa đói giảm nghèo, tạo niềm tin của nhân dân với chế độ xã hội chủ nghĩa [1], [5]. Hà Giang là một tỉnh khó khăn, có 6/11 huyện thuộc huyện nghèo, toàn tỉnh có 195 Trạm Y tế xã, phường, thị trấn. Hệ thống Trạm Y tế này đã và đang được củng cố để đạt hiệu quả hoạt động cao trong chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Trong quá trình thực hiện Bộ tiêu chí Quốc gia về y tế xã tại Hà Giang còn nhiều khó khăn và vướng mắc [3]. Chính vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài *"Thực trạng thực hiện Bộ tiêu chí Quốc gia về y tế xã tại tỉnh Hà Giang năm 2016"* với mục tiêu: Đánh giá kết quả thực hiện Bộ Tiêu chí Quốc gia về y tế xã tại tỉnh Hà Giang, năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 195 Trạm Y tế xã, phường, thị trấn của 11 huyện, thành phố trên địa bàn tỉnh Hà Giang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Từ tháng 06/2016 đến tháng 05/2017, tại 195 xã của tỉnh Hà Giang.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Cỡ mẫu và cách chọn: Toàn bộ 195 TYT xã, phường, thị trấn trên địa bàn tỉnh Hà Giang.

2.3.3. Phương pháp thu thập số liệu: Chấm điểm của từng xã theo mẫu phiếu bảng kiểm đánh giá thực trạng thực hiện Bộ Tiêu chí quốc gia về y tế xã.

2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập và phân tích theo phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Kết quả thực hiện tiêu chí 1: Chỉ đạo điều hành công tác CSSKND

Chỉ số	SL	TL (%)
1. Ban chỉ đạo CSSK nhân dân		
Số xã có ban chỉ đạo CSSK nhân dân	195	100
Số xã có quy chế làm việc, có kế hoạch hoạt động hàng năm, họp định kỳ 6 tháng/1 lần hoặc đột xuất, có biên bản các cuộc họp…	187	95,9
2. Kế hoạch và triển khai thực hiện công tác CSSKND		
Số xã có nghị quyết của Đảng uỷ, HĐND về công tác về triển khai các chương trình mục tiêu y tế quốc gia.	180	92,3
Số xã đạt điểm tối đa tiêu chí 1	**161**	**82,6**
Số xã không đạt điểm tối đa tiêu chí 1	**34**	**17,4**

100% số xã có Ban chỉ đạo CSSK nhân dân, trong đó có 180 xã có nghị quyết của Đảng uỷ, HĐND về công tác về triển khai các chương trình mục tiêu y tế quốc gia (92,3%).

Bảng 2. Kết quả thực hiện tiêu chí 2 về nhân lực y tế

Chỉ số	SL	TL(%)
1. Biên chế và cơ cấu cán bộ		
Số xã có đủ số người làm việc theo đề án vị trí việc làm của TYT.	183	93,8
Số xã có cơ đủ chức danh nghề nghiệp tại TYT theo quy định.	159	81,5
Số xã có cán bộ được đào tạo và đào tạo liên tục, tập huấn chuyên môn theo quy định.	179	91,8
2. Có bác sĩ làm việc thường xuyên tại TYT		
Số xã có bác sĩ làm việc thường xuyên tại TYT.	136	69,7
Số xã có bác sĩ làm việc tại TYT tối thiểu 2 buổi/tuần theo lịch được thông báo trước	39	20
Số xã không có bác sĩ làm việc.	20	10,3
3. Y tế thôn bản		
Số xã có tối thiểu 1 NVYTTB hoạt động/môi thôn, bản	133	68,2
Số xã có NVYTTB, cô đỡ thôn bản được đào tạo theo chương trình do BYT quy định.	98	50,3
Số xã đạt điểm tối đa tiêu chí 2	**40**	**20,5**
Số xã không đạt điểm tối đa tiêu chí 2	**155**	**79,5**

Về nhân lực 183 số xã có đủ số người làm việc theo đề án vị trí việc làm của TYT (tỷ lệ 93,8). Số xã có bác sĩ làm việc thường xuyên tại TYT 136/195 xã đạt 69,7%. Số xã đạt điểm tối đa Tiêu chí 2 thấp chỉ có 40/195 xã đạt tỷ lệ 20,5%, đa số các xã chưa đạt điểm tối đa (155/195 xã = 79,5%), hiện nay bệnh viện và Trung tâm Y tế tuyến huyện vẫn còn thiếu bác sỹ nên chỉ có 20% số xã được

bác sỹ hỗ trợ khám, chữa bệnh 2 buổi/tuần, chỉ có 68,2% số thôn có NVYTTB có tiêu chuẩn, chức năng, nhiệm vụ theo quy định hiện hành do nhất thể hóa chức danh cán bộ xã, gần một nửa y tế thôn bản chưa được đào tạo theo quy định của Bộ Y tế. So với nghiên cứu của Trần Quang Khánh (2015) [4], về thực hiện Bộ Tiêu chí Quốc gia về y tế xã tại tỉnh Hòa Bình, số xã đảm bảo số lượng cán bộ y tế/trạm theo quy định đạt 80,5% thì nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả cao hơn.

Bảng 3. Kết quả thực tiêu chí 4: Trang thiết bị, thuốc và phương tiện khác

Chỉ số	SL	TL (%)
1. Trang thiết bị TYT xã		
Số TYT xã có đầy đủ các trang thiết bị cần thiết để thực hiện tốt các chức năng nhiệm vụ được giao, cán bộ y tế có khả năng sử dụng các trang thiết bị y tế được cấp.	51	26,2
Số TYT xã có đầy đủ các trang thiết bị cần thiết.	104	53,3
2. Thuốc chữa bệnh		
Số TYT xã có đủ thuốc chữa bệnh, thuốc chống sốc và thuốc cấp cứu thông thường.	92	47,2
Số TYT xã có khoảng 70% loại thuốc trong danh mục thuốc thiết yếu theo quy định của Bộ Y tế.	96	49,2
Số TYT xã có quản lý thuốc theo đúng quy định Bộ Y tế.	139	71,3
Số TYT xã sử dụng thuốc an toàn hợp lý.	187	95,9
3. Vật tư, hóa chất tại TYT xã		
Số TYT xã có đủ và kịp thời vật tư tiêu hao, hóa chất phục vụ khám chữa bệnh, phòng chống dịch.	163	83,6
Số xã đạt điểm tối đa tiêu chí 4	**22**	**11,3**
Số xã không đạt điểm tối đa tiêu chí 4	**173**	**88,7**

Đa số các Trạm Y tế xã thực hiện tốt việc sử dụng thuốc an toàn hợp lý (95,9%) có đủ và kịp thời vật tư tiêu hao, hóa chất phục vụ khám chữa bệnh, phòng chống dịch (83,6%). Tuy nhiên tỷ lệ chỉ có hơn một nửa TYT xã có đầy đủ các trang thiết bị cần thiết để thực hiện tốt các chức năng nhiệm vụ (53,3%).

Bảng 4. Kết quả thực hiện tiêu chí 6: YTDP, VSMT, các chương trình MTQG về y tế

Chỉ số	SL	TL%
1. Phòng chống dịch và các CTMTQG trong lĩnh vực y tế		
Số TYT xã triển khai thực hiện tốt các biện pháp phòng, chống dịch bệnh, báo các kịp thời các dịch bệnh truyền nhiễm theo quy định của Bộ Y tế	189	96,9
Số TYT xã thực hiện đạt ≥ 90% các chỉ tiêu được giao về y tế dự phòng.	70	35,9
2. Nước sinh hoạt hợp vệ sinh (HVS)		
Số xã có tỷ lệ HGĐ trong xã, phường, thị trấn sử dụng nước sinh hoạt HVS đạt yêu cầu	136	69,7
3. Nhà tiêu hợp vệ sinh		
Tỷ lệ HGĐ trong xã sử dụng nhà tiêu HVS đạt yêu cầu.	66	33,8
4. Vệ sinh an toàn thực phẩm		
Số xã có kế hoạch và triển khai thực hiện thanh kiểm tra định kỳ, đột xuất các cơ sở sản xuất, kinh doanh dịch vụ ăn uống và kinh doanh thức ăn đường phố trên địa bàn quản lý.	190	97,4
Số xã đạt điểm tối đa tiêu chí 6	**17**	**8,7**
Số xã không đạt điểm tối đa tiêu chí 6	**178**	**91,3**

Đa số các xã triển khai tốt các biện pháp phòng chống dịch bệnh (96,9%) và vệ sinh an toàn thực phẩm (>90%). Tuy nhiên chỉ có 69,7%, số xã có tỷ lệ hộ gia đình sử dụng nước sinh hoạt hợp vệ sinh đạt yêu cầu, số xã có hộ sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh chỉ đạt tỷ lệ 33,8%.

Bảng 5. Kết quả chung về thực hiện 10 tiêu chí của các TYT xã tỉnh Hà Giang (n=195)

TT	Nội dung	Điểm chuẩn	Số xã đạt tối đa điểm chuẩn		Số xã chưa đạt tối đa điểm chuẩn	
			SL	TL %	SL	TL %
1	Tiêu chí 1	3	161	82,6	34	17,4
2	Tiêu chí 2	10	40	20,5	155	79.5
3	Tiêu chí 3	11	131	67,2	64	32,8

4	Tiêu chí 4	9	22	11,3	173	88,7
5	Tiêu chí 5	10	108	55,4	87	44,6
6	Tiêu chí 6	17	17	8,7	178	91,3
7	Tiêu chí 7	14	29	14,9	166	85,1
8	Tiêu chí 8	13	11	5,6	184	94,4
9	Tiêu chí 9	9	41	21,0	154	79,0
10	Tiêu chí 10	4	137	70,3	58	29,7
	Tổng điểm 10 TC	**≥ 80**	**169**	**86,7**	**26**	**13,3**

Đa số các xã đều thực hiện tốt công tác chỉ đạo điều hành công tác CSSK nhân dân (TC1: 82,6%). Hoạt động Chăm sóc sức khỏe bà mẹ - trẻ em đa số các xã chưa thực hiện tốt, chỉ có 5,6% số xã đạt điểm tối đa (TC 8).

Về công tác thực hiện chỉ đạo CSSK nhân dân: 100% số xã có Ban chỉ đạo CSSK nhân dân, trong đó có 180 xã có nghị quyết của Đảng uỷ, HĐND về công tác về triển khai các chương trình mục tiêu y tế quốc gia đạt tỷ lệ 92,3%, Phần lớn các xã đã đưa việc duy trì Bộ tiêu chí vào Nghị quyết của Đảng ủy và kế hoạch phát triển kinh tế xã hội của xã; Ban chăm sóc SKND xây dựng kế hoạch hoạt động hàng tháng và tổ chức họp định kỳ và đột xuất để chỉ đạo duy trì thực hiện Bộ tiêu chí, tuy nhiên sự phối hợp của các cơ quan, ban, ngành đoàn thể với ngành Y tế trong việc triển khai các hoạt động chăm sóc khỏe cho nhân dân chưa được thường xuyên, liên tục. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp nghiên cứu của Trần Quang Khánh (2015) [4].

Hoạt động vệ môi trường cũng chưa tốt do gặp nhiều trở ngại với đặc thù của các huyện vùng cao nguyên đá thiếu nước, đa số là các hộ nghèo, cùng với phong tục tập quán lạc hậu nên tỷ lệ hộ gia đình sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh, nước sinh hoạt hợp vệ sinh đạt rất thấp (33,8%) thấp hơn nhiều so với tỉnh Hòa Bình (54,79%) [4]. Do vậy, cần có sự quan tâm hơn nữa từ UBND xã và lãnh đạo các cấp để nâng cao chất lượng trạm y tế nhằm thực hiện công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân được tốt hơn.

Kết quả định tính: Phỏng vấn sâu Ông D, Lãnh đạo Sở Y tế… "Tỉnh Hà Giang đã gắn việc thực hiện BTCQGVYT xã với Chương trình xây dựng Nông thôn mới do đó huy động sự vào cuộc của chính quyền từ tỉnh đến xã, coi việc thực hiện BTCQGVYT là trách nhiệm của chính quyền và các ban ngành, không phó thác cho riêng ngành y tế, kết hợp nguồn hỗ trợ từ Chương trình xây dựng Nông thôn mới hỗ trợ người dân xây dựng nhà tiêu hợp vệ sinh, xây bể chứa nước… khắc phục tiêu chí khó đạt nhạt là vệ sinh môi trường, đồng thời huy động được các ban ngành đoàn thể trong thực hiện chương trình dân số- kế hoạch hóa gia đình, cải thiện tình trạng suy dinh dưỡng. Về nhân lực, tỉnh Hà Giang đã có chính sách đào tạo bác sỹ theo địa chỉ và bác sĩ chuyên tu từng bước khắc phục tình trạng thiếu bác sĩ …"

IV. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

- Chỉ đạo và điều hành công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân (đạt 100%).
- Công tác truyền thông giáo dục sức khỏe (đạt 70,3%).
- Số xã có bác sĩ làm việc thường xuyên tại TYT 136/195 xã đạt 69,7%.
- Cơ sở hạ tầng TYT xã đạt 67,2%.

Những nội dung đa số các chưa đạt được theo Bộ Tiêu chí

- Công tác Chăm sóc sức khỏe bà mẹ - trẻ em đa số các xã chưa thực hiện tốt, chỉ có 5,6% số xã đạt điểm tối đa.
- Hoạt động y tế dự phòng, vệ sinh môi trường, các chương trình MTQG về y tế số xã đạt điểm tối đa là 8,7%.
- Trang thiết bị, thuốc và phương tiện khác (11,3 số xã đạt điểm tối đa).
- Công tác Khám, chữa bệnh, PHCN và YHCT có 14,9% số xã đạt điểm tối đa.
- Tăng cường các nguồn lực đầu tư cho y tế xã để nâng cao chất lượng và hiệu quả hoạt động của trạm, đặc biệt đảm bảo cơ cấu cán bộ hợp lý theo chức danh nghề nghiệp, đủ NVYTTB tại các thôn, bản. Thường xuyên đào tạo nâng cao, đào tạo lại, bổ sung đầy đủ trang thiết bị y tế phù hợp với nhu cầu hoạt động của TYT xã để nâng cao chất lượng chuyên môn.
- Cần tăng cường hoạt động của Ban chỉ đạo CSSK nhân dân các cấp nhằm đẩy mạnh công tác xã hội hóa y tế, huy động tối đa sự tham gia của các ban, ngành, đoàn thể và sự ủng hộ tích cực của cộng đồng vào việc triển khai xây dựng và duy trì kết quả thực hiện Bộ TCQGVYTX, nhằm thực hiện công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân được tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ban Chấp hành Trung ương Đảng cộng sản Việt Nam (2002),** "*Củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở",* Chỉ thị số 06 - CT/TW, ngày 22 tháng 01 năm 2002, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế (2010), "***Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2014, một số nhiệm vụ và giải pháp trọng tâm năm 2015, giai đoạn 2016-2020***".**
3. **Sở Y tế tỉnh Hà Giang (2017),** "*Báo cáo kết quả thực hiện Bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã năm 2016 và phương hướng triển khai thực hiện năm 2017 tỉnh Hà Giang"* Báo cáo số 08/BC-SYT ngày 04 tháng 01 năm 2017.
4. **Trần Quang Khánh (2015),** "*Thực trạng thực hiện Bộ Tiêu chí Quốc gia về tế xã tại tỉnh Hòa Bình",* Luận văn chuyên khoa II chuyên ngành Y tế công cộng, Thái Nguyên, năm 2015.
5. **Thủ tướng Chính phủ (2011),** "*Quy định về y tế xã, phường, thị trấn",* Nghị định số 117/2014/NĐ-TTg, ngày 08/12/2014.

HIỆU QUẢ CỦA HAI CHẾ ĐỘ LIỀU SỬ DỤNG COLISTIN TRUYỀN TĨNH MẠCH TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY

Nguyễn Bá Cường[1], Nguyễn Hoàng Anh[2], Đào Xuân Cơ[1], Đỗ Thị Hồng Gấm[1], Đặng Quốc Tuấn[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả của hai chế độ liều sử dụng colistin truyền tĩnh mạch trong điều trị viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM). **Phương pháp:** nghiên cứu trên 87 trường hợp VPLQTM được điều trị colistin tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2016 đến 8/2017, các bệnh nhân được phân ngẫu nhiên vào 2 nhóm: 1 nhóm sử dụng colistin chế độ liều hiện hành (liều A) và 1 nhóm sử dụng chế độ liều điều chỉnh (liều B). **Kết quả:** chế độ liều colistin điều chỉnh (liều B) đạt hiệu quả lâm sàng và vi sinh tốt hơn so với chế độ liều colistin hiện hành (liều A) (73,9% và 47,8% so với 53.7% 27,3%), tỷ lệ xuất hiện tổn thương thận gặp ở cả 2 chế độ liều là tương đương nhau (19,2% và 21.4%). **Kết luận:** chế độ liều B cho kết quả điều trị tốt hơn chế độ liều A, tổn thương thận là tương đương nhau giữa hai liều.

Từ khóa: *viêm phổi liên quan thở máy, colistin*.

SUMMARY

EFFECT OF TWO DOSAGE INTRAVENOUS COLISTIN REGIME IN THE TREATMENT OF VENTILATOR -ASSOCIATED PNEUMONIA

Objective: to evaluate the efficacy of two dosage intravenous colistin regimee in the treatment of Ventilator-Associated Pneumonia (VAP). **Methods**: the study included 87 patients with VAP treated at Intensive Care Unit of Bach Mai hospital from 9/2016 to 8/2017. Patients were randomized into 2 groups: One group treated by the current dosage colistin regimen (dose A) and one group treated by the adjusted dosage colistin regimen (dose B). **Results**: the adjusted dosage colistin regimen (dose B) had better in clinical and bacterial responsed than the current dosage colistin regimen (dose A) (73,9% and 47,8%, compare to 53.7% and 27,3%), acute kidney injury was the equivalent of two dosage regimen (19,2% in dose A and 21.4% in dose B). **Conclusions:** the adjusted dosage colistin regimen (dose B) had better effectiveness than the current dosage colistin regimen (dose A). Acute kidney injury was the equivalent of two dosage regimen.

Keywords*: Ventilator-Associated Pneumonia (VAP), colistin.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Colistin được phát hiện đầu tiên năm 1940 và bị cấm sử dụng từ năm 1970 do xuất hiện độc tính trên thận. Thuốc này được sử dụng lại gần đây với vai trò là vũ khí cuối cùng trong điều trị nhiễm khuẩn gram âm đa kháng. Năm 2012, nghiên cứu chứng minh chế độ liều trung bình từ 4–6 MUI/ngày (liều được tính với nồng độ ức chế tối thiểu (MIC) của A.baumannii với colistin là 0,25) đạt hiệu quả cao [1], nghiên cứu cũng ghi nhận thất bại với vi khuẩn có MIC trên 0,38 µg/ml[1]. Trong khi đó, giá trị MIC_{90} tích lũy từ năm 2012 - 2015 là 0,5µg/ml, đặc biệt năm 2014 MIC_{90} là 0,75µg/ml [2]. Tuy nhiên, chế độ liều cao lại đi kèm với lo ngại về gia tăng nguy cơ tổn thương thận[5],[6].

Trong bối cảnh như vậy, một chế độ liều colistin tối ưu đảm bảo hiệu quả điều trị, cân bằng với nguy cơ tổn thương thận vẫn đang là câu hỏi lớn. Chúng tôi đề xuất một chế độ liều colistin điều chỉnh, chế độ liều này được xây dựng trên công thức tính liều của Garonzik, nhưng được tính với MIC của A.baumannii với colistin là 0,5 [4]. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá hiệu quả và tỷ lệ xuất hiện tổn thương thận của hai chế độ liều sử dụng colistin trong điều trị VPLQTM.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn BN: Bệnh nhân được chẩn đoán VPLQTM theo tiêu chuẩn của IDSA 2016, có chỉ định dùng colistin, trên 18 tuổi.

Tiêu chuẩn loại trừ:

-Phụ nữ có thai, bệnh nhân dùng colistin trong vòng 2 tuần trước thời điểm vào nghiên cứu, dùng colistin không đủ 72h, hoặc thay đổi liều trong vòng 72h.

-Tiêu chuẩn loại trừ đánh giá xuất hiện tổn thương thận:

○ Bệnh nhân lọc máu không do nguyên nhân suy thận.

○ Bệnh nhân suy thận cấp trước khi sử dụng colistin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

-Nghiên cứu lâm sàng can thiệp tại khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2016 đến 8/2017.

- *Tiêu chuẩn chỉ định dùng colistin:*

○ Điều trị đặc hiệu: cấy ra vi khuẩn chỉ nhạy cảm với colistin.

[1]*Bệnh viện Bạch Mai*
[2]*Trường Đại học Dược Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Đào Xuân Cơ
Email: daoxuanco@gmail.com
Ngày nhận bài: 14.7.2017
Ngày phản biện khoa học: 28.9.2017
Ngày duyệt bài: 5.10.2017

o Điều trị kinh nghiệm: VPLQTM muộn (tình trạng viêm phổi xảy ra sau khi đặt ống NKQ và thở máy ≥ 5 ngày).

-Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức Bệnh viện Bạch Mai thông qua.

-Các bệnh nhân được chia ngẫu nhiên vào 2 nhóm: 1 nhóm sử dụng colistin chế độ liều hiện hành (liều A) và 1 nhóm sử dụng chế độ liều điều chỉnh (liều B).

Liều a – liều hiện hành		**Liều b – liều điều chỉnh**	
Liều nạp tính theo cân nặng		**Liều nạp tính theo cân nặng**	
≤40kg	2 mui	≤30kg	4 mui
>40kg-50kg	3 mui	>30kg-40kg	5 mui
>50kg-70kg	4 mui	>40kg-50kg	6 mui
Trên 70 kg	5 mui	>50kg-60kg	7 mui
		>60kg-70kg	8 mui
		Trên 70 kg	9 mui
Liều duy trì theo chức năng thận		**Liều duy trì theo chức năng thận**	
Clcr < 30 ml/phút	2 mui mỗi 24 giờ	Clcr < 15 ml/phút	3 mui mỗi 24 giờ
Clcr: 30-50 ml/phút	1.5 mui mỗi 12 giờ	Clcr: 15-30 ml/phút	2 mui mỗi 12 giờ
Clcr: 50-70 ml/phút	2 mui mỗi 12 giờ	Clcr: 30-50 ml/phút	3 mui mỗi 12 giờ
Clcr: 70-90 ml/phút	2.5 mui mỗi 12 giờ	Clcr: 50-80 ml/phút	4 mui mỗi 12 giờ
Clcr > 90 ml/phút	2 mui mỗi 8 giờ	Clcr > 80 ml/phút	3 mui mỗi 8 giờ
Lọc máu ngắt quãng (hd)	2 mui mỗi 24 giờ	Lọc máu ngắt quãng (hd)	2 mui mỗi 24 giờ, bổ sung 1mui sau lọc
Lọc máu liên tục (cvvh)	2 mui mỗi 8 giờ	Lọc máu liên tục (cvvh)	3 mui mỗi 8 giờ

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

– Đặc điểm mẫu nghiên cứu: giới, tuổi, cân nặng, chiều cao, BMI, mức độ nặng theo thang điểm APACHE II, SOFA, CPIS, điểm bệnh lý mắc kèm Charlson, bệnh lý nguyên nhân, bệnh lý nền.

– Hiệu quả lâm sàng:

o Có đáp ứng: Triệu chứng cải thiện

▪ Nhiệt độ cải thiện + dịch phế quản trong hơn và ít hơn. Và

▪ Procalcinin giảm ≥ 80% hoặc từ 0.25µg/L - 0.5µg/L.

o Thất bại: Triệu chứng lâm sàng không thay đổi hoặc nặng hơn:

▪ Procalcitonin giảm < 80%.

▪ Sốt không cải thiện hoặc sốt cao hơn, dịch tiết phế quản không thay đổi.

– Hiệu quả vi sinh:

o Dựa vào kết quả cấy đờm tại ngày 3, 7, và khi ra viện. Lấy đờm qua catheter hút đờm, định danh vi khuẩn bằng máy Phoenix, nuôi cấy theo phương pháp bán định lượng, xét nghiệm MIC của A.baumannii với colistin.

– Tỷ lệ xuất hiện tổn thương thận: dựa theo tiêu chuẩn RIFLE. Tổn thương thận được định nghĩa là tăng nồng độ creatinin huyết thanh trên 1,5 lần hoặc mức lọc cầu thận (GFR) giảm trên 25% so với giá trị tại thời điểm trước khi bắt đầu dùng thuốc, duy trì ít nhất trong 24 giờ và xảy ra sau ít nhất 2 ngày dùng colistin. Tính CrCl theo công thức Cockcroft- Gault.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Các số liệu được phân tích theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

	Nhóm A (n = 41)	**Nhóm B (n = 46)**	**P**
Tuổi (năm)	60.0 ± 20.7	52.8 ± 16.3	0.078
Giới (nam)	27 (67.5)	32 (72.7)	0.601
Cân nặng (kg)	58.6 ± 11.1	60.2 ± 12.6	0.529
BMI (kg/m^2)	22.0 ± 3.3	22.5 ± 3.8	0.507
Điểm SOFA	5 [3 – 7]	6 [5 – 10]	0.085
Điểm APACHE II	16.2 ± 5.3	16.1 ± 6.2	0.949
Điểm Charlson	1 [0 – 3]	1 [0 – 2]	0.365
Điểm CPIS	8 [6.25 – 9.75]	8 [7 – 9]	0.183
Creatinin ngày 0	71.5 [55.75 – 94.75]	77 [69 – 129]	0.077
Mức lọc cầu thận ngày 0	77.9 ± 28.3	69.1 ± 40.0	0.362
Bilirubin toàn phần ngày 0	17 [9.3 – 33.1]	22 [11.8 – 34.5]	0.332
Albumin ngày 0	26.7 ± 5.0	29.1 ± 4.8	0.105

Thời gian điều trị tại khoa trước khi sử dụng colistin (ngày)	5 [2.25 – 7.0]	4.5 [2 – 6.25]	0.678
Vi khuẩn Acinetobacter baumannii(%) Klebsiella pneumoniae (%) Pseudomonas aerusinosa (%)	 22 (55.0) 6 (15.0) 5 (12.5)	 24 (54.5) 7 (15.9) 4 (9.1)	 0.967 0.908 0.730

Nhận xét: Phân bố về tuổi, giới, cân nặng, chỉ số BMI, mức độ suy đa tạng (SOFA), điểm mức độ nặng (APACHE II), điểm bệnh lý mạn tính (Charlson) và thời gian điều trị tại khoa trước khi dùng colistin tương đương nhau.

- Với những bệnh nhân đánh giá xuất hiện tổn thương thận, đặc điểm về nồng độ creatinin máu, albumin máu, bilirubin máu toàn phần là tương đương nhau.

- Vi khuẩn chủ yếu được cấy ra là A.baumannii, và tỷ lệ cấy ra vi khuẩn giữa hai nhóm là không có sự khác biệt.

3.2. Đánh giá hiệu quả lâm sàng

Bảng 2. Hiệu quả lâm sàng

	Nhóm A(n = 41)	Nhóm B(n = 46)	P
Tỷ lệ có đáp ứng lâm sàng (%)	22 (53.7)	32 (73.9)	0.048
Thời gian thở máy (ngày)	11 [8 – 15]	9 [6 – 13]	0.151
Thời gian thở máy sau khi dùng Colistin (ngày)	5 [4 – 8]	5 [2 – 9]	0.862
Thời gian nằm tại ICU (ngày)	15.4 ± 6.5	16.0 ± 7.3	0.796

Nhận xét: Hiệu quả lâm sàng của chế độ liều B tốt hơn liều A. Thời gian thở máy, thời gian thở máy sau khi dùng colistin và thời gian nằm tại khoa hồi sức tích cực không khác biệt.

3.3. Đánh giá hiệu quả vi sinh

Bảng 3. Hiệu quả vi sinh

Tiêu chí nghiên cứu		Kết quả nghiên cứu		p
		Nhóm A (n = 22)	Nhóm B (n = 23)	
Tỷ lệ thành công về vi sinh (%)		6 (27.3)	11 (47.8)	0.155
Mức độ đáp ứng vi sinh	Hoàn toàn	6 (27.3)	11 (47.8)	0.165
	Dai dẳng	14 (63.6)	12 (52.2)	
	Bội nhiễm nhạy cảm	2 (9.1)	0 (0)	

Nhận xét: Có 22/41 (53.7%) trường hợp ở nhóm A và 23/46 (50%) trường hợp ở nhóm B cấy ra vi khuẩn. Tỷ lệ thành công về vi sinh của phác đồ B và phác đồ A tương đương nhau.

3.4. Đánh giá tỷ lệ xuất hiện tổn thương thận

Bảng 4. Tỷ lệ xuất hiện tổn thương thận

		Nhóm A (n = 26)	Nhóm B (n = 28)	P
Bệnh nhân xuất hiện tổn thương thận; n (%)		5 (19.2)	6 (21.4)	0.788
Thời gian khởi phát tổn thương thận (ngày)		4.2 ± 2.86	4.0 ± 2.10	0.896
Thời gian nồng độ creatinin cao nhất (ngày)		4 [3 – 7.5]	5.5 [2.75 –12.25]	0.574
Phân loại mức độ tổn thương thận; n (%)	Nguy cơ – R	1 (20.0)	1 (16.7)	0.491
	Tổn thương – I	3 (60.0)	5 (83.3)	
	Suy – F	1 (20.0)	0 (0)	

Nhận xét: Tỷ lệ xuất hiện tổn thương thận, ngày khởi phát tổn thương thận và ngày có nồng độ creatinine máu cao nhất của hai nhóm là tương đương nhau.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu nhận thấy phác đồ colistin liều điều chỉnh (liều B) đạt hiệu quả điều trị tốt, cụ thể: 73.9% bệnh nhân có đáp ứng lâm sàng, 47.8% bệnh nhân đáp ứng vi sinh và 21.4% bệnh nhân xuất hiện tổn thương thận. Trong khi đó, chế độ liều hiện hành (liều A) đạt hiệu quả thấp hơn: 53.7% bệnh nhân có đáp ứng lâm sàng, 27,3% bệnh nhân đáp ứng vi sinh và 19.2% bệnh nhân xuất hiện tổn thương thận.

Tỷ lệ đáp ứng lâm sàng trong nghiên cứu của Dafino khi dùng colistin liều 9MUI là 82%, và trong nghiên cứu của Bùi Thị Hảo là 70.5% [2] tương đương với hiệu quả lâm sàng của liều B (73.9%).

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ đáp ứng vi sinh của cả hai liều đều thấp hơn so với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Bùi Thị Hảo, tỷ lệ đáp ứng vi sinh đạt tới 70.5%, còn nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình đạt 62.5%. Trên thế giới, với nghiên cứu của Gul R.Yilma thì tỷ lệ này là 62,5%. Sự khác biệt này là do các nghiên cứu trên đánh giá trên các bệnh nhân nhiễm khuẩn từ tất cả các nguồn khác nhau (phổi, máu, dịch ổ bụng…) có thể lấy lại bệnh phẩm để đánh giá đáp ứng vi sinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi

chỉ đánh giá trên những bệnh nhân VPLQTM, khó khăn trong việc lấy lại bệnh phẩm, đặc biệt là những bệnh nhân đã rút ống nội khí quản.

Tỉ lệ xuất hiện tổn thương trên trong nghiên cứu của chúng tôi liều A là 19,2% và liều B là 21.4% tương tự như nghiên cứu của Dafino đã công bố 18% [7] và của Dương Thanh Hải là 22,9% [3].

Hạn chế của nghiên cứu là cỡ mẫu tương đối nhỏ. Tuy nhiên đây là nghiên cứu lâm sàng đầu tiên so sánh hiệu quả giữa hai chế độ liều, định hướng cho thực hành lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Kết quả của nghiên cứu chúng tôi nhận thấy phác đồ colistin liều điều chỉnh (liều B) có hiệu quả cao hơn phác đồ liều colistin hiện hành (liều A) trong điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện do các chủng Gram âm đa kháng, tổn thương trên thận của hai liều là tương tự nhau và tương tự các nghiên cứu đã công bố trước đó. Những kết quả này là cơ sở để áp dụng phác đồ colistin liều điều chỉnh trong điều trị nhiễm khuẩn nặng.

Cần tiến hành thêm nghiên cứu với số lượng bệnh nhân nhiều hơn và trong thời gian dài hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Binh Ng,** Hayakawa K, Co Dx1, Tuan Nd, Anh Nh, Thuy Nt, Phuong Dm, Huong Nt, Thuy Pth, Chau Nq, Nhung Ph, Gam Do Th, Hai Dt, Huong Tt, Van Anh L, Takeshita N, Ohmagari N. (2015), *"Efficacy and nephrotoxicity asscociated with colistin use in an intensive care unit in Vietnam: Use of colistin in a population of lower body weight"*, *International journal of infectious diseases*, 35, pp. 18-23.
2. **Bùi Thị Hảo (2016).** *Phân tích hiệu quả và tổn thương trên thận của colistin chế độ liều cao trên bệnh nhân nhiễm trùng bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch mai*, Tạp chí y học Việt Nam tập 441 T4, tr36-43.
3. **Dương Thanh Hải (2016),** *Nghiên cứu tổn thương thận trên bệnh nhân sử dụng colistin tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai*, Tạp chí y học Việt Nam tập 441 T4, tr120-133.
4. **Bergen P. J., Bulitta J. B.,** Forrest A., Tsuji B. T., Li J., Nation R. L. (2010), "*Pharmacokinetic/ pharmacodynamic investigation of colistin against Pseudomonasaeruginosa using an in vitro model",* Antimicrob Agents Chemother, 54(9), pp. 3783-9.
5. **Omrani A. S., Alfahad W. A.,** Shoukri M. M., Baadani A. M., Aldalbahi S., Almitwazi A. A., Albarrak A. M. (2015), *"High dose intravenous colistin methanesulfonate therapy is associated with high rates of nephrotoxicity; a prospective cohort study from Saudi Arabia",* Ann Clin Microbiol Antimicrob, 14, pp. 3.
6. **Shahbazi F., Dashti-Khavidaki S. (2015),** "*Colistin: efficacy and safety in different populations*", *Expert Rev Clin Pharmacol*, 8(4), pp. 423-48.
7. **Dalfino L, Puntillo F, Mosca A**, et al.*High-dose, extended-interval colistin administration in critically ill patients: is this the right dosing strategy?* A preliminary study. Clin Infect Dis 2012;54(12):1720-6

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU-TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IV BẰNG PHÁC ĐỒ PACLITAXEL - CISPLATIN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA

Hoàng Thị Hà[1], Phạm Cẩm Phương[2], Lê Văn Quảng[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng và tác dụng không mong muốn của phác đồ Paclitaxel – Cisplatin trên bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn IV. **Phương pháp nghiên cứu**: Mô tả, hồi cứu, trên 65 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV được điều trị phác đồ paclitaxel – cisplatin. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 61,82; Đáp ứng cơ năng 53,9%; Đáp ứng thực thể 27,7%, không có đáp ứng hoàn toàn, bệnh giữ nguyên 46,2%, bệnh tiến triển 26,2%; Có mối liên quan giữa số chu kỳ hóa chất với đáp ứng điều trị với p=0.021< 0,05; Không có mối liên quan giữa liều thuốc và đáp ứng điều trị với p=0,054 ; Tác dụng phụ trên hệ tạo huyết gặp khá cao nhưng chủ yếu độ 1, 2; Tỷ lệ hạ bạch cầu 50,8%, hạ bạch cầu hạt 49,2%, có 2 trường hợp hạ độ 4; Giảm huyết sắc tố chiếm 49,2%, không có trường hợp nào giảm độ 3 và 4; Giảm tiểu cầu chiếm 12,3% chỉ giảm độ 1 và 2.**Kết luận:** Phác đồ Paclitaxel – Cisplatin đem lại hiệu quả và độc tính chấp nhận được nên được áp dụng rộng rãi trong điều trị UTPKTBN giai đoạn tiến xa.

Từ khóa: *Phác đồ Paclitaxel – Cisplatin, ung thư phổi không tế bào nhỏ.*

[1]*Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa*
[2]*Bệnh viện Bạch Mai*
[3]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Hà
Email: hoanghayk@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 4.10.2017
Ngày duyệt bài: 10.10.2017

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF PACLITAXEL – CISPLATIN REGIMEN IN THE TREATMENT FOR IV-STAGE NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT THANH HOA GENERAL HOPITAL

Objectives: Evaluating the response and side

effects of Paclitaxel - Cisplantin regimen in the treatment for IV-stage non-small cell lung cancer. **Methods**: Retrospective, descriptivestudy on 65 patients whowere diagnosed non small cell lung cancer at stage IV, treated by the Paclitaxel-Cisplantin regimen. **Results:** The average age was 61,82; function response was 53,9%, physical response was 27,7%, non-complete response, stable disease was 46,2%, progressive disease was 26,2%; There was a relationship between the number of chemistry therapy cycles and the responses with p=0.021<0,05; There was no relationship between the doses with the responses with p=0.054; The side effects on hematopoietic system was so high, mainly at 1and 2 degree. The rate of leukopenia was 49,2%, there was no cases of leukopenia at 3 and 4 degree. The rate of thrombocytopenia was 12,3%, merely at 1 and 2 degree. **Inclusion**: The Paclitaxel-Cisplantin regime bringedthe effectiveness and the side effects at an acceptable level, so that this regime should be applied widely in the treatment for advanced stage non-small cell lung cancer

***Key words**: Paclitaxel – Cisplatin, non-small cell lung cancer.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là bệnh lý ác tính thường gặp nhất trên toàn thế giới, là nguyên nhân phổ biến gây tử vong do ung thư trên toàn cầu. Theo Globocan năm 2012, trên thế giới có khoảng 1,83 triệu trường hợp UTP mới mắc. Bệnh gặp ở cả hai giới nam và nữ. UTP là loại ung thư có độ ác tính cao, tiến triển nhanh và tiên lượng xấu.

Theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới, UTP được chia thành 2 nhóm chính là UTPKTBN và ung thư phổi tế bào nhỏ, trong đó UTPKTBN chiếm 80 - 85%. Tại thời điểm chẩn đoán, có khoảng 40% bệnh nhân UTPKTBN đã ở giai đoạn IV, nghĩa là đã có di căn xa và không còn khả năng phẫu thuật hoặc hóa xạ trị đồng thời, không còn khả năng điều trị triệt căn. Mục tiêu điều trị UTPKTBN giai đoạn IV là kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân và cải thiện triệu chứng lâm sàng.

Paclitaxel là một Taxane có hiệu quả rõ rệt trong điều trị UTPKTBN giai đoạn muộn, khi dùng đơn độc hay phối hợp với Cisplatin. Do những hiệu quả và tính an toàn đã được chứng minh qua nhiều thử nghiệm lâm sàng, phác đồ Paclitaxel – cisplatin đã trở thành một trong những phác đồ được sử dụng rộng rãi trên thế giới. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá đáp ứng và tác dụng không mong muốn của phác đồ Paclitacel - Cisplatin.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Ung Bướu bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hoá từ tháng 01 năm 2014 đến tháng 05 năm 2017. Gồm 65 bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ kết hợp Paclitacel -Cisplatin.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Chẩn đoán xác định là UTPKTBN giai đoạn IV chưa di căn não bằng kết quả mô bệnh học. Chỉ số toàn trạng PS từ 0-2. Không mắc ung thư thứ hai. Không có chống chỉ định điều trị hóa chất. Điều trị tối thiểu 3 đợt hoá chất phác đồ Paclitaxel-Cisplatin. Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ thông tin.

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

Các bước tiến hành: Bệnh nhân được khám lâm sàng đánh giá toàn trạng, các triệu chứng lâm sàng thường gặp.

- Bệnh nhân được chụp phim cắt lớp lồng ngực, ổ bụng và MRI não, trước khi điều trị để đánh giá giai đoạn bệnh.
- Bệnh nhân được làm các xét nghiệm đánh giá chức năng gan, thận, điện giải đổ, công thức máu và các chỉ điểm khối u CEA trước khi điều trị.
- Điều trị hóa chất phác đồ Paclitaxel phối hợp với Cisplatin.

1. Paclitaxel 175 mg/m^2 da TM ngày 1
2. Cisplatin 80mg/m^2 da TM ngày 1

Sau mỗi đợt điều trị bệnh nhân sẽ được khám lại để đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng, đáp ứng với điều trị để có thể điều chỉnh liều thuốc cho thích hợp. Khi truyền hóa chất các bệnh nhân được dùng thuốc hỗ trợ như (thuốc chống nôn, chống sốc trước và sau truyền).

- Thu thập thông tin về độc tính (huyết học, tiêu hóa, tiết niệu, thần kinh) trước mỗi lần điều trị.
- Xử trí các tình huống gặp trong quá trình điều trị: Như hạ bạch cầu, nhiễm khuẩn, suy giảm chức năng gan, thận sẽ được xử trí kịp thời và chỉ truyền hoá chất tiếp khi các chỉ số trở về mức độ cho phép.
- Chụp lại phim cắt lớp lồng ngực, ổ bụng và các chất chỉ điểm khối u sau 3, 6 đợt điều trị để đánh giá đáp ứng.
- Nếu bệnh nhân có đáp ứng sẽ tiếp tục điều trị đến 6 đợt. Nếu không đáp ứng sẽ được chuyển phác đồ khác.
- Bệnh nhân được theo dõi trong suốt quá trình điều trị phác đồ Paclitaxel-Cisplatin.

Phương pháp quản lý, thống kê và xử lý số liệu: Các thông tin thu nhận được nhập vào máy tính và xử lý trên phần mềm SPSS16.0.

Phân tích và xử lý số liệu bằng các thuật toán thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 1: Đặc điểm về tuổi, giới c

Giới / Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng số	
	Số BN	**Tỷ lệ%**	**Số BN**	**Tỷ lệ%**	**Số BN**	**Tỷ lệ%**
≤50	4	7,1	0	0	4	6,2
51 – 60	16	24,6	4	6,2	20	30,8
61 – 70	28	43,1	4	6,2	32	49,2
>70	8	12,3	1	3,1	9	13,8
Tổng	**56**	**86,2**	**9**	**13,8**	**65**	**100**

Nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình là 61,82 ± 8,6. Nhóm tuổi mắc nhiều nhất là 61 - 70 với tỷ lệ 49,2%. Trong hầu hết các nghiên cứu về bệnh ưng thư thì tuổi là một trong những yếu tố quan trọng vì tuổi phản ánh quá trình tích lũy thời gian tiếp xúc với các tác nhân gây bệnh. Trong các nghiên cứu về ung thư nói chung và ung thư phổi nói riêng thì tuổi hay gặp là trên 40 tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam/nữ là 6/1. Tỷ lệ mắc UTP của nam và nữ theo nghiên cứu Hoàng Minh Tú (2016) là 4,8/1, nghiên cứu của Rosell (2002) tỷ lệ nam/nữ là 5:1 tương đương với nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên tỷ lệ này không mang tính dịch tể học UTP do chỉ nghiên cứu một nhóm đối tượng bệnh nhân giai đoạn IV và được điều trị phác đồ hóa chất Palitaxel-Cisplatin nên không có ý nghĩa so sánh với các tỷ lệ trên.

Đáp ứng điều trị của phác đồ

Bảng 2. Đáp ứng cơ năng

Đáp ứng cơ năng	Số BN	Tỷ lệ %
Hết hoàn toàn	5	7,7
Thuyên giảm một phần	30	46,2
Giữ nguyên	18	27,7
Nặng thêm	12	18,5
Tổng	**65**	**100**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 65 bệnh nhân cho tỷ lệ đáp ứng cơ năng là 53,9% (trong đó tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 7,7%, giảm một phần triệu chứng là 46,2%). Có 12 trường hợp có các triệu chứng không giảm và tăng lên chiếm tỷ lệ 18,5%. Kết quả nghiên cứu này cho tỷ lệ đáp ứng cơ năng thấp hơn nghiên cứu của các tác giả Hoàng Minh Tú là 65,5, nghiên cứu của Phạm Văn Trường là 76,5%. Có lẽ đây là một nghiên cứu hồi cứu nên việc đánh giá sự thuyên giảm triệu chứng cơ năng của bệnh nhân chỉ dựa trên những kết quả nghi chép trong bệnh án nên không tránh khỏi các yếu tố gây nhiễu kết quả theo dõi.

Bảng 3. Đáp ứng thực thể sau điều trị

Đáp ứng thực thể	Số BN	Tỷ lệ %
Đáp ứng một phần	18	27,7
Bệnh giữ nguyên	30	46,2
Bệnh tiến triển	17	26,2
Tổng	**65**	**100**

Tỷ lệ đáp ứng chung của phác đồ trong nghiên cứu chúng tôi là 27,7% ,không có bệnh nhân nào đáp ứng hoàn toàn, thấp hơn kết quả nghiên cứu của Hoàng Minh Tú là 35,8%. Sự khác biệt này có thể được giải thích là do trong các nghiên cứu trước họ tính chung tỷ lệ đáp ứng trên cả hai nhóm bệnh nhân giai đoạn IIIb và giai đoạn IV, trong khi nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân đều ở giai đoạn IV, đặc biệt nhiều bệnh nhân di căn nhiều nơi, thể trạng yếu nên việc điều trị cho kết quả đáp ứng kém hơn cũng là điều hợp lý. Tỷ lệ bệnh tiến triển trong nghiên cứu của chúng tôi là 26,2%. Những bệnh nhân tiến triển phần lớn là do xuất hiện thêm những tổn thương di căn mới. Một số bệnh nhân sau 3 chu kỳ hóa chất có đáp ứng một phần nhưng sau khi điều trị đến 6 chu kỳ thì bệnh giữ nguyên hoặc tiến triển. Đây có thể là do hiện tượng kháng thuốc ở nhóm bệnh nhân này.

Bảng 4. Mối liên quan giữa số chu kỳ hóa chất với đáp ứng điều trị

Đáp ứng / Số CKHC	Có		Không		χ^2, p
	Số BN	**Tỷ lệ %**	**Số BN**	**Tỷ lệ %**	
3 - < 6 chu kỳ	3	4,6	20	30,8	P= 0,021
6 chu kỳ	15	23,1	27	41,5	
Tổng	18	27,7	47	72,3	

Số chu kỳ hóa chất có ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh nhân đáp ứng với điều trị khi được điều trị đủ 6 đợt hóa chất có tỉ lệ cao nhất chiếm 23,1%, nhóm bệnh nhân khi được điều trị dưới 6 đợt hóa chất có tỉ lệ đáp ứng điều trị là 4,6%. Sự khác biệt về tỷ lệ đáp ứng giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với p = 0,021 < 0,05 . Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Phạm Văn Trường (2013) là tỷ lệ đáp ứng của nhóm bệnh nhân điều trị đủ 6 đợt hóa chất là 60%, nhóm không đủ 6 đợt điều trị là 11,5%. Điều này lý giải do những bệnh nhân được điều trị dưới 6 chu kỳ hóa chất chủ yếu là những bệnh nhân không đáp

ứng với điều trị hoặc bệnh tiến triển nên phải ngừng điều trị hay chuyển phác đồ khác.

Bảng 5. Mối liên quan giữa liều thuốc và đáp ứng điều trị

Đáp ứng / % liều dung	Có		Không		Tổng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
>95%	5	7,7	3	4,6	8	12,3
90% - 95%	5	7,7	21	32,3	26	40
85% - < 90%	8	12,3	23	35,4	31	47,7
Tổng	18	27,7	47	72,3	65	100
p = 0,054						

Hầu hết bệnh nhân được điều trị với liều 85% – 95% so với liều chuẩn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ đáp ứng ở nhóm bệnh nhân > 95% là 7,7%, nhóm 90 – 95% là 7,7%, nhóm < 90% là 12,3%. Không có mối liên quan nào giữa mức độ đáp ứng và tỉ lệ phần trăm liều thuốc sử dụng với p=0,054. Nhóm sử dụng trên 95% liều hóa chất chuẩn cũng không có tỉ lệ đáp ứng cao hơn các nhóm còn lại. Đây là một chi tiết khiến các bác sỹ lâm sàng phải lưu tâm khi chỉ định liều điều trị cho bệnh nhân. Với liều càng cao, khả năng gây ra độc tính sẽ càng cao, ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nhưng không cải thiện tỉ lệ đáp ứng. Phải chăng nên chọn liều khởi đầu không cần quá cao (có thể dưới 90%) và nên giảm liều khi bệnh nhân xuất hiện các độc tính trong quá trình điều trị vì không ảnh hưởng tới hiệu quả điều trị?

Một số tác dụng không mong muốn của phác đồ

Bảng 6. Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết

Dòng tế bào	độc tính									
	Độ 0		Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Giảm bạch cầu	32	49,2	20	30,8	6	9,2	5	7,7	2	3,1
Giảm bạch cầu hạt	34	52,3	17	26.2	8	12,3	4	6,2	2	3,1
Giảm huyết sắc tố	33	50,8	23	35,4	9	13,8	0	0	0	0
Giảm tiểu cầu	57	87,7	5	7,7	3	4,5	0	0	0	0

Độc tính là vấn đề luôn phải đối mặt trong điều trị hóa chất, đặc biệt ở bệnh nhân giai đoạn IV vì lúc này bệnh nhân có thể trạng kém, nhạy cảm hơn với tác dụng phụ của hóa chất. Vai trò của hóa chất trong điều trị ung thư phổi giai đoạn tiến xa là điều trị triệu chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống là chính. Việc kéo dài thời gian sống thêm không chỉ phụ thuộc vào đáp ứng thuốc của bệnh nhân mà còn phụ thuộc vào khả năng chịu đựng được tác dụng phụ của hóa chất.

Trong nghiên cứu của chúng tôi độc tính trên huyết học gặp khá cao nhưng hầu hết chỉ ở mức độ nhẹ (độ 1,2) chủ yếu trên dòng bạch cầu (50,8%) và huyết sắc tố (49,2%). Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Hoàng Minh Tú: giảm bạch cầu 48,1%, giảm huyết sắc tố 74,1%. Có 2 trường hợp giảm bạch cầu độ 4, và 5 trường hợp giảm bạch cầu độ 3. Các trường hợp này đều được dùng thuốc kích bạch cầu và kháng sinh dự phòng sau 1 tuần trở về bình thường. Không có trường hợp nào phải ngừng điều trị do hạ bạch cầu.

Hạ tiểu cầu là một độc tính gây lo lắng rất nhiều cho thầy thuốc lâm sàng bởi vì khi xảy ra độc tính này thì phải giãn cách thời gian điều trị. Hiện nay, chưa có sản phẩm y tế nào có thể kích thích sản sinh tiểu cầu một cách hiệu quả và giải pháp truyền tiểu cầu thì không khả thi do vòng đời tiểu cầu là 3 ngày, số lượng tiểu cầu sẽ trở về thời điểm trước khi truyền sau 3ngày. Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ hạ tiểu cầu thấp 12,3%, kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Hoàng Minh Tú 18,5%. Điều này cũng hợp lý đối với các nghiên cứu phác đồ paclitaxel – cisplatin cho tỷ lệ hạ tiểu cầu thấp hơn phác đồ paclitaxel – carboplatin.

Giảm huyết sắc tố không phải chỉ do tác dụng phụ của hoá chất mà còn do bệnh nhân thiếu dinh dưỡng do chèn ép thực quản hay mệt mỏi, chán ăn gây ra. Điều này cũng đặt ra vấn đề chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân điều trị hoá chất là hết sức cần thiết. Nói chung tác dụng phụ trên hệ tạo huyết thường rất nhẹ và có khả năng hồi phục nhanh.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ Paclitaxel – cisplatin cho tỷ lệ đáp ứng trung bình, cải thiện triệu chứng lâm sàng. Dung nạp thuốc tốt. Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết còn khá cao tuy nhiên gặp chủ yếu ở mức độ nhẹcó thể xử trí được trong quá trình điều trị. Do vậy phác đồ paclitaxel - cisplatin

vẫn là một trong những lựa chọn điều trị cho bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn tiến xa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Globocan (2012)**. Worldwide, *Lung Cancer Incidence and Mortality.*
2. **Nguyễn Bá Đức (2004).** Ung thư phổi. *Hoá chất điều trị bệnh ung thư*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 64-70, 289-397.
3. **Bùi Công Toàn, Hoàng Đình Chân (2008),** Bệnh ung thư phổi, *Nhà xuất bản Y học.*
5. **Hoàng Minh Tú (2016),** *Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIb - IV bằng phác đồ Paclitaxel - Cisplatin tại trung tâm ung bướu Thái Nguyên*, Trường Đại học Y Hà Nội, Luận văn thạc sĩ y học.
6. **Phạm Văn Trường (2013),** *Đánh giá kết quả hóa trị phác đồ Vinorelbin - cisplatin trong k phổi tế bào nhỏ Giai Đoạn IIIb - IV tại bệnh viện k,* Trường Đai học Y Hà Nội, Luận văn thạc sĩ y học.
7. **Rosell R, Gatzemeier U,** Betticher DC, et al. (2002), Phase III randomised trial comparing paclitaxel/carboplatin with paclitaxel/cisplatin in patients with advanced non-small-cell lung cancer: a cooperative multinational trial, *Ann Oncol,* 13 (10), 1539-1549.

NGHIÊN CỨU SỰ THAY ĐỔI CÁC TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA TIỀN SẢN GIẬT NẶNG SAU MỔ LẤY THAI

Nguyễn Đức Lam*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu sự thay đổi các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của các sản phụ tiền sản giật nặng sau mổ lấy thai. **Đối tượng, phương pháp**: Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh, 180 bệnh nhân TSG nặng được mổ lấy thai, chia làm 3 nhóm gồm nhóm 1 được gây mê nội khí quản; nhóm 2 được gây tê tủy sống và nhóm 3 được gây tê tủy sống – ngoài màng cứng phối hợp. **Kết quả**: Sau mổ lấy thai 48 giờ, huyết áp tâm thu ở ba nhóm tương ứng là: 142,3 ± 9,7; 141,2 ± 11,3 và 140,8 ± 12,6mmHg giảm so với trước mổ (160,1 ± 11,2; 161,4 ± 14,3 và 162,7 ± 10mmHg). Huyết áp tâm trương của ba nhóm tương ứng là: 89,8 ± 9,5; 88,7 ± 8,9 và 87,3 ± 9,1mmHg cũng giảm so với trước mổ (105,1 ± 10,1; 104,6 ± 13,1 và 107,3 ± 11,4mmHg). Protein niệu sau mổ ở ba nhóm tương ứng là: 4,38 ± 4,14; 2,79 ± 2,51 và 2,56 ± 2,29g/l, giảm so với trước mổ (8,33 ± 7,85; 6,02 ± 4,92 và 7,20 ± 5,94g/l).

Các xét nghiệm sinh hóa và huyết học có xu hướng trở về giá trị bình thường, riêng albumin máu, tiểu cầu, tỷ lệ prothrombin giảm so với trước mổ. **Kết luận**: Ở cả ba nhóm nghiên cứu, các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của tiền sản giật giảm nhanh sau mổ lấy thai; có giảm albumin máu, số lượng tiểu cầu và tỷ lệ prothrombin so với trước mổ ($p < 0,05$).

Từ khóa: Tiền sản giật nặng, gây mê nội khí quản, gây tê tủy sống, gây tê tủy sống – ngoài màng cứng phối hợp.

SUMMARY

RESEARCH THE CHANGE OF CLINIC AND PARACLINIC SYMPTOM OF SEVERE PREECLAMPSIA AFTER CESAREAN SECTION

Objectives: To study the change of clinical and paraclinics symptoms of severe pre-eclampsia after caesarean section. Object and method: Randomized comparative clinical trial, 180 patients with severe pre-eclampsia underwent cesarean section, divided into 3 groups, group 1 was general intubation; Group 2 was given spinal anesthesia and group 3 was spinal combined spinal epidural anesthesia. Results: After 48 hours of cesarean section, systolic blood pressure in the three groups was 142.3 ± 9.7; 141.2 ± 11.3 and 140.8 ± 12.6mmHg lower than before surgery (160.1 ± 11.2, 161.4 ± 14.3 and 162.7 ± 10mmHg). The diastolic blood pressure of the three groups was 89.8 ± 9.5; 88.7 ± 8.9 and 87.3 ± 9.1mmHg were also lower than before surgery (105.1 ± 10.1, 104.6 ± 13.1 and 107.3±11.4mmHg). Proteinuria after surgery in the three groups, respectively, was: 4.38 ± 4.14; 2.79 ± 2.51 and 2.56 ± 2.29g/l, lower than before surgery (8.33 ± 7.85, 6.02 ± 4.92 and 7.20± 5.94g/l). Biochemical and hematologic tests tend to return to normal values, particularly for blood albumin, platelets, prothrombin levels decrease compared to preoperative. Conclusion: In all three study groups, the clinical and paraclinical symptoms of preeclampsia decreased dramatically after caesarean section; decreased blood albumin, platelet count and prothrombin score compared with preoperative ($p < 0.05$).

Key words: Severe pre-eclampsia, general anesthesia, spinal anesthesia, CSE.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật là bệnh lý chỉ gặp trong sản khoa, bệnh thường xảy ra ở ba tháng cuối của thời kỳ thai nghén và có thể gây ra những biến chứng nguy hiểm đến sức khoẻ, tính mạng của bà mẹ, thai nhi và trẻ sơ sinh. Tiền sản giật có thể xảy ra ở tất cả các nước trên thế giới, ở cả các nước phát triển và đang phát triển. Nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh của tiền sản giật đến nay vẫn chưa được hiểu biết đầy đủ. Tỷ lệ mắc tiền sản giật thay đổi theo từng khu vực trên thế

*Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Lam
Email: lamgmhs75@gmail.com
Ngày nhận bài: 10.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 9.10.2017
Ngày duyệt bài: 13.10.2017

giới: tại Hoa Kỳ là 5 - 6%, tại Cộng hoà Pháp là 5%, tại Việt Nam là 4-5%. Có nhiều phương pháp, nhiều loại thuốc điều trị bệnh nhưng cách điều trị triệt để và hiệu quả nhất là đình chỉ thai nghén, chủ yếu bằng mổ lấy thai. Tuy nhiên, đối với tiền sản giật nặng, giai đoạn sau mổ lấy thai, vẫn có những thay đổi lớn về triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng cần đặc biệt quan tâm để hạn chế tai biến cho người mẹ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: "Nghiên cứu sự thay đổi các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của các sản phụ tiền sản giật nặng sau mổ lấy thai".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân tiền sản giật nặng theo tiêu chuẩn của hội Gây mê hồi sức và hội Sản phụ khoa Pháp năm 2007; không có chống chỉ định của gây tê tủy sống hoặc gây tê ngoài màng cứng; tuổi thai từ 32 tuần trở lên; ASA II, III; không có rối loạn ý thức; đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Đa thai hoặc thai có các dị tật bẩm sinh; có các bệnh nội khoa trước khi có thai; có rối loạn đông máu, tiểu cầu < 100G/l; đã có biến chứng trên mẹ như: xuất huyết não, sản giật, hội chứng HELLP, rau bong non, suy tim, phù phổi cấp... hoặc có biến chứng trên thai: thai chết lưu...; không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

**Cỡ mẫu:* 180 bệnh nhân được phân loại ngẫu nhiên thành ba nhóm với số lượng bằng nhau, được vô cảm để mổ lấy thai bằng ba phương pháp: Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản; gây tê tủy sống; gây tê tủy sống – ngoài màng cứng phối hợp.

180 bệnh nhân sẽ được phân loại ngẫu nhiên vào ba nhóm nghiên cứu. Nhóm 1 (n = 60), được vô cảm bằng gây mê nội khí quản (propofol 2mg/kg, fentanyl 0,1 mg, succinylcholin 1mg/kg, tracurium 0,3mg/kg, isofluran 0,5–1%). Nhóm 2 (n = 60), được vô cảm bằng gây tê tủy sống ở L2-3 (bupivacain 7 – 8,5mg phối hợp với fentanyl 30mcg và morphin không có chất bảo quản 100mcg). Nhóm 3 (n = 60), được vô cảm bằng gây tê tủy sống và ngoài màng cứng phối hợp (bupivacain 5 – 6,5 mg phối hợp với fentanyl 30 mcg gây tê tủy sống và tiêm thêm 100 – 200 mg lidocain ngoài màng cứng để đạt đến mức phong bế cảm giác từ T4 – T6).

Các bệnh nhân được theo dõi liên tục về các triệu chứng lâm sàng trong suốt cuộc mổ và kéo dài đến hết 48 giờ đầu tiên sau mổ. Các bệnh nhân cũng được xét nghiệm sinh hóa và huyết học sau mổ 24 giờ và sau mổ 48 giờ. Các thông số nghiên cứu sẽ được ghi vào phiếu nghiên cứu và được xử lý bằng phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung và các triệu chứng nặng của tiền sản giật

	Nhóm 1 (n = 60)	Nhóm 2 (n = 60)	Nhóm 3 (n = 60)	P
Tuổi (năm)	29.63 ± 5.52	30.13 ± 5.53	30.05 ± 5.54	> 0.05
Chiều cao (cm)	156.7 ± 3.9	154.6 ± 4.6	155.3 ± 50	> 0.05
Cân nặng (kg)	60.07 ± 7.80	64.18 ± 9.30	61.60 ± 8.27	> 0.05
Tuổi thai (tuần)	34.89 – 2.45	35.13 ± 2.38	35.21 ± 2.26	> 0.05
Con so (n%)	31 (51.7)	33 (55)	29 (48.3)	> 0.05
Nhức đầu	9 (15)	7 (11.67)	8 (13.13)	> 0.05
Đau thượng vị	6 (10)	6 (10)	4 (6,67)	> 0.05
Phù to toàn thân	46 (76.67)	51(85)	41 (68.33)	> 0.05
Huyết áp > 160/110 mmHg	50 (83.33)	53 (88.33)	49 (81.67)	> 0.05
Protein niệu > 3.5 g/l	40 (66.67)	33 (55)	39 (65)	> 0.05
Creatinin máu > 100 µmol/l	7 (11.7)	1 (1.67)	5 (8.33)	> 0.05
GOT, GPT > 3 lần bình thường	11 (18.33)	6 (10)	7 (11.67)	> 0.05

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân tiền sản giật có huyết áp cao > 160/110mmHg và protein niệu > 3,5g/l.

Bảng 2. Thay đổi các triệu chứng lâm sàng sau mổ

		Nhóm 1 (n = 60)	Nhóm 2 (n = 60)	Nhóm 3 (n = 60)	P
Huyết áp tâm thu (mmHg)	*Trước mổ*	160,1 ± 11,2	161,4 ± 14,3	162,7 ± 10,0	> 0,05
	Sau mổ	142,3 ± 9,7*	141,2 ± 11,3*	140,8 ± 12,6*	> 0,05

Huyết áp tâm trương (mmHg)	*Trước mổ*	105,1 ± 10,1	104,6 ± 13,1	107,3 ± 11,4	> 0,05
	Sau mổ	89,8 ± 9,5*	88,7 ± 8,9*	87,3 ± 9,1*	> 0,05
Tần số tim (lần/phút)	*Trước mổ*	103,0 ± 18,4	98,20 ± 18,4	100,3 ± 19,6	> 0,05
	Sau mổ	87,5 ± 9,1*	84,7 ± 7,9*	85,4 ± 8,2*	> 0,05
Tần số thở (lần/phút)	*Trước mổ*	19,1 ± 2,0	18,4 ± 1,8	18,2 ± 1,8	> 0,05
	Sau mổ	16,7 ± 1,9	16,3 ± 1,6	16,5 ± 1,5	> 0,05
SpO2 (%)	*Trước mổ*	97,5 ± 1,3	97,7 ± 1,1	97,4 ± 1,1	> 0,05
	Sau mổ	95,8 ± 1,9	96,4 ± 2,1	96,6 ± 1,7	> 0,05

*p < 0,05 so với trước mổ

Nhận xét: Sau mổ, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương và tần số tim giảm có ý nghĩa thống kê so với trước mổ ở cả ba nhóm.

Bảng 3. Thay đổi các xét nghiệm sinh hóa trước và sau mổ

		Nhóm 1 (n = 60)	**Nhóm 2 (n = 60)**	**Nhóm 3 (n = 60)**	**P**
Protein niệu (g/l)	*Trước*	8,33 ± 7,85	6,02 ± 4,92)	7,20 ± 5,94	>0.05
	Sau	4,38 ± 4,14*	2,79 ± 2,51*	2,56 ± 2,29*	>0.05
Albumin máu (g/l)	*Trước*	28,75 ± 4,21	29,38 ± 4,31	29,62 ± 4,20	>0.05
	Sau	25,94 ± 3,59*	25,95 ± 4,19*	25,9 ± 3,28*	>0.05
Urê (mmol/l)	*Trước*	7,28 ± 3,40	8,12 ± 8,00	7,70 ± 7,68	>0,05
	Sau	6,63 ± 3,39	6,54 ± 3,24	6,41 ± 2,77	>0,05
Creatinin (µmol/l)	*Trước*	86,07 ± 23,22	78,02 ± 20,47	81,57 ± 29,15	>0,05
	Sau	82,06 ± 31,79	76,55 ± 25,77	76,93 ± 26,47	>0,05
GOT (µmol/l)	*Trước*	49,15 ± 86,05	42,95 ± 41,19	51,05 ± 76,23	>0,05
	Sau	40,06 ± 63,97	39,38 ± 40,83	42,88 ± 71,48	>0,05
GPT (µmol/l)	*Trước*	46,18 ± 91,72	40,72 ± 61,32	49,12 ± 98,15	>0,05
	Sau	37,86 ± 96,27	39,83 ± 44,73	44,95 ± 78,16	>0,05
Bilirubin (mmol/l)	*Trước*	6,40 ± 4,09	5,28 ± 3,14	8,18 ± 18,62	>0,05
	Sau	8,08 ± 5,60	6,75 ± 3,60	7,44 ± 6,20	>0,05

*p < 0,05 so với giá trị trước mổ

Nhận xét: Protein niệu, albumin máu sau mổ giảm có ý nghĩa thống kê so với trước mổ, các chỉ số sinh hóa khác cũng giảm nhưng không có ý nghĩa thống kê ở cả ba nhóm.

Bảng 4. Thay đổi các xét nghiệm huyết học trước và sau mổ

		Nhóm 1 (n= 60)	**Nhóm 2 (n= 60)**	**Nhóm 3 (n=60)**	p
Tiểu cầu trước mổ (G/l)	*Trước*	180,79 ± 64,06	192,61 ± 62,83	207,73 ± 59,01	>0.05
	Sau	167,71 ± 66,45*	184,39 ± 54,96*	197,82 ± 59,52	>0.05
Prothrombin (%)	*Trước*	163,30 ± 32,71	159,91 ± 30,80	158,49 ± 31,75	>0.05
	Sau	142,98 ± 32,16*	145,94 ± 38,66*	148,14 ± 27,02*	>0.05
Fibrinogen (g)	*Trước*	5,22 ± 1,38	5,61 ± 1,55	5,40 ± 1,63	>0.05
	Sau	5,09 ± 1,15	5,27 ± 1,68	5,12 ± 1,33	>0.05
APTT (s)	*Trước*	27,81 ± 3,04	26,76 ± 2,65	27,15 ± 2,57	>0.05
	Sau	27,85 ± 3,04	27,30 ± 2,72	27,53 ± 3,09	>0.05
APTT (b/c)	*Trước*	0,94 ± 0,11	0,91 ± 0,10	0,92 ± 0,09	> 0,05
	Sau	0,94 ± 0,11	0,90 ± 0,09	0,94 ± 0,11	> 0,05

*p < 0,05 so với giá trị trước mổ

Nhận xét: Số lượng tiểu cầu sau mổ ở cả ba nhóm đều giảm so với trước mổ, mức độ giảm có ý nghĩa thống kê ở nhóm 1 và nhóm 2 (p < 0,05). Tỷ lệ prothrombin giảm có ý nghĩa thống kê so với trước mổ ở nhóm 1 và nhóm 3.

IV. BÀN LUẬN

***Thay đổi về các triệu chứng lâm sàng**

Thay đổi huyết áp động mạch sau mổ: Các bệnh nhân tiền sản giật nặng trong nghiên cứu của chúng tôi được tiếp tục theo dõi huyết áp động mạch trong 48 giờ sau mổ. Theo kết quả ở bảng 2, huyết áp động mạch tâm thu và tâm trương của các bệnh nhân ở cả ba nhóm đều có xu hướng giảm và trở về mức bình thường sau mổ 48 giờ. Ở nhóm 2 và nhóm 3 do các bệnh nhân được giảm đau tốt hơn so với các bệnh nhân ở nhóm 1 (nhóm gây mê) nên huyết áp động mạch có xu hướng thấp hơn, tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Thay đổi tần số tim sau mổ: Tần số tim sau mổ 48 giờ có xu hướng giảm và trở về bình thường. Ở nhóm gây mê (nhóm 1) tần số tim có xu hướng giảm ít hơn so với ở hai nhóm gây tê, có lẽ do các bệnh nhân gây mê không được giảm đau tốt bằng các bệnh nhân được gây tê, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả trong và ngoài nước [3], [4].

Thay đổi về hô hấp: Chúng tôi thấy tần số thở của các bệnh nhân ở cả ba nhóm giảm thêm 1 - 3 nhịp/phút so với trước mổ và sau đó ổn định. Không có sự khác biệt về tần số thở giữa các nhóm. Bão hòa oxy mao mạch của các bệnh nhân cũng đều trong giới hạn bình thường và không có sự khác biệt giữa ba nhóm nghiên cứu. Việc theo dõi bão hòa oxy mao mạch là rất quan trọng ở các bệnh nhân tiền sản giật nặng giai đoạn sau mổ lấy thai vì đây là giai đoạn bệnh nhân dễ bị suy hô hấp do phù phổi vì áp lực keo giảm và do truyền nhiều dịch trong mổ, phối hợp với các tác dụng gây ức chế hô hấp của các thuốc sử dụng trong gây mê. Nghiên cứu của chúng tôi theo dõi bão hòa oxy mao mạch liên tục trong 48 giờ sau mổ nên kịp thời phát hiện và xử trí sớm các trường hợp SpO_2 giảm nên không có bệnh nhân nào bị suy hô hấp.

***Thay đổi về các triệu chứng cận lâm sàng**

Lượng protein niệu của các bệnh nhân trước mổ trong nghiên cứu của chúng tôi rất cao: ở nhóm 1 là 8,33±7,85g/l; nhóm 2 là 6,02 ± 4,92g/l và nhóm 3 là 7,20 ± 5,94g/l, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa ba nhóm. Giá trị này của chúng tôi cao hơn so với kết quả của Lê Thiện Thái (5,1 ± 0,24g/l) do tác giả này nghiên cứu về các bệnh nhân tiền sản giật nói chung bao gồm cả thể nhẹ và thể nặng [2]. Lượng protein niệu sau mổ giảm đi khá nhanh và giảm một cách có ý nghĩa thống kê so với trước mổ ở cả ba nhóm. Điều này cho thấy phương pháp điều trị hiệu quả nhất của tiền sản giật là đình chỉ thai nghén.

Sau mổ, lượng albumin máu của các bệnh nhân ở cả ba nhóm cũng giảm nhiều so với giá trị trước mổ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này có thể giải thích là do các bệnh nhân bị mất máu trong mổ (trung bình khoảng 500 – 1000ml) nên cũng bị mất đi một lượng protein và albumin trong máu. Albumin máu sau mổ ở cả ba nhóm đều giảm xuống khá thấp nên chúng tôi cho thấy rất cần thiết phải truyền dung dịch albumin cho các bệnh nhân tiền sản giật nặng có giảm albumin trước mổ để tránh biến chứng phù phổi cấp sau mổ do giảm áp lực keo trong máu.

Trước mổ đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có ure và creatinin máu bình thường, theo Ngô Văn Tài khi nghiên cứu sự kết hợp của nhiều yếu tố nguy cơ của tiền sản giật với từng loại biến chứng trên mẹ và con cho thấy: Nếu thai phụ tiền sản giật có ure máu ≥ 6,6 mmol/l kết hợp với creatinin máu ≥ 106 µmol/l thì có biểu hiện suy thận là 52,6% [1]. Sau mổ 24 giờ, cả ure và creatinin máu của các bệnh nhân tiền sản giật nặng ở ba nhóm đều giảm, mức độ giảm cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa ba nhóm và so với giá trị trước mổ. Điều này cho thấy các thuốc sử dụng trong nhóm gây mê nội khí quản của chúng tôi hoàn toàn không ảnh hưởng đến chức năng thận của các bệnh nhân tiền sản giật. Có thể do chúng tôi sử dụng thuốc giãn cơ là tracurium, thuốc này đào thải trong huyết tương theo con đường Hormann nên không ảnh hưởng đến chức năng thận của bệnh nhân.

Các kết quả xét nghiệm men gan và bilirubin máu sau mổ cũng giảm so với trước mổ ở cả ba nhóm nghiên cứu. Điều này một lần nữa chứng minh rằng: phương pháp điều trị triệt để của tiền sản giật là đình chỉ thai nghén. Chức năng gan thận sẽ trở về bình thường trong vòng 4 tuần sau mổ. Thuốc mê mà chúng tôi sử dụng trong nghiên cứu là propofol không gây ảnh hưởng và làm nặng nên các trường hợp suy gan thận trong tiền sản giật. Không gặp trường hợp nào bệnh nhân chậm tỉnh hoặc không tỉnh sau gây mê trong nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, theo y văn có tới 30% trường hợp xuất hiện hội chứng HELLP sau sinh, vì vậy, theo dõi men gan sau mổ là rất cần thiết để chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời.

Rối loạn đông máu và giảm tiểu cầu là các triệu chứng khá thường gặp ở bệnh nhân tiền sản giật nặng do đó xét nghiệm thường quy, theo dõi liên tục số lượng tiểu cầu và đông máu giúp phát hiện sớm các rối loạn đông máu trước khi có các triệu chứng rối loạn đông máu trên lâm sàng. Số lượng tiểu cầu của các bệnh nhân tiền sản giật sau mổ có xu hướng giảm nhẹ, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm, tuy nhiên ở nhóm 1 và nhóm 2 sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước mổ ($p<0,05$). Trong nghiên cứu của chúng tôi có gặp 1 trường hợp bệnh nhân ở nhóm 3 có số lượng tiểu cầu sau mổ 24 giờ giảm từ 102 G/l xuống 75G/l trong khi các xét nghiệm đông máu vẫn bình thường. Bệnh nhân này được tiếp tục

theo dõi thêm 2 ngày nữa và khi tiểu cầu > 100G/l mới chỉ định rút catheter ngoài màng cứng. Bệnh nhân được xuất viện sau 7 ngày và không có triệu chứng thần kinh khu trú. Việc theo dõi liên tục số lượng tiểu cầu và các xét nghiệm đông máu sau mổ lấy thai ở các bệnh nhân tiền sản giật nặng được gây tê ngoài màng cứng hoặc gây tê tủy sống – ngoài màng cứng phối hợp là cần thiết trước khi rút catheter để phòng tránh biến chứng máu tụ ngoài màng cứng ở các bệnh nhân này. Tỷ lệ prothrombin sau mổ ở cả ba nhóm đều giảm so với trước mổ (p<0,05) tuy nhiên vẫn trong giới hạn bình thường, còn lại các giá trị khác không thay đổi so với trước mổ. Có thể prothrombin giảm là mất máu trong mổ và do tiêu thụ vào quá trình cầm máu trong mổ.

V. KẾT LUẬN

Các triệu chứng lâm sàng của tiền sản giật nặng giảm nhanh chóng trong giai đoạn 48 giờ đầu sau mổ lấy thai: Protein niệu giảm có ý nghĩa thống kê so với trước mổ nhưng vẫn còn ở mức cao; huyết áp động mạch tâm thu và tâm trương giảm có ý nghĩa thống kê so với trước mổ, tuy nhiên vẫn chưa về giá trị bình thường. Kết quả các xét nghiệm cận lâm sàng (sinh hóa, huyết học) sau mổ đều thay đổi theo hướng trở về giá trị bình thường, ngoại trừ tỷ lệ albumin máu, số lượng tiểu cầu, tỷ lệ prothrombin giảm so với trước mổ (p < 0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Văn Tài (2000),** "Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng trong nhiễm độc thai nghén", Luận án Tiến sỹ y học, chuyên ngành Sản Phụ khoa, Hà Nội 2000.
2. **Lê Thiện Thái (2010),** "Ảnh hưởng của bệnh lý nhiễm độc thai nghén lên mẹ và thai nhi" Luận án Tiến sỹ y học, chuyên ngành Sản Phụ khoa, Hà Nội 2010
3. **Dyer RA (2003)** "Prosprective, randomized trial comparing general with spinal anesthesia for cesarean section for trial comparing delivry general with spinal anesthesia for cesarean delivry in preeclamptic patients with a non reassuring fetal heart trace". *Anesthesiology* 2003;99:561-9
4. **Hodgkinson R, Husain FJ** "Systemic and pulmonary blood pressure during caesarean section in paturtients with gestational hypertension" *Canad anaesth*. Soc J vovl 27. No 4 july 1980.
5. **Ramanathan J, Vaddadi AK, Arheart KL.** "Combined spinal and epidural anesthesia with low dose of intrathecal bupivacaine in women with severe preeclampsia: a preliminary report", *Reg Anesth Pain Med* 2001;26:46-51.

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ SỐNG THÊM TRONG LƠ-XÊ-MI KINH DÒNG BẠCH CẦU HẠT ĐIỀU TRỊ NHẮM ĐÍCH

Nguyễn Hà Thanh[1], Bạch Quốc Khánh[2]

TÓM TẮT[29]

Đặt vấn đề: Bệnh nhân lơ-xê-mi kinh dòng bạch cầu hạt (chronic myeloid leukemia – CML) điều trị nhắm đích có thể đạt đáp ứng phân tử sâu và thời gian sống thêm kéo dài một cách cơ bản. **Mục tiêu:** nghiên cứu thời gian sống thêm không tiến triển bệnh (PFS) và thời gian sống thêm toàn bộ (OS) ở bệnh nhân CML điều trị nhắm đích. **Đối tượng và phương pháp:** 118 bệnh nhân CML điều trị bằng thuốc imtinib tại Viện HH-TM TW từ tháng 6/2014 đến tháng 12/2015. **Kết quả:** (1) Tỷ lệ sống thêm không tiến triển bệnh sau 12, 24, 36, và 48 tháng tương ứng là 98,3%; 97,5%, 93,6% và 93,4%; (2) Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 12, 24, 36, và 48 tháng tương ứng là 100%; 99,1%, 98,1% và 96,9%.

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2] *Viện HH-TM TW*
Chịu trách nhiệm chính: *Nguyễn Hà Thanh*
Email: *ha_thanh_nguyen_vhhtm@yahoo.com*

Ngày nhận bài: 13.7.2017
Ngày phản biện khoa học: 28.9.2017
Ngày duyệt bài: 4.10.2017

Từ khóa: lơ-xê-mi kinh dòng bạch cầu hạt (CML), sống thêm không tiến triển bệnh (PFS), sống thêm toàn bộ (OS)

SUMMARY

STUDY OF SURVIVAL IN CHRONIC MYELOID LEUKEMIA TREATED WITH TARGETING THERAPY

Background: CML patients treated with imatinib can reach deep molecular response and therefore significantly improved survival. **Purpose:** study of progression free survival (PFS) and overall survival (OS) in CML patients treated with imatinib. **Patients and methods:** study was carried out on 118 CML patients treated with imatinib in NIHBT from 6/2014 to 12/2015. **Results:** (1) PFS after 12, 24, 36, và 48 months were 98.3%; 97.5%, 93.6% and 93.4%, respectivelly; (2) OS after 12, 24, 36, and 48 months were 100%; 99.1%, 98.1% and 96.9%, respectivelly.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lơ-xê-mi kinh dòng bạch cầu hạt (chronic myeloid leukemia – CML) điều trị nhắm đích có thể đạt đáp ứng sâu mức độ phân tử, giúp bệnh nhân kéo dài một cách cơ bản thời gian sống

thêm và cải thiện chất lượng cuộc sống. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: nghiên cứu tỷ lệ và thời gian sống thêm không tiến triển bệnh và sống thêm toàn bộ ở bệnh nhân CML điều trị nhắm đích bằng thuốc imatinib.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Phương pháp lấy mẫu thuận tiện. Mẫu nghiên cứu bao gồm 118 bệnh nhân CML điều trị bằng thuốc imtinib tại Viện HH-TM TW từ tháng 6/2014 đến tháng 12/2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

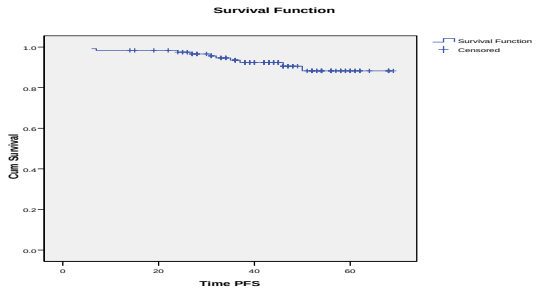
Thiết kế nghiên cứu tiến cứu. Các chỉ số nghiên cứu bao gồm thời gian và tỷ lệ sống thêm không tiến triển bệnh (progression free survival – PFS) và sống thêm toàn bộ (overall survival – OS). Số liệu nghiên cứu được xử lý thống kê y học bằng phần mềm SPSS 15.0. và vẽ biểu đồ Kaplan-Meier. Nghiên cứu mô tả, không can thiệp và được thực hiện theo đúng quy tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tỷ lệ sống thêm không tiến triển bệnh: Các bảng và biểu đồ dưới đây mô tả tỷ lệ sống thêm không tiến triển bệnh (không chuyển sang các giai đoạn nặng hơn của bệnh: tăng tốc và chuyển LXM cấp) của các bệnh nhân CML điều trị imatinib.

Bảng 1. Tỷ lệ sống thêm không tiến triển bệnh theo thời gian

Thời gian sống thêm	12 tháng	18 tháng	24 tháng	36 tháng	48 tháng
Số bệnh nhân	118	116	114	86	42
Tỷ lệ %	98,3%	98,3%	97,5%	93,6%	93,4%



Biểu đồ 1. Đồ thị Kaplan-Meier về tỷ lệ sống thêm không tiến triển bệnh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sống thêm không tiến triển bệnh sau 12, 24, 36, và 48 tháng tương ứng là 98,3%; 97,5%, 93,6% và 93,4%. Kết quả của chúng tôi không khác biệt so với các tác giả trong và ngoài nước khác. Chẳng hạn, kết quả báo cáo cập nhật thử nghiệm IRIS sau 6 năm và 8 năm cho thấy tỷ lệ sống thêm không tiến triển bệnh là 93%. Kết quả của chúng tôi tương đương các tác giả trong nước khác như Nguyễn Thị Mỹ Hòa và Cồ Nguyễn Phương Dung. Tỷ lệ sống thêm không tiến triển bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi và một số tác giả khác được mô tả và so sánh trong bảng dưới đây.

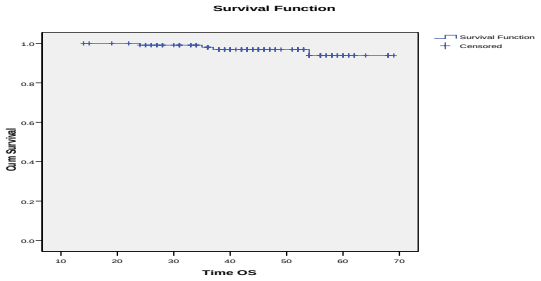
Bảng 2. So sánh tỷ lệ sống thêm không tiến triển bệnh theo thời gian với các tác giả khác

Thời gian sống thêm	12 tháng	24 tháng	36 tháng	48 tháng
Nguyễn Thị Mỹ Hòa	97%	96%	96%	96%
Cồ Nguyễn Phương Dung	100%	97,4%	97,4%	96,6%
Nguyễn Hà Thanh và cs.	98,3%	97,5%	93,6%	93,4%

3.2. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ: Các bảng và biểu đồ dưới đây mô tả tỷ lệ sống thêm toàn bộ của các bệnh nhân CML điều trị imatinib.

Bảng 3. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ

Thời gian sống thêm	12 tháng	18 tháng	24 tháng	36 tháng	48 tháng
Số bệnh nhân	121	121	116	91	45
Tỷ lệ %	100%	100%	99,1%	98,1%	96,9%



Biểu đồ 2. Đồ thị Kaplan-Meier về tỷ lệ sống thêm toàn bộ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 12, 24, 36, và 48 tháng tương ứng là 100%; 99,1%, 98,1% và 96,9%. Kết quả này tương đương với nhiều tác giả trong và ngoài nước khác. Kết quả của chúng tôi tương đương các tác giả trong nước khác như Nguyễn Thị Mỹ Hòa và Cồ Nguyễn Phương Dung. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ của chúng tôi và một số tác giả khác được mô tả và so sánh trong bảng dưới đây.

Bảng 4. So sánh tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo thời gian với các tác giả khác

Thời gian sống thêm	12 tháng	24 tháng	36 tháng	48 tháng
Nguyên Thị Mỹ Hòa	99%	97%	95%	95%
Cồ Nguyên Phương Dung	100%	100%	99,1%	97,4%
Nguyễn Hà Thanh và cs.	100%	99,1%	98,1%	96,9%

Hochhaus và cộng sự cập nhật kết quả nghiên cứu IRIS sau 6 năm cho biết tỷ lệ sống thêm toàn bộ lên tới 95% (nếu không tính tới một tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi tử vong do các nguyên nhân không liên quan tới CML). Theo tác giả Deininger (thử nghiệm IRIS), tỷ lệ sau 8 năm điều trị imatinib là 85% (93% nếu không tính các bệnh nhân tử vong do nguyên nhân không liên quan tới CML). Nghiên cứu của các tác giả Bjorkholm và Kantarjian cũng cho kết quả tương tự. Như vậy, mặc dù thời gian theo dõi còn chưa dài, kết quả của chúng tôi và một số nghiên cứu trong nước cũng tương đương với xu hướng được ghi nhận trong các nghiên cứu quốc tế về tỷ lệ sống thêm của bệnh nhân CML điều trị imatinib.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 118 bệnh nhân CML điều trị bằng thuốc imtinib tại Viện HH-TM TW từ tháng 6/2014 đến tháng 12/2015, chúng tôi rút ra kết luận sau:

1. Tỷ lệ sống thêm không tiến triển bệnh sau 12, 24, 36, và 48 tháng tương ứng là 98,3%; 97,5%, 93,6% và 93,4%.

2. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 12, 24, 36, và 48 tháng tương ứng là 100%; 99,1%, 98,1% và 96,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cồ Nguyễn Phương Dung, Nguyễn Quốc Thành, Trần Quốc Tuấn, Nguyễn Thị Mỹ Hòa** (2014), "Đánh giá đáp ứng điều trị thuốc imatinib mesylate trên bệnh nhân bạch cầu mạn dòng tủy sau 5 năm", *Y học Việt Nam* 423, tr. 281-288.
2. **Nguyễn Thị Mỹ Hoà** (2010), "Hiệu quả điều trị Imatinib trong điều trị bệnh bạch cầu mạn dòng tủy giai đoạn mạn tính tại bệnh viện truyền máu huyết học thành phố Hồ Chí Minh", *Y học Việt Nam* (373), tr 343-352.
3. **Baccarani M, Deininger MW, Rosti G, et al.** (2013), "European LeukemiaNet recommendations for the management of chronic myeloid leukemia: 2013", *Blood* 122(6), pp. 872-884.
4. **Bjorkholm M, Ohm L, Eloranta S, Derolf A, et al.** (2011), "The success story of targeted therapy in chronic myeloid leukemia: a population based study of 3173 patients diagnosed in Sweden 1973-2008", *J Clin Oncol* 28, pp. 2514-2525.
5. **Deininger M, O'Brien SG, Guilhot F, et al.** (2009), "International Randomized Study of Interferon Vs STI571 (IRIS) 8-year follow up: sustained survival and low risk for progression or events in patients with newly diagnosed chronic myeloid leukemia in chronic phase (CML-CP) treated with imatinib", *Blood* 114, pp. 1126.
6. **Hochhaus A, O'Brien SG, Guilhot F, et al.** (2009), "Six-year follow-up of patients receiving imatinib for the firstline treatment of chronic myeloid leukemia", *Leukemia* 23, pp.1054-1061.
7. **Kantarjian H, O'Brien S, Jabbour E, et al.** (2012), "Improved survival in chronic myeloid leukemia since the introduction of imatinib therapy: a single-institution historical experience", *Blood* 119(9), pp. 1981-1987.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THỰC TRẠNG SÂU RĂNG Ở NGƯỜI ĐẾN KHÁM SỨC KHỎE TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2016

Lê Long Nghĩa*

TÓM TẮT[30]

Quá trình tạo lỗ sâu trên bề mặt răng do vi khuẩn sinh a xít hủy khoáng và liên quan với nhiều yếu tố. **Mục tiêu:** Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng sâu răng. **Đối tượng:** Người đến khám sức khỏe răng miệng tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội năm 2016. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả**: Nhóm vệ sinh răng miệng tốt tỉ lệ sâu răng (50%) thấp hơn nhóm vệ sinh răng miệng trung bình (64,6%) và vệ sinh răng miệng kém (80,4%), và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,037 < 0,05. Người dùng chỉ tơ thì nguy cơ mắc sâu răng chỉ bằng 0,7 lần so với người không dùng chỉ tơ với độ tin cậy 95%. Những người chải răng ≤ 2 lần/ngày có nguy cơ sâu răng cao gấp 1,4 lần so với người chải răng > 2 lần/ngày với độ tin cậy 95%. **Kết luận:** bệnh sâu răng có liên quan với vệ sinh răng miệng, lấy cao răng và dùng chỉ tơ nha khoa.

Từ khóa: sâu răng

SUMMARY

A NUMBER OF FACTORS RELATED TO THE STATUS OF DECAY IN PEOPLE WHO HAD THE MEDICAL EXAMINATION AT THE MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL OF HANOI IN 2016

The process of creating a dental carie in the tooth surface is caused by acid-bred of microorganisms and associated with many factors. **Purpose:** Finding out some of the factors involved with decay. **Subjects:** Persons who had dental health examination at the Medical University Hospital of Hanoi in 2016. **Method:** cross-sectional descriptive study. **Results:** The decay rate of good oral hygiene group (50%) was lower than moderate oral hygiene (64.6%) and poor oral hygiene groups (80.4%), and this difference was significantly statistic with p = 0.037 <0.05. Floss users only have a 0.7 times the risk of tooth decay compared with non-floss users with a 95% confidence level. People who brushed twice or less a day have a 1.4 times higher risk of tooth decay than people who brushed more than twice a day with 95% confidence: 0.5-4.3. Conclusions: Tooth decay is associated with oral hygiene, scaling and using dental floss.

Key word: tooth decay

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sâu răng là bệnh hủy khoáng men răng, từ từ tạo thành lỗ sâu trên bề mặt cứng của răng**.** Ở Việt Nam, tình trạng sâu răng đang ở mức cao hơn 90% dân số và đang có xu hướng gia tăng vào những năm gần đây, nhiều nghiên cứu cho thấy tỉ lệ mắc bệnh tăng theo lứa tuổi và theo thời gian[1]. Nguyên nhân sâu răng là do vi khuẩn mảng bám trên bề mặt răng và chân răng sử dụng các chất mùn hữu cơ để sinh ra a xít từ đó ăn mòn bề mặt cứng của răng. Vì sao có người sâu răng nhiều, người sâu răng ít, đó là do sự phối hợp của các yếu tố thuận lợi cho vi khuẩn phát triển. 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 sâu răng ở mức cao, tăng dần theo tuổi, tỉ lệ sâu răng thấp nhất ở người lớn thuộc nhóm tuổi 18 – 34 (75,2%) và cao nhất ở nhóm tuổi trên 45, có tới 89,7% bị sâu răng và chỉ số DMFT ở nhóm này là 8,93 [1]. Nhằm đánh giá sự liên quan của thói quen vệ sinh răng miệng và một số yếu tố liên quan với tình trạng sâu răng, tôi tiến hành nghiên cứu: Một số yếu tố liên quan đến thực trạng sâu răng ở người đến khám sức khỏe tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016. Với mục tiêu: *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng sâu răng*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người đến khám sức khỏe răng miệng tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội năm 2016. Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người mắc các bệnh tâm thần, tự kỉ, bệnh toàn thân cấp tính. Người 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: 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.

**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: 5.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 3.10.2017
Ngày duyệt bài: 14.10.2017

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Mối liên quan giữa tình trạng cao răng và sâu răng của đối tượng nghiên cứu

Tình trạng cao răng / Tình trạng sâu răng	Có cao răng			Không có cao răng
	Độ 1	Độ 2	Độ 3	
Có sâu răng	21	35	18	7
Không sâu răng	17	11	3	5
Tổng số	38	46	21	12
Tỉ lệ (%)	32,5	39,3	17,9	10,3
P	0,049			

Trong 117 đối tượng nghiên cứu có 10,3% không có cao răng, 32,5 % cao răng độ một, 39,3% cao răng độ hai, 17,9% cao răng độ ba.

Mức độ cao răng có liên quan đến tỉ lệ sâu răng của đối tượng nghiên cứu. Không có cao răng thì 58,33% bị sâu răng, cao răng độ 1 thì 55,3% sâu răng, cao răng độ 2 thì 76,1% bị sâu và cao răng độ 3 thì 85,7% bị sâu răng. Sự liên quan này có ý nghĩa thống kê với p= 0,049.

Bảng 2. Đánh giá mối liên quan giữa tình trạng vệ sinh răng miệng với tỉ lệ sâu răng của đối tượng nghiên cứu

Tình trạng vệ sinh răng miệng	Sâu răng		Không sâu răng		OR 95%
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Tốt	9	50	9	50	1,8
Trung bình	31	64,6	17	35,4	0,6 – 5,6
Tốt	9	50	9	50	4,1
Kém	41	80,4	10	19,6	1,2 – 13
P	0,037				

Có mối liên quan giữa tình trạng vệ sinh răng miệng và tỉ lệ bệnh sâu răng của nhóm đối tượng nghiên cứu, nhóm vệ sinh răng miệng tốt tỉ lệ sâu răng (50%) thấp hơn nhóm vệ sinh răng miệng trung bình (64,6%) và vệ sinh răng miệng kém (80,4%), và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,037 < 0,05.

Bảng 3. Mối liên quan giữa việc sử dụng chỉ tơ nha khoa sau ăn với tỉ lệ sâu răng.

Các biến	Tỉ lệ	Sâu răng	
		Có	không
Có dùng chỉ tơ	28,2%	21 (63,6%)	12 (37,4%)
Không dùng chỉ tơ	71,8%	60 (71,4%)	24 (28,6%)
P		0,411	
OR (95%CI)		0,7 (0,3 – 1,7)	

Tỉ lệ sâu răng ở người không dùng chỉ tơ nha khoa (71,4%) cao hơn ở người dùng chỉ tơ (63,6%). Người dùng chỉ tơ thì nguy cơ mắc sâu răng chỉ bằng 0,7 lần so với người không dùng chỉ tơ với độ tin cậy 95% (0,3 - 1,7).

Bảng 4. Mối liên quan giữa hành vi chăm sóc răng miệng và sâu răng vĩnh viễn của nhóm nghiên cứu

Hành vi		Sâu răng(%)	Không sâu răng(%)	P
Số lần chải răng	≤ 2 lần/ ngày	77,1	22,9	0,65 OR
	> 2 lần/ ngày	75	25	1,4 (0,5 – 4,3)
Thời điểm chải răng	Sau mỗi bữa ăn	80	20	0,886
	Chỉ vào sáng khi thức dậy	70,7	29,3	
	Chỉ tối trước khi đi ngủ	100	0	
	Sáng và tối	68,6	31,4	
Thời gian chải răng	< 2 phút	78,4	21,6	0,246
	2 - 3 phút	66,2	33,8	
	>3 phút	60	40	
Thời gian thay bàn chải	<3 tháng	62,5	27,5	0,203
	3 – 6 tháng	67,3	32,7	
	6 – 12 tháng	69	31	

Tỉ lệ sâu răng ở nhóm đối tượng chải răng ≤ 2 lần/ ngày (77,1%) cao hơn đối tượng chải răng trên 2 lần/ngày (75%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Có mối liên quan giữa số lần chải răng và tỉ lệ sâu răng, những người chải răng ≤ 2 lần/ngày có nguy cơ sâu răng cao gấp 1,4 lần so với người chải răng > 2 lần/ngày với độ tin cậy 95%: 0,5-4,3.

Tỉ lệ sâu răng ở nhóm chải răng chỉ chải răng vào buổi sáng (70,7%) cao hơn nhóm đối tượng chải răng vào cả sáng và tối (68,6%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Tỉ lệ sâu răng giảm dần khi thời gian chải răng tăng lên, nhóm đói tượng chải răng < 2 phút tỉ lệ sâu răng là 78,4%, 2 – 3 phút là 66,2%, > 3 phút là 60%. Sự hác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Tỉ lệ sâu răng tăng lên nếu thời gian thay bàn chải tăng lên. Nhóm đối tượng thay bàn chải < 3 tháng là 62,5%, từ 3 – 6 tháng là 67,3%, > 12 tháng là 69%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

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 sâu răng.

Kết quả bảng 1 cho thấy chỉ số cao răng (CI-S) ở độ 2 là cao nhất (39,3%), thấp hơn ở độ 3 (17,9%), độ 0 và độ 1 chiếm 42,8%. Ngiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Thị Đợi về sự phân bố mức độ cao răng với kết quả cao răng độ 2 là 69,5%; độ 3 là 27,5%; độ 0 và độ 1 là 3%, tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ cao răng độ 0 và độ 1 cao hơn[2]. Điều này cho thấy sự kiểm soát cao răng trên đối tượng nghiên cứu của chúng tôi tốt hơn. Bảng kết quả chỉ ra mức độ cao răng có liên quan đến tỉ lệ sâu răng của đối tượng nghiên cứu. Không có cao răng thì 58,33% bị sâu răng, cao răng độ 1 thì 55,3% sâu răng, cao răng độ 2 thì 76% bị sâu và cao răng độ 3 thì 85,7% bị sâu răng. Sự liên quan này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Khi so sánh với nghiên cứu của Trần Văn Dũng trên đối tượng là người dân thành phố Huế có tỉ lệ vệ sinh răng miệng kém là 80,1% và vệ sinh răng miệng tốt chỉ là 1,4% [3] hay nghiên cứu của Lê Thị Thanh Thủy trên công nhân xây dựng độ tuổi 18 – 60 với tỉ lệ vệ sinh răng miệng tốt là 7,5% và VSRM kém là 65,8% [4] thì tình trạng vệ sinh răng miệng của nhóm đối tượng chúng tôi nghiên cứu tốt hơn, có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đều đã được bác sĩ hướng dẫn vệ sinh răng miệng. Từ đó kiến thức cũng như thái độ thực hành vệ sinh răng miệng tốt hơn các nhóm đối tượng khác trong cộng đồng.

Có mối liên quan chặt chẽ giữa tình trạng vệ sinh răng miệng với tỉ lệ mắc sâu răng và viêm lợi, nhóm vệ sinh răng miệng tốt có 50% sâu răng. Trong khi đó nhóm vệ sinh răng miệng kém có tới 80,4% bị sâu răng. Điều này một lần nữa khẳng định tầm quan trọng của vệ sinh răng miệng trong việc phòng chống bệnh sâu răng.

Về hành vi chăm sóc răng miệng qua bảng 4 cho thấy: mối liên quan về số lần chải răng và tỉ lệ sâu răng cho kết quả người chải răng ≤2 lần ngày có tỉ lệ sâu răng 77,5% có nguy cơ sâu răng cao gấp 1,4 lần người chải răng > 2 lần/ ngày có tỉ lệ sâu răng 75%. Số lần chải răng tăng lên làm tỉ lệ sâu răng giảm xuống. Nghiên cứu của Phạm Thùy Anh trên học sinh 15 tuổi ở Việt Nam [5] cũng cho kết quả tương tự, tỉ lệ sâu răng ở người đánh răng ≤ 1lần/ngày là 52,3%, giảm xuống còn 46,3% khi chải răng 2 lần/ngày và 42,2% khi chải răng 3 lần/ngày và nguy cơ sâu răng khi chải răng dưới 2 lần/ngày cao gấp 1,31 lần so với nhóm chải răng ít nhất 2 lần/ngày. Hay nghiên cứu của Hsiu-Yueh Liu và cộng sự khi nghiên cứu ảnh hưởng của thói quen chải răng đến bệnh sâu răng ở trẻ từ 6-12 cho thấy răng trẻ chải một lần/ngày tỉ lệ sâu răng là 69,44; 2lần/ngày là 61,73% và 3 lần/ngày là 51,85% [5]

Kết quả về thời gian chải răng, có 31,6% chải răng dưới 2 phút và tỉ lệ sâu răng là 78,4%; 55,6% chải răng trong 2-3 phút, tỉ lệ sâu răng là 66,2%; > 3phút là 12,8% và tỉ lệ sâu răng 60%. Kết quả này cho thấy thời gian chải răng tăng lên làm giảm tỉ lệ sâu răng. Theo Trần Anh Tuấn, chải răng 2-3 phút sâu răng là 60,5%, trên 3 phút sâu răng giảm còn 56,5%[6]. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với Phạm Thùy Anh trong nghiên cứu tình trạng sâu răng vĩnh viễn của học sinh Việt Nam 15 tuổi và yếu tố thực hành vệ sinh răng miệng [5]. Nhóm chải răng < 2phút chiếm tỉ lệ 28,3% có tỉ lệ sâu răng 49%, chải răng > 2phút chiếm tỉ lệ 71,7% có sâu răng 45%. Thời gian chải răng được khuyên cáo là 2-3 phút. Việc chải răng quá ngắn sẽ không đủ để làm sạch hết cặn bám thức ăn làm tăng tỉ lệ sâu răng.

Số lần chải răng, thời gian chải răng đúng kết hợp với sử dụng bàn chải phù hợp làm tăng hiệu quả của vệ sinh răng miệng. Thời gian thay bàn chải được khuyến cáo là 3 tháng một lần. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với khuyến cáo trên khi nhóm đối tượng thay bàn

chải < 3 tháng/lần có tỉ lệ sâu răng là 62,5% thấp hơn nhóm thay 3 – 6 tháng/ lần là 67,3%, và 6- 12 tháng là 69%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Dùng chỉ tơ để làm sạch thức ăn ở vùng kẽ là rất tốt, nó không chỉ làm giảm tỉ lệ viêm lợi mà còn làm giảm tình trạng sâu răng mặt bên đặc biệt ở tuổi trung niên và người già khi tiếp xúc điểm giữa các răng trở thành tiếp xúc diện. 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% [7] nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Thị Đợi năm 2014 là 30% [2]. 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.

V. KẾT LUẬN

Mức độ cao răng càng lớn thì tỉ lệ sâu răng càng cao. Tình trạng vệ sinh răng miệng tốt làm giảm tỉ lệ sâu răng.

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 sâu răng.

Sử dụng chỉ tơ làm giảm tỉ lệ sâu răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ấn, Trịnh Đình Hải (2002).** Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc, Nhà xuất bản Y học, tr 23-70.
2. **Hoàng Thị Đợi (2014).** Nghiên cứu thực trạng bệnh sâu răng, viêm lợi, kiến thức, thái độ và thực hành VSRM ở sinh viên điều dưỡng năm thứ 1 và năm thứ 3 trường cao đẳng y tế Hà Nội. Luận văn thạc sĩ y học, đại học Y Hà Nội.
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.* Luận văn thạc sĩ y học, đại học Y Hà Nội.
4. **Lê Thị Thanh Thủy (2009**). Điều tra tình trạng sâu răng, bệnh quanh răng và nhu cầu điều trị của công nhân nhà máy sản xuất vật liệu xây dựng tỉnh Phú Thọ. Luận văn thạc sĩ y học, trường đại học Y HN.
5. **Phạm Thùy Anh (2013).** Nghiên cứu tình trạng sâu răng vĩnh viễn của học sinh Việt Nam 15 tuổi và yếu tố thực hành vệ sinh răng miệng. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, đại học Y Hà Nội.
6. **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.
7. **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 bác sỹ răng hàm mặt, trường đại học Y Hà Nội.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH PHÂN LOẠI CHẤT THẢI RẮN Y TẾ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI CÁC KHOA LÂM SÀNG BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN NĂM 2015

Trần Thị Minh Tâm*, Lưu Minh Châu**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức và thực hành phân loại chất thải rắn y tế (CTRYT) của điều dưỡng tại các khoa lâm sàng BVĐK Xanh Pôn năm 2015. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 100% điều dưỡng viên đã được tập huấn quy chế về phân loại CTRYT. Điều dưỡng hiểu biết 5 nhóm CTRYT 63,27%. Điều dưỡng viên hiểu biết đầy đủ 4 mã màu dụng cụ đựng CTRYT 71,43%. Điều dưỡng viên không biết hoặc biết không đúng biểu tượng chất gây độc tế bào 48,98%. Điều dưỡng có hiểu biết tốt về phân loại CTRYT 71,43% .Tỷ lệ thực hành phân loại đúng chất thải lây nhiễm sắc nhọn chiếm (97,96%).Thực hành phân loại đúng chất thải lây nhiễm không sắc nhọn chiếm (98,29%). Tỷ lệ thực hành phân loại đúng chất thải thông thường đạt 78,63% và 100% số lần phân loại chất thải tái chế.

Từ khoá: *Chất thải rắn y tế*

SUMMARY

THE STATUS OF KNOWLEDGE AND PRACTICE CLASSIFICATION OF MEDICAL SOLID WASTE OF NURSING AT CLINICAL DEPARTMENTS OF SAINT PAUL HOSPITAL IN 2015

Purpose: To describe the status of knowledge and practice classification of medical solid waste of nursing at clinical departments of Saint Paul hospital in 2015. **Materials and methods:** Descriptive cross-sectional study. **Results:** 100% of nurses have been trained in a classification of medical solid waste. The nursing knowledge of the five groups of medical solid waste is 63.27%. 71.43% of nurse practitioners fully

**Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương*
***Cục Y tế dự phòng, Bộ Y tế*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Minh Tâm
Email: tranthiminhtam12@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 4.10.2017
Ngày duyệt bài: 10.10.2017

understand the four color codes of medical solid waste. 48.98 % of nurses do not know or know not exactly a cytotoxic agents symbol. The nurses have a good understanding of the classification of medical solid waste (71.43%). The rate of practice proper classification of sharp contaminants object occupies (97.96%). Proper classification of non-sharp infectious wastes reaches 98.29%. The practice of proper classification of common wastes is 78.63% and 100% time of classification waste recycling.

Keywords: *medical solid waste*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quản lý chất thải đã và đang trở thành vấn đề bức thiết ở các quốc gia trên thế giới, trong đó có Việt Nam [1]. Với mỗi loại chất thải, cần có những biện pháp xử lý khác nhau từ khâu thu gom đến khâu tiêu hủy cuối cùng. Trong những loại chất thải thì CTYT đang ngày càng được quan tâm do sự đa dạng, phức tạp và tính nguy hại của nó. Đó chính là những yếu tố nguy cơ làm ô nhiễm môi trường, lan truyền mầm bệnh, làm tăng nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện và tăng tỷ lệ bệnh tật của những người tiếp xúc, cộng đồng dân cư những vùng tiếp giáp [7]. Trong quá trình hoạt động, hệ thống y tế, đặc biệt là bệnh viện đã thải ra môi trường một lượng lớn các chất thải bỏ. Quản lý CTYT bao gồm một chuỗi các công việc, trong đó khâu quan trọng đầu tiên là phân loại CTYT. Phân loại CTYT là một khâu vô cùng quan trọng trong quá trình thu gom, xử lý và phân hủy, nó tạo điều kiện cho quá trình phân hủy và xử lý được đơn giản hơn rất nhiều. nên vấn đề phân loại CTYT của điều dưỡng viên đóng vai trò rất quan trọng, vì vậy chúng tôi tiến hành tiến hành nghiên cứu đề tài:"Thực trạng kiến thức và thực hành phân loại CTRYT của điều dưỡng tại các khoa lâm sàng bệnh viện đa khoa Xanh Pôn năm 2015" với mục tiêu nghiên cứu:

1.Mô tả thực trạng kiến thức phân loại CTRYT của điều dưỡng tại các khoa lâm sàng BVĐK Xanh Pôn năm 2015.

2.Mô tả thực trạng thực hành phân loại CTRYT của điều dưỡng tại các khoa lâm sàng BVĐK Xanh Pôn năm 2015.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Điều dưỡng đang công tác tại các khoa: Nội tim mạch, Nội thận, HSCC Nội, Ngoại tiêu hóa, Phẫu thuật lồng ngực, Phẫu thuật thần kinh, Bỏng, HSCC Ngoại, HSCC Nhi BVĐK Xanh Pôn trong thời gian nghiên cứu, đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang

2.3. Cỡ mẫu: điều tra toàn bộ điều dưỡng đang công tác tại các khoa lâm sàng (n = 98)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Đối tượng tham gia nghiên cứu là nữ (8,.69%), nam 15,31 %

- Điều dưỡng tham gia nghiên cứu trong độ tuổi 31-40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (40,82%), độ tuổi >50 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (6,12%)
- Đa số điều dưỡng tham gia nghiên cứu có trình độ trung cấp (81,63%), thấp nhất là trình độ cao đẳng (4,08%)
- Điều dưỡng tham gia nghiên cứu có thâm niên công tác trong ngành y từ 11-15 năm chiếm tỷ lệ thấp nhất 15,31%, thâm niên công tác >15 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 29,59%
- Điều dưỡng tại khoa HSCC ngoại chiếm tỷ lệ cao nhất 19,39%

3.2 Kiến thức của điều dưỡng viên về phân loại CTRYT

- Có 100% điều dưỡng tham gia nghiên cứu đều đã được tập huấn về phân loại CTRYT tại bệnh viện.
- 50% điều dưỡng cho rằng phân loại CTRYT là việc quan trọng, không có điều dưỡng nào coi phân loại CTRYT là việc không quan trọng

Bảng 1. Hiểu biết của điều dưỡng viên về phân loại các nhóm CTRYT

Khoa	Không biết và biết không đúng		Biết đúng từ 1đến 4 nhóm		Biết đúng 5 nhóm		Tổng số ĐD
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Nội Tim Mạnh	0	0	0	0	6	100	6
Nội Thận	0	0	2	20	8	80	10
Ngoại Tiêu Hóa	0	0	4	33,33	8	66,67	12
Phẫu Thuật Lồng Ngực	0	0	1	20	4	80	5
Ngoại Thần kinh	0	0	4	50	4	50	8
Bỏng	0	0	2	28,57	5	71,43	7
HSCC Nội	0	0	10	58,82	7	41,18	17
HSCC Ngoại	0	0	9	47,37	10	52,63	19
HSCC Nhi	0	0	4	28,57	10	71,43	14
Tổng	**0**	**0**	**36**	**36,73**	**62**	**63,27**	**98**

Nhận xét: Tỷ lệ điều dưỡng có hiểu biết đầy đủ 5 nhóm CTRYT chiếm tỷ lệ cao nhất 63,27% ,Tỷ lệ điều dưỡng biết đúng từ 1 đến 4 nhóm CTRYT chiếm 36,73%. Không có điều dưỡng nào không biết hoặc biết không đúng cả 5 loại CTRYT

Bảng 2. Hiểu biết của điều dưỡng viên về các nhóm CTRYT

Hiểu biết	Đúng		Không Biết Hoặc Biết Không Đúng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chất thải lây nhiễm	91	92,86	7	7,14
Chất thải hóa học nguy hại	87	88,78	11	11,22
Chất thải thông thường	95	96,94	3	3,06
Chất thải bình chứa áp suất	83	84,69	15	15,31
Chất thải phóng xạ	81	82,65	17	17,35

Nhận xét: Đa số điều dưỡng viên có hiểu biết đúng về chất thải thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất 96,94%.Tỷ lệ điều dưỡng viên không biết hoặc biết không đúng về chất thải phóng xạ chiếm tỷ lệ cao nhất 17,35%

Bảng 3. Hiểu biết của điều dưỡng viên về mã màu dụng cụ đựng CTRYT

Khoa	Không biết và biết không đúng		Biết đúng từ 1đến 3 mã màu		Biết đúng 4 mã màu		Tổng số ĐD
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Nội Tim Mạnh	0	0	1	16,67	5	83,33	6
Nội Thận	0	0	0	0	10	100	10
Ngoại Tiêu Hóa	0	0	4	33,33	8	66,67	12
Phẫu Thuật Lồng Ngực	0	0	1	20	4	80	5
NgoạiThần kinh	0	0	2	25	6	75	8
Bỏng	0	0	3	42,86	4	57,14	7
HSCC Nội	0	0	7	41,18	10	58,82	17
HSCC Ngoại	0	0	5	26,32	14	73,68	19
HSCC Nhi	0	0	5	35,71	9	61,29	14
Tổng	**0**	**0**	**28**	**28,57**	**70**	**71,43**	**98**

Nhận xét: Tỷ lệ điều dưỡng biết đúng cả 4 mã màu dụng cụ đựng CTRYT chiếm tỷ lệ cao nhất 71,43%. Không có điều dưỡng nào không biết hoặc biết không đúng cả 4 mã màu dụng cụ đựng CTRYT

Bảng 4. Hiểu biết của điều dưỡng viên về mã màu dụng cụ đựng các nhóm CTRYT

Hiểu biết	Đúng		Không Biết Hoặc Biết Không Đúng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chất thải lây nhiễm	94	95,92	4	4,08
Chất thải hóa học nguy hại	79	80,61	19	19,39
Chất thải thông thường	95	96,94	3	3,06
Chất thải tái chế	95	96,94	3	3,06

Nhận xét: Điều dưỡng viên biết đúng mã màu dụng cụ đựng chất thải thông thường và chất thải tái chế chiếm tỷ lệ cao nhất 96,94%. Điều dưỡng viên không biết hoặc biết không đúng mã màu dụng cụ đựng chất thải hóa học nguy hại chiếm tỷ lệ cao nhất 19,39%

Bảng 5. Hiểu biết của điều dưỡng viên về biểu tượng chỉ loại CTRYT

Hiểu biết	Đúng		Không biết và biết Không đúng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Biểu tượng chất thải nguy hại sinh học	75	76,53	23	23,47
Biểu tượng chất gây độc tế bào	50	51,02	48	48,98
Biểu tượng chất phóng xạ	74	75,51	24	24,49
Biểu tượng chất thải có thể tái chế	88	89,8	10	10,2

Nhận xét: Điều dưỡng viên biết đúng biểu tượng chất thải có thể tái chế chiếm tỷ lệ cao nhất 89,8%. Điều dưỡng viên không biết hoặc biết không đúng biểu tượng chất gây độc tế bào chiếm tỷ lệ cao nhất 48,98%

Hiểu biết về phân loại CTRYT của điều dưỡng theo nhóm chất thải, theo mã màu dụng cụ đựng, biểu tượng chỉ loại CTYT: Điều dưỡng có hiểu biết tốt về phân loại CTRYT (theo nhóm chất thải, theo mã màu vật chứa,

biểu tượng chỉ loại CTRYT) chiếm tỷ lệ cao nhất 71,43%. Không có điều dưỡng nào có hiểu biết chưa tốt về phân loại CTRYT

3.3 Thực trạng phân loại CTRYT của điều dưỡng viên*:* Kết quả thực hành phân loại chất thải lây nhiễm sắc nhọn của điều dưỡng viên: Phân loại chất thải lây nhiễm sắc nhọn đúng chiếm tỷ lệ cao: 97,96% số lần phân loại chất thải lây nhiễm sắc nhọn

Bảng 6. Kết quả thực hành phân loại chất thải lây nhiễm không sắc nhọn của điều dưỡng viên

Chất thải Y tế	Phân loại CTRYT			
	Đúng		Sai	
	Số lần	Tỷ lệ (%)	Số lần	Tỷ lệ (%)
Chất thải thấm máu dịch sinh học của bệnh nhân	28	100	0	0
Bộ truyền máu, truyền plas ma (bao gồm cả túi đựng và plasma)	14	100	0	0
Bông băng thấm máu	83	96,51	3	3,49
Đồ vải thấm máu	5	100	0	0
Găng y tế	63	100	0	0
Bơm tiêm dính máu	11	100	0	0
Kim luồn bằng nhựa dính máu	7	87,5	1	12,5
Catheter tĩnh mạch bằng nhựa	2	100	0	0
Ong hút đờm, ống thông tiểu, ống thông dạ dày	19	100	0	0
Các ống dẫn lưu	5	100	0	0
Tổng	**237**	**98,34**	**4**	**1,66**

***Nhận xét*:** Số lần phân loại chất thải lây nhiễm không sắc nhọn đúng chiếm đa số (98,34%), phân loại sai (1,66%).

Bảng 7. Kết quả thực hành phân loại chất thải của điều dưỡng viên

Chất thải Y tế	Phân loại CTRYT			
	Đúng		Sai	
	Số lần	Tỷ lệ (%)	Số lần	Tỷ lệ (%)
Bông băng không thấm máu	8	47,06	9	52,94
Phần dây truyền, túi dịch, bơm tiêm không dính máu	11	39,29	17	60,71
Đồ vải không thấm dịch cơ thể	4	100	0	0
Chất thải phát ra từ nhà ăn, đồ ăn thừa nói chung	5	100	0	0
Giấy, bao bì, các loại chất thải sinh hoạt	77	100	0	0
Tổng	**105**	**80,15**	**26**	**19,85**

***Nhận xét*:** 80,15% số lần phân loại chất thải thông thường đúng

Bảng 8. Kết quả thực hành phân loại chất thải tái chế của điều dưỡng viên

Chất thải Y tế	Phân loại CTRYT			
	Đúng		Sai	
	Số lần	Tỷ lệ (%)	Số lần	Tỷ lệ (%)
Chai đựng dung dịch thuốc có thể tái chế	25	100	0	0
Mask thở oxy, dây thở oxy, khí dung	17	100	0	0
Tổng	**42**	**100**	**0**	**0**

Nhận xét: 100% điều dưỡng thực hiện phân loại chất thải tái chế đúng

Bảng 9 Kết quả thực hành phân loại CTRYT của điều dưỡng viên theo nhóm CTYT

Phân loại CTYT		Đúng		Sai	
		Số lần	Tỷ lệ (%)	Số lần	Tỷ lệ (%)
Chất thải lây nhiễm	Chất thải lây nhiễm sắc nhọn	144	97,96	3	2,04
	Chất thải lây nhiễm không sắc nhọn	237	98,34	4	1,66
Chất thải hóa học nguy hại		0	0	3	100
Chất thải thông thường		105	80,15	26	19,85
Chất thải tái chế		42	100	0	0

***Nhận xét*:** Phân loại chất thải tái chế đúng chiếm tỷ lệ cao nhất (100% số lần phân loại chất thải lây nhiễm sắc nhọn)

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Kết quả nghiên cứu cho thấy có 84,69% điều dưỡng tham gia nghiên cứu là nữ giới, cao gấp

5,5 lần so với số nam giới (15,31%). Điều dưỡng tham gia nghiên cứu có độ tuổi từ 31-40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 40,82%. Tiếp đó lần lượt là: độ tuổi ≤ 30 tuổi (34,69%), từ 41-50 tuổi (18,37%). Điều dưỡng có độ tuổi >50 chiếm tỷ lệ thấp nhất (6,12%). Như vậy, đa số điều dưỡng tham gia nghiên cứu nằm trong độ tuổi nhân lực trẻ. Tỷ lệ điều dưỡng tham gia nghiên cứu có trình độ Trung cấp là chủ yếu (81,63%), trình độ Đại học chiếm 14,29%, trình độ Cao đẳng chỉ chiếm 4,08%. Đây cũng là đặc điểm chung của nhân lực điều dưỡng Việt Nam hiện nay, còn thiếu nguồn nhân lực có trình độ cao. Về thâm niên công tác, tổng số có 28,57% điều dưỡng tham gia nghiên cứu có thâm niên công tác từ 1-5 năm, 26,53% có thâm niên công tác từ 6-10 năm. Điều dưỡng có thâm niên công tác lớn hơn 15 năm có tỷ lệ cao nhất 29,59%, chiếm tỷ lệ thấp nhất là điều dưỡng có thâm niên công tác từ 11-15 năm. Như vậy, không có sự chênh lệch nhiều về tỷ lệ điều dưỡng viên tham gia nghiên cứu theo thâm niên công tác.

2.Kiến thức phân loại CTRYT của điều dưỡng viên tại các khoa lâm sàng BVĐK Xanh Pôn: Theo kết quả nghiên cứu, 100% đối tượng điều dưỡng tham gia nghiên cứu đã được tập huấn về quy chế phân loại CTYT, với cơ quan tập huấn là bệnh viện. Kết quả nghiên cứu này cao hơn kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Liên (2009) tại bệnh viện đa khoa Thái Nguyên (có 77,1% nhân viên y tế và vệ sinh viên được tập huấn quy chế quản lý CTYT) [4], và cũng cao gần gấp 2 lần kết quả nghiên cứu của Đặng Thị Kim Loan với 54,8% nhân viên y tế tại các cơ sở y tế trên địa bàn huyện Long Thành đã được tập huấn về quản lý CTYT[5].

Kiến thức của điều dưỡng viên về phân loại các nhóm CTRYT

Kết quả nghiên cứu cho thấy hiểu biết về phân loại các nhóm CTYT của các điều dưỡng tham gia nghiên cứu. Có 63,27% điều dưỡng có hiểu biết đúng về 5 nhóm CTYT (chất thải lây nhiễm, chất thải hóa học nguy hại, chất thải thông thường, chất thải phóng xạ, bình chứa áp suất), hiểu biết đúng từ 1 - 4 nhóm CTYT chiếm 36,73% và không có điều dưỡng nào không biết hoặc biết không đúng cả 5 nhóm CTYT. Kết quả nghiên cứu này cao hơn với kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Liên (2009): tỷ lệ người có hiểu biết đầy đủ 5 nhóm CTYT ở nhóm 1 (gồm bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, y tá) chỉ đạt 13,9%, ở nhóm 2 (gồm hộ lý và vệ sinh viên) chỉ đạt 12,1%; tỷ lệ người có hiểu biết đúng từ 1 -4 nhóm CTYT ở nhóm 1 là 2,5%, nhóm 2 là 1,15% và có tới 83,6% ở nhóm 1, 86,8% ở nhóm 2 không biết hoặc biết không đúng cả 5 nhóm CTYT [4]. Kết quả nghiên cứu này cũng cao hơn kết quả nghiên cứu của Đặng Thị Kim Loan (2001)với 55,6% nhân viên y tế có hiểu biết đúng về 5 nhóm CTYT, 44,4% có hiểu biết dưới 5 nhóm CTYT[5].

Hiểu biết đúng về nhóm chất thải thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất 96,94%; nhóm chất thải lây nhiễm 92,86%; chất thải hóa học nguy hại 88,78%. Tỷ lệ hiểu biết đúng về nhóm chất thải phóng xạ và chất thải bình chứa áp suất thấp hơn những nhóm chất thải khác. Có 15,31% điều dưỡng viên có hiểu biết sai về chất thải bình chứa áp suất và 17,35 % điều dưỡng hiểu biết sai về chất thải phóng xạ.

Kiến thức của điều dưỡng viên về mã màu dụng cụ đựng CTRYT: Kiến thức về mã màu dụng cụ đựng CTYT của điều dưỡng BVĐK Xanh Pôn: có 71,43% điều dưỡng biết đúng 4 mã màu dụng cụ đựng CTYT (màu xanh, màu vàng, màu trắng, màu đen), 28,57% biết đúng từ 1-4 mã màu, không có điều dưỡng nào không biết hoặc biết không đúng cả 4 mã màu. Như vậy điều dưỡng viên tham gia nghiên cứu có hiểu biết về mã màu dụng cụ đựng CTYT cao hơn tỷ lệ điều dưỡng có hiểu biết về nhóm CTYT.

Điều dưỡng viên tham gia nghiên cứu có hiểu biết tốt về mã màu dụng cụ đựng từng loại CTYT. Tỷ lệ điều dưỡng biết đúng mã màu dụng cụ đựng chất thải tái chế và chất thải thông thường cùng đạt 96,94%, 95,92% điều dưỡng hiểu biết đúng về mã màu dụng cụ đựng chất thải lây nhiễm, chiếm tỷ lệ thấp nhất là hiểu biết về mã màu dụng cụ đựng chất thải hóa học nguy hại với 80,61%. Trong 19,39% điều dưỡng có hiểu biết sai về mã màu dụng cụ đựng chất thải hóa học nguy hại đa số điều dưỡng viên nhầm lẫn sang mã màu vàng (mã màu dụng cụ chứa chất thải lây nhiễm)

Kiến thức của điều dưỡng viên về biểu tượng chỉ loại CTRYT: Hiểu biết của điều dưỡng về biểu tượng chỉ loại CTYT: Tỷ lệ điều dưỡng biết đúng biểu tượng chất thải tái chế chiếm tỷ lệ cao nhất 89,8%, 76,53% biết đúng biểu tượng chất thải nguy hại sinh học và 75,51% biết đúng biểu tượng chất thải phóng xạ, chỉ có 51,02% điều dưỡng biết đúng biểu tượng chất gây độc tế bào (trên lâm sàng biểu tượng chất gây độc tế bào và biểu tượng chất thải phóng xạ ít phổ biến hơn biểu tượng chất thải tái chế và biểu tượng chất thải nguy hại sinh học). Như vậy hiểu biết của điều dưỡng về biểu tượng chỉ loại CTYT thấp hơn hiểu biết về phân loại các nhóm CTYT và hiểu biết về mã màu dụng cụ đựng CTYT.

Có 71,43% điều dưỡng được đánh giá là có hiểu biết tốt về phân loại CTYT (trả lời đúng 80-100% số câu hỏi về các nhóm CTYT, mã màu dụng cụ chứa CTYT, biểu tượng chỉ loại CTYT), 18,37% có hiểu biết khá (trả lời đúng 60-80% câu hỏi), 10,2% có hiểu biết trung bình (trả lời đúng 50-60% câu hỏi), và không có điều dưỡng nào có hiểu biết không đạt về phân loại CTYT.

2.3.Thực hành phân loại CTRYT của điều dưỡng viên: Điều dưỡng thực hiện tốt phân loại chất thải lây nhiễm sắc nhọn: có 97,96% số lần thực hiện phân loại chất thải lây nhiễm sắc nhọn của điều dưỡng là đúng, tỷ lệ số lần phân loại sai chỉ chiếm 2,04%. Điều dưỡng thực hiện phân loại tốt chất thải lây nhiễm không sắc nhọn với 98,34% số lần phân loại đúng, chỉ 1,66% số lần phân loại sai. Trong thực hành phân loại chất thải lây nhiễm không sắc nhọn: 100% số lần phân loại chất thải thấm máu dịch sinh học của bệnh nhân, bộ truyền máu, đồ vải thấm máu, găng y tế, bơm tiêm dính máu, catheter tĩnh mạch bằng nhựa, ống hút đờm, ống thông tiểu, ống thông dạ dày, các ống dẫn lưu điều dưỡng đều thực hiện phân loại đúng. 1,66% số lần phân loại chất thải lây nhiễm không sắc nhọn sai bao gồm: phân loại bông băng thấm máu sai (phân loại vào túi, thùng đựng màu xanh) 1,25% và 0,41% số lần phân loại sai kim luồn bằng nhựa dính máu. Điều này có thể do sự bất cẩn thiếu chú ý của điều dưỡng viên khi thực hành phân loại CTYT.

V. KẾT LUẬN

Kiến thức của điều dưỡng viên về phân loại CTRYT

100% điều dưỡng viên đã được tập huấn quy chế về phân loại CTRYT

Phần lớn điều dưỡng có hiểu biết đúng 5 nhóm CTRYT 63,27%

Đa số điều dưỡng viên có hiểu biết đầy đủ 4 mã màu dụng cụ đựng CTRYT 71,43%

Điều dưỡng viên không biết hoặc biết không đúng biểu tượng chất gây độc tế bào còn cao 48,98%

Đa số điều dưỡng tham gia nghiên cứu có hiểu biết tốt về phân loại CTRYT 71,43%

Thực hành phân loại CTRYT của điều dưỡng viên

Tỷ lệ thực hành phân loại đúng chất thải lây nhiễm sắc nhọn chiếm đa số (97,96%)

Đa số thực hành phân loại đúng chất thải lây nhiễm không sắc nhọn đúng (98,29%)

100% số lần phân loại chất thải hóa học nguy hại trong nghiên cứu sai

Tỷ lệ thực hành phân loại đúng chất thải thông thường đạt 78,63%

100% số lần phân loại chất thải tái chế đúng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Ba (2011),** *Xử lý khí thải lò đốt rác nguy hại*, Luận văn tốt nghiệp, Trường đại học công nghiệp thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Bộ y tế (2008),** " Quy chế quản lý chất thải y tế", Quyết định số -BYT/BYT-KCB ngày 10/10/2008, Bộ Y tế, Hà Nội.
3. **Đinh Hữu Dũng và cộng sự (2003),** "Nghiên cứu thực trạng, tình hình quản lý CTYT ở 6 bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, đề xuất các giải pháp can thiệp", *Tuyển tập các báo cáo khoa học hội nghị môi trường toàn quốc 2005*, Hà Nội, trang 1007-1019.
4. **Hoàng Thị Liên (2009),** *Nghiên cứu thực trạng và một số yếu tố liên quan đến quản lý chất thải y tế tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên*, Luận văn tiến sĩ y học, Trường Đại Học Y Dược Thái Nguyên.
5. **Đặng Thị Kim Loan (2010),** *Đánh giá tình hình quản lý chất thải y tế trên địa bàn huyện Long Thành*, Báo cáo nghiên cứu khoa học,Tỉnh Đồng Nai.
6. **Trần Thị Minh Tâm (2005),** *Thực trạng quản lý chất thải y tế tại các bệnh viện huyện tỉnh Hải Dương*, Luận án tiến sỹ Y học, Trường đại học Y HN.
7. **WHO (1994),** Managing medical waste in developing country. Geneva.

ĐIỀU TRA TÌNH HÌNH NUÔI TRỒNG, CHẾ BIẾN DƯỢC LIỆU TẠI XÃ BÌNH MINH CỦA TỈNH HƯNG YÊN

Đoàn Quang Huy*

TÓM TẮT

Qua điều tra tại xã Bình Minh huyện Khoái Châu, của tỉnh Hưng Yên 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 Cúc hoa, Địa liền, Cát căn, Bạch chỉ nam, Mã đề , Ngưu tất nam…; trong đó có dược liệu tên địa phương gọi là Củ cọc đang bán trên thị trường thay cho vị Hoài sơn. Một số loại thuốc Trung Quốc di thực được trồng ở đây tuy số lượng không nhiều. Nhiều loại dược liệu trồng giảm đáng kể, diện tích trồng bị thu hẹp dần do giá thành không cao so với các loại cây trồng khác, giá bán ra bấp bênh. Chưa có sự quan tâm của chính

*Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Quang Huy
Email: huydoanquang@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 9.10.2017
Ngày duyệt bài: 16.10.2017

quyền địa phương cũng như chính sách nào khác của nhà nước. Các hộ trồng dược liệu đa phần là những hộ có truyền thống nuôi trồng do cha ông để lại. 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, chủ yếu là bán thành phẩm cho đại lý, các công ty đến thu mua, chưa có quy trình kiểm nghiệm.

SUMMARY

AN INVESTIGATION INTO THE ACTUAL SITUATION OF CULTIVATION AND PRODUCTION OF HERBAL AND MEDICINAL PLANTS IN BINH MINH 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 Cuc hoa, ge lien, cat bas, guava, mahi, Achyranthes aspera L... which have local medicinal name called Pile On the market instead of Hoai Son. Many Chinese medicinal herbs are grown here, though the amount is not much. 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 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 Bình Minh huyện Khoái Châu 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 Bình Minh huyện Khoái Châu 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 Bình Minh huyện Khoái Châu tỉnh Hưng Yên.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

- *Phỏng 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.

Phỏng 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 Bình Minh huyện Khoái Châu

Bảng 3.1. Số lượng cây thuốc tại Bình Minh

TT	Tên thuốc	Tên gọi địa phương	Tên khoa học
1	Cát căn	Sắn dây	Pueraria thomsoni Benth
2	Hoài sơn	Củ cọc	Discorea…
3	Bạch truật di thực	Bạch truật di thực	Atractylodes macrocephala Koidz
4	Địa liền	Địa liền	Kaempferia galanga L

5	Bạch chỉ nam	Bạch chỉ nam	Milletia pulchra Kurz
6	Bạch truật nam	Bạch truật nam	
7	Ngưu tất nam	Ngưu tất nam	Achyranthes aspera L
8	Hồng sâm nam	Hồng sâm nam	
9	Sâm đại hành	Sâm đại hành	Eleutherine subaphylla Gagnep
10	Mạch môn	Mạch môn	Ophiopogon japonicus (Thunb.) Ker. Gawl
11	Bạc hà	Bạc hà	Mentha avensis L
12	Tam thất nam	Tam thất nam	Kaempferia rotunda L

Kết quả bảng 3.1 cho thấy: số lượng cây thuốc tại xã Bình Minh cũng khá phong phú, hiện tại còn 12 loại cây được nuôi trồng.

Bảng 3.2. Sản lượng dược liệu tại xã Bình Minh

TT	**Tên thuốc**	**Diện tích trồn** (sào=360m^2)	**Sản lượng/năm** (tấn)
1	Cát căn	30	24
2	Hoài sơn	200	90
3	Bạch truật di thực	50	12
4	Địa liền	2000	1020
5	Bạch chỉ nam	40	12
6	Bạch truật nam	50	10
7	Ngưu tất nam	1000	200
8	Hồng sâm nam	50	06
9	Sâm đại hành	50	08
10	Mạch môn	100	24
11	Bạc hà	30	08
12	Tam thất nam	100	15

Kết quả bảng 3.2 cho thấy: tại Bình Minh, dược liệu nhiều nhất là Địa liền và Ngưu tất nam.

Bảng 3.3. Thời gian thu hái dược liệu tại xã Bình Minh

STT	**Tên thuốc**	**Thu hái**	**Bộ phận dùng**
1	Cát căn	Tháng 11-12	Củ
2	Hoài sơn	Tháng 11-12	Củ
3	Bạch truật di thực	Tháng 9	Củ
4	Địa liền	Tháng 11-12	Củ
5	Bạch chỉ	Tháng 10-11	Củ
6	Bạch truật nam	Tháng 8-9	Củ
7	Ngưu tất nam	Tháng 9-10	Củ
8	Hồng sâm nam	Tháng 11	Củ
9	Sâm đại hành	Tháng 12	Củ
10	Mạch môn	Tháng 11-12	Củ
11	Bạc hà	Tháng 5-6	Thân, Lá
12	Tam thất nam	Tháng 11	Củ

Kết quả bảng 3.3 cho thấy: thời gian thu hoạch chủ yếu giữa năm và cuối năm.

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 lua 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 Bình Minh huyện Khoái Châu dược liệu trồng đa dạng hơn, nhiều thuốc quý hiếm như Bạch Truật, Đương Quy, Hồng Sâm nam, Ngưu tất, và trồng những loại thuốc di thực từ Trung quốc sang như Bạch Truật di thực, Đương quy di thực. Ngưu tất, những năm về sau người dân ở xã này trồng giảm dần về số lượng các loại thuốc quý hiếm này, có nhiều hộ trồng nhưng chỉ làm thuốc cho gia đình, không ngoài để kinh buôn bán. ở xã này người dân trồng dược liệu là Củ Cọc sau khi chế biến gọi là Hoài Sơn, đem bán ra thị trường thay thế cho vị Hoài Sơn hiện nay. Theo thống kê của UBND và trạm y Tế xã thì tình hình hiện tại với đà phát triển kinh tế, giá cả bán ra các loại dược liệu không ổn định, nếu so với cây trồng khác thì thua kém xa, những loại dược liệu còn trồng nhiều là nhờ xen canh, giá cả tạm ổn, nhưng theo điều tra của chúng tôi da phần còn giữ lai nghề trồng dược liệu truyện thống của ông cha để lại.

Về sản lượng dược liệu, theo ghi nhận chung thì sản lượng xã Bình Minh huyện Khoái Châu 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 xuất cao, chế biến tại chổ, đặc biệt là thôn Nghĩa trai nhiều hộ chế biến vừa nuôi trồng tuy cơ sở nhỏ chưa quy mô lớn. Nhiều nơi các luong 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 lợi ích kinh tế và sự bảo tồn nguồn dược liệu: Tại xã Bình Minh, 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 phân nửa.

Vài năm trở lại đây, do sự phát triển của xã hội, kinh tế đi lên, nhu cầu của nhân dân tăng cao về nguồn giải trí vì vậy có sự chuyển đổi cơ cấu cây trồng sang cây cảnh. Bên cạnh đó, sự bấp bênh về đầu ra của dược liệu, giá cả thị trường không ổn định, nên nhiều hộ dân đã bỏ thói quen nuôi trồng và cũng. Mặt khác chưa có sự quan tâm đúng mức của chính quyền, các ngành có liên quan đến sự bảo tồn dược liệu, nhu cầu dùng thuốc Đông dược ngày càng tăng.

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 hưởng 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

Qua điều tra chúng tôi đưa ra một số kết luận sau: nguồn dược liệu tại xã Bình Minh của tỉnh Hưng Yên khá phong phú; diện tích trồng dược liệu đất chiếm phần lớn diện tích đất canh tác. Nghề nuôi trồng dược liệu ở đây mang quy mô hộ gia đình nhỏ lẻ. Sản phẩm chủ yếu là các vị thuốc nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cây thuốc và động vật là thuốc ở Việt Nam**, của Viện Dược Liệu Quốc Gia, (xuất bản năm 2004), NXB Khoa Học Xã Hội.
2. **Chỉ thị 03/BYT-CT (1996),** Bộ y tế.
3. **Hải Thượng Lãn Ông (1995), (**Hải thượng y tông tâm lĩnh), NXB Y học, tr. 44-119.
4. **Quyết định số 222/2003/QĐ-**TTg ngày 03/11/2003 của Thủ tướng Chính phủ về phê duyệt Chính sách quốc gia về y dược học cổ truyền đến năm 2010.
5. **Trần Văn Ơn, (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.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ NHỮNG THAY ĐỔI DI TRUYỀN TRÊN GEN *NPHS1* Ở TRẺ MẮC HỘI CHỨNG THẬN HƯ BẨM SINH

Phạm Văn Đếm[1], Nguyễn Thu Hương[2], Nguyễn Thị Kim Liên[3], Đinh Đoàn Long[1], Nguyễn Thị Quỳnh Hương[4].

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phát hiện đột biến gen *NPHS1* trên bệnh nhân mắc hội chứng thận hư bẩm sinh**. Đối tượng**: 07 bệnh nhân được chẩn đoán mắc hội chứng thận hư bẩm sinh nhập viện và điều trị tại khoa Thận-Lọc máu, bệnh viện Nhi Trung ương năm 2016. **Phương pháp:** mô tả hàng loạt ca bệnh, giả trình tự gen trực tiếp. **Kết quả**: bảy bệnh nhân, mắc HCTHBS điều trị tại Khoa Thận và Lọc máu, bệnh viện Nhi Trung ương năm 2015. Trẻ trai/trẻ gái là 2,5/1, không có bệnh nhân nào có hình thể bất thường sau sinh, 57% bệnh nhân có anh chị em ruột cùng mắc hội chứng thận hư bẩm sinh. Tại thời điểm nhập viện tất cả bệnh nhân có nhiễm trùng hô hấp hoặc nhiễm trùng tiêu hóa, phù to toàn thân và tràn dịch đa màng chiếm tỷ lệ cao (74,1% và 85,7%). Giảm protein máu và albumin máu nặng, kèm theo giảm natri, kali cũng hay gặp. Giải trình tự toàn bộ gen *NPHS1* từ bệnh nhân đã phát hiện thấy ngoài tính đa hình di truyền trên gen này còn có cả những đột biến dẫn đến sự thay đổi trên amino acid của phân tử protein. Có 15 điểm thay đổi di truyền trên 5 bệnh nhân, tỷ lệ đột biến là 74,1%, trong đó có ba đột biến mới, 1 đột biến lệch khung, 6 đột biến sai nghĩa, 1 vô nghĩa, 4 đa hình di truyền. **Kết luận**: Biểu hiện lâm, cận lâm sàng của bệnh nhân mắc HCTHBS nặng nề, tỷ lệ tử vong cao. Tỷ lệ đột biến trên gen *NPHS1* ở trẻ mắc HCTHBS tại Việt Nam khá cao.

Từ khóa: Hội chứng thận hư bẩm sinh (HCTHBS), đột biến gen *NPHS1.*

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL CHARATERISTICS AND *NPHS1* GENE MUTATIONS IN PATIENTS WITH CONGENITAL NEPHROTIC SYNDROME

Background: Congenital nephrotic syndrome (CNS) is a rare disease, not responds to standard steroid treatment, and is onset within 3 months after birth. The disease develops rapidly to kidney failure and renal End Stage Renal Disease after one or two years. *NPHS1* gene located in the long arm of chromosome 19, consist of 29 exons encoding for nephrin - a transmembrane protein. This protein has an important role in structure and function of kidneys. The mutation rates in *NPHS1* come to 94% in CNS patients of Finnish origin. Among of mutations, two common mutations (Fin_{Major} and Fin_{Minor}) acccount for 90% cases. ***Patients and methods:*** In Vietnam, this is the first prospective study to descriptive and mutational analysis of *NPHS1* in children with CNS from six Vietnamese families. All 29 exons and exon–intron boundaries of *NPHS1* were analyzed using PCR and DNA sequencing. ***Results:*** Male/female ratio was 2.5/1, 57% patients had siblings with CNS, no patients had abnomalitiest fenotype. All patiensts was infected at admitted. Generalized edema, abdominal distension, severe hypoalbulimia were comom symptom. Mortality rate in congenital nephrotic syndrome was 57%, all this patients prognosed to end-stage renal disease. Genetic analysis of the *NPHS1* gene revealed compound of six heterozygous variant p.E117K, five heterozygous missense mutation, one heterozygous nonsense mutation and one heterozygous frame-shifting mutation (c.3250_3251insG causing p.V1084GfsX12) in the five patients. Mutation ratio was 71,45. ***Conclussions***: Congenital nephrotic syndrome was severe disease, harmful influence to chilhood and enclose correlations with *NPHS1* gene mutions.

Key words: Congenital nephrotic syndrome, mutations in *NPHS1* gene.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng thận hư bẩm sinh (OMIM# [Online Mendelian Inheritance in Man] 256300) là bệnh di truyền hiếm gặp, khởi phát trước 3 tháng tuổi. Kiểu hình của trẻ mắc hội chứng thận hư bẩm sinh (HCTHBS) tuýp Phần Lan điển hình là trong thời kỳ mang thai có tình trạng rau bám rộng, trọng lượng bánh rau lớn trên 25% trọng lượng thai, xét nghiệm sàng lọc trước sinh thường có AFP (Alpha feto protein) trong nước ối tăng cao, khi trẻ sinh ra thường có mũi nhỏ, tai thấp, khớp háng, khớp gối, khớp khuỷu thường biến dạng (hậu qủa của bánh rau lớn, bám rộng). Trẻ mắc HCTHBS tuýp Phần Lan tiến triển nhanh đến suy thận mạn giai đoạn cuối, bệnh nhân thường chết trước 2 tuổi nếu không được ghép thận [1]. Gen *NPHS1* có 29 exon nằm ở vùng 1 từ băng 2 đến băng 3 trên cánh dài nhiễm sắc thể 19. Sản phẩm sinh học của gen là một protein có cấu trúc phức tạp có tên là nephrin, là một protein xuyên màng tham gia vào cấu trúc và chức năng lọc của cầu thận. Khi đột biến gen *NPHS1* gây ra sự thiếu hụt hoặc không có các phân tử protein nephrin và gây nên bệnh cảnh trên lâm sàng của hội chứng thận hư rất sớm (trước 3 tháng tuổi).

[1]*Khoa Y Dược, Đại Học Quốc Gia Hà Nội*
[2]*Khoa Thận và Lọc máu, Bệnh viện Nhi Trung ương*
[3]*Viện Nghiên Cứu Hệ Gen*
[4]*Bộ môn Nhi, Trường Đại học Y Hà Nội.*
Chịu trách nhiệm chính: *Phạm Văn Đếm*
Email: *phamdemhd@gmail.com*
Ngày nhận bài: 5.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 3.10.2017
Ngày duyệt bài: 9.10.2017

Đột biến gen *NPHS1* đã được Lenkkeri U và cộng sự mô tả lần đầu tiên vào năm 1998 [2]. Trước đây hầu hết bệnh nhân mắc HCTHBS tuýp Phần Lan thường chết trước 6 tháng tuổi do bệnh nhân hoàn không đáp ứng với thuốc steroid và các thuốc ức chế miễn dịch, dễ bị nhiễm trùng và suy thận mạn giai đoạn cuối. Hiện nay do có nhiều tiến bộ trong điều trị và ghép thận nên bệnh nhân sống được lâu hơn [1],[3].

Tại Việt Nam, hiện chưa có báo cáo đầy đủ nào về HCTHBS, các nghiên cứu về bệnh này vẫn đang được tiếp tục cùng với phân tích các đột biến của gen *NPHS1*. Do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đầy đủ triệu chứng, lâm sàng, cận lâm sàng và phát hiện những thay đổ di truyền trên gen NPHS1 ở bệnh nhân mắc HCTHBS.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 07 bệnh nhân mắc HCTHBS được chẩn đoán và điều trị tại khoa Thận Lọc máu, bệnh viện Nhi Trung ương năm 2015.

2.2. Phương pháp: Mô tả loạt ca bệnh hiếm gặp, các chỉ số lâm sàng cận cận lâm sàng bao gồm: tuổi (tháng) khởi phát, giới, tiền sử gia đình, tuổi thai, cân nặng lúc đẻ, các triệu chứng lâm sàng khi nhập viện, các xét nghiệm cận lâm sàng bao gồm công thức máu, sinh hóa máu (ure, creatinin máu, điện giải đồ, GOT, GPT, protein, albumin máu, cholesterol…), sinh hóa nước tiểu (protein, creatinin, tế bào niệu). Các xét nghiệm huyết học, sinh hóa máu được làm tại bệnh viện Nhi Trung ương.

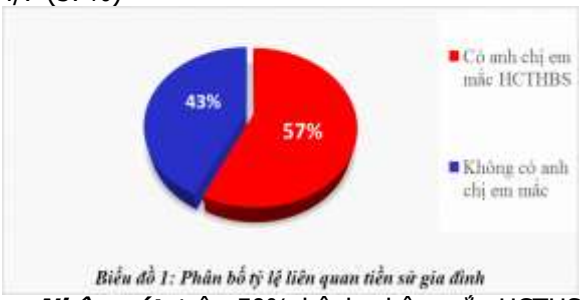
Phân tích đột biến gen *NPHS1*: Toàn bộ 29 exon và các phần ranh giới intron – exon trên gen *NPHS1* được khuếch đại bằng phản ứng PCR với các cặp mồi đặc hiệu được tổng hợp theo báo cáo của Lenkkeri và cộng sự (1999) [2]. Giải trình tự các đoạn được khuếch đại trên gen *NPHS1* bằng phương pháp giải trình tự trực tiếp từ sản phẩm PCR trên máy giải trình tự tự động ABI 3100 Bio System (Mỹ). Phân tích kết quả giải trình tự và so sánh với trình tự gen *NPHS1* đã được công bố trên Ensemble với mã số ENST00000378910 bằng phần mềm BioEdit để tìm đột biến. Xét nghiệm phân tích gen được làm tại viện Nghiên cứu Hệ gen.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

3.1.1. Một số đặc điểm dịch tễ học lâm sàng:

- Tuổi khởi phát trung bình là 2 ± 0,8 tháng, trẻ trai mắc bệnh cao hơn trẻ gái, tỷ lệ trẻ trai/trẻ gái: 2.5 lần.
- Tỷ lệ trẻ có anh chị em ruột cùng mắc bệnh 4/7 (57%)



Biểu đồ 1: Phân bố tỷ lệ liên quan tiền sử gia đình

Nhận xét: trên 50% bệnh nhân mắc HCTHS có tiền sử gia đình có người mắc HCTHBS.

3.1.2. Triệu chứng lâm sàng khi bệnh nhân nhập viện:

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng khi bệnh nhân nhập viện

Triệu chứng lâm sàng		Số bệnh nhân (n=7)	Tỷ lệ %
Phù	Phù to	5	71,4 %
	Phù vừa	2	28,6%
Tràn dịch đa màng		6	85,7%
Nhiễm trùng hô hấp		6	85,7%
Nhiễm trùng tiêu hóa		1	14,3%
Cân nặng thấp		1	14,3%
Sốt		3	42,8%
Tiểu ít		3	42,8%
Đẻ non		1	14,3%
Hình thể bất thường		0	0%

Nhận xét: Phù to, tràn dịch đa màng và nhiễm trùng hô hấp là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất, chỉ có 1 bệnh nhân (14,3%) có cân nặng thấp, 1 bệnh nhân đẻ non.

Bảng 2: Một số kết quả cận lâm sàng tại thời điểm bệnh nhân nhập viện

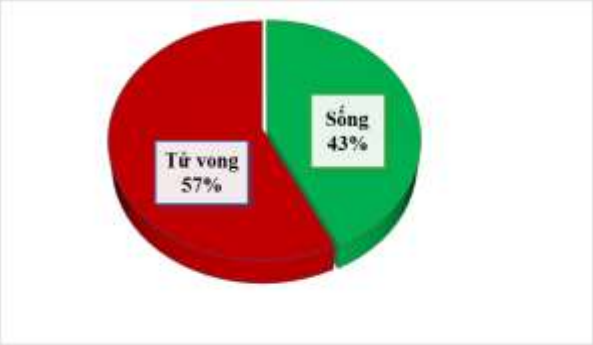
Kết quả cận lâm sàng	$\bar{X}$ ± SD	Khoảng giá trị
Protein máu	28,8 ± 4,7 (g/l)	[21,9-36,1]
Albumin máu	9,15 ± 1,77 (g/l)	[6,8-12,4]
Ure máu	4,1 ± 3,2 (mmol)	[1.0-10.9]
Creatinin máu	51,1 ± 50,1 (µmol)	[20,3-174]
Protein niệu	7,6 ± 4,1 (g/l)	[2.5-11,6]
Mức lọc cầu thận	89,6 ± 33,1(ml/ph/1,73m^{2}da)	[56-145]
Protein/creatinin niệu	4241 ± 2738 (mg/mmol)	[1256-9413]
Natri máu	129 ± 7,7 (mmol)	[119-142]
Kali máu	3,3 ± 0,99 (mmol)	[1,78-5,2]

Clo máu	103 ± 4,8 9 (mmol)	[99-112]

Nhận xét: bệnh nhân giảm protein máu và albumin máu nhiều, nồng độ các chất điện giả Natri, Kali cũng giảm thấp hơn so với chỉ số bình thường, chỉ số protein/creatinin niệu rất cao, mức lọc cầu thận cũng giảm ngay tại thời điểm bệnh nhân nhập viện.

3.1.3. Kết quả tiến tiến triển của bệnh nhân: Theo dõi dọc trong 12 tháng kết quả cho thấy 4/7 bệnh nhân đã tử vong, tất cả đều suy thận giai đoạn cuối.

Nhận xét: tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân mắc HCTHBS trong năm đầu tiên khá cao (57%)



Biểu đồ 2: Tiến triển của bệnh nhân sau 12 tháng

3.2. Kết quả phân tích gen NPHS1. Giải trình tự gen *NPHS1* cho thấy: 5/7 bệnh nhân (71,4%) có thay đổi di truyền trên gen.

Bảng 3: Kết quả phân tích gen NPHS1 của bệnh nhân mắc HCTHBS

Exon	Đa hình/đột biến	Thay đổi Nucleotide	Bệnh nhân	Genotyp
Exon3	Đa hình	c. 349G>A (p.Glu117Lys)	02	Dị hợp
Exon 8	Đột biến	c. 928G>A (Asp310Asn)		Dị hợp
Exon 24	Đột biến	c. 3250 3251insG (p.Val1084Glyfs∗12)		Dị hợp
Exon 11	Đột biến	c. 465G>A (Glu447Lys)	05	Dị hợp
Exon 18	Đột biến	c. 819A>T (Asp819Val)		Dị hợp
Exon 3	Đột biến	c. 349G>A (p.Glu117Lys)	07	Dị hợp
Exon 8	Đột biến	c. 970T>G (p.Ser324Ala)		Dị hợp
Exon 3	Đa hình	c. 349G>A (p.Glu117Lys)	03	Đồng hợp
Exon 18	Đột biến	c. 2374A>T (p.Lys792∗)		Dị hợp
Exon 18	Đột biến	c. 2405G>T (p.Arg802Leu)		Dị hợp
Exon 3	Đa hình	c. 349G>A (p.Glu117Lys)	04	Đồng hợp
Exon 18	Đột biến	c. 2374A>T (p.Lys792∗)		Dị hợp
Exon 18	Đột biến	c. 2405G>T (p.Arg802Leu)		Dị hợp

Nhận xét: Năm bệnh nhân phát hiện thấy đột biến trên gen *NPHS1*, không có bệnh nhân nào có đột biến thể Fin $_{Major}$ hoặc thể Fin$_{Minor}$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng: Hội chứng thận hư bẩm sinh là bệnh di truyền hiếm gặp, tại Việt Nam chưa có công bố nào, đây là lần đầu tiên chúng tôi thu thập được số bệnh nhân đáng kể. Vì là bệnh di truyền nên yếu tố tiền sử gia đình có vai trò rất quan trọng, theo biểu đồ 1 cho thấy 57% bệnh nhân có anh chị em ruột cùng mắc HCTHBS, đặc biệt chúng tôi đã gặp 1 gia đình có ba anh em trai cùng mắc và đều đã tử vong do chưa được tư vấn di truyền, do vậy khi gặp bệnh nhân mắc HCTHBS cần có sự tư vấn di truyền cho cha mẹ bệnh nhân. Về giới chúng tôi nhận thấy, trẻ trai mắc cao hơn hẳn trẻ gái, tỷ lệ trẻ trai/trẻ gái là 2,5/1, theo y văn mô tả tỷ lệ trẻ trai mắc tương đương trẻ gái [1],[3].

Về kiểu hình trong số bảy bệnh nhân chúng tôi gặp chỉ có một bệnh nhân có tiền sử đẻ non 37 tuần và trọng lượng khi sinh là dưới 2,5kg. Có 1 bệnh nhân diện bám của rau cũng có mô tả khi siêu âm lúc mang thai bám rộng, nhưng trọng lượng bánh rau không được mô tả, tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu này không có kiểu hình bất thường như mô tả trong y văn [1],[3]. Các báo cáo ca lâm sàng HCTHBS tại Trung Quốc và Hàn Quốc cũng không thấy mô tả các bất thường này. Tại Việt Nam đây là lần đầu tiên báo cáo và là bệnh hiếm gặp do vậy chưa được quan tâm nhiều, xét nghiệm nồng độ AFP cũng chưa được thực hiện [4],[5].

Theo kết quả ở bảng 1 cho thấy phù to, tràn dịch đa màng và nhiễm trùng hô hấp là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất của bệnh nhân mắc HCTHBS khi nhập viện. Bệnh nhân mắc HCTHBS thường mất protein qua nước tiểu từ rất sớm ngay sau sinh, do vậy phù ở trẻ cũng thường gặp, tuy nhiên do trẻ sơ sinh, cơ thể nhiều nước nên thường khó phát hiện phù hơn, chúng tôi ghi nhận thấy tất cả bệnh nhân đến

viện vì nhiễm trùng hô hấp như viêm phổi, nhiễm trùng tiêu hóa sau khi thăm khám các bác sĩ mới phát hiện ra phù và cho làm xét nghiệm để chẩn đoán HCTHBS, không bệnh nhân nào được phát hiện phù khi ở nhà.

Kết quả xét nghiệm cận lâm sàng trong bảng 2 cho thấy khi bệnh nhân nhập việnnhân giảm protein máu và albumin máu nhiều, nồng độ các chất điện giả Natri, Kali cũng giảm thấp hơn so với chỉ số bình thường, chỉ số protein/creatinin niệu rất cao, mức lọc cầu thận cũng giảm ngay tại thời điểm bệnh nhân nhập viện. Theo y văn mô tả bệnh nhân mắc HCTHBS thường giảm albumin máu, nồng độ albumin rất thấp thường dưới 10g/l, kèm theo đó là mất các yếu mất các IgG, các protein vận chuyển (transferrin), chất chống đông, hormon, đặc biệt hormon tuyến giáp, vitamin D nên ảnh hưởng lớn sức khỏe và sự phát triển của trẻ. Trẻ thường xuyên bị nhiễm trùng, hay gặp nhất là nhiếm trùng hô hấp, tiêu hóa [1],[3]. Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận thấy 100% bệnh nhân có nhiễm trùng kèm theo trong đó sáu bệnh nhân viêm phổi, một bệnh nhân nhiễm trùng tiêu hóa. Tỷ lệ bệnh nhân bị suy thận ngay tại thời điểm nhập viện cũng rất cao, bảng 2 cho thấy mức lọc cầu thận trung bình của bệnh nhân < 90ml/phút/1,73m^2 da. Theo dõi sau 12 tháng chúng tối thấy 5/7 (71,4%) bệnh nhân tiến triển thành bệnh thận mạn giai đoạn cuối. Kết quả theo dõi tiến triển bệnh nhân trong 12 tháng trên biểu đồ 4/7 (57%) bệnh nhân tử vong trong năm đầu. Theo Niaudet.P và y văn mô tả, bệnh nhân mắc HCTHBS có tiên lượng rất xấu, trước đây hầu hết bệnh nhân tử vong khi được 6 tháng, theo thống kê của Jalanko và cộng sự thấy 100% bệnh nhân mắc HCTHBS có đột biến gen bị tử vong sau 2 năm [1],[3]. Như vậy kết quả nghiên cứu này của chúng tôi khá phù hợp với y văn mô tả.

4.2. Kết quả phân tích đột biến gen NPHS1: Gen là một gen lớn gồm 29 exon vùng mã hóa có kích thước 26kb, gen mã hóa cho phân tử protein nephrin có 1241 amino acid thuộc nhóm protein xuyên màng họ Ig. Năm 1999, Ulla Lenkkeri và cộng sự lần đầu giải trình tự gen *NHPS1* tìm ra hai đột biến hay gặp Fin$_{Major}$ do mất 2 cặp bazơ nitơ ở vị trí exon thứ 2 gây đột biến lệch khung và đột biến sai nghĩa ở exon 26 gây thể Fin$_{Minor}$. Hai thể đột biến này chiếm trên 90% các trường hợp HCTHBS tuýp Phần Lan. Hiện nay đã có 220 đột biến khác nhau đã được phát hiện và báo cáo trên bệnh nhân mắc HCTHBS không phải tuýp Phần Lan với tỷ lệ thấp hơn, tỷ lệ phát hiện đột biến dao động 39-80%. Trong nghiên cứu này chúng tôi phát hiện thấy mười lăm điểm thay đổi di truyền trên gen *NPHS1* của năm bệnh nhân, trong đó xuất 3 đột biến mới và đã được công bố trước đó, tuy nhiên không có bệnh nhân nào có đột biến thể Fin $_{Major}$ hoặc thể Fin$_{Minor}$ [2],[3].

Nhật Bản tác giả Aya K và cộng sự (2009) [7] cũng báo cáo trên tất cả 5 bệnh nhân mắc HCTHBS đều thấy đột biến gen *NPHS1.* 9 đột biến phát hiện thấy gồm 6 đột biến thay thế 1 cặp bazơ nitơ, 3 đột biến mất đoạn tại exon 4,7,9,14,18,1, các đột biến này đều ở dạng dị hợp tử. Kết quả phân tích gen *NHPS1* trên bệnh nhân của chúng tôi cho thấy đột biến p.D310N trên Ig3, vị trí đột biến này cũng đã được Shi và cộng sự công bố năm 2005, Fu và cộng sự công bố năm 2015 tại Trung Quốc. Đột biến thêm một bazơnitơ G vào vị trí 3250 - 3251 trên cDNA dẫn đến sự lệch khung đọc và đột biến p.V1084fsX1095 exon 24 trên *NPHS1*, đây cũng là một đột biến bệnh lý đã được Lenkkeri công bố năm 1999, Lee (2009), đột biến lệch khung và đột biến vô nghĩa dẫn đến sự ngừng tổng hợp protein tạo nên những protein không đầy đủ được xếp vào nhóm các đột biến bệnh lý nặng nhất.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân mắc HCTHBS biểu hiện lâm sàng rất nặng nề, ảnh hưởng lớn đến sức khỏe của trẻ, tỷ lệ tử vong cao.

Tỷ lệ đột biến gen *NPHS1* xuất hiện trên bệnh nhân mắc HCTHBS khá cao, có một số đột biến mới đã được phát hiện trên bệnh nhân mắc HCTHBS là quần thể người Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Patrick Niaudet. (2004).** Congenital nephrotic syndrome, Finnish type. *Orphanet encyclopedia*, 1-4.
2. **Ulla Lenkkeri, et al. (1999).** Structure of the Gene for Congenital Nephrotic Syndrome of the Finnish Type (NPHS1) and Characterization of Mutations. *Am. J. Hum. Genet,* 64:51-61.
3. **Hannu Jalanko and Christer Holmberg (2016).** Congenital Nephrotic Syndrome. *Pediatric Nephrology*, Seventh Edition, Vol 1, chapter 25, part V, 753-763.
4. **Beom Hee Lee, et al. (2009).** Two Korean Infants with Genetically Confirmed Congenital Nephrotic Syndrome of Finnish Type. *J Korean Med Sci*, 24 (1): 210-214.
5. **R. Fu, et al. (2015).** Novel NPHS1 splice site mutations in a Chinese child with congenital nephrotic syndrome. *Genet. Mol. Res,* 14 (1): 433-439.
6. **L.Q. Yu, et al. (2012).** Two novel NPHS1 mutations in a Chinese family with congenital nephrotic syndrome. *Genet. Mol. Res,* 10 (4): 2517-2522.

7. Aya K, Tanaka H and Seino Y. (2000). Novel mutation in the nephrin gene of a Japanese patient with congenital nephrotic syndrome of the Finnish type. *Kidney Int*, 57: 401-404.

HÀI LÒNG VỚI CÔNG VIỆC CỦA GIẢNG VIÊN PHI LÂM SÀNG TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC, ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN

Lê Ngọc Uyển[1], Trần Bảo Ngọc[1], Bùi Thanh Thủy[1], Nguyễn Thị Hoa[1] và cs

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả sự hài lòng với công việc của giảng viên (GV) phi lâm sàng. **Đối tượng phương pháp:** Mô tả cắt ngang bằng bộ câu hỏi 65 câu tự điền về sự hài lòng theo thang điểm Likert 5 mức độ chia thành 6 nhân tố và mục hài lòng chung cho các GV phi lâm sàng Trường Đại học Y Dược năm 2017. **Kết quả:** 65,4% GV hoàn thành câu hỏi. Sau khi phân tích EFA và độ tin cậy còn 41 câu hỏi phù hợp chia thành 5 nhân tố mới. Tỷ lệ hài lòng về quan hệ đồng nghiệp, điều kiện làm việc, quan hệ lãnh đạo, quan hệ đồng nghiệp, lương/phúc lợi và hài lòng chung lần lượt đạt 70,7; 12,2; 45,5; 43,1; 17,1 và 39,8%. Các câu hỏi có tỷ lệ hài lòng cao là mối quan hệ sinh viên/đồng nghiệp, tỷ lệ có sự hài lòng thấp là điều kiện làm việc và thu nhập. **Kết luận và kiến nghị:** Mức độ hài lòng công việc của GV phi lâm sàng đạt tỷ lệ không cao, bộ câu hỏi khảo sát đáng tin cậy. Nhà trường cần cải tiến những khía cạnh đạt tỷ lệ hài lòng chưa cao và cần thiết khảo sát đánh giá đều đặn hàng năm.

Từ khóa: Hài lòng công việc; giảng viên; lâm sàng; đại học y dược; Thái Nguyên.

SUMMARY

JOB SATISFACTION AMONG NON-CLINICAL LECTURERS AT THAINGUYEN UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

Objectives: To describe job satisfaction among non-clinical lecturers. **Materials and methods:** A cross-sectional study by questionnare with 65 self-administered questions, using Likert scale's 5 levels into 6 factors and general satisfaction items among non-clinical lecturers in 2017. **Results:** 65.4% of lecturers completed the questionnaire. After analyse EFA and reliability, 41 questions remain relevant which divided in to 5 new factors. The satisfaction factors about co-workers relationship, relationship with management, awards and overall satisfation are 70.7%, 12.2%, 45.5%, 43.1%, 17.1% and 39.8%, respectively. The questions which have high sastifaction rate are the relationship with students/co-workers; the low sastifaction rate is working condition and salalries. **Conclusion:** Job satisfation among non clinical lecturers is not high, the questionnare is reliable. The campus leaders need to improve the aspects of satisfaction which are not high and conduct survey about job satisfation anually.

Keywords: *Job satisfaction, lecturers, non-clinical, Thainguyen University of Medicine and Pharmacy.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phát triển nguồn nhân lực là công việc quan trọng nhất trong chiến lược phát triển của các trường đại học, nhất là trong giai đoạn hội nhập hiện nay. Từ năm 2008, Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên đã có bước phát triển cải tiến trong chuyển đổi hình thức đào tạo tín chỉ. Sản phẩm đào tạo của Nhà trường đã góp phần cung cấp nguồn nhân lực có chất lượng, đáp ứng nhu cầu xã hội, gắn lợi ích nhà trường với lợi ích xã hội. Tuy nhiên, Trường đang đứng trước những thách thức to lớn với sự cạnh tranh ngày càng khốc liệt về nguồn nhân lực của thị trường, đòi hỏi Ban giám hiệu nhà trường phải ra sức cải tiến tổ chức quản lý nhân sự cả về số lượng lẫn chất lượng.

Đội ngũ giảng viên (GV) nhà trường được chia làm hai nhóm lớn: đào tạo kỹ năng lâm sàng và kỹ năng phi lâm sàng. Sự hài lòng trong công việc của đội ngũ này sẽ tạo động lực làm việc và góp phần vào việc nâng cao hiệu quả làm việc cũng như hoạt động (đào tạo và nghiên cứu). Việc khảo sát thực trạng sự hài lòng của GV giúp nhà trường hoạch định được các chính sách duy trì và phát triển nhân lực tốt, làm cho nhân viên hài lòng hơn, có thể thu hút được người giỏi và hạn chế sự "chảy máu" chất xám của nhà trường. Vì sự hài lòng trong công việc của GV y dược có ảnh hưởng đến chất lượng giáo dục và chăm sóc người bệnh [5]. Là một trường thành viên của Đại học vùng lớn thứ ba toàn quốc; nguồn tuyển sinh vào trường khá đảm bảo; số lượng GV cơ hữu của Trường đến thời điểm hiện tại (tháng 11/2016) là 326 người; tỷ lệ GV có trình độ tiến sĩ đạt tỷ lệ chưa cao, việc tuyển mới đối với một số bộ môn gặp nhiều khó khăn. Bên cạnh đó, hiện tượng xin chuyển công tác đã xuất hiện trong một số đơn vị, mặc dù lãnh đạo nhà trường đã đưa ra những chính sách nhân sự phù hợp với đặc thù của trường để thu hút và duy trì đội ngũ GV giỏi, có năng

[1]*Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Bảo Ngọc
Email: ngoctranbao72@gmail.com
Ngày nhận bài: 25.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 10.10.2017
Ngày duyệt bài: 16.10.2017

lực, có nhiệt huyết nhằm gắn bó lâu dài và đóng góp tích cực cho sự phát triển bền vững của trường. *Với những lý do nêu trên,* chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm: "*Mô tả mức độ hài lòng với công việc của giảng viên phi lâm sàng tại Trường Đại học Y Dược*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 100% các giảng viên cơ hữu đang công tác các bộ môn phi lâm sàng của trường (188 người), thời gian phỏng vấn từ tháng 06/2017 đến hết tháng 8/2017.

*Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: Đồng ý tham gia nghiên cứu. Giảng viên các khoa phi lâm sàng là không liên quan trực tiếp tới khám bệnh và điều trị bệnh nhân.

+Loại trừ các đối tượng đang bị kỷ luật, đang làm thủ tục chuyển công tác, sắp nghỉ chế độ.

Địa điểm nghiên cứu: Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

+Một số đặc điểm hành chính nhóm nghiên cứu (giới tính; dân tộc; khoa/bộ môn; thâm niên công tác…).

+Các GV được hướng dẫn điền phiếu theo bộ câu hỏi được tính theo thang điểm Likert 5 mức độ. Bộ câu hỏi được tham khảo từ nhiều nghiên cứu khác nhau, được điều tra thử (pilot), sau đó hiệu chỉnh trước khi tiến hành khảo sát chính thức.

+Bộ câu hỏi tự điền 65 câu, với quy ước 1 là rất không hài lòng; 2 là không hài lòng; 3 là bình thường; 4 là hài lòng và 5 là rất hài lòng. Được chia làm 6 nhóm nhân tố chính (10 câu/1 nhân tố): Điều kiện làm việc; Cơ hội đào tạo, ghi nhận và thăng tiến; Mối quan hệ với sinh viên; Mối quan hệ với đồng nghiệp; Mối quan hệ lãnh đạo/quản lý; Lương và phúc lợi; từ đó đánh giá điểm về Hài lòng chung (5 câu hỏi chung).

+ Phân tích sự hài lòng của GV về nhà trường qua kiểm định độ tin cậy của bộ câu hỏi (hệ số Cronbach's alpha), phân tích nhân tố khám phá (EFA, ma trận xoay) để xác định các câu hỏi phù hợp.

Kỹ thuật thu thập số liệu: Thu thập theo mẫu phiếu tự điền soạn sẵn. Sử dụng cộng tác viên là các cán bộ quản lý khoa/bộ môn khác nhau khảo sát chéo để đảm bảo tính khách quan. Các cộng tác viên được tập huấn kỹ lưỡng, tỷ mỉ.

Phương pháp xử lý số liệu: Nhập và xử lý bằng các thuật toán thích hợp trong phần mềm SPSS 22.0.

Đạo đức nghiên cứu: Đề cương được phê duyệt thông qua Hội đồng khoa học và Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

123 GV hoàn thành phiếu (đạt 65,4% so với danh sách). GV của trường khá trẻ, với 81,3% tuổi dưới 40, tuy nhiên cũng có tới 80,5% có trình độ sau đại học, số lượng trải đều ở các khoa (Bảng 1.)

Bảng 1. Một số đặc điểm nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới	Nam	37	30,1
	Nữ	86	69,9
Nhóm tuổi	≤ 40	100	81,3
	> 40	23	18,7
Đơn vị	Khoa Y học cơ sở	24	19,5
	Khoa Y tế công cộng	24	19,5
	Khoa Điều dưỡng	21	17,1
	Khoa Dược	24	19,5
	Khoa Khoa học cơ bản	30	24,4
Trình độ	Đại học	24	19,5
	Sau đại học	99	80,5
Thu nhập	≤ 5 triệu đồng/tháng	81	65,9
	> 5 triệu đồng/tháng	42	34,1
	Thu nhập bình quân (triệu/tháng)	5,3 ± 2,1	

Chúng tôi tiến hành phân tích nhân tố khám phá EFA từ 60 câu của 6 nhân tố, bằng phương pháp principal components với hệ số eigenvalues ≥ 1,1; 25 lần xoay tối đa; ma trận xoay theo varimax và hệ số tải nhân tố > 0,5. Sau nhiều lần xoay ma trận, chúng tôi loại bỏ lần lượt 19 câu hỏi số 1, 2, 3, 10; câu 11 - câu 18, 20; câu 29, 30; câu 41, 44, 50; câu 60. Mô hình sau khi xoay còn lại 41 câu hỏi được chia thành 5 nhân tố mới (chúng tôi nhận thấy hầu hết các câu hỏi thuộc lĩnh vực cơ hội ghi nhận, thăng tiến đều bị loại bỏ). Sau đó chúng tôi tiếp tục kiểm định hệ số Cronbach's alpha cho 41 câu của 5 thành tố này và hệ số tin cậy đều đạt trên 0,8 (Bảng 2).

Bảng 2. Ma trận xoay của các câu hỏi và hệ số tin cậy

Câu hỏi	Lĩnh vực					Hệ số tin cậy	Hài lòng chung các NT (tỷ lệ)
	NT1	NT2	NT3	NT4	NT5		
Q36.	0,870					0,957	3,98 ± 0,57 70,7%
Q37.	0,866						
Q35.	0,851						
Q33.	0,832						
Q34.	0,828						
Q39.	0,798						
Q32.	0,779						
Q31.	0,765						
Q38.	0,761						
Q40.	0,668						
Q8.		0,779				0,892	3,34 ± 0,61 12,2%
Q7.		0,745					
Q4.		0,744					
Q6.		0,732					
Q58.		0,698					
Q5.		0,665					
Q57.		0,622					
Q9.		0,622					
Q59.		0,583					
Q46.			0,804			0,922	3,78 ± 0,59 45,5%
Q48.			0,803				
Q47.			0,766				
Q43.			0,731				
Q49.			0,691				
Q45.			0,651				
Q42.			0,612				
Q26.				0,813		0,904	3,83 ± 0,56 43,1%
Q23.				0,779			
Q24.				0,744			
Q25.				0,741			
Q22.				0,725			
Q21.				0,665			
Q28.				0,604			
Q27.				0,551			
Q51.					0,757	0,894	3,31 ± 0,63 17,1%
Q53.					0,746		
Q54.					0,696		
Q56.					0,657		
Q52.					0,617		
Q19.					0,549		
Q55.					0,536		
KMO						0,833	
Tổng phương sai trích						66,559	

Ghi chú: NT1: Quan hệ với đồng nghiệp; NT2: Điều kiện làm việc; NT3: Quan hệ lãnh đạo; NT4: Quan hệ đồng nghiệp; NT5: Lương và phúc lợi. Tỷ lệ hài lòng được tính với điểm số ≥ 4.

Tại công bố của L.N.Đ. Khôi (2013) với 24 câu hỏi với 5 nhân tố cũng cho thấy sự phù hợp để khảo sát [2]. Qua tham khảo các bài báo, có thể thấy các câu hỏi khảo sát hài lòng công việc của GV khá tin cậy và phù hợp, tuy nhiên có thể có những đặc thù riêng cho từng đơn vị, từng đối tượng khảo sát.

Kết quả cuối cùng với 41 câu hỏi chia thành56 nhân tố có hệ số KMO = 0,833 thỏa mãn điều kiện 0,5<KMO<1, như vậy phân tích khám phá là thích hợp cho dữ liệu thực tế. Đồng thời ta thấy kiểm định Bartlett có mức ý nghĩa với p < 0,0001. Cột cumulative ở Bảng 2 cho biết tổng phương sai trích là 66,5% điều này có nghĩa là 66,5% thay đổi của các nhân tố được giải thích bởi các biến quan sát. Các kết quả mà chúng tôi tham khảo được đều cho thấy hệ số KMO đảm bảo, kiểm định Bartlett có ý nghĩa, tuy nhiên tổng phương sai trích có khác nhau chút ít [1], [4].

Kết quả phân tích EFA đối với nhân tố phụ thuộc (5 câu về sự hài lòng chung) thể hiện tại Bảng 3. Hệ số tải nhân tố đều trên 0,5; hệ số tin cậy = 0,80.

Bảng 3. Kết quả phân tích nhân tố khám phá EFA biến sự hài lòng

Câu hỏi	Hệ số tải	Điểm trung bình	SD	Tỷ lệ hài lòng
Q64. Thầy/cô hài lòng với môi trường làm việc hiện tại	0,811	3,68	0,644	63,4
Q65. Thầy/cô luôn tự hào về vị thế, uy tín của trường	0,794	3,88	0,608	81,4
Q63. Thầy/cô hài lòng với môi trường làm việc hiện tại	0,764	3,73	0,615	70,7
Q61. Thầy/cô hài lòng với công việc	0,697	3,65	0,653	65,1
Q62. Thầy/cô luôn tự hào về vị thế, uy tín của trường	0,671	3,51	0,717	56,1
Initial Egenvalue			2,808	
Cumulative %			56,160	
Hệ số Cronbach's alpha			0,800	
Tỷ lệ hài lòng chung từ 05 câu hỏi		39,8% (49/123 người) 3,69 ± 0,48		

Ghi chú: Tỷ lệ hài lòng được tính với điểm số ≥ 4.

Điểm hài lòng chung trong đối tượng nghiên cứu đạt mức độ khá (3,69; chiếm 39,8%), cao hơn so với công bố của N.T. Tùng (2015) [3]. Có lẽ do chúng tôi chỉ lựa chọn đối tượng GV để khảo sát. Kết quả của Pan (2015) khảo sát từ 1210 GV sử dụng bộ câu hỏi Minnesota cho tỷ lệ hài lòng chung đạt 69,71 điểm [7]. 63,5-71,3% là kết quả công bố tỷ lệ hài lòng của Bunton (2012) khi khảo sát 9638 GV từ 23 trường y ở Hoa Kỳ [6].

Chúng tôi tiến hành tính điểm trung bình và tỷ lệ phần trăm hài lòng với từng câu hỏi trong 32 câu của 6 nhân tố (nội dung chi tiết các câu hỏi này xem trong phụ lục đính kèm), kết quả cụ thể:

Bảng 4. Kết quả sự hài lòng của từng câu hỏi cụ thể

TT	Câu hỏi	Điểm TB	SD	Tỷ lệ hài lòng	TT	Câu hỏi	Điểm TB	SD	Tỷ lệ hài lòng
1.	Q21.	4,14	0,60	93,5	22.	Q28.	3,67	0,81	64,2
2.	Q37.	4,05	0,62	91,1	23.	Q27.	3,64	0,72	59,4
3.	Q36.	4,02	0,67	87,0	24.	Q42.	3,60	0,67	56,1
4.	Q39.	4,02	0,70	86,2	25.	Q25.	3,57	0,82	59,3
5.	Q31.	4,01	0,58	87,8	26.	Q6.	3,46	0,81	56,9
6.	Q34.	4,01	0,65	88,7	27.	Q58.	3,43	0,90	55,3
7.	Q24.	3,98	0,72	80,4	28.	Q59.	3,43	0,78	52,9
8.	Q33.	3,98	0,71	82,9	29.	Q9.	3,42	0,65	47,1
9.	Q32.	3,97	0,63	87,8	30.	Q57.	3,41	0,90	52,0
10.	Q40.	3,97	0,72	83,8	31.	Q52.	3,40	0,74	43,9
11.	Q22.	3,94	0,65	83,7	32.	Q55.	3,36	0,81	45,6
12.	Q35.	3,93	0,69	82,1	33.	Q19.	3,35	0,88	46,3
13.	Q23.	3,91	0,73	81,3	34.	Q53.	3,33	0,81	43,9
14.	Q45.	3,87	0,71	72,0	35.	Q4.	3,31	0,82	47,2
15.	Q38.	3,86	0,73	78,0	36.	Q5.	3,30	0,86	43,9
16.	Q46.	3,86	0,71	73,2	37.	Q54.	3,29	0,76	39,9
17.	Q43.	3,81	0,64	73,2	38.	Q7.	3,23	0,84	39,9
18.	Q49.	3,78	0,74	72,4	39.	Q51.	3,20	0,83	36,6
19.	Q26.	3,76	0,63	68,2	40.	Q56.	3,20	0,80	38,2
20.	Q47.	3,76	0,78	68,3	41.	Q8.	3,15	0,90	38,2
21.	Q48.	3,76	0,69	68,3					

Những điểm số từ các câu hỏi cho thấy mối quan hệ SV/đồng nghiệp đạt kết quả khá cao; trái ngược với các vấn đề về điều kiện làm việc cũng như khoản thưởng hay quy chế chi tiêu nội bộ. Chúng tôi tiếp tục khảo sát với GV phi lâm sàng với cỡ mẫu đủ lớn để có những phân tích sâu hơn (phân tích hồi quy) và sẽ công bố trong các bài báo sắp tới.

Mặc dù khảo sát này sử dụng câu hỏi tự điền, cỡ mẫu chưa đủ lớn để có thể đại diện cho đơn vị, chưa có những phỏng vấn sâu/thảo luận nhóm để có thêm thông tin nhưng hy vọng đây

cũng là những số liệu ban đầu mang tính khoa học để giúp các nhà quản lý có những quyết sách phù hợp trong tương lai với những khía cạnh chưa tốt.

IV. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

65,4% GV hoàn thành câu hỏi. Sau khi phân tích EFA và độ tin cậy còn 41 câu hỏi phù hợp chia thành 5 nhân tố mới cùng 5 câu hài lòng chung. Tỷ lệ hài lòng về quan hệ đồng nghiệp, điều kiện làm việc, quan hệ lãnh đạo, quan hệ đồng nghiệp, lương/phúc lợi và hài lòng chung lần lượt đạt 70,7; 12,2; 45,5; 43,1; 17,1 và 39,8%. Các câu hỏi có tỷ lệ hài lòng cao là mối quan hệ sinh viên/đồng nghiệp, tỷ lệ có sự hài lòng thấp là điều kiện làm việc và thu nhập.

Nhà trường xem xét cải tiến các khía cạnh đạt sự hài lòng thấp và cần khảo sát hàng năm với toàn bộ cán bộ, viên chức để có biện pháp khắc phục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thu Hằng, Nguyễn Khánh Trang (2013**), "Các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng và lòng trung thành của giảng viên, viên chức tại các trường đại học, cao đẳng ở Lâm Đồng", *Tạp chí Phát triển KH&CN,* 16 (Q3), tr. 33-44.
2. **Lê Nguyễn Đoan Khôi, Nguyễn Thị Ngọc Phương (2013),** "Các nhân tố tác động đến sự hài lòng trong công việc của nhân viên tại Trường Đại học Tiền Giang", *Tạp chí Khoa học Trường Đại học Cần Thơ,* 28, tr. 102-109.
3. **Nguyễn Thanh Tùng (2015),** "Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng trong công việc của cán bộ, giảng viên tại Trường Cao đẳng Nghề Đồng Tháp", *Luận văn Thạc sĩ Quản trị kinh doanh,* Trường Đại học Tài chính-Marketing, Bộ Tài chính.
4. **Nguyễn Văn Thuận, Nguyễn Văn Ngọc, Lê Văn Huy (2011),** "Sự hài lòng đối với công việc của giảng viên: tiếp cận hành vi quản trị", *Tạp chí Khoa học, Đại học Huế,* 66, tr. 161-172.
5. **Bhatnagar K, Srivastava K, Singh A, et al. (2011),** "A preliminary study to measure and develop job satisfaction scale for medical teachers", *Ind Psychiatry J,* 20 (2), pp. 91-96.
6. **Bunton SA, Corrice AM, Pollart SM, et al. (2012),** "Predictors of workplace satisfaction for U.S. medical school faculty in an era of change and challenge", *Acad Med,* 87 (5), pp. 574-581.
7. **Pan B, Shen X, Liu L, et al. (2015),** "Factors Associated with Job Satisfaction among University Teachers in Northeastern Region of China: A Cross-Sectional Study", *Int J Environ Res Public Health,* 12 (10), pp. 12761-12775.

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM GÂN NHỊ ĐẦU CÁNH TAY BẰNG LIỆU PHÁP HUYẾT TƯƠNG GIÀU TIỂU CẦU TỰ THÂN

Trần Thị Minh Phượng[1], Nguyễn Văn Hùng[1,2]

TÓM TẮT

Huyết tương giàu tiểu cầu tự thân (PRP) chứa các yếu tố tăng trưởng và các cytokine chống viêm, là một phương pháp mới điều trị viêm gân nhị đầu cánh tay. ***Mục tiêu:*** Đánh giá kết quả điều trị viêm gân nhị đầu cánh tay bằng liệu pháp tiêm huyết tương giàu tiểu cầu tự thân dưới hướng dẫn siêu âm và khảo sát tác dụng không mong muốn của liệu pháp sau 12 tuần theo dõi. ***Đối tượng và phương pháp***: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng theo dõi trong 12 tuần trên 38 bệnh nhân (BN) viêm gân nhị đầu cánh tay được chia làm 2 nhóm: 18 BN (20 gân nhị đầu) được tiêm PRP một lần duy nhất vào bao gân dưới hướng dẫn siêu âm, 20 BN (20 gân nhị đầu) được tiêm Depo-Medrol một lần duy nhất vào bao gân dưới hướng dẫn siêu âm. ***Kết quả:*** Sau 12 tuần điều trị, có sự cải thiện thang điểm VAS, chức năng vận động khớp vai, thang điểm EFA và SPADI ở nhóm can thiệp: VAS và điểm SPADI trung bình giảm tương ứng từ giảm từ 5,2 xuống 1,1 điểm và từ 1,01 xuống 0,31 điểm, góc gấp khớp vai và điểm EFA trung bình tăng tương ứng từ 123,75 lên 175 độ và từ 52,75 lên 81,45 điểm, cao hơn so với nhóm chứng (p<0,05). Tác dụng không mong muốn của nhóm tiêm PRP: tỷ lệ đau tăng tại vị trí tiêm là 10% (so với 15% ở nhóm chứng) và không gặp các tác dụng không mong muốn nghiêm trọng ở cả 2 nhóm BN. ***Kết luận:*** Liệu pháp tiêm PRP một lần duy nhất dưới hướng dẫn siêu âm có hiệu quả tốt hơn so với tiêm Depo-Medrol trong điều trị viêm gân nhị đầu cánh tay. Liệu pháp an toàn.

Từ khóa*: Huyết tương giàu tiểu cầu tự thân, viêm gân nhị đầu, siêu âm*

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT OF BICEPS TENDONITIS BY AUTOLOGOUS PLATELET-RICH PLASMA

Platelet-rich plasma (PRP), containing growth factors and anti-inflammatory cytokines, is a new method for treatment of biceps tendonitis. ***Aims:*** To assess the effectiveness of ultrasound-guided injection of PRP in the treatment of biceps tendonitis and evaluate adverse effects of this therapy after 12 weeks of follow-up. ***Methods:*** Controlled clinical trial were followed up to 12 weeks in 38 patients with biceps tendonitis, divided into two groups: 18 patients (20 biceps tendons) received a single ultrasound-guided injection of PRP into biceps tendon sheath, 20 patients (20 biceps tendons) were given a single ultrasound-guided injection of Depo-Medrol into biceps tendon sheath. ***Results:*** After 12 weeks of treatment, there was an improvement in VAS, shoulder joint function, EFA and SPADI scores in the research group: The average VAS and SPADI scores were decreased from 5.2 to 1.1 points and from 1.01 to 0.31 points, respectively, the average flexion angle of shoulder joint and EFA scores were increased from 123.75 to 175 and from 52.75 to 81.45, respectively, higher than the placebo group (p < 0.05). Side effects of the research group was 10 % of the patients increased pain at the injection site (compared to 15% in the Depo-Medrol injection group) and there was no serious complication in both groups. ***Conclusion:*** A single ultrasound – guided injection of PRP is better than a single ultrasound – guided injection of Depo-medrol in treatment of biceps tendonitis.

Key words*:* Autologous platelet-rich plasma, biceps tendonitis, ultrasound.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh khớp vai (VQKV) là nhóm bệnh lý phần mềm quanh khớp rất thường gặp. Biểu hiện bệnh là đau và giảm vận động khớp vai, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh [1]. VQKV có 4 thể: thể đau khớp vai đơn thuần, thể đau vai cấp, thể giả liệt khớp vai và thể đông cứng khớp vai. Trong đó, thể đau vai đơn thuần hay gặp nhất, chủ yếu là do viêm các gân cơ trên gai hoặc viêm bó dài của gân cơ nhị đầu cánh tay [1]. Bó dài gân cơ nhị đầu phải chui qua rãnh xơ xương của xương cánh tay vì vậy nó phải chịu lực kích thích cơ học thường xuyên gây ra tổn thương gân ở vị trí này, các tổn thương hay gặp như viêm gân, trật gân khỏi rãnh, đứt sợi xơ ngang hoặc đứt gân nhị đầu [6]. Các biện pháp dùng thuốc giảm đau, thuốc chống viêm không steroid (NSAID) có hiệu quả nhanh nhưng do tác động toàn thân hay gây nhiều biến chứng như viêm loét dạ dày hành tá tràng, xuất huyết tiêu hóa, tổn thương gan, thận... Tiêm corticoid tại chỗ có tác dụng cải thiện triệu chứng nhanh chóng nhưng dùng kéo dài có thể gây đứt gân [5]. Gần đây nhiều nghiên cứu trên thế giới đánh giá hiệu quả của liệu pháp PRP trong điều trị viêm gân nhị đầu và cho kết quả tốt, các tác dụng không mong muốn của liệu pháp thường nhẹ[4]. Ở Việt Nam chưa có nghiên cứu hệ thống nào về sử dụng liệu pháp PRP tự thân trong điều trị viêm gân nhị đầu. Hơn nữa, khớp vai có cấu trúc giải phẫu phức tạp nên việc tiêm dưới hướng dẫn của siêu

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hùng
Email: hungnguyenvn@gmail.com
Ngày nhận bài: 14.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 4.10.2017
Ngày duyệt bài: 16.10.2017

âm sẽ giúp cho đưa thuốc vào vị trí tổn thương chính xác. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với 2 mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị viêm gân nhị đầu cánh tay bằng liệu pháp tiêm PRP tự thân dưới hướng dẫn siêu âm và khảo sát tác dụng không mong muốn của liệu pháp sau 12 tuần theo dõi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu gồm 38 BN được chẩn đoán viêm gân nhị đầu cánh tay theo tiêu chuẩn chẩn đoán của M.C. Boissier 1992 [7] chia làm 2 nhóm: Nhóm can thiệp gồm 18 BN (20 gân nhị đầu) điều trị bằng tiêm PRP tự thân dưới hướng dẫn siêu âm và nhóm 20 BN (20 gân nhị đầu) điều trị bằng tiêm Depo-Medrol dưới hướng dẫn siêu âm. Điều trị tại khoa Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2016 đến 6/2017. BN đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ các trường hợp: Bệnh lý viêm quanh khớp vai khác, nhiễm khuẩn tại chỗ và toàn thân, bệnh về máu hoặc đang dùng chống đông, Hemoglobin dưới 110 g/l; tiểu cầu dưới 150.000/mm3, có thai, tiêm corticoid tại chỗ trong vòng 6 tuần trước khi tham gia nghiên cứu, không đồng ý tham gia nghiên cứu. Trường hợp BN đang sử dụng các thuốc NSAID thì phải dừng thuốc 1 tuần trước khi tham gia nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng, theo dõi dọc. BN nhóm can thiệp được tiêm 2ml PRP phân tách theo công nghệ của hãng Adistem và nhóm chứng được tiêm 0,5ml Depo–Medrol vào bao gân nhị đầu cánh tay dưới hướng dẫn siêu âm, một lần duy nhất. Thủ thuật được tiến hành bởi bác sỹ chuyên khoa Cơ xương khớp. Sử dụng máy siêu âm Medison Accuvix v 10.0, đầu dò Linear tần số 5-13 Mhz tại khoa Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai. Đánh giá kết quả điều trị của BN dựa trên các thang điểm VAS, EFA, SPADI và góc vận động của khớp vai tại các thời điểm trước điều trị (T0), sau điều trị 1 tuần (T1), sau điều trị 4 tuần (T4), sau điều trị 8 tuần (T8), sau điều trị 12 tuần (T12). Tác dụng không mong muốn của liệu pháp được ghi nhận tại tất cả các thời điểm nghiên cứu.

Nhóm can thiệp không sử dụng các thuốc NSAIDs trong 7 ngày sau tiêm, nhóm chứng sử dụng phối hợp với thuốc NSAIDs: Mobic7,5mg x 2 viên/ngày hoặc liều tương đương.

2.3 Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS Statistics 20

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của BN nghiên cứu

Các thông số (T0)	Nhóm can thiệp (n=20 gân)	Nhóm chứng (n=20 gân)	p
Tuổi	54,75 ± 12,81	56,25 ± 10,09	p > 0,05
Nam: Nữ	2,6:1	3:1	p > 0,05
Thời gian bệnh	11,98 ± 14,51	10,11 ± 13,6	p > 0,05
VAS	5,2 ± 1,15	4,95 ± 1,39	p > 0,05
Góc gấp khớp vai	123,75 ± 34,25	132,50 ± 29,04	p > 0,05
EFA	52,75 ± 13,43	52,05 ± 17,56	p > 0,05
SPADI	1,01± 0,29	0,96 ± 0,24	p > 0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tuổi, giới, giai đoạn bệnh, mức độ đau, góc vận động khớp vai, chức năng khớp vai giữa 2 nhóm nghiên cứu (p > 0,05).

3.2 Đánh giá kết quả điều trị viêm gân nhị đầu bằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân

3.2.1 Đánh giá kết quả điều trị theo thang điểm VAS



Biểu đồ 1: Đánh giá kết quả điều trị theo thang điểm VAS

Nhận xét: Cả 2 nhóm BN đều có sự cải thiện thang điểm VAS so với trước điều trị (p<0,05). Tại thời điểm T0 và T4, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm điều trị về cải thiện thang điểm VAS. Sau 8 và 12 tuần điều trị, nhóm bệnh nhân được điều trị bằng PRP có sự cải thiện thang điểm VAS tốt hơn so với nhóm chứng (p<0,05)

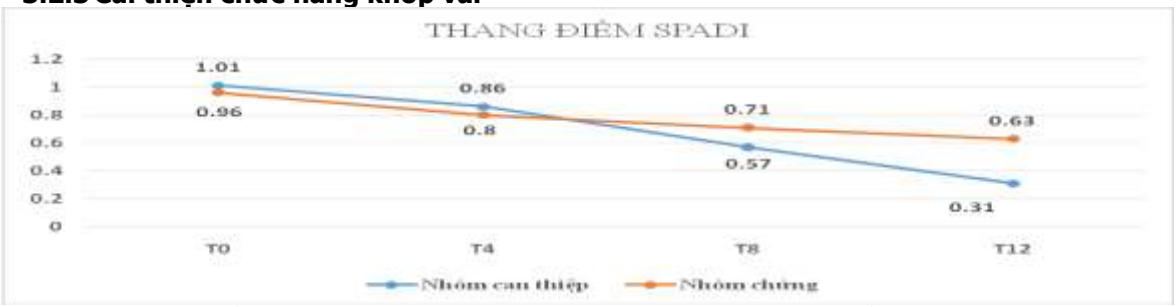
3.2.2 Đánh giá kết quả điều trị theo cải thiện góc gấp khớp vai

Bảng 2: Mức độ cải thiện góc gấp khớp vai

Góc gấp khớp vai	Nhóm can thiệp (n=20 gân) X ± SD	Nhóm chứng (n=20 gân) X ± SD	p
T0 (1)	123,75 ± 34,25	132,50 ± 29,04	p > 0,05
T4 (2)	148,75 ± 22,93	144,75 ±23,08	p > 0,05
T8 (3)	170,25 ±14,91	150 ±18,57	p > 0,05
T12 (4)	175 ±8,27	153,25 ±17,42	p < 0,01
Δ T12-0	51,25 ±30,34	20,75 ±15,24	p < 0,05
p 1,4	p < 0,001	p < 0,001	

Nhận xét: Cả 2 phương pháp điều trị đều có tác dụng cải thiện góc gấp khớp vai (p<0,05). Tại thời điểm 12 tuần sau điều trị nhóm BN được điều trị bằng PRP cải thiện biên độ gấp khớp vai tốt hơn nhóm điều trị bằng Depo-Medrol (p < 0,05).

3.2.3 Cải thiện chức năng khớp vai



Biểu đồ 2: Đánh giá kết quả điều trị theo thang điểm SPADI

Nhận xét: Cả 2 nhóm BN đều có sự cải thiện chức năng khớp vai so với trước điều trị với p<0,05. Từ tuần thứ 8 sau điều trị có nhóm tiêm PRP có sự cải thiện tốt hơn so với nhóm tiêm Depo-Medrol (p<0,05).

Bảng 3: Đánh giá kết quả điều trị theo thang điểm EFA

Điểm EFA	Nhóm can thiệp (n=20 gân) X ± SD	Nhóm chứng (n=20 gân) X ± SD	p
T0 (1)	52,75 ± 13,43	52,05 ± 17,56	p> 0,05
T12 (2)	81,45 ± 9,49	71,2 ± 13,46	p< 0,01
Δ T12-0	28,7 ± 12,58	19,15 ± 8,84	p< 0,05
p 1,2	p < 0,001	p < 0,001	

Nhận xét: 2 nhóm BN đều có sự cải thiện chức năng khớp vai so với trước điều trị với p<0,05. Từ tuần thứ 8 sau điều trị có nhóm tiêm PRP có sự cải thiện tốt hơn so với nhóm tiêm Depo-medrol (p<0,05).

3.3. Tác dụng không mong muốn của liệu pháp

Bảng 4: Tác dụng không mong muốn của liệu pháp

Vị trí	Tác dụng không mong muốn	Nhóm can thiệp (n=20 gân)		Nhóm chứng (n=20 gân)	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tại chỗ	Đau tăng 24h	2	10	3	15%
	Nhiễm trùng	0	0	0	0
Toàn thân	Sốc	0	0	0	0
	Nóng bừng, đau đầu chóng mặt	0	0	0	0
Khác	Chảy máu	0	0	0	0

Nhận xét: Nhóm can thiệp có 2 BN đau tăng sau tiêm (10%) và ở nhóm chứng có 3 BN (15%) đau tăng sau tiêm. Ở tất cả BN nghiên cứu không ghi nhận tác dụng không mong muốn toàn thân hay các tai biến nặng khác.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả của liệu pháp tiêm PRP dưới hướng dẫn siêu âm trong điều trị viêm

đầu dài gân nhị đầu cánh tay: Huyết tương giàu tiểu cầu là một thể tích huyết tương tách chiết từ máu toàn phần có nồng độ tiểu cầu cao hơn mức cơ bản ban đầu của BN. Sở dĩ PRP có tác dụng điều trị viêm gân vì tiểu cầu trong PRP có chứa nhiều yếu tố tăng trưởng và một số các cytokine. Các yếu tố tăng trưởng như PDGF, VEGF, EGF, PDEGF, PDAF, ECGF tham gia vào quá trình làm lành vết thương ở các tổ chức mô qua việc kích thích mạch máu hình thành, phân chia tế bào, tăng sự biệt hóa tế bào làm lành các tổ chức. Các cytokine được tạo ra khi hoạt hóa tiểu cầu như Interleukin I receptor Antagonist (IL-IRA) là chất chống viêm mạnh làm giảm cường độ và thời gian của cơn đau, giải phóng beta endorphins có tác dụng giảm đau, chống viêm, các IL-4, IL-10 ngoài tác dụng chống viêm còn có vai trò tái tạo mô của gân, dây chằng [4]. Depo-Medrol có bản chất là corticoid có tác dụng chống viêm, giảm đau, nhưng chưa có nghiên cứu nào chứng minh được vai trò của corticoid trong quá trình làm lành vết thương. Như vậy, PRP có tác động tốt hơn Depo-Medrol do có tác động tới quá trình tái tạo làm lành các tổn thương.

Nghiên cứu cho thấy có sự cải thiện thang điểm VAS ở cả hai nhóm nghiên cứu sau 1 tuần điều trị nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Ở các thời điểm 4 tuần, 8 tuần và 12 tuần sau điều trị PRP tự thân có tác dụng giảm đau tốt hơn so với Depo-Medrol (p<0,05) (Biểu đồ 1). Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Nghiên cứu của tác giả Hoàng Công Trọng và CS [3] trên 30 BN viêm gân nhị đầu được điều trị bằng tiêm một lần duy nhất PRP tự thân dưới hướng dẫn siêu âm sau 07 ngày và 30 ngày VAS trung bình lần lượt giảm từ 7,56 xuống 3,46 và 3,46 xuống 1,96 (p<0.05). Tác giả LLiknur Sanli, Barnes Morgan (2016) nghiên cứu trên 12 BN trong 47 tháng VAS trung bình giảm từ 6 xuống 0,5 (p<0,002) [4]. Tác giả Đặng Ngọc Tân trong nghiên cứu trên nhóm BN viêm quanh khớp vai cho thấy hiệu quả giảm đau của tiêm Depo-Medrol VAS trung bình của 33 BN trong nhóm nghiên cứu sau 10 ngày điều trị giảm từ 5,94 xuống 1,01 điểm [2].

Trong nghiên cứu này, cả 2 phương pháp điều trị đều cho thấy sự cải thiện động tác gấp khớp vai. Ở nhóm can thiệp, góc gấp của khớp vai trung bình tăng từ 123,75 lên 175 độ, nhóm chứng góc gấp khớp vai tăng từ 132,5 lên 153,5 độ (p<0,05) (Bảng 2). Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Hoàng Công Trọng và CS [3] và Đặng Ngọc Tân và CS [2]. Tuy nhiên ở thời điểm tuần thứ 8, tuần thứ 12, nhóm BN điều trị bằng PRP tự thân có sự cải thiện tốt hơn nhóm tiêm Depo-Medrol (p<0,05).

Chức năng vận động khớp vai được thể hiện qua thang điểm EFA và SPADI, kết quả nghiên cứu cho thấy cả 2 phương pháp điều trị đều cải thiện chức năng của vai và sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê (p<0,05), tại thời điểm T4, EFA trung bình của nhóm can thiệp tăng từ 52,75 lên 61,2 và SPADI trung bình giảm từ 1,01 xuống 0,86 và ở nhóm chứng EFA trung bình tăng từ 52,05 lên 62,65 và điểm SPADI trung bình giảm từ 0,96 xuống 0,8 nhưng ở T4 chưa có sự khác biệt về khả năng cải thiện chức năng khớp vai giữa 2 nhóm (p>0,05). Tuy nhiên, ở thời điểm T8 và T12 ở nhóm tiêm PRP điểm EFA trung bình tiếp tục tăng lần lượt từ 61,2 lên 73,25 và từ 73,25 lên 81,45 điểm. Điểm SPADI trung bình tiếp tục giảm lần lượt từ 0,86 xuống 0,57 và từ 0,57 xuống 0,31 điểm còn ở nhóm tiêm Depo-Medrol EFA trung bình tăng lần lượt từ 62,65 lên 67,9 và 67,9 lên 71,2 điểm. Điểm SPADI trung bình giảm lần lượt từ 0,8 xuống 0,71 và từ 0,71 xuống 0,63 điểm. Sự cải thiện chức năng của vai ở nhóm tiêm PRP tự thân tốt hơn nhóm tiêm Depo-Medrol sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05 (Biểu đồ 2, Bảng 3).

Vậy nhóm BN viêm gân nhị đầu được điều trị bằng liệu pháp tiêm PRP tự thân dưới hướng dẫn siêu âm có kết quả tốt hơn, hiệu quả kéo dài hơn so với nhóm tiêm Depo-Medrol (p<0.05). Kết quả này tương tự với nghiên cứu theo dõi dọc trung bình 47 tháng của LLiknur và CS [4] tác giả đã ghi nhận cải thiện EFA tăng trung bình từ 63 lên 90 điểm còn trong nghiên cứu này sau 12 tuần điều trị EFA trung bình tăng từ 52 lên 81 điểm và SPADI trung bình giảm từ 1 xuống 0,3 điểm và sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

4.2. Tính an toàn của liệu pháp: Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy rằng liệu pháp PRP tự thân là một phương pháp điều trị an toàn, ít biến chứng. Trong nhóm can thiệp có 18 BN (20 gân nhị đầu) tiêm PRP tự thân có 2 khớp vai đau tăng sau tiêm (10%), tuy nhiên chỉ là đau tăng nhẹ, 1 trường hợp tự khỏi và 1 trường hợp BN phải dùng thuốc giảm đau acetaminophen liều thấp, với nhóm tiêm Depo-Medrol có 3 khớp vai (15%) đau tăng sau tiêm và trong đó có 2 vai tự khỏi, 1 vai phải sử dụng thuốc giảm đau acetaminophen liều thấp. Ngoài ra không ghi nhận được các tai biến toàn thân hay các tai biến nặng khác trong nghiên cứu. Tương tự với kết quả nghiên cứu trên 30 BN của

tác giả Hoàng Công Trọng [3] có 3 BN (10%) đau tăng sau 24h.

V. KẾT LUẬN

Tiêm huyết tương giàu tiểu cầu tự thân dưới hướng dẫn siêu âm một lần duy nhất điều trị viêm gân nhị đầu có tác dụng giảm đau, cải thiện chức năng vận động khớp vai tốt hơn nhóm tiêm Depo-Medrol. Liệu pháp an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ân Trần Ngọc,** Viêm quanh khớp vai. Bệnh thấp khớp. Nhà xuất bản y học, (2002), tr.364-374
2. **Tân Đặng Ngọc**, Đánh giá hiệu quả tiêm Corticoid dưới hướng dẫn siêu âm trong điều trị viêm quanh khớp vai, Luận văn Thạc sỹ y khoa, Đại học Y Hà Nội. (2009)
3. **Trọng Hoàng Công, Nghị Trần Hồng.** Điều trị viêm gân nhị đầu bằng phương pháp tiêm huyết tương giàu tiểu cầu tự thân dưới hướng dẫn siêu âm bằng thuốc chống viêm không steroid. Tạp chí Nội khoa, tháng 5 – 2017, tr.170-178
4. **LLiknur Sanli**, Barnes Morgan et al. Single injection of platelet – rich plasma (PRP) for the treatment of refractory distal biceps tendonitis: long-term results of a prospective multicenter cohort study (2016).
5. **Speed, C.A., Fortnightly review:** Corticosteroid injections in tendon lesions. BMJ, 2001.323(7309): p. 382-6.
6. **D. Folinais,** Echographie de la region scapulaire (initiation): echo-anatomie normale. Technique. Semiologie. Cas cliniques journal de radiologie, Volume 85, Issue9, 2004,Page 1180
7. **M.C Boissier, Epaule douloureuse:** Orientation Diagnostic. Rev. Part 1993, 43,6 : 21-28

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA CAPECITABINE TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG

Nguyễn Thị Giang Oanh[1], Nguyễn Văn Hiếu[2], Phạm Thị Phương[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số tác dụng không mong muốn của Capecitabine trong điều trị ung thư đại trực tràng và một số yếu tố ảnh hưởng. **Phương pháp nghiên cứu**:mô tả lâm sàng; 118 bệnh nhân chẩn đoán ung thư đại trực tràng các giai đoạn được điều trị phác đồ hóa chất có Capecitabine. **Kết quả**: tỷ lệ xuất hiện các tác dụng không mong muốn thấp (≈20%), hay gặp nhất là hội chứng bàn tay- bàn chân (HFS). Hạ bạch cầu, tiêu chảy, HFS là những tác dụng không mong muốn chiếm tỷ lệ cao và có độc tính độ ¾: 25,5% (độ ¾ 3,4%); 21,1% (độ ¾ 3,3%); 48,3% (độ ¾ 8,4%). Hạ bạch cầu và tiêu chảy các mức độ gặp ở nhóm dùng Capecitabine phối hợp cao hơn nhóm dùng Capecitabine đơn thuần. HFS các mức độ chiếm tỷ lệ cao ở nhóm có tiền sử điều trị hóa chất trước đó. **Kết luận**: Capecitabine là thuốc an toàn ứng dụng trong lâm sàng điều trị ung thư.

Từ khoá: Capecitabine, ung thư đại trực tràng, tác dụng không mong muốn

SUMMARY

EVALUATING SOME OF THE SIDE EFFECTS OF CAPECITABINE IN THE TREATMENT OF COLORECTAL CANCER

Objective: To evaluate some of the adverse effects of Capecitabine on the treatment of colorectal cancer and its determinants. **Research methodology**: Clinical description; 118 patients with colorectal cancer diagnosed during the chemotherapy regimen had Capecitabine. Results: The incidence of undesirable effects was low (≈20%), the most common of which was hand-foot syndrome (HFS). Hypothyroidism, diarrhea, HFS are highly undesirable effects and have a toxic grade ¾: 25.5% (grade ¾ 3.4%); 21.1% (grade ¾ 3.3%); 48.3% (grade ¾ 8.4%). Lower leucopenia and diarrhea levels were higher in the capecitabine group than in the capecitabine group alone. HFS levels are high in the pre-treatment group**. Conclusion**: Capecitabine is a safe drug used in clinical cancer treatment.

Keywords: Capecitabine, colorectal cancer, side effects

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư (UT) đại trực tràng là một trong những bệnh ung thư thường gặp ở nước phát triển, là ung thư gây tử vong đứng hàng thứ 3 sau UT phổi và UT vú. Theo ghi nhận xuất độ ung thư toàn cầu năm 2012, UT đại trực tràng đứng hàng thứ 3 ở nam (10%) và thứ 2 ở nữ (9,2%). Tại Việt Nam, UT đại trực tràng đứng hàng thứ tư ở nam với xuất độ là 11,5/100.000 và hàng thứ sáu ở nữ với xuất độ là 9/100.000 [1]. Với sự ra đời của Capecitabine(Xeloda)- một tiền chất của 5FU đã được chỉ định rộng rãi trong UT đại trực tràng khi điều trị bổ trợ, triệu chứng. Tuy nhiên, chưa có một nghiên cứu nào đánh giá về tác dụng không mong muốn của Capecitabine một cách đầy đủ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: *"Đánh giá một số tác dụng không mong muốn của Capecitabine trong điều*

[1]Viện Y học phóng xạ và U bướu Quân đội.
[2]Trường Đại học y Hà Nội.
[3]Bệnh viện Giao thông vận tải Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Giang Oanh
Email: giangoanh852015@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 4.10.2017
Ngày duyệt bài: 16.10.2017

trị ung thư đại trực tràng" nhằm mục tiêu: *Đánh giá một số tác dụng không mong muốn của phác đồ có Capecitabine khi dùng trong điều trị UT đại trực tràng và một số yếu tố ảnh hưởng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng gồm118 bệnh nhân UTĐTTT được chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh, sử dụng hóa chất phác đồ có Capecitabine tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 2012 đến 4/2017.
- Phương pháp nghiên cứu: mô tả lâm sàng hồi cứu kết hợp tiến cứu.
- Cỡ mẫu: thuận tiện.
- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

***Một số đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu:** Trong thời gian nghiên cứu có 118 bệnh nhân ung thư đại trực tràng đủ điều kiện lựa chọn vào nghiên cứu gồm: Nam 54 trường hợp (45,8%), nữ 64 trường hợp (54,2%). Tuổi trung bình 63±11,2 tuổi (dao động từ 29 - 84). Có 84 trường hợp dùng cacpecitabine đơn thuần (71,2%) và 34 trường hợp dùng phối hợp với Oxaliplatin (28,8%).

Trong 118 bệnh nhân nghiên cứu tỷ lệ các giai đoạn 2 có yếu tố nguy cơ cao, giai đoạn 3, giai đoạn 4, giai đoạn tái phát – di căn tương ứng (39,8%; 21,2%; 25,4%; 13,6%).

***Đặc điểm bệnh nhân theo vị trí u và vị trí tái phát, di căn**

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo vị trí u

	Số BN	Tỷ lệ %
***Vị trí u nguyên phát* (n=118)**		
ĐT phải	28	23,7
ĐT ngang	6	5,1
ĐT trái	9	7,6
ĐT sigma	26	22
Trực tràng	48	40,7
Nhiều vị trí	1	0,8
***Vị trí tái phát, di căn* (n=46)**		
Tại ĐT	3	6,5
Gan	18	39,1
Phổi	4	8,7
Cơ quan khác	8	17,2
Nhiều cơ quan	13	28,3

UTĐT chiếm tỷ lệ cao 58,5%, UTTT 40,7%. Trong đó UTĐT sigma và UTĐT phải (45,7%). Di căn gan chiếm tỷ lệ cao nhất (39,1%), di căn nhiều phổi (8,7%).

***Tác dụng không mong muốn(TDKMM) của Capecitabine.**

Bảng 2: TDKMM trên hệ tạo máu, gan, thận, da,niêm mạc, hệ tiêu hóa

	Tỷ lệ (%)				
	Độ 0	**Độ 1**	**Độ 2**	**Độ 3**	**Độ 4**
HST	85,6%	9,3%	4,2%	0,8%	0%
Bạch cầu	74,6%	13,6%	8,5%	3,4%	0%
Tiểu cầu	81,4%	11,9%	5,1%	0%	1,7%
Gan	82,2%	14,4%	3,4%	0%	0%
Thận	82,2%	16,9%	0,8%	0%	0%
Tiêu chảy	78,8%	9,3%	8,5%	2,5%	0,8%
Táo bón	95,8%	3,4%	0,85%	0%	0%
Đau T.Vị	90,7%	6,8%	2,5%	0%	0%
Viêm miệng	95,8%	2,5%	1,7%	0%	0%
Nôn	97,5%	0,8%	0,8%	0,8%	0%
HFS	51,7%	22%	17,8%	7,6%	0,8%
Độc TK	91,5%	6,8%	1,7%	0%	0%

Tỷ lệ bệnh nhân không xuất hiện tác dụng không mong muốn chiếm tỷ lệ cao(≈ 80%). Tỷ lệ TDKMM độ ¾ gồm: hạ bạch cầu (3,4%); Tiêu chảy(3,3%); HFS(8,4%).

Bảng 3. Tỷ lệ hạ bạch cầu, tiêu chảy, hội chứng bàn tay- bàn chân với các yếu tố liên quan:

	Ts đtrị hóa chất			Cách dùng		% liều dùng theo liều chuẩn		
	Chưa đtrị	1 phác đồ	≥2 phác đồ	Đơn thuần	Phối hợp	<85%	85% - 90 %	>90%

Hạ BC	29,4%	15,8%	14,3%	17,9%	44,1%	5,9%	20%	34,4%
	P > 0,05			P < 0,05		P > 0,05		
Tiêu chảy	24,7%	5,3%	21,4%	15,5%	35,3%	29,4%	17,5%	21,3%
	P > 0,05			P < 0,05		P > 0,05		
HFS	43,5%	47,4%	78,6%	53,6%	35,3%	35,3%	50%	50,8%
	P < 0,05			P > 0,05		P > 0,05		

Tỷ lệ hạ bạch cầu và tỷ lệ xuất hiện độc tính tiêu chảy ở nhóm dùng Capecitabine phối hợp cao hơn có ý nghĩa so với nhóm dùng Capecitabine đơn thuần. HFS gặp ở nhóm có tiền sử điều trị trên 2 phác đồ chiếm tỷ lệ cao (78,6%).

IV. BÀN LUẬN

Thống kê cho thấy tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 63 (dao động từ 29-84). Điều này phù hợp với nhiều tác giả nhận xét: tỷ lệ mắc ung thư đại trực tràng tăng sau tuổi 35[2][3]. Tuy nhiên tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhiều nghiên cứu khác do trong nhóm nghiên cứu bao gồm bệnh nhân giai đoạn tái phát, di căn.

Tỷ lệ nam: nữ trong nghiên cứu là 0,84/1, không phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả thấy tỷ lệ UTĐTT gặp ở nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ của các tác giả: 1,32-1,68[4][5]. Có thể do cỡ mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn và trong phạm vi hẹp.

***Đặc điểm bệnh học của nhóm nghiên cứu:** Bảng 1 cho thấy vị trí nguyên phát thường gặp nhất theo thứ tự là: trực tràng (40,7%), ĐT phải (23,7%), ĐT sigma (22%), ĐT trái (7,6%), ĐT ngang (5,1%). Đa số các tác giả cho rằng ĐTP và ĐT sigma là 2 vị trí hay gặp. Nghiên cứu về ung thư đại tràng Denis JA và cộng sự (2014) nhận thấy u ở ĐT sigma (35%), và ĐT phải (34%), ĐT ngang (10%), ĐT trái (7%)[6].

Trong nghiên cứu có 46 trường hợp ở giai đoạn muộn, ví trí tái phát di căn hay gặp nhất gan (39,1%). Các nghiên cứu đều đồng ý gan là vị trí di căn hay gặp nhất trong UTĐTT. Nghiên cứu của Nguyễn Thu Hương và cộng sự (2008) trên 34 bệnh nhân: di căn gan (29,5%), hạch thượng đòn (17,7%), phổi (14,7%).

***Tác dụng không mong muốn của Capecitabine:** Bảng 2 cho thấy khi sử dụng Capecitabine tỷ lệ không xuất hiện TDKMM chiếm tỷ lệ cao (≈ 80%). TDKMM độ ¾ ghi nhận được: giảm HST 0,8%; dòng bạch cầu 3,4%; dòng tiểu cầu 1,7%; tiêu chảy 3,4%; hội chứng bàn tay- chân 8,4%. Theo ghi nhận của nhà sản xuất giảm HST độ ¾ 3,1%, giảm bạch cầu hạt độ ¾ 0,3%, giảm tiểu cầu độ ¾ 2%, tiêu chảy độ ¾ 13%, hội chứng bàn tay-bàn chân độ ¾ 17%. Như vậy, TDKMM độ ¾ trên hệ tạo huyết của nghiên cứu không có sự khác biệt với ghi nhận của nhà sản xuất. TDKMM như tiêu chảy, hội chứng bàn tay-bàn chân thấp hơn so với ghi nhận nhà sản xuất.

***Một số TDKMM với các yếu tố ảnh hưởng:** Bảng 3. cho thấy mối liên quan những tác dụng không mong muốn với các yếu tố ảnh hưởng:

- Tỷ lệ hạ bạch cầu của nhóm dùng Capecitabine đơn thuần và nhóm dùng phối hợp: 17,8% (độ ¾ 0%); 44,1% (độ ¾ 11,8%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê cho thấy ở nhóm dùng Capecitabine phối hợp gây hạ bạch cầu nhiều hơn. Phù hợp với ghi nhận của nhà sản xuất (13%), các độc tính có thể tăng lên khi dùng Capecitabine phối hợp với hóa chất (chưa loại trừ khả năng Capecitabine làm tăng độc tính của hóa chất khác).

- Tỷ lệ độc tính tiêu chảy các mức độ có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm dùng Capecitabine đơn thuần và nhóm phối hợp với Oxaliplatin [15,5%(độ ¾ 4,8%); 35,3% (độ ¾ 0)]. Nghiên cứu XACT(2011) nghiên cứu trên 933 bệnh nhân sử dụng Capecitabine có kết quả tiêu chảy mọi mức độ 43%. Nghiên cứu NO16966 (2011) XELOX trong điều trị bước 1 UTĐTT di căn thì gặp tiêu chảy các mức độ là 66%.

- Hội chứng bàn tay- bàn chân: gặp 48,3% có hội chứng bàn tay- bàn chân các mức độ khác nhau. Tỷ lệ hội chứng bàn tay-bàn chân ở nhóm chưa có tiền sử điều trị hóa chất,và nhóm có tiền sử điều trị 1 phác đồ, ≥ 2 phác đồ hóa chất: 43,5% (độ ¾ 5,9%); 47,4% (độ ¾ 5,3%); 78,6% (độ ¾ 28,6%). Như vậy theo kết quả nghiên cứu thì những bệnh nhân có tiền sử điều trị hóa chất thì tỷ lệ có hội chứng bàn tay-bàn chân cao hơn. Điều này có thể lý giải trong ung thư đường tiêu hóa thường điều trị 5FU, có thể tiền sử dùng 5FU sẽ làm tăng tỷ lệ có hội chứng bàn tay-bàn chân. Hiện nay, chưa có nghiên cứu nào đầy đủ về vấn đề này.

V. KẾT LUẬN

- Capecitabine là thuốc an toàn với tỷ lệ không xuất hiện TDKMM (80%)

- Hạ bạch cầu, tiêu chảy, HFS là những tác dụng không mong muốn chiếm tỷ lệ cao (xuất hiện

độc tính độ ¾) tương ứng: 25,5% (độ ¾ 3,4%); 21,1% (độ ¾ 3,3%); 48,2% (độ ¾ 8,4%).

- Hạ bạch cầu và tiêu chảy các mức độ gặp ở nhóm dùng Capecitabine phối hợp cao hơn nhóm dùng Capecitabine đơn thuần.

- HFS các mức độ chiếm tỷ lệ cao ở nhóm có tiền sử điều trị hóa chất trước đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Chấn Hùng và Cs (2013).** Xuất độ ung thư thành phố Hồ Chí Minh: kết quả từ ghi nhận ung thư quần thể 2007-2011. Tạp chí ung thư học Việt Nam, tập 4, 19-27.
2. **Phạm Như Hiệp, Lê Lộc và Cs (2006**) Phẫu Thuật nội soi trong điều trị ung thư đại-trực tràng bệnh viện Trung ương Huế, Tạp chí y học Việt Nam- số đặc biệt, 28-30.
3. **Nguyễn Chấn Hùng (1986)** Ung thư đại tràng-trực tràng và hậu môn, Ung thư học lâm sàng, trường đại học y dược Hồ Chí Minh, tập 2, 167-181.
4. **Nguyễn Quang Thái (2003),** Nghiên cứu giá trị một số phương pháp chẩn đoán và kết quả sống 5 năm sau điều trị phẫu thuật ung thư đại tràng, Luận án tiến sĩ y học, Học Viện Quân Y, Hà Nội.
5. **Sargent DJ, Wieand HS, Haller DG, Gray** R, Benedetti JK, Buyse M, Labian R, Seitz JF, O'Callaghan CJ, Francini G, Grothey A, O'Connell M, Catalano PJ, Blanke CD, Kerr D, Green E, Wolmark N, Andre T, Goldberg RM, De Gramont A, (2005) Diease- free survival versus overall survival as a primary end poit for adjuvant colon cancer studies: individual patient data from 20.898 patients on 18 randomized trials, J Clin Oncol, 23(34), 8664-86670.
6. **Vukasin P,Ortega AE, Greene FL**, Steele GD, Simons AJ, Anthone GJ, Weston LA, Beart RW Jr.(1996) Wound recurrnce following laparoscopic colon cancer resection. Result of the American Society of Colon and Rectal Surgeons Laparoscopic Registry, Dis Colon Rectum 1996 Oct; 39; 3-20.

TÌM HIỂU NHỮNG YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI NIỆU QUẢN 1/3 DƯỚI QUA NỘI SOI TÁN SỎI NGƯỢC DÒNG BẰNG HOLMIUM LASER

Nguyễn Đình Lâm*, Hà Hữu Tùng*

TÓM TẮT

Đây là một mghiên cứu cắt ngang mô tả, được thực hiện từ tháng 1/2014 đến tháng 9/2016 tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp. Đối tượng nghiên cứu là 69 bệnh nhân được chẩn đoán là sỏi niệu quản 1/3 dưới và được điều trị theo phương pháp tán sỏi nội soi ngược dòng bằng Holmium laser. Kết quả nghiên cứu cho thấy tán sỏi thành công 98,6%, thất bại 1,4%; thời gian tán trung bình là 38,25; sỏi càng nhiều viên kết quả tán sỏi càng giảm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p=0,048; tình trạng niệu quản càng có nhiều tổn thương phối hợp kết quả tán sỏi càng kém, p=0,046.

SUMMARY

FIND OUT ABOUT FACTORS RELATED TO THE OUTCOME OF URETERAL STONES 1/3 BELOW USING ENDOSCOPIC RETROGRADE LITHOTRIPSY WITH HOLMIUM LASER

This is a cross-sectional descriptive study, conducted from January 2014 to September 2016 at the General Hospital of Agriculture. Study subjects were 69 patients diagnosed ureteral stones 1/3 below using endoscopic retrograde lithotripsy with Holmium laser. Research results show that 986% of successful gravel, 1.4% failure; Average canopy time is 38.25; As the number of stones increased, the difference was statistically significant with p = 0.048; The worse the ureteral morbidity, the lower the cumulative morbidity, p = 0.046.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là một bệnh phổ biến, thường gặp, chiếm tỷ lệ 2-3% dân số. Trong đó sỏi niệu quản chiếm 28 - 40% trong các bệnh sỏi tiết niệu [1],[2]. Việt Nam là một nước có nhiều bệnh nhân bị sỏi tiết niệu. Theo Ngô Gia Hy phần lớn sỏi niệu quản là do sỏi thận rơi xuống (80%), còn lại là sỏi sinh ra tại chỗ do dị dạng, hẹp niệu quản. Sỏi niệu quản khi bít tắc niệu quản sẽ gây ra những biến chứng nguy hiểm (ứ nước, ứ mủ đài - bể thận), nếu không được điều trị sớm có thể dẫn tới nhiễm khuẩn, vô niệu, suy thận, thậm chí tử vong.

Từ cuối thế kỷ XX có nhiều phương pháp can thiệp sỏi niệu quản ít sang chấn ra đời đã và đang được áp dụng để điều trị sỏi niệu quản như: tán sỏi ngoài cơ thể, mổ nội soi lấy sỏi ngoài phúc mạc , tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng bằng xung hơi hoặc bằng Holmium Laser với ống kính nội soi bán cứng hoặc ống mềm, phương pháp này đang ngày càng chiếm ưu thế và được áp dụng phổ biến vì nó có rất nhiều ưu

**Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Lâm
Email: dr.ndlam@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 4.10.2017
Ngày duyệt bài: 16.10.2017

điểm tận dụng các lỗ tự nhiên, thẩm mỹ do không để lại sẹo, bệnh nhân ít đau sau thủ thuật, thời gian nằm viện ngắn, hạn chế được tối đa các tai biến và biến chứng vì trong quá trình tán sỏi được quan sát trực tiếp.

Trước khi có tán sỏi niệu quản bằng Holmium Laser thì tại Bệnh viện đa khoa Nông nghiệp đa số các trường hợp sỏi niệu quản đều chỉ định mổ mở, mổ nội soi ngoài phúc mạc lấy sỏi hoặc tán sỏi ngoài cơ thể. Từ năm 2012, khoa Ngoại tổng hợp triển khai kỹ thuật tán sỏi niệu quản nội soi bằng Holmium Laser. Xuất phát từ thực tế tại Bệnh viện, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu *"Xác định một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị sỏi niệu quản 1/3 dưới qua nội soi tán sỏi ngược dòng bằng Holmium Laser*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán là sỏi niệu quản 1/3 dưới và được điều trị theo phương pháp tán sỏi nội soi ngược dòng bằng Holmium Laser tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp từ tháng 01/2014 đến tháng 09/2016

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

+ Bệnh nhân từ 15 tuổi trở lên.

+ Sỏi niệu quản 1/3 dưới có kích thước từ 5mm đến 20mm.

+ Chức năng thận bình thường, còn bài tiết nước tiểu đủ áp lực để đẩy các vụn sỏi xuống bàng quang.

+ Không có dấu hiệu hẹp, dị dạng hoặc tắc nghẽn đường bài tiết nước tiểu phía dưới viên sỏi định tán.

+ Không có nhiễm khuẩn tiết niệu nặng.

- Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

+ Sỏi niệu quản kích thước >20mm (tương đối)

+ Bệnh nhân mắc các bệnh đang tiến triển như suy gan, suy thận, các bệnh tiểu đường, tim mạch, rối loạn đông máu, lao niệu quản, ung thư

+ Bệnh nhân đang điều trị bệnh rối loạn đông máu hoặc sử dụng Heparin, Aspirin,…

+ Bệnh nhân có dị tật, nhất là dị tật tiết niệu không có khả năng đặt được máy.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm: Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp, Hà Nội

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2014 đến 09/2016

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, mô tả

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là sỏi niệu quản 1/3 dưới và được điều trị theo phương pháp tán sỏi nội soi ngược dòng bằng Holmium Laser tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp từ tháng 01/2014 đến tháng 09/2016

2.5. Kỹ thuật thu và xử lý số liệu

Thu thập số liệu: Mỗi bệnh nhân nghiên cứu được ghi nhận các chỉ tiêu nghiên cứu bằng một mẫu bệnh án đảm bảo tính thống nhất, khách quan, chính xác

Xử lý số liệu: Các số liệu được kiểm tra và xử lý khi thu được, Phân tích số liệu bằng chương trình SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả tán sỏi

Bảng 3.1. Tình trạng niệu quản nhận định qua nội soi .

Tình trạng niệu quản	n	%
Phù nề niêm mạc lỗ niệu quản, niệu quản	17	24,7
Polyp niệu quản	4	5,8
Xơ, hẹp lỗ niệu quản, niệu quản	11	15,9
Gấp khúc niệu quản	1	1,4
Niệu quản bình thường	36	52,2
Tổng	**69**	**100**

Nhận xét: Tình trạng niệu quản nhận định qua nội soi niệu quản có 36 BN (52,2%) NQ bình thường, 17 BN (24,6%) có phù nề niêm mạc lỗ niệu quản và niệu quản, 11 BN (15,9%) có xơ, hẹp lỗ niệu quản và niệu quản, 4 BN có polyp niệu quản (5,8%) và 1 BN gấp khúc niệu quản chiếm 1,4%.

Bảng 3.2. Thời gian tán sỏi

Thời gian (phút)	n	%
< 30 phút	23	33,3%
30-60phút	31	44,9%
>60 phút	15	21,8%
Tổng	**69**	**100%**

Trung bình 38,25±17,73 phút, cao nhất 170 phút, thấp nhất 8 phút

Nhận xét: Thời gian tán sỏi 30 – 60 phút cao nhất 31 BN chiếm 44,9%. Trung bình 38,25±17,73 phút, cao nhất 170 phút, thấp nhất 8 phút.

Bảng 3.3. Sử dụng ống thông niệu quản

Loại ống thông	n	%
Modelage (plastic)	41	59,4%
Sonde JJ	26	37,7%
Không đặt	2	2,9%
Tổng	69	100%

Nhận xét: Hầu hết các trường hợp được đặt ống thông niệu quản là sonde plastic có 41 BN (59,4%), có 26 BN (37,7%) đặt sonde JJ, có 2 BN (2,9%) không được đặt ống thông niệu quản.

Bảng 3.4. Tai biến và biến chứng

Tai biến và Biến chứng	BN	%
Chảy máu	9	13,1%
Sốt cao sau tán	7	10,1%

Thủng niệu quản	2	2,9%
Tổng số	69	100%

Nhận xét: Có 9 BN (13,1%) chảy máu do tán và có 7 BN (10,1%) sốt cao sau tán, có 2 trường hợp (2,9%) thủng niệu quản gây thoát nước tiểu ra ngoài.

Bảng 3.5. Thời gian điều trị sau tán

Thời gian hậu phẫu	BN	%
≤ 2 ngày	6	8,7%
3-5 ngày	45	65,2%
≥ 5 ngày	18	26,1%
Tổng	69	100%

Trung bình 4,84± 3,36, cao nhất 17 ngày, thấp nhất 01 ngày

Nhận xét: Thời gian nằm viện 3-5 ngày 45 BN chiếm 65,2%, nằm viện lâu nhất là 17 ngày, ngắn nhất là 1 ngày. Trung bình 4,84±3,36 ngày.

Bảng 3.6. Kết quả tán sỏi (mức độ)

Tán sỏi thành công			Thất bại	Tổng
Tốt	Trung bình	Kém		
52 (75,4%)	14 (20,3%)	2 (2,9%)	1 (1,4%)	69 (100%)

Nhận xét: Tán sỏi thành công chung là 68 BN trong đó kết quả tốt là 52 BN (75,4%), trung bình 14 BN (20,3%), kém 2 BN chiếm 2,9%. Thất bại 1 BN (1,4%).

3.2. Một số yếu tố liên quan đến kết quả tán sỏi

Bảng 3.7. Liên quan số lượng sỏi và kết quả tán

Số lượng sỏi	Thành công			Thất bại	Tổng
	Tốt	Trung bình	Kém		
1 viên	**52**(81,2%)	**11**(17,2%)	**0**(0%)	**1**(1,6%)	**64**(100%)
2 viên	**0**(0%)	**2**(66,7%)	**1**(33,3%)	**0**(0%)	**3**(100%)
≥ 3 viên	**0**(0%)	**1**(50%)	**1**(50%)	**0**(0%)	**2**(100%)
p	0,048				

Nhận xét: Chúng tôi thấy rằng tất cả những bệnh nhân có ≥ 2 viên sỏi đều có kết quả trung bình và kém, p≤0,05.

Bảng 3.8. Liên quan tình trạng niệu quản và kết quả tán

Tình trạng NQ	Thành công			Thất bại	Tổng
	Tốt	Trung bình	Kém		
Niệu quản bình thường	**33(91,7%)**	**3(8,3%)**	**0(0%)**	**0(0%)**	**36(100%)**
Phù nề niêm mạc lỗ niệu quản, niệu quản	15 (88,2%)	2 (11,8)	0 (0%)	0 (0%)	17 (100%)
Polyp niệu quản	1(25%)	3(75%)	0(0%)	0(0%)	4(100%)
Xơ, hẹp lỗ niệu quản, niệu quản	3(27,3%)	6(54,5%)	1(9,1%)	1(9,1%)	11(100%)
Gấp khúc niệu quản	**0**(0%)	**0**(0%)	**1**(100%)	**0**(0%)	**1**(100%)
p	0,046				

Nhận xét: Trong trường hợp niệu quản bình thường có 33/36 BN (91,7%) đạt kết quả tốt. Polyp niệu quản có 25% đạt kết quả tốt, xơ hẹp lỗ niệu quản và niệu quản có 27,3% đạt kết quả tốt.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kỹ thuật và kết quả tán sỏi: Kết quả và thời gian tán sỏi phụ thuộc rất lớn vào kỹ năng và kinh nghiệm của phẫu thuật viên về khả năng đặt ống soi tiếp cận sỏi, tình trạng niệu quản, sử lý phần mềm dưới sỏi, số lượng, bản chất và vị trí của sỏi; ngoài ra, còn phụ thuộc vào độ bám dính của sỏi với niệu quản. Theo bảng 3.1, có 4 BN có polyp dưới sỏi, chúng tôi tận dụng khả năng cắt và khí hóa các mô mềm của Holmium Laser để cắt polyp thành công cả 4 trường hợp này để bộc lộ sỏi. Khi tán sỏi bằng Laser thì polyp và sự bám dính của niệu quản lại là một thuận lợi của kỹ thuật này, với khả năng cắt và khí hóa mô mềm một cách nhanh chóng để cắt polyp sỏi được bộc lộ rõ, lợi dụng khả năng bám dính của sỏi vào thành niệu quản để tán sỏi. Khi tán chúng tôi tán sỏi thành nhiều điểm nhỏ trên bề mặt viên sỏi, không nên tán vỡ ngay mà lợi dụng sự cố định của sỏi để tán vụn các mảnh vỡ ra khi đó bơm nước các mảnh này không chạy lên thận. Khi sỏi vỡ hết niệu quản thông thì đẩy dây dẫn đường vượt qua sỏi để cố định không cho các mảnh còn lại chạy lên thận rồi tiếp tục tán tới khi hết sỏi. Với sỏi xù sì thì mức độ bám dính vào niệu quản nhiều hơn sỏi tròn nhẵn. Theo nghiên cứu của chúng tôi, có 4 trường hợp sỏi có polyp niệu quản khi tán sỏi đạt kết quả thành công là 100%.

Việc tiếp xúc của đầu dây Laser với bề mặt viên sỏi đòi hỏi phải chính xác và tinh tế, khi tán phải quan sát rõ được đầu sợi quang và kiểm soát quá trình tán trên màn hình. Khi có bụi sỏi hoặc máu hay nước tiểu đục làm mờ phẫu trường thì phải bơm nước rửa với áp lực vừa phải tới khi quan sát rõ phẫu trường mới tiếp tục

tán. Nhiều tác giả khuyên khi sỏi tròn di động nên đặt dormia lên trên sỏi rồi mới tán; tuy nhiên theo chúng tôi thì không nên, vì năng lượng laser có thể cắt đứt cổ rọ hoặc dây dormia khi đó sẽ rất khó khăn để lấy dormia ra ngoài niệu quản.

Thời gian tán sỏi: Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3.2) thời gian tán sỏi 30 – 60 phút có tỷ lệ cao nhất 31 BN chiếm 44,9%. Trung bình 38,25±17,73 phút, cao nhất 170 phút, thấp nhất 8 phút, so với Dương Văn Trung (2007) thời gian tán trung bình là 48,1 phút [4], Nguyễn Hoàng Đức (2008) thời gian tán trung bình là 27,3±11,8 phút [3].

Đặt ống thông niệu quản sau tán: Hầu hết các trường hợp được đặt Modelage có 41 BN (59,4%), có 26 BN (37,7%) đặt sonde JJ, có 2 BN (2,9%) không được đặt ống thông niệu quản là do tai biến chảy máu trong quá trình phẫu thuật chúng tôi không thể tìm được lỗ niệu quản. Tỷ lệ đặt JJ của chúng tôi thấp hơn các tác giả khác là do chủ yếu chúng tôi gặp sỏi sát thành bàng quang, thời gian tán nhanh, ít làm tổn thương niệu quản.

Các tai biến và biến chứng sớm của tán sỏi niệu quản nội soi: Tán sỏi niệu quản nội soi bằng Laser là một can thiệp ít xâm hại, tuy nhiên các tai biến và biến chứng vẫn xảy ra chiếm từ 2%-20% [6]. Các biến chứng thường gặp của nội soi tán sỏi là: chảy máu, nhiễm khuẩn tiết niệu, tổn thương niệu quản như bỏng, thủng, rách hoặc đứt niệu quản. Tùy theo mức độ nặng nhẹ của biến chứng hoặc tai biến mà có cách điều trị khác nhau như: điều trị nội khoa bảo tồn hoặc mổ mở để xử lý.

Biến chứng chảy máu: Tất cả các bệnh nhân tán sỏi bằng Laser, sau tán đều được đặt sonde Foley 16fr. Thông thường khi nước tiểu trong bệnh nhân được rút thông tiểu trước khi ra viện, nếu nước tiểu có máu thì được lưu sonde (có máu cục trong bàng quang sẽ bơm rửa) khi hết máu mới rút thông tiểu. Đa số các bệnh nhân sau tán sỏi đều có đái máu nhẹ và sẽ tự hết, chỉ coi là biến chứng nếu đái máu đại thể kéo dài trên 24 giờ hoặc chảy máu nhiều phải truyền máu, dùng các biện pháp can thiệp để cầm máu. Biến chứng chảy máu của chúng tôi chiếm 13,1%, tất cả các trường hợp này chỉ cần dùng thuốc, không có trường hợp nào phải can thiệp phẫu thuật, còn Phan Trường Bảo (2009) gặp 8,87% có chảy máu sau tán [5].

Biến chứng nhiễm khuẩn tiết niệu: Nhiễm khuẩn tiết niệu xẩy ra sau tán sỏi, thường do BN không được kiểm soát nhiễm khuẩn trước khi tán và công tác vô khuẩn trong tán sỏi. Nghiên cứu của chúng tôi sốt cao sau tán gặp 7 trường hợp chiếm 10,1% (Bảng 3.4). Trong đó có 6 trường hợp cắt sốt sau 2 ngày điều trị, 1 trường hợp còn lại sốt đến ngày thứ 3 chúng tôi chuyển hồi sức tích cực được cho XN vi sinh nước tiểu, nuôi cấy vi khuẩn. Kết quả nuôi cấy không có nhiễm khuẩn huyết, trường hợp này chúng tôi điều trị sau 7 ngày BN hết sốt, cho BN xuất viện. Như vậy, để hạn chế nhiễm khuẩn thì công tác vô khuẩn trong quá trình tán giữ vai trò quan trọng, đồng thời phải kiểm soát tốt nhiễm khuẩn trước khi tán.

Biến chứng thủng niệu quản: Khi tán sỏi kèm theo cắt polyp hoặc nong NQ hay sỏi bám dính nhiều thì nguy cơ thủng niệu quản càng cao, vì khi ánh sáng Laser tiếp xúc trực tiếp lên thành niệu quản khoảng 2 giây là có thể gây thủng NQ. Nghiên cứu của chúng tôi gặp 2 trường hợp (2,9%) thủng NQ (Bảng 3.16), cả 2 đều được đặt JJ và không phải can thiệp lại.

Thời gian hậu phẫu: Thời gian hậu phẫu ngắn, BN đỡ đau nhiều, bình phục nhanh là ưu điểm của tán sỏi nội soi. Theo nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3.5), thời gian nằm viện 3-5 ngày 45 BN chiếm 65,2%, nằm viện lâu nhất là 17 ngày, ngắn nhất là 1 ngày. Trung bình 4,84±3,36 ngày. So với các tác giả ngày hậu phẫu của chúng tôi dài hơn vì sau tán bệnh nhân có sốt hoặc chảy máu chúng tôi đều điều trị khi hết sốt hoặc hết chảy máu mới cho ra viện.

Đánh giá kết quả:

- Kết quả chung: Theo Nguyễn Hoàng Đức (2008) tỷ lệ thành công chung là 76,3% [3], Vũ Lê Chuyên (2005) thành công chung là 85,71% [8], Phan Trường Bảo (2009) thành công 96,8% [5], còn của chúng tôi thành công chung là 98,6%, thất bại là 1,4%

- Mức độ kết quả tán: theo nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3.18) kết quả tốt là 52 BN (75,4%), trung bình 14 BN (20,3%), kém 2 BN chiếm 2,9%. Thất bại 1 BN (1,4%). Theo Dương Văn Trung (2007) có 66,7% đạt kết quả tốt (sạch sỏi ngay sau khi tán) [4], Nguyễn Hoàng Đức tỷ lệ sạch sỏi sau khi tán là 63,9% [3].

- Nguyên nhân thất bại: Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1 BN thất bại là do xơ hẹp, không xác định và đưa máy lên được niệu quản nên không tán được sỏi. BN này được dùng kháng sinh sau mổ, 1 tháng sau được phẫu thuật lại niêm mạc bàng quang hết viêm, tìm được lỗ niệu quản, tiếp cận được sỏi tán thành công với kết quả tốt.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến tán sỏi

Liên quan kết quả tán sỏi với số lượng

sỏi: Sỏi 1 viên có 64 BN trong đó kết quả tốt là 81,2%, kết quả trung bình 11 BN 17,2%, có 1 BN thất bại là do không tiếp cận được sỏi. Sỏi 2 viên có kết quả tốt không có, kết quả trung bình 66,7%, còn kết quả kém là 33,3%. Sỏi trên 3 viên thì kết quả tốt là 0%, kết quả trung bình 50%, còn kết quả kém là 50%. Như vậy, Chúng tôi thấy rằng tất cả những bệnh nhân có ≥ 2 viên sỏi đều có kết quả trung bình và kém, p=0,048.

Liên quan kết quả tán sỏi với tình trạng niệu quản: Chúng tôi nhận thấy kết quả trung bình có 3 BN niệu quản bình thường, có 11 BN niệu quản có tình trạng bất thường. Cả 2 BN có kết quả kém đều nằm trong nhóm niệu quản có tình trạng bất thường. Trường hợp duy nhất thất bại là do xơ hẹp, không xác định và đưa máy lên được niệu quản nên không tán được sỏi. Cho thấy, tình trạng niệu quản càng có nhiều tổn thương phối hợp kết quả tán sỏi càng kém, p=0,046.

V. KẾT LUẬN

Tán sỏi nội soi ngược dòng với sỏi niệu quản đoạn 1/3 dưới bằng Holmium Laser là phương pháp can thiệp ít xâm hại, an toàn và hiệu quả.

Tán sỏi thành công 98,6%, thất bại 1,4%. Trong tán sỏi thành công thì kết quả tốt 75,4%, kết quả trung bình 20,3%, kết quả kém là 2,9%.

Hầu hết các trường hợp được đặt ống thông niệu quản là sonde plastic có 41 BN (59,4%), có 37,7% đặt sonde JJ, có 2,9% không được đặt ống thông niệu quản.

Tai biến và biến chứng: 13,1% chảy máu do tán và có 10,1% sốt cao sau tán, có 2 trường hợp thủng niệu quản gây thoát nước tiểu ra ngoài.

Thời gian tán trung bình là 38,25phút. Thời gian hậu phẫu trung bình 4,84 ngày.

Sỏi càng nhiều viên kết quả tán sỏi càng giảm. Tình trạng niệu quản càng có nhiều tổn thương phối hợp kết quả tán sỏi càng kém

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Quán Anh (2001),** *Sỏi niệu quản*, Bệnh học ngoại khoa, NXB Y học, tr. 140-145.
2. **Trần Văn Sáng (1996)**, *Sỏi niệu*, Bài giảng bệnh học niệu khoa. NXB mũi cà mau, tr. 83-130.
3. **Nguyễn Hoàng Đức và Nguyễn Tân Cương (2008),** *"Nghiên cứu rút ngắn thời gian nằm viện sau tán sỏi niệu quản đoạn lưng bằng Holmium Laser với ống soi cứng." Y học thành phố Hồ Chí Minh tập 12*phụ bản số 4 năm 2008.tr 197-200.*
4. **Dương Văn Trung, Lê Ngọc Từ và Nguyễn Bửu Triều (2007),** " *Kết quả tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng bằng laser tại bệnh viện Bưu điện I-Hà nội", Tạp chí ngoại khoa, tập 2, tr. 37-42.*
5. **Phan trường Bảo, Nguyễn Tuấn Vinh và** "Sử dụng Holmium Laser trong nội soi tán sỏi niệu quản đoạn lưng tại bệnh viện Bình Dân 2009" Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh số 4 năm 2009, tr 488-490. Vũ Lê Chuyên (2009), *"Sử dụng Holmium Laser trong nội soi tán sỏi niệu quản đoạn lưng tại bệnh viện Bình Dân 2009" Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh số 4 năm 2009, tr 488-490.*
6. **Danien và Bolton (2000),** " *Urinary stone disease", Smith' general urology, Lange Medical Books, New York, pp. 291-317.*
7. **Fernando C và Rámay** L. Kuo and Glenn M. Preminger Delvecchio (2000), " *Clinical efficacy of combined lithoclast and lithovac stone removal during ureteroscopy" Urology, vol 164, 40-42, 6/2000.*

NHẬN XÉT ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LO ÂU LAN TỎA Ở BỆNH NHÂN TỪ 18 TUỔI TẠI VIỆN SỨC KHỎE TÂM THẦN - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Văn Dũng*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Lo âu là cảm xúc thường gặp nhất của con người với nhiều mức độ khác nhau. **Mục tiêu**: Nhận xét điều trị rối loạn lo âu lan tỏa ở bệnh nhân từ 18 tuổi tại Viện sức khỏe tâm thần - Bệnh Viện Bạch Mai. **Phương pháp**: Mô tả cắt ngang 90 bệnh nhân được chẩn đoán xác định rối loạn lo âu lan tỏa theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD 10, trên 18 tuổi, điều trị nội trú tại Viện Sức khoẻ Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai, trong thời gian từ tháng 9/2013 đến tháng 7/2014. có sử dụng một số các trắc nghiệm tâm lý hỗ trợ. Số liệu thu thập được sẽ được xử lý theo phương pháp thống kê toán học bằng phần mềm SPSS 16.0. **Kết quả**: Rối loạn lo âu lan tỏa chiếm tỷ lệ cao nhất trong *các rối loạn lo âu khác* tại thời điểm nghiên cứu (50%). Các triệu chứng tâm thần của rối loạn lo âu lan tỏa chiếm tỷ lệ cao (85,7% - 100%). Điều trị rối loạn lo âu lan tỏa**:** gồm có hóa dược trị liệu và tâm lý trị liệu. Ngày điều trị trung bình là 17,4 ± 6,6 ngày. Có 100% bệnh nhân được dùng diazepam; liều diazepam trung bình là 8 ± 3mg/ngày. Có 92% bệnh nhân phối hợp thuốc các thuốc chống trầm cảm với diazepam. Liều Remeron trung bình là 45 ± 28mg/ngày. Sự thuyên giảm của các triệu chứng lo âu theo kết quả trắc nghiệm Hamilton. Lúc vào viện có 23,3% bệnh nhân lo âu mức độ nhẹ, 53,3% bệnh

**Viện sức khỏe tâm thần- Bệnh viện Bạch Mai* Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng
Email: *drdungbm@yahoo.com.vn*
Ngày nhận bài: 17.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 4.10.2017
Ngày duyệt bài: 10.10.2017

nhân lo âu mức độ vừa, 23,3% lo âu mức độ nặng. Lúc ra viện có 37% bệnh nhân lo âu mức độ nhẹ, 15% bệnh nhân lo âu mức độ vừa, không còn bệnh nhân lo âu mức độ nặng. Sự thuyên giảm các triệu chứng trầm cảm theo kết quả trắc nghiệm Beck. Lúc vào viện có 42% bệnh nhân trầm cảm mức độ nhẹ, 8% bệnh nhân trầm cảm mức độ vừa. Lúc ra viện có 6,7% bệnh nhân trầm cảm mức độ nhẹ, không có bệnh nhân trầm cảm mức độ vừa. **Kết luận:** Rối loạn lo âu lan tỏa là rối loạn thường gặp ở tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu, các triệu chứng cơ thể, đặc biệt là các biểu hiện tăng quá mức hoạt động thần kinh tự trị thường làm cho bệnh nhân đến khám tại các chuyên khoa thần kinh, tim mạch. Nếu được điều trị thỏa đáng thì có 87% bệnh nhân hồi phục sau điều trị, và 60.4% bệnh nhân cải thiện hoàn toàn các biểu hiện lo âu.

Từ khóa: ICD: International Classification of Diseases.

SUMMARY

COMMENTS ON TREATMENT FOR ANXIETY DISORDER IN PATIENTS AGED 18 YEARS AND OLDER INSTITUTE OF MENTAL HEALTH - BACH MAI HOSPITAL

Rationale: Anxiety is the most common human emotion of varying degrees. **Objective**: To review the treatment of anxiety disorder in patients aged 18 years old at the Institute of Mental Health - Bach Mai Hospital. **METHODS**: A cross-sectional description of 90 patients diagnosed with generalized anxiety disorder diagnosed with ICD 10 diagnostic criteria, 18 years of age, inpatient treatment at the Mental Health Institute - Bach Mai Hospital, Between September 2013 and July 2014. Have used some of the psychological support tests. The collected data will be processed by mathematical statistical method using SPSS 16.0 software. **Result**: Disseminated anxiety disorder accounted for the highest proportion of other anxiety disorders at the time of study (50%). The mental symptoms of generalized anxiety disorder are high (85.7% - 100%). Treatment of diffuse anxiety disorder: including chemotherapy and psychotherapy. The median treatment day was 17.4 ± 6.6 days. 100% of patients received diazepam; The average dose of diazepam is 8 3mg / day. 92% of patients combined antidepressant medications with diazepam. The average Remeron dose is 45± 28mg / day. Remission of anxiety symptoms according to Hamilton test results. At the hospital 23.3% of patients with mild anxiety, 53.3% of patients with moderate anxiety, 23.3% of severe anxiety. At the hospital 37% of patients with mild anxiety, 15% of patients with moderate anxiety, no longer patients with severe anxiety. Relief of depressive symptoms according to Beck test results. At the hospital 42% of patients with mild depression, 8% of patients with moderate depression. At the hospital, 6.7% of patients with mild depression, no moderate depression. **Conclusion**: Disorder of generalized anxiety disorder is a common disorder in the primary care setting, and body symptoms, Medical examination in neurology, cardiology. If treated appropriately, 87% of patients recovered from treatment, and 60.4% of patients fully improved their symptoms of anxiety.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các rối loạn lo âu gặp phổ biến trong lâm sàng tâm thần học, chiếm tỷ lệ 30% các trường hợp điều trị nội trú, và ước tính khoảng 20% dân số thế giới mắc rối loạn này. Rối loạn lo âu lan tỏa thường gặp trong thực hành đa khoa, làm suy giảm chất lượng hoạt động nghề nghiệp xã hội, có xu hướng trở thành mạn tính, tiến triển nặng lên nếu không được điều trị. Rối loạn này thường dễ bị nhầm lẫn, tỉ lệ được chẩn đoán đúng là 28%. Hơn nữa, tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn lo âu lan tỏa có sự thay đổi theo lịch sử phát triển của khoa học y học, chính vì vậy đã tạo ra nhiều quan điểm khác nhau trong chẩn đoán và điều trị. Ở Việt Nam, cho đến thời điểm này chưa có những nghiên cứu sâu về điều trị rối loạn lo âu lan tỏa. Để góp phần tìm hiểu lựa chọn giải pháp điều trị hợp lý, chúng tôi chọn đề tài: với hai mục tiêu nghiên cứu sau: *"Nhận xét điều trị rối loạn lo âu lan tỏa ở bệnh nhân từ 18 tuổi tại Viện sức khỏe tâm thần - Bệnh Viện Bạch Mai".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán xác định rối loạn lo âu lan tỏa theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD 10, trên 18 tuổi, điều trị nội trú tại Viện Sức khoẻ Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai, trong thời gian từ tháng 9/2013 đến tháng 7/2014.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Những bệnh nhân có bệnh nội khoa, chuyển hóa, tổn thương thực thể não kèm theo, những bệnh nhân nghiện chất, lạm dụng chất.

+ Những bệnh nhân không tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2 Cỡ mẫu:

Chọn mẫu theo công thức: Cỡ mẫu cho việc ước tính một tỷ lệ trong quần thể.

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

Trong đó: p: nhóm triệu chứng có tỷ lệ gặp thấp (các khó chịu ở dạ dày là 29%, theo nghiên cứu của Portman - 2009).

+ Δ: độ chính xác mong muốn (= 9,5)

+ $Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% (= 1,96)

+ n: là cỡ mẫu.

Vậy n = 90 bệnh nhân.

2.2.3. Các trắc nghiệm tâm lý: Các trắc nghiệm tâm lý sử dụng trong nghiên cứu bao gồm:

* *Thang đánh giá nhân cách Eysenck*:

**Thang đánh giá lo âu Hamilton.* (*Hamilton anxiety rating scale - HARS)*

** Thang đánh giá trầm cảm Beck*:

2.2.4. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu thu thập được sẽ được xử lý theo phương pháp thống kê toán học bằng phần mềm SPSS 16.0. Các chỉ số, biến số nghiên cứu được thống kê về tần số, tính tỷ lệ %, được kiểm định bằng các test χ^2.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng (n = 90)	Tỷ lệ
18 – 25	4	4,4
26 – 35	22	24,4
36 – 45	27	30,0
46 – 55	26	28,9
56 – 65	8	8,9
> 65	3	3,3
$\overline{X}$ ± S	42,5 ± 11,2	

Nhóm bệnh nhân từ 36-55 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất, 30%. Nhóm bệnh nhân có tỷ lệ thấp nhất là nhóm dưới 25 và trên 65 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 42,5 ± 11,2.

3.2. Các phương thức điều trị

Bảng 3.2. Hóa dược trị liệu

Tên thuốc	Số lượng (n=90)	Tỷ lệ (%)
Diazepam	90	100
Chống trầm cảm mới	83	92,2
Chống trầm cảm 3 vòng	7	7,8
An thần kinh không điển hình	22	24,4

Nhận xét. Có 100% bệnh nhân được dùng diazepam.Có 92,2% bệnh nhân dùng chống trầm cảm mới. Có 7,8% bệnh nhân dùng chống trầm cảm 3 vòng. Có 24,4% bệnh nhân dùng an thần kinh không điển hình.

Bảng 3.3: Liều lượng thuốc sử dụng

Tên thuốc	Số bệnhnhân (tỷ lệ%)(n=90)	Liều thấp nhất(mg/ngày)	Liều caonhất (mg/ngày)	Liều trung bình (mg/ngày)
Diazepam 5mg	90(100%)	5	15	8 ± 3
Remeron 30mg	45(50%)	30	90	45 ± 28
Zolopt 50mg	25(28%)	50	150	55 ± 42
Veniz 37,5mg	13(14%)	37,5	150	72 ± 45
Amitriptylin25mg	7 (7,7%)	25	100	45 ± 37

Nhận xét: Liều trung bình của diazepam là 8 ± 3m/ngày. Liều trung bình của remeron là 45 ± 28mg/ngày.

Bảng 3.4. Các hình thức trị liệu tâm lý

Các hình thức trị liệu tâm lý	Số lượng (n=90)	Tỷ lệ (%)
Giải thích hợp lý	90	100
Tập thư giãn	***13***	***14,4***

Nhận xét. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân được làm giải thích hợp lý, 14,4% bệnh nhân được tập thư giãn.

3.3 Kết quả điều trị:

Bảng 3.5. Ngày điều trị trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Thời gian điều trị	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dưới 10 ngày	16	17,8
10 đến 20 ngày	44	48,9
Trên 20 ngày	30	33,3
Ngày điều trị trung bình: 17,4 ± 6,6		

Nhận xét: Thời gian điều trị từ 10 đến 20 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất, 48,9%. Ngày điều trị trung bình là 17,4 ngày.

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa ngày điều trị trung bình với trầm cảm phối hợp và đặc điểm nhân cách

Bệnh phối hợp	Ngày điều trị trung bình	p
Không kèm theo trầm cảm	14,5±5,1	<0,001
Có kèm theo trầm cảm	20,3±6,8	

Nhận xét. Nhóm bệnh nhân có trầm cảm phối hợp có ngày điều trị trung bình là 20,3 ngày, cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có trầm cảm phối hợp (14,5 ngày). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Bảng 3.7. Sự thuyên giảm của các triệu chứng lo âu theo kết quả trắc nghiệm Hamilton

Mức độ lo âu	Nhẹ	Vừa	Nặng	p

Thời điểm làm trắc nghiệm	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Lúc vào	21	23,3	48	53,4	21	23,3	<0,05
Lúc ra	33	37	15	17	0	0	

Nhận xét. Lúc vào viện có 23,3% bệnh nhân lo âu mức độ nhẹ, 53,3% bệnh nhân lo âu mức độ vừa, 23,3% lo âu mức độ nặng. Lúc ra viện có 37% bệnh nhân lo âu mức độ nhẹ, 15% bệnh nhân lo âu mức độ vừa, không còn bệnh nhân lo âu mức độ nặng.

Bảng 3.8. Sự thuyên giảm các triệu chứng trầm cảm theo kết quả trắc nghiệm Beck

Mức độ trầm cảm / Thời điểm làm trắc nghiệm	Nhẹ		Vừa		p
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	
Lúc vào	38	42	7	8	<0,05
Lúc ra	6	6,7	0	0	

Nhận xét. Lúc vào viện có 42% bệnh nhân trầm cảm mức độ nhẹ, 8% bệnh nhân trầm cảm mức độ vừa. Lúc ra viện có 6,7% bệnh nhân trầm cảm mức độ nhẹ, không có bệnh nhân trầm cảm mức độ vừa. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm về tuổi. Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm 36-45 và 46-55 tuổi (30% - 28,9%). Nhóm bệnh nhân dưới 25 tuổi và trên 65 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (4,4%; 3,3%). Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 42,5 ± 11,2. Tương tự, tác giả Trần Trung Hà (2002) cũng tìm thấy tuổi mắc bệnh trung bình là 36 ± 10.

Witchen và cộng sự qua nghiên cứu của mình đã nhận thấy: rối loạn lo âu lan tỏa gặp tỷ lệ rất thấp ở lứa tuổi từ 14-24, (3,6% dân số). Ở lứa tuổi trên 65, gặp tỷ lệ 4% dân số

4.1.2. Các phương thức điều trị

***Hóa dược trị liệu:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 100% bệnh nhân được dùng diazepam, 92,2% bệnh nhân dùng chống trầm cảm mới, 7,8% bệnh nhân dùng chống trầm cảm 3 vòng và 24,4% bệnh nhân dùng an thần kinh không điển hình. Liều trung bình của diazepam là 8 ± 3m/ngày. Liều trung bình của remeron là 45 ± 28mg/ngày.

Có rất nhiều nghiên cứu về điều trị rối loạn lo âu lan tỏa được tiến hành trong 3 thập kỷ qua. Các nhà nghiên cứu nhận thấy có nhiều loại thuốc tác dụng tốt trong rối loạn lo âu lan tỏa, trong đó lựa chọn hàng đầu là các benzodiazepin và các thuốc chống trầm cảm. Việc lựa chọn thuốc cần cân nhắc đến tác dụng không mong muốn của thuốc, thời gian tối thiểu cải thiện được triệu chứng và sự có mặt của các rối loạn phối hợp.

Các benzodiazepine tác dụng sau 15-60 phút, buspirone tác dụng sau 24 giờ, các thuốc chống trầm cảm tác dụng sau 2 tuần điều trị. Các nghiên cứu cho thấy thuốc chống trầm cảm 3 vòng (TCAs), thuốc chống trầm cảm mới tác dụng ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (SSRI), ức chế tái hấp thu serotonin và norepinephrin có chọn lọc (SNRI) đều có tác dụng điều trị như nhau, khi lựa chọn thuốc nên xem xét về tác dụng không mong muốn đồng thời với tác dụng điều trị các triệu chứng lo âu của thuốc. Ví dụ, triệu chứng thường gặp là *mất ngủ* thích hợp với lựa chọn TCAs (như amitriptylin hoặc trimipramine) hơn là SSRI hay SNRI vì 2 thuốc này có thể làm tăng biểu hiện lo lắng bồn chồn trong những ngày đầu điều trị. Các benzodiazepin cần được giảm dần liều sau 2 tuần điều trị (để tránh gây phụ thuộc thuốc) khi các thuốc chống trầm cảm bắt đầu phát huy tác dụng.

- Tâm lý trị liệu: Các hình thức trị liệu tâm lý trong nghiên cứu bao gồm: 100% bệnh nhân được làm liệu pháp giải thích hợp lý do các bác sĩ điều trị và chuyên gia tâm lý tiến hành, 14,4% bệnh nhân được tập thư giãn. Trong quá trình phỏng vấn chúng tôi nhận thấy: sau trị liệu tâm lý, có sự thay đổi rõ rệt trong nhận thức của bệnh nhân về bệnh, bệnh nhân vận dụng khá tốt một số kỹ thuật tâm sinh để kiểm soát lo âu. Nghiên cứu của Newman và cộng sự (2000) cho thấy : 50% bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa cải thiện được các triệu chứng lo âu sau trị liệu tâm lý so với nhóm bệnh nhân không được điều trị.

Tâm lý trị liệu có vai trò rất lớn làm thay đổi tiến triển của bệnh. Đặc biệt ở những bệnh nhân có sang chấn tâm lý kèm theo hoặc những bệnh nhân có rối loạn nhân cách, việc áp dụng tâm lý trị liệu là không thể thiếu được. Tâm lý trị liệu giúp thay đổi nhận thức của bệnh nhân về lo âu của họ, thay đổi cách đánh giá sang chấn tâm lý theo hướng tích cực, giúp cho bệnh nhân có kỹ

năng đối phó với khó khăn, nguy hiểm, đe dọa. Sự trợ giúp tâm lý trong giai đoạn bệnh ổn định làm giảm đi rất nhiều nguy cơ tái phát bệnh của bệnh nhân.

4.1.3. Kết quả điều trị: Trong nghiên cứu diễn tả ngày điều trị của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: Thời gian điều trị từ 10 đến 20 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất, 48,9%. Thời gian điều trị thấp nhất là 7 ngày. Thời gian điều trị cao nhất là 35 ngày. Ngày điều trị trung bình là 17,4 ngày.

Theo y văn, điều trị rối loạn lo âu lan tỏa cũng thường được tiến hành điều trị nội trú trong một thời gian ngắn, sau đó cho bệnh nhân ra viện điều trị tại cộng đồng. Chính vì vậy thời gian điều trị (bao gồm cả điều trị ngoại trú) thường được tính là 8 - 12 tuần, Dahl và cộng sự (2005) đã nghiên cứu thấy: sau 12 tuần điều trị, giảm 59.3% các triệu chứng tâm thần, giảm 53.6% các triệu chứng cơ thể.

Điều trị rối loạn lo âu lan tỏa có 2 mục tiêu chính: Điều trị ngắn hạn kiểm soát triệu chứng của bệnh và các rối loạn phối hợp, còn điều trị lâu dài là cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Điều trị nội trú là thực hiện mục tiêu thứ nhất.

Trong nghiên cứu này, 100% bệnh nhân được dùng benzodiazepin, chính vì vậy thời gian để cải thiện được các triệu chứng là tương đối nhanh. Thêm vào đó còn có sự phối hợp của trị liệu tâm lý nên nhìn chung ngày điều trị ngắn. Ngoài ra, có một tỷ lệ nhất định bệnh nhân khi ra viện chưa khỏi hoàn toàn (lúc ra viện có 37% bệnh nhân lo âu mức độ nhẹ, 15% bệnh nhân lo âu mức độ vừa).

Trong nghiên cứu cho thấy nhóm bệnh nhân có trầm cảm phối hợp có ngày điều trị trung bình là 20,3 ngày, cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có trầm cảm phối hợp (14,5 ngày). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Các rối loạn phối hợp thường làm cho rối loạn lo âu lan tỏa nặng hơn và gây ra nhiều khó khăn trong điều trị. Trên lâm sàng thường gặp với rối loạn lo âu lan tỏa phối hợp trầm cảm.

4.1.4. Sự thuyên giảm của các triệu chứng

***Sự thuyên giảm các triệu chứng lo âu theo thang Hamilton:** Lúc vào viện có 23,3% bệnh nhân lo âu mức độ nhẹ, 53,3% bệnh nhân lo âu mức độ vừa, 23,3% lo âu mức độ nặng. Lúc ra viện có 37% bệnh nhân lo âu mức độ nhẹ, 15% bệnh nhân lo âu mức độ vừa, không còn bệnh nhân lo âu mức độ nặng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Kết quả này cho thấy bệnh nhân ổn định rõ rệt sau điều trị.

Theo một kết quả nghiên cứu lâm sàng cộng đồng trên 59 trung tâm ở các quốc gia (1995), 87% bệnh nhân hồi phục sau điều trị, và 60.4% bệnh nhân cải thiện hoàn toàn các biểu hiện lo âu. Kết quả nghiên cứu của Pollack (2008): 70% bệnh nhân hồi phục sau điều trị. Tuy nhiên, đánh giá của chúng tôi chỉ giới hạn trong đợt điều trị cấp tính trong giai đoạn điều trị nội trú, các nghiên cứu ở nước ngoài theo dõi dọc trong cộng đồng với thời gian dài hơn, vì vậy kết quả không đồng nhất.

***Sự thuyên giảm các triệu chứng trầm cảm theo thang Beck.** Lúc vào viện có 42% bệnh nhân trầm cảm mức độ nhẹ, 8% bệnh nhân trầm cảm mức độ vừa. Lúc ra viện có 6,7% bệnh nhân trầm cảm mức độ nhẹ, không có bệnh nhân trầm cảm mức độ vừa. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Kết quả nghiên cứu cho thấy biểu hiện trầm cảm cải thiện rất tốt sau đợt điều trị.

V. KẾT LUẬN

1. Các đặc điểm chung

- Rối loạn lo âu lan tỏa thường khởi phát ở nhóm tuổi 36-45 tuổi (46,7%), gặp ở nữ nhiều hơn nam (tỷ lệ nữ/nam là 3/1).
- Các triệu chứng cơ thể đa dạng, tập trung chủ yếu ở hệ tim mạch, tiêu hóa, thần kinh, biểu hiện tăng quá mức hoạt động thần kinh tự trị.

2. Điều trị rối loạn lo âu lan tỏa: gồm có hóa dược trị liệu và tâm lý trị liệu

Ngày điều trị trung bình là 17,4 ± 6,6 ngày. Có 100% bệnh nhân được dùng diazepam; liều diazepam trung bình là 8 ± 3mg/ngày. Có 92% bệnh nhân phối hợp thuốc các thuốc chống trầm cảm với diazepam. Liều Remeron trung bình là 45 ± 28mg/ngày. Kết quả điều trị theo Hamilton có 37% bệnh nhân lo âu mức độ nhẹ, 15% bệnh nhân lo âu mức độ vừa, không còn bệnh nhân lo âu mức độ nặng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Trung Hà** (2002), *Đặc điểm lo âu trong các rối loạn liên quan đến stress*, Luận văn thạc sỹ y khoa. Đại học Y Hà Nội. tr 62-65.
2. **Andrew R. Getzfeld** (**2006**), *Essentials of Abnormal Psychology.* John Wiley & Sons, Inc. Hoboken, New Jersey, USA.
3. **Daniel L. Segal** (2006), *Personality Disorders and Older Adults*, John Wiley & Sons, Inc, Hoboken, New Jersey, USA, pp. 104-105.
4. **Marc Ansseau, M.D et al** (2008), *Socioeconnomic correlates of generalized anxiety disorder and major depression primary care: The gadis II study (generalized anxiety disorder and depression impact survey II),* Depression and

anxiety 25:506–513 (2008), Wiley-Liss, Inc. American Psychiatric Association.
5. **Mark Zimmerman et al,** (2003), *Generalized Anxiety Disorder in Patients With Major Depression,* Am J Psychiatry 2003; 160:504–512.
6. **Michael E.Portman** (2009), *Generalized anxiety disorder Across the lifepan,* Springer, New York, pp. 1, 2,6,9,11,88,99.
7. **Dan J.Stein** (2009**),** "Generalized axiety disorders", *Textbook of anxiety*, American Psychiatric Publishing, Inc, pp. 3, 4, 115-119, 125-126, 6, 180, 210, 351, 352, 362, 369

HIỆU QUẢ BỔ SUNG ĐA VI CHẤT VỚI SẮT - ACID FOLIC Ở PHỤ NỮ MANG THAI ĐỐI VỚI TÌNH TRẠNG NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ

Phạm Quốc Hùng[1], Lê Danh Tuyên[2], Trần Thúy Nga[2]

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 tình trạng nuôi con bằng sữa mẹ. 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 tình trạng nuôi con bằng sữa mẹ tốt hơn bổ sung SAF với mức có ý nghĩa thống kê. Thời gian bú mẹ trung bình lần đầu ở nhóm ĐVC (1,5 giờ) sớm hơn nhóm SAF (5,9 giờ). Tỷ lệ mẹ đủ sữa khi trẻ 6 tuần của nhóm ĐVC (87,6%) cao hơn nhóm SAF (79,7%). Tỷ lệ bú sữa mẹ hoàn toàn 6 tuần đầu ở nhóm ĐVC (34,4%) cao hơn nhóm SAF (18,2%). Tỷ lệ mẹ có đủ sữa khi trẻ 6 tháng tuổi ở nhóm ĐVC (83%) cao hơn nhóm SAF (79%). Tỷ lệ nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn khi trẻ 6 tháng tuổi ở nhóm ĐVC (25,6%) cao hơn nhóm SAF (15,3%). Những sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Từ khóa: đa vi chất, phụ nữ mang thai, nuôi con bằng sữa mẹ

SUMMARY

EFFECT OF PRENATAL MULTIPLE MICRONUTRIENT VERSUS IRON-FOLIC ACID SUPPLEMENTATION ON BREASTFEEDING

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 breastfeeding. 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 supplementation on breastfeeding of MMN was better than IFA. The first time of breast feeding of the MMN group (1.5 hours) was earlier than the IFA group (5.9 hours). The adequate milk rate at 6 weeks of age of MMN group (87.6%) was higher than that of IFA group (79.7%). The exclusive breastfeeding rate at 6 weeks of age of the MMN group (34.4%) was higher than the IFA group (18.2%). The adequate milk rate at 6 months of age of MMN group (86%) was higher than that of IFA group (79%). The exclusive breastfeeding rate at 6 months of age of the MMN group (25.6%) was higher than the SAF group (15.3%). These differences were statistically significant at p <0.05.

Key words: multiple micronutrient, pregnant women, breastfeeding

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu vi chất dinh dưỡng ở 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) 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) [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]. Một trong những giả thuyết ủng hộ việc bổ sung đa vi chất đó là các vi chất có thể tương tác giúp phát triển mô tuyến vú và hệ thống tiết sữa tốt hơn bổ sung sắt - acid folic. *Nghiên cứu này nhằm so sánh hiệu quả của bổ sung đa vi chất với bổ sung sắt - acid folic ở PNMT đối với tình trạng nuôi con bằng sữa mẹ.*

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<7.0g/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.

[1]*Tổ chức Consortium for Health Action*
[2]*Viện Dinh dưỡng Quốc gia;*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quốc Hùng
Email: hungvrc@gmail.com
Ngày nhận bài: 9.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 4.10.2017
Ngày duyệt bài: 13.10.2017

Nghiên cứu sẽ theo dõi những trẻ sinh ra bởi các PNMT tham gia nghiên cứu ở hai nhóm này.

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.

Phương pháp xác định tỉ lệ nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ theo hướng dẫn của WHO (2003): trẻ chỉ nhận sữa mẹ (bao gồm sữa vắt ra hoặc từ vú nuôi). Không cho ăn bất cứ thực phẩm lỏng hay rắn nào khác, kể cả nước lọc, trừ trường hợp ngoại lệ là dung dịch bù nước đường uống hay giọt/sirô vitamin, khoáng chất hoặc thuốc.

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 ĐVC 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. Theo dõi đến khi sinh có 387 cặp bà mẹ - trẻ (194 thuộc nhóm đa vi chất và 193 nhóm thuộc nhóm sắt - acid folic) tham gia vào nghiên cứu.

Bảng 1. So sánh đặc điểm về thai sản của hai nhóm

Đặc điểm	Nhóm SAF (n=194)	Nhóm ĐVC (n=193)	p
	%	%	
Tuổi thai khi sinh			
Sinh non (<34 tuần)	*0*	*1,1*	
Sinh sớm (34-37 tuần)	*4,2*	*4,7*	
Đủ tháng (38-41 tuần)	*95,3*	*93,2*	*> 0,05**
Già tháng (>41 tuần)	*0,5*	*1,1*	
Hình thức đẻ			
Đẻ thường	*86,4*	*79,5*	
Đẻ mổ	*12,0*	*18,4*	*> 0,05**
Đẻ chỉ huy	*1,6*	*2,1*	

**) Fisher's Exact Test, Bootstrap 1000 samples.*

Bảng 1 cho thấy tỷ lệ sinh non *(thai <34 tuần)* ở nhóm ĐVC là 1,1%, nhóm SAF là 0%. Tỷ lệ sinh sớm *(thai 34-37 tuần)* ở nhóm ĐVC là 4,7%, ở nhóm SAF là 4,2%. Tỷ lệ sinh đủ tháng *(thai 38-41 tuần)* ở nhóm ĐVC là 93,2%, nhóm SAF là 95,3%. Tỷ lệ sinh già tháng *(thai > 41 tuần)* ở nhóm ĐVC là 1,1%, nhóm SAF là 0,5%. Tỷ lệ đẻ thường ở nhóm ĐVC là 79,5%, ở nhóm SAF là 86,4%. Tỷ lệ đẻ mổ ở nhóm ĐVC là 18,4%, ở nhóm sắt -acid folic là 12%; Tỷ lệ đẻ chỉ huy ở nhóm ĐVC là 2,1%, ở nhóm SAF là 1,6%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 2. Đặc điểm nuôi con bằng sữa mẹ đến 6 tuần tuổi

Đặc điểm	Nhóm SAF (n =187)	Nhóm ĐVC (n = 186)	p
Tỷ lệ trẻ bú sớm trong 1 giờ đầu sau sinh	60,8%	62,8%	> 0,05*
Thời gian bú mẹ lần đầu (giờ)	5,9 ± 1,5	1,5 ± 0,5	<0,05**
Tỷ lệ cho bú sữa non	98,9%	98,9%	> 0,05*
Tỷ lệ trẻ đang bú mẹ	100%	100%	> 0,05*
Mẹ đủ sữa cho trẻ bú	79,7%	87,6%	> 0,05*
Bú mẹ hoàn toàn ở 6 tuần đầu	18,2%	34,4%	< 0,05*
Tuổi bắt đầu ăn uống thêm của trẻ (ngày)	9,7 ± 11,6	12,1 ± 14,0	> 0,05**

**) Test χ^2 ; **) T-test độc lập cho 2 giá trị trung bình.*

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ trẻ bú sớm trong 1 giờ đầu ở nhóm ĐVC là 62,8%, ở nhóm SAF 60,8%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Tỷ lệ bú sữa non ở nhóm ĐVC và nhóm SAF bằng nhau bằng 98,9%. Tỷ lệ trẻ đang bú mẹ ở hai nhóm cũng bằng nhau (100%). Tỷ lệ mẹ đủ sữa cho con bú ở nhóm ĐVC là 87,6%, ở nhóm SAF là 79,7%. Tuổi bắt đầu uống thêm của trẻ ở nhóm ĐVC là 12,1 ngày, ở nhóm SAF là 9,7 ngày; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Thời gian bú mẹ trung bình lần đầu ở nhóm ĐVC là 1,5 giờ, ở nhóm SAF là 5,9 giờ; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Tỷ lệ bú sữa mẹ

hoàn toàn 6 tuần đầu ở nhóm ĐVC là 34,4% cao hơn nhóm SAF là 18,2%; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 3. Đặc điểm nuôi con bằng sữa mẹ đến 6 tháng tuổi

Đặc điểm	Nhóm SAF (n =171)	Nhóm ĐVC (n = 172)	p *χ2 test*
Tỷ lệ trẻ đang bú mẹ	98,8%	99,4%	> 0,05
Có đủ sữa mẹ cho trẻ	79,3%	83,0%	< 0,05
Bú mẹ hoàn toàn 6 tháng đầu	15,3%	25,6%	< 0,05

Kết quả điều tra trẻ 6 tháng tuổi về chế độ ăn uống của trẻ thể hiện ở Bảng 3. Trong đó tỷ lệ nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn ở nhóm ĐVC (25,6%) cao hơn nhóm SAF (15,3%); tỷ lệ có đủ sữa cho mẹ ở nhóm ĐVC (83%) cao hơn nhóm SAF (79,3%) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Tỷ lệ trẻ đang bú mẹ ở nhóm ĐVC (99,4%) cao hơn nhóm SAF (98,8%) sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Kết quả nghiên cứu khi trẻ 12 tháng tuổi cho thấy có 11,8% nhóm SAF và 10,9% nhóm ĐVC đã cai sữa với các lý do chính con đã lớn, muốn sinh thêm, mẹ cạn sữa, mẹ ốm, bận. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ cho con bú sớm sau sinh, mẹ đủ sữa, cho con bú hoàn toàn đến khi trẻ 6 tuần tuổi ở nhóm đa vi chất cao hơn nhóm sắt - acid folic với mức có nghĩa thống kê. Thời gian bú mẹ trung bình lần đầu ở nhóm ĐVC là 1,5 giờ, ở nhóm SAF là 5,9 giờ. Tỷ lệ mẹ đủ sữa cho con bú ở nhóm ĐVC là 87,6%, ở nhóm SAF là 79,7%. Tỷ lệ bú sữa mẹ hoàn toàn 6 tuần đầu ở nhóm ĐVC là 34,4% cao hơn nhóm SAF là 18,2%. Những sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Thêm vào đó tiền sử thai sản giữa hai nhóm không thấy có sự khác biệt về tuổi thai và tỷ lệ sinh mổ là những yếu tố nhiễu có thể ảnh hưởng đến việc so sánh hiệu quả giữa hai nhóm can thiệp (Bảng 1). Những kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Lân năm 2013 [4].

Đến thời điểm trẻ 6 tháng tuổi. tỷ lệ mẹ đủ sữa, nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn ở nhóm đa vi chất cao hơn nhóm sắt - acid folic với mức có nghĩa thống kê. Tỷ lệ nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn ở nhóm ĐVC (25,6%) cao hơn nhóm SAF (15,3%); tỷ lệ có đủ sữa cho mẹ ở nhóm ĐVC (83%) cao hơn nhóm SAF (79,3%) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Tỷ lệ trẻ đang bú mẹ ở nhóm ĐVC (99,4%) cao hơn nhóm SAF (98,8%) sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Kết quả này có thể lý giải bởi ngoài nhóm ĐVC được bổ sung những vi chất có ảnh hưởng đến việc tiết sữa như iốt tác động lên mô tuyến vú hoặc những vitamin A, D, B, C tham gia chuyển hóa, nguyên liệu sản xuất sữa và các hócmôn kích thích tiết sữa như prolactin hoặc vi chất kích thích sự ngon miệng như kẽm [5],[6],[7].

V. KẾT LUẬN, KHUYẾN NGHỊ

Bổ sung đa vi chất ở PNMT đã cải thiện tình trạng nuôi con bằng sữa mẹ tốt hơn bổ sung sắt - acid folic với mức có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Thời gian bú mẹ trung bình lần đầu ở nhóm ĐVC (1,5 giờ) sớm hơn nhóm SAF (5,9 giờ). Tỷ lệ mẹ đủ sữa khi trẻ 6 tuần của nhóm ĐVC (87,6%) cao hơn nhóm SAF (79,7%). Tỷ lệ bú sữa mẹ hoàn toàn 6 tuần đầu ở nhóm ĐVC (34,4%) cao hơn nhóm SAF (18,2%). Tỷ lệ mẹ có đủ sữa khi trẻ 6 tháng tuổi ở nhóm ĐVC (83%) cao hơn nhóm SAF (79%).Tỷ lệ nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn khi trẻ 6 tháng tuổi ở nhóm ĐVC (25,6%) cao hơn nhóm SAF (15,3%). Những sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05. 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 tình trạng nuôi con bằng sữa mẹ.

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*. 2015.
3. **Haider BA, Bhutta ZA.** *Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy*. Cochrane Database Syst. Rev. 2017. 2017.
4. **Nguyễn Lân, Trịnh Bảo Ngọc.** *Thực trạng nuôi con bằng sữa mẹ, thực hành ăn bổ sung, tình hình nuôi dưỡng và bệnh tật của trẻ từ 5-6 tháng tuổi tại huyện Phổ Yên tỉnh Thái Nguyên*. Y học thực hành. 2013;11:53–7.
5. **Thompson J.** ***Vitamins****, minerals and supplements*. Community Pr. 2005;78:366–8.
6. **Academy A, Pediatrics OF, Milk H.** *Breastfeeding and the use of human milk*. Pediatrics 2005;115:496–506.
7. **Fields DA, Demerath EW.** *Relationship of insulin, glucose, leptin, IL-6 and TNF-a in human breast milk with infant growth and body composition*. Pediatr. Obes. 2012;7:304–12.

NGHIÊN CỨU CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA OXYTOCIN TRONG MỔ LẤY THAI KHI TIÊM TĨNH MẠCH TRỰC TIẾP CÓ HAY KHÔNG PHA LOÃNG HOẶC TRUYỀN TĨNH MẠCH

Nguyễn Đức Lam*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các tác dụng không mong muốn của oxytocin trong mổ lấy thai khi sử dụng bằng ba phương pháp: tiêm tĩnh mạch trực tiếp không pha loãng, tiêm tĩnh có pha loãng hoặc truyền tĩnh mạch. **Đối tượng, phương pháp**: Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh, 90 bệnh mổ lấy thai được chia thành 3 nhóm, sử dụng 10 đơn vị oxytocin sau khi lấy thai bằng ba cách, nhóm 1: Tiêm tĩnh mạch trực tiếp không pha loãng, nhóm 2: Pha loãng trong 10 ml NaCl 0,9% rồi tiêm tĩnh mạch chậm trong 1 phút; nhóm 3: pha trong 50 ml NaCl 0,9% và truyền tĩnh mạch trong 5 phút. **Kết quả**: Tỷ lệ đau tức ngực và đánh trống ngực của ba nhóm 1, 2, 3 tương ứng là: 0%; 6,6%; 6,6% và 73,3%; 53,3%; 30%. Tỷ lệ bị đỏ da và mẩn ngứa của ba nhóm tương ứng là: 16,7%; 10%; 6,6% và 10%; 6,6%; 3,3%. Tỷ lệ nôn, buồn nôn của ba nhóm tương ứng là: 10%; 3,3%; 3,3%. **Kết luận**: Truyền tĩnh mạch 10 đơn vị oxytocin pha trong 50 ml NaCl 0,9%, sau khi lấy thai ít gây đau tức ngực và đánh trống ngực hơn so với tiêm tĩnh mạch trực tiếp không pha loãng hoặc tiêm tĩnh mạch trực tiếp có pha loãng, trong khi các tác dụng không mong muốn khác không có sự khác biệt (đỏ da, mẩn ngứa, nôn, buồn nôn).

Từ khóa: *Oxytocin, mổ lấy thai, tác dụng không mong muốn*

SUMMARY

RESEARCH THE SIDE EFFECTS OF OXYTOCIN IN CEASAREAN SECTION WHEN ADMINISTERED BY TREE METHODS: INTRAVENOUS INJECTION NON DILUTED OR DILUTED OR INFUSION

Objectives: To evaluate the side effects of oxytocin on caesarean section when administered by three methods: direct intravenous injection undiluted, direct intravenous injection diluted or infusion. **Subjects, methods**: Randomized comparative clinical trial, 90 cesarean sections divided into 3 groups, 10 units of oxytocin after delivery in three groups, group 1: Direct intravenous injection undiluted, group 2: Diluted in 10 ml of NaCl 0.9% and slowly intravenously injected for 1 minute; Group 3: Diluted in 50 ml of NaCl 0.9% and infused intravenously for 5 minutes. **Results:** The rate of chest pain and palpitations of the three groups 1, 2, 3 were: 0%; 6.6%; 6.6% and 73.3%; 53.3%; 30%. Skin redness and rash of the three groups were 16.7%; ten%; 6.6% and 10%; 6.6%; 3.3%. The nausea and vomiting rate of the three groups were 10%; 3.3%; 3.3%. **Conclusion**: Intravenously infusion of 10 units of oxytocin diluted in 50 ml of NaCl 0.9%, after delivery had less chest pain and palpitation than intravenous direct undiluted or diluted, while other side effects were not different (Skin redness, rash, vomiting, nausea).

Keywords: *oxytocin, caesarean section, side effects*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Oxytocin là thuốc được dùng phổ biến trong sản khoa, thuốc có tác dụng co hồi tử cung giúp hạn chế mất máu trong mổ lấy thai, chống đờ tử cung. Vì vậy, trong mổ lấy thai, sau khi lấy thai xong, người ta luôn sử dụng 5 – 10 đơn vị oxytocin tiêm tĩnh mạch hoặc truyền tĩnh mạch. Tuy nhiên, ngoài tác dụng gây co tử cung, oxytocin còn có những tác dụng không mong muốn khác đặc biệt trên tim mạch, trên huyết áp, gây đỏ da, đau ngực, mẩn ngứa…các tác dụng không mong muốn này không chỉ gây khó chịu cho bệnh nhân mà thậm chí ảnh hưởng đến tính mạng của bệnh nhân khi họ đang được gây tê tủy sống để mổ lấy thai. Theo báo cáo các trường hợp tử vong người mẹ ở Anh, có một trường hợp sản phụ thiếu khối lượng tuần hoàn đã tử vong sau khi tiêm tĩnh mạch nhanh 10 đơn vị oxytocin. Ở nước ta, oxytocin vẫn chủ yếu được tiêm tĩnh mạch trực tiếp và ít được quan tâm đến các tác dụng không mong muốn của thuốc này. Từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá các tác dụng không mong muốn của oxytocin trong mổ lấy thai khi sử dụng bằng ba phương pháp: tiêm tĩnh mạch trực tiếp không pha loãng, tiêm tĩnh có pha loãng hoặc truyền tĩnh mạch.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các sản phụ có chỉ định mổ lấy thai có sức khỏe tốt, ASA độ I, II. Thai đủ tháng, không có dị tật bẩm sinh. Không sử dụng oxytocin trước mổ.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu. Các trường hợp chống chỉ định gây tê tủy sống. Các trường hợp bị chảy

**Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Lam
Email: lamgmhs75@gmail.com
Ngày nhận bài: 20.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 4.10.2017
Ngày duyệt bài: 17.10.2017

máu nhiều hoặc có nguy cơ đờ tử cung sau mổ (đa thai, đa ối…). Có bệnh lý nội khoa đặc biệt bệnh lý tim mạch kèm theo.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên có so sánh. Nghiên cứu được tiến hành trên các bệnh nhân được mổ lấy thai trong thời gian từ tháng 7 – 12 năm 2007, tại khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Phụ sản TW.

Cỡ mẫu: 90 bệnh nhân được phân loại ngẫu nhiên thành 3 nhóm bằng nhau:

- Nhóm 1: Tiêm tĩnh mạch trực tiếp 10 đơn vị oxytocin sau khi lấy thai.
- Nhóm 2: Pha loãng 10 đơn vị oxytocin cùng với NaCl 0,9% thành 10ml, tiêm tĩnh mạch trong 1 phút sau khi lấy thai.
- Nhóm 3: Pha 10 đơn vị oxytocin trong 50 ml dung dịch NaCl 0,9%, truyền tĩnh mạch nhanh trong 5 phút.

Thuốc và phương tiện nghiên cứu: Thuốc oxytocin ống 1ml chứa 5 đơn vị oxytocin của hàng Gedeon Richter, Hungari. Máy theo dõi trong gây mê hồi sức của hãng Nihon Konden, Nhật Bản. Các thuốc dùng trong hồi sức và các loại dịch truyền.

2.3. Cách thức tiến hành: Lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu, khám trước mổ, giải thích cho bệnh nhân về cuộc mổ, phương pháp vô cảm và về nghiên cứu.

Gây tê tủy sống ở L3 – 4 bằng kim 27G. Liều thuốc tê bupivacain (Marcaine) 8mg phối hợp với 25mcg fentanyl. Tiến hành phẫu thuật khi ức chế cảm giác đau đến T6. Khi lấy thai xong thì bắt đầu sử dụng oxytocin theo các phác đồ của mỗi nhóm nghiên cứu.

Theo dõi liên tục các chỉ số sinh tồn, mức độ ức chế cảm giác, vận động, các tác dụng không mong muốn gặp phải trong mổ và sau mổ 6 giờ.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được ghi vào phiếu nghiên cứu và được xử lý theo chương trình SPSS 12.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của sản phụ và thai nhi

	Nhóm 1(n = 30)	Nhóm 2(n = 30)	Nhóm 3 (n = 30)	p
Tuổi (năm)	29 ± 4,3(22 - 41)	30,7 ± 4,3(23 – 42)	28,3 ± 3,9(21 - 39)	> 0.05
Chiều cao (cm)	156,3 ± 4,4(150 - 165)	155,2 ± 4,6(150 -164)	155,9 ± 5,3(148 - 163)	> 0.05
Cân nặng (kg)	62,8 ± 6,9(47 - 81)	61,8 ± 8,4(50 - 82)	64,7± 7,0(53 - 79)	> 0.05
Tuổi thai (tuần)	39,8 ± 1,2(38 - 41)	39,3 ± 1,4(38 - 40)	39,5 ± 1,6(38 - 41)	> 0.05
Cân nặng sơ sinh (g)	3128,3 ± 275,4 (2500 - 4100)	3212,5 ± 296,6 (2650 - 4050)	3095,7 ± 301,4 (2450 - 4250)	> 0.05

Nhận xét: Các đặc điểm chung của sản phụ và thai nhi không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa ba nhóm.

Bảng 2. Đặc điểm của gây tê tủy sống và thời gian phẫu thuật

	Nhóm 1 (n = 30)	Nhóm 2 (n = 30)	Nhóm 3 (n = 30)	p
Liều bupivacain (mg)	8,1 ± 0,34	8,15 ± 0,4	7,9 ± 0,5	> 0.05
Thời gian khởi tê đến T6 (phút)	4,7 ± 1,5	5,1 ± 1,2	4,5 ± 1,4	> 0.05
Mức ức chế tối đa ≥ T4 n(%)	1 (3,3%)	2 (6,6%)	2 (6,6%)	> 0.05
Ức chế vận động Bromage độ 3 sau gây tê 10 phút n(%)	23 (76,6%)	25 (83,3%)	26 (86,7%)	> 0.05
Thời gian phẫu thuật (phút)	31,7 ± 7,5	29,8 ± 8,0	30,5 ± 6,9	> 0.05

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các đặc điểm gây tê tủy sống và thời gian phẫu thuật của ba nhóm nghiên cứu.

Bảng 3. Thay đổi các xét nghiệm huyết học trước và sau mổ

		Nhóm 1(n= 60)	Nhóm 2(n= 60)	Nhóm 3(n=60)	p
Số lượng hồng cầu (G/l)	*Trước*	4,22 ± 0,3	4,31 ± 0,41	4,27 ± 0,35	>0.05
	Sau	4,9 ± 0,31	4,09 ± 0,37	3,96 ± 0,39	>0.05
Hb (g/l)	*Trước*	120,3 ± 11,6	126,3 ± 12,1	124,5 ± 10,9	>0.05
	Sau	111,7 ± 12,3	114,8 ± 9,8	110,6 ± 10,1	>0.05
Ht (%)	*Trước*	0,391 ± 0,041	0,387 ± 0,029	0,375± 0,037	>0.05
	Sau	0,345 ± 0,032	0,362 ± 0,043	0,332 ± 0,028	>0.05
Số lượng bạch cầu (G/l)	*Trước*	9,15 ± 1,78	9,35 ± 1,61	8,95 ± 1,57	>0.05
	Sau	10,69 ± 1,65	11,2 ± 1,93	11,7 ± 1,8	>0.05
Tiểu cầu (G/l)	*Trước*	220,7 ± 37,0	237,6 ± 44,8	217,3 ± 41,1	> 0,05
	Sau	187,7 ± 36,	197,3 ± 39,9	178,8 ± 35,5	> 0,05

Nhận xét: Hb và Ht sau mổ ở cả ba nhóm nghiên cứu đều giảm có ý nghĩa thống kê so với trước mổ (p < 0,05).

Bảng 4. Thay đổi trên điện tim khi sử dụng oxytocin

	Nhóm 1(n=30)	Nhóm 2(n=30)	Nhóm 3(n=30)	p
Ngoại tâm thu thất nhịp đôi	1 (3,3%)	0	0	> 0.05
Ngoại tâm thu thất < 10%	0	1 (3,3%)	2 (6,6%)	> 0.05
Loạn nhịp xoang	2 (6,6%)	1 (3,3%)	0	> 0.05
ST chênh lên	1 (3,3%)	1 (3,3%)	0	> 0.05

Nhận xét: Nhóm 1 và nhóm 2 có tỷ lệ rối loạn nhịp tim nhiều hơn so với nhóm 3, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 5. Các tác dụng không mong muốn

	Nhóm 1(n = 30)	Nhóm 2(n = 30)	Nhóm 3(n = 30)	p
Đỏ da	5 (16,7%)	3 (10%)	2 (6,6%)	> 0.05
Mẩn ngứa	3 (10%)	2 (6,6%)	1 (3,3%)	> 0.05
Nôn, buồn nôn	3 (10)	1 (3,3%)	1 (3,3%)	> 0.05
Đau tức ngực	2 (6,6%)	2 (6,6%)	0*	< 0.05
Đánh trống ngực	22 (73,3%)	16 (53,3%	9 (30%)*	< 0.05

*p < 0,05 so với nhóm 1 và nhóm 2

Nhận xét: Nhóm 3 có tỷ lệ đau tức ngực và đánh trống ngực thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm 1 và nhóm 2 (p < 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả ở bảng 1 cho thấy: Các đặc điểm chung của sản phụ và thai nhi ở hai nhóm không có sự khác biệt và đều trong giới hạn bình thường. Thai nhi đủ tháng, không có các dị tật bẩm sinh được chẩn đoán trước hoặc sau sinh.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi tập trung đánh giá các tác dụng không mong muốn của oxytocin trên sản phụ được gây tê tủy sống để mổ lấy thai. Do có một số tác dụng không mong muốn của oxytocin cũng giống tác dụng không mong muốn của gây tê tủy sống (ví dụ: nôn, buồn nôn…) nên phải đảm bảo ba nhóm nghiên cứu đều được gây tê tủy sống theo cùng một phác đồ giống nhau. Kết quả bảng 2 cho thấy các bệnh nhân ở cả ba nhóm đều được vô cảm tốt trong mổ, thời gian mổ cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Đánh giá mất máu trong mổ lấy thai rất khó vì có lẫn nước ối. Vì vậy, chúng tôi đánh giá lượng máu mất qua xét nghiệm lại công thức máu sau khi mổ và so với giá trị trước mổ. Chúng tôi thấy: Số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, Hb, Ht không có sự khác biệt giữa các nhóm nghiên cứu ở cả thời điểm trước mổ và sau mổ. Điều này cũng giúp hạn chế các sai số trong nghiên cứu do mất máu nhiều cũng có thể gây các tác dụng không mong muốn chồng lấn tác dụng không mong muốn của oxytocin. Sau mổ lấy thai, hai chỉ số Hb và Ht của các bệnh nhân ở cả ba nhóm nghiên cứu đều giảm có ý nghĩa thống kê so với trước mổ (p < 0,05). Các nghiên cứu của Thomas J.S và Pinder A đều chỉ ra rằng: Lượng máu mất trong mổ lấy thai không có sự khác biệt khi tiêm tĩnh mạch trực tiếp oxytocin hay truyền tĩnh mạch [2], [3]. Kết quả Hb và Ht của các bệnh nhân sau mổ lấy thai ở ba nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt cũng gián tiếp cho thấy tác dụng của oxytocin sử dụng theo ba cách khác nhau nhưng đều có tác dụng tương đương nhau. Theo y văn, có thể các yếu tố như giãn mạch sau gây tê tủy sống, mất máu trong mổ lấy thai góp phần làm tăng các tác dụng không mong muốn của oxytocin lên sản phụ và đôi khi gây các biến chứng nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân.

Tác dụng không mong muốn của oxytotcin là có thể gây các rối loạn nhịp tim. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có gặp các thay đổi nhịp tim sau khi sử dụng oxytocin bằng ba cách khác nhau. Đặc biệt, ở nhóm tiêm tĩnh mạch trực tiếp oxytocin không pha loãng (nhóm 1), có gặp một bệnh nhân xuất hiện ngoại tâm thu thất nhịp đôi phải điều trị. Nhóm truyền oxytocin (nhóm 3) ít gặp các rối loạn nhịp tim khác như loạn nhịp xoang hoặc ST chênh lên, tuy nhiên, có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn nên chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Thomas T.A đã báo cao một trường hợp bệnh nhân tụt huyết áp, mạch chậm sau gây tê tủy sống để mổ lấy thai, sau khi lấy thai chảy máu nhiều, bệnh nhân ngừng tim sau khi tiêm tĩnh mạch nhanh không pha loãng 10 đơn vị oxytocin [1].

Các tác dụng không mong muốn khác mà chúng tôi gặp trong nghiên cứu được thể hiện trong bảng 5. Đỏ da, đặc biệt là da vùng mặt, do oxytocin gây giãn mạch ngoài da. Tỷ lệ đỏ da ở nhóm tiêm tĩnh mạch trực tiếp cao hơn so với

hai nhóm còn lại tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa tống kê có thể do cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn. Nôn và buồn nôn là tác dụng không mong muốn gây nhiều khó chịu cho bệnh nhân. Nôn trong mổ còn gây cản trở quá trình phẫu thuật. Tỷ lệ nôn và buồn nôn ở ba nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê và tỷ lệ nôn và buồn nôn của chúng tôi thấp hơn so với Sartain J.B (32,5% khi tiêm tĩnh mạch trực tiếp 5 đơn vị oxytocin sau đó truyền tĩnh mạch 10 đơn vị oxytocin). Trong nghiên cứu của Wedisinghe L, tỷ lệ bệnh nhân buồn nôn ở nhóm tiêm tĩnh mạch oxytocin cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm truyền tĩnh mạch oxytocin (20% so với 7%) [5]. Đặc biệt trong nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ đau tức ngực và đánh trống ngực ở nhóm truyền oxytocin tĩnh mạch thập hơn có ý nghĩa thống kê so với hai nhóm tiêm tĩnh mạch oxyotcin. Đau tức ngực có liên quan đến nhịp tim nhanh, vì vậy, không được tiêm tĩnh mạch oxytocin cho các bệnh nhân có bệnh lý tim mạch như thiếu máu cơ tim, hẹp van hai lá hoặc hẹp van động mạch chủ…Tỷ lệ đau tức ngực trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm 1 và nhóm 2 tương đương với của Carvalho C.A (5%) [3].

V. KẾT LUẬN

Truyền tĩnh mạch 10 đơn vị oxytocin pha trong 50ml NaCl 0,9%, bắt đầu sau khi lấy thai ít gây đau tức ngực và đánh trống ngực hơn so với tiêm tĩnh mạch trực tiếp hoặc tiêm tĩnh mạch trực tiếp sau khi pha loãng (không gặp trường hợp nào đau tức ngực so với 6,6% ở nhóm 1 và nhóm 2; tỷ lệ đánh trống ngực là 30% so với 73,3% ở nhóm 1 và 53,3% ở nhóm 2), trong khi các tác dụng không mong muốn khác không có sự khác biệt (đỏ da, mẩn ngứa, nôn, buồn nôn).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thomas T.A. (2002),** "Maternal deaths from anaesthesia. An extract from Why mothers die 1997 – 1999, The Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kindom", British Journal of anaesthesia, vol 89, No3. 499-508.
2. **Thomas J.S (2007),** "Heamodynamic effects of oxytocin give as I.V bolus or infusion on women undergoing Ceasarean section", , Br J Anaesth 98 (1):116-9.
3. **Pinder A.** "Heamodynamic changes caused by oxytocin during ceaserean section under spinal anesthesia", International Journal of Obstetric aneshtesia. Volum 11, issue3, p.156-159.
4. **Wedisinghe L.** "Use of oxytocin to prevent haemorrhage of practice in United Kindom"., Eur J Obstetrics gynecology repro 2007, june 1.

CHẤT LƯỢNG SỐNG LIÊN QUAN SỨC KHỎE CỦA TRẺ MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÝP 1 SỬ DỤNG THANG ĐO PedsQL 4.0

Cấn Huyền Hân*, Lê Trọng Tú*, Nguyễn Phú Đạt*

TÓM TẮT[41]

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng sống (CLS) liên quan sức khỏe của trẻ em mắc đái tháo đường týp 1 (ĐTĐ1). **Đối tượng và phương pháp:** Sử dụng thang đo CLS liên quan sức khỏe trẻ em PedsQL 4.0 đánh giá 129 trẻ mắc ĐTĐ1 đã được điều trị và theo dõi với thời gian trung bình 33,5 ± 20,0 tháng; tuổi trung bình 10,3 ± 4,0. **Kết quả:** Điểm CLS do bản thân trẻ ĐTĐ1 đánh giá trong lĩnh vực thể chất, cảm xúc, quan hệ bạn bè – xã hội, học tập và CLS chung lần lượt là: 84,2 ± 8,4; 64,9 ± 9,9; 77,3 ± 10,1; 75,2 ± 9,0; 76,5 ± 6,1. Điểm CLS khi cha/mẹ trẻ đánh giá tương ứng là: 77,8 ± 9,9; 70,9 ± 9,3; 76,3 ± 8,6; 71,3 ± 7,8; 74,3 ± 5,7. **Kết luận:** CLS của trẻ ĐTĐ1 giảm so với trẻ khỏe mạnh bình thường. CLS do cha/mẹ trẻ mắc bệnh đánh giá thấp hơn so với trẻ tự đánh giá.

Từ khóa: Chất lượng sống, trẻ em, đái tháo đường týp 1

*Trường đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Cấn Huyền Hân
Email: huyenhan91@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 5.10.2017
Ngày duyệt bài: 16.10.2017

SUMMARY

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH TYPE 1 DIABETES MELLITUS BY PedsQL 4.0 GENERIC CORE SCALES

Aim: To evaluate the health related quality of life (HRQOL) of children with type 1 diabetes mellitus (T1DM). **Patients and Method:** Health related quality of life were evaluated in 129 T1DM children with mean age: 10,3 ± 4,0 and treated for 33,5 ± 20,0 months. All children were assessed through a cross - sectional approach using the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 generic core scales (PedsQL 4.0). **Results:** The T1DM children reported HRQOL in physical, emotional, social, school areas and the total HRQOL is: 84,2 ± 8,4; 64,9 ± 9,9; 77,3 ± 10,1; 75,2 ± 9,0; 76,5 ± 6,1. According to the parent proxy-report, the result of HRQOL in correlative areas is: 77,8 ± 9,9; 70,9 ± 9,3; 76,3 ± 8,6; 71,3 ± 7,8; 74,3 ± 5,7. **Conclusions:** The T1DM children reported significantly lower HRQOL than those of healthy children. According to the child self-report, the HRQOL was significantly higher than their parent proxy-report.

Keywords: Quality of life, children, type 1 diabetes mellitus.

I.ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, ĐTĐ1 ở trẻ em đang có xu hướng gia tăng. Trẻ mắc bệnh phải điều trị suốt đời bằng Insulin thay thế và kiểm soát chế chế độ ăn khiến CLS bị ảnh hưởng. Ở các quốc gia phát triển, đánh giá CLS liên quan sức khỏe của trẻ mắc bệnh được coi là một tiêu chuẩn đánh giá hiệu quả điều trị. Để đánh giá CLS, các nghiên cứu sử dụng nhiều công cụ phỏng vấn về CLS khác nhau, phổ biến là thang đo Pediatric Quality of Life (Peds QL). Nhiều báo cáo trên thế giới cho thấy: Ở trẻ mắc bệnh, CLS thay đổi trên nhiều lĩnh vực. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu về CLS trong quá trình điều trị bệnh. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá chất lượng sống liên quan sức khỏe của trẻ mắc đái tháo đường týp 1 sau ít nhất 12 tháng điều trị bằng công cụ PedsQL 4.0.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bệnh nhân ĐTĐ1 theo dõi ngoại trú tại khoa Nội tiết – Chuyển hóa – Di truyền bệnh viện Nhi Trung ương từ 1/8/2016 đến 31/7/2017, thời gian điều trị ≥ 12 tháng, từ 2 - 18 tuổi.

Loại trừ: Bệnh nhân có tổn thương hệ thần kinh trung ương, ảnh hưởng nhận thức, cảm xúc, vận động hoặc bệnh mạn tính từ trước khi mắc ĐTĐ1.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang

Công cụ đánh giá: Thang điểm CLS trẻ em (Pediatric Quality of Life - PedsQL 4.0) của bệnh viện Nhi và Trung tâm sức khỏe Sandiego, California.

Phương pháp phân tích số liệu: Phần mềm thống kê SPSS 16.0 sử dụng Student t-test.

II. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượngNhóm nghiên cứu gồm 129 trẻ, từ 2 - 18 tuổi, trung bình 10,34 ± 4,0 tuổi. Đa số là học sinh trung học cơ sở (42,7%); tỷ lệ nữ/nam là 1,18:1; 58,9% trẻ ở nông thôn, 41,1% ở thành phố. Thời gian điều trị trung bình của đối tượng nghiên cứu là 33,5 ± 20,0 tháng.

3.2. Chất lượng sống của trẻ mắc bệnh đái tháo đường type 1

*Chất lượng sống trong lĩnh vực thể chất

Bảng 1: So sánh CLS trong lĩnh vực thể chất của trẻ ĐTĐ1 do trẻ và cha/mẹ đánh giá

Lĩnh vực thể chất	Trẻ (n=121)	Cha mẹ (n=129)	p
	TB ± SD (điểm)	TB ± SD (điểm)	
Đi lại khó khăn	87,6 ± 18,3	75,8 ± 20,7	<0,001
Chạy nhảy khó khăn	81,4 ± 19,0	78,5 ± 22,0	>0,05
Khó khăn khi tập thể dục	84,5 ± 17,5	74,1 ± 22,2	<0,001
Khó nâng vật nặng	86,2 ± 18,5	80,8 ± 20,4	<0,05
Khó khăn khi tự tắm	83,1 ± 20,2	77,9 ± 20,4	<0,05
Khó khăn khi làm việc nhà	84,5 ± 20,2	81,8 ± 18,9	>0,05
Bị đau cơ thể	84,1 ± 18,8	76,2 ± 22,3	<0,05
Sức khỏe yếu	82,0 ± 19,7	74,6 ± 23,4	<0,05
Tổng điểm	84,2 ± 8,4	77,8 ± 9,9	<0,001

Nhận xét: Điểm CLS chung về thể chất ở trẻ ĐTĐ1 là 84,2 ± 8,4, thấp hơn so với trẻ khỏe mạnh là 88 ± 13,2; (p<0,001). Đánh giá của cha mẹ thấp hơn bản thân trẻ tự đánh giá ở nhiều khía cạnh, khác biệt có ý nghĩa thống kê.

*Chất lượng sống trong lĩnh vực cảm xúc

Bảng 2: So sánh CLS trong lĩnh vực cảm xúc của trẻ ĐTĐ1 do trẻ và cha/mẹ đánh giá

Lĩnh vực cảm xúc	Trẻ (n=121)	Cha/mẹ (n=129)	p
	TB ± SD (điểm)	TB ± SD (điểm)	
Cảm thấy sợ hoặc hoảng sợ	66,9 ± 20,0	72,5 ± 20,5	<0,05
Cảm thấy buồn hoặc chán nản	65,5 ± 19,7	71,5 ± 14,9	<0,05
Cảm thấy tức giận	64,3 ± 20,4	67,8 ± 19,3	>0,05
Khó ngủ	62,6 ± 20,7	68,2 ± 17,3	<0,05
Lo lắng	65,1 ± 19,8	74,4 ± 20,1	<0,001
Tổng điểm	**64,9 ± 9,9**	**70,9 ± 9,3**	**<0,001**

Nhận xét: CLS về lĩnh vực cảm xúc của trẻ ĐTĐ1 thấp hơn trẻ khỏe mạnh (78,4 ± 18,25 điểm) và cha/mẹ đánh giá, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,001).

*Chất lượng sống trong lĩnh vực quan hệ bạn bè và xã hội

Bảng 3: So sánh CLS trong quan hệ xã hội của trẻ ĐTĐ1 do trẻ và cha/mẹ đánh giá

Quan hệ bạn bè và xã hội	Trẻ (n=121)	Cha/mẹ (n=129)	p
	TB ± SD (điểm)	TB ± SD (điểm)	
Khó thân thiện với các bạn	80,4 ± 21,5	84,7 ± 18,0	>0,05
Các bạn không muốn chơi	81,4 ± 21,0	80,6 ± 18,0	>0,05
Bị các bạn trêu chọc	66,7 ± 19,7	63,6 ± 22,1	>0,05
Không làm được việc phù hợp với lứa tuổi	79,8 ± 21,0	76,0 ± 19,4	>0,05
Khó chơi với các bạn khác	78,1 ± 20,6	76,6 ± 19,2	>0,05
Tổng điểm	77,3 ± 10,1	76,3 ± 8,6	>0,05

Nhận xét: CLS trong lĩnh vực quan hệ bạn bè - xã hội do trẻ ĐTĐ1 và cha/mẹ đánh giá không có sự khác biệt (p>0,05).

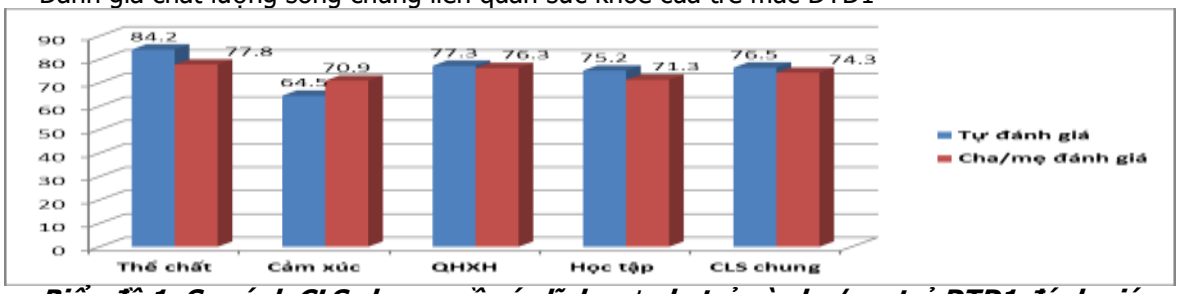
*Chất lượng sống trong lĩnh vực học tập

Bảng 4: So sánh CLS trong lĩnh vực học tập của trẻ ĐTĐ1 do trẻ và cha/mẹ đánh giá

Lĩnh vực học tập	Trẻ (n=44)	Cha/mẹ (n=90)	
	TB ± SD (điểm)	TB ± SD (điểm)	p
Khó tập trung học ở lớp	77,1 ± 10,1	65,7 ± 19,8	<0,001
Quên nhiều	78,1 ± 19,5	76,7 ± 18,2	>0,05
Khó theo kịp học tập	71,9 ± 21,1	67,4 ± 20,4	>0,05
Nghỉ học vì không khỏe	79,5 ± 18,5	70,5 ± 16,5	<0,001
Nghỉ học gặp bác sỹ hoặc đến bệnh viện	69,4 ± 13,1	76,4 ± 7,4	<0,001
Tổng điểm	75,2 ± 9,0	71,3 ± 7,8	<0,001

Nhận xét: CLS trong lĩnh vực học tập của trẻ ĐTĐ1 thấp hơn trẻ em khỏe mạnh (84,8 ± 15,1 điểm), p<0,001 và so với phụ huynh đánh giá.

*Đánh giá chất lượng sống chung liên quan sức khỏe của trẻ mắc ĐTĐ1



Biểu đồ 1: So sánh CLS chung, về các lĩnh vực do trẻ và cha/mẹ trẻ ĐTĐ1 đánh giá

Nhận xét: Điểm CLS ở lĩnh vực thể chất, xã hội, học tập do trẻ tự đánh giá cao hơn do phụ huynh đánh giá, p<0,05. CLS ở lĩnh vực cảm xúc có điểm trung bình thấp nhất, ở trẻ đánh giá thấp hơn cha/mẹ đánh giá. CLS chung do trẻ đánh giá là 76,5 ± 6,1; cao hơn kết quả của cha mẹ đánh giá là 74,3 ± 5,7; khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,001).

IV. BÀN LUẬN

Thang đo CLS PedsQL 4.0 đã được Varni và CS chứng minh có thể sử dụng trong các nghiên cứu, thực hành lâm sàng chăm sóc sức khỏe [2]. Nghiên cứu CLS bằng thang đo PedsQL 4.0 ở 129 trẻ từ 2-18 tuổi mắc ĐTĐ1cho kết quả như sau: Điểm CLS do trẻ ĐTĐ1 tự đánh giá trong lĩnh vực thể chất, cảm xúc, quan hệ bạn bè – xã hội, học tập và CLS chung lần lượt là: 84,2 ± 8,4; 64,9 ± 9,9; 77,3 ± 10,1; 75,2 ± 9,0; 76,5 ± 6,1. Điểm CLS khi cha/mẹ trẻ đánh giá tương ứng là: 77,8 ± 9,9; 70,9 ± 9,3; 76,3 ± 8,6; 71,3 ± 7,8; 74,3 ± 5,7.

Ở các nước phát triển, CLS về lĩnh vực thể chất của trẻ em ĐTĐ1 ít thay đổi so với trẻ em bình thường [3], [4]. Emmanouilidou và CS tại Hy Lạp (2008) cho thấy: so với nhóm chứng khỏe mạnh, trẻ mắc bệnh không có nhiều than phiền hơn về hoạt động thể chất [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ ĐTĐ1 sau khi điều trị có CLS về sức khỏe thể chất là 84,17 ± 8,4 điểm. Kết quả này thấp hơn so trẻ em Việt Nam khỏe mạnh có điểm là 88,0 ± 13,20 (p<0,001) [1]. Việc điều trị tiêm thuốc nhiều lần trong ngày gây đau, các biến chứng (hạ đường máu, tại mắt…) đã ảnh hưởng lớn tới sinh hoạt – vui chơi của trẻ mắc ĐTĐ1.

Về lĩnh vực cảm xúc, CLS do trẻ đánh giá đạt 64,9 ± 9,9 điểm; thấp hơn so với các nghiên cứu tương tự ở Hy Lạp (73,94 điểm), Ả rập (70,8 điểm) [3], [4]. Cùng lĩnh vực này trên 1225 trẻ Việt Nam khỏe mạnh (78,4± 18,25 điểm) [4],

chúng tôi thấy: CLS cảm xúc của bệnh nhân thấp hơn rất nhiều, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này cho thấy quá trình theo dõi và điều trị bệnh, nguy cơ biến chứng đã gây căng thẳng cho trẻ ở mọi lứa tuổi, cần phải có sự quan tâm của gia đình, bác sỹ điều trị và tâm lý hơn nữa.

Trên lĩnh vực quan hệ bạn bè - xã hội, E. Emmanouilidou báo cáo trẻ từ 5-18 tuổi mắc ĐTĐ1 có CLS rất cao (89,9±10,1điểm) [2]. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả là 77,3 ± 10,1 điểm, thấp hơn so với nghiên cứu của E. Emmanouilidou và của trẻ em Việt Nam bình thường (87,7±18,25điểm) [4]. Việc điều trị bệnh khiến trẻ có nhiều thay đổi trong sinh hoạt, ăn uống…, tạo sự khác biệt so với bạn bè cùng lứa tuổi, điều này làm trẻ gặp nhiều khó khăn trong các mối quan hệ với bạn bè cùng tuổi.

Điểm CLS trong lĩnh vực học tập của bệnh nhân ĐTĐ1 đạt 75,2 ± 9,0, thấp hơn so với trẻ em khỏe mạnh (84.8 ± 15,1điểm) [1]. Sự khác biệt này có thể do trẻ mắc ĐTĐ1 thường phải nghỉ học để đi tái khám định kì hàng tháng.

CLS chung do trẻ ĐTĐ1 tự đánh giá đạt 76,5 ±6,1 điểm, khi phụ huynh đánh giá đạt 74,3± 5,7 điểm. Điểm CLS này thấp hơn so với trẻ em khỏe mạnh theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Mai và CS lần lượt là: 85,2±12,1 và 81,35 ±14,96 [1] và các báo cáo ở nhiều quốc gia khác nhau [3], [4]. Mặc dù ít cấp tính, chủ yếu theo dõi ngoại trú nhưng ĐTĐ1 vẫn ảnh hưởng nhiều tới cuộc sống của trẻ. CLS của trẻ ĐTĐ1 trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiều nghiên cứu được báo cáo trên thế giới. Sự vượt trội về kinh tế – văn hóa – xã hội, phương pháp điều trị hiện đại (sử dụng bơm Insulin), phương pháp quản lý và theo dõi bệnh hiệu quả hơn, CLS của trẻ em mắc ĐTĐ1 ở các nước phát triển tốt hơn rất nhiều so với các nước đang phát triển như chúng ta. Chúng tôi cũng nhận thấy có sự khác biệt về kết quả đánh giá CLS giữa cha mẹ và bản thân trẻ mắc bệnh ở đa số lĩnh vực ($p<0,05$). Điều này giống với nhiều nghiên cứu khác trên thế giới: CLS do phụ huynh đánh giá thấp hơn do trẻ tự đánh giá, phản ánh sự lo lắng về bệnh tật của con mình cũng như sự kém thích nghi của cha/mẹ khi con họ mắc một bệnh mạn tính như ĐTĐ1 [3], [4].

V. KẾT LUẬN

Trẻ điều trị ĐTĐ1 có CLS thấp hơn so với trẻ em khỏe mạnh. CLS chung do cha mẹ đánh giá thấp hơn so với trẻ tự đánh giá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thanh Mai (2017).** "Khảo sát chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe ở trẻ em khỏe mạnh bằng thang PedsQL™4.0 generic core scale, phiên bản Việt Nam". *Tạp chí y học thực hành 1045*: 181-183
2. **Varni JW et al (2001).** "PedsQL™ 4.0: Reliability and Validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in Healthy and Patient Populations", *Medical Care 39(8)*: 800 – 812
3. **Emmanouilidou E. et al (2008).** "Quality of life of children and adolescents with diabetes of Northern Greek origin". *Hippocratia 12(3)*: 168-175
4. **Majedah Abdul-Rasoul et al (2012).** "Reliability and validity of the Arabic version of the PedsQL™ 4.0 generic ore scales and PedsQL™ 3.0 diabetes module". *Journal of Diabetes Mellitus 2(3).*

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ TRONG GIAI ĐOẠN TẤN CÔNG BẰNG PHÁC ĐỒ LCH III TRÊN TRẺ MẮC LANGERHANS CELL HISTOCYTOSIS

Nguyễn Thanh Thảo[1], Trần Đức Hậu[2], Bùi Văn Viên[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đáp ứng điều trị trong giai đoạn tấn công theo phác đồ LCH III trên trẻ mắc Langerhans cell histocytosis (LCH) tại khoa huyết học bệnh viện Nhi Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 42 bệnh nhân LCH điều trị tại khoa huyết học bệnh viện Nhi Trung Ương từ 01/01/2016 – 31/07/2017. **Kết quả:** Tuổi trung bình tại thời điểm chẩn đoán là 51,98 ± 42,86 tháng. Tỷ lệ nam/nữ là 1,8/1. Thể u hạt bạch cầu ưa acid chiếm nhiều nhất 78,6%, thể Letterer-Siwe chiếm 16,7% và thể Hand-Schüller-Christian chiếm 4,8%. Triệu chứng hay gặp nhất là khuyết xương chiếm 85,7%, trong đó tổn thương xương chủ yếu là một vị trí chiếm 83,3%, vị trí xương hay gặp nhất là xương sọ chiếm 41,7%. Các triệu chứng khác hay gặp theo thứ tự là: ban da 21,4%, tổn thương gan 21,4%, tổn thương lách 19%, tổn thương hệ tạo máu 17,1%,

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh Viện Nhi Trung ương*
Chịu trỏch nhiệm chớnh: *Phạm Văn Đếm*
Email: *phamdemhd@gmail.com*

Ngày nhận bài: 12.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 4.10.2017
Ngày duyệt bài: 10.10.2017

hạch to 7,1%, tổn thương phổi 2,4% và đái tháo nhạt 2,4%. Đáp ứng tốt sau 6 tuần và 12 tuần tấn công là 83,3%, trong đó lui bệnh hoàn toàn sau 6 tuần điều trị tấn công là 26,2% và sau 12 tuần điều trị tấn công là 47,6%. **Kết luận:** Đa số các trường hợp là thể u bạch cầu ưa acid được xếp vào nhóm tổn thương xương đơn thuần. Tỉ lệ đáp ứng tốt trong điều trị tấn công phác đồ LCH III là > 80%.

Từ khóa: Langerhans cell histocytosis, đáp ứng điều trị, giai đoạn tấn công, phác đồ LCH III.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL CHARATERISTICS AND TREATMENT RESPONSE AFTER LCH III PROTOCOL INDUCTION OF CHILDREN WITH LANGERHANS CELL HISTOCYTOSIS

Purpose: to study clinical and laboratory features and treatment response after induction of patients with Langerhans cell histocytosis (LCH) in Hematology Department, National Children's Hospital. **Patients and method**: prospective and cross sectional description study carried on 42 patients with LCH treated in Hematology Department from 1st January 2016 to 31st July 2017. **Result**: mean age at diagnosis is 51.98 ± 42.86 months, male/female ratio is 1.8; the most common type is Eosinophilic granulomatosis 78.6% followed by Letterer-Siwe 16.7% and Hand-Schüller-Christian 4.8%. The most common symptom is bone lession 85.7%, mainly in one bone 83.3% and usually in skull 41.7%. The other symptoms are skin rash and lessions in liver 21.4%, spleen 19%, hematopoietic system 17.1% lymphadenopathy 7.1% and lung and diabet insipidus 2.4%. After 6 and 12 weeks of induction 83.3% patients have good response with complete remission rate are 26.2% and 47.6% respectively. **Conclusion**: most of the patients have eosinophilic granulomatosis and have bone's lession. After induction with LCH 3 protocol, more than 80% of patients had good response.

Key words: Langerhans cell histocytosis, treatment response, induction phase, LCH III protocol.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh mô bào Langerhans đặc trưng bởi sự tăng sinh bất thường của những tế bào đuôi gai (tế bào dendritic), có đặc điểm mô bệnh học giống tế bào Langerhans. Những tế bào này thâm nhiễm vào các cơ quan tổ chức trong cơ thể gây tổn thương các cơ quan tổ chức này [1]. Hội Mô Bào quốc tế đưa ra phác đồ điều trị LCH từ năm 1991. Dựa trên kết quả của phác đồ LCH I và II, hội đưa ra phác đồ LCH III. Thử nghiệm lâm sàng này cho kết quả tốt và đã được áp dụng ở nhiều quốc gia [3], [4]. Thuốc điều trị trong phác đồ gồm có steroid và thuốc độc tế bào như Prednisolon, Vinblastin, 6-Mercaptoprin và Methotrexat.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 42 bệnh nhân được chẩn đoán LCH- sinh thiết tổn thương với kết quả nhuộm kháng nguyên CD1a dương tính, bệnh nhân dưới 18 tuổi, theo dõi và điều trị nội trú và ngoại trú tại khoa Huyết học bệnh viện Nhi Trung Ương trong thời gian 01/01/2016 – 31/07/2017.

Bệnh nhân được chẩn đoán và phân loại theo thể bệnh, nhóm nguy cơ để điều trị theo phác đồ LCH III với các nhánh tương ứng. Đáp ứng điều trị được đánh giá theo 3 mức độ: tốt, trung bình và kém theo tiêu chuẩn của phác đồ. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng được đánh giá bằng hỏi bệnh và thăm khám, chẩn đoán hình ảnh (X-quang, siêu âm.), xét nghiệm huyết học, sinh hóa, đông máu.

Thể bệnh: Letterer-Siwe; Hand-Schuller-Christian; Bệnh u hạt bạch cầu ưa acid**.**

Phân loại nhóm nguy cơ:

+Nhóm I: Nhóm tổn thương đa cơ quan, có cơ quan nguy cơ.

+Nhóm II: Nhóm tổn thương đa cơ quan, không có cơ quan nguy cơ

+Nhóm III: Nhóm tổn thương xương một vị trí hoặc đa vị trí hoặc/và có tổn thương các vị trí đặc biệt.

Trong đó nhóm I là nguy cơ cao, nhóm II và nhóm III là nguy cơ thấp.

Tiêu chuẩn đáp ứng điều trị tại các thời điểm: sau 6 tuần tấn công đầu tiên và 6 tuần tấn công tiếp theo.

Chỉ số	Tiêu chuẩn	Giải thích
Đáp ứng tốt	Hoàn toàn lui bệnh	Cải thiện tất cả triệu chứng lâm sàng
	Bệnh thoái lui	Bệnh tiến triển tốt hơn Các triệu chứng đều giảm, không có tổn thương mới
Đáp ứng trung bình	Lui bệnh nhưng có thêm tổn thương	Tổn thương mới ở 1 vị trí, thuyên giảm ở các vị trí khác
	Bệnh ổn định	Các triệu chứng không thay đổi
Đáp ứng kém	Bệnh tiến triển	Các triệu chứng tiến triển và/hoặc xuất hiện các tổn thương mới

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

3. Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi: Nhỏ nhất: 2 tháng. Lớn nhất: 15 tuổi. Trung bình: 51,98±42,86 tháng tuổi, 78,6% bệnh nhân nhỏ dưới 6 tuổi.

Giới: Nam: 27 bệnh nhân (64,3%), nữ: 15 bệnh nhân (35,7%), tỉ lệ nam/nữ = 1,8/1

Dân tộc: Dân tộc Kinh: 40 bệnh nhân chiếm 97,2%, dân tộc Thái: 2 bệnh nhân chiếm 2,8%. Đa số trẻ bị bệnh trong nghiên cứu là dân tộc Kinh (97,2%).

Địa phương: Bệnh nhân bị LCH trong nghiên cứu gặp ở tất cả các tỉnh đồng bằng Bắc Bộ, trong đó, nhiều nhất là ở Hà Nội với 42,9% số trẻ.

Thể bệnh

Bảng 1: Tỉ lệ bệnh nhân theo thể bệnh.

Thể bệnh	Số bệnh nhân (n=42)
Letterer-Siwe	7 (16,7%)
Hand-Schüller-Christian	2 (4,8%)
U hạt bạch cầu ưa acid	33 (78,6%)

Nhận xét: Bệnh nhân LCH trong nghiên cứu gặp chủ yếu là thể u hạt bạch cầu ưu acid với 33/42 số trẻ (78,6%).

Nhóm nguy cơ

Bảng 2: Tỉ lệ bệnh nhân trong nhóm nguy cơ.

Nhóm nguy cơ	Số bệnh nhân (n=42)
Tổn thương đa cơ quan- có cơ quan nguy cơ	9 (21,4%)
Tổn thương đa cơ quan- không có cơ quan nguy cơ	0 (0%)
Tổn thương xương đơn thuần	33 (78,6%)

Nhận xét: tổn thương xương đơn thuần, thuộc nhóm nguy cơ thấp chiếm 78,6%, không có bệnh nhân nào tổn thương đa cơ quan-không có cơ quan nguy cơ.

Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng:

Bảng 3: Tỉ lệ các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng.

Triệu chứng	Số ca	Tỉ lệ (%)
Ban da	9	21,4
Hạch to	3	7,1
Tổn thương xương	36	85,7
Tổn thương gan	9	21,4
Tổn thương lách	8	19,0
Tổn thương phổi	1	2,4
Đái tháo nhạt	1	2,4
Hệ tạo máu	7	17,1

Nhận xét: Tổn thương xương gặp 86,7% bệnh nhân, tiếp theo là ban da và tổn thương gan, lách và hệ tạo má.

Đáp ứng điều trị

Bảng 4: Đáp ứng điều trị của bệnh nhân LCH sau 6 tuần và 12 tuần tấn công.

Đáp ứng điều trị		Tuần 6 (n=42)	Tuần 12(n=42)
Tốt	Hoàn toàn lui bệnh	11 (26,2%)	20 (47,6%)
	Bệnh thoái lui	24 (57,1%)	15 (35,7%)
Trung bình	Lui bệnh nhưng có thêm tổn thương	1 (2,4%)	1 (2,4%)
	Bệnh ổn định	3 (7,1%)	3 (7,1%)
Kém	Bệnh tiến triển	3 (7,1%)	3 (7,1%)

Nhận xét: 83,3% (35 bệnh nhân) đáp ứng tốt sau 6 tuần và 12 tuần tấn công, nhưng tỉ lệ hoàn toàn lui bệnh có sự khác biệt sau 6 tuần tấn công là 26,2% (11 bệnh nhân) và sau 12 tuần tấn công là 47,6% (20 bệnh nhân) (p=0,03).

Tổn thương xương tại thời điểm chẩn đoán là 36 bệnh nhân 85,7%. Sự khác biệt giữa tổn thương xương sau 6 tuần và 12 tuần điều trị tấn công có ý nghĩa thống kê (p=0,002).

Ban da tại thời điểm chẩn đoán là 9 bệnh nhân 21,4% có sự khác biệt sau 6 tuần và 12 tuần điều trị tấn công (p=0,000).

Tổn thương gan là 9 bệnh nhân 21,4% không có sự khác biệt sau 6 tuần và 12 tuần điều trị tấn công. (p=0,317).

Kết quả đáp ứng về hạch to, lách to, hệ tạo máu, phổi, đái tháo nhạt (n<9), với số lượng bệnh nhân nhỏ nên chúng tôi không đánh giá được.

IV. BÀN LUẬN

Chẩn đoán: 42 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được sinh thiết tổn thương nhuộm hóa mô miễn dịch dương tính với CD1a là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán bệnh LCH.

Nhóm I- tổn thương đa cơ quan có cơ quan nguy cơ chiếm xếp loại nhóm nguy cơ cao chiếm 21,4%, nhóm II và nhóm III xếp loại nhóm nguy cơ thấp chiếm 78,6%. Nghiên cứu có sự khác biệt với nghiên cứu của Võ Thị Phương Mai số các bệnh nhi có biểu hiện bệnh ở nhiều cơ quan và số ca xếp nhóm nguy cơ cao nhiều gấp 3 lần nhóm nguy cơ thấp. [2]

Sự khác biệt này là do trong nghiên cứu của Võ Thị Phương Mai chưa có nhuộm hóa mô miễn dịch với kháng nguyên CD1a, vì vậy chẩn đoán được xác định dựa nhiều vào lâm sàng với bệnh cảnh thường rõ ràng và thể tổn thương nhiều cơ quan. [4]

Kết quả ở bảng 3 cho thấy tổn thương xương hay gặp nhất với 85,7% bệnh nhaan. Tổn thương da, gan và lách chiếm khoảng 1/5 trường hợp bệnh. Tỉ lệ này thấp hơn so với các nghiên cứu khác nhưng phù hợp với thể bệnh gặp chủ

yêu trong nghiên cứu của chúng tôi là thể tổn thương xương đơn thuần (78,6%). [2]

Kết quả điều trị trong bảng 4 chô thấy tỉ lệ đáp ứng tốt sau 6 tuần và 12 tuần tấn công đều là 83,3% nhưng tỉ lệ hoàn toàn lui bệnh có sự khác biệt sau 6 tuần tấn công là 26,2% và sau 12 tuần tấn công là 47,6%. Tỉ lệ đáp ứng trung bình và kém không thay đổi sau 6 tuần và 12 tuần tấn công.

Kết quả tương tự theo nghiên cứu của Võ Thị Phương Mai sau 6 tuần tấn công đầu tiên điều trị theo phác đồ LCH II, chỉ có 57,8% trẻ nghiên cứu đáp ứng tốt với điều trị, sau đợt tấn công thứ 2 có 82,3% đáp ứng tốt. [2] Theo nghiên cứu của Márcia trong 16 năm nghiên cứu điều trị theo phác đồ LCH 1, LCH 2 và DAL HX 83/90, sau 6 tuần tấn công đầu tiên, có 75,8% trẻ nghiên cứu đáp ứng tốt với điều trị, có 9,1% đáp ứng trung bình và có 15,2% trẻ không đáp ứng với điều trị. Đối với nhóm tổn thương đa cơ quan không có cơ quan nguy cơ thì tỉ lệ đáp ứng tốt điều trị trong các nghiên cứu được ghi nhận là 86% [5].

Sau 6 tuần tấn công thứ 2, đáp ứng điều trị trung bình và kém không thay đổi nhưng tổn thương xương giảm hẳn. Điều này tương ứng với kết quả là số lượng bệnh nhân ở các nhóm không thay đổi nhưng trong nhóm đáp ứng tốt, một số bệnh nhân từ thoái lui chuyển sang lui bệnh hoàn toàn.

Tổn thương xương trong nghiên cứu của Titgemeyer đa phần là tổn thương xương một vị trí (68%) và điều trị trong nghiên cứu này là kết hợp cả phẫu thuật triệt để, xạ trị và hóa trị khác với nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phác đồ LCH III. Tuy nhiên kết quả cũng tương tự như trong nghiên cứu của Titgemeyer (2001), tổn thương một cơ quan trong đó đa phần tổn thương xương có tỉ lệ khỏi bệnh sau điều trị ban đầu theo phác đồ DAL-HX 83/90 là 81%. [6]

V. KẾT LUẬN

Bệnh LCH tại Bệnh viện Nhi trung ương gặp nhiều nhất là thể u bạch cầu ưa acid và nhóm tổn thương xương đơn thuần. Triệu chứng hay gặp nhất là khuyết xương, trong đó chủ yếu là một vị trí, hay gặp nhất ở xương sọ. Đáp ứng tốt sau 6 tuần và 12 tuần tấn công như nhau nhưng lui bệnh hoàn toàn sau 12 tuần cao hơn sau 6 tuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Công Khanh, (2008**). *Huyết học lâm sàng Nhi khoa*. Hội chứng tăng mô bào, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Võ Thị Phương Mai, Quách Vĩnh Phúc, Đoàn Minh Trông và cộng sự (2011**). Chẩn đoán và điều trị bệnh mô bào Langerhans ở trẻ em. *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 15(4): 215.
3. **Gadner H., Grois N., Arico M et al (2001).** A randomized trial of treatment for multisystem Langerhans' cell histiocytosis. *J Pediatr*, 138(5): 728-734.
4. **Ladisch S., Gadner H., Arico M et al (1994).** LCH-I: a randomized trial of etoposide vs. vinblastine in disseminated Langerhans cell histiocytosis. The Histiocyte Society. *Med Pediatr Oncol*, 23(2): 107-110.
5. **Márcia Kanadani Campos Marcos Borato Viana et al (2004**). Langerhans cell histiocytosis: a 16-year experience. *Jornal de pediatric* 83(1): 79-86.
6. **Titgemeyer C., Grois N., Minkov M et al (2001).** Pattern and course of single-system disease in Langerhans cell histiocytosis data from the DAL-HX 83- and 90-study. *Med Pediatr Oncol*, 37(2): 108-114.

GÁNH NẶNG KÉP VỀ SUY DINH DƯỠNG VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN TRẺ TIỀN HỌC ĐƯỜNG TẠI MỘT SỐ XÃ THUỘC HUYỆN QUỲNH PHỤ, TỈNH THÁI BÌNH

Nguyễn Đức Dịu[1], Nguyễn Quang Dũng[1]

TÓM TẮT

Gánh nặng kép về suy dinh dưỡng trên trẻ tiền học đường gần đây chưa được nghiên cứu tại huyện Quỳnh Phụ, tỉnh Thái Bình. Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 505 trẻ 3-5 tuổi tại 3 xã, thị trấn của huyện Quỳnh Phụ nhằm mô tả gánh nặng kép về suy dinh dưỡng và yếu tố liên quan. Đối tượng được cân, đo chiều cao, đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng chỉ số WAZ, HAZ, WHZ và BAZ của WHO 2006. Yếu tố liên quan được thu thập bằng cách yêu cầu bố và mẹ học sinh điền phiếu điều tra. Tỷ lệ suy dinh dưỡng (**SDD**) thể nhẹ cân là 6,7%, thấp còi là 6,9%, gày còm là 6,5%, thừa cân/béo phì là 4,7%. Nguy cơ SDD thể nhẹ cân của trẻ có cân nặng sơ sinh (**CNSS**) < 2500 gram cao gấp 3,56 lần so với trẻ có CNSS ≥ 2500 gram (P = 0,045). Nguy cơ SDD thể thấp còi ở trẻ có bố với chiều cao < 164,4 cm cao gấp 4,02 lần so với trẻ có bố với chiều cao ≥ 164,4 cm (P < 0,001). Nguy

[1]*Viện Đt Y học dự phòng và y tế công cộng, Đại học Y HN*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Dũng
Email: Dungpcd@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 4.10.2017
Ngày duyệt bài: 11.10.2017

cơ thừa cân/béo phì của trẻ trai cao hơn trẻ gái 2,96 lần (P = 0,021). Gánh nặng kép về suy dinh dưỡng đã xuất hiện trên trẻ tiền học đường tại huyện Quỳnh Phụ. CNSS có mối liên quan với SDD thể nhẹ cân; chiều cao của bố và mẹ có mối liên quan tới SDD thể thấp còi; giới tính có mối liên quan với thừa cân/béo phì.

Từ khóa: Gánh nặng kép về suy dinh dưỡng, yếu tố liên quan, thấp còi, thừa cân, béo phì.

SUMMARY

DOUBLE BURDEN OF MALNUTRITION AND ASSOCIATED FACTORS AMONG PRESCHOOL CHILDREN IN SOME COMMUNES OF QUYNH PHU DISTRICT, THAI BINH PROVINCE

Double burden of malnutrition among preschool children has not been investigated recently in Quynh Phu district, Thai Binh province. The cross-sectional study on 505 children 3-5 years old from 3 communes of Quynh Phu district aims to describe this problem and associated factors. Weight, height were collected and nutritional status was assessed using WAZ, HAZ, WHZ and BAZ according to the 2006 WHO child growth standard. Associated factors were collected by asking the parents to fill in the questionnaire. The prevalence of underweight was 6.7%, stunting was 6.9%, wasting was 6.5%, overweight/obesity was 4.7%. Children with birth weight less than 2500 gram were 3.56 times more likely to be underweight compared to those with birth weight higher than 2500 gram (P = 0.045). Children born to fathers who were less than 164.4 cm in height were 4.02 times more likely to be stunted compared with fathers who were at least 164.4 cm in height (P < 0.001). Boys are 2.96 times more likely to be overweight/obesity than girls (P = 0.021). The double burden of malnutrition occurs in preschool children in Quynh Phu district. Birth weight is associated with underweight; height of father and mother is associated with stunting; sex is associated with overweight/obesity.

Keywords: The double burden of malnutrition, associated factors, stunting, overweight, obesity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng dinh dưỡng (TTDD) là kết quả của sự tương tác giữa tiêu thụ thực phẩm, sử dụng các chất dinh dưỡng và tình trạng sức khỏe, thực hành chăm sóc sức khỏe. Quá trình tăng trưởng của trẻ em chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như di truyền, bệnh tật, dinh dưỡng, môi trường sống.

Nghiên cứu trong nước cho thấy, đã xuất hiện gánh nặng kép về suy dinh dưỡng trên trẻ em dưới 5 tuổi: tình trạng thiếu và thừa dinh dưỡng cùng một lúc tồn tại [1]. Suy dinh dưỡng là một trong những nguyên nhân hàng đầu làm gia tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi tại các nước đang phát triển [2, 3]. Số liệu về TTDD trẻ em dưới 5 tuổi là bức tranh mô tả thực trạng dinh dưỡng, là căn cứ cơ sở để dự báo tình hình sức khỏe, dinh dưỡng, phản ánh mức sống của người dân trong cộng đồng [4]. Kết quả nghiên cứu góp phần giúp đưa ra các chính sách dinh dưỡng, can thiệp dinh dưỡng thích hợp nhằm cải thiện TTDD, nâng cao sức khỏe của trẻ em. Do đó, tìm hiểu thực trạng dinh dưỡng và xác định các yếu tố liên quan trên trẻ dưới 5 tuổi là hết sức cần thiết.

Quỳnh Phụ là một huyện đồng bằng thuộc tỉnh Thái Bình. Mặc dù đã có những thay đổi đáng kể về điều kiện kinh tế xã hội ở Thái Bình nói chung và Quỳnh Phụ nói riêng, nhưng chưa có một nghiên cứu nào đánh giá TTDD và yếu tố liên quan trong thời gian gần đây. Do đó, nghiên cứu này nhằm mục tiêu xác định tỷ lệ SDD, thừa cân, béo phì và tìm hiểu một số yếu tố liên quan trên trẻ em lứa tuổi tiền học đường tại một số xã và thị trấn của huyện Quỳnh Phụ, tỉnh Thái Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Trẻ trai và gái trong độ tuổi từ 3 tới 5 tuổi, khỏe mạnh, không bị dị tật gây gù, vẹo cột sống, bố mẹ đồng ý cho tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm: Xã An Mỹ, An Thanh, và thị trấn An Bài, huyện Quỳnh Phụ, tỉnh Thái Bình.

2.3. Thời gian thu thập số liệu: Tháng 9-10 năm 2016.

2.4. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả.

2.5. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Sử dụng công thức ước tính một tỷ lệ quần thể với độ chính xác tuyệt đối:

$$n = \left(\frac{z_{1-\alpha/2}}{d}\right)^2 \times P(1-P)$$

Trong đó, P là tỷ lệ SDD thể nhẹ cân ở trẻ dưới 5 tuổi tại Thái Bình [4]: 13,7%, $z_{1-\alpha/2}$ = 1,96 là giá trị ứng với độ tin cậy 95%, d là sai số về tỷ lệ SDD thể nhẹ cân so với tỷ lệ thực trong cộng đồng. Cỡ mẫu tối thiểu tính được là 505 người. Lập danh sách trẻ tại các trường mầm non của 3 xã, sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn để chọn trẻ vào nghiên cứu.

2.6. Thu thập số liệu

- Cân nặng: Trẻ được cân bằng cân điện tử Tanita, độ chính xác 0,1 kg. Khi cân, trẻ mặc quần áo tối thiểu, kết quả được ghi bằng đơn vị kg với 1 số lẻ.

- Chiều cao: Chiều cao của trẻ được đo bằng thước gỗ 3 mảnh của UNICEF, độ chính xác 0,1 cm. Khi đo chiều cao, trẻ bỏ giầy hoặc dép, mắt nhìn thẳng, hai tay buông thõng 2 bên, đảm bảo 2 gót chân, 2 bắp chân, 2 mông, hai bả vai và chẩm đầu chạm vào thước đo. Kết quả được ghi với bằng đơn vị là cm và 1 số lẻ.

- Tuổi: Tuổi của trẻ được thu thập bằng cách hỏi ngày sinh dương lịch, sau đó lấy ngày điều tra trừ đi ngày sinh để tính ra tuổi.

- Các yếu tố liên quan như cân nặng sơ sinh của trẻ, giới tính, thời điểm ăn dặm, trình độ học vấn của mẹ, cân nặng, chiều cao của bố và mẹ được thu thập bằng cách yêu cầu phụ huynh điền phiếu điều tra.

2.7. Các yếu tố liên quan

- Cân nặng sơ sinh thấp khi cân nặng của trẻ lúc sinh < 2500 gram.
- Giới tính chia thành 2 giới nam và nữ.
- Thời điểm ăn dặm đúng được định nghĩa là khi trẻ được tròn 6 tháng tuổi.
- Trình độ học vấn của mẹ được chia thành 2 mức: Từ cấp 1 tới cấp 3 và từ trung cấp trở lên.
- Chiều cao trung bình của nam và nữ trưởng thành Việt Nam được dùng để phân TTDD của bố và mẹ của trẻ thành 2 nhóm: cao hơn và thấp hơn giá trị trung bình. Đối với bố của trẻ, chia thành 2 nhóm cao hơn và thấp hơn 164,4 cm. Đối với mẹ của trẻ, chia thành 2 nhóm cao hơn và thấp hơn 153,4 cm [1].
- BMI của bố hoặc mẹ được phân thành 2 nhóm thiếu và không thiếu năng lượng trường diễn với ngưỡng BMI là 18,5. Để đánh giá tình trạng thừa cân/béo phì của bố và mẹ, ngưỡng BMI là 25 được sử dụng, trong đó < 25 là không thừa cân/béo phì và ≥ 25 là thừa cân/béo phì.

2.8. Xử lý số liệu: Số liệu thông tin chung được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Số liệu nhân trắc được nhập và tính toán bằng phần mềm WHO Anthro, WHO Anthoplus, sau đó được chuyển sang làm sạch và phân tích bằng phần mềm SPSS 22. Kết quả tính được tính ra các số trung bình và tỷ lệ phần trăm. Yếu tố liên quan được xác định thông qua tỷ suất chênh OR, mối liên quan có ý nghĩa thống kê khi P < 0,05.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Tỷ lệ suy dinh dưỡng, thừa cân/béo phì của đối tượng nghiên cứu

	Số lượng (N = 505)	Tỷ lệ (%)
SDD nhẹ cân	34	6,7
SDD thấp còi	35	6,9
SDD gày còm	33	6,5
Thừa cân/béo phì	24	4,7

Tỷ lệ SDD, thừa cân/béo phì của đối tượng nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1. Tỷ lệ SDD nhẹ cân là 6,7%, SDD thấp còi là 6,9%, SDD gày còm là 6,5%, thừa cân/béo phì là 4,7%.

Bảng 2. Các yếu tố liên quan tới SDD thể nhẹ cân

Đặc điểm	Số trẻ SDD nhẹ cân	Tỷ lệ (%)	OR (95%CI)	P
Cân nặng sơ sinh				
< 2500 g	4	19,0	3,56 (1,13-11,25	0,045
≥ 2500 g	30	6,1		
Giới tính				
Trai	18	6,9	1,07 (0,53-2,14)	1,000
Gái	16	6,5		
Thời điểm ăn dặm				
Không đúng	10	5,6	0,75 (0,35-1,59)	1,000
Đúng	24	7,4		
Học vấn mẹ				
Cấp 1 tới 3	24	6,9	1,10 (0,51-2,36)	1,000
Trung cấp trở lên	10	6,3		
BMI của mẹ				
< 18,5	12	14,8	3,18 (1,50-7,72)	0,006
≥ 18,5	22	5,2		
BMI của bố				
< 18,5	3	10,7	1,73 (0,49-6,04)	0,290
≥ 18,5	31	6,5		

Các yếu tố liên quan tới SDD thể nhẹ cân của trẻ được trình bày trong Bảng 2. Trẻ có cân nặng sơ sinh < 2500 g có nguy cơ SDD nhẹ cân gấp 3,56 lần trẻ có cân nặng sơ sinh ≥ 2500 g (OR = 3,560, 95% CI= 1,13 -11,25, P = 0,045). Tỷ lệ SDD thể nhẹ cân ở trẻ có mẹ có BMI < 18,5 là 14,8% và có mẹ có BMI ≥ 18,5 là 5,2%; nguy cơ SDD thể nhẹ cân ở trẻ có mẹ có BMI < 18,5 cao gấp 3,18 lần so với mẹ có BMI ≥ 18,5 (OR = 3,180; 95% CI: 1,50-7,72; P = 0,006). Không tìm thấy mối liên quan giữa SDD thể nhẹ cân với các yếu tố khác: giới tính, thời điểm ăn dặm, trình độ học vấn người mẹ, BMI của bố.

Bảng 3. Các yếu tố liên quan tới SDD thể thấp còi

Đặc điểm	Số trẻ SDD thấp còi	Tỷ lệ (%)	OR (95%CI)	P
Cân nặng sơ sinh				
< 2500 g	3	14,3	2,35 (0,66-8,41)	0,172
≥ 2500 g	32	6,6		

Giới tính				
Trai	17	6,5	0,88 (0,44-1,75)	0,730
Gái	18	7,3		
Thời điểm ăn dặm				
Không đúng	14	7,8	1,23 (0,61-2,49)	0,585
Đúng	21	6,4		
Trình độ học vấn người mẹ				
Cấp 1 tới 3	25	7,2	1,15 (0,54-2,54)	0,851
Trung cấp trở lên	10	6,3		
Chiều cao mẹ				
< 153,4 cm	15	13,0	2,78 (1,37-5,62)	0,006
≥ 153,4 cm	20	5,1		
Chiều cao bố				
< 164,4 cm	18	15,5	4,02 (2,00-8,09)	0,000
≥ 164,4 cm	17	4,4		
BMI của mẹ				
< 18,5	5	6,2	0,86 (0,33-2,30)	1,000
≥ 18,5	30	7,1		
BMI của bố				
< 18,5	3	10,7	1,67 (0,48- 5,82)	0,305
≥ 18,5	32	6,7		

Các yếu tố liên quan tới SDD thể thấp còi của trẻ được trình bày trong **Bảng 3.** Có mối liên quan giữa chiều cao bố, chiều cao mẹ với tỷ lệ SDD thể thấp còi. Nguy cơ SDD thể thấp còi ở trẻ có bố với chiều cao < 164,4 cm cao gấp 4,02 lần so với trẻ có bố với chiều cao ≥ 164,4 cm (OR = 4,02, 95%CI: 2,00-8,09; P = 0,000). Nguy cơ SDD thể thấp còi ở trẻ có mẹ với chiều cao < 153,4 cm cao gấp 2,78 lần so với trẻ có mẹ với chiều cao ≥ 153,4 cm (OR = 2,78, 95%CI: 1,37-5,62; P = 0,006). Không tìm thấy mối liên quan giữa SDD thể nhẹ cân với các yếu tố khác: cân nặng sơ sinh, giới tính, thời điểm ăn dặm, trình độ học vấn người mẹ, BMI của bố và mẹ.

Bảng 4. Các yếu tố liên quan tới thừa cân/béo phì

Đặc điểm	Số trẻ thừa cân/béo phì	Tỷ lệ (%)	OR (95%CI)	P
Cân nặng sơ sinh				
< 2500 g	0	0	-	-
≥ 2500 g	24	5,0		
Giới tính				
Trai	18	6,9	2,96 (1,16-7,59)	0,021
Gái	6	2,4		
Thời điểm ăn dặm				
Không đúng	19	5,8	2,15 (0,79-5,87)	0,188
Đúng	5	2,8		
Trình độ học vấn người mẹ				
Cấp 1 tới 3	15	4,3	0,75 (0,32-1,75)	0,504
Trung cấp trở lên	9	5,7		
Chiều cao mẹ				
< 153,4 cm	3	2,6	0,47 (0,14-1,61)	0,318
≥ 153,4 cm	21	5,4		
Chiều cao bố				
< 164,4 cm	6	5,2	1,12 (0,44-2,90)	0,805
≥ 164,4 cm	18	4,6		
BMI của mẹ				
≥ 25	1	14,3	3,44 (0,40-29,79)	0,290
< 25	23	4,6		
BMI của bố				
≥ 25	4	10,8	2,72 (0,88-8,41)	0,090
< 25	20	4,3		

Các yếu tố liên quan tới thừa cân/béo phì của trẻ được trình bày trong **Bảng 4.** Tỷ lệ thừa cân/béo phì ở trẻ trai là 6,9% và trẻ gái là 2,4%. Nguy cơ thừa cân/béo phì của trẻ trai cao hơn trẻ gái 2,96 lần (OR = 2,96, 95%CI: 1,16-7,59, P = 0,021). Không tìm thấy mối liên quan giữa thừa cân/béo phì với các yếu tố khác: cân nặng sơ sinh, giới tính, thời điểm ăn dặm, trình độ học vấn người mẹ, chiều cao bố và mẹ, BMI của bố và mẹ. Tỷ lệ thừa cân/béo phì của trẻ có mẹ với

BMI ≥ 25 là 14,3%, cao hơn so với mẹ với BMI < 25 (P = 0,290). Tỷ lệ thừa cân/béo phì của trẻ có bố với BMI ≥ 25 là 10,8%, cao hơn so với bố với BMI < 25 (P = 0,090).

IV. BÀN LUẬN

Bài báo này đã cho thấy gánh nặng kép về suy dinh dưỡng đã xuất hiện ở trẻ 3-5 tuổi và chỉ rõ một vài yếu tố liên quan. Các yếu tố liên quan tới SDD thể nhẹ cân bao gồm cân nặng sơ sinh, tình trạng BMI của người mẹ. Các yếu tố liên quan tới SDD thể thấp còi bao gồm chiều cao của bố và mẹ. Yếu tố liên quan tới thừa cân/béo phì chỉ có duy nhất một yếu tố là giới tính của trẻ.

Nguy cơ thừa cân/béo phì của trẻ trai cao hơn trẻ gái 2,96 lần, phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu trước đây trên trẻ tiền học đường [5]. Chế độ ăn, hoạt động thể lực là hai yếu tố chính ảnh hưởng tới TTDD. Kết quả nghiên cứu gợi ý các nghiên cứu tương lai cần tập trung mô tả 2 yếu tố này để góp phần giải thích sự khác biệt về tỷ lệ thừa cân/béo phì giữa 2 giới. Vấn đề thừa cân/béo phì ở trẻ trai nhiều hơn trẻ gái là một đặc điểm dịch tễ về TTDD đáng chú ý. Can thiệp dinh dưỡng cần chú trọng trên trẻ trai thừa cân/béo phì nhằm hạn chế các hậu quả sau này ở tuổi trưởng thành.

Nghiên cứu của chúng tôi phát hiện thấy tỷ lệ SDD thể nhẹ cân, thấp còi của trẻ có cân nặng sơ sinh dưới 2500 gram cao hơn trẻ có cân nặng sơ sinh trên 2500 gram. Tuy nhiên, chỉ có mối liên quan giữa cân nặng sơ sinh thấp và SDD thể nhẹ cân là có ý nghĩa thống kê: OR = 3,56 (P = 0,045). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu trước đây trên trẻ dưới 5 tuổi tại Sóc Sơn, Hà Nội [6]. Suy dinh dưỡng bào thai dẫn tới trẻ sinh ra có cân nặng sơ sinh thấp, phản ánh tình trạng thiếu ăn, ăn uống không hợp lý của phụ nữ mang thai. Điều đó gợi ý, việc chăm sóc dinh dưỡng, hướng dẫn phụ nữ mang thai cách ăn uống hợp lý là rất quan trọng, góp phần giảm tỷ lệ trẻ có cân nặng sơ sinh thấp, gián tiếp cải thiện TTDD của trẻ và hạ thấp tỷ lệ SDD thể nhẹ cân.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy BMI của mẹ có liên quan với SDD thể nhẹ cân ở con. Trẻ có mẹ với BMI < 18,5 có nguy cơ SDD nhẹ cân cao gấp 3,18 lần so với trẻ có mẹ với BMI ≥ 18,5. Phát hiện này phù hợp với nghiên cứu của Subramanian và cộng sự [2]. SDD thể nhẹ cân là hệ quả của SDD thấp còi và SDD gầy còm làm cho trẻ có cân nặng thấp so với tuổi. Mối liên quan giữa BMI của mẹ và SDD thể nhẹ cân ở con phản ánh chế độ ăn chưa đầy đủ ở cả mẹ và trẻ, làm cho cân nặng của trẻ và mẹ đều thấp.

Có nhiều yếu tố gây ảnh hưởng tới chiều cao của một cá thể như di truyền, giới tính, tình trạng sức khỏe, dinh dưỡng… Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, những trẻ có bố hoặc mẹ thấp hơn chiều cao trung bình người trưởng thành Việt Nam có nguy cơ SDD thấp còi cao hơn so với trẻ có bố mẹ cao hơn chiều cao trung bình. Một nghiên cứu tại Iran cho thấy, trẻ với bố thấp hơn 160cm có ít nguy cơ SDD thấp còi hơn trẻ với bố thấp hơn 160 cm [7]. Các phát hiện khoa học này khẳng định, muốn cải thiện chiều cao hay giảm tỷ lệ SDD thấp còi, cần có chế độ dinh dưỡng hợp lý cho cá thể trong chu kỳ vòng đời từ khi còn là bào thai tới khi trưởng thành. Những trẻ trai, trẻ gái vị thành niên được chăm sóc dinh dưỡng tốt sẽ trở thành những người trưởng thành có chiều cao tốt hơn, sinh ra những đứa con khỏe mạnh, ít nguy cơ SDD thấp còi.

V. KẾT LUẬN

Đã xuất hiện gánh nặng kép về suy dinh dưỡng trên trẻ tiền học đường 3-5 tuổi tại một số xã/thị trấn của huyện Quỳnh Phụ. Các yếu tố liên quan tới SDD thể nhẹ cân là cân nặng sơ sinh của trẻ, BMI của người mẹ. Các yếu tố liên quan tới SDD thể thấp còi là chiều cao của bố và mẹ. Yếu tố liên quan tới thừa cân/béo phì là giới tính của trẻ. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa TTDD của trẻ với thời điểm trẻ được ăn dặm, trình độ học vấn của mẹ.

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. **Subramanian SV, Ackerson LK, Davey Smith G, et al** (2009). Association of maternal height with child mortality, anthropometric failure, and anemia in India. JAMA;301(16): 1691-701.
3. **United Nation System Standing Committee On Nutrition** (2010). Report on the World Nutrition Situation, 2010.
4. **Viện Dinh Dưỡng** (2015). Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi theo các mức độ, theo vùng sinh thái. Số liệu thống kê suy dinh dưỡng trẻ em năm 2015.
5. **Do LM, Tran TK, Eriksson B, Petzold M, et al** (2017). Prevalence and incidence of overweight and obesity among Vietnamese preschool children: a longitudinal cohort study. BMC Pediatr 17(1): 150. doi: 10.1186/s12887-017-0904-y.
6. **Vũ Thị Thanh Hương, Phạm Văn Hoan** (2007). Tình trạng dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi huyện Sóc Sơn- Hà Nội năm 2001- 2006 và một số yếu tố liên quan. Tạp chí Y học thực hành; 3:89-90.
7. **Esfarjani F, Roustaee R, Mohammadi F, et al** (2013). Determinants of stunting in school-aged children of tehran, Iran. Int J Prev Med;4(2):173-9.

HIỆU QUẢ TRÊN TRAO ĐỔI KHÍ CỦA THÔNG KHÍ DAO ĐỘNG TẦN SỐ CAO Ở BỆNH NHÂN SUY HÔ HẤP CẤP TIẾN TRIỂN NẶNG

Trịnh Thế Anh[1], Nguyễn Công Tấn[2], Đặng Quốc Tuấn[1], Đào Xuân Co[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả trao đổi oxy và carbonic ở bệnh nhân suy hô hấp cấp tiến triển nặng (ARDS) khi thông khí dao động tần số cao (HFO). **Phương pháp**: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng tự chứng trước sau trên 16 bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực và Cấp cứu, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 8 năm 2017. Các bệnh nhân ARDS nặng không đáp ứng với máy thở thường quy được chuyển sang thở máy HFO. **Kết quả:** PaO2 sau kết HFO 111 ± 42 so với ban đầu 75 ± 22, p = 0,02. pH máu sau kết HFO 7,38 ± 0,13. $PaCO_2$ sau kết HFO 45 ± 12. **Kết luận**: Phương thức thở HFO cho thấy hiệu quả làm tăng PaO_2 và tỉ lệ PaO_2/FiO_2 và không gây toan hô hấp.

Từ khóa: suy hô hấp cấp tiến triển, ARDS, Thông khí dao động tần số cao, HFO

SUMMARY

EFFECTS OF HIGH-FREQUENCY OSCILLATION VENTILATION ON GAS EXCHANGE IN PATIENT WITH SEVERE ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME

Background: High-frequency oscillatory ventilation (HFOV) is a novel method that can support gas exchange in the severely hypoxemic patient without contributing additional ventilator-induced lung injury. We investigated the effects of HFOV in severe ARDS. Methods: t**he uncontrolled clinical trial**. Sixteen patients with severe ARDS undergo HFOV if they had a ratio of the partial pressure of arterial oxygen (Pao2) to the fraction of inspired oxygen (Fio2) of 100 mm Hg or refractory respiratory acidosis, or pneumothorax. Results: There was significant difference in PaO_2 and the Pao2: Fio2 ratio in patients underwent HFO and initial PaO_2, the Pao2: Fio2 ratio, p=0,02 and p=0,004, respectively. After HFO, $PaCO_2$ of 45 ± 12, pH of 7,38 ± 0,13. Conclusion: HFOV improves clearly oxygenation in patients with severe ARDS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (Acute Respiratory Distress Syndrome - ARDS) được đặc trưng bởi tổn thương lan tỏa hai bên phổi gây giảm oxy máu nặng và tăng thông khí khoảng chết [1]. Thông khí bảo vệ phổi là biện pháp quan trọng trong điều trị [2]. Tuy nhiên, tỉ lệ tử vong của bệnh nhân ARDS còn cao26 - 58% [3].

Thở máy dao động tần số cao – HFOV là phương thực thở mới được kì vong giải quyết được các vấn đề thông khí ở bệnh nhân ARDS nặng không đáp ứng với chiến lược thông khí bảo vệ phổi.

Tuy nhiên ở Việt Nam, HFOV vẫn chưa được áp dụng rộng rãi. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu với mục tiêu đánh giá hiệu quả của phương thức thở máy HFO ở bệnh nhân ARDS nặng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân điều trị tại khoa hồi sức tích cực và cấp cứu được chẩn đoán ARDS nặng, thất bại với thở máy thường quy:

Tiêu chuẩn ARDS:

1. Khởi phát cấp tính trong 7 ngày
2. Tổn thương phổi mờ lan tỏa 2 bên
3. P/F < 300 với PEEP tối thiểu là 5 cmH_2O
4. Không thể giải thích bằng suy tim hay thừa dịch

Tiêu chuẩn thất bại với thở máy thường quy: có 1 trong 3 tiêu chuẩn sau

1. P/F ≤ 100 với PEEP ≥10 cmH_2O
2. P/F >100 nhưng tăng CO2 máu không giải quyết được với tần số máy thở ≥ 35 lần/phút
3. Có tràn khí màng phổi và/hoặc trung thất. (trước và trong thở máy thường quy)

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

1. Bệnh nhân có bệnh phổi mạn tính trước đó
2. Tăng áp lực nội sọ

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu can thiệp tự đối chứng trước sau
- Lấy mẫu thuận tiện, cỡ mẫu 16 bệnh nhân
- Địa điểm: Khoa hồi sức tích cực và Khoa cấp cứu - Bệnh Viện Bạch Mai
- Thời gian: 01/2016 - 08/2017

2.2.2. Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân được chuyển thở bằng máy HFO 3100B của hãng Carefusion theo quy trình của bộ y tế.

Mục tiêu thông khí: PaO_2 55 – 80mmHg, SpO_2 88 – 95%, pH 7,2 – 7,5

[1]*Trường đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Thế Anh
Email: trinhtheanh39@gmail.com
Ngày nhận bài: 21.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 3.10.2017
Ngày duyệt bài: 9.10.2017

Tiêu chuẩn cai máy HFO: Bệnh nhân đạt được mục tiêu thông khí với $FiO_2 \leq 40\%$, MAP 20 – 22 cmH_2O.

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

T0: thời điểm vào nghiên cứu

-Tuổi, giới, tiền sử bệnh, điểm APACHE II, SOFA, Chỉ số vận mạch, thời gian khởi bệnh, thời gian thở máy thường quy

-Đặc điểm cơ học phổi và khí máu trước HFO: Pplateau, Compliance tĩnh, tần số thở, PaO_2, $PaCO_2$, P/F, pH

Tn: khí máu ngày thứ n

2.2.3.Đạo đức nghiên cứu: quy trình nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức bệnh viện Bạch Mai thông qua.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm mẫu nghiên cứu: Chúng tôi nghiên cứu 16 bệnh nhân trong đó có 10 bệnh nhân nam và 6 bệnh nhân nữ

Bảng 1: Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Các thông số	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
Tuổi	20	71	48,5 ± 18,0
Điểm APACHE II	12	29	21,6 ± 4,9
Điểm SOFA	4	14	8,5 ± 2,9
Chỉ số vận mạch	0	115	17,4 ± 28,7
Số ngày khởi bệnh trước khi vào ICU	1	11	4,6 ± 2,6
Số giờ thở máy thường quy trước HFO	7	168	65,6 ± 53,2
PEEP trước HFO	10	20	13,9 ± 2,7
Pplateau trước HFO	23	43	30,4 ± 4,3
Tần số cài đặt trước HFO	15	35	27,6 ± 6,6
FiO_2 trước HFO	50	100	90 ± 17

Nhận xét: Các bệnh nhân tại thời điểm nhập vào nghiên cứu có tình trạng suy tạng nặng, chỉ số vận mạch cao. Các thông số cài đặt khi thở máy thường quy ở ngưỡng giới hạn.

Bảng 2: Đặc điểm khí máu trước HFO

	Nhóm giảm O_2 (n= 10)	Nhóm tăng CO_2 (n= 2)	Nhóm tràn khí (n= 4)
Compliance trước HFO	20,8 ± 4,9	23,5 ± 0,7	31 ±3,8
PaO_2 trước HFO	75 ± 26	66 ± 5	80 ± 18
P/Ftrước HFO	86 ± 28	82 ± 28	97 ± 33
$PaCO_2$ trước HFO	50 ± 12	82 ± 30	48 ± 11
pH trước HFO	7,36 ± 0,06	7,10 ± 0,13	7,33 ± 0,05
FiO_2 trước HFO	93 ± 3,9	80 ± 20	87,5 ± 12,5

Nhận xét: nhóm chỉ định HFO vì tràn khí có Compliance tĩnh, PaO2, tỉ lệ PaO_2/FiO_2 tốt hơn các nhóm khác.

1.2 Đánh giá hiệu quả thở HFO

Bảng 3: Thay đổi về trao đổi khí khi thở máy HFO

	Trước HFO X ± SD(n=16)	Ngày thứ 1 X ± SD(n=16)	Ngày thứ 2 X ± SD(n=13)	Sau kết HFO X ± SD(n=10)
PaO_2	75 ± 22	97 ± 40	92 ± 40 *	111 ± 42 *
P/F	86 ± 28	144 ± 55 **	167 ± 61 **	243 ± 125 **
$PaCO_2$	53 ± 17	50 ± 15	54 ± 30	45 ± 12
pH	7,32 ± 0,11	7,32 ± 0,15	7,3 ± 0,18	7,38 ± 0,13

Có 2 bệnh nhân được chỉ định HFO vì tăng CO_2. Bệnh nhân thứ nhất, $PaCO_2$ giảm từ 104 mmHg xuống 47mmHg sau 24h chạy HFO, nhưng bệnh nhân toan chuyển hóa nặng và tử vong vì sốc nhiễm khuẩn. Bệnh nhân thứ hai, $PaCO_2$ giảm từ 61mmHg xuống 44mmHg sau 24 giờ chạy HFO. Bệnh nhân cai máy thành công, $PaCO_2$ khi kết HFO là 37mmHg

**: so sánh với thời điểm trước HFO với p < 0,05*

***: so sánh với thời điểm trước HFO với P < 0,01*

Nhận xét: Sự cải thiện về oxy máu và tỉ số PaO_2/FiO_2 xuất hiện từ ngày thứ nhất và duy trì tới ngày kết thúc thở máy HFO. $PaCO_2$ và pH máu thay đổi không có ý nghĩa.

Bảng 4: Kết quả thở máy HFO

	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Thành công	8	50
Chuyển thở máy thường quy vì tăng CO_2	2	12,5
Thôi thở máy vì lý do khác	6	37,5

Nhận xét: có 8 trường hợp cai máy thở HFO thành công, không có trường hợp nào thất bai vì giảm oxy máu.

Bảng 5: Thời gian điều trị

	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
Thời gian nằm viện (ngày)	3	79	22.6 ±19
Thời gian nằm ICU (ngày)	2	65	16,7 ± 15,5
Thời gian thở máy HFO (giờ)	14	188	78,2 ± 51,6
Thời gian thở máy sau HFO (ngày)	0	53	7,6 ± 13,1

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu gồm 16 bệnh nhân, 10 nam, 6 nữ, có tuổi trung bình là 48,5. Các bệnh nhân có tình trạng bệnh lý nặng, suy đa tạng, điểm APACHE II 21,6 ± 4,9, SOFA 8,5 ± 2,9 (bảng 1). Mức độ nặng của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các nghiên cứu của Derdak [5], Young [6], Bollen [7] với điểm APACHE II lần lượt là 22, 19, 20,7.

Bệnh nhân ARDS trong nghiên cứu của chúng tôi được thở máy theo chiến lược bảo vệ phổi trung bình 65,6 giờ trước khi chuyển thở máy HFO. Tại thời điểm chuyển thở máy HFO, các thông số cài đặt ở ở ngưỡng giới hạn cao: PEEP 13,9 cmH_2O, Pplateau 30,4 cmH_2O, tần số thở 27 l/p, FiO_2 90% (bảng 2). Các thông số cài đặt này tương tự với các nghiên cứu của Derdak [5], Young [6], Bollen [7]. Có 10 bệnh nhân được chỉ định HFO vì giảm oxy máu dai dẳng, mặc dù PaO_2 vẫn trong giới hạn nhưng FiO_2 trung bình trước HFO là 97%. Có 2 bệnh nhân chỉ định HFO vì tăng CO_2 máu, pH máu trung bình 7,10 mặc dù tần số thở cài đặt lên đến 35l/p. Có 4 bệnh nhân chỉ định HFO vì tràn khí màng phổi, mặc dù các chỉ số khí máu đều tốt hơn 2 nhóm còn lại, nhưng nguy cơ tràn khí tăng lên, khó duy trì tình trạng thông khí bằng máy thở thường quy.

Sự cải thiện về oxy máu trong nhóm nghiên cứu xuất hiện ở từ ngày thứ 1 chưa có ý nghĩa thống kê với p= 0,08. Sự khác biệt về PaO_2 ở ngày thứ 2 so với trước thở HFO có ý nghĩa thống kê với p=0,02 và kéo dài tới khi kết thúc thở HFO với P=0.02. Sự cải thiện về tỉ số PaO_2/FiO_2 so với trước thở HFO xuất hiện từ ngày thứ 1, thứ 2 tới khi kết thúc HFO với p lần lượt là 0,001, <0,0001 và 0,004 (Bảng 3). Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Young [6], Derdak [5], Bollen [7]. Trong nghiên cứu của Bollen, PaO_2 thời điểm ban đầu là 80,8 ± 24,1, PaO_2 ngày thứ nhất, ngày thứ 2 lần lượt là 126 ± 79.2, 96 ± 21. Trong nghiên cứu của Young, 398 bệnh nhân được thở máy HFO cũng cho thấy sự cải thiện rõ rệt tỉ lệ PaO_2/FiO_2 trong các ngày thứ nhất (192±77), thứ 2 (212±69) so với trước thở HFO (113±37).

Trong 2 bệnh nhân chỉ định HFO vì tăng CO_2 máu, bệnh nhân thứ 1, $PaCO_2$ giảm từ 104mmHg xuống 47 mmHg sau 24h; bệnh nhân thứ 2, $PaCO_2$ giảm từ 61 mmHg xuống 44 mmHg sau 24h và 37 mmHg sau khi kết. Không thấy sự khác biệt có ý nghĩa của $PaCO_2$ và pH máu ở các ngày thứ nhất, thứ 2 và sau kết so với trước thở HFO. Tuy nhiên, chỉ số $PaCO_2$ và pH máu đều duy trì trong giới hạn cho phép. Nhóm bệnh nhân tràn khí màng phổi cũng duy trì được mục tiêu thông khí và trao đổi oxy máu.

Kết quả nghiên cứu, có 8 bệnh nhân cai máy thành công, 2 bệnh nhân thất bại do tăng CO_2 dai dẳng, 6 bệnh nhân ngừng nghiên cứu vì tử vong và xin về (bảng 4). Tỉ lệ thất bại do tăng CO_2 trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Furguson [4] 3%, nghiên cứu của Derdak [5] 5%. Cả 2 bệnh nhân thất bại vì tăng CO_2 được chỉ định vì tràn khí màng phổi và giảm O_2 máu. Trong đó, 1 trường hợp thất bại vì tắc đờm gây xẹp phổi, 1 trường hợp được ghi nhận là do trục trặc kĩ thuật về máy.

Thời gian nằm ICU trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi là 16,7 ± 15,5 ngày (bảng 5), kết quả này là tương tự với nghiên cứu của Young [6] là 17,6 ± 16,6 ngày và 15 ngày ở nghiên cứu của Furguson [4]

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phương thức thở máy dao động tần số cao ở bệnh nhân ARDS nặng giúp cải thiện rõ rệt về trao đổi O_2 máu. HFO không gây toan hô hấp quá ngưỡng giới hạn.

Cần tiến hành nghiên cứu tiếp với cỡ mẫu lớn hơn, có nhóm chứng, đặt biệt nghiên cứu về các biến chứng khi thở máy dao động tần số cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lemaire F, Harf A, Teisseire BP**. *Oxygen exchange acrossthe acutelyinjured lung*. In: Zapol WM, Falke KJ eds. AcuteRespiratory Failure. New York 1985: Marcel Dekker; 521. 2
2. **The Acute Respiratory Distress Syndrome Network.** *Ventilation with Lower Tidal Volumes as Compared with Traditional Tidal Volumes for Acute Lung Injury and the Acute Respiratory Distress Syndrome*. N Engl J Med 2000; 342:1301-1308 4
3. **Rubenfeld GD, Caldwell E,** Peabody E, et al.*Incidence and outcomes ofacute lung injury*. N Engl J Med 2005; 353:1685. 5
4. **Niall D. Ferguson, M.D.** *High-Frequency Oscillation in Early Acute Respiratory Distress Syndrome*. N Engl J Med 2013;368:795-805. 6

5. **Stephen Derdak**. *High-Frequency Oscillatory Ventilation for AcuteRespiratory Distress Syndrome in Adults*. Am J Respir Crit Care Med Vol 166. pp 801–808, 2002. 7
6. **Duncan Young, D.M**. *High-Frequency Oscillation for Acute Respiratory Distress Syndrome*. N Engl J Med 2013;368:806-13. 8
7. **Bollen.C.W.** High frequency oscillatory ventilation compared with conventional mechanical ventilation in adult respiratory distress syndrome: a randomized controlled trial. Critical Care 2005, 9:R430-R439 9

ĐÁNH GIÁ CHỈ SỐ ĐỘ DÀY GIÁC MẠC VÀ KHÚC XẠ GIÁC MẠC TRÊN MẮT CẬN THỊ Ở LỨA TUỔI THANH NIÊN

Nguyễn Thị Thanh Dung*, Nguyễn Thị Thu Hiền, Đặng Thị Như Quỳnh*****

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chỉ số độ dày giác mạc, khúc xạ giác mạc và tìm hiểu mối liên quan giữa các chỉ số độ dày giác mạc, khúc xạ giác mạc, mức độ cận thị ở lứa tuổi thanh niên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: nghiên cứu mô tả, nghiên cứu được thực hiện ở 209 bệnh nhân (418 mắt), tuổi từ 18 đến 30 được chẩn đoán là tật cận thị tại khoa khúc xạ bệnh viện Mắt Quốc tế DND. **Kết quả**: Không có sự khác biệt về tỷ lệ cận thị giữa nam và nữ. Độ cận trung bình là -4,85 ± 1,99D. Độ dày giác mạc trung bình là 539,78± 32,665µm. Khúc xạ giác mạc trung bình là 43,16 ± 1,369D. Độ dày giác mạc và cận thị có mối tương quan tuyến tính (r=0,107, P=0,029). Khúc xạ giác mạc và cận thị có tương quan tuyến tính (r=-0,123, p=0,012). Hai chỉ số khúc xạ giác mạc và độ dày giác mạc có tương quan tuyến tính với nhau với (r=-0,265, p<0,001). **Kết luận**: Độ dày giác mạc và khúc xạ giác mạc có tương quan tuyến tính với nhau và tương quan tuyến tính với mức độ cận thị. Đo độ dày giác mạc và khúc xạ giác mạc trên bệnh nhân cận thị là quan trọng giúp cho chẩn đoán và điều trị cận thị.

Từ khóa: cận thị, độ dày giác mạc, khúc xạ giác mạc.

SUMMARY

ASSESSMENT OF CORNEAL THICKNESS, CORNEAL REFRACTION POWER ON MYOPIC EYE AT ADOLESCENCE

Objective: Assessment of corneal thickness, corneal refraction power and finding relationships between corneal thickness, corneal refraction power, myopia in adolescence. **Research methods**: descriptive study, the study was conducted in 209 patients (418 eyes) were diagnosed myopia in international eye hospital DND**. Results**: The rate of myopia is not different between males and females. The average myopia was -4.85 ± 1.99D. The average corneal thickness was 539.78 ± 32.665µm. The average corneal refraction power was 43.16 ± 1.369D. Corneal thickness and myopia are a statistically significant association (r=0.107; p=0.029). Corneal refraction power and myopia are a statistically significant association (r=-0.123; p=0.012). Corneal thickness and corneal refraction power are a statistically significant association(r=-0.265; p<0.001). **Conclusion:** Corneal thickness and corneal refraction power are linearly correlated and linearly correlated with myopia. Measuring corneal thickness and corneal refraction on patients with myopia is important for the diagnosis and treatment of myopia.

Key words: myopia, corneal thickness, corneal refraction power.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tật khúc xạ là một trong những nguyên nhân chính gây giảm thị lực ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Cận thị là loại tật khúc xạ hay gặp nhất, chiếm khoảng 25% tổng dân số trên thế giới. Theo nghiên cứu của tác giả Dương Hoàng Ân và cộng sự năm 2014 trên nhóm đối tượng sinh viên năm thứ nhất tại trường Đại học Thăng Long cho thấy tỷ lệ cận thị lên tới 61,62% [1]. Tỷ lệ cận thị cao ở nhóm tuổi từ 18 đến 30 hiện đang là vấn đề đáng lo ngại bởi sẽ ảnh hưởng lớn đến quá trình học tập, lao động và tạo thành gánh nặng cho bản thân người cận thị, gia đình và cho xã hội. Vì vậy việc can thiệp, điều trị cận thị cần được quan tâm thích đáng.

Hiện nay có rất nhiều phương pháp điều trị cận thị: đeo kính (kính gọng, kính tiếp xúc, ortho-K...) và phẫu thuật (phẫu thuật trên bề mặt giác mạc và phẫu thuật nội nhãn). Đặc biệt ở lứa tuổi thanh niên khi độ cận thị đã ổn định, có thể lựa chọn phương pháp phẫu thuật để điều trị vĩnh viễn tật cận thị. Để lựa chọn được phương pháp điều trị tối ưu nhất cho từng đối tượng, bác sĩ nhãn khoa sẽ phải cân nhắc các yếu tố: tuổi, mức độ cận thị, một số chỉ số của mắt như độ dày giác mạc, khúc xạ giác mạc,

**Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên*
***Bệnh viện Mắt Trung Ương*
****Bệnh viện Mắt Quốc tế DND*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Dung
Email: nguyendungytn@gmail.com
Ngày nhận bài: 1.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 3.10.2017
Ngày duyệt bài: 9.10.2017

chiều dài trục nhãn cầu, độ sâu tiền phòng… và nhu cầu của người bệnh. Theo nhiều nghiên cứu của tác giả trong nước cũng như nước ngoài, các chỉ số sinh học của mắt (trục nhãn cầu, độ dày giác mạc, khúc xạ giác mạc…) có mối liên quan với tình trạng cận thị [2]. Dựa vào mối liên quan giữa các chỉ số này và mức độ cận thị giúp cho các phẫu thuật viên khúc xạ có thể tư vấn cho bệnh nhân ở lứa tuổi thanh niên lựa chọn được phương pháp điều trị thích hợp, đồng thời tiên lượng được kết quả của phẫu thuật. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: đánh giá các chỉ số: độ dày giác mạc và khúc xạ giác mạc trên mắt cận thị ở lứa tuổi thanh niên; tìm hiểu mối liên quan giữa các chỉ số: độ dày giác mạc, khúc xạ giác mạc và mức độ cận thị ở lứa tuổi thanh niên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi bao gồm những bệnh nhân lứa tuổi thanh niên được chẩn đoán là tật cận thị tại khoa khúc xạ bệnh viện Mắt Quốc tế DND từ tháng 10/2016 đến tháng 10/2017.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân có độ tuổi từ 18 đến 30, độ cận từ -0.50 trở lên đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có các tổn thương thực thể tại mắt: sẹo giác mạc, bong võng mạc, lác, sụp mi...

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả

Cách chọn mẫu: chọn toàn bộ mắt nằm trong tiêu chuẩn nghiên cứu từ thời gian bắt đầu nghiên cứu cho đến khi đủ số lượng mắt nghiên cứu. Đã chọn ra được 418 mắt trên 209 bệnh nhân.

Phương tiện nghiên cứu: máy chiếu thị lực, hộp thử kính, máy đo khúc xạ tự động, máy soi bóng đồng tử, máy soi đáy mắt, máy sinh hiển vi khám bệnh, máy chụp bản đồ giác mạc Schwind Sirius, máy siêu âm B, thuốc Cyclogyl 1%, bệnh án nghiên cứu.

Các bước tiến hành nghiên cứu:

Bước 1: mỗi bệnh nhân đến khám có một bệnh án nghiên cứu để thu thập các thông tin cần thiết như: tên, tuổi, giới tính, địa chỉ.

Bước 2: thực hiện các bước khám nghiệm

Thử thị lực bằng bảng thị lực, thử kính lỗ khi thị lực không kính từ 20/40 trở xuống.

Đo khúc xạ bằng khúc xạ kế tự động.

Đo khúc xạ soi bóng đồng tử sau tra thuốc Cyclogyl 1%. Đo khúc xạ chủ quan cầu tối ưu và trụ Jackson

Soi đáy mắt bằng máy soi đáy mắt trực tiếp

Đánh giá tình trạng dịch kính võng mạc bằng máy siêu âm B

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1 Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm chung: Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 209 bệnh nhân gồm 418 mắt cận thị. Tuổi của bệnh nhân trong khoảng từ 18 đến 30. Độ tuổi trung bình là 21,33 ± 3,196. Ở lứa tuổi này thông thường độ cận thị đã ổn định và có thể cân nhắc phẫu thuật điều trị cận thị.

Số bệnh nhân nữ là 117 người chiếm 56% lớn hơn 92 bệnh nhân nam chiếm 44%, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Vì vậy không có sự khác biệt về tỷ lệ cận thị giữa nam và nữ.

Tình hình cận thị: Cận thị được chia thành 3 mức độ: cận nhẹ (dưới 3,00D), cận vừa (từ 3,00 đến 6,00D), cận nặng (trên 6,00D).

Độ cận trung bình là -4,85 ± 1,99D. Độ cận trong khoảng từ -0,5D đến -13,25D và chủ yếu là cận thị mức độ vừa (62,9%).

3.2 Kết quả một số chỉ số sinh học

**Độ dày giác mạc:* Độ dày giác mạc trung tâm từ 454µm đến 639µm. Độ dày giác mạc trung tâm trung bình là 539,78 ± 32,665µm. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn so với kết quả của Kadhim và Farhood năm 2016 (543,95± 32,58µm) [3] nhưng lại cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Chang năm 2001(533± 29µm) [4] và Nguyễn Đức Anh năm 2013 (526±34µm) [5]

**Giá trị trung bình độ dày giác mạc theo mức độ cận thị*

Bảng 1: Giá trị trung bình độ dày giác mạc theo mức độ cận thị

Mức độ cận thị	Độ dày giác mạc ($\bar{x}$,SD)
Nhẹ	526,20±36,04
Vừa	541,71±32,14
Nặng	543,78±29,48

Độ dày giác mạc trong nhóm cận nhẹ có sự khác biệt với nhóm cận vừa và nặng có ý nghĩa thống kê với p=0,001. Độ dày giác mạc giữa nhóm cận vừa và cận nặng khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

**Khúc xạ giác mạc:* Khúc xạ giác mạc (được tính bằng trung bình cộng của khúc xạ giác mạc ở kinh tuyến dẹt nhất và kinh tuyến vồng nhất) nhận giá trị từ 39.45D đến 47.33D. Giá trị trung bình của khúc xạ giác mạc là 43.16 ± 1.369D.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác trên thế giới. Trong nghiên cứu của Baradaran năm 2017 cho kết quả khúc xạ giác mạc khi đo bằng máy chụp bản đồ Galilei là 42.98 ± 1.69D, và khi đo bằng Javal là 43.96 ±

1.54D [6] hay trong nghiên cứu của Kadhim và Farhood năm 2016 là 43,44± 1.53D [3]

**Giá trị trung bình khúc xạ giác mạc theo mức độ cận thị*

Bảng 2: Giá trị trung bình khúc xạ giác mạc theo mức độ cận thị

Mức độ cận thị	Khúc xạ giác mạc ($\overline{X}$,SD)
Nhẹ	43.52±1.57
Vừa	43.17±1.38
Nặng	42,88±1.12

Khúc xạ giác mạc giữa nhóm cận nhẹ và cận nặng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Sự khác biệt khúc xạ giác mạc giữa nhóm cận nhẹ và vừa, giữa nhóm cận vừa và nặng đều không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

3.3. Liên quan giữa các chỉ số sinh học và mức độ cận thị

**Tương quan giữa độ dày giác mạc và độ cận thị:* Hai chỉ số độ dày giác mạc và độ cận thị có mối tương quan tuyến tính yếu (r=0,107) có ý nghĩa thống kê (p=0,029). Độ dày giác mạc càng lớn thì độ cận thị càng cao tuy nhiên mối tương quan này rất yếu và ít có ý nghĩa trong thực tiễn. Xét mối tương quan giữa độ dày giác mạc và độ cận thị trong từng nhóm mức độ cận ta có bảng.

Bảng 3. Tương quan giữa độ dày giác mạc và độ cận thị trong từng nhóm cận thị

Mối tương quan giữa các chỉ số	**Cận nhẹ n=64**	**Cận vừa n=263**	**Cận nặng n=91**
Độ dày giác mạc và độ cận thị	r= 0,161 p=0,205	r= -0,009 p=0,890	r= -0,142 p=0,179

Qua bảng 3 ta thấy trong từng mức độ cận thị lại không có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa độ dày giác mạc và độ cận thị. Tuy nhiên một số nghiên cứu khác cho rằng giác mạc mỏng trong trường hợp cận thị cao, như nghiên cứu của Kadhim và Farhood năm 2016 [3], Chang năm 2001 [4]. Sự giảm độ dày giác mạc trong mắt cận nặng có thể do biến dạng nhãn cầu, thành nhãn cầu bị căng ra có thể khiến độ dày giác mạc bị giảm đi. Một số nghiên cứu khác lại cho kết quả mâu thuẫn như Ortiz và cộng sự đã phân tích mối quan hệ giữa độ dày trung tâm giác mạc và mức độ cận thị ở 175 mắt cận năm 2014 và họ không tìm thấy sự khác biệt đáng kể về mặt thống kê ở độ dày trung tâm giác mạc giữa các nhóm cận thị [7].

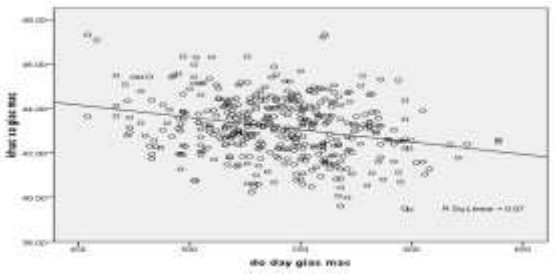
**Tương quan giữa khúc xạ giác mạc và độ cận thị:* Hai chỉ số khúc xạ giác mạc và độ cận thị có tương quan tuyến tính nghịch biến với r=-0,123 có ý nghĩa thống kê với p=0,012. Khúc xạ giác mạc càng lớn thì độ cận thị lại càng nhỏ, tuy nhiên mối tương quan này cũng không đáng kể. Xét mối tương quan giữa khúc xạ giác mạc và độ cận thị trong từng nhóm cận thị ta có bảng:

Bảng 4: Tương quan giữa khúc xạ giác mạc và độ cận thị trong từng nhóm cận thị

Mối tương quan giữa các chỉ số	Cận nhẹ n=64	Cận vừa n=263	Cận nặng n=91
Khúc xạ giác mạc và độ cận thị	r= 0,051 p=0,691	r= 0,013 p=0,830	r= -0,098 p=o,357

Qua bảng 4 ta thấy trong từng nhóm cận thị cũng không có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa khúc xạ giác mạc và độ cận thị. Trái với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu của Olsen và cộng sự lại cho rằng khúc xạ giác mạc càng lớn thì độ cận thị lại càng lớn [9]. Hoặc như trong nghiên cứu của Chen và cộng sự năm 2009 lại cho kết quả không có mối tương quan giữa khúc xạ giác mạc với độ cận thị.

Tương quan giữa khúc xạ giác mạc và độ dày giác mạc



Biểu đồ 1: Tương quan giữa độ dày giác mạc và khúc xạ giác mạc

Hai chỉ số khúc xạ giác mạc và độ dày giác mạc có tương quan tuyến tính với nhau với r=-0,265 có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Phương trình tương quan: y= -0,011x+49,146

Trong đó y là khúc xạ giác mạc, x là độ dày giác mạc. Xét mối tương quan giữa khúc xạ giác mạc và độ dày giác mạc ở từng mức độ cận thị ta có bảng:

Bảng 5:Tương quan giữa khúc xạ giác mạc và độ dày giác mạc trong từng nhóm cận thị

Mối tương quan giữa các chỉ số	Cận nhẹ n=64	Cận vừa n=263	Cận nặng n=91
Độ dày giác mạc và khúc xạ GM	r= -0,392 p=0,001	r= -0,261 p=0,000	r= -0,032 p=0,764

Qua bảng 5 ta thấy có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa khúc xạ giác mạc và độ dày

giác mạc trong nhóm cận thị nhẹ và vừa. Như vậy bệnh nhân có độ dày giác mạc càng cao thì khúc xạ giác mạc lại càng thấp. Đối với những bệnh nhân biết được chỉ số khúc xạ giác mạc có thể ước lượng tính ra độ dày giác mạc hoặc ngược lại. Việc xác định độ dày giác mạc và khúc xạ giác mạc giúp cho việc lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác như: nghiên cứu của Nguyễn Đức Anh năm 2013 đã chỉ ra độ dày giác mạc có liên quan với khúc xạ giác mạc (độ dày giác mạc cao nhất ở nhóm khúc xạ giác mạc dưới 44D và thấp nhất ở nhóm khúc xạ giác mạc trên 45D, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05) [5].

V. KẾT LUẬN

-Độ dày giác mạc trung bình là 539,78 ± 32,665µm. Có sự khác biệt giá trị độ dày giác mạc trung bình ở các nhóm cận thị.

-Khúc xạ giác mạc trung bình là 43,16 ± 1,369D. Có sự khác biệt khúc xạ giác mạc giữa nhóm cận thị nhẹ và nhóm cận thị nặng.

-Hai chỉ số độ dày giác mạc và độ cận thị có mối tương quan tuyến tính yếu (r=0,107) có ý nghĩa thống kê (p=0,029).

-Hai chỉ số khúc xạ giác mạc và độ cận thị có tương quan tuyến tính yếu với r=-0,123 có ý nghĩa thống kê với p=0,012.

-Hai chỉ số khúc xạ giác mạc và độ dày giác mạc có tương quan tuyến tính với nhau với r=-0,265 có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Tóm lại độ dày giác mạc và khúc xạ giác mạc có tương quan tuyến tính với nhau và tương quan tuyến tính với mức độ cận thị. Đo độ dày giác mạc và khúc xạ giác mạc trên bệnh nhân cận thị là quan trọng giúp cho chẩn đoán và điều trị cận thị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Hoàng Ân, Nguyễn Bạch Ngọc, và Đinh Minh Anh (2014)**. Thực trạng cận thị của tân sinh viên trường đại học Thăng Long năm 2013-2014 và một số yếu tố ảnh hưởng. *Kỷ Yếu Công Trình Khoa Học 2014*, **2**, 160–167.
2. **Đường Thị Anh Thơ (2008),** *Khảo sát một số chỉ số sinh học mắt trẻ em có tật khúc xạ*, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Kadhim Y.J. and Farhood Q.K. (2016).** Central corneal thickness of Iraqi population in relation to age, gender, refractive errors, and corneal curvature: a hospital-based cross-sectional study. *Clin Ophthalmol Auckl NZ*, **10**, 2369–2376.
4. **Chang S.W., Tsai I.L., Hu F.R. et al. (2001).** The cornea in young myopic adults. *Br J Ophthalmol*, **85**(**8**), 916–920.
5. **Nguyễn Đức Anh (2013).** Đo độ dày giác mạc bằng siêu âm. *Y học Việt Nam Tháng 9 - Số 1/2013*, 115–118.
6. **Baradaran-Rafii A., Fekri S., Rezaie M. et al. (2017).** Accuracy of Different Topographic Instruments in Calculating Corneal Power after Myopic Photorefractive Keratectomy. *J Ophthalmic Vis Res*, **12**(**3**), 254–259.
7. **Ortiz S., Mena L., Rio-San Cristobal A. et al. (2014).** Relationships between central and peripheral corneal thickness in different degrees of myopia. *J Optom*, **7**, 44–50.

NGHIÊN CỨU ĐỘC TÍNH CẤP VÀ TÁC DỤNG GIẢM ĐAU CỦA CAO LỎNG TK1 TRÊN THỰC NGHIỆM

Nguyễn Ngọc Thược*, Đậu Xuân Cảnh*, Nguyễn Hoàng Ngân, Nguyễn Bá Quang***, Nghiêm Hữu Thành*****

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu độc tính cấp và tác dụng giảm đau của cao lỏng TK1 trên động vật thực nghiệm**. Đối tượng và phương pháp:** Đánh giá độc tính cấp của cao lỏng TK1 trên chuột nhắt trắng bằng đường uống theo phương pháp Litchfield – Wilcoxon. Đánh giá tác dụng giảm đau của chế phẩm theo mô hình gây đau bởi phiến nóng (Hotplate) trên chuột nhắt trắng, theo nghiệm pháp Randall-Selitto trên chuột cống trắng, và theo mô hình gây đau quặn trên chuột nhắt trắng. **Kết quả:** Chưa tìm thấy LD50 của cao lỏng TK1 theo đường uống trên chuột nhắt trắng. Đã cho chuột uống đến mức liều gấp 16,16 lần mức liều có hiệu quả vẫn không xuất hiện độc tính cấp.Cao lỏng TK1 có tác dụng giảm đau trong thử nghiệm phiến nóng nhưng kém Morphin, có tác dụng giảm đau trong thử nghiệm Randall-Selitto tương đương với Diclofenac sodium liều 15mg/kg; có tác dụng giảm số cơn đau quặn trong thử nghiệm gây đau quặn, tương đương với Diclofenac sodium liều 20 mg/kg. **Kết luận:** Cao lỏng TK1 có tính an toàn cao và có tác

**Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam*
***Học viện Quân y*
****Bệnh viện Châm cứu Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Ngân
Email: nguyenhoangnganth@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 1.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 4.10.2017
Ngày duyệt bài: 11.10.2017

dụng giảm đau trên thực nghiệm tương đương với thuốc chuẩn NSAIDs

Từ khóa: độc tính cấp, giảm đau, TK1

SUMMARY

STUDYING THE ACUTE TOXICITY AND ANALGESIC ACTIVITIES OF TK1 LIQUID EXTRACT IN ANIMAL MODEL

Objective: Study the Acute toxicity and analgesic activities of TK1 liquid extract in experimental models. *Subjects and methods:* the acute toxicities of TK1 were evaluated on Swiss mice by the Litchfield-Wilcoxon's method. The analgesic activities of the extract were evaluated using Randall-Selitto test in rats and hotplate, writhing test in mice. ***Results:*** Can not found LD50 of oral TK1 extract in mice. Up to 16.16 times the effective dose was used in mice did not exhibit acute toxicity.TK1 extract produced a significant reduction in pain in hotplate test but less Morphin; increased pain level in Randall-Selitto test; reduced the number of abdominal constriction and stretching of hind limb induce by the injection of acetic acid. These activities equal to standard NSAIDs. ***Conclusion:*** TK1 extract is not toxic for mice and exhibit the analgesic activities in experiment, equal to standard NSAIDs.

Keywords: acute toxicity, analgesic activities, TK1

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các thuốc giảm đau chống viêm không steroid (non-steroidal anti-inflammatory drugs - NSAIDs) thường được dùng điều trị viêm đau khớp, nhưng khi dùng nhiều dễ gây các tác dụng phụ như viêm loét dạ dày - tá tràng, gây độc cho thận. Nhiều dược liệu, bài thuốc cổ truyền có tác dụng tốt trong điều trị viêm đau khớp mà ít gây tác dụng phụ. Việc nghiên cứu bào chế các dạng thuốc hiện đại từ dược liệu, bài thuốc cổ truyền ngày càng được quan tâm, giúp tạo ra các chế phẩm có tác dụng tốt, ít tác dụng phụ, giá thành hợp lý. Viện Y dược học cổ truyền Tuệ Tĩnhđã sản xuất được cao lỏng TK1 từ dược liệu sẵn có trong nước. Để có căn cứ khoa học chứng minh hiệu quả của sản phẩm, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Đánh giá độc tính cấp và tác dụng giảm đau của cao lỏng TK1 trên động vật thực nghiệm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu và nguyên vật liệu nghiên cứu

***Chế phẩm nghiên cứu**

- Cao lỏng TK1 tỷ lệ 1:1 được bào chế tại Viện Y dược học cổ truyền Tuệ Tĩnh, đạt tiêu chuẩn cơ sở.
- Thuốc tham chiếu: diclofenac sodium, dạng bột; morphin (Hãng Sigma, Hoa Kỳ)

***Động vật thí nghiệm**

- Chuột nhắt trắng trưởng thành dòng Swiss, không phân biệt giống, đạt tiêu chuẩn thí nghiệm, cân nặng mỗi con 18 -22 g.
- Chuột cống trắng trưởng thành dòng Wistar, không phân biệt giống, đạt tiêu chuẩn thí nghiệm, cân nặng mỗi con 160 - 180 g.
- Động vật thí nghiệm do Ban chăn nuôi động vật thí nghiệm - Học viện Quân y cung cấp, nuôi dưỡng trong phòng nuôi động vật thí nghiệm đảm bảo đáp ứng nhu cầu của thí nghiệm (ít nhất một tuần) trước khi tiến hành thí nghiệm. Động vật ăn thức ăn theo tiêu chuẩn thức ăn cho động vật nghiên cứu, nước sạch đun sôi để nguội uống tự do. Hàng ngày theo dõi ghi chép diễn biến kết quả thí nghiệm.

2. Phương pháp nghiên cứu

Áp dụng các mô hình dược lý thực nghiệm theo quy định của Bộ Y tế Việt Nam và hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới về nghiên cứu đánh giá các thuốc y học cổ truyền [1,6,7].

2.1. Nghiên cứu độc tính cấp: Nghiên cứu độc tính cấp của cao lỏng TK1 trên chuột nhắt trắng bằng đường uống theo phương pháp Litchfield - Wilcoxon, hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới, quy chế đánh giá tính an toàn và hiệu lực thuốc Cổ truyền của Bộ Y tế.

2.2. Nghiên cứu tác dụng giảm đau trên mô hình gây đau bởi phiến nóng (Hotplate). Chuột nhắt trắng chia ngẫu nhiên làm 4 lô, mỗi lô 10 con.

+ Lô 1 (chứng sinh lý): uống nước cất, thể tích 10ml/kg.

+ Lô 2 (thuốc tham chiếu): tiêm dưới da cổ morphin liều 10 mg/kg – 0,1ml/10g chuột.

+ Lô 3 (lô trị 1): uống cao lỏng TK1 liều 19,8g/kg/ngày (liều dự kiến có tác dụng).

+ Lô 4 (Lô trị 2): uống cao lỏng TK1 liều 39,6g/kg/ngày (gấp đôi liều 1).

Thí nghiệm được tiến hành tại hai thời điểm: trước khi cho chuột uống thuốc thử và sau khi cho chuột uống thuốc thử 5 ngày. Vào ngày thứ 5, sau khi chuột uống thuốc 1 giờ,đặt chuột lên mâm nóng có nhiệt độ ổn định ở 56^0C của Máy đo đau bản nóng, lạnh. Tính thời gian từ lúc đặt chuột vào mâm nóng đến khi chuột liếm chân sau. Thời gian chịu đau của chuột được tính từ lúc chuột đặt chân vào mâm nóng đến khi chuột liếm chân sau. Đánh giá tác dụng giảm đau thông qua chỉ tiêu mức tăng thời gian chịu đau của chuột. So sánh giữa các lô với nhau, tính phần trăm kéo dài thời gian đáp ứng.Khi tiến hành tại thời điểm trước khi uống thuốc, loại bỏ những chuột phản ứng trước 8 giây và sau 30 giây.

2.3. Nghiên cứu tác dụng giảm đau tại tổ chức viêm (Randall-Selitto Test).

Chuột cống trắng được chia ngẫu nhiên thành 4 lô, mỗi lô 08 con.

+ Lô 1 (lô chứng): uống nước cất.

+ Lô 2 (lô tham chiếu): uống Diclofenac sodium liều 15mg/kg .

+ Lô 3 (lô trị 1): uống cao lỏng TK1 liều 11,55g/kg/ngày (liều dự kiến có tác dụng).

+ Lô 4 (Lô trị 2): uống cao lỏng TK1 liều 23,10g/kg/ngày (gấp đôi liều 1).

Chuột được uống thuốc hoặc nước cất 5 ngày liên tục trước khi gây viêm. Ngày thứ 5, tiến hành gây phù viêm cấp bằng cách tiêm hỗn dịch Carrageenin 1% (được pha chế ngay trước khi tiêm) liều 0,1ml/con vào dưới da gan bàn chân chuột. Sau 3 giờ kể từ khi tiêm Carrgeenin, cho chuột uống thuốc hoặc nước cất với cùng thể tích 5 ml/kg cân nặng.

Đo ngưỡng đau bàn chân gây phù viêm của chuột bằng máy đo giảm đau áp lực bàn chân chuột (Paw Pressure Analgesy Meter) tại các thời điểm sau 30 phút, 60 phút, 90 phút và 120 phút sau dùng thuốc. So sánh ngưỡng đaubàn chân chuột giữa các lô với nhau.

2.4. Nghiên cứu tác dụng giảm đau theo mô hình gây đau quặn (Writhing Tests) sử dụng acid acetic. Theo phương pháp nghiên cứu của Koster và cs (1959) [57].

Chuột nhắt trắng chia ngẫu nhiên làm 4 lô, mỗi lô 08 con.

+ Lô 1 (lô chứng): uống nước cất.

+ Lô 2 (lô tham chiếu): Diclofenac sodium liều 20 mg/kg.

+ Lô 3 (lô trị 1): uống cao lỏng TK1 liều 19,8g/kg/ngày (liều dự kiến có tác dụng).

+ Lô 4 (Lô trị 2): uống cao lỏng TK1 liều 39,6g/kg/ngày (gấp đôi liều 1).

Chuột được uống thuốc hoặc nước cất 5 ngày liên tục. Ngày thứ 5, sau khi dùng thuốc 60 phút, tiến hành gây đau quặn bằng cách tiêm phúc mạc bằng dung dịch acid acetic 0,6% liều 0,1 ml/10g thể trọng. Chuột sẽ xuất hiện những cơn đau quặn biểu hiện như thóp bụng lại, áp bụng xuống sàn, duỗi dài thân và chân sau. Đếm số cơn đau quặn trong các khoảng 5 phút trong thời gian 20 phút kể từ khi tiêm acid acetic. So sánh kết quả giữa các lô nghiên cứu, tính % ức chế đau quặn theo công thức:

$$A\% = \frac{D_c - D_t}{D_c} \times 100$$

Trong đó: A% là tỷ lệ giảm số cơn đau quặn của lô thử thuốc; D_c là số cơn đau quặn của lô chứng sinh lý; D_t là số cơn đau quặn của lô thử thuốc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kết quả nghiên cứu độc tính cấp

Kết quả được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1. Kết quả nghiên cứu độc tính cấp của cao lỏng TK1

Lô chuột	Số chuột thí nghiệm	Liều dùng (g dược liệu khô/kgTLCT)	Thể tích cho uống	Số chuột sống/chết sau 72 giờ
Lô 1	08	120,0	0,2 mL/10g x 3 lần	08/0
Lô 2	08	160,0	0,2 mL/10g x 3 lần	08/0
Lô 3	08	200,0	0,2 mL/10g x 3 lần	08/0
Lô 4	08	240,0	0,2 mL/10g x 3 lần	08/0
Lô 5	08	280,0	0,2 mL/10g x 3 lần	08/0
Lô 6	08	320,0	0,2 mL/10g x 3 lần	08/0

Nhận xét: Chuột nhắt trắng được uống thuốc thử với các mức liều khác nhau từ liều thấp nhất là 120,0g dược liệu khô/kg thể trọng đến liều cao nhất là 320,0g dược liệu/kg thể trọng, 0,2mL/10g, 3 lần trong 24 giờ. Chuột đã uống đến liều 320,0g dược liệu khô/kg thể trọng là liều tối đa có thể dùng được bằng đường uống để đánh giá độc tính cấp của thuốc thử nhưng không có chuột nào chết, không xuất hiện triệu chứng bất thường nào trong 72 giờ sau uống thuốc lần cuối và trong suốt 7 ngày sau uống thuốc.

Kết luận: Chưa tìm thấy LD_{50} của cao lỏng TK1 theo đường uống trên chuột nhắt trắng. Với mức liều cao nhất có thể cho chuột uống trong 24h là 320,0g dược liệu khô/kg thể trọng không xuất hiện độc tính cấp.

2. Tác dụng giảm đau trên mô hình gây đau bằng phiến nóng: Kết quả được trình bày ở Bảng 2.

Bảng 2: Ảnh hưởng của TK1 tới thời gian đáp ứng đau của chuột nhắt trắng (n = 10, mean ± SD)

Lô nghiên cứu		Thời gian đáp ứng đau (giây)		$p_{so\ sánh\ trước\ sau}$ (p_{b-a})
		Trước dùng thuốc (a)	Saudùng thuốc (b)	
Chứng sinh lý	(1)	14,23 ±3,30	13,56 ± 2,66	> 0,05
Tham chiếu	(2)	14,03± 2,07	29,05 ± 4,69	< 0,01

TK1 liều 1	(3)	14,82 ± 2,66	16,68 ± 3,05	> 0,05
TK1 liều 2	(4)	14,15 ± 2,09	18,30 ± 4,80	> 0,05
$p_{so\ sánh\ giữa\ các\ lô}$		p > 0,05	$P_{2-1} < 0,01$ $p_{3,4-1} < 0,05$ $p_{3,4-2} < 0,01$ $p_{3-4} > 0,05$	-

Nhận xét: So sánh giữa các lô tại thời điểm trước dùng thuốc: thời gian đáp ứng đau của chuột ở các lô nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

- So sánh giữa các lô tại thời điểm sau dùng thuốc: thời gian đáp ứng đau của chuột ở lô dùng Morphin kéo dài rõ rệt so với lô chứng sinh lý (p < 0,01). Thời gian đáp ứng đau của chuột ở các lô dùng TK1cũng kéo dài hơn có ý nghĩa thống kê so với ở lô chứng sinh lý với p< 0,05, tuy nhiên còn thua kém so với lô dùng Morphin (p < 0,01).

- So sánh trong từng lô tại thời điểm sau dùng thuốc so với trước dùng thuốc: các lô dùng TK1có dài hơn có thời gian đáp ứng đau của chuột dài hơn có ý nghĩa thống kê với p < 0,05, trong khi lô dùng Morphin thời gian đáp ứng đau của chuột dài hơn có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

3. Tác dụng giảm đau trên tổ chức viêm của cao lỏng TK1: Tác dụng giảm đau trên bàn chân chuột cống trắng gây viêm phù bằng carrageenin của cao lỏng TK1 được trình bày ở bảng 3.

Bảng 3: Ngưỡng đau của tổ chức viêm cấp bàn chân chuột (n = 8).

Lô thử nghiệm	Ngưỡng đau tại các thời điểm sau uống thuốc							
	30 phút		60 phút		90 phút		120 phút	
	Mean ± SD	% tăng	Mean ± SD	% tăng	Mean ± SD	% tăng	Mean ± SD	% tăng
Chứng sinh lý (1)	119,6± 35,0	-	139,8± 32,1	-	130,4 ± 29,1	-	123,3± 29,8	-
Tham chiếu (2)	153,4 ± 22,9	28,21	174,9 ± 24,8	25,13	162,1 ± 21,9	24,35	151,3 ± 16,3	22,72
Cao lỏng TK1 liều 1 (3)	151,9 ± 21,1	26,96	175,4± 34,0	25,49	161,6± 27,0	23,97	150,3 ± 18,5	21,91
Cao lỏng TK1 liều 2 (4)	153,6 ± 22,5	28,42	177,4 ± 28,1	26,92	166,9± 27,2	28,00	152,4 ± 16,6	23,63
p	$p_{-1} < 0,05$; $p_{3,4-2} > 0,05$; $p_{3-4} > 0,05$							

Nhận xét: So với lô chứng sinh lý, tại tất cả các thời điểm đo, các lô dùng TK1 cũng như lô dùng thuốc tham chiếu diclofenac đều thể hiện tác dụng giảm đau, làm tăng ngưỡng đau (p < 0,05).

- Ở tất cả các thời điểm đo, giá trị của tỷ lệ % tăng ngưỡng đau so với lô chứng sinh lý ở lô dùng TK1 liều 2 đều cao hơn so với ở lô dùng liều 1, tuy nhiên chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

- So với lô dùng diclofenac, ngưỡng đau của các lô dùng TK1 không khác biệt có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

4. Tác dụng giảm đau trên mô hình gây đau quặn: Sau khi tiêm acid acetic vào ổ bụng, ở tất cả các chuột đều có những cơn đau quặn với biểu hiện thóp bụng lại, áp bụng xuống sàn, duỗi dài thân và chân sau. Thời gian xuất hiện đau (tính từ lúc tiêm acid acetic đến khi có cơn đau quặn đầu tiên) và số cơn đau quặn trong từng khoảng thời gian 5 phút cho đến kết thúc 20 phút sau tiêm acid acetic được ghi lại đối với từng chuột trong mỗi lô.

Kết quả đánh giá ảnh hưởng của chế phẩm nghiên cứu tới thời gian xuất hiện đau số cơn đau quặn của chuột nhắt trắng được thể hiện ở bảng 4 và hình 1.

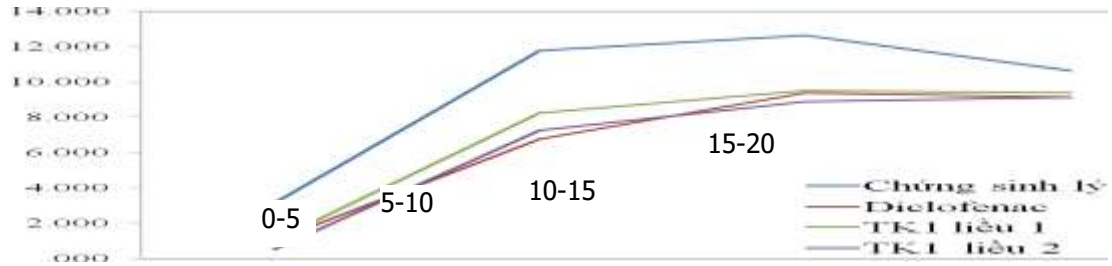
Bảng 4: Ảnh hưởng của cao lỏng TK1 tới số cơn đau quặn của chuột nhắt trắng

Lô nghiên cứu	Thời gian xuất hiện đau (giây)	Số cơn đau quặn trong 20 phút sau tiêm acid acetic	Tỷ lệ (%) giảm số cơn đau quặn so với lô chứng sinh lý
Chứng sinh lý (1)	275,75 ± 65,09	38,13 ± 11,09	-
Tham chiếu (2)	358,63 ± 86,34	26,25 ± 6,32	31,15 %
Cao lỏng TK1 liều 1 (3)	355,13 ± 85,40	27,75 ± 5,20	27,21 %
Cao lỏng TK1 liều 2 (4)	361,25 ± 72,64	26,13 ± 4,22	31,48 %
p	$p_{2,3,4-1} < 0,05$	$p_{2,3,4-1} < 0,05$	-

	$p_{3,4-2} > 0,05$	$p_{3,4-2} > 0,05$	

Nhận xét: So với lô chứng sinh lý, các lô dùng cao lỏng TK1, và lô dùng thuốc tham chiếu diclofenac có thời gian xuất hiện đau lớn hơn và số cơn đau quặn trong 20 phút sau tiêm acid acetic ít hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Cao lỏng TK1, và thuốc tham chiếu diclofenac đều thể hiện tác dụng giảm đau trên mô hình gây đau quặn thực nghiệm, làm thời gian xuất hiện đau muộn hơn và số cơn đau quặn giảm hơn so với lô chứng sinh lý.

- So với lô tham chiếu dùng diclofenac, các lô dùng cao lỏng TK1 có thời gian xuất hiện đau và số cơn đau quặn trong 20 phút sau tiêm acid acetic là tương đương, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Với các mức liều dùng trong nghiên cứu, cao lỏng TK1 có tác dụng giảm đau trên mô hình gây đau quặn tương đương với diclofenac liều 20mg/kg cân nặng. Hình 1. Biểu diễn số cơn đau quặn của các lô nghiên cứu đo được ở mỗi khoảng thời gian 5 phút sau tiêm acid acetic.



Hình 1. Số cơn đau quặn đếm được ở các khoảng thời gian 5 phút sau tiêm acid acetic.

Nhận xét: Trong cả 4 khoảng thời gian đo, số cơn đau quặn ở các lô dùng cao lỏng TK1 và lô tham chiếu luôn nhỏ hơn so với lô chứng sinh lý.

IV. BÀN LUẬN

1. Về độc tính cấp của cao lỏng TK1

Kết quả nghiên cứu độc tính cấp đường uống của cao lỏng TK1 trên chuột nhắt trắng cho thấy với mức liều cao nhất có thể cho chuột uống trong 24h là 320,0g dược liệu khô/kg thể trọng (chia ra thành 3 lần, mỗi lần 0,2 mL) các chuột vẫn khỏe mạnh, lông mượt, mắt trong, ăn uống và hoạt động bình thường. So với liều có hiệu quả (giảm đau, chống viêm, mục 3.3, 3.5, 3.7) trên chuột nhắt trắng là 19,8g/kg thể trọng, liều 320,0g/kg thể trọng gấp 16,66 lần. Như vậy chuột đã được cho uống mức liều gấp 16,16 lần mức liều có hiệu quả, các chuột vẫn khỏe mạnh, lông mượt, mắt trong, ăn uống và hoạt động bình thường, không có chuột nào chết. Một thuốcđược xem là có khoảng an toàn điều trị tốt khi LD50 lớn hơn 10 lần so với liều có tác dụng (liều điều trị). Với cao lỏng TK1, chuột đã uống đến mức liều gấp 16,16 lần mức liều có hiệu quả mà không phát hiện thấy biểu hiện của độc tính cấp, không có chuột nào chết, chứng tỏ cao lỏng TK1 có tính an toàn cao.

2. Về tác dụng giảm đau của cao lỏng TK1

Tác dụng giảm đau của cao lỏng TK1 được đánh giá trên mô hình gây đau tại tổ chức viêm (Randall-Selitto Test), mô hình gây đau quặn (Writhing Tests), và mô hình phiến nóng (Hot plate test). Mô hình gây đau tại tổ chức viêm (Randall-Selitto Test) và mô hình gây đau quặn (Writhing Tests) là hai mô hình dược lý cơ bản, được sử dụng rộng rãi nhất để đánh giá tác dụng giảm đau ngoại vi của thuốc, đặc biệt đau do viêm [5],[6]. Mô hình "phiến nóng" (Hot plate test) cho phép đánh giá tác dụng giảm đau trung ương của chế phẩm. Cao lỏng TK1 thể hiện rõ cả tác dụng giảm đau ngoại vi (trong thử nghiệm Randall-Selitto Test và Writhing Tests), và cả tác dụng giảm đau trung ương (trong thử nghiệm Hot plate test). Tác dụng giảm đau ngoại vi có thể do cơ chế ức chế các prostglandin và các chất trung gian hóa học khác như histamin, bradykinin, đồng thời có vai trò của tác dụng chống viêm làm giảm phù nề, chèn ép. Tác dụng giảm đau trung ương có thể có vai trò của tác dụng an thần của kê huyết đằng, Hà thu ô....

Bài thuốc TK1 được bào chế tại Viện Y dược học cổ truyền Tuệ Tĩnh, đạt tiêu chuẩn cơ sở. Liều dùng tính theo số gam dược liệu khô. Bài thuốc TK1 có tổng số gam dược liệu khô là 165g, dự kiến sử dụng cho 1 người (50kg) uống trong 2 ngày, tương đương 1,65g/kg/ngày. Qui đổi ra liều dự kiến có tác dụng: ở chuột nhắt trắng là 1,65 x 12 = 19,8g/kg/ngày; ở chuột cống trắng là 1,65 x 7 = 11,55g/kg/ngày; ở chuột cống non là 1,65 x 8 = 13,2g/kg/ngày;

V. KẾT LUẬN

1. Kết luận về độc tính cấp của cao lỏng TK1. Chưa tìm thấy LD50 của cao lỏng TK1 theo đường uống trên chuột nhắt trắng. Với mức liều cao nhất có thể cho chuột uống trong 24h là 320,0g dược liệu khô/kg thể trọng không xuất hiện độc tính cấp.

2. Kết luận về tác dụng giảm đau của cao lỏng TK1 trên thực nghiệm. Cao lỏng TK1 có tác dụng giảm đau cả ngoại vi và trung ương, cụ thể:

+ Ở liều 11,55g/kg/ngày và 23,10g/kg/ngày trên chuột cống trắng có tác dụng giảm đau trong thử nghiệm Randall-Selitto Test, làm tăng ngưỡng đau, tương đương với Diclofenac sodium liều 15mg/kg.

+ Ở liều 19,8g/kg/ngày và 39,6g/kg/ngày trên chuột nhắt trắng có tác dụng giảm đau trong thử nghiệm gây đau quặn (Writhing Tests), làm trễ thời gian xuất hiện đau và giảm số cơn đau, tương đương với Diclofenac sodium liều 20mg/kg.

+ Ở liều 19,8g/kg/ngàyvà 39,6g/kg/ngày trên chuột nhắt trắng có tác dụng giảm đau trong thử nghiệm phiến nóng (Hotplate Tests), làm tăng thời gian đáp ứng đau (là thời gian từ khi đặt chuột lên phiến nóng đến khi chuột liếm chân sau).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Quyết định số 01/2007/ QĐ-BYT về việc ban hành "Quy định về thử thuốc trên lâm sàng". 2007.
2. **Trần Thị Hiên, Nguyễn Nhược Kim (2007**). Đánh giá tác dụng bài thuốc Xúc tý thang trong điều trị VKDT. *Tạp chí Y học thực hành*, 15-17.
3. **Nguyễn Thị Hằng, Phạm Văn Trịnh (2007**). Nghiên cứu tác dụng lâm sàng của bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh điều trị bệnh VKDT. *Tạp chí Y học thực hành*, 3, 85-87.
4. **Vũ Tuấn Anh (2008).** *Đánh giá tác dụng của bài thuốc Quyên tý thang gia giảm trong điều trị VKDT*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ CK II, Trường Đại học Y Hà Nội
5. **Y Tạ Thiêm, Dương Đức Tài (2011).** Bổ thận tráng cốt điều trị VKDT. *Tạp chí đại học Trung y dược Hồ Bắc*, Quyển 13, Kỳ 2, 18-19.
6. **WHO.** Research Guidelines For Evaluating the Safety and Efficacy of Herbal Medicines. ROWP, Manila, Philippines. 1993.
7. **WHO.** General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine, EDM/TRM. Geneva, Switzerland. 2000.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA PHÁC ĐỒ ARV BẬC 2 Ở BỆNH NHÂN HIV/AIDS TẠI BỆNH VIỆN ĐỐNG ĐA - HÀ NỘI

Phạm Bá Hiền*, Đỗ Tuấn Anh, Trần Viết Tiến****

TÓM TẮT

Mục tiêu:Đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ ARV bậc 2 ở bệnh nhân HIV/AIDS tại Bệnh viện Đống Đa - Hà Nội. ***Đối tượng và phương pháp:*** Nghiên cứu tiến cứu trên 43 bệnh nhân HIV/AIDS thất bại phác đồ điều trị bậc 1 được chuyển điều trị phác đồ bậc 2 tại khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Đống Đa - Hà Nội từ 6/2011 đến 12/2016. ***Kết quả và kết luận:*** Sau 48 tháng theo dõi điều trị ARV bậc 2, bệnh nhân còn duy trì điều trị chiếm tỷ lệ cao 40/43 (93%), 2 bệnh nhân tử vong (4,7%) và 1 bệnh nhân thất bại điều trị (2,3%). Điều trị phác đồ bậc 2 có cải thiện rõ về lâm sàng, miễn dịch và tải lượng vi rút. Tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn lâm sàng 1 tăng dần, ban đầu là 7%, sau 48 tháng là 97,4% (37/38). Tỷ lệ bệnh nhân suy giảm miễn dịch nặng giảm dần và sau 36 tháng, tỷ lệ bệnh nhân có CD4 < 200 tế bào/mm^3 là 2,6%. Sau 6 tháng điều trị, tải lượng vi rút giảm xuống rõ rệt.

**Bệnh viện Đống Đa*
***Bệnh viện Quân y 103*
Chịu trách nhiệm chính: *Phạm Bá Hiền*
Email: *phambahien.bvdd@gmail.com*
Ngày nhận bài: 14.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 4.10.2017
Ngày duyệt bài: 13.10.2017

Từ khóa: phác đồ điều trị ARV bậc 2, bệnh nhân HIV/AIDS, Bệnh viện Đống Đa

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF SECOND - LINE ANTIRETROVIRAL THERAPY ON HIV/AIDS PATIENTS AT DONG DA HOSPITAL - HA NOI

Objectives: to assess effectiveness of second – line therapy on HIV/AIDS patients at Dong Da hospital – Ha Noi. ***Subjects and methods:*** prospective study on 43 patients with first-line antiretroviral treatment failure who were switched to second - line ARV therapy at Infectious Department, Dong Da Hospital - Ha Noi, during period from 6/2011 to 12/2016. ***Results and conclusions***: in 48th week of treatment, there were 93% patients still following regimen; 2 patients died (4.7%); 1 patient had treatment failure. Second - line ARV therapy had positive outcomes on clinical features, immune and viral load. The percentage of patients with the clinical stage 1 increased gradually, started at 7%, after 48 weeks was 97.4%. The proportion of severe immunocompromised patients decreasedsteadily and after 36 months there was 2.6% patients with TCD4 < 200 cells/mm^3. After 6 months of treatment, the viral loads fell dramatically.

Keywords: second-line ARV therapy, HIV/AIDS patients, Dong Da Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của Cục Phòng chống HIV/AIDS - Việt Nam (VAAC), trong năm 2015, đã phát hiện 10.195 trường hợp nhiễm mới HIV, số bệnh nhân chuyển sang AIDS là 6130, tử vong do AIDS 2130 trường hợp. Tính đến cuối năm 2015 cả nước có 227.154 trường hợp nhiễm HIV còn sống và ước tính có 254.000 người nhiễm HIV trong cộng đồng. Số người nhiễm HIV phát hiện mới 12.000-14.000 ca mỗi năm. Thuốc ARV ra đời đã góp phần hình thành một hướng đi mới trong chiến lược phòng ngừa và điều trị HIV/AIDS, đồng thời làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV và cải thiện chất lượng cuộc sống của những bệnh nhân AIDS. Do việc điều trị ARV là điều trị suốt đời và độ bao phủ điều trị ARV ngày càng tăng lên nên việc xuất hiện và lan tràn kháng thuốc ARV là không thể tránh khỏi. Khi gặp phải kháng thuốc đồng nghĩa với bệnh nhân sẽ thất bại điều trị và phải chuyển sang các phác đồ bậc cao hơn. Hiện nay, tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phác đồ bậc 1 nhưng số lượng các nghiên cứu đề cập đến hiệu quả điều trị của thuốc ARV phác đồ bậc 2 còn chưa nhiều. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ ARV bậc 2 ở bệnh nhân HIV/AIDS tại Bệnh viện Đống Đa, Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là 43 bệnh nhân được chẩn đoán thất bại điều trị phác đồ ARV bậc 1 và được chuyển điều trị phác đồ ARV bậc 2 tại khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Đống Đa, từ tháng 06/2011 đến 12/2016.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Tuổi ≥ 18.
- Được chẩn đoán nhiễm HIV,điều trị phác đồ ARV bậc 1 và thất bại điều trị theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS của Bộ Y tế ban hành ngày 19/8/2009 [1].
- Đồng ý điều trị phác đồ ARV bậc 2 và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

-Không đến khám, xét nghiệm, lĩnh thuốc theo hẹn

-Không hợp tác (tuân thủ) trong quá trình nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiêncứu: Nghiên cứu tiến cứu.

Mỗi bệnh nhân được lập 1 phiếu theo mẫu chung. Toàn bộ bệnh nhân nghiên cứu đều được khám lâm sàng và làm các xét nghiệm miễn dịch, xét nghiệm huyết học, sinh hóa, đo tải lượng virus ngay trước khi điều trị và trong quá trình nghiên cứu.

Xử lý số liệu theo phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Số lượng bệnh nhân thất bại điều trị

Bảng 1.Số lượng bệnh nhân thất bại điều trị

Thời điểm / Số BN	T0	T6	T12	T18	T24	T30	T36	T42	T48
ĐT, chưa TB	43	43	43	42	41	40	40	39*	37**
TB ĐTcộng dồn	0	0	0	1	2	3	3	3	3
TV cộng dồn	0	0	0	1	1	2	2	2	2

Ghi chú: ĐT: Bệnh nhân đang điều trị, chưa thất bại điều trị, TBĐT: Bệnh nhân đang điều trị có thất bại điều trị, TV: Tử vong. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, 1 bệnh nhân đang điều trị nhưng chưa đủ 42 tháng; ** Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, 3 bệnh nhân đang điều trị nhưng chưa đủ 48 tháng.

Trong số bệnh nhân nghiên cứu, có 1 bệnh nhân (2,3%) thất bại điều trị, bệnh nhân này vẫn được tiếp tục điều trị bằng phác đồ ARV bậc 2 do tại Việt Nam hiện chưa có thuốc ARV phác đồ bậc 3; hai bệnh nhân tử vong (4,6%) tại thời điểm tháng thứ 18 và tháng thứ 30. Tỷ lệ bệnh nhân tiếp tục điều trị, chưa thất bại là 40/43 (93%). Kết quả này cũng tương tự như của một số tác giả khác: nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thành Dũng năm 2012, tại Thành Phố Hồ Chí Minh, nghiên cứu 129 bệnh nhân điều trị bằng các phác đồ ARV bậc 2 trong 12 tháng, nhận thấy tỷ lệ thất bại lâm sàng 1,8%, tỷ lệ thất bại miễn dịch 6,8%; 3,1% bệnh nhân tử vong, bỏ tái khám 6,2% và tỷ lệ bệnh nhân còn tiếp tục điều trị là 90,6% [6].

Đối với bệnh nhân tử vong tại thời điểm 18 tháng và tháng thứ 30, tìm hiểu nguyên nhân tử vong chúng tôi nhận thấy cả hai bệnh nhân này tử vong do mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội, lao toàn thể kháng thuốc và suy kiệt nặng. Bệnh

nhân thất bại điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi có tiền sử nghiện chích ma túy lâu năm.Tiêm chích ma túy có thể làm cho tuân thủ điều trị kém, dẫn đến làm tăng nguy cơ kháng thuốc. Ngoài ra, tiêm chích ma túy nếu dùng chung bơm kim tiêm có thể dẫn đến bị nhiễm thêm các chủng vi rút kháng thuốc và làm lây truyền chủng vi rút kháng thuốc, gây khó khăn cho điều trị, dẫn đến thất bại điều trị.

3.2. Hiệu quả của phác đồ bậc 2 về lâm sàng, số lượng tế bào CD4 và tải lượng vi rút

Bảng 2.Thay đổi giai đoạn lâm sàng tại các thời điểm đánh giá

Thời điểm / Số BN	T0	T6	T12	T18	T24	T30	T36	T42	T48
GĐLS 1	3	25	**39**	**39**	**39**	40	40	39	37
GĐLS 2	26	14	**4**	**3**	2	0	0	0	**0**
GĐLS 3	11	4	**0**	**0**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**
GĐLS 4	3	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**

Sau 6 tháng điều trị, không có bệnh nhân nào mắc các nhiễm trùng cơ hội thuộc giai đoạn 4, tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn lâm sàng 3 chỉ còn 4/43 BN (9,3%). Sau 12 tháng điều trị, không có bệnh nhân mắc các nhiễm trùng cơ hội ở giai đoạn lâm sàng 3 và 4. Tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn lâm sàng 1 tăng dần và ổn định theo thời gian, ban đầu là 7% sau 48 tháng là 97,4% (37/38). Tại thời điểm tháng thứ 18 và 30, hai trường hợp tử vong, được chẩn đoán mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội thuộc giai đoạn lâm sàng 4. Tại thời điểm 30 tháng, có 1 trường hợp khác xuất hiện nấm Candida miệng, xét nghiệm CD4 < 100 tế bào/mm^3, tiếp tục theo dõi và được chẩn đoán thất bại điều trị.

Bảng 3. Thay đổi số lượng TCD4 trung bình tại các thời điểm đánh giá

Thời điểm / TCD4	**T0**	**T6**	**T12**	**T18**	**T24**	**T30**	**T36**	**T42**	**T48**
$\bar{X}$ ± SD	100 ±63	197 ±96	284 ±104	360 ±129	412 ±131	440 ±139	446 ±138	464 ±120	482 ±144
Min	12	101	127	52	87	48	87	89	91
Max	317	394	473	588	689	752	862	818	846

Tại thời điểm bắt đầu điều trị bằng phác đồ ARV bậc 2, số lượng tế bào TCD4 trung bình của các bệnh nhân là 100 ± 63 tế bào/mm^3 (12 - 317 tế bào/mm^3). Kết quả này thấp hơn so với tác giả Nguyễn Danh Đức (117 ± 118 tế bào/mm^3) [3] và tác giả Đoàn Thu Trà (số lượng TB TCD4 trung bình 123 tế bào/mm^3) [2]. Nghiên cứu của Laurent Ferradini (2010) cho thấy số lượng tế bào TCD4 trung bình ở thời điểm đổi sang phác đồ ARV bậc 2 là 106 tế bào/mm^3 (42 - 168 tế bào/mm^3) [4]. Kết quả này được lý giải do các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi sau thất bại về miễn dịch hoặc lâm sàng mới được đo tải lượng vi rút học và khẳng định thất bại điều trị dựa vào thất bại vi rút học.

Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, số lượng tế bào TCD4 trung bình tăng lên rõ rệt sau điều trị. Số lượng tế bào TCD4 trung bình sau 6 tháng điều trị là 197 ± 96 tế bào/mm^3, sau 12 tháng tăng lên 284 ± 104 tế bào/mm^3, sau 24 tháng là 412 ± 131 tế bào/mm^3 và sau đó tiếp tục tăng lên và giữ ổn định ở mức trên 350 tế bào/mm^3. Số lượng tế bào TCD4 tăng nhanh nhất là trong 6 tháng đầu sau điều trị. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu của Laurent Ferradini, năm 2010, tại Campuchia, thấy số lượng tế bào TCD4 trung bình sau 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng điều trị bằng phác đồ ARV bậc 2 có LPV/r lần lượt là 197, 258 và 372 tế bào/mm^3 [4]. Theo tác giả Đoàn Thu Trà, số lượng tế bào TCD4 trung bình sau 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng điều trị phác đồ ARV bậc 2 lần lượt là 199, 272 và 382 [2].

Bảng 4. Thay đổi mức độ suy giảm số lượng TCD4 tại các thời điểm đánh giá

Thời điểm / TCD4	T0	T6	T12	T18	T24	T30	T36	T42	T48
< 50	4	0	0	0	0	1	0	0	0
50 - 99	21	0	0	1	1	1	1	1	1
100 - 199	14	21	9	3	2	1	0	0	0
200 - 349	4	16	5	5	2	3	4	2	2
≥ 350	0	6	29	34	37	36	36	37	35

Tỷ lệ bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch nặng (số lượng TCD4 < 200 tế bào/mm^3) khi bắt đầu điều trị bằng phác đồ ARV bậc 2 là 39/43 (90,6%), sau đó giảm dần theo thời gian điều trị: sau 6 tháng điều trị còn 21/43 BN (48,8%), sau 12 tháng điều trị còn 9/43 (20,9%), sau 24 tháng còn 3/43 BN (7%), sau 36 tháng chỉ còn 1 BN (2,6%). Ngược lại, tỷ lệ bệnh nhân có số lượng tế bào TCD4 ≥ 350 tế bào/mm^3 tăng dần theo thời gian điều trị, tại thời điểm bắt đầu điều trị không có bệnh nhân nào, sau 24 tháng tỷ lệ 37/43 (chiếm 86%) và duy trì ổn định đến thời điểm 48 tháng.

Bảng 5. Tải lượng vi rút tại các thời điểm đánh giá

Thời điểm / TLVR	T0	T6	T12	T18	T24	T30	T36	T42	T48
> 5000	36	0	0	1	1	2	1	1	1
1000 - 50000	7	0	0	0	0	0	0	0	0
< 1000	0	43	43	42	41	40	40	39	37

Tải lượng vi rút (TLVR) HIV giảm nhanh sau điều trị: sau 6 tháng điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có tải lượng vi rút thấp (VL < 1.000 bản sao/ml) và dưới ngưỡng phát hiện là 100%. Ba bệnh nhân có tải lượng HIV ≥ 5.000 bản sao/ml xuất hiện tại các thời điểm 18 tháng, 24 tháng và 30 tháng. Kết quả này cũng tương tự với một số nghiên cứu của các tác giả khác. Nghiên cứu của Matthew P. Fox (2010) trên 328 bệnh nhân HIV/AIDS được điều trị phác đồ ARV bậc 2 có LPV/r nhận thấy, sau 1 năm điều trị có 203/262 (77%) bệnh nhân có tải lượng vi rút dưới ngưỡng phát hiện (VL < 400 bản sao/mL) [5]. Theo Laurent Ferradini (2010), nghiên cứu tại Campuchia, thấy tỷ lệ bệnh nhân có tải lượng vi rút dưới ngưỡng (VL < 250 bản sao/mL) sau 2 năm điều trị bằng phác đồ ARV bậc 2 là 60/65 (92,3%)[4].

Bảng 6. Thay đổi một số chỉ huyết học tại các thời điểm đánh giá

Thời điểm / Xét nghiệm	T0	T6	T12	T18	T24	T30	T36	T42	T48
HC (T/L) $\bar{X}$ ± SD	3,7 ±0,9	4,3 ±0,7	4,5 ±0,6	4,5 ±0,6	4,6 ±0,7	4,6 ±0,6	4,6 ±0,5	4,6 ±0,5	4,5 ±0,6
Hb (g/l) $\bar{X}$ ± SD	122,6 ±30,0	141,0 ±32,5	145,0 ±21,8	145,3 ±19,1	143,3 ±20,4	144,6 ±19,5	147,5 ±14,1	148,1 ±16,0	145,4 ±15,0
TC (G/L) $\bar{X}$ ± SD	217,8 ±105,3	251,7 ±83,2	229,7 ±67,5	252,4 ±125,2	259,4 ±93,6	264,1 ±96,1	229,2 ±88,9	256,7 ±118,6	240,3 ±101,2

Chúng tôi nhận thấy, số lượng hồng cầu trung bình trong máu ngoại vi tại thời điểm sau 6 tháng điều trị là 4,3 ± 0,7 T/L tăng lên rõ rệt so với tại thời điểm bắt đầu điều trị là 3,7 ± 0,9 T/L. Tương tự, nồng độ hemoglobin trung bình trong máu ngoại vi tại thời điểm sau 6 tháng điều trị là 141,0 ± 32,5 g/l cũng tăng lên rõ rệt so với tại thời điểm bắt đầu điều trị là 122,6 ± 30,0 g/l. Số lượng tiểu cầu đều trong giới hạn bình thường và không có sự khác biệt rõ rệt. Tại các thời điểm sau 12 tháng, số lượng hồng cầu cũng như nồng độ hemoglobin và tiểu cầu trong máu ngoại vi của các bệnh nhân đều trong giới hạn sinh lý bình thường ở các thời điểm đánh giá. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với kết quả của tác giả Nguyễn Danh Đức, Đoàn Thu Trà [2], [3]. Như vậy có thể thấy rằng, sau khi chuyển sang điều trị phác đồ bậc 2, bệnh nhân có đáp ứng tốt xét trên các chỉ số huyết học.

V. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân còn duy trì điều trị chiếm tỷ lệ cao 40/43 (93%), 2 bệnh nhân tử vong (4,7%) và 1 bệnh nhân thất bại điều trị (2,3%).

- Điều trị phác đồ bậc 2 có sự cải thiện rõ rệt về lâm sàng, miễn dịch cũng như tải lượng vi rút: Tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn lâm sàng 1 tăng dần, ban đầu là 7%, sau 48 tháng là 37/38 (97,4%); Tỷ lệ bệnh nhân suy giảm miễn dịch nặng giảm dần, sau 36 tháng, tỷ lệ bệnh nhân có TCD4 < 200 tế bào/mm^3 là 2,6%. Sau 6 tháng điều trị, tại lượng vi rút giảm xuống rõ rệt ở các bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2009), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
2. **Đoàn Thu Trà** (2016), *Xác định tính kháng thuốc của HIV ở bệnh nhân thất bại với phác đồ bậc 1 và đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ thuốc kháng vi rút bậc 2 trên bệnh nhân HIV*, Viện nghiên cứu khoa học và y dược học lâm sàng 108.
3. **Nguyễn Danh Đức** (2012), *Đánh giá kết quả điều trị của phác đồ bậc 2 TDF + 3TC + LPV/r ở bệnh nhân HIV/AIDS tại bệnh viện bệnh Nhiệt đới Trung ương*, Đại học Y Hà Nội.

4. **Ferradini L., Ouk V., Segeral O., et al.** (2011), "High efficacy of lopinavir/r-based second-line antiretroviral treatment after 24 months of follow up at ESTHER/Calmette Hospital in Phnom Penh, Cambodia", *J Int AIDS Soc*, 14, 14.
5. **Fox M. P., Ive P., Long L., et al.** (2010), "High rates of survival, immune reconstitution, and virologic suppression on second-line antiretroviral therapy in South Africa", *J Acquir Immune Defic Syndr*, 53(4), 500-6.
6. **Nguyễn Thành Dũng, Nguyễn Trần Chính, Võ Minh Quang** (2014), "Kết quả điều trị phác đồ ARV bậc 2 ở bệnh nhân HIV/AIDS tại bệnh viện Nhiệt đới", *Y Học TP. Hồ Chí Minh * Tập 18 * Phụ bản của Số 1 * 2014*.

CƠ CẤU BỆNH TẬT TRONG CỘNG ĐỒNG TẠI TỈNH ĐẮK NÔNG, GIAI ĐOẠN 2010-2013

Nguyễn Xuân Kiên*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu cơ cấu bệnh tật trong cộng đồng ở Đák Nông để có cơ sở khoa học trong triển khai các hoạt động chăm sóc sức khỏe cho nhân dân trên địa bàn tỉnh. ***Đối tượng và phương pháp:*** nghiên cứu mô tả ngang, kết hợp hồi cứu đối với chủ hộ hoặc người đại diện hộ gia đìnhvà các báo cáo thống kê y tế các cấp giai đoạn 2010-2013 trên địa bàn tỉnh Đák Nông. ***Kết quả:*** Tỷ lệ hộ gia đình có ít nhất 1 người mắc bệnh trong tháng qua là 26%; ước tính số lượt ốm trung bình khoảng 3,38 lượt/người/năm. Tỷ lệ mắc bệnh cao nhất ở nhóm trẻ em dưới 10 tuổi (chiếm 27,5%); các bệnh có tỷ lệ mắc cao là hội chứng cảm cúm (25,8%), các bệnh đường hô hấp (14,5%) và các bệnh đường tiêu hoá (25,1%). Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi có xu hướng giảm. Tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS trên 100.000 dân tăng khoảng 25%/năm. ***Kết luận:*** cơ cấu bệnh tật tại Đák Nông cho thấy tỉ lệ hộ gia đình mắc bệnh ở mức cao với cơ cấu chủ yếu là bệnh truyền nhiễm. Tỉ lệ suy dinh dưỡng trẻ em có xu hướng giảm, tỉ lệ nhiễm HIV/AIDS tăng rõ rệt.

Từ khóa: cơ cấu bệnh tật, Đák Nông, 2010-2013

SUMMARY

STUDY ON PATTERN OF DISEASES IN DAK NONG, 2010-2013 PERIOD

O***bjective:*** Study on pattern of diseases to have a scientific basis for health care activities for the people in Đák Nong. ***Subjects and methods:*** retrospective and cross descriptive study base on household survey and all lever of health statistics reports in Đák Nong province for the period 2010-2013. ***Results:*** Within 1 month, households with at least 1 disease was 26%; Estimated number of illnesses is 3.38 times / person / year. The highest illness was children under 10 years old group (27.5%); High incidence disease groups were influenza syndrom (25.8%), respiratory diseases (14.5%) and gastrointestinal diseases (21.5%). The children under 5 malnutrition tend decreasingly. The proportion of HIV/AIDS patients per 100,000 population increase approximately 25%/year. ***Conclusions:*** in period 2009-2013, pattern of disease shows high rate of illness household with high prevalence of infectious diseases. The rate of child malnutrition tends to decrease, the rate of HIV/AIDS patients increases markedly.

Keywords: pattern of diseases, Đak Nong, 2010-2013 period

**Cục Quân y*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Kiên
Email: xuankien64@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 11.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 3.10.2017
Ngày duyệt bài: 13.10.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm qua, Tây Nguyên đã đạt được nhiều thành tích trong xây dựng mạng lưới y tế cơ sở, khống chế các dịch bệnh nhiễm trùng truyền nhiễm và chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh từng bước được nâng cao, bước đầu đáp ứng được nhu cầu khám chữa bệnh cho người dân… Tuy nhiên, khu vực Tây Nguyên còn gặp nhiều khó khăn về nhân lực y tế, về cơ sở hạ tầng, về trang thiết bị y tế, công tác quản lý y tế trên một số mặt còn bị hạn chế, chất lượng khám chữa bệnh ở vùng sâu, vùng xa còn những bất cập, một số chính sách và giải pháp đã được đề xuất để tăng cường và đảm bảo công bằng trong khám chữa bệnh còn chưa được thực hiện đầy đủ. Đak Nông là tỉnh thuộc Nam Tây Nguyên, với 31 dân tộc anh em sinh sống, nhiều phong tục lạc hậu, nhận thức người dân về công tác y tế còn nhiều hạn chế. Đặc biệt đối với người dân sống ở những vùng sâu vùng xa, vùng biên giới, dân di cư tự do, đời sống kinh tế người dân còn rất nhiều khó khăn, địa hình hiểm trở rộng khó tiếp cận với công tác y tế. Vì vậy, việc nghiên cứu mô hình bệnh tật tại Đắk Nông là hết sức cần thiết nhằm phục vụ cho chiến lược phát triển kinh tế, đảm bảo y tế, an sinh xã hội..

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và đối tượng nghiên cứu:

2.1.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại tỉnh Đák Nông, từ tháng 01/2014 đến tháng 06/2015

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu: Chủ hộ hoặc người đại diện hộ gia đình sống trên địa bàn tỉnh Đák Nông. Các báo cáo thống kê y tế các cấp giai đoạn 2010-2014.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp nghiên cứu mô tả ngang, kết hợp hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu: $n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{d^2}$

Trong đó: n: Là cỡ mẫu cần điều tra

Z: Giá trị z thu được tương ứng với giá trị α = 0,05→ z(1-α/2) = 1,96

α: Mức ý nghĩa thống kê, trong nghiên cứu này α = 0,05; p: Tỷ lệ hộ gia đình (HGĐ) có người ốm cần phải khám chữa bệnh theo kết quả nghiên cứu của Viện Chiến lược & Chính sách y

tế năm 2010 là 61,4%; d: Sai số cho phép của nghiên cứu là 3% (0,03)

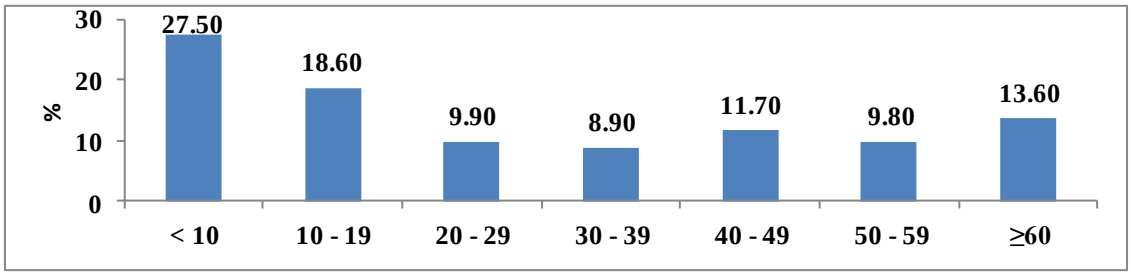
Thay số vào công thức, tính được n = 948, cộng thêm 10% bỏ cuộc, từ chối tham gia nghiên cứu thì tổng cỡ mẫu cần điều tra là: 1.043 hộ gia đình. Thực tế cỡ mẫu điều tra được tại địa bàn nghiên cứu là 1.090 hộ gia đình.

2.2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch trước khi nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1 và được nhập hai lần bởi hai nhập liệu viên khác nhau. Hai bộ số liệu này sẽ được đối chiếu, so sánh để sửa các sai sót trong quá trình nhập liệu. Sau khi chỉnh sửa bộ số liệu sẽ được chuyển sang phần mềm SPSS 16.0 để chạy các bảng tần số.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

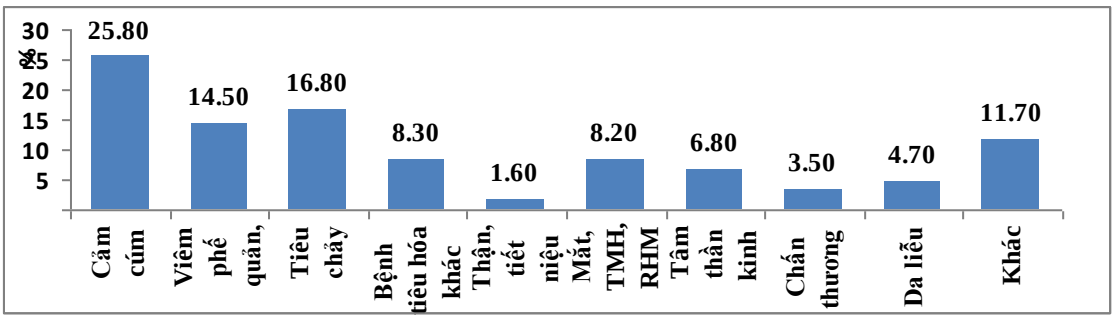
3.1. Thực trạng sức khỏe và bệnh tật tại cộng đồng: Tỷ lệ hộ gia đình có ít nhất 1 người mắc bệnh trong tháng qua là 26,0%. Với tỷ lệ mắc bệnh trong tháng là 26,0%, ước tính số lượt ốm trung bình khoảng 3,38 lượt/người/năm - một tỷ lệ tương đối cao so với những tỉnh khác ở Tây Nguyên.

Phân tích số người mắc bệnh trong hộ gia đình trong tháng qua cho thấy phần lớn là hộ gia đình có 1 người mắc, chiếm 77,3%; chỉ có 5,2% hộ gia đình trong tháng *qua có từ 3* người mắc trở lên.



Biểu đồ 1. Phân bố người mắc bệnh trong tháng qua theo nhóm tuổi (%) (n=1.405)

Phân tích tỷ lệ mắc bệnh trong tháng qua theo nhóm tuổi ở cả cộng đồng cho thấy tỷ lệ cao nhất ở nhóm trẻ em dưới 10 tuổi, chiếm 27,5% và ở nhóm 10 - 19 tuổi là 18,6%. Ở nhóm người già trên 60 tuổi là 13,6%. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu của các tác giả trong nước về liên quan giữa các bệnh thường gặp với nhóm tuổi. Tỷ lệ ốm ở nữ giới (55%) cao hơn nam giới (45%), phù hợp với một số tác giả khác như Đoàn Công Khanh ở dân tộc K'ho (Lâm Đồng, 2005) và ĐTYTQG năm 2002. Điều này có lẽ là do đặc điểm của người dân tộc ở Tây Nguyên như Jarai, Bahnar, Ê đê.



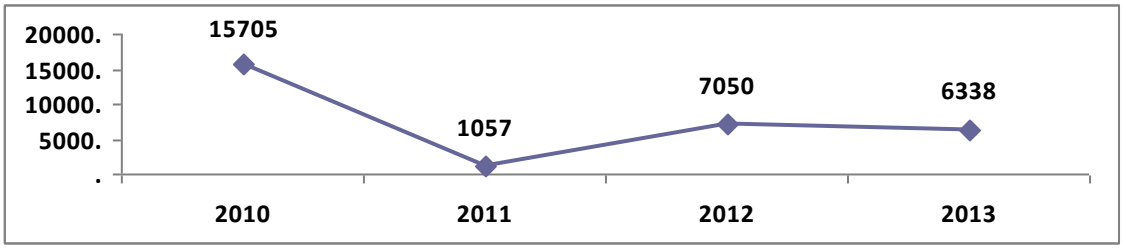
Biểu đồ 2. Cơ cấu bệnh trong tháng qua của hộ gia đình (%) (n=1.405)

Các bệnh có tỷ lệ mắc cao là hội chứng cảm cúm (25,8%), các bệnh đường hô hấp như viêm phổi, viêm phế quản cũng chiếm tới 14,5% và các bệnh đường tiêu hoá có tần xuất mắc cao (25,1% chung cho cả tiêu chảy và các bệnh đường tiêu hóa khác). Các bệnh đường hô hấp và đường tiêu hoá chiếm hầu hết các mặt bệnh ốm trong tháng qua.

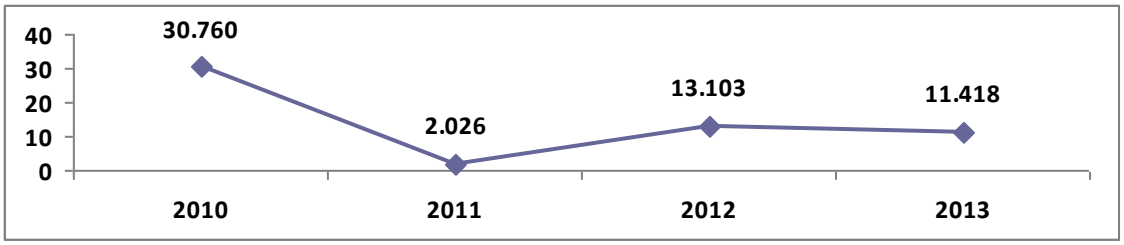
3.2. Mô hình bệnh tật tại cộng đồng (2010-2013)

3.2.1. Bệnh truyền nhiễm

Số lượt mắc bệnh truyền nhiễm hàng năm ở Đắk Nông biến động mạnh trong giai đoạn 2010-2013. Năm 2010 có số lượt mắc bệnh cao nhất với gần 16.000 người trong khi năm 2011 chỉ có hơn 1.000 người. Các dịch bệnh lớn năm 2010 là sốt xuất huyết, sốt rét, đau mắt đỏ, cúm...



Biểu đồ 3. Số lượt mắc bệnh truyền nhiễm ở Đắk Nông (2010-2013)



Biểu đồ 4. Tỷ lệ mắc bệnh truyền nhiễm/1.000 dân ở Đắk Nông (2010-2013)

Năm 2013 ghi nhận 02 ổ dịch nhỏ sốt xuất huyết xảy ra trên địa bàn xã Quảng Sơn - Đăk G'long và 01 thôn của xã ĐăkR'la - Đăk Mil đã được khống chế ổn định hoàn toàn. Tổng số các trường hợp mắc 28 bệnh truyền nhiễm là 6.338 ca, giảm 249 ca so với cùng kỳ (3,7%);

Năm 2014 tình hình dịch bệnh cơ bản được kiểm soát, trong năm ghi nhận không ghi nhận vụ dịch nào xảy ra. Các chỉ tiêu Chương trình mục tiêu quốc gia đều đạt và vượt kế hoạch, đặc biệt không có trường hợp nào tử vong do các bệnh dịch như: sốt rét, sốt xuất huyết, sởi, uốn ván sơ sinh và tai biến do tiêm chủng....

**Bệnh sốt rét:* Năm 2013, tình hình bệnh sốt rét trên địa bàn hiện ổn định, tổng số bệnh nhân sốt rét trong năm là 502 ca, giảm 225 ca (chiếm 30,9%) so với cùng kỳ, trong năm không có bệnh nhân sốt rét ác tính và tử vong do sốt rét.

- Tỷ lệ BNSR/1.000 DSC 0,9%0 trong đó có 02 huyện ở mức gần như năm 2012: Đăk R'lấp, Tuy Đức, còn các huyện khác giảm, tuy nhiên tỷ lệ mắc SR/1000 DSC vẫn ở mức cao (Cư Jút 2,2; Tuy Đức 2,6).

- Cơ cấu ký sinh trùng sốt rét của toàn tỉnh có thay đổi, chủng P.faciparum có xu hướng giảm dần năm 2012 (43,4%), 2013 (30%), chủng P.vivax có chiều hướng tăng mạnh tăng năm 2012 (50,3%), 2013 (63%).

- Đối tượng mắc SR chủ yếu là dân di cư tự do và người đi rừng ngủ rẫy hoặc sống ở vùng sâu vùng xa, hiện nay 2 huyện (Đăk R'lấp, Tuy Đức) có chỉ số SR gia tăng và là nơi tiếp giáp với Bù Đăng và Bù Gia Mập đây là những địa phương đang có SR kháng thuốc Artemisinin do vậy hết sức cảnh giác.

Tình hình bệnh sốt rét trong năm 2014 gia tăng tổng số ca mắc: 585, tăng 16,5% so với năm 2013 (502), đối tượng mắc SR chủ yếu là dân di cư tự do và người đi rừng làm gỗ, ngủ rẫy hoặc sống ở vùng sâu vùng xa. Trong năm có 03 bệnh nhân sốt rét ác tính (Đăk Song; Krông Nô; Tuy Đức), tuy nhiên đều điều trị khỏi không có trường hợp nào tử vong.

- Tỷ lệ BNSR/1.000 DSC 1,03%0 trong đó có 03 huyện tăng cao so với năm 2013: Cư Jút, Krông nô, thị xã Gia Nghĩa đặc biệt trong đó huyện Cư Jút chiếm 52,6% tổng số ca mắc và chiếm 52% số KSTSR so với cả tỉnh, còn các huyện khác đều giảm.

**Bệnh sốt xuất huyết:* Tổng số bệnh nhân sốt xuất huyết tính năm 2013 là: 618 ca, tăng 318 ca so với cùng kỳ (2,01 lần), đặc biệt tại xã Quảng Sơn, huyện Đăk G'long: 359 ca. Xã Đăk Ndrot là 33 trường hợp. Trong năm đã ghi nhận 58 xã/phường/thị trấn thuộc 8 huyện mắc SXH chủ yếu 5 huyện: Đăk G'long (359), Cư Jút (45), Đăk R'lấp (36), Đăk Song (29), Gia Nghĩa (80) và không có trường hợp nào tử vong do SXH.

Tổng số bệnh nhân sốt xuất huyết năm 2014 là 133 ca giảm 79,6% so với năm 2013 (618), không ghi nhận tử vong do sốt xuất huyết. Hiện có 40/71 xã, phường, thị trấn ở 8 huyện, thị xã mắc rải rác SXH. Tỷ lệ mắc sốt xuất huyết năm 2010 lên tới 413,1/100.000 dân, ở mức trung bình so với các tỉnh Tây Nguyên. Tuy nhiên, trong cả giai đoạn 2009-2014, không có bệnh nhân sốt xuất huyết nào bị tử vong.

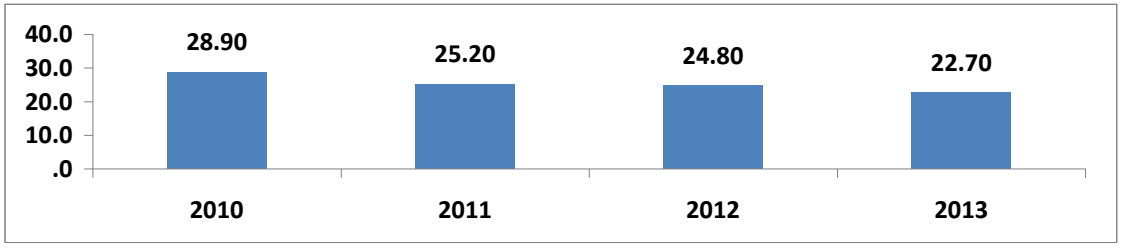
**Bệnh lao:* Năm 2013, tổng số lượt khám phát hiện là 4.418. Tổng số bệnh nhân lao thu nhận là 284, trong đó bệnh nhân lao AFB (+)

mới là 163; số bệnh nhân AFB (+) tái phát, thất bại là 24; số bệnh nhân AFB (-) mới và lao ngoài phổi là 97. Tỷ lệ điều trị khỏi: 88%; Tỷ lệ hoàn thành điều trị (8 tháng): 94% (KH giao > 90%). Tỷ suất mắc lao/100.000 dân là: 66.47%/KH giao 69%

Năm 2014, tổng số lượt khám phát hiện 4.400. Tổng số bệnh nhân lao thu nhận là 289, trong đó: bệnh nhân lao AFB (+) mới là 160; số bệnh nhân AFB (+) tái phát, thất bại là 17; số bệnh nhân AFB (-) mới và lao ngoài phổi là 112/100. Tỷ lệ điều trị khỏi: 86% (KH giao > 85%); Tỷ lệ hoàn thành điều trị (8 tháng): 93%. Tỷ suất mắc lao/100.000 dân là: 55,39%KH giao 55,2%.

3.2.2. Chăm sóc sức khỏe bà mẹ - trẻ em

**Chăm sóc sức khỏe trẻ em (TE)*



Biểu đồ 5. Tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng (SDD) ở Đắk Nông (2010-2013)

Năm 2013, tỷ lệ trẻ em < 5 tuổi được cân là: 96%, kết quả tỷ lệ SDD <5 tuổi (thể nhẹ cân): 22,7%; tỷ lệ SDD < 5 tuổi (chiều cao): 32,7%. Tỷ lệ trẻ < 2 tuổi SDD được cân hàng tháng 94,5%, Tỷ lệ trẻ < 2 tuổi được theo dõi biểu đồ cân nặng 3 tháng/lần 92%. Tỷ suất chết sơ sinh: 9,6% (giảm 0,6%0), tỷ suất chết TE <1 tuổi 20% (giảm 4,2%0), tỷ suất chết TE <5 tuổi là 26,4% (giảm 2,3%).

Năm 2014, tỷ lệ SDD <5 tuổi (thể nhẹ cân): 21,8%. Tỷ lệ trẻ < 2 tuổi SDD được cân hàng tháng 94,1%, Tỷ lệ trẻ < 2 được theo dõi biểu đồ cân nặng 3 tháng/lần 93%. Tỷ suất chết sơ sinh: 9,6% (giảm 0,4%), tỷ suất chết TE <1 tuổi 19%, tỷ suất chết TE <5 tuổi là 25,2%0.

**Chăm sóc sức khỏe bà mẹ:* Năm 2013, tai biến sản khoa 2013: 28/41 ca (2012) giảm 31,8% (Băng huyết 19/29, sản giật 4/3, vỡ tử cung 3/2, nhiễm trùng 0/5, UVSS 2/3). Tình hình tử vong mẹ 2013: 3 (do thuyên tắc ối)/3(2012); tỷ số chết mẹ 33,03%000

Tình hình tai biến sản khoa 2014: 36 ca (2013: 36 ca); Trong đó: Băng huyết 20/26, sản giật 10/4 tăng 60%, vỡ tử cung 0/3, nhiễm trùng 5/1, UVSS 1/2). Tình hình tử vong mẹ 2014: 1 (do thuyên tắc ối) giảm 2 ca so với (2013); tỷ số chết mẹ 32,05 %000

3.2.3. Tình hình nhiễm HIV/AIDS

Bảng 1. Tình hình nhiễm HIV phân theo huyện

Huyện, thành phố	2010	2011	2012	2013
Thị xã Gia Nghĩa	61	69	72	77
Đăk G'long	20	22	30	38
Cư Jút	124	134	148	154
Đăk Mil	36	39	41	45
Krông Nô	33	44	49	55
Đăk Song	62	65	70	77
Đăk R'lấp	92	101	116	134
Tuy Đức	14	16	19	26
Tổng số	**442**	**490**	**545**	**606**
Tỷ lệ nhiễm/10.000 dân	8,66	9,39	10,13	10,92

Tỷ lệ nhiễm HIV ở Đắk Nông có xu hướng tăng lên đều hàng năm trong giai đoạn 2010-2013 với tỷ lệ tăng trong 4 năm khoảng 25%. Đáng chú ý là số lượng bệnh nhân gia tăng đều ở tất cả các huyện thị trong tỉnh.

Tình hình lây nhiễm: Trong năm 2013 đã phát hiện 69 trường hợp (Nam 46, nữ 23), lũy tích BN nhiễm đến 19/12/2013: 626 trường hợp (618 nội tỉnh và 08 ngoại tỉnh) tuy nhiên hiện nay đang quản lý trực tiếp là 174 ca (Cộng đồng 151, trại tạm giam 23 ca, còn: 452 ca là mất dấu, chết, chuyển nơi khác). Số BN AIDS phát hiện trong năm: 27 trường hợp, lũy tích đến 19/12/2013: 235 trường hợp (nam 180, nữ 55). Số BN AIDS tử vong trong năm: 8 trường hợp, Lũy tích tử vong 19/12/2013: 120 trường hợp (nam 103, nữ 17).

Tính đến năm 2013 đã có 63/71 xã, phường, thị trấn của 8/8 huyện, thị xã đã có người nhiễm,

huyện cao nhất: Cư Jút (153 ca); Đăk'Rlấp (131 ca); Gia Nghĩa: 77; Đăk Song: 77 ca. Trong đó nam chiếm 74,9% cao gấp 2,99 lần so với nữ, chủ yếu tập trung đối tượng NCMT 34,47%, quan hệ tình dục 6,83%, lứa tuổi 20-49 chiếm 91,06%.

Các chỉ tiêu được giao năm 2014 cơ bản đều đạt và vượt kế hoạch được giao năm 2014. Tình hình lây nhiễm: Trong năm 2014 (đến 25/12) tổng số đã phát hiện 74 BN tăng 5 BN so với năm 2013, trong đó: (Nam 47, nữ 27), lũy tích BN nhiễm: 695 (668 nội tỉnh và 27 ngoại tỉnh; Nam: 512, nữ: 183). Số BN AIDS lũy tích: 254 ca. Số BN AIDS tử vong trong năm: 8 trường hợp, Lũy tích tử vong: 130 trường hợp.

Tính đến năm 2014 đã có 64/71 xã, phường, thị trấn của 8/8 huyện, thị xã đã có người nhiễm, huyện cao nhất: Cư Jút; Đăk'Rlấp; Gia Nghĩa; Đăk Song. Trong đó nam chiếm 63% cao gấp 1,7 lần so với nữ, chủ yếu tập trung đối tượng NCMT 34,47%, quan hệ tình dục 6,83%, lứa tuổi 20-49 chiếm 91,06%.

Bảng 2. Tình hình bệnh nhân AIDS phân theo huyện

Huyện, thành phố	2010	2011	2012	2013
Thị xã Gia Nghĩa	25	33	39	41
Đăk G'long	7	8	13	14
Cư Jút	35	39	43	46
Đăk Mil	3	4	4	5
Krông Nô	6	9	12	16
Đăk Song	19	23	24	24
Đăk R'lấp	40	48	57	70
Tuy Đức	6	12	15	19
Tổng số	**141**	**176**	**207**	**235**
Tỷ lệ mắc/10.000 dân	2,76	3,37	3,85	4,23

Các trường hợp bệnh nhân AIDS mới cũng gia tăng đều hàng năm ở tất cả các huyện thị. Số lượng và tỷ lệ bệnh nhân AIDS trên 10.000 dân cũng có xu hướng tăng, tương tự như tình hình nhiễm HIV. Huyện Đăk R'lấp, Cư Jút và Thị xã Gia Nghĩa là những trọng điểm về HIV/AIDS.

3.2.4. Ngộ độc thực phẩm: Theo số liệu báo cáo, số vụ ngộ độc thực phẩm ở tỉnh Đắk Nông rất thấp, từ 0 đến 2 vụ/năm và số người bị ngộ độc cũng không nhiều, trừ vụ ngộ độc ở huyện Đăk G'long năm 2011 với 74 người mắc.

IV. KẾT LUẬN

4.1. Thực trạng sức khỏe và bệnh tật tại cộng đồng tỉnh Đắk Nông (2014): Tỷ lệ hộ gia đình có ít nhất 1 người mắc bệnh trong tháng qua là 26,0%; ước tính số lượt ốm trung bình khoảng 3,38 lượt/người/năm. Phần lớn là hộ gia đình có 1 người mắc (chiếm 77,3%). Tỷ lệ mắc bệnh cao nhất ở nhóm trẻ em dưới 10 tuổi, chiếm 27,5% và ở nhóm 10 - 19 tuổi là 18,6%; Tỷ lệ ốm ở nữ giới cao hơn nam giới.

Các bệnh có tỷ lệ mắc cao là hội chứng cảm cúm (25,8%), các bệnh đường hô hấp (14,5%) và các bệnh đường tiêu hoá (25,1%).

4.2. Mô hình bệnh tật tại cộng đồng (2010-2013): Số lượt mắc bệnh truyền nhiễm hàng năm ở Đắk Nông biến động mạnh trong giai đoạn 2010-2013. Năm 2010 có số lượt mắc bệnh cao nhất với gần 16.000 người, các dịch bệnh lớn là sốt xuất huyết, sốt rét, đau mắt đỏ, cúm... Tỷ lệ nhiễm HIV ở Đắk Nông có xu hướng tăng lên đều hàng năm trong giai đoạn 2010-2013 với tỷ lệ tăng trong 4 năm khoảng 25%. Đáng chú ý là số lượng bệnh nhân gia tăng đều ở tất cả các huyện thị trong tỉnh. Các trường hợp bệnh nhân AIDS mới cũng gia tăng đều hàng năm ở tất cả các huyện thị. Số lượng và tỷ lệ bệnh nhân AIDS trên 10.000 dân cũng có xu hướng tăng, tương tự như tình hình nhiễm HIV. Huyện Đăk R'lấp, Cư Jút và Thị xã Gia Nghĩa là những trọng điểm về HIV/AIDS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2014),** *Niêm giám thống kê y tế năm 2013*, Hà Nội.
2. **Đặng Tuấn Đạt (2015),** *Thực trạng bệnh truyền nhiễm ở Tây Nguyên*, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp tỉnh.
3. **Đoàn Công Khanh (2005),** *Nhu cầu chăm sóc sức khỏe của đồng bào dân tộc K'ho ở huyện Lạc Dương (Lâm Đồng) và khả năng đáp ứng của y tế xã,* Luận văn Thạc sĩ y học, Học viện Quân y.
4. **Sở Y tế tỉnh Đắk Nông (2015),** *Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2014 và kế hoạch phát triển sự nghiệp y tế năm 2015*.
5. **Sở Y tế tỉnh Đắk Nông (2014),** *Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2013 và kế hoạch phát triển sự nghiệp y tế năm 2014*.
6. **Sở Y tế tỉnh Đắk Nông (2013),** *Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2012 và kế hoạch phát triển sự nghiệp y tế năm 2013*.
7. **Ngô Thị Hải Vân (2015),** *Thực trạng bệnh sốt xuất huyết Dengue ở Tây Nguyên (2005-2014), hiệu quả mô hình can thiệp dựa vào cộng đồng*, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp tỉnh.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GÃY CỘT SỐNG LƯNG VÀ THẮT LƯNG DO CHẤN THƯƠNG BẰNG NẸP VÍT ĐƯỜNG VÀO LỐI SAU TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Hoàng Thanh Tùng*, Võ Văn Nho, Nguyễn Hùng Minh***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy cột sống lưng và thắt lưng do chấn thương bằng nẹp vít lối sau. **Phương pháp:** 89 bệnh nhân chấn thương cột sống lưng và thắt lưng được phẫu thuật bằng nẹp vít lối sau. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật 10 ngày và ở lần khám cuối cùng (trung bình 14,47 tháng) theo các tiêu chí về nắn chỉnh, phục hồi thần kinh, phục hồi lao động. **Kết quả và kết luận:** Kết quả nắn chỉnh: góc gù vùng chấn thương loại gãy lún nhóm 1 là 6,6 ± $3,3^0$ và ở lần khám cuối cùng là 7,8 ± $3,5^0$; nhóm 2 lần lượt là 4,5 ± $3,2^0$ và 5,4 ± $3,2^0$. Loại gãy vỡ thân đốt nhiều mảnh nhóm 1 là 6,9 ± $5,2^0$ và 8,4 ± $5,1^0$; nhóm 2 là 8,5 ± $7,7^0$ và 9,8 ± $7,6^0$. Loại gãy trật chỉ gặp nhóm 1 (9,0± $1,0^0$ và 10,8± $1,3^0$). Giảm chiều cao cột trước thân đốt gãy lún nhóm 1 là 14,6 ± 1,5% và 17,3 ± 1,5%; nhóm 2 là 15,7 ± 1,2% và 18,0 ± 1,0%. Loại gãy vỡ thân đốt nhiều mảnh nhóm 1 là 10,5 ± 2,4% và 12,4 ± 2,5%; nhóm 2 là 10,2 ± 2,3% và 11,8 ± 2,4%. Loại gãy trật chỉ gặp nhóm 1 (10,2 ± 3,1% và 13,2 ± 3,9%). Kết quả phục hồi thần kinh: tỷ lệ phục hồi là 77,14% trong đó phục hồi ít nhất hai độ Frankel chiếm 37,14% và phục hồi hoàn toàn chiếm 48,57%. Mức độ phục hồi lao động: độ I là chủ yếu (chiếm 71,91%), độ II (7,87%), độ III (4,49%), độ IV(3,37%) và độ V (12,36%).

Từ khóa: nắn chỉnh, góc gù, cột sống lưng và thắt lưng, chấn thương

SUMMARY

RESULTS OF THORACOLUMBAR AND LUMBAR SPINAL INJURISES SURGERY BY PEDICLE SCREWS FIXATION WITH POSTERIOR APPROACH AT 103 MILITARY HOSPITAL

Objective: assessment the results of thoracolumbar and lumbar spinal injuries surgery by pedicle screws fixation with posterior approach. **Methods:** 89 patients injuried thoracolumbar and lumbar spine have been surgery by pedicle screws fixation with posterior approach. Evaluation of results after 10 days of surgery and final examination (average 14.47 months) with criteria about correction, nerve restoration, labor recovery. **Results and conclusions:** Results of correction: local kyphosis angle (compression fracture has group 1: 6.6 ± 3.3^0 and final examination 7.8 ± 3.5^0; group 2: 4.5± 3.2^0 and 5.4± 3.2^0. Burst fracture has group 1: 6.9 ± 5.2^0 and 8.4 ± 5.1^0; group 2: 8.5 ± $7,7^0$ and 9.8 ± 7.6^0. Dislocation fracture has only group 1: 9.0 ± 1.0^0 and 10.8 ± 1.3^0). Anterior veterbral body height loss (compression fracture has group 1: 14.6 ± 1.5% and 17.3 ± 1.5%; group 2: 15.7 ± 1.2% and 18.0 ± 1.0%. Burst fracture has group 1: 10.5±2.4% and 12.4 ± 2.5%; group 2: 10.2±2.3% and 11.8 ±2.4%. Dislocation fracture has only group 1: 10.2 ± 3.1% and 13.2 ± 3.9%). Results of nerve restoration: rate of restoration 77.14% which recovers at least 2 Frankel grade 37.14% and complete restoration 48.57%. Labor recovery grade: grade I is the most commong (71.91%), grade II (7.87%), grade III (4.49%), grade IV(3.37%) and grade V (12.36%).

Key words: correction, local kyphosis angle, thoracolumbar and lumbar, spinal injury

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống lưng và thắt lưng là loại chấn thương thường gặp nhất trong chấn thương cột sống chiếm khoảng 90%. Theo Mark S. Greenberg tỷ lệ chấn thương đoạn cột sống bản lề lưng và thắt lưng chiếm 64%, trong đó tỷ lệ không có tổn thương thần kinh chiếm khoảng 70% [1]. Điều trị chấn thương cột sống lưng và thắt lưng ngày càng có những tiến bộ vượt bậc, nhất là phương pháp phẫu thuật lối sau càng trở nên phổ biến và chiếm ưu thế. Nhờ vào sự phát triển kĩ thuật vít chân cung của Roycamile và Margel, kĩ thuật giải ép lối sau của Levin, phát hiện của Denis về sự dễ liền xương trong gãy vỡ thân sống nhiều mảnh, vai trò của hệ thống dây chằng phía sau trong cấu trúc vững của cột sống cùng sự phát triển mạnh mẽ của trang thiết bị và dụng cụ phẫu thuật. Đây là kĩ thuật không quá phức tạp do vậy thuận lợihơn trong ứng dụng. Hậu phẫu nhẹ nhàng, thời gian điều trị ngắn và chi phí điều trị thấp hơn cũng là ưu việt lớn của phương pháp phẫu thuật đường vào lối sau so với đường vào lối trước. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy cột sống lưng và thắt lưng do chấn thương bằng nẹp vít đường vào lối sau.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu.

2.1.1 *Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân*

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định chấn thương cột sống lưng và thắt lưng mất vững và được phẫu thuật nắn chỉnh, cố định, giải ép

**Học viện Quân y*
***Bệnh viện Ngoại thần kinh quốc tế*
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thanh Tùng
Email: bstungpttk103@gmail.com
Ngày nhận bài: 11.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 3.10.2017
Ngày duyệt bài: 10.10.2017

bằng nẹp vít lối sau.

- Không phân biệt giới tính, tuổi ≥ 18.

2.1.2 *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Bệnh nhân có các bệnh mạn tính. Có tổn thương kết hợp nặng kèm theo. Tổn thương nghi ngờ do ung thư, lao, rối loạn tâm thần. Bệnh nhân không hợp tác điều trị, không tuân thủ quy trình theo dõi tái khám sau phẫu thuật và không có đầy đủ hồ sơ nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu.

2.2.1 Địa điểm nghiên cứu: Khoa ngoại thần kinh, Bệnh viện Quân y 103

2.2.2 Thời gian nghiên cứu: từ 12/2010 đến 1/2013.

2.2.3 Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, có can thiệp.

2.2.4. Nội dung nghiên cứu:

- Thông tin chung về bệnh nhân: tuổi, giới, nghề nghiệp, loại tai nạn, thời gian từ lúc tai nạn đến lúc nhập viện.

- Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 10 ngày và ở lần khám cuối cùng (sau mổ trung bình 14,47 tháng).

+ Đánh giá phục hồi thần kinh theo phân loại của Frankel-Bradford [2]

Độ	Đặc điểm tổn thương
A	Mất hoàn toàn vận động + cảm giác
B	Mất hoàn toàn vận động+còn cảm giác
C	Sức cơ 1/5 – 2/5 + còn cảm giác
D1	Sức cơ 3/5 và/hoặc liệt cơ tròn
D2	Sức cơ 3/5 – 4/5 và/hoặc rối loạn cơ tròn
D3	Sức cơ 4/5 và/hoặc cơ tròn bình thường
E	Vận động + cảm giác và cơ tròn bình thường

+ Đánh giá kết quả nắn chỉnh trên phim chụp X-quang quy ước[3],[4]: Góc gù vùng chấn thương và giảm chiều cao cột trước thân đốt.

+ Đánh giá mức độ phục hồi lao động theo Denis [5]

Độ	Tiêu chuẩn đánh giá
1	Quay lại công việc trước đây
2	Có khả năng quay lại công việc trước đây nhưng hạn chế
3	Không có khả năng quay lại công việc nặng trước đây, làm đủ giờ với công việc mới
4	Không thể quay lại công việc cũ , làm việc không đủ giờ và đôi khi phải nghỉ việc do đau lưng
5	Mất khả năng lao động hoàn toàn

- Thu thập và xử lý số liệu theo thuật toán thống kê y học (phần mềm SPSS 16.0).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả gần

Bảng 1. Kết quả nắn chỉnh biến dạng sau phẫu thuật 10 ngày

Loại gãy	Biến dạng	Tần suất	Nhỏ nhất		Lớn nhất		Trung bình		Độ lệch chuẩn	
			α	β	α	β	α	β	α	β
Gãy lún	Nhóm 1	6	2	12	10	16	6,6	14,6	3,3	1,5
	Nhóm2	11	2	14	10	18	4,5	15,7	3,2	1,2
Gãy vỡ thân đốt	Nhóm 1	37	2	4	19	15	6,9	10,5	3,2	1,2
	Nhóm2	30	2	5	33	15	8,5	10,2	7,7	2,3
Gãy cúi căng	Nhóm 1	0								
	Nhóm2	0								
Gãy trật	Nhóm 1	5	8	7	10	15	9,0	10,2	1,0	3,1
	Nhóm2	0								

**Nhóm 1: giải ép trực tiếp hoặc tổn thương dây chằng. Nhóm 2: giải ép gián tiếp.*

- Loại gãy lún:

+ Nhóm 1 có giá trị α nhỏ nhất là 2^0, lớn nhất 10^0, trung bình $6,6^0$ với độ lệch chuẩn $3,3^0$; β nhỏ nhất 12%, lớn nhất 16%, trung bình 14,6% với độ lệch chuẩn 1,5%.

+ Nhóm 2 có giá trị α nhỏ nhất 2^0, lớn nhất 10^0, trung bình $4,5^0$ với độ lệch chuẩn $3,2^0$; β nhỏ nhất 14%, lớn nhất 18%, trung bình 15,7% với độ lệch chuẩn 1,2%.

- Loại gãy vỡ thân sống nhiều mảnh:

+ Nhóm 1 có giá trị α nhỏ nhất là 2^0, lớn nhất 19^0, trung bình $6,9^0$ với độ lệch chuẩn $5,2^0$; βnhỏ nhất 4%, lớn nhất 15%, trung bình 10,5% với độ lệch chuẩn 2,4%.

+ Nhóm 2 có giá triα nhỏ nhất 2^0, lớn nhất 33^0, trung bình $8,5^0$ với độ lệch chuẩn $7,7^0$; β nhỏ nhất 5%, lớn nhất 15%, trung bình 10,20% với độ lệch chuẩn 2,3%.

- Loại gãy trật:

+ Nhóm 1 có giá trị α nhỏ nhất 8^0, lớn nhất 10^0, trung bình $9,0^0$ với độ lệch chuẩn $1,0^0$; β nhỏ nhất 7%, lớn nhất 15%, trung bình 10,2% với độ lệch chuẩn 3,1%.

+ Nhóm 2 không có trường hợp nào.

Bảng 2. Kết quả hồi phục thần kinh sau phẫu thuật 10 ngày

Độ Frankel - Bradford		Sau mổ 10 ngày							Tổng
		A	B	C	D1	D2	D3	E	
	A	6							6

Trước mổ	B		3						3
	C			6	3	2			11
	D1						1		1
	D2						2	4	6
	D3						3	5	8
	E							54	54
Tổng		**6**	**3**	**6**	**3**	**2**	**6**	**63**	**89**

Chúng tôi nhận thấy trong tổng số 89 trường hợp nghiên cứu, trước mổ có 54 trường hợp Frankel E và 35 trường hợp có tổn thương thần kinh gồm 6 Frankel A, 3 Frankel B, 11 Frankel C, 1 Frankel D1, 6 Frankel D2, 8 Frankel D3. Sau mổ 10 ngày đã có 63 trường hợp Frankel E và 26 trường hợp còn tổn thương thần kinh gồm 6 Frankel A, 3 Frankel B, 6 Frankel C, 3 Frankel D1, 2 Frankel D2, 6 Frankel D3.

3.2. Kết quả xa

Bảng 3. Kết quả nắn chỉnh biến dạng ở lần khám cuối cùng

Loại gãy \ Biến dạng		Tần suất	Nhỏ nhất		Lớn nhất		Trung bình		Độ lệch chuẩn	
			α	β	α	β	α	β	α	β
Gãy lún	Nhóm 1	6	3	15	12	19	7,8	17,3	3,5	1,5
	Nhóm 2	11	3	17	11	20	5,4	18,0	3,2	1,0
Gãy vỡ thân đốt	Nhóm 1	37	3	5	20	17	8,4	12,4	5,1	2,5
	Nhóm 2	30	3	7	34	17	9,8	11,8	7,6	2,4
Gãy cúi cẳng	Nhóm 1	0								
	Nhóm 2	0								
Gãy trật	Nhóm 1	5	9	10	12	20	10,8	13,2	1,3	3,9
	Nhóm 2	0								

Khảo sát trên phim chụp xquang qui ước sau mổ ở lần khám cuối cùng của 89 trường hợp đã phẫu thuật trong mẫu nghiên cứu chúng tôi nhận thấy:

- Loại gãy lún:

+ Nhóm 1có giá trị α nhỏ nhất là 3^0, lớn nhất 12^0, trung bình $7,8^0$ với độ lệch chuẩn $3,5^0$; β nhỏ nhất 15%, lớn nhất 19%, trung bình 17,3% với độ lệch chuẩn 1,5%.

+ Nhóm 2 có giá trị α nhỏ nhất 3^0, lớn nhất 11^0, trung bình $5,4^0$ với độ lệch chuẩn $3,2^0$; β nhỏ nhất 17%, lớn nhất 20%, trung bình 18% với độ lệch chuẩn 1,0%.

- Loại gãy vỡ thân sống nhiều mảnh:

+ Nhóm 1 có giá trị α nhỏ nhất là 3^0, lớn nhất 20^0, trung bình $8,4^0$ với độ lệch chuẩn $5,1^0$; β nhỏ nhất 5%, lớn nhất 17%, trung bình 12,4% với độ lệch chuẩn 2,5%.

+ Nhóm 2 có giá trị α nhỏ nhất 3^0, lớn nhất 34^0, trung bình $9,8^0$ với độ lệch chuẩn $7,6^0$; β nhỏ nhất 7%, lớn nhất 17%, trung bình 11,8% với độ lệch chuẩn 2,4%.

- Loại gãy trật:

+ Nhóm 1 có giá trị α nhỏ nhất 9^0, lớn nhất 12^0, trung bình $10,8^0$ với độ lệch chuẩn $1,3^0$; β nhỏ nhất 10%, lớn nhất 20%, trung bình 13,2% với độ lệch chuẩn 3,9%.

+ Nhóm 2 không có trường hợp nào.

Bảng 4. Kết quả hồi phục thần kinh ở lần khám cuối cùng

Độ Frankel – Bradford		Lần khám cuối cùng							Tổng
		A	B	C	D1	D2	D3	E	
Trước mổ	A	4	2						6
	B		2	1					3
	C			2	3	2	2	2	11
	D1							1	1
	D2							6	6
	D3							8	8
	E							54	54
Tổng		**4**	**4**	**3**	**3**	**2**	**2**	**71**	**89**

Trước mổ có 54 trường hợp Frankel E và 35 trường hợp có tổn thương thần kinh gồm 6 Frankel A, 3 Frankel B, 11 Frankel C, 1 Frankel D1, 6 Frankel D2, 8 Frankel D3. Tại lần khám sau cùng đã có 71 trường hợp Frankel E và 18 trường hợp còn tổn thương thần kinh gồm 4 Frankel A, 4 Frankel B, 3 Frankel C, 3 Frankel D1, 2 Frankel D2, 2 Frankel D3.

Bảng 5. Kết quả phục hồi lao động

Khả năng lao động	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Độ I	64	71,91
Độ II	7	7,87
Độ III	4	4,49
Độ IV	3	3,37
Độ V	11	12,36
Tổng	**89**	**100**

Trong số 89 trường hợp đã phẫu thuật, khả năng phục hồi lao động độ I chiếm chủ yếu

(71,91%), độ II (7,87%), độ III (4,49%), độ IV (3,37%), độ V (12,36%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả nắn chỉnh: Kết quả bảng 1 cho thấy, trong từng nhóm gãy, sự nắn chỉnh biến dạng gập góc vùng chấn thương và duy trì kết quả nắn chỉnh đạt được sự ổn định trong giới hạn giải phẫu và sinh lý, khắc phục được hiện tượng gù tiến triển sau phẫu thuật. Xét trên phương diện nắn chỉnh khôi phục và duy trì chiều cao cột trước thân đốt chúng tôi thu được kết quả đối với loại gãy lún nhóm 1 là 14,6 ± 1,5% và 17,3 ± 1,5%; nhóm 2 là 15,7 ± 1,2% và 18,0 ± 1,0%. Loại gãy vỡ thân đốt nhiều mảnh nhóm 1 là 10,5 ± 2,4% và 12,4± 2,5%; nhóm 2 là 10,2 ± 2,3% và 11,8 ± 2,4%. Loại gãy trật nhóm 1: 10,2 ± 3,1% và 13,2 ± 3,9%. Như vậy sự nắn chỉnh khôi phục và duy trì chiều cao cột trước thân đốt sau mổ đạt hiệu quả và ổn định. Sở dĩ chúng tôi đạt được kết quả ổn định trong nắn chỉnh và duy trì cấu trúc vững bên cạnh lựa chọn cấu hình cố định làm vững, còn do trong phẫu thuật chúng tôi luôn chú trọng bảo tồn khối khớp và hệ thống dây chằng phía sau đặc biệt là dây chằng trên gai.

4.2. Kết quả phục hồi thần kinh: Chúng tôi nhận thấy sau mổ 10 ngày không có trường hợp nào nặng hơn lên và đã có 17 trong 35 trường hợp tổn thương thần kinh phục hồi ít nhất một độ Frankel chiếm 48,57% trong đó có 12 trường hợp hồi phục được hai độ Frankel hoặc hồi phục hoàn toàn chiếm 34,29%. Đây là một yếu tố tiên lượng mang ý nghĩa khả quan chứng tỏ bước đầu phương pháp phẫu thuật đã mang lại hiệu quả, góp phần loại bỏ được nguy cơ tổn thương thần kinh thứ phát và tạo điều kiện thuận lợi cho thương tổn thần kinh hồi phục.

Tại lần khám cuối cùng từ tháng thứ 12 sau mổ trở đi chúng tôi nhận thấy sự phục hồi thần kinh là rất rõ rệt và đáng ghi nhận. So sánh với mức độ tổn thương thần kinh trước phẫu thuật đã cho thấy sự khác biệt rõ rệt có ý nghĩa. Điều này nói lên sức cơ ban đầu ngay sau chấn thương có ý nghĩa và vai trò quan trọng trong tiên lượng cũng như phục hồi thương tổn thần kinh. Tuy nhiên, việc phục hồi sức cơ và cảm giác cũng là một tín hiệu khả quan trong quá trình phục hồi thần kinh sau phẫu thuật trong tương lai đối với trường hợp này. Điều này đặt ra vấn đề quan trọng cần nghiên cứu các giải pháp trong tương lai nhằm phối hợp điều trị và hỗ trợ cho quá trình phục hồi thần kinh sau phẫu thuật những trường hợp có tổn thương thần kinh nặng nề (Frankel A, B) để đạt được hiệu quả tối ưu nhất.

Như vậy sự phục hồi thần kinh phụ thuộc vào mức độ tổn thương thần kinh ban đầu ngay sau chấn thương nhưng phẫu thuật nắn chỉnh, cố định và giải ép giúp cứu vớt những phần thần kinh chưa tổn thương hoặc tổn thương chưa hoàn toàn tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình hồi phục đạt được hiệu quả cao [7]. Sự phục hồi này mang ý nghĩa vô cùng to lớn không chỉ trả lại cuộc sống, sức lao động cho người bệnh và xã hội mà còn khẳng định phẫu thuật là phương pháp điều trị tối ưu và là hướng đi đúng đắn trong nghiên cứu điều trị chấn thương cột sống nói chung.

4.3. Kết quả phục hồi lao động: Phục hồi khả năng lao động là một mục tiêu cơ bản và quan trọng cần đạt đến trong phẫu thuật chấn thương cột sống nhằm khắc phục, hạn chế di chứng và phục hồi sức lao động cho người bệnh nói riêng và toàn xã hội nói chung. Chúng tôi đánh giá sự phục hồi khả năng lao động theo thang điểm của Denis. Kết quả nghiên cứu cho thấy số bệnh nhân trở lại công việc lao động là 87,64% trong đó số trở lại công việc như trước là 71,91%. Số mất hoàn toàn khả năng lao động chiếm 12,36%, đây là những bệnh nhân ở độ V. Như vậy chúng tôi nhận thấy kết quả của chúng tôi là tương đương với các tác giả trong cùng thời gian theo dõi, điều này chứng tỏ kết quả làm vững và liền xương sau phẫu thuật là khả quan và cho kết quả tốt. Tuy nhiên số trường hợp mất khả năng lao động còn cao hơn so với một số tác giả. Nguyên nhân là bởi vì trong nghiên cứu của chúng tôi có 22,47% tổn thương thần kinh nặng (Frankel A, B, C) trước phẫu thuật và ở lần khám cuối cùng còn 12,36% tổn thương thần kinh ở mức này.

V. KẾT LUẬN

- Kết quả nắn chỉnh: gập góc vùng chấn thương loại gãy lún nhóm 1 là 6,6 ± $3,3^0$ và ở lần khám cuối cùng là 7,8 ± $3,5^0$; nhóm 2 lần lượt là 4,5 ± $3,2^0$ và 5,4 ± $3,2^0$. Loại gãy vỡ thân đốt nhiều mảnh nhóm 1 là 6,9 ± $5,2^0$ và 8,4 ± $5,1^0$; nhóm 2 là 8,5 ± $7,7^0$ và 9,8 ± $7,6^0$. Loại gãy trật chỉ gặp nhóm 1 (9,0 ± $1,0^0$ và 10,8 ± $1,3^0$). Giảm chiều cao cột trước thân đốt gãy lún nhóm 1 là 14,6 ± 1,5% và 17,3 ± 1,5%; nhóm 2 là 15,7 ± 1,2% và 18,0 ± 1,0%. Loại gãy vỡ thân đốt nhiều mảnh nhóm 1 là 10,5 ± 2,4% và 12,4 ± 2,5%; nhóm 2 là 10,2 ± 2,3% và 11,8 ± 2,4%. Loại gãy trật chỉ gặp nhóm 1 (10,2 ± 3,1% và 13,2 ± 3,9%).

- Kết quả phục hồi thần kinh: tỷ lệ phục hồi là 77,14% trong đó phục hồi ít nhất hai độ Frankel chiếm 37,14% và phục hồi hoàn toàn chiếm 48,57%.

- Mức độ phục hồi lao động: độ I là chủ yếu (chiếm 71,91%), độ II (7,87%), độ III (4,49%), độ IV (3,37%) và độ V (12,36%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mark S.Greenberg (2010),** Spine injuries, Handbook of Neurosurgery, seventh edition, Thiem Medical Publisher New York, New York, pp 930-1002.
2. **Hiromi Ataka, Takaaki Tanno, Masashi Yamazaki (2009),** "Posterior intrusmented fusion without neural decompression for incomplete neurological deficits following vertebral collapse in the osteporotic thoracolumbar spine", Eur Spine J, 18, pp 69-76.
3 **Andrzej Kaminski, Ernst Josef Muller, Stefan Hankemeier, Gert Muhr (2003),** "Low Lumbar Spine Fracture-Results of Posterior Internal Fixation and Transpedicular Bone Grafting", European Journal of Trauma, 29, pp 23-30.
4. **Benjamin Ulmar, Alexander Brunner, Markus Guhring,** Traude Schmalzle, Kuno Weise, Andreas Badke (2010), "Inter - and intraobserver reliability of the vertebral, local and segmental kyphosis in 120 traumatic lumbar and thoracic burst fracture: evaluation in lateral X-rays and sagitall computed tomographies", Eur Spine J, 19, pp 558-566.
5. **Jen-Chung Liao, Kuo-Fon Fan (2017),** "Posterior short-segment fixation in thoracolumbar unstable burst fractures - Transpedicular grafting or six-screw construct", Clinical Neurology and Neurosurgery, 153, pp 56-63.
6. **Bulent Ozdemir, Ayhan Kanat (2017),** Restoration of Anterior Vertebral Height by Short-Segment Pedicle Screw Fixation with Screwing of Fractured Vertebra for the Treatment of Unstable Thoracolumbar", World Neurosurgery, 99, pp 409-417.
7. **Srivastava R.N., Raj S. (2012)** "Motor segmental recovery in spinal cord injury a blessing in disguise", BSS, spineweek, pp. 65.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG/CẬN LÂM SÀNG VÀ GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM SCAP TRONG PHÂN TẦNG NGUY CƠ BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lê Hải Song Hà[1], Nguyễn Văn Chi[2], Trần Hữu Thông[2], Nguyễn Đạt Anh[2]

TÓM TẮT

Để đánh giá các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và ứng dụng thang điểm SCAP trong tiên lượng bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng, chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên 146 bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định viêm phổi mắc phải cộng đồng tại bệnh viện Bạch Mai từ 01/2014 đến 12/2016. Kết quả cho thấy các triệu chứng thường gặp của bệnh nhân VPMPCĐ là khó thở (88.4%), ho (67.1%), sốt (63.7%). Điểm SCAP càng cao tỷ lệ bệnh nhân nhập ICU, thở máy, sốc nhiễm khuẩn, tử vong càng tăng (p<0.01).

Từ khóa: *viêm phổi cộng đồng, SCAP*

SUMMARY

CHARACTERISTIC OF CLINICAL/PARACLINICAL AND THE VALUE OF THE SCAP SCALE IN STRATIFICATION FOR PATIENTS WITH COMMUNITY – ACQUIRED PNEUMONIA IN BACH MAI HOSPITAL

To study clinical, paraclinical characteristics and apply SCAP score for patients diagnosed community acquired pneumonia (CAP), sample size of the study was 146 patients hospitalized at Bach Mai hospital from January 2014 to December 2016. The main of study showed that, the most common symtoms of CAP were dyspnea feeling (88.4%), cough (67.1%), fever (63.7%), The higher the SCAP score was, the higher the incidence of ICU admission, mechanical ventilation, sepsis, and mortality were.

Keywords: community acquired pneumonia, SCAP

[1]*Bệnh viện Quân Y 105 – Tổng cục Hậu Cần*
[2]*Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: *Lê Hải song Hà*
Email: *lehaisongha105@gmail.com*

Ngày nhận bài: 12.7.2017
Ngày phản biện khoa học: 28.9.2017
Ngày duyệt bài: 4.10.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải ở cộng đồng (VPMPCĐ) bao gồm các nhiễm khuẩn phổi xảy ra ở ngoài bệnh viện, biểu hiện bằng viêm phổi thùy, viêm phổi đốm, hoặc viêm phổi không điển hình. Tác nhân gây viêm phổi có thể là các vi khuẩn, virus, nấm nhưng không phải do trực khuẩn lao. Trên thế giới viêm phổi mắc phải cộng đồng vẫn là bệnh lý nặng và thường gặp, đặc biệt là ở người cao tuổi, tỷ lệ mắc ở mỗi quốc gia khác nhau và tần suất mắc ở tuổi từ 65 - ≥ 85 là 18,2 - 52,3/1000 dân mỗi năm [1]. Tại Mỹ, viêm phổi đứng hàng thứ 6 trong số các căn nguyên gây tử vong và là nguyên nhân tử vong số 1 trong số các bệnh truyền nhiễm, hàng năm có khoảng 5,6 triệu trường hợp mắc và có hơn 1,1 triệu trường hợp phải nhập viện, khoảng 10% trong số này tiến triển thành viêm phổi mắc phải cộng đồng nặng cần điều trị tại khoa hồi sức tích cực. Những bệnh nhân ngoại trú có tỷ lệ tử vong thấp từ 1 – 5%, trong khi ở bệnh nhân nội trú trung

bình là 12%, tỷ lệ này tăng hơn ở bệnh nhân có bệnh kết hợp và đặc biệt ở bệnh nhân nằm hồi sức tích cực 40 – 50%, [2]. Ở Việt Nam, viêm phổi mắc phải cộng đồng chiếm 12% các bệnh phổi. Trong số 3606 bệnh nhân điều trị tại khoa Hô hấp bệnh viện Bạch Mai từ 1996 - 2000 có tới 345 bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng (9,57%), đứng hàng thứ tư [3]. Cần thiết có một thang điểm đơn giản với mức độ tiên lượng rộng để đánh giá mức độ nặng tại thời điểm khám ban đầu giúp các bác sĩ đưa ra quyết định cho bệnh nhân điều trị nội trú, tiên lượng các kết cục xấu của VPMPCĐ. Do đó nghiên cứu này được thực hiện với hai mục tiêu: *1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh VPMPCĐ. 2. Đánh giá thang điểm SCAP trong tiên lượng mức độ nặng của bệnh nhân VPMPCĐ*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán là viêm phổi mắc phải cộng đồng nhập viện từ tháng 01/2014 đến 12/2016.

2.2 Thời gian nghiên cứu: từ tháng 12/2016 đến tháng 6/2017

2.3 Phương pháp nghiên cứu:

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

b. Cỡ mẫu: cỡ mẫu thuận tiện

c. Thu thập số liệu: theo bệnh án nghiên cứu thu thập từ hồ sơ bệnh án lưu trữ từ bệnh viện Bạch Mai.

d. Biến số: 3 nhóm biến số về đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng và các tiêu chuẩn đánh giá thang điểm SCAP.

2.4 Xử lý và phân tích số liệu: trên phần mềm SPSS 16.0.

2.5 Đạo đức nghiên cứu: Tuân thủ các qui trình về đạo đức trong nghiên cứu Y học, nghiên cứu dựa trên số liệu sẵn có, mọi thông tin cá nhân được đảm bảo bí mật. Kết quả chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1 Triệu chứng lâm sàng/cận lâm sàng của bệnh nhân VPMPCĐ

3.1.1 Các triệu chứng cơ năng và thực thể.

Bảng 3.1. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân VPCĐMP khi vào viện.

	Triệu chứng	Tần số	Tỷ lệ (%)
Cơ năng	Sốt	93	63.7
	Ho khan	26	17.8
	Ho đờm	72	49.3
	Đau ngực	55	37.7
	Khó thở	129	88.4
Thực thể	Hội chứng đông đặc	2	1.4
	Hội chứng 3 giảm	8	5.5
	Ran ẩm, ran nổ	143	98.0
	Rung thanh giảm	3	2.0

Nhận xét: Triệu chứng khó thở xuất hiện nhiều nhất 88.4%, sau đó là sốt 63.7%. Qua thăm khám có 98.0% bệnh nhân có ran ẩm, ran nổ, tỷ lệ bệnh nhân có hội chứng 3 giảm là 5.5% nhiều hơn bệnh nhân có hội chứng đông đặc.

3.1.2 Các kết quả cận lâm sàng

Bảng 3.2. Kết quả xét nghiệm dấu ấn phản ứng viêm và Xquang phổi của bệnh nhân VPMPCĐ

Cận lâm sàng		Tần số	Tỷ lệ (%)
CRP	>20mg/dL	22	24.4
	5-20mg/dL	34	37.8
Bạch cầu	>10.000	90	61.6
	< 4.000	13	8.9
Xquang phổi	Phổi phải	29	19.9
	Phổi trái	22	15
	Cả 2 bên	94	64.4
	Không thấy gì	1	0.7

Nhận xét: Đánh giá mức độ viêm theo CRP có 37.8% bệnh nhân ở mức độ viêm trung bình, 24.4% có mức tăng >20mg/dL. Tỷ lệ bệnh nhân tăng bạch cầu >10.000 là 61.6%, có 8.9% bệnh nhân có bạch cầu giảm mức < 4.000. Hình ảnh tổn thương phổi ở 2 bên gặp nhiều nhất 64.4%, tổn thương 1 bên ở phổi phải (19.9%) nhiều hơn phổi trái (15%). Chỉ có 0.7 (1 bệnh nhân) không phát hiện hình ảnh tổn thương phổi trên Xquang.

3.2 Liên quan giữa thang điểm SCAP với tiên lượng mức độ nặng của bệnh nhân VPMPCĐ

Bảng 3.3: Liên quan giữa thang điểm SCAP theo các kết cục xấu

Kết cục xấu(n, %) / Mức độ	Nhập ICU	Thở máy	Sốc nhiễm khuẩn	Tử vong
Thấp (0-1)	3(8.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
Trung bình (2)	42(60.)	16(22.9)	3(4.3)	16(22.9)
Cao (3-4)	38(97.4)	32(82.1)	16(41.0)	29(74.4)
P	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

Nhận xét: Có mối liên quan giữa các mức độ của thang điểm SCAP với các tình trạng nhập ICU, thở máy, sốc nhiễm khuẩn và tử vong của bệnh nhân. Trong đó: bệnh nhân mức độ nguy cơ càng cao, tỷ lệ nhập ICU, thở máy, sốc nhiễm khuẩn càng cao, tử vong càng cao. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy đạt 95%.

Bảng 3.4 Độ nhậy, độ đặc hiệu của thang điểm SCAP với tình trạng nhập ICU

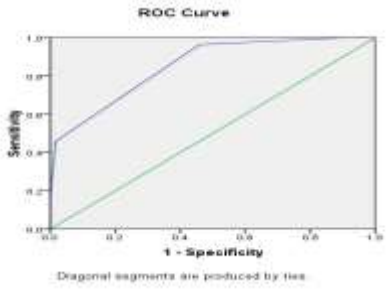
Tests	Điểm cắt	Độ nhậy	Độ đặc hiệu	PPV	NPV
SCAP	≥ 1	100	9.5	59.3	100
	≥ 2	**96.4**	**54.0**	**73.4**	**91.9**
	≥ 3	45.8	98.4	97.4	57.9
	≥ 4	15.7	100	100	47.4

Nhận xét: Tại điểm cắt bằng 2, thang điểm SCAP có độ nhậy 96.4% và độ đặc hiệu ở mức 54% được xem là có ý nghĩa trong phân loại bệnh nhân có khả năng nhập ICU.

Bảng 3.5: Đánh giá nguy cơ nhập ICU của thang điểm SCAP.

Tests		Nhập ICU	Không nhập ICU	OR (95% CI)
SCAP	≥ 2	80	29	31.2(6.7-145.3)
	< 2	3	34	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có điểm SCAP ≥2 có nguy cơ nhập ICU cao gấp 31.2 lần so với nhóm bệnh nhân điểm SCAP <2, độ tin cậy 95%.



Biểu đồ 3.8: Đường cong ROC trong tiên lượng nhập ICU.

Bảng 3.6: Diện tích đường cong của các thang điểm SCAP trong tiên lượng nhập ICU.

Test	AUC	95% CI	P
SCAP	0.852	0.793-0.912	<0.001

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC trong tiên lượng bệnh nhân nhập ICU là 0.852 có giá trị tốt trong tiên lượng bệnh nhân nhập ICU với p<0.001.

Bảng 3.7: Độ nhậy, độ đặc hiệu, giá trị dương tính, giá trị âm tính của thang điểm SCAP trong tiên lượng bệnh nhân tử vong.

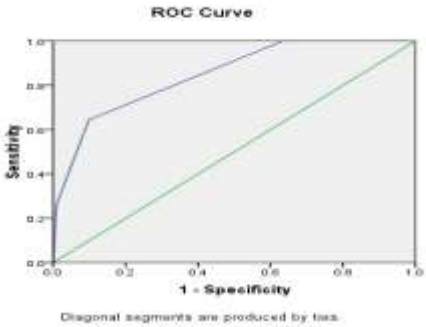
Tests		Độ nhậy	Độ đặc hiệu	PPV	NPV
SCAP	≥ 1	100	5.9	32.1	100
	≥ 2	100	36.6	41.3	100
	≥ 3	64.4	90.1	74.4	85.0
	4	26.7	99.0	92.3	75.2

Nhận xét: tại điểm cắt băng 3, thang điểm SCAP có độ nhậy là 64.4% và độ đặc hiệu là 90.1% được xem là điểm cắt có giá trị trong tiên lượng tử vong.

Bảng 3.8: Đánh giá nguy cơ tử vong của các thang điểm SCAP

Tests		Tử vong	Không tử vong	OR(95% CI)
SCAP	< 3	16	91	16.5 (5.5-49.1)
	≥ 3	29	10	

Nhận xét: Bệnh nhân có điểm SCAP ≥ 3 có nguy cơ tử vong cao hơn nhóm bệnh nhân SCAP < 3 là 16.5 lần, độ tin cậy 95%.



Biểu đồ 3.10: Đường cong ROC trong tiên lượng tử vong.

Bảng 3.9: Diện tích đường cong của các thang điểm SCAP trong tiên lượng tử vong.

Test	AUC	95% CI	P
SCAP	0.848	0.782-0.913	<0.001

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC của thang điểm SCAP là 0.848 có ý nghĩa tốt trong tiên lượng bệnh nhân tử vong, với p<0.001.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân VPMPCĐ: Trong nghiên cứu này của chúng tôi, các triệu chứng khó thở (88.4%), ho (ho khan: 17.8%, ho có đờm: 49.3%) và sốt (63.7%) là các triệu chứng cơ năng hay gặp nhất, tương tự như các nghiên cứu trước đây của Phí Thị Thục Oanh (2013) [4], Nguyễn Đăng Tố (2017) [5]. Đây là những triệu chứng đưa bệnh nhân đến với bệnh viện và có giá trị trong việc hướng tới chẩn đoán viêm phổi.

Những triệu chứng thực thể đóng vai trò định khu tổn thương cũng như chẩn đoán xác định viêm phổi. Hội chứng đông đặc là một hội chứng điển hình trong viêm phổi, tuy nhiên trong nghiên cứu này cũng như nghiên các cứu gần đây, tỷ lệ bệnh nhân có hội chứng đông đặc ngày càng giảm như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đăng Tố (2017) [5] là 16.7%, nghiên cứu của chúng tôi thấp nhất là1.4%.

Kết quả nghiên cứu đưa ra tỷ lệ tổn thương cả 2 phổi là cao nhất chiếm 64.4%, kết quả này cao hơn so với 1 số nghiên cứu khác của Nguyễn Đăng Tố và Phí Thị Thục Oanh (28-34.1%), điều này góp phần giải thích tỷ lệ bệnh nhân khó thở trong nghiên cứu này cũng cao hơn các nghiên cứu trên. Tỷ lệ tổn thương tại 1 bên phổi phải cao hơn bên trái, điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây của Lê Chung Thủy (2012) [6] và Phí thị Thục Oanh (2013) [6] phổi phải (34-37%), phổi trái (20-13%). Điều này có thể là do cấu trúc giải phẫu phế quản phải ngắn hơn phế quản trái nên các trường hợp viêm nhiễm hay dị vật thường gặp tỷ lệ tổn thương bên phải cao hơn.

4.2 Thang điểm SCAP với tiên lượng mức độ nặng của bệnh nhân. Nghiên cứu đã chỉ ra rằng, với các mức điểm càng cao, tỷ lệ bệnh nhân phải nhập ICU, thở máy, sốc nhiễm khuẩn, tử vong càng cao, số ngày nằm viện trung bình của bệnh nhân giảm do bệnh nhân tử vong sớm. Kết quả tương đồng với kết quả nghiên cứu của Espana và cộng sự (2011) [7] khi nghiên cứu phát triển hệ thống SCAP trong tiên lượng thở máy, sốc, tử vong. Tại điểm cắt bằng 2 thang điểm có độ nhậy và độ đặc hiệu cao, có ý nghĩa trong đánh giá chỉ định nhập ICU, tại điểm cắt 3 bác sĩ điều trị cần chú ý đến khả năng phải thở máy, diễn biến sốc nhiễm khuẩn, tử vong của bệnh nhân.

Thang điểm SCAP có độ nhậy, độ đặc hiệu cao trong tiên lượng bệnh nhân nhập ICU và tử vong; khả năng phân loại bệnh nhân tốt, diện tích đường cong ROC của thang điểm ở mức cao >80%. Đây là một thang điểm đánh giá các mức độ viêm phổi cộng đồng 1 cách đơn giản, bao gồm 8 biến số, ít hơn thang điểm PSI và tiên lượng chính xác hơn hệ thống CURB-65 vì bổ sung thêm biến số đánh giá tình trạng oxy hóa, là biến số quan trọng trong việc đưa ra quyết định chuyển bệnh nhân đến điều trị ICU.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng thường gặp của bệnh nhân VPMPCĐ là khó thở (88.4%), sốt (63.7), ho (67.1%). Hình ảnh tổn thương gặp nhiều ở cả 2 bên phổi (61.6%).

Điểm SCAP càng cao tỷ lệ bệnh nhân nhập ICU, thở máy, sốc nhiễm khuẩn, tử vong càng tăng (p<0.01).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jackson ML, Neuzil KM and Thompson WW (2004),** "The burden of community-acquired pneumonia in sensior: results of a population-based study", *Clin Infect Dis 2004*, 39, p. 9.
2. **SV and B. (2002),** "The pulmonary physician in critical care. Critical care management of community acquired", *Thorax*, 57, p. 5.
3. **Trần Chung và cộng sự (2001)**, Tình hình bệnh tật khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai năm 1996-2000, *Báo cáo hội nghị khoa học tuổi trẻ sáng tạo trường Đại Học Y Hà Nội 2001*, Hà Nội.
4. **Phí Thị Thục Oanh (2013),** *Nghiên cứu áp dụng một số thang điểm trong đánh giá mức độ nặng ở bệnh nhân Viêm phổi mắc phải cộng đồng tại bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. **Nguyễn Đăng Tố (2017),** "Đặc điểm lâm sàng/cận lâm sàng và giá trị của thang điểm CURB-65 trong phân tầng nguy cơ bệnh nhân VPMPCĐ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ", *Tạp chí Y Dược học*, 7**(2)**, tr. 44-48.
6. **Lê Chung Thủy (2012),** *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính ở bệnh nhân VPMPCĐ tại bệnh viện Bạch Mai,* Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
7. **Alberto Capelastegui Pedro, P. Espana**, Inmaculada Gorordo, et al (2006), "Development and Validation of a Clinical Prediction Rule for Severe Community-acquired Pneumonia", *American Journal of Respiratory and Critical care Medicine*, 174, p. 1249 - 1256.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN MUỘN BẰNG PHÁC ĐỒ FOLFIRI

Nguyễn Văn Hùng[1], Vũ Hồng Thăng[1,2]
Đỗ Hải Đăng[1], Nguyễn Thị Vượng[1,3]

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm của bệnh nhânung thư biểu mô tuyến dạ dày giai đoạn muộn hóa trị phác đồ FOLFIRI.**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả lâm sàng trên 44 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn muộn được điều trị hóa chất FOLFIRI. **Kết quả:** Đáp ứng toàn bộ là 36,4%, trong đó 4,6% có đáp ứng hoàn toàn. Bệnh ổn định chiếm 15,9% và 47,7% bệnh nhân tiến triển. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) trung vị đạt 5,1 tháng. Mô bệnh học và giới có liên quan đến thời gian sống thêm bệnh không tiến triển. **Kết luận:** Phác đồ FOLFIRI cho đáp ứng tốt và cải thiện thời gian sống thêm bệnh không tiến triển của bệnh nhân.

Từ khóa: Ung thư dạ dày, FOLFIRI, đáp ứng điều trị, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển.

SUMMARY

RESULTS OF FOLFIRI TREATMENT IN ADVANCED GASTRIC CANCER

Aims: To evaluate treatment results and factors related to survival of patients with advanced gastric cancer treated FOLFIRI regimen.**Patients and method:** Clinical description study of 44 advanced gastric cancer patients treated with FOLFIRI regimen. **Results:**Overall response rate was 36,4%, in which4,6% patients had complete response. Stable disease rate was 15,9%, and 47,7% patients had progression. Progression-free survival median was 5,1 months. Pathological type and sex were related to progression-free survival.**Conclusions:** FOLFIRI regimen had good responses and improved patient's progression-free survival.

Key words: *Gastric cancer, FOLFIRI, response rate, progression-free survival.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày đứng thứ 5 trong số các bệnh ung thư thường gặp trên toàn thế giới và là nguyên nhân tử vong thứ 3 do bệnh lý ung thư ở cả 2 giới [1]. Tại Việt Nam, ung thư dạ dày là loại ung thư khá phổ biến, đứng thứ 2 sau ung thư phổi ở nam và đứng thứ 3 sau ung thư vú, cổ tử cung ở nữ giới, chiếm 13,5% trong tổng số các bệnh ung thư [2].

Ung thư dạ dày giai đoạn muộn là những trường hợp có tổn thương nguyên phát xâm lấn lan tràn có di căn hạch vùng, di căn xa và những trường hợp tái phát di căn. Với các trường hợp bệnh giai đoạn muộn không còn khả năng phẫu thuật, hóa trị được coi là phương pháp điều trị chính [3], [4]. Hiện nay có nhiều phác đồ phối hợp hóa chất có hiệu quả trong điều trị giai đoạn muộn như: cisplastin và fluorouracil (CF); epirubicin, cisplatin và capecitabin (ECX); taxan đơn thuần; [5]. Trong đó, phác đồ hay được dùng là sự phối hợp giữa5FU và irinotecan [3]. Tại Việt Nam, phác đồ hóa chất FOLFIRI đãđược sử dụng trong điều trị UTDD dạ dày giai đoạn muộn, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *"Đánh giá kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan của hóa trị phác đồ FOLFIRI trong ung thư biểu mô tuyến dạ dày giai đoạn muộn."*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu bao gồm tất cả các BN UTDD giai đoạn muộn được điều trị hóa chất phác đồ FOLFIRI tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 2012 đến 2017.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày≥ 18 tuổi. Bệnh nhân UTDD giai đoạn muộn không còn khả năng phẫu thuật. Chỉ số toàn trạng theo ECOG ≤ 2. Các chỉ số chức năng tủy xương, chức năng gan thận trong giới hạn cho phép. Các tổn thương đích có thể đánh giá và đo được. Đảm bảo điều trị ít nhất 3 chu kỳ hóa trị phác đồ FOLFIRI. Có hồ sơ bệnh án ghi chép có thông tin cần thiết và lưu trữ đầy đủ. Không có bệnh UT khác kèm theo, không mắc các bệnh cấp và mãn tính trầm trọng có nguy cơ gây tử vong gần, không có chống chỉ định điều trị hóa chất khác.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có tổn thương hạch rốn gan gây tắc mật. BN dị ứng với thuốc và không kết thúc được liệu trình điều trị không phải vì lý do bệnh tiến triển. BN bỏ điều trị

[1]*Bộ môn Ung thư, Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Khoa Nội 4, Bệnh viện K*
[3]*Khoa UB&CSGN, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hùng
Email: hungvannguyen.fsh@gmail.com
Ngày nhận bài: 6.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 28.9.2017
Ngày duyệt bài: 5.10.2017

không phải vì lý do chuyên môn. Mắc các bệnh lý nội khoa nặng khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tảlâm sàng.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Được tính theo công thức tính cỡ mẫu cho việc ước tính một tỷ lệ trong quần thể như sau:

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

Trong đó, n: cỡ mẫu;Z: hệ số tin cậy, giá trị Z=1,96 tương ứng với α = 0,05;p: tỷ lệ đáp ứng với phác đồ FOLFIRI ở những BN UTDD giai đoạn muộn trong thử nghiệm là 39,2% [6]; ε: giá trị tương đối, chọn ε = 0,4. Ước tính cỡ mẫu tối thiểu n = 38 bệnh nhân.Nghiên cứu được đánh giá trên 44 BN đủ tiêu chuẩn.

2.2.3. Thu thập số liệu: Theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, thông tin thu thập dựa trên hồ sơ bệnh án kết hợp thăm khám, hỏi bệnh trên BN, kết quả xét nghiệm.

Bước 1: Đánh giá về lâm sàng và cận lâm sàng trước điều trị.

Bước 2: Điều trị bệnh nhân đủ tiêu chuẩn theo phác đồ FOLFIRI [6].

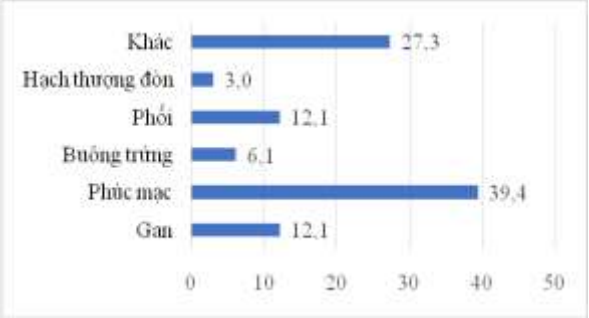
Bước 3: Đánh giá kết quả điều trị và tác dụng không mong muốn của phác đồ.

2.2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu thu thập được mã hoá trên máy vi tính và xử lý bằng phần mềm thống kê RStudio.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1 Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 55,2 tuổi. Bệnh nhân cao tuổi nhất là 77 tuổi, trẻ nhất là 28 tuổi. Tỷ lệ mắc nam/nữ = 1,44. Về chỉ số toàn trạng: chủ yếu các đối tượng có PS = 1, chiếm 66%; PS = 2 chiếm 32%; PS = 0 chiếm 2%. Không có đối tượng nào có PS>2 trong nghiên cứu.

Về vị trí di căn: di căn phúc mạc chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 39,4%, tiếp đó là gan chiếm 12,1%; phổi, 12,1%. Ngoài ra còn có những vị trí di căn như buồng trứng (6,1%), hạch thượng đòn (3,0%), các vị trí khác (27,3%) như xương, hạch ổ bụng. Chủ yếu gặp bệnh nhân có tổn thương tiến triển tại chỗ, chưa xuất hiện di căn xa, chiếm 50%. Bệnh nhân có di căn xa chủ yếu là một vị trí, chiếm 38,6%. Có 11,4% bệnh nhân di căn 2 vị trí, không có bệnh nhân nào di căn trên 2 vị trí.



Biểu đồ 1: Đặc điểm vị trí di căn của bệnh nhân UTDD

Về mô bệnh học: ung thư biểu mô tế bào nhẫn chiếm tỷ lệ cao nhất 36,4%; tiếp đó là ung thư biểu mô tuyến biệt hoá trung bình và ung thư tuyến biệt hoá thấp đều chiếm tỷ lệ 31,82%. Không có đối tượng nào có độ biệt hoá cao và không biệt hoá trong nghiên cứu.

3.2 Kết quả điều trị: Trong nghiên cứu, các bệnh nhân được điều trị tối thiểu 3 chu kỳ, tối đa là 44 chu kỳ, trong đó chủ yếu các bệnh nhân điều trị ≤ 6 chu kỳ chiếm 44,7%; điều trị 7-11 chu kỳ chiếm 25%; hoàn thành 12 chu kỳ chiếm 20,5%; điều trị >12 chu kỳ chiếm 6,8%.

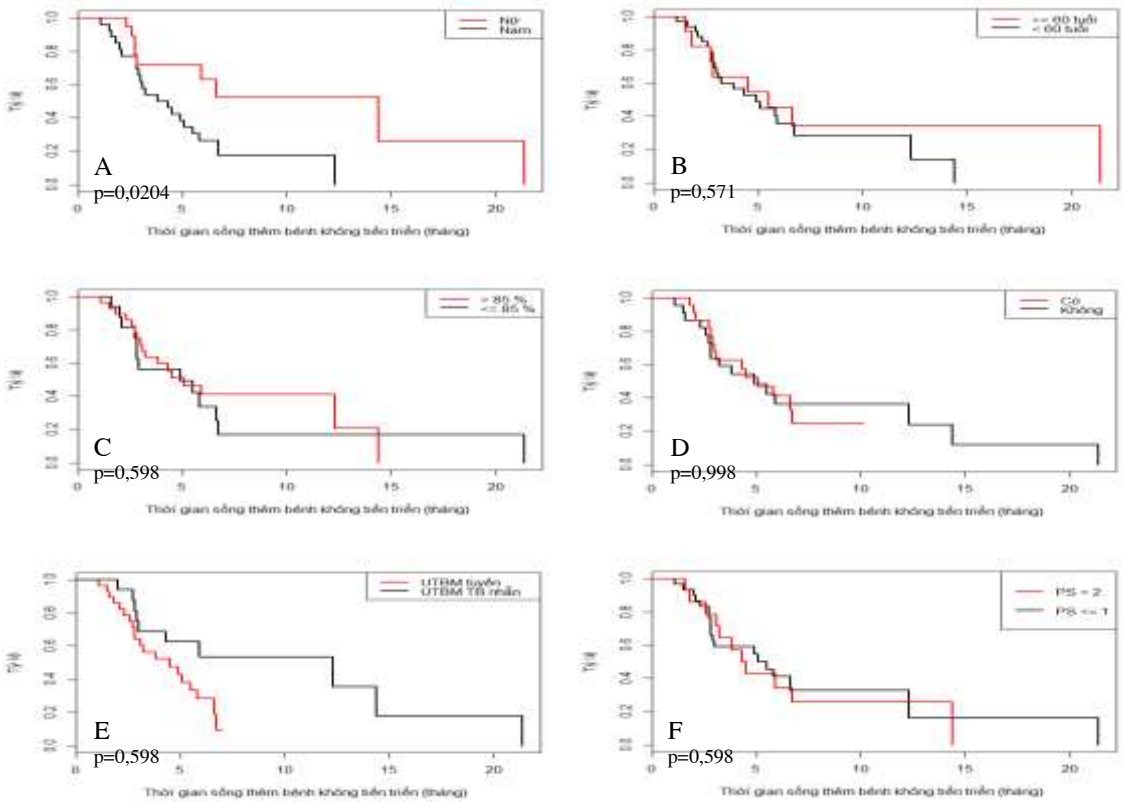
Phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu điều trị liều từ 85% đến 95% so với liều chuẩn, chiếm 45,5%; có 36,4% bệnh nhân điều trị dưới 85% liều chuẩn; 18,1% điều trị gần 100% so với liều chuẩn.

Bảng 1: Mức độ đáp ứng với điều trị hóa chất

		Số BN (n)	%	Tổng
Có đáp ứng	Đáp ứng hoàn toàn	2	4,6	36,4%
	Đáp ứng một phần	14	31,8	
Không đáp ứng	Bệnh ổn định	7	15,9	63,6%
	Bệnh tiến triển	21	47,7	

Về đáp ứng: Đáp ứng toàn bộ là 36,4%; trong đó đáp ứng hoàn toàn chiếm 4,6%. Bệnh ổn định ở 15,9% trường hợp và tiến triển đối với 47,7% bệnh nhân. Hiệu quả lâm sàng là 52,3% đối tượng nghiên cứu. Đáp ứng với phác đồ: Theo nghiên cứu của chúng tôi là 36,4%. Tỷ lệ đáp ứng của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Guimbaud (39,2%), cao hơn so với các nghiên cứu khác của Maugeri (22,8%), Jung (17,2%) [6], [7].

Về thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS): trung vị đạt 5,1 tháng. Kết quả này tương tự như Guimbaud là 5,1 tháng và Dank là 5,0 tháng; cao hơn so với các nghiên cứu của Marcello Maugeri (3,8 tháng), và Jung (3,81 tháng) [6], [7] .



Biểu đồ 2: *Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và giới (A), tuổi (B), liều điều trị (C), tình trạng di căn xa (D), mô bệnh học (E), và chỉ số toàn trạng (F)*

Tỷ lệ đáp ứng và PFS của nghiên cứu chúng tôi cao hơn do các đối tượng của các nghiên cứu làm trước đây thường được điều trị phác đồ FOLFIRI bước 2 trở đi sau khi thất bại với nhiều phác đồ trước đó, vì vậy tỷ lệ đáp ứng sẽ giảm hơn và PFS sẽ ngắn hơn so với nghiên cứu chúng tôi, bệnh nhân được điều trị phác đồ FOLFIRI ngay từ đầu.

Khi phân tích mối liên quan giữa PFS và các yếu tố như: tuổi, giới, thể mô bệnh học, liều điều trị và tình trạng di căn xa kèm theo, PS; chỉ có giới và thể mô bệnh học cho thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê, trong đó: Nữ có PFS dài hơn nam (p=0,0204), bệnh nhân UTBM TB nhẫn có PFS dài hơn các bệnh nhân UTBM tuyến khác (p=0,03).

V. KẾT LUẬN

Phác đồ FOLFIRI cho đáp ứng tốt và cải thiện thời gian sống thêm bệnh không tiến triển của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLOBOCAN Cancer Fact Sheets:** stomach Cancers. <http://globocan.iarc.fr/old/ FactSheets/ cancers/stomach-new.asp>, accessed: 04/07/2016.
2. **Nguyễn Bá Đức, Đào Ngọc Phong (2008).** Lịch sử nghiên cứu và tình hình bệnh ung thư. *Dịch tễ học bệnh ung thư*. Nhà xuất bản Y học, Hà nội.
3. **D'Angelica M., Gonen M., Brennan M.F. và cộng sự. (2004).** Patterns of Initial Recurrence in Completely Resected Gastric Adenocarcinoma. *Ann Surg*, **240**(**5**), 808–816.
4. **Gastric Cancer — New Therapeutic Options — NEJM.** <http://www.nejm.org/ doi/full/10.1056 /NEJMe068121>, accessed: 23/07/2016.
5. **NCCN - Evidence-Based Cancer Guidelines,** Oncology Drug Compendium, Oncology Continuing Medical Education. <https://www.nccn.org/>, accessed: 13/06/2016.
6. **Guimbaud R., Louvet C., Ries P. và cộng sự. (2014).** Prospective, randomized, multicenter, phase III study of fluorouracil, leucovorin, and irinotecan versus epirubicin, cisplatin, and capecitabine in advanced gastric adenocarcinoma: a French intergroup (Fédération Francophone de Cancérologie Digestive, Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer, and Groupe Coopérateur Multidisciplinaire en Oncologie) study. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*, **32**(**31**), 3520–3526.
7. **Maugeri-Saccà M., Pizzuti L., Sergi D. và cộng sự. (2013)**. FOLFIRI as a second-line therapy in patients with docetaxel-pretreated gastric cancer: a historical cohort. *J Exp Clin Cancer Res CR*, **32**, 67.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM GIẤC NGỦ CỦA TRẺ TỰ KỶ

Đoàn Thị Ngọc Hoa[1], Nguyễn Thị Thanh Mai[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm rối loạn giấc ngủ ở trẻ tự kỷ. ***Phương pháp***: thiết kế nghiên cứu bệnh-chứng. 117 trẻ được chẩn đoán rối loạn tự kỷ, tuổi trung bình 33,85 ± 9,18 tháng được so sánh với nhóm chứng là 117 trẻ phát triển bình thường, tương xứng với nhau về tuổi, giới, nơi sống. Người chăm sóc trẻ bị tự kỷ và trẻ bình thường được phỏng vấn bằng bệnh án nghiên cứu và thang điểm đánh giá thói quen ngủ ở trẻ em (CSHQ). ***Kết quả:*** Tỷ lệ có ít nhất một vấn đề giấc ngủ ở nhóm trẻ tự kỷ (81,2%) cao hơn so với nhóm chứng (35,9%). Trẻ tự kỷ gặp khó khăn về giấc ngủ như: khó đi vào giấc ngủ (64,1%), thức giấc giữa đêm (45,2%) và thức dậy buổi sáng sớm hơn dự định (15,4%), cao hơn nhóm chứng và tổng thời gian ngủ ít hơn nhóm chứng với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p <0,05). ***Kết luận***: Rối loạn về giấc ngủ là rối loạn đi kèm thường gặp ở trẻ tự kỷ. Sự quan tâm và hỗ trợ những rối loạn về giấc ngủ ở trẻ tự kỷ là cần thiết để nâng cao chất lượng cuộc sống của trẻ.

Từ khóa: rối loạn, giấc ngủ, tự kỷ.

SUMMARY

SLEEPING PROBLEMS IN CHILDREN WITH AUTISTIC DISORDERS

Objectives: To describe the expressions of sleeping disorder with autistic disorders. Methods: The study was designed as case- control study. 117 children diagnosed with autism, aged mean 33.85 ± 9.18 months were compared with 117 typicall developing children matched age, gender, geography with the group of children with autism. The caregivers of the children with autism and without autism were interviewed for medical record and Children's Sleep Habits Questionaire (CSHQ). ***Results***: the rate of having at least a sleeping problem in children with autism (81,2%) is significantly higher than the control group (35.9%). The children with autism had sleep disorder: difficulty falling asleep (64.1%), frequent awakening (45.2%) and early morning awakening (15.4%) significantly higher than the control group, and total sleep time of children with autism significantly shorter than the control. ***Conclusions***: sleeping disorder is a common disorder accompanied with autism. Caring and supporting in eating disorder with autism are necessary to improve the quality of the autistic life.

Key words: disorder, sleeping, autistic disorder.

[1]Bộ môn Nhi – Đại học Y Dược Thái Bình
[2]Bộ môn Nhi – Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Ngọc Hoa
Email: ngochoaytb@gmail.com
Ngày nhận bài: 18.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 28.9.2017
Ngày duyệt bài: 5.10.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn phổ tự kỷ gọi tắt là tự kỷ (TK) là một rối loạn phát triển tâm thần – thần kinh phức tạp, biểu hiện đặc trưng là những khiếm khuyết về tương tác xã hội, giao tiếp và những hành vi định hình, ý thích bị thu hẹp [1]. Những năm gần đây theo khảo sát tại Mỹ, bệnh có xu hướng tăng lên theo tần suất 1/68 trẻ [2]. Ngoài những biểu hiện chính của bệnh, trẻ TK còn có nhiều rối loạn khác kèm theo như rối loạn giấc ngủ, rối loạn cảm giác giác quan, tăng động, rối loạn ăn uống... Rối loạn giấc ngủ (GN) là một rối loạn đi kèm phổ biến nhất, chiếm 40 – 80% số trẻ TK, trong khi rối loạn này chỉ có khoảng 20 - 40% ở trẻ phát triển bình thường [3]. Rối loạn GN có thể làm nặng thêm các khó khăn hòa nhập xã hội của trẻ TK.Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu (NC) sâu về lĩnh vực rối loạn GN ở trẻ TK. Ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về vấn đề nêu trên. Do vậy chúng tôi tiến hành khảo sát 117 trẻ TK được khám tại khoa Tâm bệnh- bệnh viện Nhi Trung Ương với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm giấc ngủ của trẻ mắc rối loạn phổ tự kỷ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, so sánh bệnh-chứng. Nhóm trẻ bệnh gồm 117 trẻ được chẩn đoán rối loạn phổ tự kỷ tại khoa Tâm bệnh- bệnh viện Nhi Trung Ương, đáp ứng đủ theo tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM-IV, tuổi từ 24-60 tháng và người chăm sóc chính về giấc ngủ của nhóm trẻ này. Nhóm chứng là 117 trẻ phát triển bình thường (BT) và khỏe mạnh trong 1 tuần nay, tương xứng về tuổi, giới, khu vực (thành thị - nông thôn) với nhóm trẻ TK và người chăm sóc chính về GN của nhóm trẻ này. Nhóm người chăm sóc chính của trẻ về GN là người trực tiếp cho trẻ ngủ từ 5 ngày trở lên trong tuần khi trẻ ở nhà.

Phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu cho nghiên cứu được tính theo công thức:

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

Trong đó: Z=1,96

p: tỷ lệ rối loạn GN dựa trên nghiên cứu tỷ lệ rối loạn giấc ngủ của Trần Thị Ngọc Hồi ở trẻ TK điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung Ương, p=0,456 [4]. α: khoảng tin cậy có thể chấp nhận, α=5%

ε: độ dao động có thể của tỷ lệ, ε=0,1

Từ đó chúng tôi tính được n=96 bệnh nhân

Trong NC này chúng tôi lấy 117 bệnh nhân TK và người chăm sóc đến khám tại phòng khám khoa Tâm bệnh - Bệnh viện Nhi Trung Ương từ 15/9/2016 – 15/3/2017 đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn lựa và loại trừ đối tượng nghiên cứu. Nhóm chứng: chọn trẻ và người chăm sóc trẻ tại các trường mầm non, đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn chọn lựa, dựa vào sự phân chia địa dư theo nhóm bệnh, 2 khu vực chính là nông thôn (trường mầm non xã Thụy Lương, Thái Thụy, Thái Bình) và thành phố (trường mầm non Hoa Thủy Tiên, Cầu giấy, Hà nội), chọn ngẫu nhiên tương ứng nhóm bệnh về tuổi, giới, khu vực theo tỷ lệ 1:1 trong thời gian từ 1/03/2017 đến 30/6/2017.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Phỏng vấn trực tiếp người chăm sóc chính về GN của trẻ theo bộ câu hỏi của bệnh án cấu trúc và thang CSHQ, xử lý theo phần mềm thống kê SPSS16.0

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu chỉ phỏng vấn người chăm sóc bằng sử dụng bộ câu hỏi và thang đo tâm lý, không có các hoạt động mang tính chất can thiệp đến cơ thể của trẻ. Cha mẹ và người chăm sóc được giải thích và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin thu thập sẽ được giữ bí mật và chỉ được cung cấp cho mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Nhóm trẻ tự kỷ và nhóm chứng có độ tuổi từ 24-60 tháng, tuổi trung bình tương ứng là 33.85±9.18 và 35.35±9.46.Tỉ lệ Nam/nữ là 5.88 (100/17). Trẻ chủ yếu sống ở nông thôn 72 (62.4%), thành thị 44 (37.6%). Trẻ tự kỷ là con duy nhất chiếm 41.9%, đẻ đủ tháng là 87.2%, đẻ thường là 47.9%, cân nặng khi sinh trung bình là 3229 ± 482 gam. Trẻ bình thường chiếm các tỉ lệ tương ứng là 35.9%; 92,3%; 57,3% và 3235 ± 366 gam.

Nhóm trẻ TK có các đặc điểm tuổi, giới, dân tộc, khu vực sống, tiền sử sản khoa tương tự như nhóm chứng (p>0,05).

Đặc điểm bệnh lý tự kỷ của trẻ tự kỷ (N = 117): Nhóm trẻ TK có 89 trẻ (76.1%) được chẩn đoán trước 36 tháng tuổi. Tuổi chẩn đoán trung bình là 31.68±8.76, sớm nhất là 20 tháng, muộn nhất là 60 tháng. Trẻ TK được chẩn đoán 104 trẻ (88,9%) là thể điển hình, 13 (11.1%) là thể không điển hình, không có thể Asperger. Trẻ tự kỷ mức độ nặng (CARS≥ 37) là 88 trẻ (75.2%). Mức độ nhẹ và trung bình (CARS 31-36) là 29 trẻ (24.8%). Điểm CARS trung bình là 39,82 ± 3,75. 100% trẻ TK có kèm theo chậm phát triển đánh giá bằng Denver II (DQ) trong đó 44 (37.6%) là mức độ rất nặng (DQ<40), mức độ nặng và trung bình (DQ:40-70) là 73 trẻ (62.4%). Các rối loạn đi kèm khác: tăng động giảm chú ý 52.1%, rối loạn hành vi thách thức chống đối 25,6%, táo bón 9,4%, động kinh 2,6%, co giật do sốt 2,6%, nôn trớ 0.9%

Đặc điểm môi trường và thói quen ngủ của trẻ tự kỷ và nhóm chứng.

Bảng 1: Đặc điểm môi trường ngủ của trẻ tự kỷ

Đặc điểm		Nhóm tự kỷ N=117		Nhóm chứng N=117		p
		n	%	n	%	
Môi trường gia đình	Nhà riêng	112	95,7	106	90,6	0,12
	Khác	5	4,3	11	9,4	
Giường ngủ	Ngủ cùng giường bố mẹ	109	93,2	102	87,2	0,12
	Ngủ cùng người khác	8	6,8	15	12.8	
Cha mẹ quan tâm, lo lắng đến giấc ngủ của trẻ		109	93,2	116	99,1	***0,03***
Người đưa trẻ vào giường	Mẹ	94	80,3	69	59	***0,001***
	Người khác	23	19,7	48	41	
Cha mẹ có mặt khi trẻ bắt đầu đi ngủ		109	93,2	102	87,2	0,12

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm trẻ về môi trường ngủ. 80,3% trẻ TK cần chính mẹ đưa vào giường ngủ, khác biệt rõ so với trẻ bình thường. Sự quan tâm, lo lắng của cha mẹ đến giấc ngủ ở nhóm trẻ tự kỷ ít hơn so với nhóm chứng (p <0,05)

Bảng 2: Đặc điểm thói quen ngủ của trẻ tự kỷ và nhóm chứng

Đặc điểm		Nhóm tự kỷ N=117		Nhóm chứng N=117		P
		n	%	N	%	
Thói quen đi ngủ đúng giờ		49	41,9	84	71,8	***0,01***
Thói quen ngủ trưa	Hàng ngày (≥ 5buổi/tuần)	86	73,5	106	90,6	***0,01***
	Khác	31	26,5	11	9.4	
	Uống sữa	90	76,9	67	57,3	***0,01***

Thói quen trước khi đi ngủ	Khác	27	23,1	50	42,7	
	Lượng sữa (ml)	156,11 ± 44		145,74 ± 42,68		0,14
	Tắt điện	66	56,4	94	80,3	***0,01***
	Để đèn sáng	51	43,6	23	19,7	
	Nghe Nhạc +xem ti vi	93	79,5	111	94,9	***0,01***

Nhận xét: Nhóm trẻ tự kỷ có thói quen đi ngủ đúng giờ, thói quen ngủ trưa hằng ngày ít hơn rõ rệt so với nhóm chứng. Tuy nhiên trẻ tự kỷ có thói quen trước khi đi ngủ như xem tivi, quảng cáo, nghe nhạc, để đèn sáng, uống sữa nhiều hơn nhóm chứng.

Bảng 3: Đặc điểm thời gian ngủ của trẻ tự kỷ và nhóm chứng.

Giờ bắt đầu đi ngủ	Ngày thường	21:26±2:04	21:18±0:44	0,518
	Ngày cuối tuần	22:01±2:06	21:38±0:46	0,074
Giờ thức dậy	Ngày thường	6:41±0:53	7:02±0:38	***0,01***
	Ngày cuối tuần	7:17±1:02	7:34±0:35	***0,015***
Tổng thời gian ngủ (giờ)		10:05±1:20	10:57±0:55	***0,01***

Nhận xét: Trẻ TK thường thức dậy sớm hơn và có tổng thời gian ngủ ít hơn nhóm trẻ bình thường (sự khác biệt có ý nghĩa với p<0,05).

Đặc điểm các vấn đề về giấc ngủ của trẻ tự kỷ theo bảng câu hỏi CSHQ

Bảng 4: Điểm CSHQ của nhóm trẻ tự kỷ và nhóm chứng.

CSHQ	Nhóm tự kỷ	Nhóm chứng	P
Khi bắt đầu đi ngủ	42,10 ± 12,56	29,06 ± 9,37	***<0,01***
Hành vi trong lúc ngủ	14,92 ± 8,45	7,50 ± 6,06	***<0,01***
Thức dậy trong đêm	5,38 ± 3,6	3,47 ± 3,19	***<0,01***
Thức dậy buổi sáng	9,54 ± 5,60	7,28 ± 4,05	***<0,01***
Tổng điểm	**71,95 ± 23,29**	**47,32 ± 17,95**	***<0,01***

Nhận xét: Trẻ TK có tổng điểm CSHQ cũng như điểm trung bình của từng thang phụ cao hơn so với nhóm trẻ BT (p<0,05). Điều này phản ánh rằng trẻ TK có các vấn đề về GN nhiều hơn so với nhóm trẻ BT. Các vấn đề giấc ngủ thường gặp: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 trong các vấn đề về giấc ngủ, gặp ở 95 trẻ TK (81,2%) và 42 trẻ trẻ BT (35,9%). Trẻ TK gặp các vấn đề như khó vào giấc ngủ (64,1%), thường xuyên thức dậy trong đêm (45,2%), thức dậy sớm hơn vào buổi sáng (15,4%) cao hơn so với trẻ BT với các tỉ lệ tương ứng là 29,1%; 23,1% và 4,3% (p<0,001). Tỉ lệ trẻ sợ ngủ trong bóng tối, chống đối trước khi đi ngủ, nghiến răng, ngáy khi ngủ ở trẻ TK cũng được ghi nhận cao hơn so với trẻ BT.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm và chất lượng giấc ngủ ở trẻ em ảnh hưởng từ nhiều yếu tố phối hợp khác nhau. Nghiên cứu của chúng tôi dựa trên cơ sở các thông tin phỏng vấn cha mẹ và thang CSHQ về đặc điểm, hành vi ngủ của 117 trẻ tự kỷ và so sánh với 117 trẻ bình thường.

Môi trường, thói quen ngủ: Nghiên cứu của Souder và CS (2009) tại Philadelphia, Mỹ cho thấy: Về môi trường giấc ngủ, 74,6% số trẻ TK ngủ một mình ở phòng riêng, chỉ có 23,7% cha mẹ có mặt khi trẻ vào giường ngủ và chỉ có 57,6% cha mẹ lo lắng về giấc ngủ của trẻ tự kỷ [6]. Trong khi nhóm trẻ tự kỷ trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết ngủ chung giường với cha mẹ (93,2%), gắn bó ngủ với mẹ (80,3%), hầu hết cha mẹ có mặt khi trẻ đi ngủ và quan tâm lo lắng về giấc ngủ của trẻ, cao hơn so với nhóm trẻ BT(p<0,05). Sự khác biệt trên có thể do thói quen, quan niệm và đặc điểm chăm sóc trẻ của người Việt Nam vẫn mang nặng tính bao bọc, ít cho trẻ độc lập hơn, đặc biệt khi con bị bệnh.

Đặc điểm thói quen ngủ của trẻ tự kỷ: Nhóm trẻ BT có thói quen đi ngủ đúng giờ, ngủ trưa hằng ngày cao hơn nhóm trẻ TK. Tuy nhiên trẻ TK lại có thói quen xem tivi, quảng cáo, nghe nhạc, gắn bó với đèn ngủ cũng như uống sữa nhiều hơn. Trẻ TK được ghi nhận thường đi ngủ muộn hơn, thậm chí sau 22g (p>0.05) và hay thức dậy sớm hơn so với trẻ BT. Tương tự như nghiên cứu của Souder (2009), chúng tôi cũng nhận thấy tổng thời gian ngủ trong ngày của trẻ TK ít hơn trung bình 52 phút so với trẻ BT (p<0,05). Trong nghiên cứu của Souder, khác với kết quả của chúng tôi, phần lớn trẻ TK và trẻ BT đều có thói quen đi ngủ đúng giờ 93,2 % và 92,5 % nhưng đại đa số ko có thói quen ngủ trưa 93,2 % và 85%[6].

Đặc điểm vấn đề về giấc ngủ ở trẻ tự kỷ: Khảo sát giấc ngủ qua CSHQ chúng tôi nhận thấy trẻ tự kỷ có tổng điểm CSHQ cũng như điểm trung bình khi bắt đầu đi ngủ, điểm hành vi trong lúc ngủ, điểm thức giấc đêm cũng như điểm thức dậy buổi sáng cao hơn so với nhóm

trẻ bình thường sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Điều này phản ánh rằng trẻ tự kỷ có các vấn đề về giấc ngủ nhiều hơn so với nhóm trẻ bình thường. Nhận định này cũng đã được Souder và CS (2009) đưa ra qua khảo sát bằng CSHQ ở trẻ tự kỷ và trẻ bình thường [6].

Paula Krakowiak và CS (2008) khi so sánh 303 trẻ TK với 163 trẻ BT cho thấy 53% trẻ TK có ít nhất 1 rối loạn GN, trong khi tỷ lệ này là 32% ở trẻ BT (p<0,001), trong đó 2 vấn đề thường gặp là khó vào giấc ngủ và thức giấc trong đêm [7]. Chúng tôi cũng nhận thấy 81,2% trẻ TK có ít nhất 1 trong các vấn đề về GN trong đó biểu hiện hay gặp nhất là trẻ khó vào giấc ngủ, 64,1% trẻ tự kỷ không ngủ được sau 20 phút lên giường, 45,2% trẻ TK thường xuyên thức dậy trong đêm,15,4% trẻ thức dậy sớm hơn dự định so vào buổi sáng cao hơn so với nhóm trẻ BT với các tỉ lệ tương ứng là 29.1%; 23,1% và 4,3%. Ngoài ra, biểu hiện hành vi chống đối trước khi đi ngủ, kích thích cử động nhiều khi ngủ hay cần các giai điệu nhịp nhàng và gắn bó với đồ vật đặc biệt để vào giấc ngủ ở trẻ TK cao hơn rõ rệt so với nhóm trẻ BT. Tỉ lệ biểu hiện các vấn đề về GN của trẻ TK trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như 1 số nghiên cứu khác trên thế giới như nghiên cứu của Souder là 66% [6] hay Liu X 2006 là 40-80% [3]. Tuy nhiên tỉ lệ này cao hơn nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Hồi 2014 (45,6%), nhưng các vấn đề về giấc ngủ của trẻ tự kỷ được tác giả này nêu lên chủ yếu ở đầu giấc ngủ (83,3%), giữa giấc (13,9%), cuối giấc (2,9%) cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [4].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ tự kỷ gặp các vấn đề về giấc ngủ chiếm tỷ lệ khá cao 81,2%. Với biểu hiện chính là các vấn đề khó vào giấc ngủ, thường xuyên thức dậy trong đêm, thức dậy sớm, tổng thời gian ngủ ngắn… Đây là vấn đề cần được quan tâm, hỗ trợ để nâng cao chất lượng cuộc sống và hiệu quả can thiệp điều trị, nhằm giúp trẻ tự kỷ hòa nhập cộng đồng tốt hơn.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin chân thành cảm ơn khoa Tâm Bệnh, bệnh viện Nhi Trung Ương đã hỗ trợ giúp đỡ chúng tôi trong quá trình nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Psychiatric Association. (1994**). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV), 58-63.276-279
2. **Moran J.S. (2014).** Prevalence of Autism Spectrum Disorder among children aged 8 years-Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States 2010. *Centers for Disease Control and Prevention*. 63(2)
3. **Liu X, Hubbard JA, Fabes RA, Adam JB. (2006)** Sleep disturbances and correlates of children with autism spectrum disorders*. Child Psychiatry Hum Dev* ;37:179-91.
4. **Trần Thị Ngọc Hồi (2014)** *Đặc điểm lâm sàng rối loạn hành vi ở trẻ tự kỷ và nhận xét kết quả điều trị bằng Risperidone* Luận văn thạc sỹ y học
5. **Owens (2000)** The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): Psychometric Properties of A Survey Instrument for School-Aged Children*. SLEEP*, Vol. 23, No. 8
6. **Souders MC; Mason TBA;** Valladares O et al (2009). Sleep behaviors and sleep quality in children with autism spectrum disorders. *SLEEP* ;32(12):1566-1578.
7. **Paula Krakowiak, Beth Goodlin-Jones, Irva Hertz-Picciotto et al (2008).** Sleep problems in children with autism spectrum disorders, developmental delays, and typical development: a populationbased study. *J Sleep Res*. June ; 17(2): 197–206.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM SẢN PHỤ NHIỄM RUBELLA TRONG THỜI KỲ MANG THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Quảng Bắc*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm sản phụ nhiễm rubella trong thời kỳ mang thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2011. ***Phương pháp:*** Nghiên cứu mô tả hồi cứu. ***Kết quả:*** Tuổi trung bình của sản phụ nhiễm rubella là: 28,3 ± 0,3. Số sản phụ là cán bộ viên chức nhiều nhất: 41 sản phụ (29,9%), nông dân có 38 sản phụ (27,7%). Sản phụ có tiền sử mổ lấy thai chiếm 18,2%, sản phụ có tiền sử sinh con dị dạng chiếm 2,9 %. Sản phụ chuyển dạ ở tuổi thai đủ tháng chiếm 70,5%. ***Kết luận:*** Sản phụ nhiễm rubella chủ yếu tập trung độ tuổi sinh đẻ, sản phụ chuyển dạ chủ yếu ở tuổi thai đủ tháng.

Từ khoá: *Rubella, Bệnh viện Phụ sản Trung ương*

**Bệnh viện Phụ sản Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc
Email: drbacbvpstw@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 20.7.2017
Ngày phản biện khoa học: 25.9.2017
Ngày duyệt bài: 3.10.2017

SUMMARY

RESEARCH THE CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN WHO WAS INFECTED WITH RUBELLA DURING PREGNANCY AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNEACOLOGY

Objectives: To describe the characteristics of pregnant women who was infected with Rubella during pregnancy at National hospital of Obstetrics and Gyneacology in 2011. ***Method***: This is a cross sectional study among 137 pregnant women infected with Rubella in NHOG. ***Results***: Mean of age was 28,3 ± 0,3. 41 patients were government (29,9%), 38 patients were farmer (27,7%). C-section was 18,2 %, baby born with malformation was 2,9%. Term labour was 70,5%. ***Conclusion***: most of pregnant women were in reproductive age and term labour.

Key words*: Rubella, National Obstetric and Gynecological Hospital.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị tật bẩm sinh của thai nhi là một trong những hậu quả nghiêm trọng nhất của tình trạng nhiễm vi rút rubella của người mẹ trong thời kỳ có thai. Các nghiên cứu trên thế giới đã công bố tỷ lệ gây dị tật thai nhi của các bà mẹ nhiễm rubella trong vòng 8-10 tuần của thời kỳ mang thai có thể tới 90%. Tại Việt Nam, năm 2011, trong cả nước xảy ra đại dịch rubella. Hàng nghìn phụ nữ mang thai bị nhiễm rubella, hơn 2000 phụ nữ mang thai bị nhiễm rubella đến trung tâm chẩn đoán trước sinh Bệnh viện Phụ sản Trung ương tư vấn, hơn 1000 phụ nữ mang thai nhiễm rubella bị đình chỉ thai nghén,

Tại các nước trên thế giới đã có các công trình nghiên cứu về dị tật bẩm sinh ở thai nhi của các bà mẹ nhiễm rubella trong thời kỳ mang thai, nhưng tại Việt Nam chỉ có một vài nghiên cứu về dị tật bẩm sinh trên các bà mẹ mang thai nhiễm rubella. Tuy nhiên, các nghiên cứu về đặc điểm sản phụ nhiễm rubella trong thời kỳ mang thai rất ít. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này: *"Nghiên cứu đặc điểm sản phụ nhiễm rubella trong thời kỳ mang thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương"*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:

+ Các bà mẹ mang thai có các triệu chứng lâm sàng như sốt, phát ban và nổi hạch, tuổi thai nhiễm rubella từ 5-18 tuần, các bà mẹ mang thai nhiễm rubella theo dõi thai và sinh đẻ tại BVPSTW.

+ Trẻ sơ sinh được lấy máu tĩnh mạch xét nghiệm kháng thể IgG và IgM.

+ Hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông tin cần nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

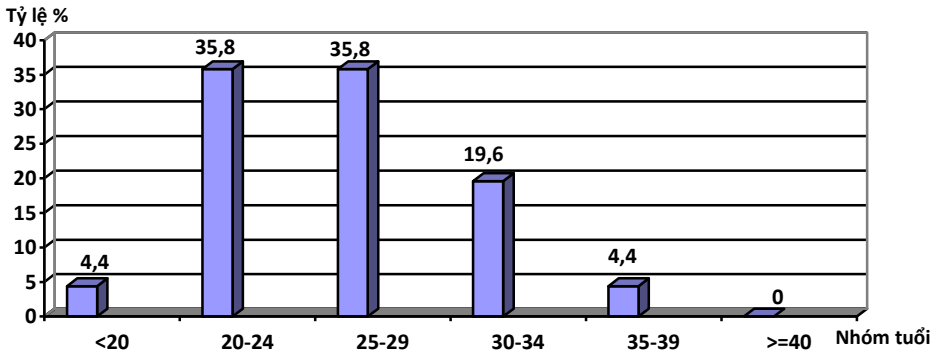
+ Trẻ sơ sinh không được lấy máu tĩnh mạch xét nghiệm IgG và IgM.

+ Hồ sơ không đầy đủ các thông tin cần nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Là một nghiên cứu mô tả hồi cứu các đặc điểm sản phụ nhiễm rubella trong thời kỳ mang thai. Từ tháng 1- 12 năm 2011, có 137 sản phụ đẻ tại BVPSTW, trong đó có 2 trường hợp đẻ song thai.

V. KẾT QUẢ

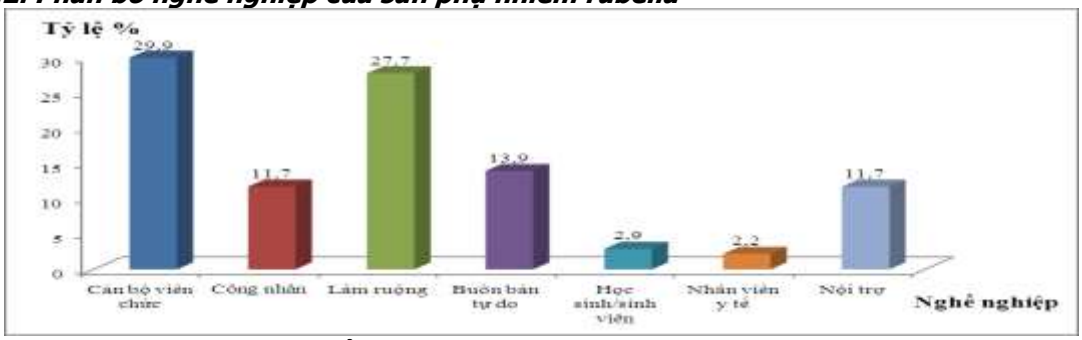
3.1. Phân bố tuổi sản phụ nhiễm rubella



Biểu đồ 1: Phân bố sản phụ theo nhóm tuổi

Nhận xét: Nhóm tuổi từ 20-24 và nhóm tuổi 25-29 có 49 sản phụ mỗi nhóm, chiếm 35,8%. Không có sản phụ nhiễm rubella chuyển dạ đẻ ở nhóm tuổi ≥ 40. Tuổi trung bình của sản phụ nhiễm rubella là: 28,3 ± 0,3.

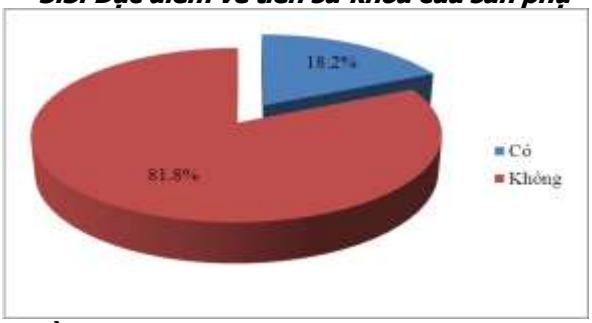
3.2. Phân bố nghề nghiệp của sản phụ nhiễm rubella



Biểu đồ 2: Nghề nghiệp của sản phụ

Nhận xét: Số sản phụ là cán bộ viên chức nhiều nhất: 41 sản phụ (29,9%). Nông dân có 38 sản phụ (27,7%). Nhân viên y tế có 3 sản phụ chiếm 2,2% và học sinh, sinh viên là 4 sản phụ chiếm 2,9%.

3.3. Đặc điểm về tiền sử khoa của sản phụ



Biểu đồ 3: Phân bố tỷ lệ sản phụ có tiền sử mổ lấy thai

Nhận xét: Có 25 sản phụ có tiền sử mổ lấy thai chiếm 18,2%.

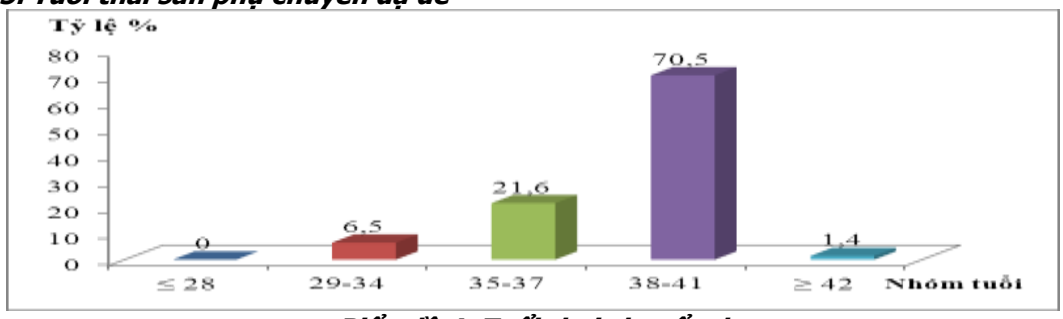
3.4. Đặc điểm về tiền sử con dị dạng

Bảng 3.1. Tỷ lệ sản phụ có tiền sử sinh con dị dạng

Tiền sử thai dị dạng	Số lượng	Tỷ lệ %
Có	4	2,9
Không	133	97,1
Tổng	137	100

Nhận xét: Có 4 sản phụ có tiền sử sinh con dị dạng chiếm 2,9 %.

3.5. Tuổi thai sản phụ chuyển dạ đẻ



Biểu đồ 4: Tuổi thai chuyển dạ

Nhận xét: Sản phụ chuyển dạ ở tuổi thai đủ tháng có tỷ lệ cao nhất: 98 trường hợp chiếm 70,5%. Có 2 trường hợp thai già tháng chiếm 1,4%, không có sản phụ nào chuyển dạ ở tuổi thai dưới 28 tuần.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi của đối tượng nghiên cứu nhỏ nhất là 17 tuổi, cao nhất là 39 tuổi, tập trung nhiều vào nhóm 20-29 tuổi (71,6%), trong đó nhóm tuổi 20-24 chiếm 35,8%, nhóm tuổi từ 25-29 chiếm 35,8%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 28,3±0,3. Đa số các bệnh nhân còn trẻ, trong độ tuổi sinh đẻ, mang thai lần đầu hay lần 2.

Độ tuổi trong nghiên cứu này cao hơn độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Thủy với tuổi trung bình là 26,1±0,2, nhóm tuổi từ 20-29 tuổi cao nhất chiếm 81,4%. Theo Nguyễn Quảng Bắc (2009), phụ nữ mang thai nhiễm rubella có độ tuổi từ 25-34 chiếm 80%, từ 20-24 chiếm 15%, trên 35 tuổi là 5%. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Quảng Bắc. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ bao gồm

những sản phụ chuyển dạ đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương mà trước đó đã có tiền sử nhiễm rubella và tiếp tục theo dõi thai nghén, không bao gồm những thai phụ nhiễm rubella đã được chẩn đoán, sàng lọc trước sinh và đã có chỉ định đình chỉ thai nghén.

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Onakewhor JU, Chiwuzie J về phụ nữ mang thai nhiễm rubella tại Nigeria năm 2011 với tuổi trung bình là 30±4,8. Nguyên nhân có thể do ở Nigeria độ tuổi lập gia đình muộn hơn hoặc độ tuổi sinh đẻ kéo dài hơn nên độ tuổi trung bình cao hơn.

Các sản phụ nằm trong nhóm đối tượng của nghiên cứu có đủ các ngành, nghề, trong đó cán bộ viên chức chiếm tỷ lệ cao 29,9%. Nhóm này bao gồm rất nhiều nghề nghiệp khác nhau như công an, phóng viên, giáo viên, kế toán, nhân viên văn phòng, bộ đội... Nhóm đối tượng có nghề nghiệp làm ruộng chiếm tỷ lệ 27,7%. Như vậy là trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ riêng đối tượng làm nghề nông nghiệp đã chiếm tới 27,7%. Kết quả này rất khác so với nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Thủy về tình hình đình chỉ thai nghén vì nhiễm rubella tai Bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong 6 tháng đầu năm 2011: nhóm cán bộ viên chức chiếm 19,0% và làm ruộng chiếm 13,5%. Sự khác biệt này hoàn toàn phù hợp vì trong nhóm cán bộ viên chức, tùy thuộc với tính chất của từng ngành nghề, có ngành phải tiếp xúc với nhiều người, làm việc ở nơi đông người nên khả năng bị lây nhiễm cao. Đối tượng trong nhóm này hầu hết đều là những người có trình độ cao đẳng và đại học trở lên, có những hiểu biết nhất định, sinh sống tại những vùng đô thị, được tiếp xúc với nhiều nguồn thông tin nên phát hiện bệnh và đi khám sớm, do đó những đối tượng được chẩn đoán trước sinh và đình chỉ thai nghén cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm làm ruộng chiếm tỷ lệ cao 27,7%. Điều này được lý giải là do những người làm nghề nông nghiệp, phần lớn trong số họ ít được tiếp xúc với những thông tin đại chúng, những kiến thức về bệnh còn chưa đầy đủ. Họ sinh sống ở những vùng nông thôn nơi mạng lưới y tế chưa phát triển, người dân chưa quan tâm đúng mức đến sức khỏe sinh sản nên việc phát hiện bệnh và được tư vấn trước sinh rất hạn chế. Điều này dẫn đến những thai phụ bị nhiễm rubella không được khám và làm sàng lọc trước sinh rất thấp. Họ tiếp tục duy trì thai kỳ cho đến chuyển dạ sinh mà không ý thức được nguy cơ cho thai. Hoặc do một số vùng nông thôn tín ngưỡng và phong tục tập quán vẫn còn bị ràng buộc, không cho phép phá thai nên tỷ lệ sản phụ nhiễm rubella theo dõi thai đến chuyển dạ trong nhóm làm nông nhiệp cao nhất.

Có 25 sản phụ có tiền sử mổ đẻ cũ chiếm 18,2%, nhỏ hơn nhiều so với nhóm không có tiền sử mổ đẻ chiếm 81,8% với p< 0,001, trong đó 19 sản phụ mổ lấy thai trong lần chuyển dạ này, 5 sản phụ sinh thường và 1 sản phụ kết thúc chuyển dạ bằng forcep. Như vậy tiền sử mổ đẻ cũ có ảnh hưởng đến cách xử trí chuyển dạ. Trong tổng số 69 sản phụ kết thúc chuyển dạ bằng mổ lấy thai, có 19 sản phụ có tiền sử mổ cũ với p<0,05.

So sánh với tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử mổ đẻ cũ trong nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Thủy là 13,3% tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn. Đây là một khó khăn cho sản phụ và thầy thuốc trong theo dõi và xử trí chuyển dạ vì những sản phụ có tiền sử mổ đẻ cũ có nguy cơ vỡ tử cung, nứt sẹo mổ cũ và khả năng phải can thiệp mổ lấy thai trong lần chuyển dạ này cao hơn.

Trong tổng số 139 sản phụ được chọn là đối tượng nghiên cứu, chỉ có 4 sản phụ có tiền sử sinh con bất thường chiếm 2,9%. Tỷ lệ này thấp hơn rất nhiều so với nhóm không có tiền sử sinh con dị dạng chiếm 97,1% p<0,001. So sánh với nghiên cứu của Phan Thanh Hải, tỷ lệ thai phụ có thai nhi dị dạng trong lần mang thai đầu tiên chiếm 16,9%. Như vậy là tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi rất thấp, liên quan không có ý nghĩa thống kê đến tình trạng trẻ bị rubella bẩm sinh sau sinh với p>0,05.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sản phụ chuyển dạ ở tuổi thai đủ tháng có tỷ lệ cao nhất: 98 trường hợp chiếm 70,5%. Sản phụ chuyển dạ ở tuổi thai từ 29-37 tuần chiếm 28,1%. Có 2 trường hợp thai già tháng chiếm 1,4%. Không có sản phụ nào chuyển dạ ở tuổi thai dưới 28 tuần.

V. KẾT LUẬN

Sản phụ nhiễm rubella chủ yếu tập trung độ tuổi sinh đẻ, sản phụ chuyển dạ chủ yếu ở tuổi thai đủ tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M, De Santis, A,F, Straface, A, Caruso. (2006),** "Rubella infection in pregnancy", *Reproductive Toxicology*, 21, pp. 390-398.
2. **Hoàng Thị Thanh Thủy (2011).** *Nghiên cứu tình hình đình chỉ thai nghén vì nhiễm rubella tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương 6 tháng đầu năm 2011*, Luận văn tốt nghiệp nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, 48-54.
3. N**guyễn Quảng Bắc (2012).** *Nghiên cứu tình*

trạng nhiễm rubella ở phụ nữ mang thai có nguy cơ và hội chứng rubella bẩm sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội

4. **Onakewhor JU, Chiwuzie J (2011).** *Seroprevalance survey of rubella infection in pregnancy at the University of Benin Teaching Hospital, Benin City, Nigeria.* Niger J Clin Pract , 2011 Apr-Jun;14(2): 140-5.
5. **Phan Thanh Hải (2008).** *Nghiên cứu một số lý do, đánh giá hiệu quả của Misoprostol trong phá thai từ 17 đến 22 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2008,* luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, 57-58.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỔ TRỢ UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN II-IIIA BẰNG PHÁC ĐỒ 4AC – 4D

Lê Thị Sương[1], Lê Văn Quảng[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bổ trợ và một số độc tính của phác đồ 4AC - 4D ở bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II-IIIA. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc 32 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II-IIIA được phẫu thuật triệt căn và điều trị bổ trợ bằng phác đồ4AC – 4D tại Bệnh viện K từ tháng 01/2013 đến tháng 08/2017. **Kết quả:** Tuổi mắc bệnh trung bình là 47,5 ± 7,6, hay gặp nhất 40 - 49 chiếm 53,1%. Vị trí u vú ¼ trên ngoài là 71,9%. UTBM thể ống xâm nhập (84,4%), độ mô học 2 chiếm chủ yếu (71,9%). ER, PR, HER2 dương tính tương ứng là: 53,1%; 50%; 56,2%. Giai đoạn bệnh IIA, IIB, IIIA là: 43,8%; 25%; 31,3%. Tỷ lệ sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ 1, 2, 3 năm là: 100%; 91,4%; 86,9% và 100%; 95,5%; 95,5%. Độc tính trên hệ huyết học là hạ bạch cầu trung tính độ 1, 2 (43,8%), hạ độ 3 (12,5%), độ 4 (6,2%); giảm huyết sắc tố chủ yếu độ 1 (71,9%), độ 2 (3,1%), không có độ 3, 4. Không gặp hạ tiểu cầu và suy thận. Tăng men gan độ 1 là 31,2%, độ 2 là 15,6%, tăng men gan độ 3 (3,1%), không có tăng men gan độ 4. **Kết luận:** Phác đồ 4AC – 4D trong điều trị bổ trợ UTV giai đoạn II-IIIA mang lại tỷ lệ sống thêm cao và độc tính chấp nhận được.

Từ khóa: *ung thư vú giai đoạn II-IIIA, phác đồ 4AC – 4D.*

SUMMARY

EFFICACY AND TOXICITY OF ADJUVANT 4AC-4D IN PATIENTS WITH STAGE II-IIIA BREAST CANCER

Purpose: Toacssess adjuvant result and toxicity of 4AC-4D regimen in patients with stage II-IIIA breast cancer. **Patients and methods:** 32 patients with stage II-IIIA postoperativebreast cancer treated byadjuvant 4AC – 4D regimen at National Cancer Hospital. **Results:** Theaverage age was47,5 ± 7,6 years; the most commonage wasfrom 40 to 49 years old (53,1%). The most common location of breast tumor was upper outsidequarter (71,9%). The invasive ductal carcinoma was most common (84,4%), mainly grade 2 (71,9%). Disease free survival rate and overall survivalrate at 1, 2 and 3 years follow-up were 100%; 91,4%; 86,9% and 100%; 95,5%; 95,5%, respectively. Most common side effects after8 cycles were grade 1 or 2, rarely grade 3 or 4toxicities. Grade 1, 2 of hematologic toxicity included: neutropenia (43,8%), anemia (75%), andnoneuphrotoxic and thrombocytopenia were observed.Grade 3 of neutropenia (12,5%), grade 4 (6,2%).Grade 1 hepatotoxicity was seen in 31,2%, grade 2 (15,6%) and grade 3 (3,1%), but no grade 4 hepatotoxicity was observed. **Conclusion:** 4AC-4Dregimenresults a high survival rate in the setting of postoperative patients with stageII-IIIA breast cancer, with an acceptable overall toxicity profile.

Keywords: *Stage II-IIIAbreast cancer, 4AC – 4D regimen.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là loại ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ nhiều nước trên thế giới. Theo hiệp hội ung thư Mỹ ước tính có khoảng 234.190 người Mỹ được chẩn đoán UTV xâm nhập và khoảng 40.730 chết vì bệnh tại Mỹ trong năm 2015. Tại Việt Nam, UTV cũng đứng hàng đầu trong các loại ung thư của phụ nữ. Theo ghi nhận ung thư tại Hà Nội giai đoạn 2001-2004 tỷ lệ mắc UTV chuẩn theo tuổi là 29,7/100.000 dân và ở thành phố Hồ Chí Minh tỷ lệ này là 19,1/100.000 dân.

Mặc dù có khoảng hơn 90% UTV được phát hiện ở giai đoạn sớm còn khả năng phẫu thuật được nhưng nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng có hơn 50% chết vì bệnh nếu chỉ phẫu thuật đơn thuần trong 30 năm theo dõi. Vì vậy điều trị bổ trợ sau phẫu thuật được chỉ định cho giai đoạn này nhằm mục đích tiêu diệt những vi di căn giúp cải thiện thời gian sống thêm không bệnh và thời gian sống thêm toàn bộ. Điều trị bổ trợ cho UTV giai đoạn sớm bao gồm hoá chất và liệu pháp nội tiết, điều trị đích Her-2, xạ trị khi có chỉ

[1]*Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An*
[2]*Bộ môn Ung thư Trường Đại học y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Sương
Email: bs.suongytb@gmail.com
Ngày nhận bài: 12.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 29.9.2017
Ngày duyệt bài: 6.10.2017

định. Từ năm 1976 đến nay đã có rất nhiều thử nghiệm lâm sàng và các nghiên cứu lớn khẳng định được vai trò của hoá chất bổ trợ trong điều trị UTV. Từ những nghiên cứu đó các thuốc Anthracylin, Cyclophosphamid, Taxan đã trở thành nền tảng cho điều trị bổ trợ UTV giai đoạn sớm.Trong thử nghiệm lâm sàng ECOG-E1199 đã chỉ rõ lợi ích về cải thiện sống thêm không bệnh (DFS) 5 năm ở nhóm bệnh nhân được điều trị 4AC-4Docetaxel 3 tuần là 81,2% hoặc 4AC-12Paclitaxel hàng tuần là 81,5%, còn ở nhóm được điều trị bằng 4AC-4Paclitaxel 3 tuần thì DFS 5 năm là 76,9%. Tại Việt Nam đã có rất nhiều công trình nghiên cứu về điều trị bổ trợ trong UTV giai đoạn sớm nhưng chưa có nghiên cứu nào về bổ trợ bằng phác đồ 4AC-4Docetaxel.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu:*Đánh giá kết quả điều trị và một số độc tính của phác đồ bổ trợ 4AC-4D trên bệnh nhân UTV giai đoạn II-IIIA.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm các bệnh nhân UTV giai đoạn II - IIIA đã được phẫu thuật triệt căn, điều trị hoá chất bổ trợ phác đồ 4AC- 4Docetaxel tại bệnh viện K từ tháng 1/2013 đến tháng 8/2017.

Tiêu chuẩn lựa chọn

-Bệnh nhân nữ được chẩn đoán UTBM vú xâm lấn giai đoạn II - IIIA.

-Được điều trị hóa chất bổ trợ sau phẫu thuật bằng phác đồ 4AC - 4D, sau đó điều trị nội tiết, xạ trị khi có chỉ định.

-Không mắc ung thư khác ngoài UTV.

-Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

-Có thông tin sau điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ:

-Không đủ các tiêu chuẩn trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu32 bệnh nhân UTV giai đoạn II - IIIA đã được phẫu thuật triệt căn, điều trị hoá chất bổ trợ phác đồ 4AC-4 Docetaxel tại bệnh viện K từ tháng 1/2013 đến tháng 8/2017.

Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi: Nhóm tuổi 40-49 hay gặp trong nghiên cứu của chúng tôi là 17/32 (53,1%), tuổi trung bình mắc bệnh: 47,6 ± 7,6. Kết quả phù hợp với Trần Hiệp, độ tuổi 41-50 chiếm 51,16%. Phù hợp với Nguyễn Diệu Linh, độ tuổi 41-50 chiếm 47,5%. So sánh với các tác giả phương Tây thì độ tuổi trung bình mắc UTV trong các nghiên cứu là 50; 51 tuổi. Đây là một yếu tố khác biệt khá quan trọng chứng tỏ độ tuổi mắc UTV tại Việt Nam có xu hướng trẻ hơn các nước Phương Tây từ đó để các nhà dịch tễ học cũng như bác sĩ lâm sàng có chiến lược chú ý phát hiện sớm hơn tình trạng bệnh nhân UTV trẻ tuổi tại Việt Nam.

Vị trí u: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ gặp UTV trái là 17/32 (53,1%), cao hơn so với UTV phải. Hay gặp nhất là UTV ¼ trên ngoài chiếm 23/32 (71,9%). Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Trần Hiệp, UTV trái chiếm 54,1%; u ¼ trên ngoài chiếm 56,32%, cũng như nghiên cứu của Nguyễn Diệu Linh vị trí u vú trái chiếm 58,1%. Lê Hồng Quang cũng ghi nhận tỷ lệ UTV trái chiếm gần 55% và u ¼ trên ngoài chiếm 62,1%.

Mô bệnh học

- Loại mô bệnh học: Loại mô bệnh học UTV hay gặp nhất chúng tôi ghi nhận được là thể ống XN chiếm 27/32 (84,4%), thể tiểu thùy XN chiếm 1/32 (3,1%), thể tủy chiếm 1/32 (3,1%).

Kết quả của chúng tôi phù hợp với Tạ Văn Tờ UTV thể ống xâm nhập chiếm tỷ lệ cao nhất 79%, thể tiểu thùy chiếm 2,9%; phù hợp với Trần Hiệp thể ống xâm nhập chiếm 93,76%. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợpy văn loại mô bệnh học hay gặp nhất trong UTV vẫn là UTBM thể ống xâm nhập kinh điển chiếm khoảng 75%.

- Độ mô bệnh học: 27 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi xác định được độ mô học, tỷ lệ độ 2 cao nhất 23/32 (71,9%). Độ mô bệnh học trong UTV cũng là yếu tố quan trọng giúp tiên lượng và góp phần hướng dẫn điều trị bổ trợ. Độ mô học càng cao thì độ ác tính càng cao, tiên lượng càng xấu. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Tạ Văn Tờ UTV thể ống xâm nhập độ mô học 2 chiếm tỷ lệ cao 71,4%, độ 1 chiếm 12,5%, độ 3 chiếm 16,4%.

Hóa mô miễn dịch

Bảng 3.1. Hóa mô miễn dịch

Thụ thể bộc lộ trên u	Dương tính		Am tính		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
ER	17	53,1	15	46,9	32	100
PR	16	50	16	50	32	100

HER2	18	56,2	14	43,8	32	100

Tỷ lệ bộc lộ ER trên mô u của chúng tôi là 17/32 chiếm 53,1%. Tỷ lệ bộc lộ PR là 15/32 (50%). Tỷ lệ bộc lộ HER2 trên mô u cao chiếm 56,2% (trong đó Her2 2+ là 15,6%; Her2 3+ là 40,6%). Kết quả này phù hợp với Nguyễn Phúc Duy Quang tỷ lệ ER, PR dương tính lần lượt là 53,3%; 46,7%; phù hợp với Tạ Văn Tờ tỷ lệ ER, PR dương tính lần lượt là 59,1%; 51,4%; HER2 3+ chiếm 35,1%. Tỷ lệ bộc lộ ER của chúng tôi tương đương so với các tác giả như Malaysia, Singapore, Thái Lan dao động từ 53,8% đến 65%. Tuy nhiên so với các tác giả Phương Tây tỷ lệ bộc lộ ER, PR cao hơn hẳn. Theo Sparano J A thì tỷ lệ bộc lộ ER và hoặc PR là 70,1%; cũng như nghiên cứu Sandra M. Swain, MD thì tỷ lệ bộc lộ ER là 75%, HER2 3+ là 18,9%. Điều này chứng tỏ không có sự tương đồng hoàn toàn về bản chất sinh học bệnh UTV giữa dân cư Châu Á so với dân cư Châu Âu.

Phân loại giai đoạn bệnh

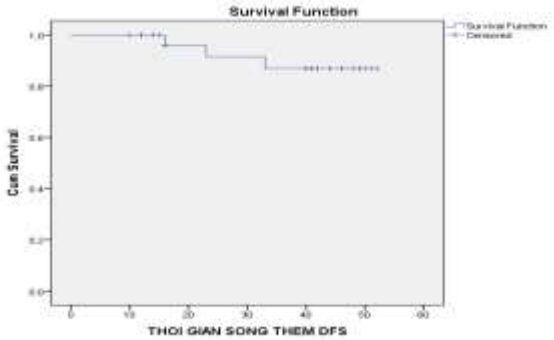
Bảng 3.2. Phân loại giai đoạn bệnh

Giai đoạn bệnh		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Phân loại theo nhóm giai đoạn	IIA	14	43,8
	IIB	8	25
	IIIA	10	31,2
Tổng		32	100

Bảng 3.2 chỉ ra: giai đoạn IIA chiếm tỷ lệ cao hơn với 14/32 (43,8%). Giai đoạn IIB chiếm 25%, IIIA chiếm 31,2%.Theo Trần Hiệp thì giai đoạn IIA chiếm 24,96%; giai đoạn IIB (54,24%). Sự khác biệt này là do nghiên cứu của Trần Hiệp chỉ ghi nhận ở nhóm bệnh nhân tử giai đoạn I-IIB.

3.2. Thời gian sống thêm

Thời gian sống thêm không bệnh



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ sống thêm không bệnh

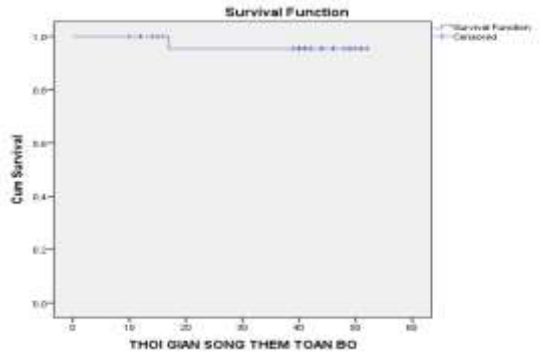
Tất cả 32 bệnh nhân của chúng tôi đều được theo dõi đầy đủ, không bệnh nhân nào bị mất thông tin theo dõi. Kết quả: tỷ lệ sống thêm không bệnh tại thời điểm 1 năm, 2 năm, 3 năm tương ứng là 100%; 91,4%; 86,9% (trong đó có 1 bệnh nhân di căn não vào tháng thứ 16, 1 bệnh nhân di căn xương vào tháng thứ 23 và 1 bệnh nhân di căn gan vào tháng thứ 33).

So với Trần Văn Thuấn tỷ lệ sống thêm không bệnh 1 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm tương ứng là: 97,53%; 88,38%; 80,05%; 75,51%; kết quả của chúng tôi cao hơn. Điều này cũng dễ lý giải vì nghiên cứu của Trần Văn Thuấn chỉ bổ trợ bằng 4 đợt AC. Các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng khi thêm Taxan tuần tự sau 4 đợt AC trong điều trị bổ trợ UTV thì tỷ lệ sống thêm không bệnh cải thiện có ý nghĩa thống kê so với bổ trợ 4AC đơn thuần. Cũng như theo kết quả nghiên cứu sống thêm của tác giả Nguyễn Diệu Linh thì tỷ lệ sống thêm của nhóm được điều trị bổ trợ bằng phác đồ 4AC tại thời điểm 1 năm,2 năm, 3 năm, 4 năm lần lượt là 100%; 96,7%; 93,5%; 90,3%; nhóm bệnh nhân bổ trợ bằng TAC thì tỷ lệ sống thêm 1 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm tương ứng là 98,4%, 95,%, 88,9%; 74,6%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Kim Anh với tỷ lệ sống thêm không bệnh 1 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm tương ứng là 90,6%; 79,1%; 77%; 73%.

Kết quả sống thêm không bệnh của chúng tôi so với nghiên cứu ECOG 1199 là tương đương. Nghiên cứu ECOG 1199 là một nghiên cứu với cỡ mẫu lớn 4950 bệnh nhân UTV sau phẫu thuật chia đều ngẫu nhiên thành 4 nhóm nhận bổ trợ bằng các phác đồ 4AC-4D; 4AC-4P; 4AC-Docetaxel tuần; 4AC- Paclitaxel tuần. Mục tiêu chính của nghiên cứu là thời gian sống thêm không bệnh. Kết quả của nghiên cứu này khi so sánh với những bệnh nhân nhận điều trị chuẩn bằng phác đồ 4AC-4 Paclitaxel mỗi 3 tuần thì HR=1,23 ở nhóm nhận bổ trợ bằng 4AC-4D mỗi 3 tuần (p=0,02) Nghiên cứu này tiếp tục được theo dõi với thời gian theo dõi trung vị 12,1 năm thì sống thêm không bệnh vẫn cải thiện có ý nghĩa thống kê ở nhóm điều trị bổ trợ phác đồ 4AC-4D so với nhóm điều trị bổ trợ 4AC-4P mỗi 3 tuần. Cũng chính dựa trên kết quả của nghiên cứu này mà hiện tại hướng dẫn thực hành của NCCN cho UTV đã chuyển phác đồ 4AC-4Paclitaxel mỗi 3 tuần ra khỏi danh sách các phác đồ bổ trợ cho UTV. Tuy thời gian theo dõi sống thêm trong nghiên cứu của chúng tôi chưa

dài nhưng kết quả của chúng tôi như vậy là rất khả quan.

Thời gian sống thêm toàn bộ



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ

Nghiên cứu của chúng tôi với thời gian theo dõi sống thêm toàn bộ còn ngắn, trong thời gian theo dõi chúng tôi chỉ ghi nhận được một trường hợp bệnh nhân tử vong vào tháng thứ 17 do di căn não. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 1 năm, 2 năm, 3 năm lần lượt là 100%; 95,5%; 95,5%. Trong nghiên cứu ECOG 1199 thì tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm khi điều trị bổ trợ bằng phác đồ 4AC-4D là 87,3% tuy nhiên cải thiện không có ý nghĩa thống kê so với phác đồ bổ trợ 4AC-4Paclitaxel mỗi 3 tuần [4]. Do vậy chúng tôi chỉ xin ghi nhận kết quả về thời gian sống thêm toàn bộ chứ không bàn luận nhiều.

3.3. Một số độc tính của phác đồ

Độc tính trên huyết học, gan thận

Bảng 3.3. Độc tính trên huyết học, gan thận

Độc tính trên huyết học, gan, thận	Độ độc tính (n=32)				
	Độ 0	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
BC tổng	15 (46,9)	12 (37,5)	4 (12,5)	1 (3,1)	0
BC TT	12 (37,5)	7 (21,9)	7 (21,9)	4 (12,5)	2 (6,2)
Hb	8 (25)	23 (71,9)	1 (3,1)	0	0
SGOT	17 (53,1)	14 (43,1)	1 (3,1)	0	0
SGPT	16 (50)	10 (31,2)	5 (15,6)	1 (3,1)	0
Sốt giảm BC	3 (9,4%)				

Bảng 3.3 chỉ ra tỷ lệ giảm bạch cầu tổng chiếm 53,1%; chủ yếu giảm bạch cầu độ 1 (37,5%), độ 2 (12,5%), giảm bạch cầu tổng độ 3 ít gặp (3,1%). Giảm bạch cầu trung tính thường gặp chiếm 62,5%, trong đó độ 3, độ 4 chiếm tỷ lệ không cao lần lượt là 12,5%; 6,2%. Sốt giảm bạch cầu chiếm 9,4%. Thiếu máu cũng rất hay gặp chiếm 75%, chủ yếu độ 1 (71,9%). Tăng men gan thường gặp mức độ nhẹ, tăng men gan SGPT chỉ gặp 3,1%. Không gặp hạ tiểu cầu cũng như không có độc tính trên thận. Kết quả nghiên cứu của ECOG E-1199 thì ở nhóm được điều trị bổ trợ bằng phác đồ 4AC-4D tỷ lệ hạ bạch cầu đa nhân trung tính độ 3, 4 khá cao chiếm 46%, tỷ lệ sốt hạ bạch cầu chiếm 16%. Như vậy so với kết quả của ECOG E-1199 thì tỷ lệ độc tính độ 3, 4 cũng như sốt hạ bạch cầu của chúng tôi ít gặp hơn, kết quả này có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi liều hóa chất điều trị cho bệnh nhân chỉ bằng 90-95% liều hóa chất phác đồ chuẩn và chúng tôi có sử dụng thuốc kích bạch cầu dự phòng chủ động do vậy mà giảm được tỷ lệ hạ bạch cầu cũng như sốt hạ bạch cầu.

V. KẾT LUẬN

Qua 32 bệnh nhân UTV giai đoạn II-IIIA được bổ trợ bằng phác đồ 4AC-4D chúng tôi thấy phác đồ cho tỷ lệ sống thêm không bệnh cao, tỷ lệ sống thêm 1 ,2, 3 năm là100%; 91,4%; 86,9%; bên cạnh đó độc tính trên hệ huyết học và gan thận chủ yếu là độ 1, 2, hạ bạch cầu trung tính độ 3 chiếm 12,5%, độ 4 (6,2%), sốt hạ bạch cầu là 9,4%. Như vậy, phác đồ 4AC-4D cải thiện tỷ lệ sống thêm không bệnh trong điều trị bổ trợ UTV giai đoạn II-IIIA và độc tính có thể kiểm soát được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Siegel RL, Miller KD, Jemal A.** Cancer statistics, 2015. CA Cancer J Clin 2015; 65: 5-29.
2. **Nguyễn Văn Hiếu (2015).** Ung thư vú. *Bệnh học ung thư*, Nhà xuất bản y học Hà Nội, 235- 255.
3. **Sparano JA, Wang M, Martino S, et al**. Pha III study of Doxorubicin- Cyclophosphamid followed by Paclitaxel or Docetaxel given every 3 weeks or weekly in operable breast cancer. Results of intergroup trial E1199 [abstract]. J Clin oncol 2007.
4. **Trần Hiệp (2010).** Nhận xét kết quả bước đầu điều trị ung thư vú giai đoạn sớm bằng phẫu thuật Auchincloss tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định. *Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh,tập 14, số 4*, tr: 414 – 421.
5. **Nguyễn Diệu Linh (2013).** Nghiên cứu điều trị ung thư vú giai đoạn II- IIIA bằng hoá chất bổ trợ phác đồ TAC và AC tại bệnh viện K. Luận án tiến sĩ y học. Trường Đại học y Hà Nội.
6. **Nguyễn Văn Thuấn, Nguyễn Bá Đức và cs (2006).** Đánh giá kết quả điều trị bổ trợ hóa chất phác đồ Adriamycin-Cyclophosphamid kết hợp với điều trị nội tiết trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II-III. Tạp chí y học Thành Phố Hồ Chí Minh, tập10, số 4.

7. Lê Hồng Quang (2012). Nghiên cứu giá trị của sinh thiết hạch cửa trên bệnh nhân ung thư vú. Luận án tiến sĩ y học. Trường Đại học y Hà Nội.

THỰC TRẠNG NHIỄM HIV Ở TRẺ DƯỚI 18 THÁNG TUỔI SINH RA TỪ MẸ NHIỄM HIV ĐƯỢC QUẢN LÝ TẠI BỆNH VIỆN A, TỈNH THÁI NGUYÊN GIAI ĐOẠN 2011-2015

Lương Minh Tuấn[1], Nguyễn Thị Tố Uyên [2]

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện trên 146 trẻ sinh ra từ các bà mẹ nhiễm HIV được quản lý tại bệnh viện A trong giai đoạn 2011-2015. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Trong số 146 trẻ có 80 trẻ nam chiếm tỷ lệ 54,79%. 100% các trẻ sau sinh từ các bà mẹ nhiễm HIV được làm xét nghiệm PCR, và 81,5 % trẻ được xét nghiệm ở giai đoạn sớm dưới 2 tháng tuổi. Trẻ có kết quả xét nghiệm HIV dương tính là 5 chiếm tỷ lệ 3,4%. Có mối liên quan giữa tình trạng nhiễm HIV ở trẻ dưới 18 tháng tuổi sinh ra từ mẹ nhiễm HIV với tình trạng bú sữa mẹ hoàn toàn của trẻ (p<0,001). Những bà mẹ không được điều trị ARV hoàn toàn trong thời kỳ mang thai thì tỷ lệ bị lây nhiễm HIV sang trẻ cao hơn sự khác biệt có ý thống kê với p<0,001.

SUMMARY

SITUATION OF HIV INFECTION AMONG CHILDREN UNDER 18 MONTHS OLD WHO WERE BORN BY HIV-INFECTED MOTHERS AT A HOSPITAL, THAI NGUYEN PROVINCE DURING THE PERIOD 2011-2015

The study was conducted on 146 children who were born by HIV-infected mothers at A hospital during the period 2011-2015. Methods: A cross-sectional descriptive study. The results showed that there were 80 boys among 146 children, accounting at 54,79%. 100% of them who were born by HIV-infected mothers were done PCR test and 81.5% were tested at the early stage - under 2 months old. HIV-positive children were 5, accounting 3.4%. There was the relation between HIV-infected infants under 18 months with total breastfeeding (p< 0.001). Mothers who did not get total treatment by ARV therapy during pregnancy had higher prevalence of HIV infection; there was significant difference with p< 0.01.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay HIV/AIDS đã trở thành đại dịch trên toàn cầu, tỷ lệ trẻ em bị nhiễm HIV cao, tính đến cuối năm 2013, trên thế giới có khoảng 3,2 triệu trẻ em dưới 15 tuổi nhiễm HIV, chiếm 9,1% tổng số nhiễm HIV. Khoảng 90% trẻ em nhiễm HIV do lây truyền từ mẹ trong thời gian mang thai, khi sinh hoặc khi cho bú [6]. Nhờ các biện pháp can thiệp hiệu quả, nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con có thể giảm xuống dưới 2% [7].

Tại Việt Nam, hoạt động dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con trong những năm qua đã đạt được những kết quả đáng kể, độ bao phủ xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai (PNMT), đến quý II năm 2014 đã thực hiện xét nghiệm HIV cho 83.671 phụ nữ mang thai trong tổng số 107.702 phụ nữ đến khám thai lần đầu tại cơ sở triển khai hoạt động PLTMC đạt 78%[1]. Chẩn đoán sớm nhiễm HIV cho trẻ dưới 18 tháng tuổi bằng kỹ thuật PCR được mở rộng trên toàn quốc. Năm 2007, bệnh viện A tỉnh Thái Nguyên triển khai hoạt động quản lý, theo dõi và điều trị trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV nhưng chưa có các báo cáo, số liệu chính thức về tình hình chẩn đoán nhiễm HIV, tình hình nhiễm HIV ở trẻ em phơi nhiễm với HIV tại bệnh viện. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài*: Thực trạng nhiễm HIV ở trẻ dưới 18 tháng tuổi sinh ra từ mẹ nhiễm HIV được quản lý tại bệnh viện A tỉnh Thái Nguyên giai đoạn 2011 - 2015.* Với các mục tiêu:

1. Mô tả tỷ lệ nhiễm HIV ở trẻ dưới 18 tháng tuổi sinh ra từ mẹ nhiễm HIV được quản lý tại bệnh viện A Thái Nguyên giai đoạn 2011 - 2015.

2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm HIV ở trẻ dưới 18 tháng tuổi sinh ra từ mẹ nhiễm HIV được quản lý tại bệnh viện A Thái Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

- Hồ sơ bệnh án lưu trữ tại bệnh viện A
- Trẻ dưới 18 tháng tuổi sinh ra từ mẹ nhiễm HIV được xét nghiệm PCR từ tháng 1/2011 đến tháng 12/2015 tại bệnh viện A tỉnh Thái Nguyên.

2.1.2. *Địa điểm nghiên cứu:* tại bệnh viện A Thái Nguyên.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 06/2016 đến tháng 06/2017.

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

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Chọn toàn bộ trẻ em dưới 18 tháng tuổi sinh ra từ mẹ

[1]*Bệnh viện A Thái Nguyên*
[2]*Trường Đại học Y dược - ĐHTN*
Chịu trách nhiệm chính: Lương Minh Tuấn
Email: bstuanopctn@gmail.com
Ngày nhận bài: 11.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 4.10.2017
Ngày duyệt bài: 9.10.2017

nhiễm HIV được xét nghiệm PCR quản lý tại bệnh viện A từ 1/1/2011 đến 31/12/2015.

2.2.3. Phân tích số liệu: Số liệu được nhập, phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0

2.4. Quy trình thu thập số liệu: Thu thập số các cứu sẵn có của trẻ dưới 18 tháng tuổi sinh ra từ mẹ nhiễm HIV được làm PCR tại bệnh viện A Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng nhiễm HIV ở trẻ dưới 18 tháng tuổi sinh ra từ mẹ nhiễm HIV được quản lý tại bệnh viện A Thái Nguyên giai đoạn 2011 – 2015

Bảng 3.1. Số trẻ được quản lý tại bệnh viện A Thái Nguyên giai đoạn 2011- 2015

Năm	Số trẻ nam	Số trẻ nữ	Tổng số	Tỷ lệ (%)
2011	20	10	30	20,55%
2012	13	13	26	17,82%
2013	22	16	38	**26,02%**
2014	14	15	29	19,86%
2015	11	12	23	15,75%
Tổng số	**80 (54,79%)**	**66 (45,21%)**	**146**	**100%**

Nhận xét: Số trẻ nam (54,79%). Năm 2013 số trẻ được quản lý (26,02%) chiếm tỷ lệ cao nhất, đây là thời điểm có một số dự án, nhà tài trợ mở rộng chương trình DPLTHIVMC rộng rãi ra 2 huyện Võ Nhai, Định Hóa.

Bảng 3.2. Kết quả xét nghiệm chẩn đoán sớm PCR

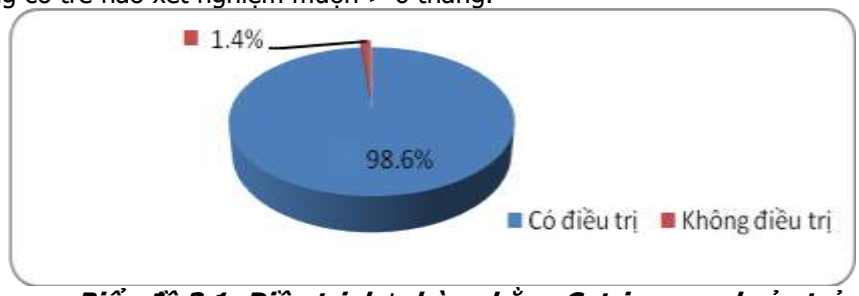
Kết quả PCR	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dương tính	5	3,4
Âm tính	141	96,6
Tổng	**146**	**100**

Nhận xét: Có 100% trẻ sinh ra được làm xét nghiệm PCR. Trong đó 96,6% có kết quả âm tính, tuy nhiên vẫn còn 3,4% có kết quả xét nghiệm dương tính.

Bảng 3.3. Phân bố các trẻ theo nhóm tuổi được làm xét nghiệm PCR

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Từ 0 - 2 tháng	119	81,5
Trên 2 - 3 tháng	21	14.4
Trên 3 - 6 tháng	6	4,1
Trên 6 - 12 tháng	0	0,0
Trên 12 - 18 tháng	0	0,0
Tổng số	**146**	**100**

Nhận xét: Đa số các trẻ được xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HIV sớm trong vòng 2 tháng sau sinh (81,5%), không có trẻ nào xét nghiệm muộn > 6 tháng.



Biểu đồ 3.1: Điều trị dự phòng bằng Cotrimoxazol của trẻ.

Nhận xét: Số trẻ được điều trị bằng Cotrimoxazol chiếm 98,6%,vẫn còn 1,4% chưa được điều trị.

3.2. **Một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm HIV ở trẻ dưới 18 tháng tuổi sinh ra từ mẹ nhiễm HIV được quản lý tại bệnh viện A giai đoạn 2011- 2015.**

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa điều trị ARV của mẹ và tình trạng nhiễm HIV của con

Điều trị ARV cho mẹ	Tình trạng nhiễm HIV của con				p
	Có nhiễm HIV		Không nhiễm HIV		
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Không điều trị	5	75,0	15	25,0	**<0,001**
Điều trị hoàn toàn	0	0,0	126	100,0	

Nhận xét: Mẹ được điều trị ARV hoàn toàn thì không có trường hợp con nào có kết quả xét nghiệm dương tính, tỷ lệ này cao hơn so với những bà mẹ không được điều trị ARV hoàn toàn có con làm xét nghiệm HIV 75,0% là dương tính. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với (p<0,05)**.**

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa dinh dưỡng sau sinh và tình trạng nhiễm HIV của trẻ.

Dinh dưỡng sau sinh	Tình trạng nhiễm HIV của con				P
	Dương tính		Âm tính		
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Bú mẹ hoàn toàn	5	83,3	1	16,7	<0,001
Nuôi bộ hoàn toàn	0	0,0	140	100,0	

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm HIV được sinh ra từ mẹ nhiễm có bú mẹ hoàn toàn sau sinh là 83,3%. Những trẻ sinh ra được nuôi bộ hoàn toàn có kết quả xét nghiệm âm tính 100%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

1. Thực trạng nhiễm HIV ở trẻ dưới 18 tháng tuổi sinh ra từ mẹ nhiễm HIV được quản lý tại bệnh viện A Thái Nguyên giai đoạn 2011 - 2015.

Tổng số trẻ sinh ra từ các bà mẹ nhiễm HIV được quản lý tại bệnh viện A trong 5 năm nghiên cứu là 146 trẻ, nam có 80 trẻ chiếm 54,79%. đây là thời điểm có một số dự án, mở rộng chương trình DPLTMC rộng rãi 2 huyện Võ Nhai, Định Hóa. 100% trẻ sinh ra đều được làm xét nghiệm PCR. Đa số các trẻ được xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HIV sớm trong vòng 2 tháng sau sinh (81,5%), không có trẻ nào xét nghiệm muộn > 6 tháng. Kết quả này cho thấy hoạt động DPLTMC của tỉnh được triển khai tốt. Các bệnh viện phát hiện phụ nữ mang theo đều giới thiệu bệnh nhân đến chăm sóc quản lý thai nghén và sinh tại bệnh viện A. Theo nghiên cứu của Cao Thanh Thị Thanh Thủy tỷ lệ trẻ sinh ra từ các bà mẹ nhiễm HIV được làm xét nghiệm PCR trước 2 tháng là 62,1%, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [4].

Hầu hết Số trẻ sinh ra từ các bà mẹ nhiễm HIV được điều trị bằng Cotrimoxazol (98,6%) tuy nhiên vẫn còn 1,4% chưa được điều trị.

2.Một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm HIV ở trẻ dưới 18 tháng tuổi sinh ra từ mẹ nhiễm HIV được quản lý tại bệnh viện A Thái Nguyên giai đoạn 2011 - 2015.

Trẻ sinh ra được nuôi bộ hoàn toàn có kết quả xét nghiệm âm tính 100%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Kết quả nghiên cứu của tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Đinh Mai Vân 100% trẻ được nuôi bộ hoàn toàn không bị nhiễm HIV cho thấy nếu được can thiệp điều tri bằng ARV và nuôi bộ hoàn toàn đem lại hiệu quả rất tốt cho trẻ [5].

Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra rằng khi người mẹ mang thai nhiễm HIV được điều trị dự phòng lây truyền mẹ con bằng ARV thì không có trường hợp con nào có kết quả xét nghiệm HIV dương tính, Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với (p<0,05). Nghiên cứu của tác giả Đinh Mai Vân cho kết quả tương tự. Nghiên cứu của Lại Kim Anh tỷ lệ trẻ không bị nhiễm là (97%) năm 2011, kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhưng lại giảm rất nhiều so với các năm trước đó tại Cần Thơ [3].

V. KẾT LUẬN

1. Thực trạng nhiễm HIV ở trẻ dưới 18 tháng tuổi sinh ra từ mẹ nhiễm HIV được quản lý tại bệnh viện A Thái Nguyên giai đoạn 2011 - 2015.

- Số trẻ được quản lý tại bệnh viện A là 146, nam có 80 trẻ chiếm 54,79%.
- Số trẻ có xét nghiệm HIV dương tính là 5 chiếm tỷ lệ 3,4%.
- Tỷ lệ trẻ sau sinh từ các bà mẹ nhiễm HIV được làm xét nghiệm PCR, và 100% trẻ được xét nghiệm PCR và giai đoạn sớm dưới 2 tháng tuổi là 81,5%.

2. Có mối liên quan giữa tình trạng nhiễm HIV của trẻ với:

- Tình trạng bú sữa mẹ hoàn toàn của trẻ
- Mẹ không được điều trị ARV hoàn toàn trong thời kỳ mang thai

KHUYẾN NGHỊ

1. Tiếp tục duy trì hoạt động xét nghiệm HIV cho những PNMT để có biện pháp DPLTMC sớm để làm giảm nguy cơ LTMC từ trong khi mang thai.

2. Con sinh ra từ mẹ nhiễm HIV cần được xét nghiệm chẩn đoán HIV sớm, được dự phòng nhiễm trùng cơ hội và điều trị ARV sớm nếu bị nhiễm HIV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế (2014),** Báo cáo sơ kết hoạt động 9 tháng năm 2014 và kế hoạch giai đoạn 2015-2017. Cục phòng, chống HIV/AIDS
2. **Bộ Y tế (2015),** "*Hướng dẫn quản lý, điều trị và chăm sóc HIV/AIDS*" ban hành Quyết định 3047/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế ngày 19/8/2009.

3. **Lại Kim Anh (2013),** *Đánh giá chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại thành phố Cần Thơ giai đoạn 2008- 2011*, Y học Thực hành, Vol. 889, 890, 295- 298.
4. **Cao Thị Thanh Thủy,** Tình trạng nhiễm HIV và chăm sóc, điều trị ARV cho trẻ dưới 18 tháng tuổi sinh ra từ mẹ nhiễm tại Việt Nam, 2010-2013, Luận văn tiến sĩ.
5. **Đinh Mai Vân và Nguyễn Thế Tuyền,** *"Thực trạng chăm sóc, điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và một số yếu tố liên quan tại Bắc Ninh giai đoạn 2007-"*, Hội nghị khoa học bệnh truyền nhiễm và HIV/AIDS toàn quốc năm 2015. Tạp chí của Hội Truyền nhiễm Việt nam.
6. **WHO (2002),** Prevention of HIV in infant and young children.
7. **Kim M. H., Ahmed S., Preidis G. A. et al (2013**), "Low rates of mother-to- child HIV transmission in a routine programmatic setting in Lilongwe, Malawi", PLoS One, 8(5), pp. e64979.

ĐÓNG ĐƯỜNG RÒ KHÍ - THỰC QUẢN SAU MỔ CHỮA TEO THỰC QUẢN Ở TRẺ EM BẰNG THUỐC: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP

Tô Mạnh Tuân*, Lê Thanh Chương*, Nguyễn Thu Hà*, Trần Thọ Anh*

TÓM TẮT

Rò khí thực quản tái phát sau mổ chữa teo thực quả là một trong các biến chứng nặng ở trẻ em, kĩ thuật mổ chữa bằng mổ mở hay mổ nội soi thường có nguy cơ, cũng như tỉ lệ tái phát cao. Chúng tôi báo cáo ca bệnh rò khí thực quản tái phát sau mổ chữa teo thực quản, được sử dụng A xít Trichloroacetic qua đường nội soi khí-phế quản để phá hủy lớp tế bào biểu mô và đóng kín đường rò cho thấy kết quả tốt và an toàn.

Key words: Teo thực quản; rò khí thực quản; Recurrent tracheoesophageal fistula;

SUMMARY

ENDOSCOPIC MANAGEMENT OF RECURRENT TRACHEOESOPHAGEAL FISTULA IN CHILDREN BY CHEMOCAUTERIZATION: A CASE REPORT

Surgery for recurrent tracheoesophageal fistula (RTEF) is technically challenging and has a high risk ofcomplications. Here, we report on the chemocauterization withtrichloroacetic acid (TCA) technique for endoscopic management of RTEF with rigid ventilating bronchoscopy withtelescopic magnification was used to evaluate and manage the RTEF. A 50% TCA-soaked small cotton ball was applied in the opening. The fistulae were closed and confirmed by bronchoscopy. There were nopostoperative complication.The results of this case showed that chemocauterization with TCA can be safeand effective for the management of RTEF.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Teo thực quản là tổn thương bẩm sinh của đường tiêu hóa trên, bệnh có tỉ lệ mắc 1/ 2500 – 4500, bệnh nhân đượcphẫu thuật sớm ngay sau sinh. Tuy nhiên,bệnh thường có các bệnh lí bẩm sinh kết hợp, cũng như tình trạng viêm phổi do trào ngược, làm ảnh hưởng lớn đến kết quả điều trị. Các nghiên cứu cho thấy các biến chứng sau mổ của bệnh khá cao, trong đó có đến 10% tử vong, 7% rò miệng nối, 6 - 50% có hẹp miệng nối, rò khí – thực quản tái phát có 5 -20%, nuốt khó ở 77% và có đến 85% xuất hiện luồng trào ngược dạ dày - thực quản [2], [4], [6].

Rò khí thực quản tái phát sau mổ chữa teo thực quảnthường biểu hiện với viêm phổi tái diễn, gây sang chấn tâm lí nhiều cho gia đình người bệnh, cónguy cơ tử vong cao. Chẩn đoán đường rò có thể qua chụp thực quản với thuốc cản quang, chụp cắt lớp vi tính ngực (CLVT) hay qua nội soi khí – phế quản có sử dụng test xanh Methylen (NSKPQ)[1]. Chúng tôi báo cáo ca bệnh rò khí thực quản tái phát sau mổ chữa teo thực quản đã được chữa thành công với a xít Trichloroacetic 50% (TCA) tại chỗ đường rò qua nội soi khí – phế quản.

II. CA BỆNH

Bệnh nhân Nguyễn Khang V, sinh ngày 30/5/2010,do mẹ nhiễm độc thai nghén, vỡ ối sớm, cân nặng khi đẻ 1800gr, được đến viện ngay sau sinh do teo thực quản Gross C (ID: 100108436), dị tật hẹp các khoảng liên sườn 1-4 bên phải. Bệnh nhân được mổ chữa teo thực quản lúc 3 ngày tuổi. Phẫu thuật qua mở ngực liên sườn 3, đingoài màng phổi phải, quai động mạch chủ quay phải, thực quản teo đầu trên ở đốt ngực 2 và đầu dưới có rò vào khí quản ở đốt ngực 4.

Phẫu thuật bảo vệ dây thần kinh X, cắt khâu kín đường rò khí quản và nối thực quản.Sau mổ

**Bệnh viện Nhi Trung ương.*
Chịu trách nhiệm chính: Tô Mạnh Tuân
Email: *tuannhpsep2007@gmail.com*
Ngày nhận bài: 5.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 28.9.2017
Ngày duyệt bài: 5.10.2017

ba ngày, bệnh nhân được rút ống nội khí quản, ăn sữa qua ống thông. Tuần thứ ba, cân nặng 2400gr, bệnh nhâncó hiện tượng ho tăng, chụp thực quản có hẹp miệng nối và được nội soi, nong miệng nối thực quản tuần thứ bốn sau mổ, sau đó trẻ có viêm xẹp phổi trên phải, điều trị nội khoa, sau bảy tuần trẻ được ra viện, cân nặng 2700gr, tự búđược. Sau ra viện trẻ có viêm phổi tái diễn.



Hình 1: Thuốc cản quang tràn vào đường thở khi chụp thực quản.



Hình 2: Tổn thương phổi viêm trên phim chụp CLVT ngực.

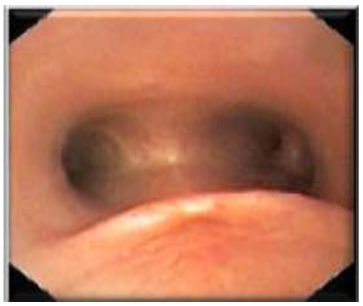


Hình 3: Hình đường thông khí – thực quản trên carina 10mm, ở phim chụp CLVT ngực.

Hình ảnh chụp cản quang thực quản có lưu thông thuốc qua miệng nối dễ, có hiện tượng tràn thuốc vào đường thở (Hình 1). Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) có hình ảnh tổn thương viêm phổi thùy trên phải và đường rò khí thực quản (Hình 2-3). Nội soi khí quản (23/12/2016) thấy có đường rò khí thực quản trên carina 1cm, test xanh Methylen dương tính và có mủ trong lòng phế quản hai bên (Hình 4). Nội soi dạ dày (28/12/2016) có viêm phù thực quản, dạ dày.



Hình 4: Rò khí- thực quản với test xanh Methylen dương tính trước điều trị.



Hình 5: Lỗ rò kín, test xanh Methylen âm tính sau điều trị một tháng.

Bệnh nhân được tiến hành đóng đường ròqua nội soi khí quản ống cứng ngày (11/1/2017). Sau khi xác định rõ vị trí đường rò, sử dụng TCA thấm qua bông, đặt tại chỗ đường rò qua 3 lần thấm thuốc, mỗi lần kéo dài 30 giây. Sau can thiệp TCA bệnh nhân được ăn đường miệng sau 3 ngày, kiểm tra sau 1 tháng thấy đường rò đã được đóng kín (Hình 5), theo dõi sau 3 tháng trẻ lên cân, không có tái phát viêm đường hô hấp, chức năng thực quản được cải thiện.

III. BÀN LUẬN

Teo thực quản thường kèm theo với nhiều dị tật, cùng các biến chứng bệnh. Trong đó, rò khí thực quản sau mổ chữa teo thực quản là một trong các biến chứng nặng, nguy cơ tử vong cao sau mổ chữa teo thực quản, thường xảy ra với các trẻ non tháng, cân nặng thấp và thương tổn típ C. Vị trí tái phát rò thường là qua chỗ được cắt khâu rò trước, hay thương tổn khí quản khi mổ chữa lần đầu.

Trẻ có rò khí thực quản đều có triệu chứng về hô hấp và rối loạn nuốt, song các triệu chứng của rò tái phát khó phân biệt với tình trạng do mềm sụn khí quản hay luồng trào ngược dạ dày thực quản và có thể gây dãn phế quản [7]. Có đến 68% bệnh nhân rò tái phát có biểu hiện rò miệng nối, hầu hết điều trị đường rò khí thực

quản thường sử dụng phẫu thuật qua mở ngực hay cổ, có thể sử dụng màng phổi, màng tim, vạt cơ, hạch bạch huyết để phòng tái phát, song các nguy cơ và biến chứng cao do hậu quả viêm phổi và khó khăn khi tiếp cận mổ lại[3], [4].

Báo cáo của Smithers (2017), điều trị 66 bệnh nhân rò khí thực quản từ 2009 đến 2016 tại Boston, Mĩ. Trong đó chủ yếu (77%) là sau mổ chữa teo thực quản, có 26% do mắc phải và 6% là típ H. Số lần rò tái phát trong các bệnh nhân trung bình 2,3 lần (1 đến 12 lần) và các kĩ thuật sử dụng trước đó để chữa rò khí thực quản tái diễn trước khi được tác giả điều trị bao gồm: mổ chữa vớiSurgisis mesh, vạt cơ ức đòn chũm, vạt màng phổi, dùng nội soi và laser, đốt điện, keo dán sinh học, tác nhân xơ hóa, dụng cụ nút mạch... Điều trị bằng mổ mở, có sử dụng nội soi ống mềm kiểm tra trong mổ, xác định đường rò hay túi cùng khí quản, kết hợp cố định thành sau khí quản vào trước cột sống và cố định thực quản vào thành bên cột sống trong dự phòng rò tái phát. Kết quả, không có tái phát rò khí – thực quản, song có 9% rò thực quản, mở thông thực quản cổ 6%, tạo hình thực quản bằng ruột non với 6% và có tử vong 2% do thương tổn quai chủ quay phải [7].

Kỹ thuật sử dụng nội soi chữa rò khí thực quản tái phát được coi là biện pháp can thiệp ít xâm lấn hơn mổ chữa, kể từ thành công ca bệnh đầu tiên năm 1975 qua y văn Đức, với sử dụng Histoacryl (Histoacryl tissue adhesive -B. Braun Melsungen AG, Melsungen, Germany)**.** Với sự phát triển kĩ thuật nội soi, các báo cáo gần đây cho thấy nội soi chữa rò làm giảm nguy cơ các biến chứng cho can thiệp rò khí thực quản tái phát, đã cho phép ứng dụng phổ biến hơn, song kĩ thuật hoàn chỉnh vẫn chưa được xác định. Sử dụng các chất kết dính sinh học đặt vào đường rò như Hisoacryl, Fibrin, hay kĩ thuật làm phá lớp biểu mô đường rò với dao điện, chất xơ hóa hay dùng Laser hoặc kết hợp các kĩ thuật trên đã có các kết quả khác nhau với thành công 60% và có số lần can thiệp trung bình 2,1 [5].

Sử dụng TCA điều trị rò khí thực quản, được báo cáo lần đầu vào năm 2008 cho kết quả tốt với 3 bệnh nhân, cho thấy nhiều ưu điểm do TCA là một a xít hữu cơ, không độc, được sử dụng rộng rãi trong thẩm mỹ, có tác dụng gây chết biểu mô đường rò nhanh, kết hợp tình trạng gây phù tổ chức xung quanh, gây bít, rồi gây xơ và đóng kín đường rò. Báo cáo của Lelonge (2016) với 14 bệnh nhân rò khí thực quản có kết quả tốt với kỹ thuật dùng thuốc tại chỗ với TCAtại hai trung tâm ở Pháp và Chile, độ tuổi từ 3 đến 156 tháng, số lần can thiệp trung bình 2(1-3), thời gian mỗi lần can thiệp 30 (20 - 40) phút, bệnh nhân ra viện trước 24 giờ sau khi can thiệp, theo dõi 41 (8 -72) tháng sau không có tái phát, cho thấy các tiến bộ trong điều trị rò khí thực quản tái phát[5].

Ca bệnh của chúng tôi có biểu hiện các triệu chứng viêm đường hô hấp, kết hợp rối loạn nuốt ngay sau mổ chữa teo thực quản lần đầu, tuy nhiên do có kết hợp động mạch chủ quay phải, cũng là yếu tố cản trở chức năng của thực quản, kết hợp tình trạng viêm dạ dày thực quản làm quá trình điều trị các biến chứng kéo dài, chẩn đoán được đường rò muộn, song khi can thiệp với tại chỗ đường rò với dung dịch TCA đã cho kết quả tốt, theo dõi sau 3 tháng không có tái phát, trẻ lên cân, chức năng hô hấp đã được cải thiện.

IV. KẾT LUẬN

Sử dụng TCA tại chỗ đường rò khí thực quản tái phát sau mổ teo thực quản qua nội soi khí phế quản để đóng đường rò cho kết quả an toàn, hiệu quả, giảm thiểu xâm lấn, và cần được nghiên cứu nhiều hơn nữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aworanti O., Awadalla S.** (2014), "Management of recurrent tracheoesophageal fistulas: a systematic review", *Eur J Pediatr Surg*, 24(5), pp. 365-75. doi: 10.1055/s-0034-1370780.
2. **Cartabuke R.H., Lopez R., Thota P.N.** (2016), "Long-term esophageal and respiratory outcomes in children with esophageal atresia and tracheoesophageal fistula", *Gastroenterlogy report*, 4(4), pp. 310-314.
3. **Coran A.G** (2013),"**Redo esophageal surgery:** the diagnosis and management of recurrent tracheoesophageal fistula**",** *Pediatr Surg Int*, 29, pp. 995–999
4. **Koivusalo A.I., Pakarinen M.P., Lindahl H.G., et al.** (2015), "Revisional surgery for recurrent tracheoesophageal fistula and anastomotic complications after repair of esophageal atresia in 258 infants", *Journal of pediatric surgery,* 50, pp. 250-254.
5. **Lelonge Y., Varlet F., Varela P., et al.** (2016), "Chemocauterization with trichloroacetic acid in congenital and recurrent tracheosephageal fistula: a minimally invasive treatment", *Surg Endosc,* 30, pp. 1662-1666.
6. **Shawyer A.C., D'Souza J., Pemberton J., et al.** (2014), "The management of postoperative reflux in congenital esophageal atresia-tracheoesophageal fistula: a systematic review", *Pediatr Surg Int*, 30, pp. 987-996.
7. **Smithers C.J., Hamilton T.E., Manfredi M.A., et al.** (2017), "Categorization and repair of

recurrent and acquired tracheoesophagealfistulae occurring after esophageal atresia repair", *Journal of pediatric surgery*, 52, pp. 242-430.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN LAO PHỔI TÁI PHÁT

Nguyễn Hoàng Kim[1], Vũ Quang Diễn[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân lao phổi tái phát sau lao mới. **Phương pháp:** Tiến cứu kết hợp với hồi cứu, mô tả ở 55 bệnh nhân lao phổi tái phát sau lao phổi mới, nằm điều trị tại Bệnh viện 74 Trung ương. Bệnh nhân nghiên cứu được lựa chọn theo tiêu chuẩn của CTCLQG, thời gian nghiên cứu từ tháng 01 (2014) đến tháng 12 (2015). **Kết quả và kết luận:** Tổng số 55 bệnh nhân, nam 78,2%, nữ: 21,8%, tuổi trung bình: 56,98 ± 17,01, tái phát sớm: 49,2%, tái phát muộn: 50,8%. Sốt về chiều: 63,6%, chán ăn: 63,6%, mệt mỏi: 54,6%, ho khạc đờm: 74,6%. Tổn thương xơ vôi: 96,4%, nốt: 89,1%, thâm nhiễm: 69,1%, hang: 58,2%. Bạch cầu bình thường: 69,1%, Hb giảm: 60,0%, Hb trung bình: 119,5 ± 45,2. Hay gặp AFB (1^+): 30,9%. Tỷ lệ kháng thuốc: 51,6%, kháng 1 thuốc: 62,5%, 2 thuốc: 31,3%, 3 thuốc: 6,2%, MDR: 6,2%. Kháng với SM: 56,5%, E: 21,7%, INH: 17,4% và kháng với R: 4,4%.

Từ khóa: Lao phổi tái phát, lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

THE STUDY OF CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS IN THE RELAPSED PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS

Objectives: To describe the clinical, para- clinical characteristics in the relapsed pulmonary tuberculosis patients after newly pulmonary tuberculosis. **Method:** A retrospective and prospective, descriptive study was conducted in the 55 relapsed pumonary tuberculosis patients after newly pulmonary tuberculosis in the Central 74 Hospital. All subjects of the study were diagnosed base on criterion of National Tuberculosis Control Programme. **Results and conclusion:** A total of 55 patients, male: 78,2%, female: 21,8%, average age: 56,98±17,01, early type: 49,2%, late type: 50,8%. Slight fever at evening: 63,6%, fatigue: 54,6%, anorexia: 63,6%, productive cough: 74,6%. Lesions of TB in chest X-ray: fibre- calcification: 96,4%, node: 89,1%, infiltrate: 69,1%, cavity: 58,2%. Normal WBC: 69,1%, low Hb: 60,0%, average Hb: 119,5 ± 45,2, frequent AFB (1^+): 30,9%. Drug resittance: 51,6%: 1 drug: 62,5%, 2 drugs: 31,3%, 3drugs: 6,2%, MDR: 6,2%. Resisted with: SM: 56,5%, E: 21,7%, INH: 17,4%, and resisted with R: 4,4%.

Keywords: Relapsed pumonary tuberculosis, clinical, para-clinical

[1]Bệnh viện 74 Trung ương
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Kim
Email: drhoangkim74tw@gmail.com
Ngày nhận bài: 1.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 28.9.2017
Ngày duyệt bài: 3.10.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao vẫn là một vấn đề lớn của sức khỏe toàn cầu, gây bệnh cho hàng triệu người mỗi năm, là nguyên nhân hàng thứ 2 gây tử vong trong các nguyên nhân nhiễm trùng. Theo Chương trình chống lao Quốc gia (CTCLQG), Việt Nam, nước thứ 14 trong 20 nước có số người mắc lao cao nhất toàn cầu. Lao phổi tái phát (LPTP) sau điều trị lao mới chiếm tỷ lệ từ 1-13% theo các nghiên cứu [7]. Trong những năm gần đây kỹ thuật Gene-Xpert được ứng dụng để sàng lọc lao kháng đa thuốc ở bệnh nhân LPTP, vì vậy sẽ có nhiều thay đổi về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân LPTP.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành ở 55 bệnh nhân lao phổi tái phát sau lao phổi mới, điều trị tại Bệnh viện 74 Trung ương, thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2014 đến tháng 12/ 2015. Bệnh nhân tuổi từ 16 tuổi trở lên. Được chẩn đoán lao phổi tái phát theo tiêu chuẩn của CTCLQG [1].

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu kết hợp với tiến cứu, mô tả. 55 bệnh nhân, bao gồm: tiến cứu 29, hồi cứu 26 bệnh nhân.

2.3. Phương pháp thu thập, xử lý số liệu: Thu thập hồ sơ lưu trữ, phỏng vấn, thăm khám bệnh nhân, nhuộm soi đờm trực tiếp tìm AFB, Gene –Xpert, nuôi cấy đờm, kháng sinh đồ vi khuẩn lao theo hướng dẫn của CTCLQG [1]. Chụp X.quang phổi, phân tích theo tổn thương cơ bản của lao phổi và các xét nghiệm khác. Số liệu được phân tích trên chương trình SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Tuổi, giới và thể tái phát

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n = 55)	Tỷ lệ (%)
Nam	43	78,2
Nữ	12	21,8
Tuổi trung bình ($\overline{X}$ ± SD)	56,98 ± 17,01	
Tái phát sớm	27	49,2
Tái phát muộn	28	50,8

Nhận xét: Nam giới chiếm tỷ lệ cao (78,2%). Tuổi trung bình của bệnh nhân: 56,98 ± 17,01. Tỷ lệ 2 thể tái phát tương đương nhau.

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n = 55)	Tỷ lệ (%)
Sốt về chiều	35	63,6
Mệt mỏi	30	54,6
Chán ăn	35	63,6
Ho khạc đờm	41	74,6

Nhận xét: Số bệnh nhân có biểu hiện sốt về chiều (63,6%), chán ăn (63,6%), mệt mỏi (54,6%), ho khạc đờm (74,6%).

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.3. Hình thái tổn thương cơ bản trên X.quang phổi

Hình thái	Số bệnh nhân (n = 55)	Tỷ lệ (%)
Thâm nhiễm	38	69,1
Nốt	49	89,1
Hang	32	58,2
Xơ vôi	53	96,4

Nhận xét: Bệnh nhân có nhiều tổn thương xen kẽ, trong đó tổn thương xơ vôi chiếm tỷ lệ cao (96,4%), tiếp đến là tổn thương nốt (89,1%), tổn thương thâm nhiễm (69,1%), tổn thương hang (58,2%).

Bảng 3.4. Đặc điểm bạch cầu máu ngoại vi

Bạch cầu	Số bệnh nhân (n = 55)	Tỷ lệ (%)
Giảm	1	1,8
Bình thường	38	69,1
Tăng	16	29,1
Đa nhân trung tính tăng	28	51,0
Lympho tăng	13	23,7
Trung bình ($\bar{X}$ ± SD)	9,12 ± 2,56	

Nhận xét: Chủ yếu bệnh nhân có bạch cầu ở mức bình thường (69,1%), bạch cầu tăng có 29,1%, bạch cầu trung bình ở giới hạn bình thường. Bạch cầu đa nhân trung tính tăng chiếm trên một nửa số bệnh nhân (51,0%), bạch cầu lympho tăng chiếm tỷ lệ thấp (23,7%).

Bảng 3.5. Đặc điểm hemoglobin máu

Hemoglobin (g/l)	Số bệnh nhân (n = 55)	Tỷ lệ (%)
Hb bình thường	22	40,0
Hb giảm	33	60,0
Trung bình ($\bar{X}$ ± SD)	119,5 ± 45,2	

Nhận xét: Số bệnh nhân có hemoglobin giảm chiếm tỷ lệ cao (60,0%), trung bình Hb ở mức thấp.

Bảng 3.6. Mức độ dương tính của AFB trong đờm

Mức độ AFB	Số bệnh nhân (n = 55)	Tỷ lệ (%)
1-9 AFB	12	21,8
Dương tính 1^+	17	30,9
Dương tính 2^+	9	16,3
Dương tính 3^+	14	25,5
Gene-xpert (+)	3	5,5

Nhận xét: Số bệnh nhân có AFB dương tính 1^+ chiếm tỷ lệ cao hơn các mức độ khác (30,9%).

Bảng 3.7. Đặc điểm kháng thuốc

Đặc điểm kháng thuốc	Số bệnh nhân (n = 31)	Tỷ lệ (%)
Kháng thuốc	16	51,6
Kháng 1 thuốc	10	62,5
Kháng 2 thuốc	5	31,3
Kháng 3 thuốc	1	6,2
Kháng đa thuốc (MDR)	1	6,2
Kháng với từng thuốc	**Số lượt kháng (n = 23)**	**Tỷ lệ (%)**
Kháng SM	13	56,5
Kháng INH	4	17,4
Kháng E	5	21,7
Kháng R	1	4,4

Nhận xét: Số bệnh nhân có vi khuẩn lao kháng thuốc chiếm tỷ lệ 51,6%, trong đó: kháng với một thuốc: 62,5%, kháng 2 thuốc: 31,3%, có 01 trường hợp kháng với R+INH (MDR). Kháng với SM (56,5%), kháng với E và INH (21,7 và 17,4%), một trường hợp kháng với R.

IV. BÀN LUẬN

Về lâm sàng: Nam giới chiếm tỷ lệ cao ở bệnh nhân nghiên cứu (78,2%). Tuổi trung bình của bệnh nhân: 56,98 ± 17,01. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trước về LPTP với nam giới chiếm tỷ lệ cao [2], [3], [7]. Tuổi trung bình, tỷ lệ thể tái phát muộn cao hơn so với một số nghiên cứu trước đó về LPTP [2], [3]. Số bệnh nhân có biểu hiện sốt về chiều (63,6%), chán ăn (63,6%), mệt mỏi (54,6%), ho khạc đờm (74,6%). So sánh với kết quả của các nghiên cứu trước [2], [3] chúng tôi thấy tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi nhìn chung thấp hơn. Sự khác

biệt trên theo chúng tôi là do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được sàng lọc các trường hợp lao kháng đa thuốc, một nhóm đại diện mà các nghiên cứu trước vẫn xếp vào lao phổi tái phát.

Về cận lâm sàng: Bệnh nhân có nhiều tổn thương xen kẽ, trong đó tổn thương xơ vôi chiếm tỷ lệ cao (96,4%), tiếp đến là tổn thương nốt (89,1%), tổn thương thâm nhiễm (69,1%), tổn thương hang (58,2%). Lê Thành Phúc [4] thấy ở bệnh nhân trước tái trị: xơ hang (50,0%), nốt hang (29,2%). Hoàng Thị Phượng [5] thấy 96,0% có tổn thương hang và xơ hang ở bệnh nhân trước tái trị. Có sự khác nhau về hình thái tổn thương là do đối tượng nghiên cứu ở mỗi nghiên cứu có sự khác nhau. Các nghiên cứu trước cũng thấy số lượng bạch cầu, bạch cầu lympho ở bệnh nhân LPTP thường ở mức bình thường, tăng bạch cầu, tăng tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính gặp ở một số trường hợp có bội nhiễm vi khuẩn ngoài lao [2], [3]. Hb máu thường thấp ở bệnh nhân LPTP cũng được các nghiên cứu chỉ ra [6]. Mức độ AFB(+) trong đờm ở các nghiên cứu trước hay gặp (+) 2^+ và 3^+ [2], [3]. Mặc dù được sàng lọc lao kháng đa thuốc ngay từ đầu cho đối tượng nghiên cứu bằng xét nghiệm Gene- Xpert, nhưng chúng tôi vẫn gặp 01 trường hợp MDR. Kết quả vi khuẩn lao kháng thuốc trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với kết quả của các nghiên cứu trước [2], [3]. Có sự khác biệt về mức độ AFB và tỷ lệ kháng thuốc, theo chúng tôi là vì đối tượng MDR trong nghiên cứu của chúng tôi đã được sàng lọc bằng Gene-Xpert ngay từ đầu.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 55 bệnh nhân lao phổi tái phát sau lao phổi mới tại Bệnh viện 74 Trung ương chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Đặc điểm lâm sàng: Tỷ lệ nam: 78,2%, nữ: 21,8%, tuổi trung bình: 56,98±17,01, tái phát sớm: 49,2%, tái phát muộn: 50,8%. Biểu hiện: Sốt về chiều: 63,6%, chán ăn: 63,6%, mệt mỏi: 54,6%, ho khạc đờm: 74,6%. Cận lâm sàng: Tổn thương xơ vôi: 96,4%, nốt: 89,1%, thâm nhiễm: 69,1%, hang: 58,2%. Bạch cầu ở giới hạn bình thường: 69,1%, Hb giảm: 60,0%, Hb trung bình: 119,5 ± 45,2. AFB dương tính 1^+ chiếm tỷ lệ cao hơn các mức độ khác (30,9%). Tỷ lệ kháng thuốc: 51,6%, kháng 1 thuốc: 62,5%, 2 thuốc: 31,3%, 3 thuốc: 6,2%, kháng đa thuốc (MDR): 6,2%. Kháng với SM: 56,5%, E: 21,7%, INH: 17,4% và kháng với R: 4,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế- CTCLQG (2015),** "*Hướng dẫn quản lý bệnh lao*", NXB y học.
2. **Hoàng Hà (2009),** *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, sinh học của vi khuẩn lao ở bệnh nhân lao phổi điều trị lại*, Luận án tiến sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội.
3. **Hỷ Kỳ Phoóng (2001),** *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả tái trị ở bệnh nhân lao phổi tái phát tại Bệnh viện lao và bệnh phổi Hà Nội năm 1997-2000*, Luận văn tốt nghiệp BSCKII, Trường đại học Y Hà Nội.
4. **Lê Thành Phúc (1999),"***Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình hình kháng thuốc của bệnh nhân điều trị điều trị lại sau bỏ trị*", Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà nội.
5. **Hoàng Thị Phượng (1999),** " Nhận xét nguyên nhân bỏ trị và một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng qua 35 bệnh nhân lao phổi được điều trị tái trị", *Hội nghị khoa học về lao và bệnh phổi*, Viện lao và bệnh phổi-9/1999, tr. 45.
6. **Crofts J.P., Andrews N.J., Barker R.D., et al (2010),** "Risk factors for recurrent tuberculosis in England and Wales, 1998–2005", *Thorax*, 65, pp. 310-14.
7. **Songyi H., Soonduck K., Jongsoon P., et al (2003),** "Characteristics of Relapsed Patients with Pulmonary Tuberculosis Registered at Two Public Health Centers in Seoul", *Korean Journal of Epidemiology* , 25(2), pp. 92-99.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 THỂ KHÍ ÂM LƯỠNG HƯ TRÊN THỰC NGHIỆM CỦA BÀI THUỐC "TRI BÁ ĐỊA HOÀNG HOÀN"

Nguyễn Vinh Quốc*, Trần Công Trường*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá tác dụng của bài thuốc Tri bá địa hoàng hoàn trên mô hình chuột cống trắng được gây đái tháo đường typ 2 thể khí âm lưỡng hư. **Phương pháp nghiên cứu:** gây mô hình chuột cống trắng đái tháo đường typ 2 thể khí âm lưỡng hư bằng tiêm phúc mạc dung dịch STZ 1% liều 30 mg/kg 1 lần duy nhất và nước sắc bài thuốc hạ khí liều 9g/kg/ngày trong 14 ngày liên tục; chuột đạt tiêu chuẩn sau gây

**Viện Y học cổ truyền Quân đội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vinh Quốc
Email: quocnguyenvinh@gmail.com
Ngày nhận bài: 4.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 29.9.2017
Ngày duyệt bài: 4.10.2017

mô hình được phân thành lô uống nước muối sinh lý, lô uống gliclazid 20mg/kg/ngày và lô uống Tri bá địa hoàng hoàn liều 16,8g/kg/ngày liên tục trong 10 ngày; quan sát toàn trạng, xác định lượng thức ăn và nước uống tiêu thụ hàng ngày, cân trọng lượng chuột, định lượng đường máu, xét nghiệm mô bệnh học tiểu đảo tụy để đánh giá. **Kết quả:** bài thuốc có tác dụng cải thiện các triệu chứng lâm sàng, mức giảm Glucose máu 13,7% so với trước điều trị tuy nhiên khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Khả năng hồi phục của tế bào tiểu đảo tụy kém hơn so với lô đối chứng uống Gliclazid.

Từ khóa: thực nghiệm, đái tháo đường typ 2, Tri bá địa hoàng hoàn.

SUMMARY

EVALUATING EFFECTS OF "TRI BA ĐIA HOANG HOAN" IN THE TREATMENT OF TYPE 2 DIABETES OF DEFICIENCY OF BOTH VITAL ENERGY AND YIN IN THE EXPERIMENT

Objective: the research was conducted for the purpose of evaluating the effects of "Tri ba dia hoang hoan" on the white rat model of type 2 diabetes mellitus in the type of yin and vital energy deficiency in the experiment. **Method**: rats were caused diabetes by STZ 1% at 30mg/kg body weight/day and decoction of "Ha khi" formulas during 14 days; rats successfully caused diabetes were divided into 3 groups: oral saline group, gliclazid 20mg/kg/day group and "Tri ba dia hoang hoan" 16.8g/kg/day group in 10 days; health condition observing, food and drink daily consumed amount determining, mouse weighting, blood glucosequantifying, histopathological pancreatic islets examining were methods used to evaluate the effects of medication. **Results:** The traditional medicine formulas improved clinical symptoms, reduced 13.7% blood glucose, however the difference was not statistically different (p>0.05). The recovery ability of pancreatic islets of study group was less than Gliclazid group.

***Keywords**:* experimental animal; type 2 diabetes, Tri ba dia hoang hoan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, cùng với điều kiện sống được nâng cao, bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) cũng được phát hiện với tỷ lệ tăng đáng ngại: khoảng 300% trong vòng 10 năm trở lại đây. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ khoảng 2,7%. Tới năm 2025, dự báo toàn cầu sẽ có khoảng 380 triệu người mắc bệnh, trong đó 95% là ĐTĐ týp 2. Bệnh ĐTĐ tiến triển lâu ngày nếu không được kiểm soát tốt sẽ dẫn đến các biến chứng tại các cơ quan đích như não, tim, thận, mắt, mạch máu và thần kinh ngoại biên... [1]. Y học cổ truyền với biện chứng luận trị sâu sắc và phương dược phong phú đã và đang thể hiện những nét ưu việt trong điều trị chứng tiêu khát – một chứng bệnh có nhiều điểm tương đồng với bệnh ĐTĐ. Đã có nhiều bài thuốc vị thuốc được sử dụng được nghiên cứu để điều trị bệnh này và đã cho một số kết quả khả quan.

Đề tài *"Hợp tác nghiên cứu một số cổ phương để điều trị một số bệnh do rối loạn chuyển hoá trên thực nghiệm và lâm sàng"* là nhiệm vụ hợp tác quốc tế về khoa học và công nghệ theo nghị định thư được Bộ Khoa học và Công nghệ, Bộ Quốc phòng giao nhiệm vụ cho Viện Y học cổ truyền Quân đội thực hiện. "Tri bá địa hoàng hoàn" là một trong 05 bài thuốc cổ phương được Hội đồng xét duyệt thuyết minh lựa chọn để nghiên cứu đối với bệnh lý ĐTĐ typ 2. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá tác dụng hạ đường huyết của bài thuốc này trên mô hình động vật thực nghiệm gây ĐTĐ typ 2 thể khí âm lưỡng hư.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Động vật thực nghiệm: Chuột cống trắng đực Wistar, trọng lượng trung bình 200 ± 20g (tương đương 8 tuần tuổi), được cung cấp bởi Ban chăn nuôi - Học viện Quân y. Chuột được nuôi trong điều kiện phòng thí nghiệm tại khoa Nghiên cứu thực nghiệm - Viện YHCT Quân đội.

2.2. Bài thuốc nghiên cứu

- Bài thuốc cổ phương Tri bá địa hoàng hoàn: Thục địa: 15g; Hoài sơn: 15g; Mẫu đơn bì: 15g; Hoàng bá: 15g; Trạch tả: 15g; Sơn thù: 15g; Phục linh: 15g; Tri mẫu: 15g.
- Bài thuốc gây hạ khí: Thanh bì 18g; Chỉ xác 18g; Phụ tử chế 15g [2].

Hai bài thuốc trên được sắc và cô đến tỷ lệ 3/1 (3gam dược liệu lấy 1ml cao).

2.3. Phương pháp tiến hành

2.3.1. Thực nghiệm giai đoạn 1: gây mô hình chuột ĐTĐ typ 2 thể khí âm lưỡng hư: Cân trọng lượng chuột trước khi thực nghiệm, cho chuột ăn thức ăn giàu năng lượng thời gian 21 ngày, không hạn chế lượng thức ăn.

Ngày thứ 22, tiêm phúc mạc dung dịch STZ 1% liều 30 mg/kg thể trọng - 1 lần duy nhất.

Sau khi tiêm STZ, cho chuột ăn thức ăn phổ thông trong 14 ngày. Sau đó cho chuột uống nước sắc bài thuốc hạ khí liều 9g/kg thể trọng 1 lần/ ngày trong 14 ngày liên tục để gây mô hình chứng tiêu khát thể khí âm lưỡng hư theo Y học cổ truyền [2].

2.3.2. Thực nghiệm giai đoạn 2: chuột đạt tiêu chuẩn nghiên cứu được chia thành 3 lô, mỗi lô 16 chuột:

- Lô 1: uống nước muối sinh lý 10ml/kg thể trọng x 1 lần/ngày.
- Lô 2: uống gliclazid 20mg/kg thể trọng x 1 lần/ngày.

- Lô 3: uống Tri bá địa hoàng hoàn liều 16,8g/kg x 1 lần/ngày.

Chuột được uống thuốc vào lúc 8h liên tục trong 10 ngày.

Trong quá trình nghiên cứu thực nghiệm giai đoạn 2, các chuột được nuôi dưỡng bằng thức ăn phổ thông.

2.4. Chỉ tiêu quan sát và đánh giá

- Quan sát toàn trạng: Hàng ngày quan sát các hoạt động của chuột, ghi nhận các thay đổi về vận động, tinh thần, màu sắc, tình trạng lông, hình thể, cách ăn uống, tính chất phân, nước tiểu.

- Xác định lượng thức ăn và nước uống tiêu thụ hàng ngày, trọng lượng chuột: vào các thời điểm trước và sau uống thuốc nghiên cứu.

- Định lượng đường máu bằng máy thử đường huyết nhanh: vào các thời điểm trước khi uống thuốc và sau uống thuốc nghiên cứu 10 ngày.

- Xét nghiệm mô bệnh học tiểu đảo tụy: sau khi kết thúc thực nghiệm, lấy mẫu lách của các lô chuột làm tiêu bản mô bệnh học.

2.5. Phương pháp thống kê: Theo thuật toán thống kê bằng phần mềm SPSS 16.0 for Windows. Sử dụng các thuật toán: tính số trung bình; tính độ lệch chuẩn (SD); so sánh 2 giá trị trung bình dùng T- test Student. Khác biệt có ý nghĩa khi p<0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các chỉ tiêu quan sát chung trên chuột thực nghiệm

Bảng 1. Tình trạng chung của chuột trước và sau uống thuốc

Lô chuột	Trạng thái tinh thần	Trạng thái vận động	Màu sắc, tình trạng lông	Đại tiện	Tiểu tiện
Nước muối sinh lý	Chậm chạp	Nằm tại chỗ, ít vận động	Lông không bóng, thô ráp, xù, rụng lông	Táo	Tiểu tiện nhiều
Gliclazid	Bình thường	Hoạt động bình thường	Bóng, mượt, mềm	Bình thường	Tiểu tiện bình thường
Tri bá địa hoàng hoàn	Bình thường	Hoạt động bình thường	Bóng, mượt, mềm	Bình thường	Tiểu tiện nhiều

Nhận xét: trước khi tiến hành thực nghiệm giai đoạn 2, chuột ở các lô đều xuất hiện trạng thái tinh thần chậm chạp ở các mức độ khác nhau, nằm co quắp, ít vận động, lông xù không bóng, rụng lông, đại tiện táo, tiểu nhiều ướt mùn cưa lót đáy lồng. Ở giai đoạn 2 của thực nghiệm, sau 10 ngày uống thuốc, chuột ở lô uống gliclazid và bài thuốc cổ phương Tri bá địa hoàng hoàn nhận thấy các biểu hiện lâm sàng của chuột có xu hướng cải thiện tốt. Các chuột trở lại hoạt động bình thường, lông bóng, mượt, mềm, đại tiện hết táo. Tuy nhiên chuột ở lô uống Tri bá địa hoàng hoàn nhận thấy mức độ tiểu tiện không thay đổi so với trước điều trị và với lô uống nước muối sinh lý.

Bảng 2. Lượng thức ăn tiêu thụ của chuột (g/100g trọng lượng; $\overline{X}$ ±SD)

Lô chuột	Số lượng	Trước uống thuốc	Sau uống thuốc	p (tr-s)
Nước muối sinh lý	16	6,12 ± 1,24	6,25 ± 1,36	>0,05
Gliclazid	16	5,32 ± 1,60	5,21 ± 1,12	>0,05
Tri bá địa hoàng hoàn	16	5,41 ± 1,32	5,18 ± 1,13	>0,05
p		>0,05	>0,05	

Nhận xét: không thấy sự thay đổi về tiêu thụ thức ăn trước và sau nghiên cứu giữa các lô chuột uống nước muối sinh lý, Gliclazid và Tri bá địa hoàng hoàn(p>0,05).

Bảng 3. Tiêu thụ nước uống của chuột (ml/100g trọng lượng; $\overline{X}$ ±SD)

Lô chuột	Số lượng	Trước uống thuốc	Sau uống thuốc	p (tr-s)
Nước muối sinh lý	16	17,5 ± 2,1	18,1 ± 2,6*	>0,05
Gliclazid	16	18,6 ± 4,5	12,9 ± 5,6	<0,05
Tri bá địa hoàng hoàn	16	17,1 ± 3,9	17,2 ± 3,5*	>0,05

**: p<0,05 khi so với lô dùng Gliclazide tại cùng thời điểm.*

Nhận xét: không có sự thay đổi về tiêu thụ nước trước uống thuốc giữa các lô chuột uống nước muối sinh lý, Glyclazid và Tri bá địa hoàng hoàn. Lượng nước tiêu thụ ở lô uống gliclazid sau uống thuốc thấp hơn có ý nghĩa so với lô uống nước muối sinh lý và Tri bá địa hoàng hoàn (p<0,05). Lượng nước tiêu thụ ở lô uống Tri bá địa hoàng hoàn và lô uống nước muối sinh lý không khác biệt với p>0,05.

Bảng 4. Trọng lượng chuột ở các lô (gam; $\overline{X}$ ±SD)

Lô chuột	Số lượng	Trước uống thuốc	Sau uống thuốc	p
Nước muối sinh lý	16	245,8 ± 15,1	267,6 ± 20,1	>0,05
Gliclazid	16	239,2 ± 19,7	216,0 ± 18,3	>0,05
Tri bá địa hoàng hoàn	16	228,5 ± 18,2	212,5 ± 17,8	>0,05
p		>0,05	>0,05	

Nhận xét: không có sự thay đổi về trọng lượng của chuột trước và sau 10 ngày uống thuốc giữa các lô uống nước muối sinh lý, gliclazid và Tri bá địa hoàng hoàn(p>0,05).

3.2. Kết quả xét nghiệm đường máu

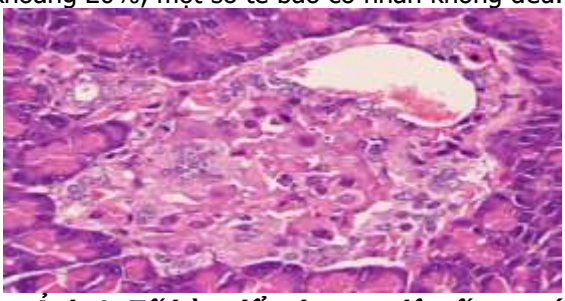
Bảng 5. Kết quả xét nghiệm Glucose máu ($\overline{X}$ ±SD)

Lô chuột	Số lượng	Glucose máu (mmol/l)		Tỷ lệ giảm (%)	p (tr-s)
		Trước NC	Sau NC		
Nước muối sinh lý	16	15,0 ± 5,2	14,6 ± 4,8*	2,7	>0,05
Gliclazid	16	15,1 ± 4,5	10,6 ± 5,5	29,8	<0,05
Tri bá địa hoàng hoàn	16	14,6 ± 4,7	12,6 ± 5,6*	13,7	>0,05

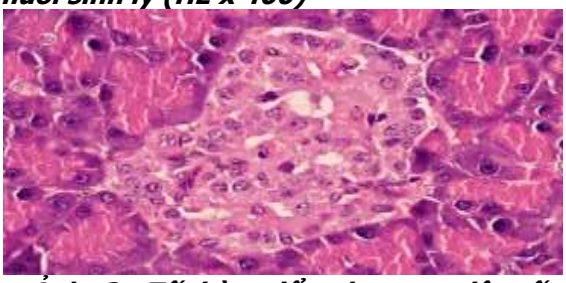
**: p<0,05 khi so với lô dùng Gliclazide tại cùng thời điểm.*

Nhận xét: bài thuốc Tri bá địa hoàng hoàn có tác dụng làm giảm nhẹ đường huyết ở mức 13,7% so với trước điều trị, mức biến đổi chưa có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước khi uống thuốc với p>0,05. Mức biến đổi Glucose máu sau khi điều trị của Tri bá địa hoàng hoàn không khác biệt với lô chuột dùng nước muối sinh lý (p>0,05).

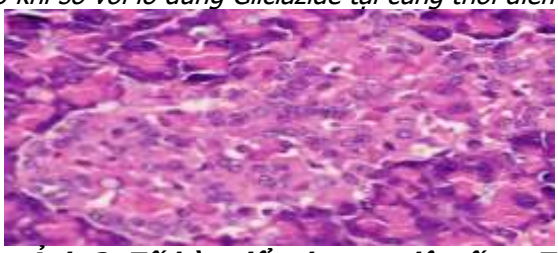
3.3. Kết quả xét nghiệm mô bệnh học: Kết quả giải phẫu mô bệnh học tuyến tụy phù hợp với các triệu chứng lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng. Sau 10 ngày điều trị, ở lô chuột uống bài thuốc Tri bá địa hoàng hoàn và lô chuột uống nước muối sinh lý nhận thấy có khoảng 40% tế bào đảo tụy thoái hóa, chu vi tiểu đảo hẹp, đứng sát nhau. Kích thước tế bào không đều, một số tế bào có bào tương thoái hóa, mất cấu trúc dạng hạt, bắt màu eosin mạnh, nhân tế bào không đều, một số nhân to. Trong khi đó, lô chuột thực nghiệm uống Gliclazid có biểu hiện hồi phục tế bào tiểu đảo tụy thể hiện ở số lượng tế bào thoái hóa còn khoảng 20%, một số tế bào có nhân không đều.



Ảnh 1. Tế bào tiểu đạo tụy lô uống nước muối sinh lý (HE x 400)



Ảnh 2. Tế bào tiểu đạo tụy lô uống gliclazid (HE x 400)



Ảnh 3. Tế bào tiểu đạo tụy lô uống Tri bá địa hoàng hoàn (HE x 400)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mô hình nghiên cứu và kết quả: Phương pháp gây mô hình ĐTĐ trên động vật thực nghiệm bao gồm phương pháp sử dụng hóa chất, phẫu thuật hoặc biến đổi gen...[2]. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng hóa chất STZ kết hợp với bài thuốc hạ khí theo lý luận Y học cổ truyền để gây ĐTĐ thể khí âm lưỡng hư trên thực nghiệm. Các kết quả thu được ở giai đoạn 1 của thực nghiệm về biểu hiện lâm sàng, kết quả xét nghiệm glucose máu ở thời điểm sau tiêm STZ kết hợp uống thuốc hạ khí, kết quả xét nghiệm mô bệnh học tuyến tụy của chuột thực nghiệm được xác định là đạt yêu cầu so với mục tiêu của thực nghiệm [3].

4.2. Bài thuốc nghiên cứu: Y học cổ truyền cho rằng, bản chất ĐTĐ là do thể chất âm hư, âm hư dễ hóa táo nhiệt làm tổn thương phần âm càng nặng. Âm phận tổn thương dễ gây hao khí, khí suy làm cho huyết dịch vận hành không được thông đạt từ đó dẫn tới chứng khí âm lưỡng hư, huyết mạch ứ trở [4]. Các nghiên cứu thực nghiệm đã chứng minh các biến chứng tổn thương thần kinh do ĐTĐ là do tăng độ nhớt máu, tăng kết tập tiểu cầu, giảm lưu lượng tuần hoàn, đặc biệt là tuần hoàn ngoại vi..., việc điều trị cần hết sức chú trọng ích khí dưỡng âm, tư bổ can thận, hoạt huyết hóa ứ thông lạc [5]. Bài thuốc Tri bá địa hoàng hoàn gồm các vị thuốc bổ thận dưỡng âm sinh tân dịch, thanh nhiệt…, một số nghiên cứu đã chứng minh bài thuốc có tác dụng hỗ trợ điều trị ĐTĐ [6], [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau 10 ngày uống thuốc Tri bá địa hoàng hoàn liều 16,8g/kg

thể trọng thấy chuột có cải thiện trạng thái tinh thần, vận động, tình trạng lông, đại tiện hết táo. Tuy nhiên tình trạng tiểu nhiều vẫn chưa được cải thiện. Tác dụng hạ glucose máu trên chuột ở mức 13,7% so với trước điều trị, mức giảm này chưa có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị, có thể do thời gian nghiên cứu ngắn nên thuốc chưa thể hiện tác dụng một cách rõ rệt, theo chúng tôi cần có thêm các nghiên cứu khác với thời gian dùng thuốc dài hơn để có đánh giá khách quan. Ở lô chứng dương sử dụng gliclazid thấy làm giảm glucose máu có ý nghĩa so với trước điều trị ($p<0,05$). Đây là thuốc tân dược thường được sử dụng trên lâm sàng điều trị ĐTĐ typ 2 nên cũng thể hiện rõ tác dụng trên thực nghiệm. Kết quả xét nghiệm mô bệnh học tuyến tụy ở lô uống Tri bá địa hoàng hoàn thấy rằng khả năng hồi phục của tế bào tiểu đảo tụy kém hơn so với lô đối chứng uống Gliclazid, kết quả này cũng phù hợp với hiệu quả hạ glucose máu của chuột thực nghiệm được trình bày tại bảng 5 trong nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Bài thuốc Tri bá địa hoàng hoàn trong thời gian uống thuốc 10 ngày với liều 16,8g/kg thể trọng chưa thấy có tác dụng hạ đường huyết rõ rệt trên thực nghiệm mô hình ĐTĐ typ 2 thể khí âm lưỡng hư. Khả năng hồi phục của tế bào tiểu đảo tụy kém hơn so với lô đối chứng uống Gliclazid.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Trung Quân (2006)**. *Biến chứng Đái tháo đường và điều trị*, NXB Y học, Hà Nội.
2. **鹏程 (2005).** *中医临床 实验研 究方法*, 人民卫生出版社, 北京.

Bành Thành (2005). Phương pháp nghiên cứu thực nghiệm Y học cổ truyền. NXB Y học, Bắc kinh.

3. **Nguyễn Vinh Quốc (2013)**. Gây mô hình đái tháo đường typ 2 thể khí âm lưỡng hư trên chuột cống trắng. *Tạp chí Y học Việt nam,* 3, 50-55.
4. **牛玉东, 牛玉红 (2007).** 益肾化瘀 调营卫治疗糖尿病周 围神经 病变86例. *陕西中医杂志,* 28 (2), 167-168.

Ngưu Ngọc Đông, Ngưu Ngọc Hồng (2007). Ứng dụng bổ thận hóa ứ điều hòa dinh vệ điều trị 86 trường hợp đái tháo đường có tổn thương thần kinh ngoại biên. Tạp chí Trung y Thiểm Tây, 28 (2), 167-168.

5. **崔丽英 (2007**). 重视糖尿病周围神经病的诊治. *中华老年医学杂志,* 24 (7), 551. Thôi Lệ Anh (2007). Thận trọng khi chẩn đoán và điều trị tổn thương thần kinh ngoại vi trong đái tháo đường. Tạp chí lão khoa Trung Quốc, 24 (7), 551.
6. **包广军, 徐勇, 侯保民 (2002)**. 知柏地黄汤加味治疗糖尿病 视网膜 病变80例. *国医论坛,* 9 (17), 28. Bao Quảng Huy và cộng sự (2002). Tri bá địa hoàng thang gia giảm điều trị 80 trường hợp tổn thương võng thị thần kinh do đái tháo đường. Tạp chí diễn đàn Trung y Trung Quốc, 9 (17), 28.
7. **刘蔷 (2010**). 知柏地黄 汤加味治疗 糖尿病周围神经病变32例. *陕西中医杂志,* 31 (8), 976-977.

Lưu Tường (2010). Tri bá địa hoàng thang gia vị điều trị 32 trường hợp tổn thương thần kinh ngoại vi do đái tháo đường. Tạp chí Trung y Thiểm Tây, 31 (8), 976-977.

NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG AN THẦN, GIẢI LO ÂU CỦA CAO LỎNG DƯỠNG TÂM AN THẦN TRÊN THỰC NGHIỆM

Nguyễn Văn Tâm*, Nguyễn Trần Giáng Hương, Phạm Thị Vân Anh**, Đỗ Thị Phương**, Nguyễn Thị Thanh Loan****

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá tác dụng an thần, giải lo âu của cao lỏng Dưỡng tâm an thần trên thực nghiệm. **Phương pháp nghiên cứu:** Tác dụng an thần, giải lo âu được đánh giá trên mô hình dấu cộng nâng cao, mô hình trục quay Rotarod, mô hình đo hoạt động ký và mô hình đo sức bám. **Kết quả:** Cao lỏng Dưỡng tâm an thần làm tăng có ý nghĩa thời gian lưu lại nhánh mở, tăng số lần vào nhánh mở của chuột trên mô hình dấu cộng nâng cao; làm giảm thời gian bám trên trục quay Rotarod và trên mô hình đo sức bám. Ngoài ra, cao lỏng Dưỡng tâm an thần làm giảm số lần chuột di chuyển theo chiều ngang và theo chiều dọc trên mô hình đo hoạt động ký. **Kết luận:** Cao lỏng Dưỡng tâm an thần liều 13,3 ml/kg/ngày và liều 39,9 ml/kg/ngày thể hiện tác dụng an thần và giải lo âu.

Từ khóa: Cao lỏng Dưỡng tâm an thần, an thần, giải lo âu, động vật thực nghiệm.

**Bệnh viện Y học cổ truyền Thanh Hóa*

***Trường Đại học Y Hà Nội*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Loan

Email: Thanhloanfr89@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.9.2017

Ngày duyệt bài: 3.10.2017

SUMMARY

EVALUATE SEDATIVE AND ANXIOLYTIC EFFECTS OF THE "DUONG TAM AN THAN" EXTRACT IN ANIMALS

Objectives: The "Duong tam an than" extract was used to evaluate sedative and anxiolytic effects in animals. **Methods**: The sedative and anxiolytic effects were assessed using an elevated plus maze, rotarod

test, home - cage activity and grip strength test. **Results**: The "Duong tam an than" extract caused significant increase in open arm entries as well as time spent in the open arm of the elevated plus maze; decreased time to perform the rotarod task and in grip strength test. Besides, the "Duong tam an than" extract decreased horizontal and vertical movement in the home - cage activity. **Conclusions**: The "Duong tam an than" extract at dose of 13,3 ml/kg per day and dose 39,9 ml/kg per day has shown sedative and anxiolytic effects.

Keywords: Duong tam an than extract, sedative effects, anxiolytic effects, animals.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lo âu được đặc trưng bởi sự căng thẳng, lo lắng quá mức kéo dài trước một tình huống xảy ra. Ngày nay, tỷ lệ người mắc bệnh có xu hướng tăng gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và làm tăng chi phí chăm sóc sức khỏe [1]. Hiện nay, phương pháp điều trị chủ yếu là phối hợp tâm lý trị liệu và sử dụng thuốc giải lo âu có nguồn gốc hóa dược chủ yếu là thuốc ức chế thu hồi serotonin và noradrenalin, thuốc ức chế chọn lọc thu hồi serotonin, các dẫn xuất của benzodiazepin và buspiron. Những thuốc này có hiệu quả tốt, tuy nhiên thời gian sử dụng hạn chế, giá thành cao và nhiều tác dụng không mong muốn đặc biệt là gây quen thuốc và gây giảm trí nhớ [2]. Hiện nay, các nhà khoa học có xu hướng nghiên cứu các thuốc có nguồn gốc dược liệu với nhiều ưu điểm như nguồn dược liệu sẵn có, phong phú và ít tác dụng không mong muốn. Cao lỏng Dưỡng tâm an thần được gia giảm từ bài thuốc Thiên vương bổ tâm đan với công dụng tư âm thanh nhiệt, bổ tâm an thần [3]. Để ứng dụng rộng rãi trên lâm sàng, đánh giá hiệu quả giai đoạn tiền lâm sàng là việc làm cần thiết. Vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu: *Đánh giá tác dụng an thần, giải lo âu của cao lỏng Dưỡng tâm an thần trên thực nghiệm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Cao lỏng Dưỡng tâm an thần được sản xuất theo tiêu chuẩn cơ sở. Trong 170 ml cao lỏng bao gồm: Đẳng sâm 16g; Viễn chí 8g; Tam thất 4 g; Cát cánh 10g; Đan sâm 16g; Xuyên quy 10g; Ngũ vị tử 8g, Mạch môn 10g; Bá tử nhân 12g; Sinh hoàng kỳ 30g; Toan táo nhân 16 g; Sa nhân 6g; Phục thần 16g; Thảo quyết minh 12 g.

Động vật thực nghiệm: Chuột nhắt trắng chủng *Swiss*, trọng lượng 22g - 25g, do Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương cung cấp. Chuột được nuôi trong điều kiện đầy đủ thức ăn chuẩn, nước uống, độ ẩm, độ thông khí và ánh sáng thích hợp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Mô hình dấu cộng nâng cao

Chuột nhắt chia ngẫu nhiên thành 4 lô:

- Lô 1 (n=10): *(chứng sinh học):* uống nước cất 0,2 ml/10g
- Lô 2 (n=10): uống diazepam liều 2,4 mg/kg
- Lô 3 (n=10): uống Dưỡng tâm an thần liều 13,3 ml/kg
- Lô 4 (n=10): uống Dưỡng tâm an thần liều 39,9 ml/kg

Chuột được uống nước cất/thuốc thử trong 7 ngày liên tiếp. Chuột được làm quen với mô hình vào ngày 6 trong 5 phút. Thử nghiệm chính thức được tiến hành vào ngày 7. Sau khi uống thuốc 1 giờ, chuột được đặt nhẹ nhàng vào vùng trung tâm của mô hình hướng đầu vào nhánh mở, ghi hình bằng camera trong 5 phút. Chuột được tính vào các nhánh khi cả 4 chân chuột đặt vào nhánh đó. Sau mỗi thử nghiệm, mô hình được lau bằng cồn ethanol 70%.

Chỉ số đánh giá:

- Số lần chuột vào nhánh mở, thời gian chuột ở nhánh mở, thời gian chuột ở nhánh đóng;
- Tỷ lệ né tránh nhánh mở = (% số lần chuột ở nhánh đóng + % thời gian chuột ở nhánh đóng)/2 x100%.

2.2.2. Mô hình trục quay Rotarod: Chuột nhắt chia thành 4 lô như thử nghiệm trên mô hình dấu cộng nâng cao. Chuột được uống nước cất/thuốc thử trong 7 ngày liên tiếp. Sau khi uống thuốc 1 giờ và 3 giờ, chuột được theo dõi thời gian bám của chuột trên trục quay.

Chỉ số đánh giá: Thời gian chuột trên trục quay tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu, ngày thứ 7 sau uống thuốc 1 giờ và 3 giờ.

2.2.3. Mô hình đo sức bám: Chuột nhắt chia thành 4 lô như thử nghiệm trên mô hình dấu cộng nâng cao. Chuột được uống nước cất/thuốc thử trong 7 ngày liên tiếp. Sau khi uống thuốc 1 giờ và 3 giờ, chuột được đo sức bám trên máy.

Chỉ số đánh giá: Sức bám thời điểm 1 giờ và 3 giờ.

2.2.4. Mô hình đo hoạt động ký: Chuột nhắt chia thành 4 lô như thử nghiệm trên mô hình dấu cộng nâng cao. Chuột được uống nước cất/thuốc thử trong 7 ngày liên tiếp. Sau khi uống thuốc 1 giờ và 3 giờ, chuột được đặt vào trong lồng hoạt động ký theo dõi trong 2 phút. Sau mỗi thử nghiệm, lồng hoạt động ký được lau sạch với cồn 70%.

Chỉ số đánh giá: Số lần chuột di chuyển theo chiều ngang và theo chiều dọc.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý thống kê bằng phần mềm Excel. Số liệu được biểu diễn dưới dạng $\bar{X}$ ± SD. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

III. KẾT QUẢ

3.1. Tác dụng của Dưỡng tâm an thần trên mô hình dấu cộng nâng cao

Bảng 1. Ảnh hưởng của cao lỏng Dưỡng tâm an thần đến thời gian, số lần lưu lại nhánh mở, thời gian lưu lại nhánh đóng, và tỷ số né tránh nhánh mở

Lô	Thời gian lưu lại nhánh mở (giây)	Thời gian lưu lại nhánh đóng (giây)	Số lần vào nhánh mở	Tỷ lệ né tránh nhánh mở (%)
Lô 1: Chứng sinh học	53,1 ± 20,12	173,6 ± 38,75	2,3 ± 1,25	76,26 ± 8,47
Lô 2: Diazepam liều 2,4mg/kg	115,3 ±31,67***	128,8 ± 40,25*	8,7 ± 3,62**	53,06±11,36***
Lô 3: Dưỡng tâm an thần liều 13,3ml/kg	111,4 ± 42,3***	106,9 ± 38,6**	5,8±2,49***	50,97±19,67**
Lô 4: Dưỡng tâm an thần liều 39,9ml/kg	123,4 ±46,15***	135,5 ± 36,03*	4,10 ± 2,28*	56,63±12,17***

Khác biệt giữa lô uống diazepam/thuốc thử so với lô chứng sinh học:
** p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001*

Kết quả bảng 1 cho thấy: Chuột uống diazepam và cao lỏng Dưỡng tâm an thần cả 2 liều đều thể hiện tác dụng giải lo âu so với lô chứng sinh học một cách rõ rệt (p<0,05). Kết quả được thể hiện qua tăng thời gian lưu lại nhánh mở, tăng số lần vào nhánh mở, giảm tỷ lệ né tránh nhánh mở, rút ngắn thời gian lưu lại nhánh đóng. Mức độ tác dụng giải lo âu của 2 lô dùng cao lỏng Dưỡng tâm an thần là tương đương nhau (p > 0,05).

3.2. Tác dụng của Dưỡng tâm an thần trên mô hình trục quay Rotarod

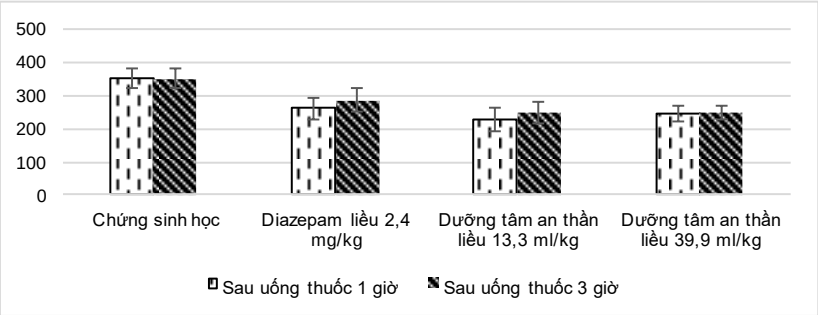
Bảng 2: Ảnh hưởng của cao lỏng Dưỡng tâm an thần đến thời gian bám của chuột trên trục quay Rotarod

Lô	Thời gian bám của chuột (giây)		
	Trước nghiên cứu	Sau uống thuốc 1 giờ	Sau uống thuốc 3 giờ
Lô 1: Chứng sinh học	247,8 ± 70,3	251,3 ± 48,2	249,6 ± 70,8
Lô 2: Diazepamliều 2,4 mg/kg	238,0 ± 67,3	170,9 ± 50,0*	219,6 ± 82,4
Lô 3: Dưỡng tâm an thần liều 13,3 ml/kg	229,0 ± 95,2	178,5 ± 63,8*	239,1 ± 62,6
Lô 4: Dưỡng tâm an thần liều 39,9 ml/kg	232,9 ± 123,6	146,2 ± 94,0*	244,3 ± 54,0

*Khác biệt giữa lô uống diazepam/thuốc thử so với lô chứng sinh học: * p<0,05*

Kết quả bảng 2 cho thấy: Sau 1 giờ, diazepam và cao lỏng Dưỡng tâm an thần thể hiện tác dụng an thần qua việc giảm thời gian bám trên trục quay của chuột so với lô chứng sinh học (p<0,05). Tác dụng của 2 liều Dưỡng tâm an thần tương đương nhau (p>0,05). Sau 3 giờ, cao lỏng Dưỡng tâm an thần không làm giảm thời gian bám của chuột so với lô chứng sinh học (p>0,05).

3.3. Tác dụng của Dưỡng tâm an thần trên mô hình đo sức bám



Biểu đồ 1. Ảnh hưởng của cao lỏng Dưỡng tâm an thần đến sức bám của chuột

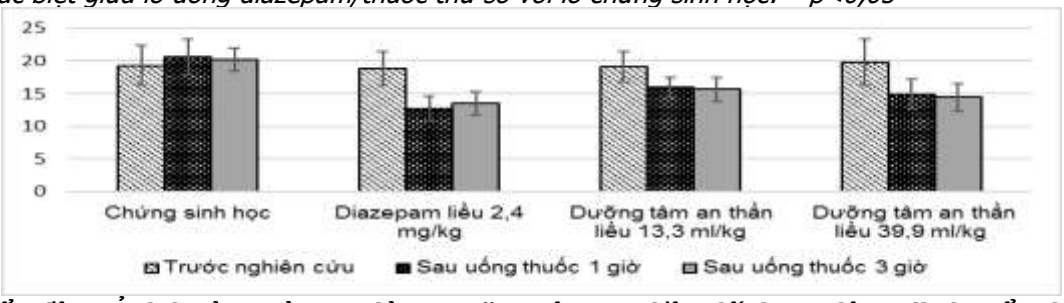
Kết quả biểu đồ 1 cho thấy: Sau 1 giờ và 3 giờ, diazepam và cao lỏng Dưỡng tâm an thần làm giảm rõ rệt sức bám của chuột nghiên cứu so với lô chứng sinh học (p<0,05). Mức độ an thần của 2 liều tương đương nhau (p>0,05).

3.4. Tác dụng của Dưỡng tâm an thần trên mô hình đo hoạt động ký

Bảng 3. Ảnh hưởng của cao lỏng Dưỡng tâm an thần đến hoạt động di chuyển theo chiều ngang của chuột

Lô	Số lần di chuyển theo chiều ngang		
	Trước nghiên cứu	Sau uống thuốc 1 giờ	Sau uống thuốc 3 giờ
Lô 1: Chứng sinh học	241,80 ± 40,93	247,40 ± 37,30	247,20 ± 33,99
Lô 2: Diazepam liều 2,4 mg/kg	245,20 ± 59,62	201,00 ± 47,40*	196,53 ± 64,15*
Lô 3: Dưỡng tâm an thần liều 13,3 ml/kg	243,40 ± 44,72	209,10 ± 40,75*	208,43 ± 40,18*
Lô 4: Dưỡng tâm an thần liều 39,9 ml/kg	246,40 ± 47,40	208,30 ± 41,16*	202,21 ± 46,27*

*Khác biệt giữa lô uống diazepam/thuốc thử so với lô chứng sinh học: * p<0,05*



***Biểu đồ 2. Ảnh hưởng của cao lỏng Dưỡng tâm an thần đến* hoạt động di chuyển theo chiều dọc của chuột**

Kết quả bảng 3 và biểu đồ 2 cho thấy: Chuột ở lô uống diazepam và cao lỏng Dưỡng tâm an thần thể hiện tác dụng giải lo âu so với lô chứng sinh học ở cả thời điểm sau uống thuốc 1 giờ và 3 giờ. Kết quả thể hiện qua sự giảm có ý nghĩa số lần chuột di chuyển theo chiều ngang và theo chiều dọc (p<0,05). Mức độ tác dụng giải lo âu của 2 liều tương đương nhau (p>0,05).

IV. BÀN LUẬN

Rối loạn lo âu là một tình trạng rối loạn tâm thần phức tạp liên quan đến nhiều chất dẫn truyền thần kinh khác nhau. Các mô hình trên động vật dựa vào sự lo lắng và sợ hãi được cố gắng xây dựng để gần đúng với các điều kiện tự nhiên mà theo đó trạng thái tâm lý được gợi mở. Vì vậy, các mô hình khác nhau có thể thích hợp cho những rối loạn lo âu khác nhau và sự kết hợp các mô hình để đánh giá tác dụng của một thuốc thử là cần thiết.

Cao lỏng Dưỡng tâm an thần được nghiên cứu tác dụng an thần, giải lo âu trên mô hình dấu cộng nâng cao, mô hình trục quay Rotarod, mô hình đo hoạt động ký và mô hình đo sức bám. Đây là những thử nghiệm phổ biến nhất để đánh giá tác dụng an thần của thuốc thử. Mô hình dấu cộng nâng cao thực hiện nhằm đánh giá tác dụng giải lo âu dựa trên tâm lý căng thẳng sợ hãi của chuột khi ở nhánh mở và trên cao. Trong nghiên cứu, cao lỏng Dưỡng tâm an thần làm giảm tỷ lệ né tránh nhánh mở và rút ngắn thời gian lưu lại nhánh đóng. Ngoài ra, một thuốc thử có tác dụng an thần sẽ làm giảm hoạt động bình thường của chuột. Trong mô hình đo hoạt động ký, hoạt động tự nhiên của chuột được tự động ghi lại bằng thiết bị đặc biệt nhờ các bộ phận cảm ứng nhạy cảm với bất kỳ thay đổi hoạt động nào của động vật thí nghiệm. Cao lỏng Dưỡng tâm an thần làm giảm số lần di chuyển theo chiều ngang và theo chiều dọc so với lô chứng sinh học nên có tác dụng an thần.

Mô hình trục quay Rotarod và mô hình đo sức bám cũng là mô hình được dùng rộng rãi để đánh giá tác dụng an thần, giãn cơ. Cơ sở của thử nghiệm này là dựa trên khả năng phối hợp thần kinh-cơ, khả năng định hướng không gian, sức căng cơ, khả năng giữ thăng bằng của động vật. Sự giảm thời gian bám của chuột trên thanh quay so với nhóm chứng là bằng chứng cho tác

dụng an thần của thuốc nghiên cứu. Kết quả của nghiên cứu chỉ ra rằng cao lỏng Dưỡng tâm an thần làm giảm thời gian bám trên trục quay Rotarod và làm giảm sức bám của chuột trên mô hình đo sức bám. Từ đây có thể khẳng định rằng cao lỏng Dưỡng tâm an thần có tác dụng an thần, giải lo âu trên chuột nhắt trắng. Như vậy, cao lỏng Dưỡng tâm an thần liều 39,9ml/kg/ngày và liều 13,3ml/kg/ngày có tác dụng an thần và giải lo âu, tác dụng giữa 2 liều tương đương nhau. Đồng thời có thể thấy, cao lỏng Dưỡng tâm an thần thể hiện tác dụng tốt ở liều thấp (13,3ml/kg/ngày), đây là một căn cứ để khuyến cáo lựa chọn liều trên lâm sàng.

Tác dụng của cao lỏng Dưỡng tâm an thần có thể được giải thích qua một số nghiên cứu khi dùng riêng rẽ các dược liệu. Polygalasaponin, thành phần trong Viễn chí (*Polygalae tenuifoliae*), có tác dụng an thần và giải lo âu với liều 40mg/kg, 80mg/kg, 160mg/kg [4]. Ngoài ra, tác dụng an thần của Mạch môn (*Ophiopogon japonicus*) trên thực nghiệm đã chứng minh [5]. Jujubosid, thành phần của Toan táo nhân *(Semen ziziphi spinosae),* được dùng với liều 9mg/kg trong 3 ngày cho thấy tác dụng giải lo âu [6]. Hơn nữa, theo kết quả nghiên cứu mới nhất vào năm 2016, Ngũ vị tử (*Schisandra chinensis*) có tác dụng an thần và giải lo âu, cơ chế có thể liên quan đến hệ serotoninergic và hệ GABA [7]. Như vậy, tác dụng của cao lỏng Dưỡng tâm an thần có được có thể do sự phối hợp các thành phần được chứng minh có tác dụng an thần và giải lo âu.

V. KẾT LUẬN

Cao lỏng Dưỡng tâm an thần liều 13,3ml/kg/ngày và liều 39,9 ml/kg/ngày có tác dụng an thần, giải lo âu trên thực nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baxter AJ, Scott KM, Vos T, Whiteford HA. (2013).** Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, **43(5)**, 897-910.
2. **Anxiety and Depression Association of America (2015).** *Clinical Practice Review for GAD.*
3. **Trần Thúy, Lê Thị Hồng Hoa (2006)**. *Thuốc đông y - Cách sử dụng và một số bài thuốc hiệu nghiệm*. Nhà xuất bản Y học, 271.
4. **Yao Y., Jia M., Wu J.G. et al (2010*).*** Anxiolytic and sedative-hypnotic activities of polygalasaponins from Polygala tenuifolia in mice. *Pharmaceutical Biology, **48*(7)**, 801-807.
5. **Zhao Bo, WU Chang-jian, GAO Hong et al (2010).** Sedative and hypnotic effect of Ophiopogon Japonicus on mice, *Journal of Xianning College, **22,*** 282-284.
6. **Jie-Xin Cao, Qing-Ying Zhangb, Su-Ying Cuiet et al (2010).** Hypnotic effect of jujubosides from Semen Ziziphi Spinosae***.*** *Journal of Ethnopharmacology,* **130(1)**, 163-166.
7. **Hongyan Zhu, Lina Zhang, Guoli Wang, et al (2016).** Sedative and hypnotic effects of supercritical carbon dioxide fluid extraction from Schisandra chinensis in mice. *Journal of Food and Drug Analysis,* **24(4)**, 831-838.

GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN CỦA SIÊU ÂM TRONG PHÂN LOẠI NHÂN TUYẾN GIÁP THUỘC NHÓM TI-RADS 3 VÀ 4

Nguyễn Kim Sơn[1], Phạm Hồng Đức[1], Bùi Văn Giang[1]

TÓM TẮT

Mục đích: Nghiên cứu này được tiến hành để đánh giá kết quả chẩn đoán của siêu âm (SA) các nhân tuyến giáp thuộc TI-RADS 3 và 4. **Đối tượng và phương pháp:** Từ tháng 8/2016 đến tháng 8/2017, tại bệnh viện Xanh Pôn, 108 bệnh nhân có nhân tuyến giáp trên siêu âm có các đặc điểm bao gồm: hình dạng: đều/không đều, bờ: rõ/không rõ, kích thước cao/rộng (C/R): ≥1/<1, vi vôi hoá: có/không, tưới máu độ 0-I/II-III. Các nhân giáp được xếp thành hai nhóm: nhóm khả năng lành tính (TI-RADS 3 và 4a) và nhóm khả năng ác tính (TI-RADS 4b và 4c). Phân tích thống kê các đặc điểm theo nhóm và có so sánh chẩn đoán siêu âm với kết quả tế bào học. **Kết quả:** Giảm âm, hình dạng không đều, bờ không rõ, C/R ≥ 1, vi vôi hoá và tăng tưới máu trên Doppler (đều có p <0.05) là thường thấy ở nhân giáp ác tính hơn lành tính. SA chẩn đoán có độ nhậy (Sn) 83,3%; độ đặc hiệu (Sp) 98,0%; giá trị dự báo dương tính (PPV) 71,4%; giá trị dự báo âm tính (NPV) 99,0%; độ chính xác (Acc) 97,2%. **Kết luận:** SA là phương pháp có hiệu quả trong chẩn đoán phân loại các nhân tuyến giáp theo TI-RADS 3 và 4.

Từ khoá: Siêu âm, TI-RADS, nhân tuyến giáp.

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Kim Sơn
Email: kimson996@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 28.9.2017
Ngày duyệt bài: 3.10.2017

SUMMARY

DIAGNOSTIC VALUE OF ULTRASONOGRAPHY IN THYROID IMAGING REPORTING AND DATA SYSTEM (TI-RADS) 3 AND 4 THYROID NODULES

Purposes: The present study was conducted to investigate the diagnostic performance of ultrasonography (US) in thyroid nodules with thyroid imaging reporting and data system (TI-RADS) category 3 and 4. **Subjects and Methods:** Between August 2016 and August 2017, 108 patients with thyroid nudules who underwent US in Saint-Paul Hospital, their ultrasonic characteristics in TI-RADS group 3 or 4, including: echogenicity: hypo/iso-hyperechogenecity, shape: regular/irregular, margins: clear/ clear, anteroposterior and transverse diameter ratio (A/T): ≥1/<1, microcalcification: no/yes, blood flow signal: I/II-III. The thyroid lesions were categorized into two groups: probably benign aspects (TI-RADS 3 and 4a) and probably malignant aspects (TI-RADS 4b and 4c). Statistical analysis of group characteristics and comparison of ultrasound diagnosis with cytological results. **Results:** Hypoechogenecity, irregular shape, poorly defined margin, A/T ≥ 1, microcalcification and blood flow on Doppler II-III were more commonly found in thyroid malignancies than in benign nodules (all p <0.05). Diagnostic US with sensitivity 83.3%; specificity 98.0%; positive predictive value 71.4%; negative predictive value 99.0%; and accuracy 97.2%. **Conclusion:** US is an effective method for the diagnosis of thyroid nodal classification according to TI-RADS 3 and 4.

Keywords: Ultrasound, TI-RADS, thyroid nodules.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhân tuyến giáp là tình trạng khi có sự xuất hiện của một hoặc nhiều khối trong nhu mô tuyến giáp, bao gồm cả tổn thương lành tính và ác tính, trong đó đa số là nhân lành tính, chỉ có khoảng 4-5 % là nhân ác tính [1] . Do vậy, mục tiêu của các bác sĩ lâm sàng cũng như bác sĩ chẩn đoán hình ảnh là phát hiện các tổn thương có nguy cơ ác tính cao nhằm có thái độ xử trí tiếp theo phù hợp cho bệnh nhân [2] .

Siêu âm (SA) là phương pháp chẩn đoán hình ảnh được lựa chọn đầu tiên trong việc khảo sát nhân tuyến giáp [3] . Hệ thống dữ liệu và phân tích hình ảnh tuyến giáp TI-RADS (ThyroidImaging Reporting and Data System) đã được một số tác giả trên thế giới áp dụng, nhằm phân loại nguy cơ ác tính các nhân tuyến giáp theo từng nhóm tổn thương. Trong đó, phân độ của tác giả Jin Young Kwak năm 2011 được đánh giá là đơn giản, hiệu quả, dễ áp dụng trong thực hành lâm sàng [4] .

Để làm rõ vai trò của siêu âm trong phân loại TI-RADS ở ranh giới giữa lành và ác tính chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá *giá trị chẩn đoán của siêu âm trong phân loại nhân tuyến giáp thuốc nhóm TI-RADS 3 và 4.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Từ tháng 8/2016 đến tháng 8/2017, tại bệnh viện Xanh Pôn chúng tôi đã dùng siêu âm chẩn đoán và hướng dẫn chọc hút mao dẫn cho 108 bệnh nhân có nhân tuyến giáp TI-RADS 3 hoặc 4. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm: Rối loạn đông máu, đang dùng thuốc chống đông. Tình trạng nhiễm độc giáp biểu hiện rõ trên lâm sàng và xét nghiệm. Bệnh phẩm không đạt yêu cầu, kết quả tế bào học nghi ngờ.

SA được thực hiện bởi hai bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm trên 10 năm, sử dụng máy siêu âm ALOKA 37F, đầu dò phẳng tần số 12MHz. Các đặc điểm siêu âm của tất cả các nhân tuyến giáp và kết luận phân loại theo TI-RADS trên phiếu mẫu nghiên cứu.

Các đặc điểm nghiên cứu được phân thành hai nhóm: Thành phần tổ chức: đặc, hỗn hợp (có phần nang). Cấu trúc âm (so với nhu mô tuyến giáp bình thường hoặc so với cơ ức đòn chũm): giảm âm, tăng âm hoặc đồng âm. Hình dạng: đều, không đều hoặc thuỳ múi. Bờ: rõ, không rõ. Vôi hoá: vi vôi hoá (≤ 1mm, chấm, ổ tăng âm có hoặc không có bóng cản), vôi hoá lớn hoặc không có vôi hoá. Trục (tỷ số chiều cao/chiều rộng: C/R): ≥1,<1. Các đặc điểm đáng ngờ của các u tuyến giáp trên SA bao gồm: giảm âm, hình dạng không đều, bờ không rõ ràng, vi vôi hoá, C/R ≥1. Các nhân tuyến giáp thuộc TI-RADS 3 và 4 được đưa vào nghiên cứu phân thành hai nhóm: Nhóm được coi là lành tính bao gồm TI-RADS 3 và TI-RADS 4a. 2- Nhóm được coi là ác tính bao gồm TI-RADS 4b và TI-RADS4c.

Chọc hút kim mao dẫn dưới hướng dẫn của SA được thực hiện trên các nhân giáp TI-RADS 3 và 4. Kim loại 23G gắn với ống tiêm nhựa dùng một lần 5-10mL, cắt 3-5 lần theo nhiều hướng và mỗi tổn thương được hút ít nhất hai lần.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả, tiến cứu cắt ngang. Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Các thuật toán gồm so sánh giữa hai tỷ lệ của các đặc điểm SA của nhân giáp bằng kiểm định Fisher's exact test và tính độ nhậy độ đặc hiệu của phương pháp SA trong chẩn đoán ác tính có đối chiếu với kết quả chọc hút tế bào học nhân giáp.

III. KẾT QUẢ

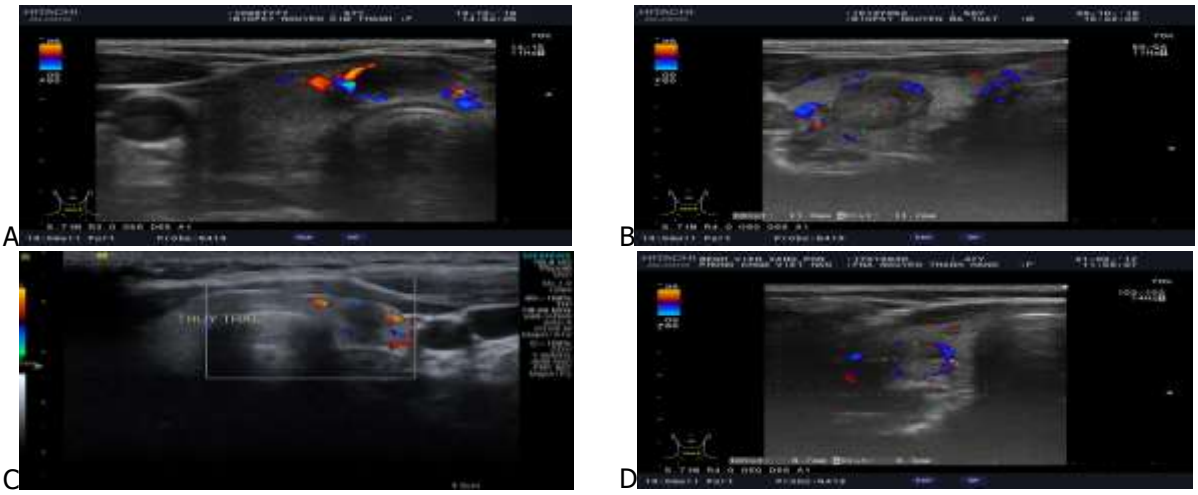
Trong 108 bệnh nhân có 99 nữ (chiếm 91,7%) gấp 11 lần nam; tuổi trung bình 56,8 ± 15,6 (thấp nhất 10, cao nhất 86), chủ yếu trên 60 tuổi chiếm 48,1%. Vị trí thuỳ phải có 53 nhân (51,9%), thuỳ trái 44 nhân (40,7%), eo 8 nhân (7,4%).

108 nhân trên siêu âm được xếp vào nhóm TI-RADS 3 có 60 nhân (55,5%), TI-RADS 4a có 41 nhân (38,0%), TI-RADS 4b có 3 nhân (2,8%),

TI-RADS 4c có 4 nhân (3,7%). Như vậy, trên siêu âm nhóm lành tính TI-RADS 3 và 4a có 101 nhân (93,5%) và nhóm ác tính TI-RADS 4b và 4c có 7 nhân (6,5%). Các đặc điểm gồm giảm âm, hình dạng không đều, bờ không rõ, chỉ số C/R ≥ 1, vi vôi hoá và tăng tưới máu ở nhóm ác tính đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0.05 (Bảng 1) (H.1).

Bảng 1. Các đặc điểm SA của nhân giáp theo hai nhóm TI-RADS lành và ác tính

Đặc điểm		Lành tính(n)	Ac tính(n)	**P** (Fisher's Exact Test)
Giảm âm	*Có*	20	6	0.000
	Không	81	1	
Hình dạng	*Không đều*	3	3	0.000
	Đều	98	4	
Bờ	*Không rõ*	3	3	0.003
	Rõ	98	4	
Chỉ số C/R	*≥ 1*	0	2	0.036
	< 1	101	5	
Vi vôi hoá	*Có*	2	2	0.020
	Không/lớn	99	5	
Tưới máu	*II-III*	22	5	0.010
	0-I	79	2	



Hình 1. Các đặc điểm ác tính của nhân tuyến giáp: giảm âm (A,C), hình dạng không đều (A,B, C) , bờ không rõ (A,B), chỉ số C/R ≥ 1 (C), vi vôi hoá (D) và tăng tưới máu trên Doppler ở nhóm ác tính (A,B).

Tất cả 108 nhân này được chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm, kết quả tế bào học (TBH) cho thấy chỉ có 6 nhân là ác tính, trong đó ở nhóm lành tính trên siêu âm TI-RADS 3 không có nhân ác tính nào (đúng 100%) và TI-RADS 4a có một nhân là ác tính; ở nhóm ác tính trên siêu âm TI-RADS 4b có 2 nhân lành lành tính và TI-RADS 4c có 3 nhân là lành tính. Sự khác biệt về phân loại TI-RADS của nhân tuyến giáp trên siêu âm giữa hai nhóm bệnh nhân có kết quả tế bào học là lành tính và ác tính có ý nghĩa thống kê (p < 0,05, Fisher's Exact Test). Nhân được xếp loại TI-RADS càng cao nguy cơ ác tính càng cao, TI-RADS 3, 4a, 4b, 4c, nguy cơ ác tính lần lượt là 0,0% ; 2,4% ; 66,7% và 75% (Bảng 1).

Bảng 2. Đối chiếu TI-RADS 3-4 với tế bào học

THB TI-RADS		**Lành tính n (%)**		**Ác tính n (%)**		**Tổng n (%)**	**Nguy cơ ác tính (%)**
Lành tính	**3**	**100**	60 (58,8)	**1**	0	**101**	0
	4a	(98,0)	40 (39,2)	(16,4)	1 (16,4)	(93,5)	02,4
Ác tính	**4b**	**2**	1 (01,0)	**5**	2 (33,3)	**7**	66,7
	4c	(2,0)	1 (01,0)	(83,3)	3 (50,0)	(6,5%)	75,0
Tổng n (%)		**102** (100)		**6** (100)			

Cũng theo bảng 2, giá trị siêu âm trong chẩn đoán nhân tuyến giáp lành tính (TI-RADS 3 và 4a) và ác tính (TI-RADS 4b và 4c) có đối chiếu với tế bào học (bằng chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của SA) được thể hiện như sau: Độ nhạy Sn: 83,3% (5/6); Độ đặc hiệu Sp: 98,0%

(100/102); Giá trị dự báo dương tính PPV: 71,4% (5/7); Giá trị dự báo âm tính NPV: 99,0% (100/101); Độ chính xác Acc: 97,2% (105/ 108).

IV. BÀN LUẬN

Các đặc tính của các khối u tuyến giáp đáng ngờ bao gồm dấu hiệu giảm âm, bờ không đều, vi vôi hoá, và chiều cao lớn hơn chiều rộng, và hạch bạch huyết nghi ngờ góp phần nâng cao độ chính xác chẩn đoán [5]. Phù hợp với những đặc điểm này, nghiên cứu của chúng tôi đã chứng minh rằng các nốt giảm âm, có hình dạng bất thường, bờ không rõ ràng, C/R ≥1, vi vôi hoá, tưới máu độ 0-I đều là các yếu tố liên quan đến ác tính của nhân tuyến giáp theo phân loại TI-RADS. Nghiên cứu Kwak et al. đề xuất một mô hình dự đoán mới bắt nguồn từ tổng số điểm rủi ro đã tính đến điểm số rủi ro khác nhau của mỗi đặc điểm đáng ngờ trên SA [6]. Họ ước tính điểm số rủi ro cho mỗi tính năng đáng ngờ của SA bằng cách tính toán các tỉ lệ tỷ suất thuận của ung thư tuyến giáp. Điểm số 2 cho nhân giảm âm, điểm số 6 cho nhân giảm âm mạnh, điểm số 1 cho C/R ≥1, điểm số 5 cho hình dạng không đều, và điểm số 2 cho vi vôi hóa. Sau đó, tổng số điểm nguy cơ của mỗi nhân giáp được tính bằng cách tính tổng điểm của mỗi điểm đáng ngờ trên SA và tỷ lệ phần trăm rủi ro của khối u ác tính thu được theo tổng điểm nguy cơ.

Một phân tích đa nghiên cứu của Wolinski K. [7] cho thấy các đặc tính siêu âm là những yếu tố dự báo quan trọng cho ác tính đối với các khối u tuyến giáp. Tương tự, một phân tích đa nghiên cứu khác của Brito cho thấy giá trị các đặc điểm siêu âm chẩn đoán, như vôi hóa bên trong, mật độ âm, thâm nhiễm bờ và thành phần đặc hay nang trong nốt, thường được đánh giá cao quá mức. Khả năng lặp lại, không có nguy cơ và chi phí thấp của siêu âm thường qui làm cho nó trở thành một phương pháp chỉ định đặc biệt hấp dẫn trong phát hiện các tổn thương tuyến giáp.

Nghiên cứu chúng tôi nhằm đánh giá giá trị của siêu âm trong chẩn đoán các nhân tuyến giáp TI-RADS 3 và TI-RADS 4. Theo định nghĩa của TI-RADS, bệnh nhân với TI-RADS 3 xuất hiện với các nốt tăng, đồng, hoặc giảm âm, trong khi đó TI-RAD4 có hình thái ung thư đáng ngờ hoặc mô ác tính. Nghiên cứu của chúng tôi cũng như trên thế giới dã cho thấy siêu âm có độ nhạy và độ đặc hiệu cao của TI-RADS trong chẩn đoán các khối u tuyến giáp, và được coi là một công cụ chẩn đoán quan trọng và phổ biến trong dự đoán ung thư tuyến giáp.

V. KẾT LUẬN

Kết quả của chúng tôi cho thấy SA là phương pháp có hiệu quả trong chẩn đoán các nhân tuyến giáp loại 3 và 4 của TI-RADS, giúp chẩn đoán sớm các nốt tuyến giáp, như vậy có thể hữu ích trong chiến lược điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Steven R.B., Shane O.L. và Robert L.F. (2010).** Evaluation of a Thyroid nodule, *Otolaryngol Clinical North America,* **43**, 229-238.
2. **Châu Thị Hiền Trang (2013).** *Nghiên cứu ứng dụng phân loại TIRADS trong chẩn đoán tổn thương dạng nốt tuyến giáp trên siêu âm*, Đại học Y Dược Huế, Huế.
3. **Tramalloni J. and Wémeau J.L. (2012).** Consensus francais sur la prise en charge du nodule thyroidien : ce que le radiologue doit connaitre, *EMC- Radiologie et imagerie medicale-cardiovasculaire-thoracique-cervicale,*1-17.
4. **H. K. H. Kwak J.Y, Yoon J.H. et al , (2011).** Thyroid Imaging Reporting and Data System for US Features of Nodules: A Step in Establishing Better Stratification of Cancer Risk, *Radiological Society of North America,***260 (3)**, 892 - 899.
5. **Moon HJ, Kwak JY, Kim MJ, et al. (2010).** Can vascularity at power Doppler US help predict thyroid malignancy? *Radiology*; 255:260–69.
6. **Kwak JY, Jung I, Baek JH, Baek SM, Choi N, Choi YJ, et al. (2013).** Image reporting and characterization system for ultrasound features of thyroid nodules: multicentric Korean retrospective study. *Korean J Radiol*;14:110–117.
7. **Wolinski K, Szkudlarek M, Szczepanek-Parulska E, Ruchala M. (2014).** Usefulness of different ultrasound features of malignancy in predicting the type of thyroid lesions: A meta-analysis of prospective studies. *Pol Arch Med Wewn*;124:97–104.

NGUYÊN NHÂN TỬ VONG Ở HUYỆN DIỄN CHÂU TỈNH NGHỆ AN NĂM 2014: KẾT QUẢ VERBAL AUTOPSY

Nguyễn Văn Thương[1], Lê Thùy Linh[2], Trịnh Thi Đức Hạnh[2], Lê Trần Ngoan[2]

TÓM TẮT[61]

[1]*Sở Y tế tỉnh Nghệ An*

Đặt vấn đề: Mục tiêu nghiên cứu nhằm mô tả phân bố nguyên nhân tử vong ở huyện Diễn Châu năm 2014 bằng hồi cứu nguyên nhân theo Verbal Autopsy. ***Phương pháp:*** Nghiên cứu mô tả được thiết kế. Các trường hợp tử vong năm 2014 tại huyện Diễn Châu được điều tra theo năm biến số: họ và tên, tuổi, giới, ngày và nguyên nhân tử vong. Việc thẩm định nguyên nhân bằng Verbal Autopsy được tiến hành bằng thăm hộ gia đình theo bộ câu hỏi do tổ chức Y tế Thế giới thiết kế. Tỷ lệ tử vong chuẩn hóa tuổi theo cấu trúc dân số thế giới được phân tích. ***Kết quả:*** Tỷ lệ tử vong (ASR) chung hai giới trên 100.000 là 557,2: nam 855,5 và nữ 330,5. Năm nhóm nguyên nhân cao nhất ở nam là các bệnh ung thư (ASR trên 100.000) 298,7; tuần hoàn 267,8; tai nạn thương tích 92,7; hô hấp 69,9; và tiêu hóa 29,6. Năm nhóm nguyên nhân cao nhất ở nữ khác sao với nam, cao nhất là các bệnh tuần hoàn 135,3; tiếp là ung thư 86,4; hô hấp 32,2; tai nạn thương tích 26,2, và rối loạn chuyển hóa-tiểu đường 6,2. ***Kết luận:*** Kết quả nghiên cứu gợi ý là kế hoạch phòng chống và giám sát hai nhóm bệnh ung thư và tuần hoàncó thể được ưu tiên đầu tư ở cấp huyện ở phạm vi cả nước.

Từ khóa: Dịch tễ học mô tả, tử vong, ICD-10, Verbal Autopsy

SUMMARY

VERBAL AUTOPSY-BASED CAUSES OF DEATH AT THE DIEN CHAU DISTRICT OF NGHE AN PROVINCE IN 2014

Background: The aims of the present study were to examine causes of death at the Dien Chau district of Nghe An province in 2014 by using Verbal Autopsy. ***Methods:*** Descriptive epidemiology was designed. All cases of death occurred in 2014 at all 39 communes of Dien Chau district were registered for five variables of full name, age, sex, date and cause of death. Verbal Autopsy was performed to determine the causes of deaths by a household visit by the trained interviewers to collect data. World age standardized mortality rates per 100,000 (ASR) were estimated. ***Results:*** All cause ASR mortality rates per 100,000 were 557.2 in both genders: 855.5 in men, and 330.5in women. The five leading causes of death in men, ASR per 100,000,were cancer 298.7; circulation diseases 267.8; injury and accidence 92.9; respiratory diseases 69.9; and digestive diseases 29.6. The five leading causes of death in women were differed from men, that is, the leading causes of deaths was circulation diseases 135.3, following by cancer 86.4, respiratory diseases 32.2; injury and accidence 26.2; and metabolic-diabetes diseases 6.2. ***Conclusions:*** The present findings suggested that, a control program against circulation diseases and cancer at district level throughout the country is urgently needed.

[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Trần Ngoan
Email: letranngoan@yahoo.com
Ngày nhận bài: 14.7.2017
Ngày phản biện khoa học: 15.9.2017
Ngày duyệt bài: 26.9.2017

Keywords: Descriptive epidemiology, mortality, ICD-10, Verbal Autopsy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ 1992, Bộ Y tế Việt Nam đã có quyết định số 822/BYT-QĐ ký ngày 15-8-1992 giao cho các trạm y tế xã trong toàn quốc thống kê nguyên nhân tử vong hàng tháng và ghi vào "Sổ theo dõi nguyên nhân tử vong", còn gọi là sổ A6-YTCS (gọi tắt là sổ A6)(1). Chất lượng thống kê nguyên nhân tử vong năm 2008-2009 theo mẫu phiếu "Báo cáo nguyên nhân tử vong" theo mẫu A6 đã được đánh giá tại ba tỉnh Bắc Ninh, Lâm Đồng và Bến Tre như sau: Tính đầy đủ đạt 94% (bỏ sót 6%); chất lượng thống kê cao nhất cho nhóm các tai nạn thương tích và chấn thương (Độ nhạy 85,4%), thứ nhì cho nhóm các bệnh ung thư (Độ nhạy 79,1%), thứ ba cho nhóm các bệnh tuần hoàn (Độ nhạy 72,5%), tổng số ba nhóm này là nguyên nhân tử vong cho 66% của tổng số các nguyên nhân(2). Nghệ An là tỉnh lớn ở vùng Bắc Trung bộ nước ta, cho tới nay, chưa có công trình nghiên cứu tử vong nào được thực hiện trong phạm vi cả tỉnh và cấp huyện.

Huyện Diễn Châu tỉnh Nghệ An có 39 trạm y tế xã/thị trấn với số dân thống kê năm 2013 là 305.025 người, cách Hà Nội 270 km, cách thành phố Vinh 40 km. Đây là huyện lớn, vùng sinh thái đa dạng như vùng ven biển (9 xã), vùng núi (1), vùng đồng bằng (28) và thị trấn (01). Có 27/39 trạm y tế xã/thị trấn có Bác sĩ làm trưởng trạm (69%), đây là điều kiện tốt cho triển khai nghiên cứu nguyên nhân tử vong ở huyện này. Mục tiêu: Mô tả phân bố nguyên nhân tử vong ở huyện Diễn Châu năm 2014 bằng hồi cứu nguyên nhân theo Verbal Autopsy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả (Descriptive Epidemiology) được vận dụng với mẫu nghiên cứu toàn bộ quần thể 39 xã-thị trấn của huyện Diễn Châu của tỉnh Nghệ An được áp dụng cho nghiên cứu này(3). Nghiên cứu này được tiến hành theo 3 giai đoạn, bao gồm i) Lập danh sách tử vong định kỳ hàng cho 5 biến số bao gồm họ và tên, tuổi, giới, ngày và nguyên nhân tử vong; ii) Tập huấn can thiệp về khái niệm nguyên nhân tử vong chính, trực tiếp và liên quan kèm theo mã ICD-10 trong 1 ngày cho 39 trưởng trạm Y tế xã-thị trấn và 3 cán bộ trung tâm Y tế huyện để thu thập 6 biến số cho mỗi trường hợp tủ vong là họ và tên, tuổi, giới, ngày, nguyên nhân tử vong và mã ICD-10; iii) Điều tra hộ gia đình bằng bộ câu hỏi Verbal Autopsy.

Kỹ thuật điều tra hộ gia đình bằng bộ câu hỏi Verbal Autopsy áp dụng theo quy trình chuẩn của tổ chức Y tế thế giới, sau khi được kiểm định chất lượng ở nước ta (2-4). Có 3 bộ câu hỏi được thiết kế, cho các trường hợp sơ sinh (62 biến số); cho trẻ em 29 ngày tuổi đến dưới 5 tuổi (62 biến số); cho trẻ em 5 tuổi và người lớn (87 biến số). Cán bộ điều tra đã được tập huấn cách thu thập thông tin, đến từng hộ gia đình phỏng vấn thân nhân người mất về các triệu chứng và dấu hiệu bệnh tật. Thông tin về các bệnh viện, nơi bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị, được thu thập và phân nhóm các bệnh viện Trung ương, các bệnh viện tỉnh, các bệnh viện huyện. Trường hợp bệnh nhân đã được nhiều bệnh viện khám và điều trị, hoặc bệnh gây tử vong đã được chẩn đoán và ghi vào mục "Tiền sử", được ghi vào nhóm "Có nhập viện". Nguyên nhân chính được xem xét và kết luận bởi 2 cán bộ: Trưởng trạm Y tế xã và Bác sĩ đa khoa và/hoặc Bác sĩ có kinh nghiệm nhiều năm thẩm định nguyên nhân bằng Verbal Autopsy. Phân tích số liệu: tuổi của quần thể nghiên cứu và các trường hợp tử vong được gộp thành chín nhóm tuổi cách 10 năm là 0-9, 10-19,…, và 80+. Tỷ lệ thô và chuẩn hóa tuổi trên 100.000 (Age standardize rate, ASR) được tính theo cấu trúc dân số thế giới do tổ chức Y tế thế giới giới thiệu và được tính cho từng nhóm nguyên nhân và cho nam và nữ, phân tích bằng phần mềm STATA 10(5, 6).

Bảng 1. Tỷ lệ tử vong theo nhóm nguyên nhân, hai giới gộp chung

Nhóm nguyên nhân	Tổng số	Tỷ lệ thô trên 100.000	Tỷ lệ %	Tỷ lệ chuẩn trên 100.000 (ASR)#
1. Bệnh nhiêm trùng (A00-B99)	37	12.0	2.3	12.5
2. Bướu tân sinh (C00-C96)&	440	142.8	27.8	178.0
3. Bệnh nội tiết và chuyển hoá (E00-E90)	29	9.4	1.8	10.7
4. Bệnh tâm-thần kinh (F00-G99)	12	3.9	0.8	4.2
5. Bệnh hệ tuần hoàn (I00-I99)$	576	186.9	36.4	189.3
6. Bệnh hệ hô hấp (J00-J99)	154	50.0	9.7	47.9
7. Bệnh hệ tiêu hoá (K00-K93)	38	12.3	2.4	15.2
8. Da-cơ-xương khớp (L00-M99)	5	1.6	0.3	1.6
9. Bệnh hệ sinh dục-tiết niệu (N00-N99)	20	6.5	1.3	6.8
10. Tử vong sơ sinh (P00-P96)	15	4.9	0.9	4.3
11. Dị tật bẩm sinh (Q00-Q99)	15	4.9	0.9	4.5
12. Tai nạn thương tích (S00- Y89)	160	51.9	10.1	57.4
13. Các triệu chứng (R00-R99)	80	26.0	5.1	24.8
Tổng số	**1,581**	**513.1**	**100.0**	**557.2**

#ASR: Age-standardized rates (World population, theo cấu thúc dân số thế giới) & Trong 440 bệnh nhân ung thư, ung thu phổi 112 (25,5%), ung thư gan 96 (21,8%), ung thư dạ dày 55 (12,5%), tổng ba loại ung thư này 263 (61%). $ Trong 576 bệnh nhân mắc bệnh tuàn hoàn, tai biến mạch máu não 445 (77,3%), bệnh tim thiếu máu cục bộ 31 (5,4%).

III. KẾT QUẢ

Trong tổng số tử vong 1581, nam 947 trường hợp và nữ 634. Hai giới gộp chung, số lượng tử vong do các bệnh tuần hoàn lớn nhất, 576 trường hợp (36,4%), thứ nhì là ung thư (bướu tân sinh) 440 trường hợp (27,8%), thứ ba là tai nạn thương tích 160 (10,1%), thứ tư là các bệnh hô hấp 154 trường hợp (9,7%), và thứ năm là các bệnh hệ tiêu hóa 38 trường hợp (2,4%). Trong 440 bệnh nhân ung thư, ung thu phổi 112 (25,5%), ung thư gan 96 (21,8%), ung thư dạ dày 55 (12,5%), tổng ba loại ung thư này 263 (61%). Trong 576 bệnh nhân mắc bệnh tuàn hoàn, tai biến mạch máu não 445 (77,3%), bệnh tim thiếu máu cục bộ 31 (5,4%).Tỷ lệ tử vong chuẩn ASR trên 100.000 là 557,2 (Tổng số), 189,3 (Bệnh tuần hoàn), 178,0 (Ung thư), 57,4 (Tai nạn thương tích), 47,0 (Bệnh hô hấp), Bảng 1.

Bảng 2. Tỷ lệ tử vong theo nhóm nguyên nhân, nam giới

Nhóm nguyên nhân	Tổng số	Tỷ lệ thô trên 100.000	Tỷ lệ %	Tỷ lệ chuẩn trên 100.000 (ASR)
1. Bệnh nhiêm trùng (A00-B99)	24	15.9	2.5	19.7
2. Bướu tân sinh (C00-C96)	308	204.0	32.5	298.7
3. Bệnh nội tiết và chuyển hoá (E00-E90)	16	10.6	1.7	15.9

4. Bệnh tâm-thần kinh (F00-G99)	7	4.6	0.7	5.3
5. Bệnh hệ tuần hoàn (I00-I99)	296	196.0	31.3	267.8
6. Bệnh hệ hô hấp (J00-J99)	79	52.3	8.3	69.9
7. Bệnh hệ tiêu hoá (K00-K93)	31	20.5	3.3	29.6
8. Da-cơ-xương khớp (L00-M99)	2	1.3	0.2	2.1
9. Bệnh hệ sinh dục-tiết niệu (N00-N99)	14	9.3	1.5	12.4
10. Tử vong sơ sinh (P00-P96)	11	7.3	1.2	6.0
11. Dị tật bẩm sinh (Q00-Q99)	7	4.6	0.7	4.0
12. Tai nạn thương tích (S00- Y89)	117	77.5	12.4	92.9
13. Các triệu chứng (R00-R99)	35	23.2	3.7	31.2
Tổng số	**947**	**627.2**	**100.0**	**855.5**

#ASR: Age-standardized rates (World population, theo cấu thúc dân số thế giới) & Trong 308 bệnh nhân ung thư, ung thu phổi 93 (30,2%), ung thư gan 77 (25,0%), ung thư dạ dày 31 (10,1%), tổng ba loại ung thư này 201 (65,3%). $ Trong 296 bệnh nhân mắc bệnh tuàn hoàn, tai biến mạch máu não 221 (74,7%), bệnh tim thiếu máu cục bộ 21 (7,1%).

Bảng 3. Tỷ lệ tử vong theo nhóm nguyên nhân, nữ giới

Nhóm nguyên nhân	Tổng số	Tỷ lệ thô trên 100.000	Tỷ lệ %	Tỷ lệ chuẩn trên 100.000 (ASR)
1. Bệnh nhiêm trùng (A00-B99)	13	8.3	2.1	6.5
2. Bướu tân sinh (C00-C96)	132	84.0	20.8	86.4
3. Bệnh nội tiết và chuyển hoá (E00-E90)	13	8.3	2.1	6.2
4. Bệnh tâm-thần kinh (F00-G99)	5	3.2	0.8	3.2
5. Bệnh hệ tuần hoàn (I00-I99)	280	178.2	44.2	135.3
6. Bệnh hệ hô hấp (J00-J99)	75	47.7	11.8	32.2
7. Bệnh hệ tiêu hoá (K00-K93)	7	4.5	1.1	3.4
8. Da-cơ-xương khớp (L00-M99)	3	1.9	0.5	1.2
9. Bệnh hệ sinh dục-tiết niệu (N00-N99)	6	3.8	0.9	3.2
10. Tử vong sơ sinh (P00-P96)	4	2.5	0.6	2.4
11. Dị tật bẩm sinh (Q00-Q99)	8	5.1	1.3	4.9
12. Tai nạn thương tích (S00- Y89)	43	27.4	6.8	26.2
13. Các triệu chứng (R00-R99)	45	28.6	7.1	19.4
Tổng số	**634**	**403.4**	**100.0**	**330.5**

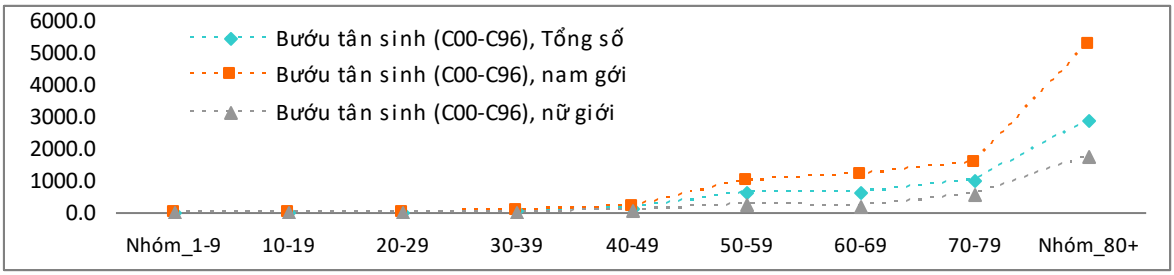
#ASR: Age-standardized rates (World population, theo cấu thúc dân số thế giới) & Trong 132 bệnh nhân ung thư, ung thư dạ dày 24 (18,2%), phổi 19 (14,4%), gan 19 (14,4%), tổng ba loại ung thư này 62 (47,0%). $ Trong 280 bệnh nhân mắc bệnh tuàn hoàn, tai biến mạch máu não 224 (80,0%), bệnh tim suy tim 40 (14,3%).

Đối với nam giới, số lượng tử vong do ung thư cao nhất, 308 trường hợp (32,5%), thứ nhì là các bệnh tuần hoàn 296 trường hợp (31,3%), thứ ba là tai nạn thương tích 117 (12,4%), thứ tư là các bệnh hô hấp 79 trường hợp (8,3%), và thứ năm là các bệnh hệ tiêu hóa 31 trường hợp (3,3%). Trong 308 bệnh nhân ung thư, ung thu phổi 93 (30,2%), ung thư gan 77 (25,0%), ung thư dạ dày 31 (10,1%), tổng ba loại ung thư này 201 (65,3%). Trong 296 bệnh nhân mắc bệnh tuàn hoàn, tai biến mạch máu não 221 (74,7%), bệnh tim thiếu máu cục bộ 21 (7,1%), Bảng 2. Đới với nữ giới, số lượng tử vong do các bệnh tuần hoàn lớn nhất, 280 trường hợp (44,2%), thứ nhì là ung thư 132 trường hợp (20,8%). Trong 132 bệnh nhân ung thư, cao nhất ung thu ung thư dạ dày 24 (18,2%), phổi 19 (14,4%), ung thư gan 19 (14,4%), tổng ba loại ung thư này 62 (47,0%). Trong 280 bệnh nhân mắc bệnh tuàn hoàn, cao nhất tai biến mạch máu não 224 (80,0%), thứ hai là bệnh tim suy tim 40 (14,3%), Bảng 3.

Tỷ lệ tử vong chuẩn hóa ASR trên 100.000, tổng số, ở nam 855,5 cao hơn nữ 330,5 (Tỷ suất 2,6 lần). Tương tự, tử vong do các bệnh tuần hoàn ở nam 267,8 cao hơn nữ 135,3 (Tỷ suất 2,0 lần); ung thư ở nam 178,0 cao hơn ở nữ 86,4 (Tỷ suất 2,1 lần); tai nạn thương tích ở nam 92,9 cao hơn nữ 26,2 (Tỷ suất 3,5 lần), Bảng 2 và Bảng 3. Đối với ung thư, từ 40 tuổi trở lên, tỷ lệ tử vong trên 100.000 tăng nhanh ở cả hai giới, tốc độ tăng đặc biệt cao ở lứa tuổi trên 70. Ở các nhóm tuổi từ 40 hoạc cao hơn, tỷ lệ tử vong ở nam luôn cao hơn ở nữ, Biểu đồ 1. Đối với các bệnh tuần hoàn, từ 60 tuổi trở lên, tỷ lệ tử vong trên 100.000 tăng nhẹ ở cả hai giới, sau đó tăng đặc biệt cao ở lứa tuổi 70 và cao hơn. Tỷ lệ tử vong ở nam cao hơn ở nữ, Biểu đồ 2.

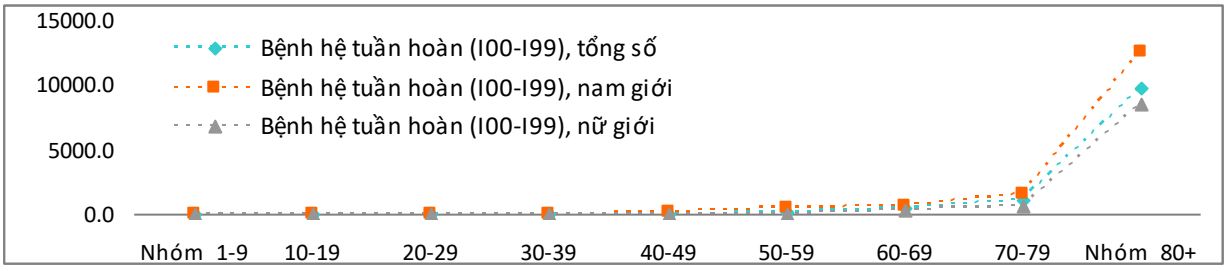
IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này đã mô tả được nguyên nhân tử vong ở huyện Diễn Châu theo nhóm ICD-10 bằng công cụ Verbal Autopsy, kỹ thuật được thiết kế bởi tổ chức Y Tế thế giới, áp dụng cho các nước đang phát triển(3). Bộ công cụ này đã được kiểm chứng ở ba tỉnh Bắc Ninh, Lâm Đồng và Bến Tre, cho kết quả nghiên cứu có độ tin cậy cao ở nước ta(2). Kết quả nghiên cứu ở huyện Diễn Châu năm 2014 có nhiều điều kiện thuận lợi là tổ chức toàn bộ 39 trạm Y tế xã-thị trấn tốt (69% các trạm y tế có Bác sĩ), tham gia nghiên cứu 100%. Có 75% của tổng số bệnh nhân đã từng khám và điều trị ở các bệnh viện huyện, tỉnh, và trung ương, các thông tin này là cơ sở để cán bộ các trạm y tế ghi nhận nguyên nhân tử vong và là nguồn thông tin quan trọng để các hộ gia đình cung cấp cho điều tra nguyên nhân bằng Verbal Aptopsy. Trong 25% còn lại không đến bệnh viện, hầu hết là do tai nạn thương tích tử vong tại hiện trường, do tác nhân ngoại sinh, nguyên nhân chính gây tử vong cũng có thể ghi nhận được bởi các trạm y tế xã-trị trấn ở huyện Diễn Châu, Biểu Đồ 1. Do vậy, kết quả nghiên cứu của công trình này phản ánh thực tế mô hình tử vong của một huyện của tỉnh Nghệ An. Vì Diễn Châu là huyện lớn, đa dạng vùng sinh thái, có thị trấn, vùng đồng bằng, vùng núi, vùng ven biển, kết quả nghiên cứu này có thể đại diện cho tỉnh Nghệ An và nhiều tỉnh khác trong vùng Bắc Trung bộ. Kết quả nghiên cứu này gợi ý có giá trị khác quan trọng phục vụ việc lập chiến lược phòng chống các bệnh không lây nhiễm đến cấp huyện từ việc lập kế hoạch, triển khai, giám sát và đánh giá hiệu quả qua chỉ số tỷ lệ tử vong chuẩn hóa tuổi(5).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ tử vong trên 100.000 theo nhóm tuổi và giới do ung thư,

Đối với các bệnh tim mạch, tỷ lệ chuẩn tuổi ASR trên 100.000 cả nam và nữ ở huyện Diễn Châu năm 2014 có tỷ lệ tử vong chuẩn tuổi cao hơn ở Bắc Ninh, Lâm Đồng, và tỉnh Bến Tre (2,7). Nguyên nhân nào làm người huyện Diễn Châu bị tử vong do các bệnh tim mạch cao hơn các tỉnh khác là vấn đề bí ẩn, chữa rõ nguyên nhân là gì? Cần có các nghiên cứu dịch tễ học phân tích và khám sang lọc người bị cao huyết áp trong cộng đồng để quản lý và điều trị để làm giảm nguy cơ tử vong do các bệnh này. Huyết áp có thể là nguyên nhân quan trọng vì gần 80% các trường hợp tử vong là do nhóm bệnh tai biến mạch máu não ở huyện Diễn Châu. Bệnh tăng huyết áp cần được khám và phát thuốc hàng tháng (Hiện nay chỉ được kê đơn 5 ngày ở trạm y tế xã-thị trấn), hưởng bảo hiểm y tế, như bệnh mạn tính tại trạm y tế xã-thị trấn để toàn bộ bệnh nhân tăng huyết áp có thuốc uống hạ huyết áp hàng ngày và liên tục, để kiểm soát có hiệu quả, để giảm tử vong do tai biến mạch máu não.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ tử vong trên 100.000 theo nhóm tuổi và giới do các bệnh tuần hoàn

V. KẾT LUẬN

Năm 2014, trong tổng số tử vong 1581, nam 947 trường hợp và nữ 634. Tỷ lệ tử vong chuẩn hóa ASR trên 100.000, tổng số, ở nam 855,5 cao hơn nữ 330,5 là 2,6 lần. Tương tự, tử vong do các bệnh tuần hoàn ở nam 267,8 cao hơn nữ 135,3 là 2,0 lần; ung thư ở nam 178,0 cao hơn ở

nữ 86,4 là 2,1 lần; tai nạn thương tích ở nam 92,9 cao hơn nữ 26,2 là 3,5 lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế.** Quyết định về việc ban hành sổ ghi chép nguyên nhân tử vong A6/YTCS (Số 822/BYT.QĐ). Bộ Y Tế, 1992.
2. **Stevenson MR, Dang Viet Hung,** Thanh Huong Hoang et al. Evaluation of the Vietnamese A6 Mortality Reporting System: All-Cause Mortality.*Asia-PacificJournal of Public Health*, 2015; 45-49.
3. **WHO.** Verbal Autopsy Standards: Ascertaining and attributing causes of death. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2007.
4. **WHO.** International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. : World Health Organisation, 2003
5. **Silva, I. D. S. Cancer epidemiology**: Principle and methods, p. 391. Lyon, France: IARC - WHO, 1999.
6. **STATA Statistical Software, Statistics,** Data Management, Release 10 edition, Vol. I. College Station, Texas: STATA Press, 2008.
7. **Lê Trần Ngoan và Đặng Việt Hùng**. Đánh giá độ chính xác việc ghi chép nguyên nhân tử vong và đề xuất một số giải pháp cải thiện tại một số tỉnh ở việt nam. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội: Báo cáo nghiệm thu đề tài cấp Bộ Y tế, 2015

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA PHƯƠNG PHÁP BƠM TINH TRÙNG VÀO BUỒNG TỬ CUNG (IUI) TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Hoàng Thị Phương Thuỷ*, Phạm Huy Hiền Hào**

TÓM TẮT

Mục tiêu: "*Nhận xét kết quả điều trị* bơm tinh trùng vào buồng tử cung - IUI (Insermination Intra Uterine) và các yếu tố liên quan *tại BVPSTƯ từ 9/2016 đến 11/ 2016".* **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu*: Cỡ mẫu*:** 320 cặp vợ chồng vô sinh điều trị bơm tinh trùng đã được lọc rửa vào buồng tử cung**. *Phương pháp nghiên cứu:*** mô tả tiến cứu**. Kết quả*:*** Tỷ lệ có thai lâm sàng là 15.6%, có tim thai 13,1%, thai chết lưu 0,9%, chửa ngoài tử cung là 0,3%. Tỷ lệ một thai 81,6%, song thai 18,4%. Các yếu tố liên quan và tỷ lệ có thai: tuổi vợ: < 30 tuổi: 20%; 31 – 35: 12%; 36 – 40: 3,4%; >40: 0%; Phác đồ kích thích buồng trứng: tự nhiên: có thai 6,7%; CC: 13,3%; CC + FSH: 18,5%; FSH: 19,1%; Số nang noãn trưởng thành: 1 nang noãn: 11,25%, ≥ 2 nang noãn: 20,75%; Thời gian vô sinh: ≤ 4 năm: 17,9% , > 4 năm: 7,4%; Độ dày niêm mạc tử cung < 8mm: 6,5%; 8 – 10 mm: 15,6%; > 10 mm: 30,5%; Chất lượng tinh trùng trước lọc rửa: mật độ tinh trùng 20.10^6/ml: có thai 4,8%, ≥ 20.10^6/ml: 17,3%; Tỷ lệ tinh trùng di động tiến tới (PR): <20% có thai 8,1%; 20 – 40%: 13,9%; > 40%: 21% ; Mật độ tinh trùng sau lọc rửa ≤ 10.10^6/ml: có thai 0%; 11 – 20.10^6/ml: 11,4%; 21 – 40.10^6/ml: 13,9%; > 40.10^6/ml: 17,5%; catheter có máu: 2,6%, không có máu: 17.4%.

Từ khóa: Bơm tinh trùng vào buồng tử cung - IUI, thai lâm sàng, thai sinh hoá

SUMMARY

RESULTS OF INTRAUTERINE INSERMINATION (IUI) METHOD AT THE OBSTETRICS AND GYNECOLOGY OF NATIONAL HOSPITAL

Objective: " To describe on the results of IUI (Insermination Intra Uterine) treatment and related factors at the OB-GYB of NH from 9/2016 to 11/2016. ".**Material and methodology: *The sample size:*** 320 infertile couples treated with IUI. ***Research Methods:*** Prospective Descriptive study; **Result:** Clinical pregnancy rate was 15.6%, fetal heart rate 13.1%, Miscarriage 0.9%, ectopic pregnancy 0.3%. The rate of simple pregnancy was 81.6%, twin 18.4%. Related factors and pregnancy rate: women age: <30 years: 20%; 31-35: 12%; 36 - 40: 3.4%; > 40: 0%; Ovarian stimulation regimen: Natural: 6.7% pregnancy; CC: 13.3%; CC + FSH: 18.5%; FSH: 19.1%; The number of ovarian follicles: 1 follicle: 11.25%, ≥ 2 follicles: 20.75%; Time of infertility: ≤ 4 years: 17.9%, > 4 years: 7.4%; The thickness of the endometrial uterus: < 8mm: 6.5%; 8-10mm: 15.6%; > 10 mm: 30.5%; Sperm before washing: sperm concentration 20.10^6/ml: 4.8% pregnancy, ≥ 20.10^6/ml: 17,3%; Percentage of progressive sperm(PR): <20%: 8.1% pregnancy; 20-40%: 13.9%; > 40%: 21%; Sperm after washing: sperm concentration ≤ 10.10^6/ml: 0% pregnancy; 11-20.10^6/ml: 11.4%; 21–40.10^6/ml: 13.9%; > 40.10^6ml: 17.5%; Catheter stained blood: 2.6%, without blood: 17.4%.

Key words: intrauterine-uterine sperm injection - IUI, clinical pregnancy, biochemical pregnancy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rất nhiều phụ nữ cần thiết kỹ thuật hỗ trợ sinh sản thường bắt đầu với kỹ thuật bơm tinh trùng vào buồng tử cung - IUI (Intrauterine Insermination), kỹ thuật này được làm ở phòng khám ngoại trú và ít xâm lấn hơn kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm, chỉ khoảng 1% bị nhiễm trùng tiểu khung. Rất nhiều thầy thuốc chỉ định

**BV Đa khoa Đông Anh*
***BV Phụ sản Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính:
Email: doctor.thuy81@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 29.9.2017
Ngày duyệt bài: 3.10.2017

kỹ thuật IUI nếu cặp vợ chồng cố gắng quan hệ tự nhiên một vài tháng mà không có thai được như những phụ nữ dưới 35 tuổi sau 12 tháng, trên 35 tuổi là sau 6 tháng, thường chỉ định trong những trường hợp vô sinh không rõ nguyên nhân, yếu tố gây vô sinh do cổ tử cung như kháng thể kháng tinh trùng hoặc môi trường không thuận lợi. Bệnh viện Phụ sản Trung ương là bệnh viện đầu ngành chuyên ngành Sản Phụ khoa của cả nước, việc chỉ định IUI trên những đối tượng khác nhau, kỹ thuật theo dõi và hỗ trợ phóng noãn khác nhau, do đó nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "*Nhận xét kết quả điều trị* bơm tinh trùng vào buồng tử cung - IUI (Insermination Intra Uterine) và các yếu tố liên quan *tại BVPSTƯ từ 9/ 2016 đến 11/2016".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là những cặp vợ chồng đã được chỉ định làm IUI tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong thời gian từ ngày 01/09/2016 đến ngày 31/11/2016.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tiêu chuẩn lựa chọn người vợ:

+ Có ít nhất vòi một vòi tử cung thông (dựa vào kết quả chụp tử cung - vòi tử cung hoặc qua kết quả mổ nội soi).

+ Có ít nhất một nang noãn kích thước ≥ 18 mm, ở bên vòi tử cung thông.

+ Không bị viêm âm đạo, cổ tử cung, viêm phần phụ.

- Tiêu chuẩn lựa chọn người chồng: tất cả trường hợp tinh trùng, bình thường, ít: mật độ tinh trùng < 15. 10^6/ml; yếu: tỷ lệ tinh trùng di động tiến tới < 32%, tỷ lệ di động của tinh trùng tiến tới và không tiến tới < 40%.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Vợ hoặc chồng không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu

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

Trong đó: n: cỡ mẫu; p: là tỷ lệ có thai của IUI, Theo Lê Minh Châu (2002), tỷ lệ có thai là 25%, lấy p = 0,25. $Z^{(1-\alpha/2)}$ = 1,96 hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% với α = 0,05. p. Lấy ε = 0,2. n = 289 [1]. Lấy 10% dự phòng, số bệnh nhân cần lấy là: 320 bệnh nhân.

2.2.3. Thu thập số liệu

- Quan sát quá trình thực hiện kỹ thuật IUI của bác sỹ đối với bệnh nhân đó.

+ Phòng kỹ thuật IUI tại BVPSTU đang áp dụng lọc rửa tinh trùng bằng phương pháp thang nồng độ sử dụng dung dịch Silselect 45%, Silselect 90% để lọc, và môi trường Spermrise để rửa.

+ Nhẹ nhàng đưa catheter qua ống cổ tử cung để vào buồng tử cung dưới hướng dẫn của siêu âm đường bụng, bơm từ từ mẫu 0,3 – 0,5 ml mẫu tinh trùng đã được lọc rửa, rút nhẹ nhàng catheter ra ngoài. Bệnh nhân nằm nghỉ tại chỗ tối thiểu 15 phút.

- Gọi điện thoại liên lạc với bệnh nhân để xác nhận kết quả:

+ Sau IUI 2 tuần: có thai: thử quicktic dương tính, hoặc xét nghiệm beta hCG tăng trên 25ui/ml.

+ Sau IUI 4 tuần có thai lâm sàng: siêu âm các trường hợp có thai bằng đầu dò âm đạo: có túi thai trong buồng tử cung.

+ Sau IUI 7 tuần đánh giá sự phát triển của thai: siêu âm lại các trường hợp có thai bằng đầu dò âm đạo.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

- Tuổi trung bình của vợ là 29,8 ± 4,1 tuổi. Người có tuổi thấp nhất trong nghiên cứu là 20 tuổi, cao nhất là 47 tuổi. Tuổi trung bình của chồng là 34,2 ± 5,3 tuổi. Người có tuổi thấp nhất trong nghiên cứu là 22 tuổi, cao nhất là 56 tuổi.

- Vô sinh nguyên phát có 197/320 bệnh nhân, chiếm 61,6%. Vô sinh thứ phát có 123/320 bệnh nhân, chiếm 38,4%.

- Không rõ nguyên nhân: 47,8% (153/320; có một nguyên nhân: 43,1% (138/320); có từ hai đến ba: 9,1% (29/320).

+ Do chồng:Tinh trùng yếu, ít 13,1 (42/320).

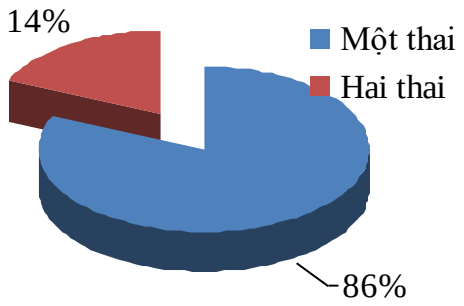
+ Do vợ: Rối loạn phóng noãn: 28,4 (91/320); Tổn thương vòi tử cung(*Có 1 vòi tử cung thông, dính vòi tử cung, VTC thông hạn chế, sau mổ nội soi thông VTC):*8,1 (26/320); Dính buồng tử cung: 8,1 (26/320); Lạc nội mạc tử cung: 3,4 (11/320); Nguyên nhân khác: 4,1 (13/320);

- Phác đồ kích thích phóng noãn: tự nhiên 4,7% (15/320), CC: 44,7% (143/320), CC + FSH: 38,7% (124/320), FSH: 11,9% (38/320).

- Tỷ lệ 1 nang noãn: 53,1% (170/320), > 2 nang noãn: 46,9% (150/320).

Bảng 3.1. Kết quả có thai của phương pháp IUI

Thử quicktic dương tính Hoặc beta hCG ≥ 25 **ui/ml**	**n**	**%**
Có	61	**19**
Không	259	81
Tổng	**320**	**100**



Biểu đồ 3.1. Số lượng thai của phương pháp IUI

- Không có trường hợp nào ba thai trong nghiên cứu này.

Bảng 3.2. Kết quả có thai lâm sàng của phương pháp IUI

Có thai lâm sàng	n	%
Có	50	**15,6**
Không	270	84,4
Tổng	320	100

Tỷ lệ có thai sinh hoá: 3,4% (11/320).

3.2. Tiến triển của những trường hợp có thai sau 7 tuần IUI

- Tiến triển của 50 trường hợp có thai sau 7 tuần: thai trong buồng tử cung có tim thai: 13,1% (42/320), thai chết lưu: 0,9% (3/320), chửa ngoài tử cung 0,3% (1/320).

- Liên quan giữa độ tuổi của vợ và có thai: *< 30: 20%; 31 – 35: 12%; 36 – 40: 3,4%; >40: 0%. p < 0,05.*

- Liên quan giữa phác đồ kích thích buồng trứng và có thai : *Tự nhiên: 6,7%; CC: 13,3%; CC + FSH: 18,5%; FSH: 19,1%. p => 0,05.*

- Liên quan giữa số lượng nang noãn và có thai: nhóm có 1 nang noãn: 11,25% (19/170), ≥ 2 nang noãn: 20,75% (31/150) với p = 0,02 OR = 2,07; 95%CI = (1,11 – 3,85).

- Liên quan giữa thời gian vô sinh và có thai: ≤ 4 năm: 17,9% , > 4 năm: 7,4% với p = 0,034; OR = 0,365; 95%CI ***= (***0,139 – 0,959). Thời gian trung bình: 3,7 ± 2,5 năm, ngắn nhất là 1 năm, dài nhất là 12 năm.

- Liên quan giữa độ dầy niêm mạc tử cung và có thai: *< 8mm: 6,5%; 8 – 10 mm: 15,6%; > 10 mm: 30,5%. p < 0,05.*

- Liên quan giữa chất lượng tinh trùng trước lọc rửa và có thai:

+ Tỷ lệ có thai và mật độ tinh trùng: < 20.10^6/ml: có thai 4,8%, ≥ 20.10^6/ml: 17,3% với p = 0,038; OR = 4,17; 95% CI (0,975 – 7,861).

+ Tỷ lệ tinh trùng di động tiến tới (PR) và có thai : <20% có thai 8,1%; 20 – 40%: 13,9%; >40%: 21%. p = 0,04.

- Liên quan mật độ tinh trùng sau lọc rửa và có thai: Mật độ tinh trùng sau lọc rửa ≤ 10.10^6/ml: có thai 0%; 11 - 20^6/ml: 11,4%; 21 - 40^6/ml: 13,9%; >40^6/ml: 17,5%. p > 0,05. Tỷ lệ sống của tinh trùng khá cao, trung bình 93,7 ± 2,8%.

- Độ sạch catheter: Tỷ lệ có thai ở nhóm catheter có máu: 2,6% (1/39); catheter không có máu: 17.4% (49/281). p = 0,017.

IV. BÀN LUẬN

Kỹ thuật bơm tinh trùng trực tiếp vào buồng tử cung đã giảm một số yếu tố có hại cho tinh trùng như PH acid của âm đạo, chất nhầy cổ tử cung trong trường hợp chất nhày có chứa kháng thể kháng tinh trùng. Lọc rửa tinh trùng là kỹ thuật nhằm loại bỏ những chất cản trở quá trình khả năng hóa cua tinh trùng, các tinh trùng chết và các thành phần bình thường hoặc bất thường khác trong tinh dịch nhằm thu được càng nhiều càng tốt các tinh trùng có hình dạng bình thường và di động tốt, kết quả là mẫu sau chuẩn bị chứa một lượng lớn tinh trùng có khả năng thụ tinh cao.

Bảng 4.1. Tỷ lệ có thai lâm sàng so với các nghiên cứu khác

Tác giả	Năm	Tỷ lệ thai lâm sàng/chu kì
Pham H.H. Hào, Hoàng T. P. Thuỷ	2017	15,6%
Đặng Thị Thu Hiền [2]	2014	15.6%
Ahmed Badawy [3]	2009	15.1%

- Cặp vợ chồng bình thường khả năng có thai tự nhiên trong khoảng 15 – 20%, và giảm dần theo tuổi, đối với những trường hợp lạc nội mạc tử cung có thai tự nhiên 5 – 10%. Tỷ lệ thai lưu chiếm 0,9%, chửa ngoài tử cung 0,3% tỷ lệ này cũng tương đương với tỷ lệ của những người có thai tự nhiên trong cộng đồng.

- Đa thai khi điều tri bằng CC là 5 – 10% và > 2 thai 0,5%, nhưng tỷ lệ thai lưu 13 – 15%, tỷ lệ có thai cộng dồn sau 6 tháng là 15 – 50%. Đa thai khi điều trị bằng gonadotropins là 20% khoảng 15% là song thai, 5% là > 2 thai, lý tưởng 3 – 4 nang noãn trưởng thành ngày tiên hCG, nhưng hội chứng quá kích buồng trứng nặng xảy ra khoảng 1%, những phụ nữ trên 40 tuổi điều trị kích thích phóng noãn có kiểm soát bằng gonadotropins – IUI có tỷ lệ đẻ ra trẻ sơ sinh sống thấp < 5%. Tỷ lệ có thai trong chu kỳ đầu tiên làm IUI cao hơn tỷ lệ các chu kỳ sau trong ba chu kỳ. Tỷ lệ có thai trong chu kỳ điều trị bằng CC khoảng 10%, bằng gonadotropin khoảng 15%. Tỷ lệ sẩy thai 14,2% dị dạng khoảng 2,3% tương đương với có thai tự nhiên.

Miền ngưỡng tối thiểu số lượng tinh trùng di động bơm IUI từ 1 – 10 triệu trở lên [4].

- Liên quan giữa độ tuổi của vợ và có thai: *< 30: 20%; 31 – 35: 12%; 36 – 40: 3,4%; >40: 0%; so với Đặng Thị Thu Hiền (2014) [3]: < 30 tuổi: 26,2%, 30 – 34 tuổi: 15,3%, > 35 tuổi: 7,5%.*

- Tỷ lệ > 2 nang noãn: 46,9% là khá cao, khi điều trị IUI số nang noãn là > 2 thì tỷ lệ có thai tăng gấp 2 lần so với một nang noãn, nghiên cứu tại Anh thì tỷ lệ có thai tăng 3.4 lần [3], do đó tỷ lệ song thai khá cao 14%, trong quần thể tự nhiên là 1% đến 1,5%.

- Liên quan giữa thời gian vô sinh và có thai: ≤ 4 năm: 17,9% , > 4 năm: 7,4%. Theo nghiên cứu của Đặng Thị Thu Hiền (2014) [3] tỷ lệ có thai gặp nhiều ở bệnh nhân có thời gian vô sinh < 2 năm là 35,7%. Theo nghiên cứu của Đỗ Thị Hằng Nga (2012) nhóm có thời gian vô sinh trên 4 năm chiếm tỷ lệ thấp nhất 8.8% [5].

- Liên quan giữa độ dầy niêm mạc tử cung và có thai: < 8mm: 6,5%; 8 – 10 mm: 15,6%; > 10 mm: 30,5%. Trong nghiên cứu của Đặng Thị Thu Hiền (2014) thì tỷ lệ có thai ở nhóm có niêm mạc tử cung ≥ 8mm chiếm tỷ lệ 44,6%. Tỷ lệ có thai ở nhóm < 8mm chỉ có 4,7% [2]. Theo nghiên cứu của Đỗ Quang Minh (2002) nghiên cứu những bệnh nhân vô sinh CRNN tại bệnh viện Từ Dũ cho thấy tỷ lệ có thai thấp ở bệnh nhân có niêm mạc tử cung < 7mm(1/42), và không trường hợp nào có thai khi niêm mạc tử cung < 6,5mm [6].

- Liên quan giữa chất lượng tinh trùng trước lọc rửa và có thai: *mật độ tinh trùng 20.10^6/ml: có thai 4,8%), ≥ 20.10^6/ml:17,3%. Tỷ lệ tinh trùng di động tiến tới (PR): < 20% có thai 8,1%; 20 – 40%: 13,9%; > 40%: 21%. Tỷ lệ tinh trùng di động tiến tới càng cao thì tỷ lệ có thai càng cao.*

- Liên quan giữa mật độ tinh trùng sau lọc rửa và có thai: Mật độ tinh trùng sau lọc rửa ≤ 10.10^6/ml: có thai 0%; 11 – 20.10^6/ml: 11,4%; 21 – 40.10^6/ml: 13,9%; >40.10^6/ml: 17,5%.

Theo tiêu chuẩn yêu cầu của Viện nghiên cứu về vô sinh ở New Orleans thì yêu cầu mẫu tinh trùng trước lọc rửa để bơm IUI đạt được có thai bình thường tối thiểu mật độ 5.10^6/ml, tổng số tinh trùng một lần xuất tinh là 10.10^6, tổng số tinh trùng di động là 5.10^6 với 30% di động tiến tới và 5% tinh trùng hình thái bình thường. Còn đối với mẫu sau lọc rửa phải đạt 4.10^6 tổng số tinh trùng và 50% di động [4]. Nếu tỷ lệ tinh trùng di động tiến tới < 32%, tỷ lệ di động của tinh trùng tiến tới và không tiến tới < 40% là tinh trùng yếu, nếu toàn bộ tinh trùng không di động hoặc tỷ lệ di động < 5 – 10% thì có khả năng bất thường trong cấu trúc tinh trùng. Để tiến hành IUI thành công thì tổng số tinh trùng phải trên 10.10^6/lần xuất tinh và trên 50% tinh trùng di động [4]. Theo khuyến cáo ngưỡng các chỉ số tinh dịch đồ để chỉ định bơm tinh trùng vào buồng tử cung của Hồ Sỹ Hùng, Nguyễn Việt Quang, chỉ bơm IUI trong các trường hợp mật độ mẫu tinh trùng > 10.10^6/ml, tỷ lệ di động ≥ 2%, hoặc tổng số tinh trùng trên 20.10^6, trong đó tinh trùng di động trên 10.10^6 [7]. Các nghiên cứu chỉ ra mối liên quan giữa tỷ lệ có thai trên chu kì với mật độ có thai trước lọc rửa: mật độ tinh trùng trước rửa dưới 5.10^6/ml thì tỷ lệ có thai là 2.5%, khi mật độ tinh trùng trước rửa từ 5-10.10^6/ml thì tỷ lệ có thai là 8.6%, mật độ tinh trùng trước rửa là 10-20.10^6 /ml tỷ lệ có thai là 8.8% và mật độ tinh trùng trước rửa là 20-40.10^6/ml tỷ lệ có thai là 10.4% và khi mật độ tinh trùng > 40.10^6/ml thì tỷ lệ có thai cao nhất là 12.3% [4].

- Liên quan giữa độ sạch catheter và có thai: Tỷ lệ có thai ở nhóm catheter có máu: 2,6%, không có máu: 17.4%; catheter nhiễm máu có thể là do ngày phóng noãn chảy máu, tổn thương cổ tử cung, tổn thương niêm mạc tử cung.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ có thai lâm sàng là 15.6%, có tim thai trong buồng tử cung là 13,1%, sảy thai và thai chết lưu là 0,9%, chửa ngoài tử cung là 0,3%. Tỷ lệ một thai 86%, song thai 14%.

- Các yếu tố làm tăng tỷ lệ có thai: tuổi trẻ, kích thích phóng noãn bằng FSH, số nang noãn trưởng thành ≥ 2, thời gian vô sinh ≤ 4 năm, độ dày niêm mạc tử cung tăng, mật độ và tỷ lệ tinh trùng tiến tới trước lọc cao, cũng như tỷ lệ tinh trùng tiến tới sau lọc, catheter không có máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Minh Châu (2009),** *Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp bơm tinh trùng đã lọc rửa bằng kỹ thuật thang nồng độ vào buồng tử cung trong điều trị vô sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*, Luận văn tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Đặng Thị Thu Hiền (2014),** *Nghiên cứu kết quả điều trị vô sinh bằng clomiphene citrate kết hợp bơm tinh trùng vào buồng tử cung tại bệnh viện Sản Hà Nội*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Badawy A., Elnashar A., Totongy M. (2009),** Clomiphene citrate or aromatase inhibitors for supervulation in women with unexplained infertility undergoing intrauterine insemination: a prospective randomizedtrial, *Fertil Steril*, 92(4):1355-9

4. Cao.S et al (2014), A minimum number of motile spermatozoa are required for successful fertilisation through artificial intrauterine insemination with husband's spermatozoa, *Andrologya*, 46(5),529-534

5. Đỗ Thị Hằng Nga (2012), *Nghiên cứu kết quả và một số yếu tố liên quan của phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung tại bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2012*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội.

6. Đỗ Quang Minh (2004), Hiệu quả bơm tinh trùng vào buồng tử cung điều trị vô sinh chưa rõ nguyên nhân, *Tạp chí sinh sản và sức khỏe, Sinh sản và sức khỏe 2*, Nhà xuất bản Y học,13-15.

7. Nguyễn Việt Quang, Nguyễn Xuân Quý (2011), Khuyến cáo ngưỡng các chỉ số tinh dịch đồ để chỉ định bơm tinh trùng vào buồng tử cung, chuyên đề hỗ trợ sinh sản – vô sinh sản phụ khoa*, Hội nghị Sản phụ khoa Việt – Pháp*, 48-53.

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG DUNG NẠP CỦA XƯƠNG BÒ KHỬ PROTEIN BẰNG HAI PHƯƠNG PHÁP: SỬ DỤNG PEPSIN VÀ NaClO

Hà Mai Linh*, Ngô Duy Thìn*, Lê Thị Hồng Nhung*, Nguyễn Thị Thu Thủy*, Mầu Văn Cảnh*, Đoàn Thị Quỳnh Mai*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bước đầu đánh khả năng dung nạp của xương bò được khử protein bằng hai phương pháp: sử dụng pepsin hoặc NaClO trên thỏ thực nghiệm. ***Đối tượng và phương pháp***: Xương bò sau khi xử lý ban đầu sẽ được khử protein bằng một trong hai phương pháp: sử dụng pepsin hoặc NaClO. Các mẫu xương sau đó một mặt được định lượng protein còn lại trong mẫu, một mặt được vô trùng và ghép dưới da thỏ, theo dõi sau 4 tuần. ***Kết quả***: Lượng protein còn lại trong các mẫu xương sau khử đều giảm so với mẫu chứng, trong đó, lượng protein còn lại trong mẫu xương khử bằng NaClO thấp hơn rất nhiều so với mẫu xương khử bằng pepsin. Sau ghép 4 tuần, các vết mổ đều đã liền sẹo. Tại vị trí ghép đều xuất hiện một lớp mô liên kết sợi bao quanh vật liệu, hiếm thấy tế bào viêm và tân mạch. Tại vùng ghép xương khử protein bằng NaClO, lớp mô liên kết sợi dày hơn và mật độ nguyên bào sợi cao hơn so với vùng ghép xương khử protein bằng pepsin. ***Kết luận***: Không thấy dấu hiệu thải ghép cả hai loại xương bò khử protein trên động vật thực nghiệm. Mặc dù lượng protein trong mẫu xương khử bằng NaClO thấp hơn, quá trình tăng sinh xơ trong vùng mô quanh mảnh ghép khử protein bằng phương pháp này tồn tại lâu hơn so với vùng mô quanh mảnh ghép khử protein bằng pepsin.

Từ khóa: xương bò khử protein, khả năng cấy ghép.

SUMMARY

INITIALLY EVALUATING THE TOLERANCE OF BOVINE BONE DEPROTEINIZED BY TWO METHODS: USING PEPSIN AND NaClO

Objectives: Initially evaluating the tolerance of deproteinized bone treated by two methods: using pepsin or NaClO on experimental rabbits. ***Materials and methods***: Bovine bones after initial treatment would be deproteinized in one of two procedures: using pepsin or NaClO. The bone samples were quantified the remaining protein and grafted under rabbit skin, followed up after 4 weeks. Results: The amount of remaining protein in all the treated bone samples was lower than that of the control sample, in which, the remaining protein content in the NaClO- treated samples were significantly lower than that of the pepsin- treated samples. After 4 weeks, all the incisions were scarred. At the graft exposed sites, there were a layer of fibrous connective tissue surrounding the sample, inflammatory and new capillaries were rarely observed. At the subcutaneous tissue surrounding the grafts treaed by NaClO, the fibrous tissue was thicker and fibroblast density was higher than those of the pepsin treated grafts. Conclusion: There was no evidence of graft elimination of deproteinized bovine bone treated by both procedure in experimental animals. Despite the remaining protein content in the NaClO- treated samples were significantly lower, the fibrosis progression in the tissue surrounding these grafts lasted longer than that of the pepsin- treated bone surrounding tissue.

Keywords: *deproteinized bovine bone, tolerance.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép xương là phương pháp phổ biến để sửa chữa các khuyết tật xương trong phẫu thuật chỉnh hình và tái tạo. Ứng dụng này dựa trên ba cơ chế hỗ trợ hàn gắn tổn thương của mô ghép, đó là: khả năng cảm ứng tạo xương, khả năng dẫn xương và khả năng tạo xương [1]. Ghép xương tự thân luôn là tiêu chuẩn vàng cho sự tái tạo xương, tuy nhiên, nguồn xương ghép tự thân hết sức hạn chế. Do đó, việc tìm và phát triển những nguồn nguyên liệu xương ghép thay thế là rất cần thiết. May mắn là xương của các loài động vật có vú khác có thành phần hóa học và cấu trúc mô học tương tự như xương người. Thêm vào đó, chúng cũng bộc lộ khả năng dẫn xương và khả năng cảm ứng tạo xương, có khả năng thỏa mãn những yêu cầu của một vật liệu ghép lý tưởng [2]. Trong số các xương dị loài, xương bò là loại vật liệu được ưa thích do nguồn nguyên liệu phong phú và việc nghiên cứu không gặp các trở ngại về đạo đức y học. Tuy nhiên việc ghép xương dị loài có nguy cơ gây ra phản ứng thải ghép ở cơ thể nhận do các chất có bản chất kháng nguyên trong mảnh ghép, đặc biệt là các protein. Do đó, xây dựng các quy trình loại bỏ những yếu tố có khả năng kích thích phản ứng miễn dịch trong mảnh ghép là rất quan trọng trong phát triển vật liệu thay thế sử dụng xương dị loài. Tuy nhiên tại Việt Nam cho đến nay, gần như chưa có nghiên cứu nào về lĩnh vực này. Nhằm góp phần xây dựng một quy trình khử protein trong xương bò hiệu quả, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu bước đầu đánh giá khả năng dung nạp của xương bò khử protein bằng pepsin hoặc bằng NaClO trên động vật thực nghiệm.

**Đại Học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Hà Mai Linh
Email: hamailinh.hmu2810@gmail.com
Ngày nhận bài: 25.7.2017
Ngày phản biện khoa học: 28.9.2017
Ngày duyệt bài: 3.10.2017

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Các mảnh xương xốp bò kích thước 0,5 x 0,5 x 0,5cm được lấy từ xương chày của bò vàng ta 2 – 3 năm tuổi.
- Thỏ ta khỏe mạnh, trọng lượng 2kg ± 0,2kg.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phân nhóm nghiên cứu: Các mảnh xương bò sau khi được xử lý loại bỏ mỡ và tủy xương, được chia thành 3 nhóm:

+ Nhóm 1 (nhóm chứng): Gồm 5 mẫu xương, không khử protein.

+ Nhóm 2: Gồm 5 mẫu xương, khử protein bằng pepsin.

+ Nhóm 3: Gồm 5 mẫu xương, khử protein bằng NaClO.

- Quy trình nghiên cứu:

+ Trong các nhóm 1, 2, 3, lấy 10g xương bò trong mỗi mẫu, đưa đi định lượng protein.

+ Trong các nhóm 1 và 2, lấy 1 mảnh xương trong mỗi mẫu, ghép vào mô dưới da lưng thỏ. Mỗi thỏ được ghép một mảnh xương ở vùng dưới da giữa lưng sát cạnh trái cột sống.

+ Theo dõi tình trạng toàn thân và tại chỗ ở vị trí ghép của thỏ trong thời gian 4 tuần. Phẫu tích lấy mẫu mô dưới da vùng ghép mảnh xương, đánh giá đại thể, vi thể.

- Các quy trình kỹ thuật:

+ Quy trình khử protein bằng pepsin theo Lei (2015) [2]: Ngâm 20g xương bò trong 300ml pepsin 0,3 mg/ml hòa tan trong dung dịch đệm phosphate pH = 2 ở 25^0C trong 8 giờ, nâng pH lên 9 bằng dung dịch NaOH để ức chế hoạt động của pepsin trong 15 phút, rửa nhiều lần bằng nước cất.

+ Quy trình khử protein bằng NaClO theo Chen (2011) [3]: Ngâm 20g xương bò trong 300ml NaClO 2,6% trong 14 ngày, thay dung dịch hàng ngày rồi rửa lại nhiều lần bằng nước cất.

+ Các mẫu xương được định lượng protein tại Viện Hàn Lâm Hóa Học Việt Nam.

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Lượng protein trung bình còn lại trong các mẫu xương trước và sau khử bằng hai phương pháp.
- Tình trạng tại vị trí ghép xương: viêm, rò rỉ dịch, đùn đẩy vật liệu ra ngoài.
- Hình ảnh đại thể vùng mô dưới da được ghép vật liệu: màu sắc, cấu trúc, hiện tượng viêm, thải loại.
- Hình ảnh vi thể vùng mô dưới da được ghép vật liệu: tổ chức xơ, các tế bào viêm, cấu trúc và sự phân bố mạch máu.

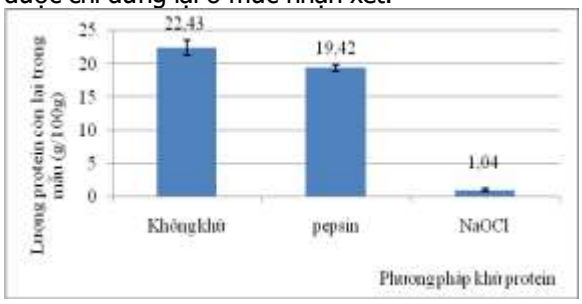
2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Từ tháng 10/ 2016 đến tháng 8/ 2017 tại Bộ môn Mô – Phôi, Trường Đại Học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Lượng protein còn lại trong xương bò sau khi khử bằng hai phương pháp

Trong nghiên cứu của chúng tôi, xương bò sau khi được cắt thành các khối nhỏ 0,5 x 0,5 x 0,5 cm và được xử lý loại bỏ mỡ và tủy xương sẽ được chia thành ba nhóm: nhóm thứ nhất được đưa đi định lượng protein để xác định lượng prorotein trong mẫu xương bình thường; hai nhóm còn lại được khử protein bằng một trong hai phương pháp: khử bằng pepsin trong 8 giờ hoặc khử bằng NaOCl trong 14 ngày. Sau đó, các mẫu xương này cũng được đưa đi định lượng lượng protein còn lại sau quá trình khử. Do cỡ mẫu của chúng tôi quá nhỏ (chỉ 5 mẫu/ nhóm), chúng tôi không thể áp dụng các thuật toán thống kê để so sánh các trị số và việc so sánh các kết quả thu được chỉ dừng lại ở mức nhận xét.



Đồ thị 1. Lượng protein còn lại trong các mẫu xương sau khử protein

Lượng protein còn lại trong các mẫu xương sau khử đều giảm so với mẫu chứng. Trong đó, lượng protein còn lại trong mẫu khử bằng pepsin là 19,42g/100g. Kết quả này xấp xỉ với kết quả nghiên cứu của Lei năm 2015 khi khử protein trong xương bò với phương pháp tương tự: 22g/100g [2].

Lượng protein còn lại trong mẫu khử bằng NaOCl là rất nhỏ, chỉ còn lại 1,04 g/100g. Kết quả này rất gần với báo cáo của Chen và cộng sự năm 2011, với phương pháp khử tương tự, lượng protein còn lại trong mẫu xương là xấp xỉ 0g/100g.

3.2. Đánh giá khả năng dung nạp của xương bò khử protein bằng hai phương pháp trên thỏ thực nghiệm: Sau quá trình cấy ghép, các thỏ đều khỏe mạnh, vết mổ không bị nhiễm trùng, chảy máu. Đánh giá ở thời điểm 4 tuần sau ghép xương bò khử protein vào mô dưới da thỏ, thu được kết quả sau:

- Các vết mổ đều đã liền sẹo, không có dấu hiệu nhiễm trùng, không tiết dịch, máu, không thấy hiện tượng đùn đẩy vật liệu ghép ra ngoài.

Tại vết mổ, lông đã mọc kín, đồng màu với lông toàn cơ thể.



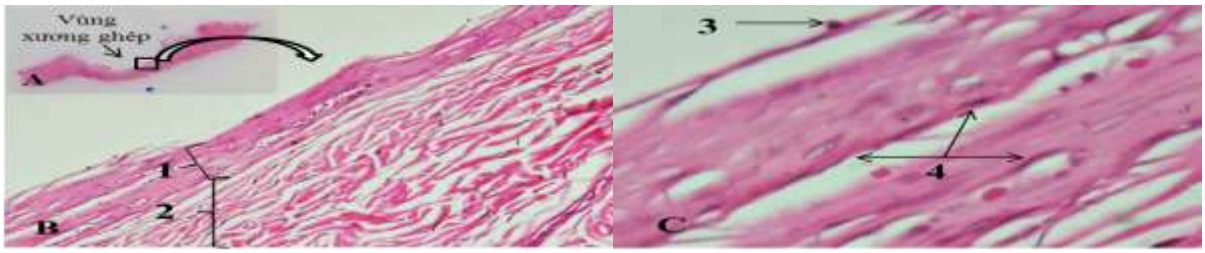
Hình 1. Mô dưới da quanh vị trí ghép mảnh xương khử protein bằng pepsin



Hình 2. Mô dưới da quanh vị trí ghép mảnh xương khử protein bằng NaClO

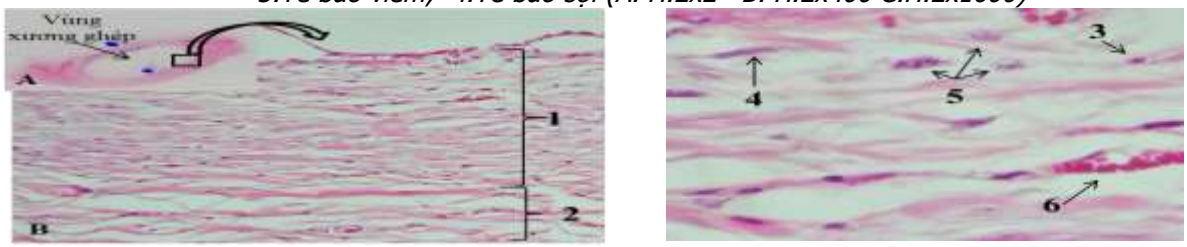
- Vùng mô dưới da được ghép vật liệu không thay đổi màu sắc, không sưng nề, vật liệu bám chặt vào mô xung quanh khó bóc tách (hình 1,2).

- Quan sát dưới kính hiển vi quang học tiêu bản mô dưới da thỏ tại vị trí ghép mảnh xương bò khử protein ta thấy: Tại vị trí tiếp xúc với các mảnh xương sau khử bằng hai phương pháp đều xuất hiện của một lớp mô liên kết sợi bao quanh vật liệu, trong đó, lớp mô liên kết sợi bao quanh mảnh ghép khử protein bằng NaClO dày hơn so với lớp mô liên kết sợi bao quanh mảnh ghép khử bằng pepsin. Vùng mô dưới da quanh vị trí ghép cả hai loại xương khử protein rất hiếm thấy tế bào viêm và không có hình ảnh mạch máu tân tạo. Trong vùng mô liên kết xơ bao quanh mảnh xương khử protein bằng pepsin, thành phần tế bào chủ yếu là tế bào sợi với nhân hình sợi, thẫm màu, hiếm thấy hình ảnh của nguyên bào sợi. Trong khi đó, vùng mô xơ bao quanh mảnh xương khử protein bằng NaClO có sự xuất hiện của nhiều nguyên bào sợi với nhân hình trứng, sáng màu (hình 3,4).



Hình 3. Vùng mô dưới da được ghép xương khử bằng pepsin (H.E)

1.Mô liên kết xơ bao quanh vật liệu; 2.Chân bì da;
3.Tế bào viêm; 4.Tế bào sợi (A. H.Ex2 B. H.Ex400 C.H.Ex1600)



Hình 4. Vùng mô dưới da được ghép xương khử bằng NaClO (H.E)

1. Mô liên kết xơ bao quanh vật liệu 2. Chân bì da 3. Tế bào viêm
4. Tế bào sợi 5. Nguyên bào sợi 6. Mạch máu (A. H.Ex2 B. H.Ex400 C. H.Ex1600)

Sau khi được cấy ghép, các mảnh ghép sẽ tương tác với hệ thống miễn dịch của cơ thể nhận mà kết quả là mảnh ghép được dung nạp hay bị thải loại. Phản ứng của cơ thể đối với vật liệu ghép bắt đầu bằng phản ứng viêm cấp tính với đặc trưng là sự xuất hiện của các bạch cầu đa nhân trung tính, lúc này, tại vị trí mảnh ghép sẽ có dấu hiệu sưng, nóng, đỏ, đau rõ. Sau đó là phản ứng viêm mạn tính, các tế bào đơn nhân như lympho bào, tương bào dần thay thế bạch cầu đa nhân. Nếu mô ghép được dung nạp, phản ứng viêm mạn tính sẽ tiến triển tới sự hình thành mô hạt với sự xuất hiện của các đại thực bào, các nguyên bào sợi và sự hình thành tân mạch.

Các nguyên bào sợi tích cực tổng hợp collagen và các thành phần của chất căn bản làm tiền đề cho sự xơ hóa. Cuối cùng là sự lành hóa vết thương, vị trí tổn thương do cấy ghép được thay thế bằng mô liên kết không viêm được bao phủ bởi một lớp thượng bì nguyên vẹn [4]. Theo Therin (1991), một vật liệu được coi là có tính tương đồng sinh học nếu sau cấy ghép 4 tuần vào cơ thể sống, các mô xung quanh không còn phản ứng viêm [5]. Như vậy, có thể sơ bộ đánh giá khả năng dung nạp của vật liệu tại thời điểm 4 tuần sau ghép thông qua đánh giá hình thái đại thể và vi thể tại vị trí ghép.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 4 tuần sau ghép xương, các vết mổ đều đã liền sẹo, không thấy dấu hiệu thải loại mảnh ghép. Hình ảnh vi thể tại thời điểm đánh giá cho thấy không có phản ứng viêm tại vùng ghép cả hai loại xương bò khử protein, chứng tỏ xương bò sau quá trình khử protein bằng pepsin hoặc NaClO đều có khả năng dung nạp tốt trên động vật thực nghiệm. Năm 2015, Lei và cộng sự đã tiến hành ghép xương bò khử protein bằng pesin vào tổn thương xương quay của thỏ thực nghiệm, ở thời điểm 4 tuần sau ghép quan sát thấy đã bắt đầu có sự tạo xương mới và rất hiếm thấy tế bào viêm trong vùng ghép [2].

Điều đáng chú ý là, tại thời điểm đánh giá, mặc dù lượng protein còn lại trong xương nhiều hơn, lớp mô liên kết xơ bao quanh mảnh xương khử protein bằng pepsin mỏng hơn lớp mô liên kết xơ bao quanh mảnh xương khử protein bằng NaClO. Trong vùng mô liên kết xơ quanh vị trí ghép mảnh xương khử protein bằng pepsin, thành phần tế bào chủ yếu là tế bào sợi, chứng tỏ sự tăng sinh xơ ở đây đã chậm lại. Trong khi đó, vùng mô xơ quanh vị trí ghép mảnh xương khử protein bằng NaClO có nhiều nguyên bào sợi, chứng tỏ quá trình tổng hợp các loại sợi ở đây vẫn đang diễn ra. Điều này chứng tỏ quá trình lành hóa vết thương tại vị trí ghép mảnh xương khử protein bằng pepsin diễn ra nhanh hơn so với quá trình lành hóa vết thương tại vùng ghép mảnh xương khử protein bằng NaClO.

Khử protein là bước không thể thiếu trong các quy trình xử lý vật liệu xương ghép dị loài nhằm loại bỏ các protein kháng nguyên gây ra đáp ứng miễn dịch thải ghép trên vật chủ. Mặc dù vậy, không phải tất cả các loại protein trong xương đều có khả năng kích thích đáp ứng miễn dịch. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, collgen – thành phần protein chủ yếu trong xương – không những không có tính kháng nguyên [6] mà còn kích thích quá trình hàn gắn tổn thương [7]. Quá trình lành hóa tại vị trí ghép các mảnh xương khử protein bằng NaClO chậm hơn so với vị trí ghép mẫu xương khử protein bằng pepsin có thể do NaClO đã loại bỏ gần như hoàn toàn protein trong xương, trong đó có cả những protein cấu trúc, đặc biệt là collagen. Những protein này không những không gây phản ứng miễn dịch mà còn thúc đẩy sự hàn gắn vết thương tại vị trí ghép. Hơn nữa, NaClO có thể cắt những mạch collagen "trơ" về mặt miễn dịch thành những đoạn peptid ngắn, có tính kháng nguyên, do đó, làm chậm quá trình hàn gắn tổn thương. Như vậy, có thể thấy, một quy trình khử protein lý tưởng không nhằm mục đích loại bỏ hoàn toàn protein trong mẫu, mà phải có khả năng loại bỏ những protein kháng nguyên gây thải ghép những vẫn giữ lại tối đa những protein có lợi cho quá trình hàn gắn tổn thương.

V. KẾT LUẬN

Mô dưới da quanh mảnh ghép xương khử bằng hai phương pháp đều không thấy hiện tượng thải loại (10/10 mẫu). Mô xơ tăng sinh, bao bọc quanh mảnh ghép, không thấy phản ứng viêm. Mặc dù lượng protein còn lại trong mẫu xương khử bằng NaClO ít hơn so với mẫu xương khử bằng pepsin, chiều dày lớp mô liên kết xơ và mật độ nguyên bào sợi trong vùng mô quanh mảnh ghép xương khử protein bằng NaClO lớn hơn so với vùng mô quanh mảnh ghép khử protein bằng pepsin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khan S.N, Cammisa FP. Jr, Sandhu H.S, et al.** (2005). "The biology of bone grafting". *J Am Acad Orthop Surg*, 13(1), 77-86.
2. **Lei P, Sun R, Wang L, et al.** (2015**).** "A New Method for Xenogeneic Bone Graft Deproteinization: Comparative Study of Radius Defects in a Rabbit Model". *PLoS One*, 2015. 10(12), 235-266.
3. **Chen P.Y, Toroian D, Price P.A, et al**. (2011). "Minerals form a continuum phase in mature cancellous bone". *Calcif Tissue Int*, 88(5), 351-361.
4. **Anderson J.M, Rodriguez A, Chang D.T** (2008). "Foreign body reaction to biomaterials". *Semin Immunol*, 20(2), 86-100.
5. **Therin M, Christel P, Meunier A** (1994). "Analysis of the general features of the soft tissue response to some metals and ceramics using quantitative histomorphometry". *J Biomed Mater Res*, 28(11), 67-76
6. **Wagner- Ecker M, Voltz P, Egermann M, et al.** (2013). "The collagen component of biological bone graft substitutes promotes ectopic bone formation by human mesenchymal stem cells". *Acta Biomater*, 9(7), 298-307.
7. **DeLustro F, Dasch J, Keefe J, et al**. (1990). "Immune responses to allogeneic and xenogeneic

implants of collagen and collagen derivatives". *Clin Orthop Relat Res*, 19(2), 79-112.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, MỘT SỐ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN COPD GIAI ĐOẠN ỔN ĐỊNH

Cao Thị Mỹ Thúy*, Đồng Khắc Hưng, Nguyễn Văn Thành*****

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định đặc điểm lâm sàng, một số cận lâm sàng của bệnh nhân COPD ổn định theo phân loại A-D của GOLD 2017 và nguy cơ đợt cấp. **Đối tượng:** 112 bệnh nhân COPD giai đoạn ổn định, được quản lý điều trị tại PK Hô hấp – BVĐKTW Cần Thơ. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. Ghi nhận các thông tin lâm sàng, đo chức năng thông khí phổi, đo FeNO, xét nghiệm Eosinophil máu, CRP, cấy định lượng vi khuẩn đờm. **Kết quả:** Bệnh nhân nghiên cứu gồm 98,2% nam, 1,8% nữ , tuổi trung bình là 69,5 (8,9), đa số ở GOLD 2 (50,9%), GOLD 3 (31,2%) và nhóm D (43%). Bệnh nhân có cả triệu chứng ho, khạc đờm và khó thở mạn tính chiếm 82,1%. CAT tương quan với triệu chứng lâm sàng hô hấp và phân nhóm A-D (p<0,01). FeNO và Eosinophil máu tương quan với phân nhóm A-D và nhiều đợt cấp (p<0.01). Tỷ lệ phân lập vi khuẩn đờm 83,9%, không liên quan với CRP, nhiều đợt cấp và phân nhóm A-D. **Kết luận:** Triệu chứng hô hấp ảnh hưởng đến tình trạng sức khoẻ của bệnh nhân COPD. Bộ câu hỏi CAT nên được sử dụng thường qui trong phân nhóm A-D. FeNO, Eosinophil máu có thể giúp xác định kiểu hình điều trị COPD. Tần suất phân lập vi khuẩn ở đường hô hấp dưới của bệnh nhân COPD ổn định khá cao và cần nghiên cứu thêm.

SUMMARY

CLINICAL, SOME LABORATORY TEST CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH STABLE COPD

Objective: Determine the clinical characteristics, some laboratory tests of patients with stable COPD according the A-D classification of GOLD 2017 and the risk of exacerbations. **Subjects**: 112 patients with stable COPD who are managed in Respiratory Clinic – Can Tho National General Hospital. **Method:** Cross sectional description. Noted clinical information, spirometry, FeNO, blood eosinophil, CRP, sputum culture. **Results:** There are 98.2% male, 1.8% female, the average age is 69.5 (8.9), the majority of patients is GOLD 2 (50.9%), GOLD 3 (31.2%) and group D (43%). Patients with chronic cough, sputum and dyspnea accounted for 82.1%. CAT correlate with respiratory clinical symptoms and A-D subgroup (p <0.01). FeNO and blood Eosinophil correlate with A-D subgroup and frequent exacerbations (p <0.01). The rate of sputum bacterium isolates was 83.9%, uncorrelate to CRP, exacerbations, and A-D subgroup. **Conclusion:** Respiratory symptoms affect the health status of COPD patients. The CAT questionnaire should be used routinely in the A-D classification. FeNO, Eosinophil blood can help identify the phenotype of COPD that improve treatment. The prevalence of bacterial isolation in the lower respiratory of COPD patients is quite high and requires further study.

*BV Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ
**Học Viện Quân y
***BV Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ
Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Mỹ Thúy
Email: bscaothimythuy@gmail.com
Ngày nhận bài: 1.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 28.9.2017
Ngày duyệt bài: 3.10.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) đang là một trong các nguyên nhân dẫn đầu về bệnh tật và tử vong trên phạm vi toàn cầu. COPD ngày càng được nhận biết là một bệnh không đồng nhất và phức tạp. Chức năng thông khí phổi xác định sự giới hạn luồng khí nhưng không phản ánh đầy đủ các đặc điểm lâm sàng, bệnh học và tiên lượng COPD. Tài liệu GOLD 2017 đã đưa chức năng thông khí phổi ra khỏi phân nhóm A-D [7]. Việc phân nhóm hay phân các kiểu hình COPD nhằm cải thiện hiệu quả điều trị, hướng tới cá thể hoá trong điều trị COPD. Các phân nhóm hay kiểu hình xác định sự khác nhau giữa các bệnh nhân COPD và liên quan với các kết cục có ý nghĩa lâm sàng, như triệu chứng, đợt cấp, tốc độ tiến triển hay tử vong và đáp ứng với điều trị: *Mục tiêu của nghiên cứu là xác định các đặc điểm lâm sang và một số cận lâm sang của bệnh nhân COPD ổn định theo phân loại A-D của GOLD 2017 và nguy cơ đợt cấp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu được chọn lựa qua các bước: tầm soát từ truy xuất hồ sơ quản lý COPD tại Phòng khám Hô hấp BVĐKTW Cần Thơ; sàng lọc các hồ sơ đủ tiêu chuẩn chẩn đoán COPD và địa chỉ liên lạc thuận lợi; tái khám để tuyển chọn; chọn đối tượng nghiên cứu. Số bệnh nhân chính thức được chọn vào nghiên cứu là 112 bệnh nhân. Tiêu chuẩn chẩn đoán COPD theo GOLD 2017 [7]. Nghiên cứu loại trừ các bệnh nhân được chẩn đoán hen phế quản, lao phổi đã điều trị còn hình ảnh bất thường trên Xquang ngực, u phổi, dãn phế quản, tiền căn phẫu thuật ở phổi, tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi, bệnh nhân không hợp tác đo chức năng thông khí phổi và không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

-Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

-Ghi nhận các thông tin lâm sàng dựa vào lời khai bệnh nhân và thông tin lưu trên bệnh án quản lý: tuổi, giới, tình trạng hút thuốc lá (*tính bằng* số gói –năm), số đợt cấp trong 12 tháng qua, chỉ số BMI, mức độ khó thở theo MRC, bộ câu hỏi đánh giá COPD (CAT). Phân nhóm bệnh nhân ABCD theo GOLD 2017. Định nghĩa đợt cấp và xác định bệnh nhân ít hay nhiều đợt cấp theo GOLD 2017 [7]. Triệu chứng lâm sàng hô hấp bao gồm: Ho và khạc đờm mạn tính (trả lời có khi được hỏi có ho và khạc đờm thường xuyên tổng thời gian ít nhất 3 tháng trong ít nhất 2 năm liên tiếp hay không?), khó thở mạn tính (trả lời có khi được hỏi có cảm giác mệt hay thiếu thở không tương quan tới gắng sức, không thành cơn, kéo dài trong ít nhất 4 tuần. Triệu chứng được chia thành 3 nhóm và số hoá khi phân tích: ho và/hoặc khạc đờm mạn tính (nhóm 1) (1 điểm), khó thở mạn tính (nhóm 2) (2 điểm), ho-khạc đờm và khó thở mạn tính (nhóm 3) (3 điểm).

-Phương pháp đo chức năng thông khí phổi: Sử dụng máy KoKo – Spirometer (nSpire Health, Mỹ). Đo trước và sau dùng thuốc dãn phế quản 15 phút với salbutamol 400 µg (Ventolin) qua buồng đệm. Kỹ thuật đo theo tiêu chuẩn ATS/ERS [4]. Chẩn đoán COPD được xác định khi tỉ số $FEV_1/FVC < 0.7$ sau dùng thuốc dãn phế quản. Phân mức độ giới hạn luồng khí theo GOLD 2017, dựa trên giá trị FEV_1 % giá trị dự đoán sau dãn phế quản [7].

-Phương pháp đo nồng độ Nitric Oxide trong khí thở ra: Sử dụng máy NIOX MINO (Aerocrine AG, Thuỵ Điển). Đây là một dụng cụ xác định nồng độ FeNO dựa vào bộ phận cảm biến điện hoá. Kỹ thuật đo theo tiêu chuẩn của ATS/ERS [2]. Bệnh nhân ngồi thẳng, không cần kẹp mũi. Đầu tiên thở ra hết khí trong phổi, sau đó ngậm miệng với ống ngậm nối với máy và hít vào thật sâu đến tổng dung lượng phổi, rồi thở ra trong10 giây với áp lực thở ra 10 – 20 cmH2O và giữ tốc độ lưu lượng ổn định ở mức 50· 5 mL/s. Bộ phận cảm biến đã được định chuẩn của máy sẽ đánh giá khí thở ra trong 3 giây cuối và biểu hiện kết quả là nồng độ riêng phần, một phần tỷ (ppb). Bệnh nhân được đo ít nhất 2 lần và tối đa 8 lần. Kết quả 2 lần đo đạt khi thay đổi giữa 2 lần đo không quá 2,5 ppb nếu FeNO < 50 ppb, hoặc không quá 5ppb nếu FeNO ≥ 50 ppb. Giá trị cao nhất sẽ được máy ghi nhận kết quả.

- Phương pháp xét nghiệm vi sinh: Tất cả bệnh nhân đều được xác nhận không sử dụng kháng sinh vì bất cứ lý do gì trong 72 giờ trước đó. Bệnh phẩm xét nghiệm là đờm (hoặc dịch tiết). Bệnh nhân được hướng dẫn và súc miệng bằng nước muối sinh lý vô trùng trước khi khạc. Nếu bệnh phẩm nghi ngờ không phải dịch tiết từ đường hô hấp dưới, bệnh nhân sẽ được khí dung bằng 5mL nước muối ưu trương 3% sau đó được yêu cầu khạc lại. Bệnh phẩm khạc được đựng trong cốc vô trùng chuyên dụng (sử dụng 1 lần), bảo quản trong thùng lạnh 4^0C và được chuyển ngay tới phòng xét nghiệm vi sinh (bộ môn vi sinh y học, trường Đại học Y-Dược Cần Thơ). Quy trình xét nghiệm, nhận định kết quả được thống nhất với bác sỹ chuyên khoa vi sinh và thực hiện trong suốt quá trình lấy số liệu. Chỉ xét nghiệm các mẩu đờm tin cậy hoặc tin cậy vừa theo tiêu chuẩn Barlett. Xét nghiệm cấy định lượng sẽ theo hướng xác định loại vi khuẩn chiếm ưu thế có trên tiêu bản. Kiểm chứng ngẫu nhiên 5 kết quả bằng cách gửi kiểm chứng định danh vi khuẩn bằng phương pháp PCR tại phòng xét nghiệm vi sinh, công ty Nam khoa Biotek (thành phố Hồ Chí Minh). Kết quả phải đạt phù hợp.

-Xét nghiệm Eosinophil máu, CRP được thực hiện như quy trình thường quy tại bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu: Có 112 bệnh nhân được tuyển vào nghiên cứu. Đặc điểm dân số học (giới tuổi) và đặc điểm bệnh học được thể hiện bằng bảng 3.1.

Bảng 3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân	Số liệu
Giới (N, %): - Nam - Nữ	110 (98,2) 2 (1,8)
Tuổi (năm): - Cao nhất: - Thấp nhất: - Trung bình (SD)	90 50 69,5 (8,9)
Tình trạng hút thuốc lá hoặc đã hút: Số gói – năm trung bình (SD)	33,4 (10,7)
Triệu chứng lâm sàng hô hấp (N,%): - Ho và/hoặc khạc đờm mạn tính (nhóm 1)	 5 (4,5)

- Khó thở mạn tính (nhóm 2) - Ho, khạc đờm và khó thở mạn tính (nhóm 3)	15 (13,4) 92 (82,1)
BMI: - Cao nhất - Thấp nhất - Trung bình (SD)	28,7 14,1 20,3 (3,3)
Điểm MRC: Trung bình (SD)	1,88 (0,93)
Điểm CAT: Trung bình (SD)	14,23 (6,26)
Số đợt cấp trong 12 tháng trước: Trung bình (SD)	1,88 (0,93)
Phân nhóm bệnh theo GOLD (A,B,C,D) (N, %):- Nhóm A: - Nhóm B: - Nhóm C: - Nhóm D:	14 (12,5) 25 (22,3) 26 (23,2) 47 (43,0)
Mức độ giới hạn luồng khí (N,%): - GOLD 1 - GOLD 2 - GOLD 3 - GOLD 4	14 (12,5) 57 (50,9) 35 (31,2) 6 (5,4)

Viết tắt: TB: trung bình; SD: Độ lệch chuẩn; BMI: Chỉ số khối cơ thể (body mass index), MRC: Độ khó thở theo Hội đồng nghiên cứu y khoa Anh (Medical Research Council), CAT: Bộ câu hỏi đánh giá COPD (COPD Assessment Test).

3.2. Tương quan giữa đặc điểm lâm sàng và phân nhóm A-D theo GOLD:

Bảng 3.2. Tương quan giữa tiền sử hút thuốc lá, BMI, số đợt cấp, điểm MRC, CAT với phân nhóm bệnh nhân theo GOLD

Biến số so sánh		Phân nhóm bệnh nhân theo GOLD
Hút thuốc lá:	- Hệ số tương quan (PPC): - Giá trị p:	0,173 0,068
BMI:	- Hệ số tương quan (PPC): - Giá trị p:	-0,045 0,063
Triệu chứng hô hấp:	- Hệ số tương quan (PPC): - Giá trị p:	0,076 0,42
Điểm MRC:	- Hệ số tương quan (PPC): - Giá trị p:	0,22 0,2
Số đợt cấp trong 12 tháng trước:	- Hệ số tương quan (PPC): - Giá trị p:	0,69 (**) 0,0001
Điểm CAT:	- Hệ số tương quan (PPC): - Giá trị p:	0,31(*) 0,001

Viết tắt: PCC: hệ số tương quan (spearman correlation coefficient, PCC)

(*). Tương quan ý nghĩa ở ngưỡng 0.05 (2-tailed).

(**). Tương quan ý nghĩa ở ngưỡng 0.01 level (2-tailed).

Nhận xét: Số đợt cấp trong 12 tháng và điểm CAT tương quan ý nghĩa với phân nhóm bệnh nhân A-D theo GOLD.

3.3. Phân tích tương quan giữa triệu chứng lâm sàng hô hấp giá trị FEV_1 và CAT:

Bảng 3.3. Tương quan giữa triệu chứng lâm sàng hô hấp với CAT, FEV1

Biến số tương quan	Điểm CAT	Giá trị FEV_1
Triệu chứng lâm sàng hô hấp đã lượng hóa	PCC: 0.229 Giá trị p: 0.008(***)	PCC: -0,087 Giá trị p: 0,36

(***) Tương quan ý nghĩa ở ngưỡng <0.01

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng hô hấp đã lượng hóa có tương quan với CAT.

3.4. Tương quan giữa các dấu ấn sinh học với FEV1 và phân nhóm A-D:

Bảng 3.4. Giá trị các dấu ấn sinh học (F_eNO, CRP và bạch cầu ái toan máu), kết quả phân lập vi khuẩn và tương quan với phân nhóm A-D

Dấu ấn sinh học	Tương quan với FEV1	Tương quan với phân nhóm A-D
Giá trị CRP (mg/dl): - Trung bình (SD): 0,59 (0,92) - Giá trị thấp nhất: 0,01 - Giá trị cao nhất: 5,7	PCC: 0.134 p: 0.160	PCC: -0.024 Giá trị p: .802

FeNO (ppb): - Trung bình (SD): 20,47 (10,7) - Giá trị thấp nhất: 5,0 - Giá trị cao nhất: 56,0	PCC: 0.053 p: 0.579	PCC: 0.469** Giá trị p: 0.000
Tỷ lệ BCAT máu (%): - Trung bình (SD): 3,7 (3,2) - Giá trị thấp nhất: 0,001 - Giá trị cao nhất: 16,4	PCC: 0.069 p: 0.470	PCC: 0.521** Giá trị p: 0.000

Viết tắt: FeNO (phân suất NO trong khí thở ra: Exhaled nitric oxide); CRP (protein C hoạt tính: C reactive protein); BCAT (bạch cầu ái toan máu); ppb (đơn vị tính số lượng FeNO trong khí thở ra: parts per billion), (**)Tương quan ý nghĩa ở ngưỡng <0.01

Nhận xét: Nồng độ FeNO và BCAT máu tương quan có ý nghĩa với phân nhóm A-D.

3.5. Kết quả phân lập vi khuẩn trong đờm và tương quan với CRP, FEV1, phân nhóm A-D:

Bảng 3.5. Kết quả phân lập vi khuẩn trong đờm và liên quan với giá trị CRP, FEV1, phân nhóm A-D

Biến số tương quan	CRP	FEV1	Phân nhóm ABCD
Kết quả phân lập vi khuẩn - ≥ 10^3 cfu/mL: 94 (83,9) - < 10^3/mL: 18 (16,1)	- PCC: 0,122 - p: 0,2	- PCC: -0.008 - p:0.467	-PCC:-0.136 - p:0.153

Nhận xét: Không thấy sự tương quan giữa kết quả phân lập vi khuẩn trong đờm với CRP, FEV1 và phân nhóm A-D theo GOLD (p>0.05).

3.6. Tương quan giữa một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng với tính chất nhiều đợt cấp:

Bảng 3.6. Tương quan giữa một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng với tính chất nhiều đợt cấp.

Các yếu tố phân tích	Tương quan với tính chất nhiều đợt cấp
Tuổi	PCC: 0,133 Giá trị p: 0,16
Triệu chứng lâm sàng hô hấp	PCC: 0,057 Giá trị p: 0,54
Giá trị FEV_1	PCC: 0,006 Giá trị p: 0,95
BCAT máu	PCC: 0,767 (**) Giá trị p: 0,0001
FeNO	PCC: 0,719 (**) Giá trị p: 0,0001
CRP	PCC: 0,024 Giá trị p: 0,8
Kết quả phân lập vi khuẩn đờm	PCC: 0,003 Giá trị p: 0,97

(**). Tương quan ý nghĩa ở ngưỡng < 0.01.

Nhận xét: BCAT máu, FeNO tương quan có ý nghĩa với tính chất nhiều đợt cấp.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh nhân nghiên cứu đa số là nam giới (98,2%), tuổi trung bình là 69,5 (8,9). Mức giới hạn luồng khí đa số ở mức trung bình và nặng (GOLD 2, GOLD 3) lần lượt là 50,9% và 30,2%. Phân nhóm theo GOLD, có cả 4 nhóm A,B,C,D. Trong đó nhiều nhất là nhóm D, chiếm 43,0%. Về triệu chứng lâm sàng hô hấp, đa số bệnh nhân có cả hai triệu chứng ho, khạc đờm và khó thở mạn tính, chiếm tỉ lệ 82.1%. Các đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu này tương tự với kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Hồng [1]. Triệu chứng hô hấp được lượng hoá có tương quan với điểm CAT (p<0.01), nhưng không tương quan với giá trị FEV1 và phân nhóm A-D theo GOLD (p>0.05). Các triệu chứng COPD liên quan với suy giảm chất lượng cuộc sống, tình trạng sức khoẻ chung và tiên lượng của bệnh nhân [5].

Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng, phân nhóm A-D theo GOLD có tương quan với số đợt cấp trong 12 tháng trước (p<0,001), điểm CAT (p<0,01) và không tương quan với điểm MRC. Bảng câu hỏi CAT đánh giá tác động của các triệu chứng lên tình trạng sức khoẻ chung của bệnh nhân COPD, trong khi thang điểm MRC chỉ đánh giá mức độ khó thở. Nghiên cứu của Huang cũng nhận định không có sự tương đồng giữa ACT và MRC trong phân nhóm bệnh nhân COPD theo GOLD [3].

Các dấu ấn sinh học phản ánh tình trạng viêm tại chỗ và toàn thân có vai trò trong việc tiên lượng và phân nhóm điều trị. Theo kết quả nghiên cứu, nồng độ FeNO và % BCAT máu có liên quan với phân nhóm A-D, nhiều đợt cấp nhưng không liên quan với FEV1. Các bệnh nhân COPD có nhiều đợt cấp và tăng BCAT máu được khuyến cáo điều trị Corticosteroid hít [7]. Nồng độ CRP không liên quan với cả phân nhóm A-D và FEV1. Kết quả này khác với ghi nhận từ y văn.

Tỷ lệ phân lập được vi khuẩn trong đờm với ngưỡng ≥ 10^3 CFU/ml trong nghiên cứu là 83,9%. Không có tương quan giữa kết quả phân lập vi khuẩn đờm với nồng độ CRP, FEV1 và phân nhóm bệnh nhân theo GOLD. Nghiên cứu của Singh cũng cho thấy không có tương quan

giữa kết quả phân lập vi khuẩn và CRP nhưng có tương quan với các dấu ấn viêm tại chỗ khác [6].

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng hô hấp có liên quan với tình trạng sức khoẻ của bệnh nhân COPD. Việc phân nhóm A-D theo GOLD 2017 tương quan với số đợt cấp và CAT. Trong thực hành, bảng câu hỏi CAT nên được áp dụng thường qui để phân nhóm và đánh giá tình trạng sức khoẻ của bệnh nhân được toàn diện hơn. Có thể sử dụng các dấu ấn sinh học như FeNO, BCAT máu để phân kiểu hình điều trị COPD. Tần suất phân lập được vi khuẩn ở đường hô hấp dưới của bệnh nhân COPD khá cao, tuy nhiên không xác định có mối liên quan với tình trạng viêm, mức độ giới hạn luồng khí trong nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Thị Hồng** (2013), Nghiên cứu áp dụng phân loại mức độ nặng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo GOLD 2011 tại phòng khám quản lý bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
2. **ATS/ERS** recommendations for standardized procedures for the online and offline measurement of exhaled lower respiratory nitric oxide and nasal nitric oxide (2005), Am. J. Respir. Crit. Care Med. 171 (8) 912–930.
3. **Huang C, Wu1 MF, Chen HC , et al** (2015). Features of COPD patients by comparing CAT with mMRC: a retrospective, cross-sectional study Wei-. npj Primary Care Respiratory Medicine 25, 15063.
4. **Miller MR, Hankinson J, Brusasco V, Burgos F, and et al (2005).** Series "ATS/ERS task force: Standardisation of lung Function testing". Standardisation of spirometry. Eur Respir J ; 26: 319–33.
5. **Miravitlles M, Ribera A** (2017). Understanding the impact of symptoms on the burden of COPD. Miravitlles and Ribera Respiratory Research 18:67.
6. **Singh R, Mackay AJ, Patel ARC, et al** (2014). Inflammatory thresholds and the species-specific effects of colonising bacteria in stable chronic obstructive pulmonary disease. Respiratory Research, 15:114.
7. **The global stragtey for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (GOLD)** (2017). available at: www.goldcopd.com

THỰC TRẠNG VÀ NHU CẦU PHÁT TRIỂN NGUỒN NHÂN LỰC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC GIANG ĐẾN NĂM 2020

Nguyễn Danh Song[1], Nguyễn Minh Tuấn[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nguồn nhân lực là yếu tố rất quan trọng cho duy trì và phát triển bệnh viện. Bệnh viện đa khoa (BVĐK) tỉnh Bắc Giang đã xây dựng kế hoạch thực hiện TT 08/2007/TTLT-BYT-BNV đến năm 2020 về phát triển nguồn nhân lực đủ điều kiện cho đáp ứng nhiệm vụ. ***Mục tiêu***: Mô tả thực trạng nhân lực của BVĐK tỉnh Bắc Giang giai đoạn từ năm 2011 đến 2015 và xác định nhu cầu phát triển nguồn nhân lực của BVĐK tỉnh Bắc Giang đến năm 2020. ***Đối tượng và phương pháp***: nghiên cứu mô tả cắt ngang hồ sơ cán bộ tại BVĐK tỉnh Bắc Giang từ tháng 1 năm 2011 đến tháng 12 năm 2015. ***Kết quả***: nguồn nhân lực còn thiếu về số lượng: tỷ số CBYT/GB năm 2011 là 1,11; năm 2015 0,94 (còn thiếu 320 cán bộ); cơ cấu nhân lực chưa hợp lý: khối lâm sàng cao (68,5%), khối cận lâm sàng (18,3%), hành chính (13,2%) thấp hơn quy định. Nhu cầu nhân lực đến năm 2020 là 1.120 CBYT (1,4 CBYT/1GB), nhân lực cần bổ sung từ năm 2016 - 2020 là 512 CBYT (32 BS, 5 DSĐH, 14 DSTH, 406 ĐD- KTV- HS, 55 chức danh cho khối quản lý hành chính.

Từ khóa: nhân lực, cán bộ y tế, bệnh viện đa khoa, tuyến tỉnh, Bắc Giang.

[1]*Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang*
[2]*Trường CĐYT Thái Nguyên*
Chịu trách nhiệm chính:
Email: bssongbinh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 25.9.2017
Ngày duyệt bài: 3.10.2017

SUMMARY

FACTS AND NEEDS FOR DEVELOPING HUMAN RESOURCE IN BAC GIANG PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL TO YEAR 2020

Background: Human resources is a very important factor for maintaining and developing the hospital. At the Bac Giang Provincial General Hospital, the plan for taking the regulation number 08/2007 / TTLT-BYT-BNV to 2020 for the development of qualified human resources in Healthcare. ***Aims:*** To describe the current situation of human resources in Bac Giang General Hospital from 2011 to 2015 and to propose orientations for human resource development according to regulation No. 08/2007 / TTLT-BYT-BNV to 2020. ***Subjects and methods:*** a cross-sectional descriptive study of staff records at Bac Giang General Hospital from January 2011 to December 2015. ***Results:*** human resources are lacking: the ratio of health workers/beds in 2011 was 1.11; in 2015 was 0.9 (lacked of 320 staffs); The structure of human resources is not reasonable: high percentage in clinical (68.5%), subclinical was low (18.3%), administrative (13.2%) lower than regulation. Human resources needs in 2020 are 1,120 health workers (1.4 staff/1 ward); The

human resources to be supplemented from 2016 to 2020 are 512 health workers (32 doctors, 5 pharmacists, 14 pharmacial workers, 406 inclusive of nurses, Labo workers, midwives, 55 persons for administration.

Keywords: human resources; the provincial hospital; Bac Giang

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Để nâng cao chất lượng chăm sóc và phục vụ người bệnh thì nguồn nhân lực y tế đóng một vai trò hết sức quan trọng. Thế nhưng nguồn nhân lực y tế toàn cầu và nước ta vẫn còn đang thiếu cả về số lượng và chất lượng, cơ cấu nhân lực đang mất cân đối theo ngành đào tạo và theo tuyến, mặt khác công tác đào tạo và sử dụng cán bộ chưa hợp lý, chính sách chế độ đãi ngộ, thu hút với cán bộ y tế chưa thỏa đáng. Các nước Đông - Nam Á có tổng số 7.040.000 cán bộ y tế (CBYT), tỷ lệ chung cả khu vực là 5 BS/10.000 dân, trong đó ở Việt Nam có 6,7 BS; Philippin có 12 BS; Malaysia có 7 BS; Lào có 4 BS [5]. Trước tình hình đó Bộ Y tế đã ban hành Quyết định 2992/2015/QĐ-BYT phê duyệt "Kế *hoạch phát triển nhân lực trong hệ thống khám bệnh chữa bệnh giai đoạn 2015-2020*", theo đó đến năm 2020, hệ thống Bệnh viện trên toàn quốc cần phải bổ sung thêm khoảng 313136 CBYT[3]. Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang là bệnh viện hạng I, với quy mô 700 giường bệnh và 37 khoa phòng. Hàng năm bệnh viện tiếp nhận khám cho trên 200 nghìn lượt người và điều trị nội trú trên 35 nghìn lượt người bệnh theo phân tuyến của bệnh điều trị hạng I của Bộ Y tế. Để góp phần thực hiện tốt việc quy hoạch phát triển nhân lực y tế của BVĐK tỉnh Bắc Giang đến năm 2020, đề tài được tiến hành nhằm mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng nhân lực của BVĐK tỉnh Bắc Giang giai đoạn từ năm 2011 đến 2015.

2. Xác định nhu cầu phát triển nguồn nhân lực của Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang đến năm 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu: Hồ sơ cán bộ, thông tin về nhân lực của Bệnh viện lưu trữ tại phòng Tổ chức cán bộ - BVĐK tỉnh Bắc Giang từ tháng 1 năm 2011 đến tháng 12 năm 2015.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang.
- Phương pháp thu thập số liệu: hồi cứu thông tin theo từng năm về số giường bệnh, cơ cấu tổ chức, thông tin về số lượng cán bộ, nhân lực theo trình độ chuyên môn, nhân lực theo ngạch viên chức, tổng số CBVC nghỉ hưu trong năm, tổng số CBVC được cử đi đào tạo trong năm, tổng số CBVC tuyển dụng mới trong năm.
- Phương pháp đánh giá: số lượng và cơ cấu nhân lực theo qui định tại Thông tư 08/ 2007/TTLT/ BYT-BNV ngày 05/6/2007 giữa liên Bộ Y tế và Bộ Nội vụ [2].
- Xác định nhu cầu nhân lực cần bổ sung = nhu cầu nhân lực theo kế hoạch + nhân lực nghỉ hưu - nhân lực hiện tại.

3. Phương pháp xử lý số liệu: phân tích trên phần mềm SPSS 18.0 với các thuật toán thống kê mô tả.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Cơ cấu nhân lực theo bộ phận chuyên môn của BVĐK tỉnh Bắc Giang

Bộ phận	Năm 2011	Năm 2012	Năm 2013	Năm 2014	Năm 2015	Tỉ lệ chung(%)
	SL(%)	SL(%)	SL(%)	SL(%)	SL(%)	
Lâm sàng	421 (68,9)	431(68,4)	441 (68,2)	465 (69,4)	446 (67,6)	68,5
Cận lâm sàng	112 (18,3)	116 (18,4)	117 (18,1)	120 (17,9)	124 (18,8)	18,3
Hành chính	78 (12,8)	83 (13,2)	89 (13,8)	85 (12,7)	90 (13,6)	13,2
Tổng	**611 (100)**	**630 (100)**	**647 (100)**	**670 (100)**	**660 (100)**	**100**

Kết quả bảng 1 cho thấy cơ cấu nhân lực theo bộ phận chuyên môn của BVĐK tỉnh Bắc Giang chưa hợp lý: cán bộ làm việc ở khối Lâm sàng chiếm 68,5%, cao hơn so với quy định của TT 08. Cán bộ khối Cận lâm sàng và Hành chính chiếm 13,2% và 18,3%, thấp hơn quy định của TT 08/2007/TTLT-BYT-BNV.

Bảng 2. Cơ cấu nhân lực theo giường bệnh

Năm	Nhân lực của bệnh viện/giường bệnh		Nhân lực theo TT 08/ giường bệnh (tuyến 2)		Nhân lực thiếu so qui định TT 08	
	SL	Tỷ lệ	SL	Tỷ lệ	SL	Tỷ lệ
2011	611/550	1,11	770/550	1,4	159/550	0,29
2012	630/550	1,15	770/550	1,4	140/550	0,25
2013	647/600	1,08	840/600	1,4	193/600	0,32
2014	670/650	1,03	910/650	1,4	240/650	0,37

2015	660/700	0,94	980/700	1,4	320/700	0,46

Kết quả bảng 2 cho thấy, tỷ lệ CBYT/ GB rất thấp so với quy định của TT 08. Tỷ lệ thấp nhất là 0,94 CBYT/01GB năm 2015, tiếp theo là 1,03 CBYT/GB năm 2014.

Bảng 3. Cơ cấu nhân lực theo chức danh chuyên môn

Cơ cấu chuyên môn	Năm 2011	Năm 2012	Năm 2013	Năm 2014	Năm2015	Tỷ lệ theo TT 08
	SL(tỷ lệ)	SL(tỷ lệ)	SL(tỷ lệ)	SL(tỷ lệ)	SL(tỷ lệ)	
Bác sỹ/ĐD, KTV, HS	154/329 (1/2,1)	160/335 (1/2,1)	174/340 (1/1,9)	184/360 (1/1,9)	185/350 (1/1,9)	1/3-1/3.5
Dược sỹ ĐH/ Bác sỹ	7/154 (1/22)	8/160 (1/20)	8/174 (1/21,8)	10/184 (1/18,4)	10/185 (1/18,5)	1/8-1/15
Dược sỹ ĐH/ DSTH	7/28 (1/4)	8/26 (1/3,3)	8/25 (1/3,1)	10/24 (1/2,4)	10/25 (1/2,5)	1/2-1/2.5

Kết quả bảng 3 cho thấy, cơ cấu nhân lực của bệnh viện theo các chức danh chuyên môn đã được điều chỉnh hợp lý dần qua các năm. Đến năm 2015 đã gần đạt tỷ lệ yêu cầu của TT 08/2007/TT-BYT, tỷ lệ chưa đạt là BS/ĐD, KTV, HS.

Bảng 4. Số lượng nhân lực cần bổ sung theo cơ cấu bộ phận việc làm đến năm 2020

Bộ phận	Năm 2020 theo TT 08 (1)	Nghỉ hưu đến năm 2020 (2)	Hiện trạng năm 2015 (3)	Bổ sung đến năm 2020 (4=1+2-3)
Hành chính	202	09	90	121
Cận lâm sàng	212	14	124	102
Lâm sàng	706	29	446	289
Tổng	**1120**	**52**	**660**	**512**

Kết quả bảng 4 cho thấy, số nhân lực cần bổ sung tại các bộ phận trong bệnh viện đến năm 2020 là 512 cán bộ, trong đó khối Quản lý - hành chính cần 121 CBVC, khối Cận lâm sàng cần 102 CBVC, khối Lâm sàng cần 289 CBVC.

Bảng 5. Nhu cầu nhân lực theo chức danh chuyên môn cần bổ sung đến năm 2020

Chức danh chuyên môn	Kế hoạch 2016 - 2020 (1)	Nghỉ hưu đến 2020 (2)	Hiện trạng năm 2015 (3)	Bổ sung đến năm 2020 (4=1+2-3)
Bác sỹ	210	7	185	32
Dược sĩ đại học	14	1	10	5
Dược sĩ trung học	35	4	25	14
ĐD, KTV, HS	735	21	350	406
Chức danh khác	126	19	90	55
Tổng	**1120**	**52**	**660**	**512**

Kết quả bảng 5 cho thấy, đến năm 2020 bệnh viện cần bổ sung thêm 32 bác sĩ, 5 dược sĩ đại học, 14 dược sĩ trung học và 406 điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên và 55 CBVC chức danh khác.

IV. BÀN LUẬN

1. Thực trạng nhân lực Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang: Số lượng nhân lực của BVĐK tỉnh Bắc Giang có xu hướng tăng dần theo thời gian, năm 2011 Bệnh viện mới chỉ có 611 CBYT, nhưng đến năm 2015 con số này đã tăng lên đến 660 CBYT (Bảng 1). Tuy nhiên, qua nghiên cứu, chúng tôi thấy tỷ lệ CBYT/GB của BVĐK tỉnh Bắc Giang còn thiếu, chỉ đạt 0,94 CBYT/GB năm 2015 (Bảng 2), tỉ số này thấp hơn nhiều so với các Bệnh viện khác và TT 08/2007/TTLT-BYT-BNV ngày 05/6/2007 của Bộ Y tế - Bộ Nội vụ, mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước quy định cho bệnh viện hạng I là 1,4 - 1,45 [2].

Tỷ lệ chức danh BS/ĐD, NHS, KTV của bệnh viện từ năm 2011 đến 2015 dao động từ 1/1,9 đến 1/2,1 (Bảng 3) và chưa đạt mức quy định tại TT 08 của BYT [2], thấp hơn tỷ lệ chung 1 BS/2,6 ĐD, NHS, KTV của các bệnh viện tuyến tỉnh trên toàn quốc [4]. Kết quả này phản ánh thực tế hiện nay tại nhiều bệnh viện trên toàn quốc chưa thực hiện rộng rãi chế độ chăm sóc toàn diện đối với người bệnh. Vì vậy cần có kế hoạch tuyển dụng ĐD, NHS, KTV để đạt tỷ lệ tối thiểu 1 bác sĩ có 3 điều dưỡng.

Tỷ lệ DSĐH/BS hiện nay trung bình đạt tỷ lệ 1/20 (Bảng 3), tuy rằng tỷ lệ DSĐH/BS cao hơn tỷ lệ chung 1/19 của các bệnh viện trên cả nước, nhưng chưa đạt theo quy định tại Thông tư 08 của BYT là 1/8- 1/15 [2]. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ DSĐH/DSTH của BVĐK Bắc Giang là 1/3 sấp xỉ đạt theo mức 1/2 -1/2,5 quy định tại Thông tư 08 của BYT. Kết quả nghiên cứu trên chỉ ra rằng bệnh viện vẫn còn thiếu nhiều

DSĐH và DSTH. Với tình trang thiếu nhân lực Dược như hiện nay, các chuyên gia và các nhà nghiên cứu về lĩnh vực Dược cho rằng sẽ rất khó triển khai dược lâm sàng trong bệnh viện.

Kết quả nghiên cứu (Bảng 1) cho thấy nhân lực y tế chủ yếu tập trung nhiều nhất ở khu vực lâm sàng chiếm đến 68,5%, khu vực Cận lâm sàng và Hành chính chỉ chiếm 13,2% và 18,3%. Cơ cấu sắp xếp bố trí nhân lực này tại BVĐK tỉnh Bắc Giang chưa phù hợp theo quy định định mức nhân lực tại Thông tư 08 của BYT. Tuy nhiên, các nhà lãnh đạo, quản lý cũng tùy vào tình hình thực tiễn, mục tiêu ưu tiên của cơ quan để có quyết định tỷ lệ nhân lực làm việc tại các khu vực đạt hiệu quả, đặc biệt là trong tình hình đang thiếu hụt nhân lực.

2. Nhu cầu phát triển nguồn nhân lực của BVĐK tỉnh Bắc Giang đến năm 2020: BVĐK tỉnh Bắc Giang là bệnh viện tuyến cao nhất trong tỉnh. Theo kế hoạch được phê duyệt, đến năm 2020 BVĐK tỉnh Bắc Giang có quy mô 800 giường bệnh với trên 40 khoa phòng, tuyển dụng nhân lực theo định mức tại TT 08 của BYT, với cơ cấu nhân lực mức 1,4 CBYT/01GB, dự kiến đến năm 2020 là 1.120 CBVC[1]. Theo đó tỷ lệ phân bố nhân lực trong các khu vực làm việc trong bệnh viện như sau: 19% nhân lực tại khối quản lý hành chính, 18% nhân lực ở khối cận lâm sàng và khối lâm sàng chiếm tỷ lệ 63%, với cơ cấu nhân lực như vậy cũng rất phù hợp với quy định về cơ cấu nhân lực tại TT 08 của BYT-BNV.

Ước tính số lượng cán bộ nghỉ hưu từ 2015 đến 2020 là 52 người, trong đó chủ yếu là ĐDTH 21 người, các nhân viên khác 19 người. Tỷ lệ nghỉ hưu trung bình hàng năm của bệnh viện là 2% tổng CBVC. Kết quả bảng 4 cho thấy số nhân lực cần bổ sung cho bệnh viện đến năm 2020 là 512 nhân lực, trong đó số nhân lực với chức danh ĐD, KTV, HS cần bổ sung nhiều nhất, tiếp theo là bác sĩ và các thành phần chức danh khác. Như vậy số lượng cán bộ cần bổ sung là rất lớn, do đó cần xây dựng kế hoạch tuyển dụng hàng năm phù hợp với lộ trình phát triển của bệnh viện.

V. KẾT LUẬN

1. Thực trạng nguồn nhân lực của BVĐK tỉnh Bắc Giang từ năm 2011 đến 2015

- Số lượng nhân lực còn thiếu: tỷ số CBYT/GB năm 2011 là 1,11; được bổ sung, về hưu và chuyển công tác đến năm 2015 giảm còn là 0,94 (còn thiếu 320 cán bộ).
- Cơ cấu nhân lực theo bộ phận chuyên môn chưa hợp lý: nhân lực khối lâm sàng cao (68,5%), nhân lực khối cận lâm sàng (18,3%) và khối quản lý hành chính (13,2%) thấp hơn so với qui định.
- Cơ cấu nhân lực theo chức danh chuyên môn được điều chỉnh hợp lý dần qua các năm, tỷ lệ chưa đạt là DSĐH/ BS (1/19).

2. Nhu cầu phát triển nguồn nhân lực của BVĐK tỉnh Bắc Giang đến 2020

- Nhu cầu nhân lực đến năm 2020 là 1.120 CBYT (đạt tỷ lệ 1,4 CBYT/1GB).
- Số nhân lực cần bổ sung từ năm 2016 - 2020 là 512 CBYT, trong đó nhu cầu BS là 32 người, DSĐH là 5 người, DSTH là 14 người, ĐD, KTV và HS là 406 người và 55 chức danh khác cho khối quản lý hành chính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang** (2013), *Quy hoạch phát triển Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang đến năm 2020*, Văn bản số 263/QH-BV.
2. **Bộ Y tế- Bộ Nội vụ (**2007), *Hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước*, Thông tư liên tịch 08/2007/TTLT-BYT- BNV.
3. **Bộ Y tế** (2015), *Phê duyệt kế hoạch phát triển nhân lực trong hệ thống khám bệnh, chữa bệnh giai đoạn 2015-2020*, Quyết định số 2992/QĐ-BYT.
4. **Lương Ngọc Khuê** (2011), "Thực trạng nguồn nhân lực Bệnh viện Việt nam giai đoạn 2008-2010", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh* (số 15). tr 209-213.
5. **WHO (2006),** *Working together for Haelth, The World Heaelth Report*, World Health Organization 1211 Geneva 27, Switzerland E-mail: whr@who.int

NGHIÊN CỨU TỈ LỆ NGHE KÉM VÀ PHÂN TÍCH MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ Ở TRẺ ĐẺ NON TẠI KHOA HỒI SỨC SƠ SINH BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Phương Dung*, Lê Thanh Hải*, Đoàn Thị Hồng Hoa**

TÓM TẮT

Chẩn đoán và can thiệp sớm ở trẻ đẻ non và trẻ sơ sinh là rất cần thiết giúp trẻ hòa nhập vào cộng đồng.

**Bệnh viện Nhi trung ương*
***Bệnh viện tai mũi họng trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phương Dung
Email: dungnhi223@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 29.9.2017
Ngày duyệt bài: 4.10.2017

Mục tiêu của nghiên cứu này là xác định tỉ lệ nghe kém ở trẻ đẻ non điều trị tại khoa hồi sức sơ sinh và phân tích những yếu tố nguy cơ liên quan đến nghe kém. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành để xác định tỉ lệ nghe kém ở những trẻ điều trị tại khoa hồi sức sơ sinh của viện Nhi trung ương từ 1/2013 đến 10/2016. Chức năng thính giác sẽ được chẩn đoán nhờ sử dụng test đo âm ốc tai (OAE) và điện thính giác thân não (ABR). **Kết quả:** trong số 264 trẻ đẻ non trong nhóm nghiên cứu, 38 trẻ nghe kém(14,4%). Có mối liên quan thống kê đáng chú ý giữa yếu tố tuổi thia dưới 30,9 tuần (P=0,0149, cân nặng dưới 1000 gram (P=0,004) và nhiễm trùng bào thai (P=0,000) với nghe kém. Mặt khác, Không có mối liên quan giữa nghe kém và thở máy trên 7 ngày, vàng da thay máu, tiền sử gia đình có người nghe kém và dị tật đầu mặt. **Kết luận**: Chức năng thính giác ở trẻ đẻ non điều trị tại khoa hồi sức sơ sinh cần phải được đánh giá ngay khi trẻ còn đang nằm viện.

Từ khoá: trẻ đẻ non, nghe kém, Khoa hồi sức sơ sinh.

SUMMARY

PREVALENCE OF HEARING IMPAIRMENT OF PREMATURE NEWBORN TO NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT IN NATIONAL PEDIATRIC HOSPITAL AND ANALYZE RISKS FACTORS

Early diagnosis of hearing loss and intervention in neonates and infants isessential for children integrate into the community. **The aim of the present study** was to assess the prevalence of hearing impairment in premature newborns admitted to a neonatal intensive care unit (NICU) and analyze the associated risk factors. **Material and method** : this cross- sectional study was conducted to assess the prevalence of HL in premature newborns who were admitted to the NICU at pediatric national hospital, Vietnam between January 2013 to October 2016. Auditory function was examined using otoacoustic emission (OAE) followed by auditory brainstem response (ABR) test. **Results**: Among the 264 premature newborns included in the study, 38 cases (14,4%) showed hearing loss. There was a significant statistical relationship between gestational age of less than 30,9weeks (P=0,014), birth weight of less than 1000 gram (P=0,004) and gestational infection (P=0.000) and hearing loss. On the contrary, there was no significant relationship between HL and use ventilator, hyperbilirubinemia, family history of HL and craniofacial abnormality. **Conclusion**: Auditory function in premature newborns who were admitted to the NICU should be assessed during their stay in hospital.

Keyword: Premature newborn, hearing loss, Neonatal Intensive care unit.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghe kém là một trong số những bệnh lý bẩm sinh hay gặp nhất ở trẻ sơ sinh chiếm khoảng 2-4 ca/1000 trẻ sơ sinh trong dân số nói chung nhưng ở trẻ sơ sinh nằm trong khoa hồi sức tích cực nghe kém có thể lến đến 24-46%. Ở Việt Nam, trong những năm gần đây có những nghiên cứu về tình trạng nghe kém cho trẻ sơ sinh có nguy cơ cao, bước đầu cho thấy ở trẻ đẻ non nguy cơ nghe kém cao gấp 9,71 lần so với trẻ đủ tháng (1). Chỉ số này có thể tăng khi trẻ đẻ non phải vào điều trị tại khoa hồi sức tích cực do các bệnh lý phối hợp và các biện pháp điều trị tích cực như kháng sinh, thông khi nhân tạo và các thuốc khác. Tình trạng thiếu ô xy phải thông khi hỗ trợ cũng như việc sử dụng các thuốc có khả năng độc với tai như nhóm aminoglucosides hay lợi tiểu, thuốc an thần đều có thể làm tăng nguy cơ tổn thương ốc tai. Phát hiện và can thiệp sớm nghe kém ở trẻ sơ sinh là rất quan trọng giúp cho trẻ hòa nhập với cộng đồng, giảm gánh nặng cho xã hội và gia đình. Các phương pháp sàng lọc nghe kém cho trẻ sơ sinh bao gồm 2 loại chính, đó là phương pháp quan sát hành vi của trẻ và phương pháp điện sinh học. Phương pháp quan sát hành vi của trẻ đang điều trị tại khoa hồi sức tích cực rất khó thực hiện, đồng thời tỉ lệ âm tính giả cao và khó phát hiện dược nghe kém vừa hay nghe kém 1 tai. Việc sử dụng phương pháp điện sinh học như đo âm ốc tai (OAE) và điện thần kinh thính giác (ABR) là test đo khách quan, có độ nhạy cao có thể xác định mức độ nghe kém ở trẻ và bước đầu tìm hiểu nguy cơ liên quan đến nghe kém của trẻ giúp các nhà lâm sàng có cách nhìn toàn diện khi điều trị trẻ đẻ non tại khoa hồi sức tích cực. Chính vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài: xác định tỉ lệ nghe kém bằng test ABR và phân tích một số yếu tố nguy cơ liên quan đến trẻ đẻ non tại khoa hồi sức sơ sinh của bệnh viện nhi trung ương với 2 mục tiêu: *Xác định tỉ lệ nghe kém của trẻ đẻ non tại khoa hồi sức sơ sinh của Bệnh viện nhi trung ương; Bước đầu phân tích một số nguy cơ liên quan đến nghe kém ở trẻ đẻ non.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

➢ **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân**

- Trẻ được chẩn đoán đẻ non dưới 37 tuần, được điều trị tại khoa Hồi sức sơ sinh của Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2013 đến tháng 10/2016.
- Được tiến hành sàng lọc thính lực sau sinh tại thời điểm nằm viện.
- Cha mẹ hoặc người thân đồng ý tham gia nghiên cứu.

➢ *Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:*

- Trẻ đủ tháng
- Trẻ tử vong trước khi đo chẩn đoán

• Cha mẹ hoặc người thân từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Mục tiêu 1: nghiên cứu mô tả cắt ngang tìm tỉ lệ nghe kém ở trẻ đẻ non tại khoa hồi sức tích cực

Mục tiêu 2: nghiên cứu bệnh chứng dựa trên phân tích các yếu tố nguy cơ giữa 2 nhóm trẻ có nghe kém và không nghe kém.

2.3. Các bước tiến hành

- Các trẻ đẻ non điều trị tại khoa Hồi sức sơ sinh được sàng lọc thính lực bằng test AABR. Kết quả thu được gồm hai nhóm: Nhóm Pass và nhóm refer. Nhóm Refer là đối tượng nghi ngờ nghe kém sẽ được đo ABR và OAE chẩn đoán, đồng thời phân tích các yếu tố nguy cơ đã được công bố.

- Các yếu tố nguy cơ liên quan đến nghe kém bao gồm:

• Tiền sử gia đình có nghe kém tiếp nhận vĩnh viễn.

• Nhiễm trùng trong tử cung như cytomegalovirus, rubella, toxoplasma hoặc herpes (TORCH).

• Bất thường sọ mặt bao gồm cả những bất thường về hình thái vành tai và ống tai.

• Tất cả các trẻ đươc điều trị ở khoa sơ sinh trên 7 ngày.

• trẻ cần được thở máy hỗ trợ.

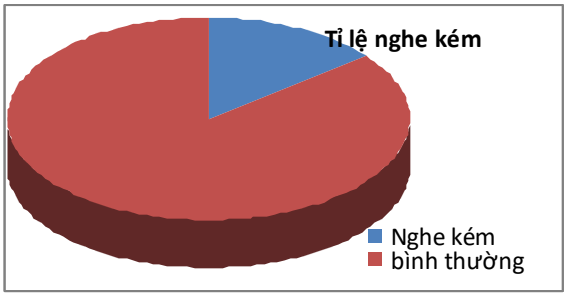
• Trẻ được điều trị bằng thuốc có độc tính cao (kháng sinh nhóm aminoglycosid) hoặc lợi tiểu ống thận(Furosemid hoặc Lasix).

• Vàng da ở mức độ cần thay máu.

- Thu thập và sử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Xác định tỉ lệ nghe kém ở nhóm trẻ đẻ non



Nhận xét: 264 trẻ đẻ non nghiên cứu có 38 trường hợp nghe kém, chiếm tỉ lệ 14,4%, trong đó có tỉ lệ nam, nữ ngang nhau.

3.2 Phân tích một số yếu tố nguy cơ liên quan đến nghe kém.

3.2.1 Mối liên quan giữa yếu tố tuổi thai và nghe kém

Bảng 1. Mối liên quan giữa phân bố tuổi thai và nghe kém

Nhóm tuổi thai	Nhóm tuổi thai	P
<28 tuần	28 tuần ≤ tuổi thai < 32 tuần	0,000
	32 tuần ≤ tuổi thai < 34 tuần	0,000
	34 tuần ≤ tuổi thai ≤ 37 tuần	0,000
28 tuần ≤ tuổi thai <32 tuần	<28 tuần	0,000
	32 tuần ≤ tuổi thai < 34 tuần	0,202
	34 tuần ≤ tuổi thai ≤ 37 tuần	0,961
32 tuần ≤ tuổi thai <34 tuần	<28 tuần	0,000
	28 tuần ≤ tuổi thai < 32 tuần	0,202
	34 tuần ≤ tuổi thai ≤ 37 tuần	0,463
34 tuần ≤ tuổi thai ≤37 tuần	<28 tuần	0,000
	28 tuần ≤ tuổi thai < 32 tuần	0,961
	32 tuần ≤ tuổi thai < 34 tuần	0,463

Nhận xét: Nhóm trẻ đẻ non dưới 28 tuần là yếu tố nguy cơ liên quan đến nghe kém , P=0,000

3.2.2 Mối liên quan giữa yếu tố tuổi thai trung bình và nghe kém

Bảng 10. Mối liên quan giữa tuổi thai trung bình và nghe kém:

	Nghe kém n =38	**Không nghe kém** n= 226	P=0,014
Tuổi thai trung bình (tuần)	30,9±3,6	32,25±2,9	

Nhận xét:Tuổi thai càng nhỏ thì nguy cơ nghe kém càng cao. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với P= 0,014.

3.2.3 Mối liên quan giữa yếu tố cân nặng và nghe kém:

Bảng 3: Mối liên quan giữa yếu tố cân nặng và nghe kém

Nhóm cân nặng	Nhóm cân nặng	P
<1000 gram	1000gr≤cânnặng<1500gr	0,003
	1500gr≤cânnặng<2500gr	0,003

	Cân nặng > 2500 gr	0,002
1000gr≤cânnặng<1500gr	<1000 gram	0,003
	1000gr≤cânnặng<1500gr	0,994
	1500gr≤cânnặng<2500gr	0,992
1500gr≤cânnặng<2500gr	Cân nặng > 2500 gr	0,003
	1000gr≤cânnặng<1500gr	0,994
	Cân nặng > 2500 gr	0,947
Cân nặng > 2500 gr	<1000 gram	0,002
	1000gr≤cânnặng<1500gr	0,992
	1500gr≤cânnặng<2500gr	0,947

Nhận xét: Nhóm cân nặng dưới 1000 gram là yếu tố liên quan đến nghe kém, P= 0,002. Tuy nhiên không tìm được mối liên quan giữa cân nặng trung bình và nghe kém, P= 0,102.

3.2.4. Mối liên quan giữa yếu tố nhiễm trùng bào thai và nghe kém:

	Nghe kém		**không nghe kém**		**Tổng số**		
	n	%	n	%	n	%	
Có	15	39,5	3	1,3	18	6,8	P=0,000
Không	23	60,5	223	98,7	226	93,2	
Tổng	**38**	**100**	**226**	**100**	**264**	**100**	

Nhận xét: Có sự khác biệt giữa về yếu tố nguy cơ nhiễm trùng bào thai giữa nhóm trẻ nghe kém và không nghe kém, P= 0,000.

3.2.5 Các yếu tố nguy cơ khác như thở máy trên 7 ngày, tiền sử gia đình, dị tật đầu mặt, Vàng da thay máu, sử dụng kháng sinh nhóm Aminoglycosid chưa thấy mối liên quan đến nghe kém ở nhóm trẻ nghiên cứu này.

IV. BÀN LUẬN

Ngày nay sàng lọc nghe kém ở trẻ sơ sinh là rất quan trọng và đặc biệt là ở những nhóm trẻ nguy cơ cao điều trị tại khoa Hồi sức tích cực. Bình thường tỉ lệ nghe kém ở nhóm trẻ khỏe mạnh trong cộng đồng là 0,3%. Nghiên cứu của chúng tôi trên 264 trẻ đẻ non điều trị tại khoa Hồi sức sơ sinh có 38 trẻ nghe kém chiếm tỉ lệ 14,4 %. Tỉ lệ này cao hơn rất nhiều so với tỉ lệ nghe kém ở trẻ sơ sinh khỏe mạnh. Tỉ lệ này cũng tương ứng với các nghiên cứu khác trên thế giới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy rằng tuổi thai càng nhỏ thì khả năng mắc nghe kém càng lớn với tuổi thai trung bình là 30 tuần, đặc biệt là nhóm trẻ dưới 28 tuần tuổi. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với P= 0,000. Nhóm nghe kém có tuổi thai dưới 28 tuần chiếm tỉ lệ 3,2%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của tác giả M.T Robertson trên 1274 trẻ đẻ non dưới 28 tuần, điều trị tại khoa Hồi sức sơ sinh từ năm 1974- 2003 với tỉ lệ nghe kém là 5,01%. Nguyên nhân có thể do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn và tỉ lệ sống của nhóm trẻ đẻ dưới 28 tuần còn thấp do nhóm trẻ này thường kèm theo những rối loạn đặc biệt nghiêm trọng vì các cơ quan chưa hoàn thiện như phổi chưa trưởng thành, tim bẩm sinh, vàng da kéo dài, nhiễm khuẩn huyết, nên thời gian điều trị can thiệp tại các khoa hồi sức sơ sinh thường kéo dài, tỉ lệ sống cũng thấp hơn hẳn các nhóm khác [2].

Cùng với tuổi thai thấp kèm theo cân nặng cũng là một yếu tố nguy cơ, đặc biệt là ở nhóm trẻ có cân nặng dưới 1000 gram (chiếm tỉ lệ 1,9%). Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Kitten W trên 305 trẻ đẻ non cân nặng từ 500- 999 gram điều trị tại khoa hồi sức sơ sinh, phát hiện có 3 trẻ nghe kém, chiếm tỉ lệ 3,3% [3]. Phải chăng ở Việt Nam hồi sức sơ sinh cho nhóm trẻ cân nặng dưới 1000 gram còn gặp nhiều khó khăn, đồng thời trẻ thường hay phối hợp đa dị dạng khác như phổi chưa trưởng thành,bại não, mù hai mắt, chậm vận động, trí tuệ kém phát triển nên tỉ lệ sống của nhóm trẻ này chưa cao[4],[5].

Cuối cùng trong nghiên cứu của chúng tôi nhiễm trùng bào thai là yếu tố nguy cơ liên quan đến nghe kém . Điều này cũng đã được giải thích trong y văn từ lâu với những tổn thương thính giác do nhiễm virus như CMV, Rubella, toxoplasma, herpes… trong thời kì bào thai. Tuy nhiên chúng tôi không phân tích được từng loại virusliên quan đến nghe kém, mà chỉ chẩn đoán thông qua khai thác tiền sửmang thai của người mẹ. Vì vậy cần có những nghiên cứu sâu hơn trên những trẻ có mẹ mang thai bị nhiễm virus để đánh giá cụ thể mối liên quan này.

Ngoài ra các yếu tố nguy cơ khác như thở máy trên 7 ngày, tiền sử gia đình, dị tật đầu mặt, vàng da thay máu và sử dụng kháng sinh nhóm aminoglycoside chưa thấy mối liên quan

với nghe kém. Phải chăng do thời gian nghiên cứu của chúng tôi còn hạn hẹp, cỡ mẫu nhỏ, chưa theo dõi được lâu dài nên không phân tích để tìm ra được mối liên quan.

V. KẾT LUẬN

Trẻ đẻ non điều trị tại khoa hồi sức sơ sinh có tỉ lệ nghe kém tăng đáng kể so với nhóm trẻ đủ tháng khỏe mạnh, tỉ lệ này chiếm đến 14,4%.

Các yếu tố như tuổi thai trung bình dưới 30 tuần, đặc biệt là dưới 28 tuần, cân nặng dưới 1000 gram và nhiễm trùng bào thai là những yếu tố nguy cơ liên quan đến nghe kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thu Thủy (2005).** Nghiên cứu giảm thính bằng thâm ốctai, thiết lập chương trình can thiệp sớm phục hồi chức năng cho trẻ khiếm thính. Luận văn thạc sĩ Y khoa, Đại học Y Hà Nội.
2. **Charlene M.T.Robertson(2008**). Permanent bilateral sensory and neura hearing loss of children after neonatal intensive care because of extreme prematurity: a Thirty- year study. Pediatrics, Volume 123/ISSUE 5
3. **Kitchen W (19840).** Outcome in infants with birth weighr 500 to 999gm* a region study of 1979 and 1980 births,J Pediatr. 104(6):921-7.
4. **LDoyle and D Casalaz (2001).** Outcome at 14 year of extremely lowbirth weight infants: a regional Study ,Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 85 (3): F159–F164.
5. **Goldenberg M, Clark U, Koehler C(2006**). "newborn hearing screening: A retrospective analysis of hit and false positive rates in NICU and how they are in fluenced by risk factor for hearing loss in a suburban birthing hospital". Program in Audiology and communication science, Washington University of Medicine. Independence studies and capstones , Page 579.

SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH VỀ THỰC HÀNH KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN TẠI KHOA RĂNG HÀM MẶT, BỆNH VIỆN QUẬN TÂN PHÚ

Nguyễn Duy Tiến [1], Lương Văn Sinh[2], Nguyễn Thị Kim Anh[3], Võ Gia Hiệp[4], Huỳnh Thị Lý[5], Nguyễn Đức Huệ[6], Nguyễn Văn Tập[7]

TÓM TẮT

Mục tiêu. Tìm hiểu đánh giá của người bệnh về cơ sở vật chất và thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn và tỷ lệ người bệnh hài lòng về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện Quận Tân Phú, thành phố Hồ Chí Minh. **Phương pháp**. Điều tra ngang 226 bệnh nhân ngoại trú tại khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện quận Tân Phú, thành phố Hồ Chí Minh năm 2017. **Kết quả**. Thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế tại khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện quận Tân Phú là tốt, được thể hiện qua đánh giá của người bệnh đến khám và điều trị tại khoa. Tuy vậy, tỷ lệ hài lòng của người bệnh về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa răng hàm mặt đạt 76,5%. Cần có một số biện pháp cải tiến chất lượng và tạo điều kiện thuận lợi về cơ sở vật chất tại khoa răng hàm mặt, để nâng cao chất lượng dịch vụ, tăng sự hài lòng của người bệnh.

Từ khóa: Kiểm soát nhiễm khuẩn, khoa răng hàm mặt.

SUMMARY

SATISFACTION OF PATIENT ABOUT INFECTION CONTROL AT DENTAL DEPARTMENT AT TAN PHU HOSPITAL

Objective. Determining the propotion of right practice about infection control through the evaluation of the patients and propotion of patients who satisfied about infection control at dental department at Tan Phu hospital, Ho Chi Minh city. **Methods**. A cross-sectional study was conducted on 226 outpatients at dental department of Tan Phu district hopital, Ho Chi Minh City. **Results.** The practice of infection control of dental staff in Tan Phu district hospitals is good, as shown by the evaluation of the patient to the denal examination and treatment in the department. The propotion of patient who satisfied on infection control in dental department was 76.5%. There are some of solutions to improve the quality and facilitation of facilities to improve service quality and increase patient satisfaction.

Keywords. Infection control, dental department.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

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

[1,2,3,4,] *Bệnh viện Quận Tân Phú,*
[5] *Bệnh viện Răng Hàm Mặt - TP HCM*
[6] *Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương - TP HCM,*
[7] *Đại Học Y Dược TP HCM.*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Huệ
Email: nguyenhuerhm@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 2.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 29.9.2017
Ngày duyệt bài: 3.10.2017

với nhiều bệnh lây nhiễm và nguy cơ lây nhiễm rất cao [2],[3]. 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 để 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:

Khảo sát các đánh giá của người bệnh về cơ sở vật chất và thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế tại khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện Quận Tân Phú, thành phố Hồ Chí Minh.

Xác định tỷ lệ người bệnh hài lòng về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện Quận Tân Phú, thành phố Hồ Chí Minh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đến khám và điều trị ngoại trú tại khoa Răng Hàm Mặt từ 01/2017 - 04/2017, tại bệnh viện quận Tân Phú, thành phố Hồ Chí Minh

Cỡ mẫu. Cỡ mẫu tối thiểu được xác định theo công thức ước lượng một tỷ lệ

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

$Z^2_{1-\alpha/2}$=1,96 là trị số từ phân phối chuẩn với độ tin cậy 95%; chọn p=0,8; Theo khảo sát của Trương Thị Mai Huyền, tỷ lệ hài lòng của người bệnh về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh chung tại bệnh viện Quận Tân Phú năm 2017 cao hơn 80%. d=0,05 là sai số cho phép. Vậy cỡ mẫu tối thiểu n=126người. Thực tế điều tra 226 bệnh nhân.

Chọn mẫu. Chọn ngẫu nhiên 226 bệnh nhân đến khám và điều trị ngoại trú tại khoa Răng Hàm Mặt từ 01/2017 - 04/2017 đồng ý tham gia nghiên cứu, ngoại trừ các bệnh nhân không có khả năng nghe, nói, tâm thần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Nội dung nghiên cứu. Khảo sát ý kiến của bệnh nhân theo bộ câu hỏi cấu trúc đã được điều chỉnh qua các nghiên cứu, thiết kế với nội dung dựa vào các hướng dẫn về kiểm soát nhiễm khuẩn và khảo sát ý kiến người bệnh của ngành y tế, các từ ngữ và nội dung được hỏi được thiết kế ngắn gọn, người bệnh dễ hiểu. Bộ câu hỏi đã được nghiên cứu thử trước khi tiến hành.

2.3. 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 %.

2.4. 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 Lãnh đạo bệnh viện Quận Tân Phú và Hội đồng đạo đức nghiên cứu của Viện Pasteur, thành phố Hồ Chí Minh.

III. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm dân số xã hội của đối tượng nghiên cứu (n=226 người)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ(%)
Giới tính	Nam	95	42,0
	Nữ	131	58,0
Trình độ học vấn	≤ Cấp3	139	61,5
	> Cấp 3	97	38,5
Nghề nghiệp	Học sinh,sinh viên	42	18,6
	Công chức	36	16,0
	Tự kinh doanh	59	26,1
	Nội trợ	47	20,8
	Mất sức lao động	10	4,4
	Công nhân	12	5,3
	Khác	19	8,4
Nhóm tuổi	≤ 40 tuổi	154	68,1
	> 40 tuổi	72	32,0

Tỷ lệ bệnh nhân nữ là 58,0%; đa số học vấn chưa tốt nghiệp cấp 3 với 61,5%; nghề nghiệp kinh doanh buôn bán 26,1%; sản xuất tự do 20,8%; học sinh sinh viên 18,6% và công chức viên chức chiếm tỷ lệ 16,0%.

Bảng 2. Cơ sở điều trị, số lần và lý do lựa chọn cơ sở điều trị nha khoa (n=226 người)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ
Cơ sở RHM chọn	Công lập	125	55,3

điều trị	Công lập và tư nhân	71	31,4
	Tư nhân	30	13,0
Số lần điều trị	Lần đầu tiên	97	42,9
	Lần thứ 2	50	22,1
	Nhiều lần	79	35,0
Lý do chọn khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện Tân Phú	Gần nhà	87	38,5
	An tâm, không sợ lây nhiễm	27	11,9
	Người quen giới thiệu	35	15,5
	An tâm với chất lượng	46	20,3
	Vì cơ sở của nhà nước	71	31,4
	Vì cơ sở mới, sạch, đẹp	35	15,5

Tỷ lệ người bệnh chọn cơ sở răng hàm mặt công lập là 55,3%; tỷ lệ điều trị lần đầu tiên là cao nhất với 42,9% và đã điều trị nhiều hơn 2 lần là 35,0%. Các lý do đến điều trị tại khoa răng hàm mặt tại bệnh viện quận Tân Phú chủ yếu là do gần nhà với 38,5%; an tâm vì đây là cơ sở công lập với 31,4% và an tâm với chất lượng dịch vụ là 20,3%.

3.2. Đánh giá của người bệnh về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế

Bảng 3. Quan sát về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế (n=226 người)

Thực hành		Có		Không	
		SL	%	SL	%
Vệ sinh tay	Thực hành rửa tay	129	57,1	97	42,9
Phương tiện bảo vệ	Mang găng tay	226	100,0	0	0,0
	Mang khẩu trang	226	100,0	0	0,0
	Đội nón y tế	226	100,0	0	0,0
	Mang kính mắt	117	51,8	109	48,2
Biện pháp phòng tránh lây nhiễm	Sử dụng ly nhựa sạch 1 lần	209	92,5	17	7,5
	Súc miệng với dung dịch sát khuẩn	41	18,1	185	82,0
	Vệ sinh ghế nha khoa	118	52,2	108	47,0

Tỷ lệ đánh giá nhân viên y tế có thực hành rửa tay khi tiếp xúc bệnh nhân là 57,1% và 100% nhân viên y tế mang găng tay, 100% mang khẩu trang khi điều trị, 100% nhân viên y tế đội nón y tế và chỉ có 51,8% mang kính mắt khi điều trị; về việc phòng tránh lây nhiễm, có 92,5% sử dụng ly nhựa sạch một lần cho một bệnh nhân, 52,2% thực hiện vệ sinh ghế nha khoa.

Bảng 4. Đánh giá của bệnh nhân về tình trạng vệ sinh tại khoa răng hàm mặt (n=226 người)

Nội dung	Mức độ	Tần số	Tỷ lệ %
Tình trạng ghế máy nha khoa	Sạch	216	95,6
	Không sạch	6	2,7
	Không ý kiến	4	1,7
Nơi nhổ nước bọt của ghế nha khoa	Sạch	208	92,0
	Không sạch	7	3,1
	Không ý kiến	11	4,9
Điều kiện vệ sinh tại khoa RHM	Sạch	219	97,0
	Không sạch	3	1,3
	Không ý kiến	4	1,7

Hầu hết bệnh nhân đánh giá tốt về công tác vệ sinh tại khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện quận Tân Phú. Có 95,6% trả lời tình trạng ghế máy nha khoa sạch sẽ, 92,0% cho rằng nơi nhổ nước bọt của ghế nha khoa sạch sẽ, 97,0% cho rằng điều kiện vệ sinh tại khoa răng hàm mặt sạch sẽ.

3.3. Sự hài lòng của người bệnh về kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa Răng Hàm Mặt.

Bảng 5. Sự hài lòng của người bệnh về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn (n=226 người)

Mức độ hài lòng của người bệnh	Số lượng	Tỷ lệ %
Rất hài lòng	35	15,5
Hài lòng	138	61,0
Bình thường	50	22,0
Không hài lòng	3	1,5
Rất không hài lòng	0	0,0

Tỷ lệ hài lòng của người bệnh về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế tại khoa răng hàm mặt đạt 76,5%; có 22,0% không ý kiến gì hoặc tạm chấp nhận về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện quận Tân Phú.

Bảng 6. Các giải pháp cho nhân viên y tế được bệnh nhân đề xuất (n=226 người)

Giải pháp	Số lượng	Tỷ lệ %

Làm tốt công tác phòng tránh lây nhiêm	148	65,5
Xử lý, khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ đúng quy định	145	64,2
Sử dụng vật liệu mới khi điều trị	101	44,7
Có khu điều trị riêng cho bệnh nhân mắc HIV/AIDS, viêm gan siêu vi	188	83,2

Hầu hết bệnh nhân đề nghị rằng cần có khu điều trị về răng hàm mặt riêng biệt cho những bệnh nhân mắc bệnh nhiễm HIV/AIDS, viêm gan siêu vi, tỷ lệ là 83,2%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn người bệnh đến khám và điều trị răng miệng tại Khoa RHM bệnh viện quận Tân Phú là nữ giới chiếm 58,0%; đa số có trình độ học vấn chưa tốt nghiệp cấp 3 với 61,5%; nghề nghiệp kinh doanh buôn bán 26,1%; sản xuất tự do 20,8%; học sinh sinh viên 18,6% và công chức viên chức chiếm tỷ lệ 16,0%. Điều này phù hợp với đặc điểm người bệnh đến khám chữa bệnh tại bệnh viện quận Tân Phú những năm qua. Các đặc điểm này có thể giúp ích về những gợi ý định hướng phát triển dịch vụ tại khoa.

Về cơ sở điều trị nha khoa, tỷ lệ người bệnh chọn cơ sở răng hàm mặt công lập là 55,3%. Các lý do đến điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt tại bệnh viện quận Tân Phú chủ yếu là do gần nhà với 38,5%; an tâm vì đây là cơ sở công lập với 31,4% và an tâm với chất lượng dịch vụ là 20,3%. Kết quả này cho thấy rằng, đa phần người dân khám răng hàm mặt đã tin tưởng về dịch vụ khám, điều trị răng hàm mặt tại cơ sở công lập nói chung. Ngoài ra kết quả còn cho thấy tỷ lệ điều trị lần đầu tiên là cao nhất với 42,9% và đã điều trị nhiều hơn 2 lần là 35,0%, điều này gợi ý về sự thay đổi trong tiếp cận dịch vụ và sự tin tưởng của người dân về khám điều trị răng hàm mặt nói chung của người dân địa phương. Tỷ lệ cao người khám và điều trị lần đầu tiên gợi ý sự gia tăng nhu cầu khám và điều trị răng hàm mặt của người dân.

4.2. Đánh giá của người bệnh về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế

Kết quả cho thấy 57,1% người bệnh được khảo sát đánh giá rằng nhân viên y tế có thực hành rửa tay khi tiếp xúc bệnh nhân. 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.

Kết quả ghi nhận 100% người bệnh đều quan sát thấy nhân viên y tế tại khoa mang găng tay, mang khẩu trang và đội nón y tế khi điều trị, tuy nhiên chỉ có 51,8% nhân viên y tế mang kính mắt khi điều trị. 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 [5],[4].

Về việc phòng tránh lây nhiễm, có 92,5% sử dụng ly nhựa sạch một lần cho một bệnh nhân, tỷ lệ súc miệng với dung dịch sát khuẩn chỉ là 18,0%. Nghiên cứu của Trần Thị Lài, tại An Giang cho biết 100% các cơ sở RHM dùng ống hút nước bọt và ly sử dụng 1 lần [5] trong khi khảo sát của Trần Hải Sơn, tại Tiền Giang cho thấy tỷ lệ này chỉ là 71,4% [4]. Việc sử dụng ly nhựa sạch dùng 1 lần là rất cần thiết phải thực hiện ở tất các các trường hợp vì đây là nguy cơ lây nhiễm qua dịch tiết, máu và nước bọt giữa bệnh nhân với bệnh nhân. Nghiên cứu cắt ngang của Taha, Farheen và cộng sự năm 2015 tại thành phố Ernakulam, Ấn Độ cho biết 77% người bệnh đã nhận thức được nguy cơ lây nhiễm chéo khi điều trị nha khoa.

Kết quả nghiên cứu này tại khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện quận Tân Phú cho thấy hầu hết bệnh nhân đánh giá tốt về công tác vệ sinh tại khoa, có 95,6% trả lời tình trạng ghế máy nha khoa sạch sẽ, 92,0% cho rằng nơi nhổ nước bọt của ghế nha khoa sạch sẽ, 97,0% cho rằng điều kiện vệ sinh tại khoa răng hàm mặt sạch sẽ.

4.3. Sự hài lòng của người bệnh về kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa răng hàm mặt.

Về sự hài lòng của người bệnh về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện quận Tân Phú, kết quả cho thấy tỷ lệ hài lòng của người bệnh về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế đạt 76,5%; có 22,0% không ý kiến gì hoặc tạm chấp nhận về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa. Như vậy kết quả này là chưa thực sự cao, thể hiện rằng cần có một số biện pháp cải tiến chất lượng, tăng cường thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế và tạo điều kiện thuận lợi về cơ sở vật chất tại khoa Răng Hàm Mặt, để nâng cao chất lượng dịch vụ, tăng sự hài lòng của người bệnh.

Về các đề xuất cho nhân viên y tế thực hành tốt kiểm soát và làm hài lòng người bệnh, hầu hết bệnh nhân cho rằng cần có khu điều trị về răng hàm mặt riêng biệt cho những bệnh nhân mắc bệnh nhiễm HIV/AIDS, viêm gan siêu vi, tỷ lệ là 83,2%. Bên cạnh đó, phần nhiều bệnh nhân đề xuất rằng cần thực hiện tốt công tác vệ sinh

phòng ngừa lây nhiễm (65,5%), xử lý, khử và tiệt khuẩn theo đúng quy trình (64,2%). Điều này là phù hợp, cho thấy những nhận thức đúng đắn của người bệnh trong phòng tránh các bệnh lây nhiễm, phòng tránh lây nhiễm chéo giữa các bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế tại khuẩn tại khoa răng hàm mặt, bệnh viện quận Tân Phú là tốt, được thể hiện qua đánh giá của người bệnh đến khám và điều trị tại khoa. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa Răng Hàm Mặt là 76,5%. Cần có một số giải pháp cải tiến chất lượng, và tạo điều kiện thuận lợi về cơ sở vật chất tại khoa Răng Hàm Mặt, để nâng cao chất lượng dịch vụ, tăng sự hài lòng của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2016) *Phê duyệt kế hoạch hành động Quốc gia về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh giai đoạn 2016 - 2020,* tế, B. Y., Government Document, 42,

2. Bộ Y tế (2009) *Hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh,* Government Document, 40,

3. 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.

4. Trần Hải Sơn (2012) "Thực trang 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.

5. Trần Thị Lài (2015) *Thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở Răng Hàm Mặt tỉnh An Giang, năm 2014*, Luận án Chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh,

6. A Mohammad, B., R. Ghousia, A.Y. Mona (2013) "Infection control practices in dental school: A patient perspective from Saudi Arabia". *Dent Res J (Isfahan),* 10 (1), pp.25-30.

7. D.C. Suryakant, S.M. Sneha, K. Sumathi, et al (2016) "Perceptions of dental outpatients toward cross-infection control measures in Jabalpur city". *Original article,* (Issue 3), pp. 338 - 343.

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG TỰ HỌC CỦA SINH VIÊN NĂM 1, 2 THEO HỌC CHẾ TÍN CHỈ TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG

Trần Thị Minh Tâm*, Đinh Thị Hoa*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng và một số yếu tố liên quan đến hoạt động tự học của sinh viên năm 1,2 theo học chế tín chỉ tại Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương năm học 2012 - 2013. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang có phân tích trên 2129 sinh viên đại học, cao đẳng năm 1 và năm 2. **Kết quả nghiên cứu:** 89% SV nhận thức được tầm quan trọng và rất quan trọng của hoạt động tự học, nhưng có đến 63,88% SV không có kế hoạch tự học cụ thể, 67,07% SV chỉ học theo giáo trình chính, hoạt động học trên lớp: 84,73% là nghe, ghi chép 82,71%; 58,22% SV chưa chủ động tự học, chưa có phương pháp (43,31%); 50% SV cho rằng kỹ năng học nhóm không quan trọng. Phương pháp dạy cơ bản của GV : thuyết trình 74,73%, thảo luận nhóm (65,9%), video minh họa (58,4%); 100% CVHT có hướng dẫn SV đăng ký tín chỉ; 44,2% ý kiến SV cho là GV không hướng dẫn cụ thể phương pháp tự học cho từng môn học; 64,9% SV cho là Đoàn hội trường có hoạt động thúc đẩy việc tự học của SV.

Từ khoá: *Hoạt động tự học của sinh viên*

**Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Minh Tâm
Email: tranthiminhtam12@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 29.9.2017
Ngày duyệt bài: 4.10.2017

SUMMARY

EVALUATION THE STATUS OF SELF-LEARNING ACTIVITY OF STUDENTS 1ST-2ND YEAR FOLLOWING ACADEMIC CREDIT SYSTEM AT HAI DUONG MEDICAL TECHNICAL UNIVERSITY

Purpose: to evaluate the status and relative factors of self-learning activity of students 1st-2nd year following academic credit system at Hai Duong medical technical university from 2012 to 2013. **Materials and methods:** Descriptive cross-sectional study having analysis on 2129 students of 1st-2nd year. **Results:** 89% of students are aware of the importance and the so importance of self-learning, but 63.88% of students do not have specific self-learning plan. 67.07% of students study only in the main curriculum; in terms of their learning activities in the classroom are 84.73% of listening and 82.71% of recording. 58.22% students are not active self-learning, no method (43.31%); 50% of students thinking that group study skills are not important. Basic teaching methods: 74.73% of lecturing, 65.9% of group discussion, 58.4% of video demonstration; 100% of study consulting has guide students to apply for credit; 44.2% of students think that teachers do not specifically instruct self-learning method for each subject; 64.9% of the students said that the Youth Union of university and university student's association have activities to promote self-learning activity of students.

Keywords: self-learning activity of students

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Học chế tín chỉ đòi hỏi sinh viên phải biết đánh giá đúng khả năng của mình, có ý chí kiên cường, có tính tích cực, chủ động trong học tập, nhằm mục tiêu vươn đến đỉnh cao của khoa học và công nghệ. Qua hai năm thực hiện đào tạo theo học chế tín chỉ với nhiều khó khăn, thách thức tìm hiểu thực tiễn tại trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương, chúng tôi nhận thấy rằng: *Về phía sinh viên:* Đối tượng sinh viên năm thứ nhất và hai học chủ yếu các môn học đại cương và cơ sở ngành. Vì vừa ra khỏi trường phổ thông các em chưa có và chưa hình thành được một phương pháp học tập tốt và tự học hiệu quả. Vì vậy kết quả học tập các kỳ đầu rất thấp, tỷ lệ sinh viên học lại, thi lại rất cao, việc sắp xếp thời gian cho hoạt động tự học của sinh viên còn chưa hợp lý, Hoạt động tự học của sinh viên còn ở mức thấp. Bên cạnh đó một số sinh viên còn có quan niệm chưa đúng về hoạt động tự học. *Về phía giảng viên:* Cố vấn học tập chưa thực sự phát huy hết vai trò của mình đối với HSSV. Một số giảng viên vẫn còn áp dụng phương pháp giảng dạy cũ, chỉ dừng lại ở mức thuyết trình truyền thống, có hướng dẫn tự học, nhắc nhở, động viên, khuyến khích nhưng chưa đánh giá thường xuyên một cách nghiêm túc hoạt động tự học của sinh viên, chưa đi sâu tìm hiểu, nghiên cứu và thể hiện nhiều phương pháp giảng dạy tích cực và hướng dẫn sinh viên các phương pháp tự học hiệu quả. Xuất phát từ những lý do nêu trên, chúng tôi chọn đề tài: *"Đánh giá thực trạng hoạt động tự học của sinh viên năm 1và 2 theo học chế tín chỉ tại Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương"* với mục tiêu:

1. Đánh giá thực trạng hoạt động tự học của sinh viên năm 1,2 theo học chế tín chỉ tại Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương.

2. Xác định một số yếu tố liên quan đến hoạt động tự học của sinh viên năm 1 và 2 theo học chế tín chỉ tại Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương năm học 2012 - 2013.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian, địa điểm và phạm vi nghiên cứu

- Thời gian: Từ tháng 5/2012 đến tháng 6/2013
- Phạm vi nghiên cứu: Chỉ nghiên cứu hoạt động tự học của sinh viên ở một số môn học của năm học thứ 1, 2

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1.Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang có phân tích

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Điều tra toàn bộ sinh viên năm 1, 2. Tổng: 2129 sinh viên

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng hoạt động tự học của sinh viên năm 1,2 theo học chế tín chỉ tại Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương năm học 2012 - 2013

3.1.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Tỷ lệ sinh viên theo trình độ đào tạo, năm/khóa học

Năm / Khối	Năm 1		Năm 2		Tổng số	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cao đẳng	588	45.23	712	54.77	1300	**61,06**
Đại học	395	47.65	434	52.35	829	38,94
Tổng số	983	46.17	1146	53.83	2129	100

Nhận xét: Sinh viên cao đẳng chiếm 61,06%. Tỷ lệ SV nữ chiếm trên 75,40% tổng số sinh viên tham gia trong nghiên cứu

3.1.2. Thực trạng nhận thức của SV về hoạt động tự học

Bảng 3.2: Nhận thức của sinh viên về vai trò của hoạt động tự học

Đối tượng / Nhận thức	CĐ năm 1		CĐ năm 2		ĐH năm 1		ĐH năm 2		Tổng	
	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%
Không quan trọng	63	10.7	5	0.7	18	0.3	1	0.23	87	4.1
Bình thường	71	12.0	67	9.4	8	6.3	53	12.2	199	9.3
Quan trọng	274	46.6	413	58.0	199	50.4	232	53.47	1118	**52.5**
Rất quan trọng	180	30.7	227	31.9	170	43.0	148	34.1	725	**34.1**
Tổng	588	100	712	100	395	100	434	100	2129	100

Nhận xét: *Sinh viên nhận thức hoạt động tự học đóng vai trò quan trọng (chiếm tỷ lệ 52,5%) và rất quan trọng (chiếm tỷ lệ 34,1%).*

Bảng 3.3: So sánh nhận thức của SV CĐ và SV ĐH về vai trò của hoạt động tự học

Đối tượng / Nhận thức	SV Cao đẳng		SV Đại học		p
	SL	TL%	SL	TL%	

Không quan trọng	68	5.2	19	2.3	
Bình thường	138	10.6	61	7.4	
Quan trọng	687	**52.9**	431	**52.0**	> 0,05
Rất quan trọng	407	**31.3**	318	**38.3**	> 0,05
Tổng	1300	100	829	100	

Nhận xét: Có 84,25% sinh viên CĐ và 90,3% sinh viên ĐH nhận thức được vai trò của hoạt động tự học là quan trọng và rất quan trọng.

Bảng 3.4: So sánh nhận thức của SV năm 1 và SV năm 2 về vai trò của hoạt động tự học

Đối tượng / Nhận thức	SV năm 1		SV năm 2		p
	SL	TL%	SL	TL%	
Không quan trọng	81	**8.2**	6	**0.5**	< 0,05
Bình thường	79	8.1	120	10.5	
Quan trọng	473	**48.1**	645	**56.3**	< 0,05
Rất quan trọng	350	35.6	375	32.7	
Tổng	983	100	1146	100	

Nhận xét: Có 8,2% sinh viên năm 1 cho rằng hoạt động tự học là không quan trọng nhưng đến năm thứ 2 tỷ lệ này đã giảm đáng kể chỉ còn 0,5% và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ sinh viên năm thứ 2 nhận thức được hoạt động tự học có vai trò quan trọng đã tăng lên đáng kể (56,3%) cao hơn năm thứ 1 (48,1%)

3.1.3 Thực trạng thực hành tự học của sinh viên

Bảng 3.5: Tỷ lệ sinh viên có xây dựng thời gian biểu tự học hàng tuần

Đối tượng / Xây dựng thời gian biểu tự học	SV năm 1		SV năm 2		Tổng số	Tỷ lệ (%)	p
	SL	TL %	SL	TL %			
Có	309	**31.43**	460	**40.14**	769	**36.12**	< 0,05
Không	674	68.57	686	59.86	1360	63.88	
Tổng	**983**	100	**1146**	100	**2129**	100	

Nhận xét: Tỷ lệ SV có xây dựng thời gian biểu tự học hàng tuần thấp chỉ chiếm 36,12%. Tỷ lệ SV CĐ, ĐH năm 2 có xây dựng thời gian biểu tự học hàng tuần chiếm 40,14% cao hơn SV CĐ, ĐH năm 1 là 31,43%.

Bảng 3.6: Sinh viên đọc và sử dụng tài liệu nào để tự học

Tài liệu / Đối tượng	Giáo trình chính		Tài liệu tham khảo		Cả 2 mục trên		Tổng số
	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	
CĐ năm 1	407	69,22	22	3,74	159	27,04	**588**
ĐH năm 1	302	76,46	7	1,77	86	21,77	**395**
CĐ năm 2	458	64,33	47	6,6	207	29,07	**712**
ĐH năm 2	261	60,14	21	4,84	152	35,02	**434**
Tổng	**1428**	**67,07**	**97**	**4,56**	**604**	**28,37**	**2129**

Nhận xét: Khi tự học, chủ yếu SV đọc và nghiên cứu giáo trình chính tỷ lệ 67,07%. Bên cạnh đó SV cũng có ý thức nghiên cứu thêm các tài liệu tham khảo liên quan đến môn học chiếm tỷ lệ 28,37%.

Bảng 3.7: Sinh viên tiến hành hoạt động tự học ở đâu?

Kết quả / Địa điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhà riêng	191	8.97
Nhà trọ	1476	69.33
Thư viện	52	2.44
Giảng đường	1072	50.35

Nhận xét: SV tiến hành hoạt động tự học tại nhà trọ chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm tỷ lệ 69,33%. Tỷ lệ SV tiến hành hoạt động tự học tại thư viện Trường không đáng kể, chỉ có 2,44%

3.1.4 Tự đánh giá của SV về tự học

Bảng 3.8: SV tự đánh giá về hoạt động tự học

Đối tượng / Nhận Thức	CĐ năm 1		CĐ năm 2		ĐH năm 1		ĐHnăm 2		Tổng số	
	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%
Chưa có phương pháp	282	48.0	236	33.1	230	58.2	174	40.1	922	43.31
Chưa chủ động	351	59.7	328	46.1	249	63.0	312	71.9	1240	58.22
Chưa có động cơ	177	30.1	206	28.9	119	30.1	164	37.8	666	31.25

học đúng										
Thiếu phương tiện, tài liệu học hỗ trợ	109	18.5	119	16.7	100	25.3	59	13.6	387	18.15
Thiếu sự kiểm tra, nghiêm khắc của giảng viên	65	11.1	45	6.3	55	13.9	49	11.3	214	10.03
Tổng số	**588**		**712**		**395**		**434**		**2129**	

Nhận xét: Tỷ lệ ý kiến cao nhất (58,22%) cho rằng SV học chưa chủ động, tiếp đến 43,31% SV cho là học chưa có phương pháp. Chỉ có 10,03% ý kiến SV cho là có sự ảnh hưởng từ giảng viên đến việc tự học.

Bảng 3.9: Đánh giá của SV về tầm quan trọng của các kỹ năng tự học

Mức độ / Kỹ năng	Không quan trọng		Bình thường		Rất quan trọng	
	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%
Kỹ năng lập kế hoạch tự học	178	8,4	380	17,8	1571	73,8
Kỹ năng chuẩn bị bài trước khi đến lớp	58	2,7	457	21,5	1614	75,8
Kỹ năng nghe, ghi chú	17	0,8	483	22,7	1629	76,5
Kỹ năng ôn tập, hệ thống hóa kiến thức sau buổi học	74	3,5	358	16,8	1697	79,7
Kỹ năng làm việc và học nhóm	221	10,4	1037	48,7	871	40,9
Kỹ năng đọc sách	199	9,3	577	27,1	1353	63,6

Nhận xét: Gần ¾ ý kiến SV cho rằng các kỹ năng tự học như: lập kế hoạch, chuẩn bị bài, hệ thống hóa kiến thức, kỹ năng nghe – ghi chép có vai trò rất quan trọng. Bên cạnh đó chỉ có 40% SV cho kỹ năng làm việc nhóm là quan trọng.

3.2 Các yếu tố liên quan đến hoạt động tự học của sinh viên

Bảng 3.10. Thời gian SV thích học trong ngày

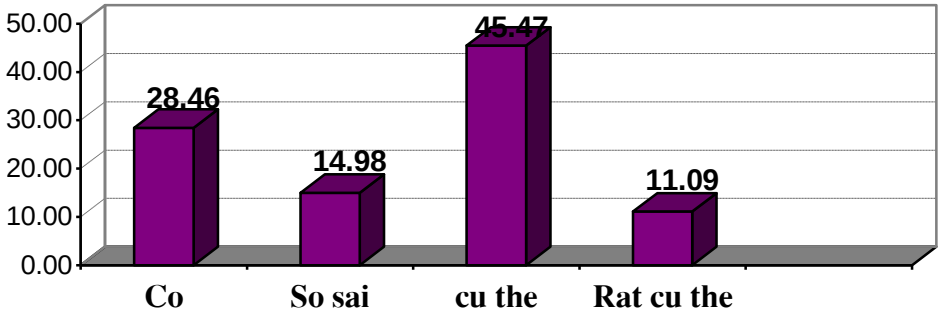
Thời gian / Đối tượng	Sáng		Chiều		Tối		Tổng số
	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	
CĐ năm 1	452	76,87	82	13,95	54	9,18	588
ĐH năm 1	302	76,46	47	11,9	46	11,64	395
CĐ năm 2	505	70,93	108	15,17	99	13,9	712
ĐH năm 2	332	76,5	40	9,12	62	14,28	434
Tổng	**1591**	**74,73**	**277**	**13,01**	**261**	**12,26**	**2129**

Nhận xét: *Cả bốn khối SV đều có tỷ lệ cao là thích học vào buổi sáng trong ngày hơn buổi khác.*

Bảng 3.11: Các phương pháp dạy học giảng viên đã sử dụng trên lớp.

Tỷ lệ / PPDH	Có		Không		Tổng số
	SL	TL%	SL	TL%	
Thuyết trình truyền thống	1588	**73,2**	571	26,8	2129
Thảo luận nhóm nhỏ	1402	**65,9**	727	34,1	2129
Thảo luận (semina)	918	43,1	1211	56,9	2129
Đóng vai	450	21,1	1679	78,9	2129
Nghiên cứu trường hợp	552	25,9	1577	74,1	2129
Giải quyết vấn đề	1139	**53,5**	990	46,5	2129
Thí nghiệm minh họa	516	24,2	1613	75,8	2129
Video minh họa	1244	**58,4**	885	41,6	2129

Nhận xét: PPDH cơ bản nhất như thuyết trình truyền thống vẫn chiếm tỷ lệ cao nhất 73,2% , thảo luận nhóm nhỏ (65,9%), dùng video minh họa (58,4%), giải quyết vấn đề (53,5%).



Biểu đồ 3.1: Trước mỗi học kỳ mới, cố vấn học tập hướng dẫn SV lựa chọn và đăng ký số lượng tín chỉ.

Nhận xét: 100% CVHT có hướng dẫn cho SV đăng ký tín chỉ, nhưng tỷ lệ tư vấn cụ thể và rất cụ thể cho SVchỉ chiếm 56,6%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng về hoạt động tự học của sinh viên theo học chế tín chỉ trường đhktyt hải dương

4.1.1. Đặc điểm chung: Tổng số sinh viên tham gia trong nghiên cứu là 2129 sinh viên, trong đó sinh viên cao đẳng năm thứ 1,2 chiếm 61,06%, số sinh viên đại học năm 1,2 là 38,94%.

4.1.2. Thực trạng nhận thức của sinh viên về hoạt động tự học theo học chế tín chỉ.

Hầu hết sinh viên đều nhận thức rằng vấn đề tự học là quan trọng và rất quan trọng khi áp dụng theo học chế tín chỉ là 89%, kết quả này còn cao hơn so với nghiên cứu sinh viên của trường đại học Cần Thơ (83%) [6], nhưng tỷ lệ thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Phượng và cs là 95,59% [5] có sự khác biệt với nghiên cứu này có thể là cỡ mẫu của nghiên cứu chỉ là 385 sinh viên. Không có sự khác biệt về nhận thức giữa khối sinh viên cao đẳng năm 1,2 và sinh viên đại học năm 1,2. Tuy nhiên có sự khác biệt giữa khối sinh viên năm thứ nhất (72,3%) và năm thứ 2 (89,27%) nguyên nhân có thể là khối sinh viên năm nhất vừa rời trường học phổ thông nơi mà các em học với những suy nghĩ học ỷ lại, phương pháp học thụ động, chưa tích cực nên sang môi trường mới các em chưa nhận thức được, đồng thời thực hành một phương pháp học chủ động, tích cực, tự giác.

4.1.3. Thực trạng thực hiện hoạt động tự học của sinh viên: Về việc xây dựng thời gian biểu học tập cho thấy có tới 63,88% sinh viên không có kế hoạch cho việc tự học cụ thể. Và tỷ lệ sinh viên ở khối năm thứ nhất cao hơn hẳn lần lượt là 66% và 72,4%. Điều này cũng phù hợp với tỷ lệ thấp hơn nhận thức về vai trò của hoạt động tự học của sinh viên. Về tài liệu khi tự học, chủ yếu SV đọc và nghiên cứu giáo trình chính chiếm tỷ lệ 67,07%. Bên cạnh đó có 28,37% SV cũng có ý thức nghiên cứu thêm các tài liệu tham khảo liên quan đến môn học. Chỉ có 4,56% sinh viên khi tự học chỉ đọc tài liệu tham khảo liên quan đến môn học, đây là số sinh viên đã nắm được kiến thức trong giáo trình chính khi học trên lớp.

Về địa điểm tiến hành hoạt động tự học: SV tiến hành hoạt động tự học tại nhà trọ chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm tỷ lệ 69,33%. Kết quả này hơi khác so với nghiên cứu [6] 51,6%, điều này cho thấy tự học ở nhà là giải pháp được ưa chuộng hiện nay của sinh viên. Có 19,26 % sinh viên học ở giảng đường đây hầu hết là số sinh viên ở nội trú KTX. Kết quả này phù hợp với số liệu sinh viên ở ngoại trú, nội trú của phòng CTHSSV [4].

Tỷ lệ SV tiến hành hoạt động tự học tại thư viện Trường không đáng kể, chỉ có 2,44%**.** Có 48,3% số lượng sinh viên cho rằng tìm hiểu kiến thức bên ngoài giáo trình, sách chuyên môn để bổ sung trong quá trình học là quan trọng và cần phải thường xuyên thu thập. Truy cập bổ sung kiến thức chuyên môn từ nguồn Internet vẫn là chủ yếu, có đến 63,8% số lượng sinh viên đồng ý với quan điểm này.

4.1.4. Tự đánh giá của sinh viên về vấn đề tự học: Ý kiến học chưa chủ động chiếm tỷ lệ cao nhất là 58,22%, tiếp đến là ý kiến học chưa có phương pháp 43,31%, thấp nhất là sự kiểm tra nghiêm khắc của giảng viên chỉ ảnh hưởng đến 10,03% sinh viên. Trong số 58,22% sinh viên tự đánh giá là chưa chủ động học tập, chiếm tỷ lệ cao nhất là khối đại học năm thứ 2 71,9%, khối đại học năm nhất là 63%, thấp nhất là khối cao đẳng năm thứ hai 46,1%. Có sự khác biệt này có thể do khối cao đẳng thời gian học ngắn hơn nên sinh viên phải tập trung học hơn.

4.2 các yếu tố liên quan: Tỷ lệ sinh viên thích học buổi sáng cao nhất chiếm 74,73%, không có sự khác biệt giữa các khối lớp sinh viên vì đối tượng nghiên cứu là sinh viên năm 1, 2 nên học lý thuyết, thực hành ở trường chủ yếu. Về lịch bố trí học cho môn học 1 tín chỉ, tỷ lệ sinh viên chọn học 2 tiết/ tuần, học cách tuần chiếm tỷ lệ cao nhất là 42,74%, 35,37% sinh viên thích học 2 tiết/ tuần và học liên tục 8 tuần. Điều này cũng rất hợp lý vì bố trí 2 tiết học một buổi một tuần sẽ thuận lợi hơn cho cả người học và người dạy thay vì một tiết một tuần. Có 43,3% sinh viên ý kiến lịch thi theo tín chỉ là dày, 136 ý kiến học xong thi môn luôn. Đây là những ý kiến gợi ý cho công tác quản lý đào tạo có thể điều chỉnh lịch học, lịch thi để tạo thuận lợi nhất cho người học. Với môn học 3 tín chỉ thì đa số sinh viên (64,06%) thích học 3 tiết một tuần, học liên tục.

Trong quá trình tổ chức dạy – học khoảng 75% ý kiến sinh viên là giảng viên có phát đề cương chi tiết, hướng dẫn phương pháp tự học, đọc tài liệu, giao bài tập về nhà. Vẫn còn một tỷ lệ giảng viên không thực hiện những quy định về tổ chức thực hiện dạy- học theo học chế tín chỉ như không phát đề cương chi tiết học phần, giao bài tập…

Kết quả cho thấy 100% CVHT có hướng dẫn cho SV đăng ký tín chỉ, tỷ lệ tư vấn cụ thể và rất cụ thể cho SV chiếm 79,06%. Vẫn còn tới 20,95% ý kiến hướng dẫn cho sinh viên sơ sài. Có đến 44,2% ý kiến sinh viên là giảng viên không hướng dẫn cụ thể phương pháp tự học cho từng môn học. Điều này có thể là yếu tố ảnh hưởng đến kế hoạch học tập, kết quả thi cho sinh viên vì chiến lược đăng ký tín chỉ và phương pháp học tập không phù hợp với khả năng của sinh viên. Kết quả này cũng phản ánh phù hợp trong thực trạng đăng kí tín chỉ của sinh viên.

Vai trò của đoàn Thanh niên, hội Sinh viên: có đến 64,9% ý kiến sinh viên là các tổ chức Đoàn hội đã có những hoạt động hướng dẫn SV để đẩy mạnh phong trào học tập, đặc biệt là hoạt động tự học. Thực tế Đoàn trường cũng đã có những hoạt động thiết thực như thành lập các câu lạc bộ, các chi đoàn sinh viên các khoa hàng năm cũng có những buổi giao lưu, tọa đàm về phương pháp, hoạt động thúc đẩy việc tự học. Nhưng những hoạt động này chưa tạo ra hiệu quả lớn vì chưa đi sâu vào các hoạt động cốt lõi, quan trọng.

V. KẾT LUẬN

1. Thực trạng hoạt động tự học của sinh viên

- 89% SV nhận thức được tầm quan trọng và rất quan trọng của hoạt động tự học .
- Có đến 63,88% SV không có kế hoạch tự học cụ thể.
- 67,07% SV chỉ học theo giáo trình chính.
- Hoạt động học trên lớp: 84,73% là nghe, ghi chép 82,71%.
- 58,22% Sv chưa chủ động tự học, chưa có phương pháp (43,31%). Gần 50% SV cho rằng kỹ năng học nhóm không quan trọng.

2. Các yếu tố liên quan

*Công tác quản lý đào tạo: SV thích học buổi sáng cao nhất (74,73%). Bố trí lịch học: môn 1 tín chỉ SV thích hơn học 2 tiết/ tuần, môn 3 tín chỉ SV thích học 3 tiết/ tuần, liên tục.

*Vai trò Giảng viên: Các phương pháp dạy cơ bản của GV: thuyết trình 74,73%, thảo luận nhóm (65,9%), video minh họa (58,4%),.

*Vai trò cố vấn, đoàn, hội: 100% CVHT có hướng dẫn SV đăng ký tín chỉ; 44,2% ý kiến SV cho là GV không hướng dẫn cụ thể phương pháp tự học cho từng môn học. Có 64,9% SV cho là Đoàn hội trường có hoạt động thúc đẩy việc tự học của SV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Giáo dục và Đào tạo.** " *Quy chế đào tạo đại học và cao đẳng hệ chính quy theo hệ thống tín chỉ"* ban hành theo Quyết định số 43/2007/QĐ-BGDĐT, ngày 15/8/2007.
2. **Lê Vinh Danh**. "*Hướng dẫn phương pháp dạy và học theo học chế tín chỉ"* Đại học Tôn Đức Thắng 2009.
3. **Trần Văn Hùng** - Đại học Duy Tân "*Vai trò của GV cố vấn học tập trong đào tạo theo học chế tín chỉ".*
4. **Phòng CTHSSV**, Trường Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương. " *Thống kê HSSV ở nội ngoại trú 2012-2014"*
5. **Lê Thị Phượng,** Trương Thị Thu Hương (2009). " Đánh giá thực trạng và đề xuất một số biện pháp nâng cao chất lượng tự học của sinh viên năm thứ nhất trường Đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương".
6. **Đinh Minh Quang và cs (2011).** " Kết quả khảo sát bước đầu về tình hình sử dụng 'hai giờ tự học" của sinh viên trường đại học Cần Thơ".

SỰ HÀI LÒNG CỦA SẢN PHỤ SINH THƯỜNG VỀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN DỊCH VỤ CHĂM SÓC TẠI BỆNH VIỆN QUẬN THỦ ĐỨC NĂM 2017

Nguyễn Thị Bông[1], Lưu Tuyết Minh[2], Lê Minh Thi[3], Trần Quốc Cường[4]

TÓM TẮT

[1]*Bệnh viện Trưng Vương, Thành phố Hồ Chí Minh*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[3]*Trường Đại học Y tế Công cộng*
[4]*Bệnh viện Quận Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bông
Email: bong.congdoan2830@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 29.9.2017
Ngày duyệt bài: 5.10.2017

Mục tiêu: Đánh giá sự hài lòng của sản phụ sinh thường về dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện quận Thủ Đức năm 2017. ***Đối tượng và phương pháp:*** Tiến hành nghiên cứu trên 410 sản phụ sinh thường tại Bệnh viện Quận Thủ Đức từ 02/2017 – 05/2017. Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp phương pháp định lượng và định tính. ***Kết quả:*** Tỷ lệ hài lòng chung của sản phụ là 85,6%. Trong đó, hài lòng về sự tiếp cận dịch vụ là 67,8%; về giao tiếp và tương tác với bác sĩ là 69%; về giao tiếp và tương tác với NHS và hộ lý là 73,7%; về yếu tố hữu hình là 64,1%, về kết quả sử dụng dịch vụ chăm sóc là 75,1%. ***Kết luận:*** Từ những kết quả nghiên cứu về sự hài lòng của sản phụ đối với dịch vụ y tế tại bệnh viện Quận Thủ Đức, sẽ giúp các nhà quản lý có nhiều giải pháp để đáp ứng mức độ hài lòng về dịch vụ y tế và nâng cao hiệu quả chăm sóc sức khỏe sản phụ cũng như người bệnh ngày càng tốt hơn.

Từ khóa: Hài lòng, sản phụ, sinh thường, Thủ Đức.

SUMMARY

SATISFACTION OF PREGNANT WOMEN AFTER DELIVERY RELATING TO FACTORS ON HEALTHCARE SERVICES IN THU DUC DISTRICT HOSPITAL IN 2017

Objective: Maternal satisfactory evaluation after delivery about the maternal healthcare services in Thu Duc District hospital in 2017. ***Methods:*** Research done in 410 cases after delivery in Thu Duc District hospital from 02/2017 to 05/2017. Cross-sectional study, qualitative and quantitative study are aslo applied. ***Results:*** Maternal satisfactory rate is 85.6% in common. Among those, satisfaction about services is 67.8%, about communication and interaction is 69%, about communication and interaction with midwives and female nurses is 73.7%, about the tangible factors is 64.1%, about the healthcare service utilities is 75.1%. ***Conclusions:*** From study's results about maternal satisfaction with healthcare services in Thu Duc District hospital, there will be more solutions for the managers to response to the healthcare satisfactory levels and to improve the maternal healthcare effectiveness as well as patients' satisfaction.

Keywords: Satisfaction, Maternal, Delivery, Thu Duc.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự hài lòng của người bệnh là một thuật ngữ được sử dụng rộng rãi trong chăm sóc sức khỏe cho nhân dân. Cải thiện và nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe cho sản phụ ở các nước phát triển như Hoa Kỳ và các nước ở Châu Âu, có vai trò ngày càng quan trọng và là tiêu chí hài lòng của người bệnh [6]. Bộ Y tế đã ban hành bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam năm 2016 nhằm đánh giá sự hài lòng của người bệnh. Đây là thước đo phản ánh kết quả đầu ra của các cơ sở y tế dù là công lập hay tư nhân. Tại bệnh viện quận Thủ Đức chưa có nghiên cứu nào về sự hài lòng của sản phụ sinh thường đối với dịch vụ chăm sóc riêng biệt. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Sự hài lòng của sản phụ sinh thường về dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện quận Thủ Đức năm 2017", với mục tiêu: *Đánh giá sự hài lòng của sản phụ sinh thường về dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện quận Thủ Đức năm 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Nghiên cứu 410 sản phụ sinh thường tại bệnh viện quận Thủ Đức.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang, kết hợp phương pháp định lượng và định tính.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Một số đặc điểm của sản phụ về dân số học:

Bảng 1. Một số đặc điểm của sản phụ về dân số học (n = 410)

Biến số	Giá trị biến số	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	18 – 29	256	62,4
	≥ 30	154	37,6
Nơi ở	Thành thị	280	68,3
	Nông thôn	130	31,7
Học vấn	≤ THPT	311	75,9
	> THPT	99	24,1
Nghề nghiệp	Công nhân	242	59,0
	Cán bộ, viên chức	34	8,3
	Khác	134	32,7
Số lần sinh	1	149	36,3
	2	215	52,4
	≥ 3	46	11,2
Thu nhập trung bình người/tháng	≤ 2 triệu đồng	136	33,2
	2 - 4 triệu đồng	271	66,1
	> 4 triệu đồng	3	0,7
Tổng		**410**	**100**

Theo số liệu thống kê kinh tế - xã hội năm 2016 được Tổng cục Thống kê công bố, dân số trung bình năm 2016 của cả nước ước tính là 92,7 triệu người. Trong đó, thành thị chiếm 34,6% và nông thôn chiếm 65,4%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có sự khác biệt so với sự phân bố trung bình của cả nước (sống ở thành thị 68,3% và sống ở nông thôn 31,7%), có lẽ vì quận Thủ Đức là một quận nội thành và sản phụ đa phần là người địa phương.

Nhóm sản phụ ở độ tuổi 20 – 29 tuổi chiếm 62,4% và ≥ 30 tuổi chiếm 37,6%. Về sinh lý của phụ nữ, nhận thấy lứa tuổi sinh con đầu lòng tốt nhất là trong khoảng 20 - 30 tuổi, sau tuổi 30 thì khả năng sinh nở của người phụ nữ bắt đầu giảm dần và có nhiều yếu tố nguy cơ cho mẹ và con. Học vấn ≤ THPT chiếm tỷ lệ rất cao 75,9%, học vấn > THPT chỉ chiếm 24,1%. Điều này phản ánh thực trạng có 59% sản phụ là công nhân, nên việc học tập ở bậc đại học và sau đại học còn quá khiêm tốn.

Có 36,3% sản phụ sinh con lần đầu, 52,4% sản phụ sinh con lần thứ 2 và 11,2% sản phụ sinh sinh con lần thứ 3 trở lên. Theo nhóm tác giả Ngô Văn Vinh, Phan Nhật Tân, Trần Thị Kiều Trâm, Hà Thị Thu Ngân, Võ Thị Bích năm 2011 thì có 25,5% sản phụ sinh con thứ 3 trở lên với lý do chiếm tỷ lệ cao nhất là muốn có con trai (41,1%) và có 9,8% là do vỡ kế hoạch [5].

2. Sự hài lòng của sản phụ về tiếp cận dịch vụ chăm sóc:

Bảng 2. Sự hài lòng của sản phụ về tiếp cận dịch vụ chăm sóc (n = 410)

Mã số	Biến số	Hài lòng		Không hài lòng		Trung bình	SD
		n	%	n	%		
A1	Hài lòng về thái độ và hướng dẫn của nhân viên y tế ngoài khu vực khoa Sản	334	81,5	76	19,5	4,07	0,91
A2	Hài lòng về bảng chỉ dẫn của bệnh viện	319	77,8	91	22,2	4,01	0,98
A3	Hài lòng về sự tiếp đón của nhân viên y tế tại khoa Sản	347	84,6	63	15,4	4,13	0,94
A4	Hài lòng về hướng dẫn làm thủ tục hành chính của nhân viên y tế	342	83,4	68	16,6	4,12	0,89
A5	Hài lòng về thời gian chờ đợi làm thủ tục nhập viện	325	79,3	85	20,7	4,00	0,96
A6	Hài lòng về thu chi phí tạm ứng lúc nhập viện	327	79,8	83	20,2	4,03	0,90
A7	Hài lòng về thời gian chờ Bác sĩ khám lúc nhập viện	316	77,1	94	22,9	3,99	0,90
A8	Hài lòng về cung cấp thông tin chuyển dạ của sản phụ lúc nhập viện	320	78,0	90	22,0	4,01	0,95
A9	Hài lòng về cách chăm sóc của Nữ hộ sinh lúc nhập viện	350	85,4	60	14,6	4,18	0,94

Sản phụ hài lòng về thời gian chờ bác sĩ khám bệnh chiếm 77,1%, kết quả này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu trước đó của nhóm tác giả Lê Thị Ánh Hồng, Nguyễn Huỳnh Cúc, Trương Thị Nguyện Hảo, Nguyễn Thị Thái Hòa, Trần Quốc Cường (2015) nghiên cứ về sự hài lòng của 500 thai phụ đến khám thai tại bệnh viện quận Thủ Đức năm 2014 cho tỷ lệ hài lòng về chờ bác sĩ khám là 90,2% [3]. Sự khác biệt này có lẽ do hai đối tượng được khám bệnh là khác nhau. Khi chúng tôi tiến hành phỏng vấn sâu sản phụ thì có sản phụ cho rằng: *"Cũng hơi lâu vì buổi sáng đông người bệnh nên em phải đợi mất khoảng 15 phút mới làm xong thủ tục"* (sản phụ 01). Ngược lại, khi phỏng vấn sâu cũng có sản phụ trả lời rằng*: "Người bệnh đông phải xếp hàng, nhưng đến lượt em thì bác sĩ khám nhanh lắm"*

Hài lòng của sản phụ có thời gian chờ đợi làm thủ tục nhập viện và hài lòng về thu chi phí tạm ứng lúc nhập viện cho kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho tỷ lệ lần lược là 79,3% và 79,8%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu trước đó của tác giả Lê Thanh Chiến tại bệnh viện cấp cứu Trưng Vương TP. Hồ Chí Minh vào năm 2014 là 94,15% [1]. Sự khác biệt này cũng có thể do quy trình khám chữa bệnh ở mỗi bệnh viện khác nhau, do đối tượng của chúng tôi chỉ là sản phụ nên rất đặc biệt so với đối tượng nội trú khác.

3. Sự hài lòng của sản phụ về giao tiếp và tương tác với bác sĩ:

Bảng 3. Sự hài lòng của sản phụ về giao tiếp và tương tác với bác sĩ (n = 410)

Mã số	Biến số	Hài lòng		Không hài lòng		Trung bình	SD
		n	%	n	%		
B1	Hài lòng của sản phụ về tác phong làm việc của Bác sĩ	350	85,4	60	14,6	4,22	0,85
B2	Hài lòng của sản phụ về thái độ giao tiếp của Bác sĩ	358	87,3	52	12,7	4,24	0,86
B3	Hài lòng của sản phụ về kỹ năng thăm khám của Bác sĩ	358	87,3	52	12,7	4,24	0,85
B4	Hài lòng của sản phụ về sự nhẹ nhàng, kín đáo của Bác sĩ khi thăm khám	354	86,3	56	13,7	4,20	0,87
B5	Hài lòng về Bác sĩ có giải thích rõ ràng, dễ hiểu những vấn đề sản phụ quan tâm hoặc thắc mắc	361	88,0	49	12,0	4,27	0,85
B6	Hài lòng về sự có mặt, hướng dẫn và động viên kịp thời của Bác sĩ trong lúc sinh	330	80,5	80	19,5	4,09	0,96
B7	Hài lòng về kỹ thuật giảm đau của Bác sĩ trong lúc sản phụ chuyển dạ và khi sinh	290	77,3	120	11,7	4,02	0,99

Giao tiếp và tương tác giữa sản phụ với bác sĩ thì tỷ lệ sản phụ hài lòng về bác sĩ có giải thích rõ ràng, dễ hiểu những vấn đề sản phụ quan tâm hoặc thắc mắc chiếm cao nhất là 88%; hài lòng của sản phụ về thái độ giao tiếp của bác sĩ và hài lòng của sản phụ về kỹ năng thăm khám của bác sĩ có tỷ lệ 87,3%; hài lòng của sản phụ về sự nhẹ nhàng, kín đáo của bác sĩ khi thăm khám là 86,3%; hài lòng của sản phụ về tác phong làm việc của bác sĩ là 85,4%; hài lòng về sự có mặt, hướng dẫn và động viên kịp thời của Bác sĩ trong lúc sinh là 80,5%. Từ kết quả nghiên cứu cho thấy có 69% sản phụ hài lòng về khâu giao tiếp tương tác với bác sĩ. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu tác giả Phạm Văn Dần có tỷ lệ hài lòng về giải thích bệnh và hướng điều trị là 89,6% và hướng dẫn về thuốc và sinh hoạt rõ ràng là 89,7% [2]. Theo kết quả phỏng vấn sâu, sản phụ nhận xét: *"Chị bác sĩ khám cho em rất tế nhị, thao tác nhẹ nhàng, miệng luôn động viên nên em cảm thấy không đau lắm"* (lời sản phụ 04) hay một sản phụ khác trả lời: *"Em có hỏi bác sĩ vì sợ nếu nhiễm trùng sẽ mất sữa, không có sữa cho bé bú và bác sĩ đã vui vẻ trả lời đầy đủ nên em cũng yên tâm"* (lời sản phụ 02).

4. Sự hài lòng của sản phụ về giao tiếp và tương tác với NVYT (NHS và HL):

Bảng 5. Sự hài lòng của sản phụ về giao tiếp và tương tác với NVYT (n = 410)

Mã số	Biến số	Hài lòng		Không hài lòng		Trung bình	SD
		n	%	n	%		
C1	Hài lòng của sản phụ về tác phong làm việc của NHS	327	79,8	83	20,2	4,03	0,94
C2	Hài lòng về thái độ giao tiếp, ứng xử của nhân viên y tế khoa Sản (NHS, hộ lý) trong thời gian nằm điều trị	352	85,9	58	14,1	4,19	0,88
C3	Hài lòng của sản phụ với sự tư vấn, giải thích của NHS	349	85,1	61	14,9	4,16	0,91
C4	Hài lòng về sự có mặt, hướng dẫn và động viên, chia sẽ kịp thời của NHS	342	83,4	68	16,6	4,13	0,89
C5	Hài lòng của sản phụ về kỹ năng của NHS (hướng dẫn, chăm sóc, cấp phát thuốc, …)	359	87,6	51	12,4	4,24	0,83
C6	Hài lòng của sản phụ về giờ giấc, thao tác tắm bé và chăm sóc rốn cho bé của NHS	334	81,5	76	18,5	4,08	0,95

C7	Hài lòng của sản phụ về tư vấn cách nuôi con bằng sữa mẹ hoặc những vấn đề chăm sóc hậu sản cho sản phụ của NHS	373	91,0	37	9,0	4,35	0,79
C8	Hài lòng của SP về tác phong làm việc của HL	349	85,1	61	14,9	4,15	0,91
C9	Hài lòng của sản phụ về kỹ năng giao tiếp của HL	343	83,7	67	16,3	4,14	0,90
C10	Hài lòng của sản phụ về chuyên môn của hộ lý (vệ sinh buồng bệnh, thu gom đồ bẩn, …)	329	80,2	81	19,8	4,06	0,98

Kết quả nghiên cứu có hai nhân tố tạo được sự hài lòng cao của sản phụ là kỹ năng của NHS (hướng dẫn, chăm sóc, cấp phát thuốc, …) chiếm tới 87,6% và tư vấn cách nuôi con bằng sữa mẹ hoặc những vấn đề chăm sóc hậu sản cho sản phụ của NHS chiếm 91%. Kết quả này cao hơn nhiều so với tác giả T. Sreenivas và Nethi Suresh Babu nghiên cứu về sự hài lòng của người bệnh tại ba bệnh viện (Government General Hospital (GGH), St. Joseph General Hospital (SJGH) và NRI Hospital) trong Quận Gunter, bang Andhra Pradesh miền nam Ấn Độ cho tỷ lệ hài lòng tại bệnh viện GGH: 23,33%; bệnh viện SJGH 34,28% và bệnh viện NRI 94,67% [7].

Nhân tố trong khâu tương tác giữa sản phụ và NVYT có tỷ lệ thấp hơn so với các nhân tố khác, đó là: tác phong làm việc của NHS chiến 79,8% và kỹ thuật của hộ lý (vệ sinh buồng bệnh, thu gom đồ bẩn, …) chiếm 80,2%. Một sản phụ nêu nhận xét: *"Nói thật với em là chị thấy phòng vệ sinh chưa được sạch sẽ lắm, vẫn còn mùi trong phòng vệ sinh, làm thế nào để khử được mùi của phòng vệ sinh thì em thấy thoải mái hơn"* (sản phụ 08).

5. Sự hài lòng của sản phụ về các yếu tố hữu hình:

Bảng 5. Sự hài lòng của sản phụ về các yếu tố hữu hình (n = 410)

Mã số	Biến số	Hài lòng		Không hài lòng		Trung bình	SD
		n	%	n	%		
D1	Hài lòng của sản phụ về sự sạch sẽ tại phòng tiếp đón của khoa Sản	332	81,0	78	19,0	4,06	0,96
D2	Hài lòng của sản phụ về phòng nằm điều trị và sự tiện nghi bên trong phòng điều trị	306	74,6	104	25,4	3,86	1,05
D3	Hài lòng của sản phụ về sự yên tĩnh vào ban đêm của môi trường xung quanh phòng điều trị	323	78,9	87	21,1	3,99	1,00
D4	Hài lòng của sản phụ về phòng tắm và nhà vệ sinh có được vệ sinh sạch sẽ hàng ngày	290	70,7	120	29,3	3,78	1,10
D5	Hài lòng của sản phụ về chi phí điều trị tại khoa Sản	315	76,8	95	23,2	3,99	0,88
D6	Hài lòng của sản phụ về các các hoạt động khám chữa bệnh từ khi vào viện đến khi xuất viện tại khoa Sản	334	81,4	76	18,6	4,13	0,84
D7	Hài lòng của sản phụ với sự đầy đủ trang thiết bị tại khoa Sản	333	81,2	77	18,8	4,08	0,85
D8	Hài lòng của sản phụ với sự sạch sẽ, gọn gàng của y dụng cụ tại khoa Sản	340	82,9	70	17,1	4,12	0,89
D9	Hài lòng của sản phụ với trang phục sạch sẽ, gọn gàng của BS, NHS và hộ lý	358	87,3	52	12,7	4,22	0,81
D10	Hài lòng của sản phụ với sự phân biệt về màu sắc và kiểu dáng trong	347	84,6	63	15,4	4,18	0,83

	trang phục giữa BS, NHS và hộ lý						

Phòng tiếp đón sản phụ tại khoa Sản là nơi đầu tiên sản phụ tiếp xúc, nếu sạch sẽ gọn gàng sẽ gây được ấn tượng tốt đẹp cho sản phụ. Tỷ lệ sản phụ hài lòng về sự sạch sẽ tại phòng tiếp đón của khoa Sản là 81%. Khi phỏng vấn, một sản phụ trả lời: *"Buổi sáng em vào khoa Sản để làm thủ tục sinh, em thấy phòng ốc ngăn nắp, tươm tất, sạch sẽ hơn bên bệnh viện lần trước em sinh con đầu"* (sản phụ 06). Sản phụ hài lòng về phòng nằm điều trị và sự tiện nghi bên trong phòng điều trị là 74,7%. Tác giả Lê Thanh Chiến cho tỷ lệ người bệnh hài lòng về cảnh quang môi trường tại bệnh viện cấp cứu Trưng Vương TP. Hồ Chí Minh vào năm 2008 (85,85%) [1].

Một sản phụ nhận xét về: *"Em cảm nhận là khu vệ sinh ở gần phòng em nằm chưa được tươm tất, sạch sẽ lắm mặc dù em thấy ngày nào cũng thấy chị hộ lý lau chùi, quét dọn"* (sản phụ 08). Tỷ lệ sản phụ hài lòng về tiêu chí này chỉ chiếm 70,7%. Nói về trang phục của BS và nhân viên y tế cũng là yếu tố gây thiện cảm của người bệnh, kết quả nghiên sản phụ hài lòng về trang phục sạch sẽ, gọn gàng của BS và NVYT là 87,3%. Một sản phụ nhận xét khi phỏng vấn sâu: *"Mới vào nằm ở đây lần đầu mà em thấy BS và NVYT ngày nào trang phục cũng tươm tất, gọn gàng, nhìn bề ngoài của mấy anh chị NVYT là cảm thấy vui trong lòng"* (sản phụ 03). Chi phí điều trị có 76,8% sản phụ hài lòng về chi phí điều trị tại khoa Sản.

6. Sự hài lòng của sản phụ về dịch vụ chăm sóc:

Bảng 6. Sự hài lòng sản phụ về dịch vụ chăm sóc (n = 410)

Mã số	Biến số	Hài lòng		Không hài lòng		Trung bình	SD
		n	%	n	%		
E1	Hài lòng của sản phụ về chất lượng dịch vụ chăm sóc trong thời gian sinh tại khoa Sản	353	86,1	57	13,9	4,11	0,84
E2	Hài lòng của sản phụ về mối quan hệ thầy thuốc và người bệnh trong thời gian sinh tại khoa Sản	351	85,6	59	14,4	4,17	0,83
E3	Hài lòng của sản phụ về trạng thái tinh thần và tình trạng sức khỏe của mẹ và bé khi ra viện	349	85,1	61	14,9	4,19	0,82
E4	Hài lòng của sản phụ với việc tiếp tục sử dụng dịch vụ y tế tại bệnh viện khi có nhu cầu	336	82,0	74	18,0	4,12	0,88
E5	Hài lòng của sản phụ sẽ giới thiệu cho gia đình và bạn bè đến khám và điều trị tại bệnh viện quận Thủ Đức	336	82,0	44	18,0	4,14	0,84

Sau khi sinh con, cơ thể của người phụ nữ đã trải qua nhiều sự thay đổi lớn. Vì vậy việc chăm sóc sức khỏe cho bà mẹ đóng một vai trò quan trọng nhằm giúp cho cơ thể sản phụ nhanh chóng trở về trạng thái bình thường. Có 86,1% sản phụ hài lòng về chất lượng dịch vụ chăm sóc trong thời gian sinh nở tại khoa Sản. Một sản phụ cho ý kiến về khâu này: *"Đây là lần đầu tiên em đến sinh con ở đây và cảm thấy dịch vụ chăm sóc ở đây rất tốt, không có gì để phàn nàn cả chị ạ"* (sản phụ 03). Có 85,1% sản phụ hài lòng về trạng thái tinh thần và tình trạng sức khỏe của mẹ và bé khi ra viện. Điều này được của sản phụ nói: *"Trong lần sinh này, em rất vui, khi ra viện thấy con em khỏe và sức khỏe của em phục hồi nhanh, không hề có gì sai sót cả chị ạ"* (sản phụ 06).

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ hài lòng chung của sản phụ sinh thường là 85,6%. Trong đó, tỷ lệ hài lòng theo từng yếu tố riêng biệt như sau: Hài lòng với sự tiếp cận dịch vụ chiếm 67,8%, hài lòng với giao tiếp và tương tác với bác sĩ chiếm 69,0%, hài lòng với giao tiếp và tương tác với nhân viên y tế chiếm 73,7%, hài lòng với yếu tố hữu hình chiếm 64,1% và hài lòng với kết quả sử dụng dịch vụ chăm sóc chiếm 75,1%.

Tỷ lệ sản phụ hài lòng về chất lượng dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện quận Thủ Đức là 86,9%, chi phí chấp nhận được là 84,6%, không phải đi xa là 84,8%. Sản phụ đã từng sử dụng dịch vụ y tế tại bệnh viện quận Thủ Đức có tỷ lệ hài lòng chung là 88,2% và chưa từng sử dụng dịch vụ là 82,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thanh Chiến, Nguyễn Văn Hưng, Phạm Văn Thao (2014),** "Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về khám, chữa bệnh tại một số bệnh viện đa khoa hạng I thuộc Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh", *Tạp chí Y Dược học Quân sự,* (Số phụ trương 2014), tr. 35 - 43.
2. **Phạm Văn Dần (2012)**, *Nghiên cứu mức độ hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện đa khoa 333, tỉnh Đăk Lăk năm 2011*, Luận án Chuyên khoa Cấp II, Quản lý Y tế, Trường Đại học Y Dược Huế.
3. **Lê Thị Ánh Hồng, Nguyễn Huỳnh Cúc, Trương Thị Nguyện Hảo, Nguyễn Thị Thái Hòa, Trần Quốc Cường (2015**), "Khảo sát sự hài lòng của 500 thai phụ đến khám thai tại bệnh viện quận Thủ Đức năm 2014", *Tạp chí Y học Thực hành,* 983 (Số đặc biệt tháng 10 - 2015), tr. 208 - 210.
4. **Phạm Thị Ngọc Mai, Nguyễn Thị Thanh Nhạn, Hoàng Ngọc Minh (2010),** "Khảo sát sự hài lòng của thân nhân bệnh nhi tại khoa Nội tổng hợp bệnh viện Nhi Đồng 2 năm 2009", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh,* 14 (Phụ bản số 4), tr. 01 - 05.
5. **Ngô Văn Vinh, Phan Nhật Tân, Trần Thị Kiều Trâm, Hà Thị Thu Ngân, Võ Thị Bích (2011),** "Nghiên cứu tình hình sinh con thứ ba trở lên ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ tại huyện Hương Trà, tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2011", *Công báo,* Ủy ban Nhân dân tỉnh Thừa Thiên Huế, tr. 3 - 4.
6. **Sara N Bleich, Emre Özaltin, Christopher JL Murray (2009),** "How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience?", *Bulletin of the World Health Organization,* 87 (4), pp. 271 - 278.
7. **Sreenivas T., Babu Nethi Suresh (2012),** "A Study On Patient Satisfaction In Hospitals (A Study On Three Urban Hospitals In Guntur District, Andhra Pradesh)", *Internation Jounal of Management Research and Business Strategy,* 1 (1), pp. 101 - 118.

TÍNH TOÁN CHI PHÍ ĐẦY ĐỦ CHO TRƯỜNG HỢP ĐẺ THƯỜNG VÀ ĐẺ MỔ TẠI BỆNH VIỆN QUẬN THỦ ĐỨC, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2016

Vương Thi Sinh*, Hoàng Văn Minh, Thẩm Chí Dũng*****

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tính toán chi phí đầy đủ và so sánh chênh lệch chi phí đầy đủ và mức viện phí cho trường hợp đẻ thường và đẻ mổ tại Bệnh viện Quận Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2016. ***Phương pháp***: nghiên cứu cắt ngang mô tả sử dụng phương pháp hồi cứu số liệu sẵn có và phiếu thanh toán của bệnh nhân lúc ra viện và các sổ sách liên quan đến chi phí từ phòng tài chính cho trường hợp đẻ thường và đẻ mổ. ***Kết quả:*** Chi phí đẻ thường: 3260,0 nghìn đồng (±690,5); đẻ mổ lấy thai lần 1: 9761,6 nghìn đồng (±1353,4); đẻ mổ lấy thai lần 2: 8410,3 nghìn đồng (±934,2); Chi phí đầy đủ cao hơn giá dịch vụ cho một đợt đẻ thường là 914,6 nghìn đồng; và giá dịch vụ chỉ bằng 71,9% so với chi phí đầy đủ. Chi phí đầy đủ cao hơn giá dịch vụ cho một đợt đẻ mổ lấy thai lần 1 là 4197,2 nghìn đồng; và giá dịch vụ chỉ bằng 57,0% so với chi phí đầy đủ. Chi phí đầy đủ cao hơn giá dịch vụ cho một đợt đẻ đẻ mổ lấy thai lần 2 là 2284,2 nghìn đồng; và giá dịch vụ chỉ bằng 72,8% so với chi phí đầy đủ. ***Kết luận:*** Để giảm gánh nặng tài chính cho các cơ sở y tế, Bộ y tế cần quy định mức thu chi phí đầy đủ của trường hợp đẻ thường và đẻ mổ tại bệnh viện. Khuyến khích BHYT thanh toán chi phí các dịch vụ khám chữa bệnh đầy đủ hơn, góp phần giảm gánh nặng cho người bệnh và cơ sở y tế.

Từ khóa: Chi phí đầy đủ, đẻ thường, đẻ mổ, Thủ Đức

**Bệnh viện Quận Thủ Đức, TP HCM*
***Phó Hiệu trưởng trường ĐH YTCC HN*
**** Bộ Y Tế*
Chịu trách nhiệm chính: Vương Thị Sinh
Email: sinhvuong1985@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 29.9.2017
Ngày duyệt bài: 4.10.2017

SUMMARY

CALCULATION OF FULL COST FOR VAGINAL BIRTH AND C-SECTION AT HOSPITAL, HO CHI MINH CITY, 2016

Objectives: To calculate the full cost and compare the full cost difference and hospital fee for normal delivery and delivery at Thu Duc District Hospital, Ho Chi Minh City 2016. ***Methods*** : cross-sectional descriptive study using the available data retrospective and patient payment cards at discharge and records relating to costs from the financial department for the normal delivery and cesarean section. ***Results***: Normal cost: 3260,000 VND (± 690,5); First cesarean section: 9761.6 thousand VND (± 1353.4); Second cesarean section: 8410.3 thousand VND (± 934.2); The full cost is higher than the service cost for a normal delivery period of VND 914.6 thousand; and service costs are only 71.9% of full cost. The full cost is higher than the service cost for a first cesarean section is 4197.2 thousand; and service fee is only 57.0% of full cost. The full cost is higher than the cost of services for a second caesarean section Caesarean section is 2284.2 thousand VND; and the service fee is only 72.8% of the full cost. ***Conclusion:*** In order to reduce the financial burden on health facilities, the Ministry of Health should regulate the full cost of birth and hospital delivery. Encourage health insurance to cover the cost of medical services more fully, contributing to reducing the burden on patients and health facilities.

Keywords: Full cost, lay often, caesarean section, Thu Duc.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đẻ mổ và đẻ thường là các trường hợp chiếm tỷ trọng lớn khám, chữa bệnh BHYT cả về tần suất và chi phí tại các bệnh viện tuyến quận, huyện. Tại Canada, chi phí trung bình cho một trường hợp đẻ thường là 2.700 USD và đẻ mổ là 4.600 USD [4]. Tại Mỹ, chi phí trung bình cho một trường hợp đẻ thường là 3.347 USD và đẻ mổ là 4.655 USD [6]. Như vậy, tổng chi phí y tế cho một trường hợp đẻ mổ thường cao gấp 2 lần so với trường hợp đẻ thường [5]. Ở Việt Nam, chi phí điều trị trong bệnh viện chỉ mới được ước tính một cách tổng quát, tương đối, việc phân tích chi phí điều trị bằng phương pháp phân bổ từng bước đang còn hạn chế về số lượng đề tài, đặc biệt trong việc tính toán chi phí cho một trường hợp đẻ thường hay đẻ mổ. Vì vậy, việc lựa chọn phương thức thanh toán hợp lý, kiểm soát chặt chẽ chỉ định điều trị, can thiệp y tế phù hợp trở thành mối quan tâm đặc biệt của xã hội nhằm kiểm soát tốt chi phí y tế, góp phần hạn chế sự gia tăng chi phí y tế và sử dụng nguồn lực tài chính hạn chế một cách có hiệu quả.

Hiện nay, Bệnh viện Quận Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh cũng đang hướng đến tự chủ tài chính theo xu hướng chung, cho nên tiến hành nghiên cứu: *"Tính toán chi phí đầy đủ cho trường hợp đẻ thường và đẻ mổ tại Bệnh viện Quận Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2016"* với hai mục tiêu cụ thể sau:

1. Tính toán chi phí đầy đủ cho trường hợp đẻ thường và đẻ mổ tại Bệnh viện Quận Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2016.

2. So sánh chênh lệch chi phí đầy đủ và mức viện phí cho trường hợp đẻ thường và đẻ mổ tại Bệnh viện Quận Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu: Đây là nghiên cứu chi phí y tế sử dụng phương pháp hồi cứu số liệu sẵn có tại Bệnh viện Quận Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2017.

2.2 Đối tượng nghiên cứu: Phiếu thanh toán của bệnh nhân lúc ra viện và các sổ sách liên quan đến chi phí từ phòng tài chính cho trường hợp đẻ thường và đẻ mổ.

2.3 Thời gian – địa điểm: Nghiên cứu được tiến hành trong thời gian 08 tháng (từ tháng 01 đến tháng 8/2017), trong đó thời gian thu thập số liệu là từ tháng 9 đến tháng 12/2016

2.4 Cỡ mẫu: Để tính toán chi phí trực tiếp cho trường hợp đẻ thường và đẻ mổ, nghiên cứu đã tiến hành lấy 60 hồ sơ của mỗi phương pháp đẻ thường và đẻ mổ để đảm bảo tính chính xác. Cỡ mẫu này là lớn hơn cỡ mẫu ước tính chi phí trong điều tra quốc gia và cũng được áp dụng tương tự trong nghiên cứu "Chi phí điều trị một số nhóm bệnh tại bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh" của Bộ Y tế (2005) [3]. Cỡ mẫu này phù hợp với năng lực cung cấp dịch vụ của Bệnh viện và đại diện cho các trường hợp đẻ thường và đẻ mổ, vì Khoa Sản có trung bình khoảng 300 trường hợp cả đẻ thường và đẻ mổ mỗi tháng.

Như vậy, nghiên cứu đã lấy 60 hồ sơ x 3 phương pháp = 180 hồ sơ tài chính về đẻ thường và đẻ mổ tại Khoa Sản, Bệnh viện Quận Thủ Đức.

2.5 Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn ngẫu nhiên đơn 180 trường hợp sản phụ dựa theo danh sách sản phụ đến sinh đẻ tại Khoa Sản. Sau đó sẽ kiểm tra hồ sơ bệnh án có phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn của đẻ thường (tương ứng ICD-10: O80) và đẻ mổ (tương ứng ICD-10: O82) tại Khoa Sản Bệnh viện Quận Thủ Đức trong thời gian nghiên cứu.

2.6 Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu thu thập được mã hóa, quản lý bằng phần mềm Microsoft Excel (MS, 2010) và xử lý bằng phần mềm SPSS (Statistical Package for Social Sciences, phiên bản 20.0).

Các biểu đồ, đồ thị được trình bày trong kết quả nghiên cứu, sử dụng phần mềm SPSS và Microsoft Excel (MS, 2010).

Nghiên cứu áp dụng phương pháp phân bổ từng bước (step-down) để phân bổ chi phí của các bộ phận gian tiếp cho các bộ phận trực tiếp [1], Phương pháp tính toán mức viện phí và so sánh chi phí y tế đầy đủ và mức viện phí.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Chi phí đầy đủ đẻ thường và đẻ mổ *Đơn vị tính: 1.000 đồng*

	Đẻ thường	Đẻ mổ 1	Đẻ mổ 2
Số lượng (n)	60	60	60
Trung bình	3260,0	9761,6	8410,3
Độ lệch chuẩn	690,5	1353,4	934,2
Trung vị	3022,0	9651,8	8153,9

Thấp nhất	2275,5	6521,8	7198,1
Cao nhất	5811,9	17206,8	12136,4

Chi phí đầy đủ cho một đợt đẻ thường và đẻ mổ tại Bệnh viện Quận Thủ Đức không dưới 3 triệu; chi phí trung bình cho một đợt đẻ thường là 3260,0 nghìn đồng, thấp nhất là 2275,5 nghìn đồng và cao nhất là 5811,9 nghìn đồng; chi phí trung bình cho một đợt mổ đẻ lấy thai lần một là 9761,6 nghìn đồng, thấp nhất là 6521,8 nghìn đồng và cao nhất là 17206,8 nghìn đồng; chi phí trung bình cho một đợt mổ đẻ lấy thai lần 2 là 8410,3 nghìn đồng, thấp nhất là 7198,1 nghìn đồng và cao nhất là 12136,4 nghìn đồng.

Bảng 2. Phân bổ chi phí theo dịch vụ đẻ thường (chi phí trung bình) *Đơn vị tính: 1.000đ*

Các dịch vụ	Con người	Thuốc, vật tư, hoá chất,..	Vận hành sửa chữa	Khấu hao nhà cửa	Khấu hao trang thiết bị	TỔNG CỘNG
Giường bệnh	602,1	344,5	495,6	41,0	59,7	**1.542,9**
Chẩn đoán hình ảnh	85	219,1	71,4	1,9	15,7	**393,1**
Xét nghiệm	56,9	344,5	43,2	1,4	5,6	**451,6**
Thủ thuật	340,4	194,8	280,2	23,2	33,8	**872,4**
Tổng cộng	**1.084,4**	**1.102,9**	**890,3**	**67,5**	**114,8**	**3.260,0**

Trong 3260,0 nghìn chi phí trung bình cho dịch vụ đẻ thường thì chi phí cho giường cao hơn các dịch còn lại (1542,9 nghìn đồng); chi phí chẩn đoán hình ảnh là 393,1. Trong các nguồn chi phí phân bổ thì chi phí về thuốc vật tư, hoá chất, … nhiều hơn các nguồn chi phí khác.

Bảng 3. Các thành phần và cơ cấu chi phí đẻ mổ lần 1 (chi phí trung bình)

Các mục chi	Chi phí (1.000 đồng)	Tỷ lệ (%)
Chi phí trực tiếp	**6.193,0**	**63,44**
Chi phí thường xuyên	***6.080,3***	***62,29***
Con người	2.454,1	25,14
Thuốc	1.210,8	12,40
Vật tư tiêu hao, hoá chất, máu	1.728,5	17,71
Vận hành sửa chữa	686,9	7,04
Chi phí đầu tư	***112,7***	***1,15***
Khấu hao nhà cửa	70,8	0,73
Khấu hao trang thiết bị	41,8	0,43
Chi phí gián tiếp	**3.568,7**	**36,56**
Con người	607,4	6,22
Vận hành sửa chữa	1.997,6	20,46
Khấu hao nhà cửa	113,2	1,16
Khấu hao trang thiết bị	850,4	8,71
Tổng cộng	**9.761,6**	**100,0**

Trong chi phí đầy đủ cho một đợt đẻ thường thì chi phí con người chiếm cao hơn hẳn các loại còn lại (31,26%); đẻ mổ lần 1 có chi phí vật tư tiêu hao, hoá chất chiếm 17,71%; tuy nhiên chi phí khấu hao trang thiết bị là 0,97%.

Bảng 4. Phân bổ chi phí theo dịch vụ đẻ mổ lần 1 (chi phí trung bình)

Các dịch vụ	Con người	Thuốc, vật tư, hoá chất,..	Vận hành sửa chữa	Khấu hao nhà cửa	Khấu hao trang thiết bị	TỔNG CỘNG
Giường bệnh	1320,4	1024,6	1086,8	90,0	131,0	3652,8
Chẩn đoán hình ảnh	166,2	388,5	139,5	3,6	30,6	728,5
Xét nghiệm	64,4	383,8	48,9	1,6	6,4	505,0
Phẫu thuật	1510,5	1142,4	1409,3	88,9	724,3	4875,3
Tổng cộng	**3061,5**	**2939,3**	**2684,5**	**184,1**	**892,3**	**9761,6**

Trong chi phí cho một lần đẻ mổ lấy thai lần 1 thì chi phí cho phẫu thuật chiếm đa số (4.875,3 nghìn đồng), chi phí này được phân bổ nhiều nhất từ thuốc, vật tư hoá chất,.. là 1.142,4 nghìn đồng.

Bảng 5. Các thành phần và cơ cấu chi phí đẻ mổ lần 2 (chi phí trung bình)

Các mục chi	Chi phí (1.000 đồng)	Tỷ lệ (%)
Chi phí trực tiếp	5616,5	66,78

Chi phí thường xuyên	5517,6	65,60
Con người	1993,9	23,71
Thuốc	1248,8	14,85
Vật tư tiêu hao, hoá chất, máu	1671,5	19,87
Vận hành sửa chữa	603,3	7,17
Chi phí đầu tư	99,0	1,18
Khấu hao nhà cửa	62,2	0,74
Khấu hao trang thiết bị	36,7	0,44
Chi phí gián tiếp	2793,8	33,22
Con người	490,7	5,83
Vận hành sửa chữa	1564,1	18,61
Khấu hao nhà cửa	87,8	1,04
Khấu hao trang thiết bị	651,2	7,74
Tổng cộng	**8410,3**	**100,00**

Trong chi phí đầy đủ cho một đợt đẻ mổ lấy thai lần 2 thì chi phí trực tiếp chiếm 66,78%, trong đó con người chiếm cao hơn hẳn các loại còn lại (23,71%); trong chi phí gián tiếp thì chi phí vận hành chiếm tỷ lệ cao nhất 18,61%.

Bảng 6. Phân bổ chi phí theo dịch vụ đẻ mổ lần 2 (chi phí trung bình)

Các dịch vụ	Con người	Thuốc, vật tư, hoá chất,..	Vận hành sửa chữa	Khấu hao nhà cửa	Khấu hao trang thiết bị	TỔNG CỘNG
Giường bệnh	1.159,7	1192,8	954,5	79	115,1	3501,1
Chẩn đoán hình ảnh	124,7	219,2	104,7	2,7	23	474,3
Xét nghiệm	67,5	449,1	51,2	1,6	6,7	576,1
Phẫu thuật	1.132,8	1.059,1	1057	66,7	543,2	3.858,8
Tổng cộng	**2.484,7**	**2920,2**	**2167,4**	**150**	**688**	**8.410,3**

Chi phí đẻ mổ lấy thai lần 2 được phân bổ từ các nguồn chi phí con người, thuốc, vật tư, hoá chất, chi phí vận hành, khấu hao nhà cửa và khấu hao trang thiết bị. trong đó chi phí về thuốc, vật tư, hoá chất lớn nhất (2920,2 nghìn đồng); chỉ có 150 nghìn đồng là được nhận phân bổ từ khấu hao nhà cửa. Chi phí trung bình đầy đủ của một lần mổ đẻ lấy thai lần 2 là 8410,3 nghìn đồng

So sánh chi phí và giá dịch vụ đẻ thường và đẻ mổ tại Bệnh viện Quận Thủ Đức năm 2016

Bảng 7. Giá dịch vụ đẻ thường và đẻ mổ *Đơn vị tính: 1.000 đồng*

	Đẻ thường	Đẻ mổ 1	Đẻ mổ 2
Số lượng (n)	60	60	60
Trung bình	2.345,4	5564,4	6126,1
Độ lệch chuẩn	393,3	1194,3	1510,2
Trung vị	2347,4	5462,2	5682,1
Thấp nhấp	1445,8	1247,7	4677,8
Cao nhất	3556,7	11373,6	11551,0

Giá dịch vụ cho một trường hợp đẻ thường là 2345,4 nghìn đồng (±393,3 nghìn đồng); đối với đẻ mổ lấy thai lần 1 và lấy thai lần 2 lần lượt là 5564,4 nghìn đồng (±1194,3 nghìn đồng) 6126,1 nghìn đồng (±1510,2 nghìn đồng)

Bảng 8. So sánh mức chi phí đầy đủ và giá đẻ thường

Các mục chi	Chi phí đầy đủ (1000 đồng	Giá dịch vụ (1000 đồng)	Chi phí chênh lệch (1000 đồng)
Giường bệnh	1542,9	920,0	622,9
Chẩn đoán hình ảnh	393,1	243,5	149,6
Xét nghiệm	451,6	344,5	107,1
Thủ thuật	872,4	861,8	10,6
Tổng cộng	**3260,0**	**2345,4**	**914,6**

So sánh chi phí đầy đủ và giá dịch vụ của một trường hợp đẻ thường là có sự thây đối rõ rệt, chi phí dịch vụ chỉ bằng 71,9% so với chi phí đầy đủ; chi phí chẩn đoán hình ảnh, giường bệnh, thủ thuật, xét nghiệm đều cao hơn so với giá dịch vụ, trong đó chi phí giường bệnh tăng cao nhất 622,9 nghìn đồng.

Bảng 9. So sánh cơ cấu chi phí đầy đủ và giá đẻ thường

Các mục chi	Cơ cấu %	Cơ cấu %	Chênh lệch cơ cấu

	Chi phí đầy đủ	Giá dịch vụ	
Giường bệnh	47,2	38,82	8,38
Chẩn đoán hình ảnh	12,1	10,28	1,82
Xét nghiệm	13,9	14,53	-0,63
Thủ thuật	26,8	36,37	-9,57

Cơ cấu giữa chi phí đầy đủ và giá dịch vụ có sự thây đổi; cơ cấu chi phí đầy đủ có sự dịch chuyển mạnh về phía giường bệnh.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả phân tích về cơ cấu thu phí trường hợp đẻ mổ trong nghiên cứu này có một số điểm tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Thanh Oai năm 2009 cấu phần chi phí về PTTT (Bệnh viện Thanh Oai 19%, Bệnh viện Quận Thủ Đức 49,94% mổ lấy thai lần 1, 43,36% mổ lấy thai lần 2); tiền giường (Bệnh viện Thanh Oai 27%, Bệnh viện Thủ Đức 37,43% mổ lấy thai lần 1, 44,15% mổ lấy thai lần 2), nhưng có một số điểm khác với bệnh viện Thanh Oai (cấu phần chi phí thuốc và VTYT chiếm cao nhất (49%), chi phí về xét nghiệm chiếm khoảng 4.7%). Lý do có thể là giá dịch vụ nghiên cứu tại Bệnh viện Thanh Oai năm 2009 chưa được tính đầy đủ như trong nghiên cứu của chúng tôi. Trung bình tổng chi phí trường hợp mổ đẻ trong nghiên cứu tại Bệnh viện Thanh Oai năm 2009 là 3.908.453 đồng [1]. chỉ bằng 31,69% chi phí trung bình đẻ mổ lấy thai lần 1 và bằng 29,32% chi phí trung bình đẻ mổ lấy thai lần 2 tại Bệnh viện Quận Thủ Đức năm 2016. Điều này có thể do các chi phí đầu tư (khấu hao nhà, khấu hao trang thiết bị và tài sản khác) và các chi phí về vận hành và quản lý đã được hạch toán đủ trong nghiên cứu tại Bệnh viện Quận Thủ Đức và đã được điều chỉnh giá viện phí theo lộ trình của Bộ Y tế.

Khi phân bổ các chi phí trên vào dịch vụ đẻ thường thì ta thấy các khoảng chi phí đó sẽ như sau: chi phí giường bệnh là 1.542,9 nghìn đồng; chi phí chẩn đoán hình ảnh là 393,1 nghìn đồng; chi phí xét nghiệm là 451,6 nghìn đồng; chi phí thủ thuật là 872,4 nghìn đồng. Như vậy, chi phí giường bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất 47,2% trong tổng chi phí đầy đủ của một trường hợp đẻ thường.

Đối với những trường hợp đẻ mổ lần 1 và lần 2, chi phí trung bình giường bệnh cho mỗi trường hợp theo thứ tự là là 1851,4 nghìn đồng/4,5 ngày và 2068,8 nghìn đồng/4,5 ngày hay tương ứng với 1234,3 nghìn đồng/3 ngày và 1378 nghìn đồng/3 ngày thấp hơn chi phí giường bệnh theo thông tư số 37/2015/TTLT-BYT-BTC là 1717 nghìn đồng/3 ngày, sự khác biệt này cho thấy chi phí đẻ mổ lần 1 và lần 2 tại bệnh viện đang còn thiếu so với thông tư. So với chi phí đầy đủ mà chúng tôi tính toán thì giá dịch vụ của đẻ mổ lần 1 và lần 2 thấp hơn nhiều, chi phí giường bệnh đẻ mổ lần 1 và lần 2 chênh lệch tương ứng là 1801,4 nghìn đồng và 1644,1 nghìn đồng; chi phí chẩn đoán hình ảnh theo thứ tự là 340 nghìn đồng và 255 nghìn đồng; chi phí xét nghiệm theo thứ tự là 121,2 nghìn đồng và 126,9 nghìn đồng; chi phí phẫu thuật theo thứ tự là 1904,2 nghìn đồng và 258,2 nghìn đồng. Như vậy với mỗi sản phụ đẻ mổ lần 1 và lần 2 thì bệnh viện đã chi trả thêm 4197,2 nghìn đồng với đẻ mổ lần 1 và 2284,2 nghìn đồng với đẻ mổ lần 2.

III. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

– Đẻ thường: 3260,0 nghìn đồng (±690,5);

– Đẻ mổ lấy thai lần 1: 9761,6 nghìn đồng (±1353,4);

– Đẻ mổ lấy thai lần 2: 8410,3 nghìn đồng (±934,2);

Các thành phần chi phí cho đợt đẻ thường và đẻ mổ:

– Đẻ thường: chi phí trực tiếp 2555,9 nghìn đồng (78,40%); chi phí gián tiếp 704 nghìn đồng (21,60%).

– Đẻ mổ lấy thai lần 1: chi phí trực tiếp 6193,0 nghìn đồng (63,44%); chi phí gián tiếp 3568,7 nghìn đồng (36,56%).

– Đẻ mổ lấy thai lần 2: chi phí trực tiếp 5616,5 nghìn đồng (66,78%); chi phí gián tiếp 2793,8 nghìn đồng (33,22%)

So sánh chi phí đầy đủ và viện phí cho trường hợp đẻ thường và đẻ mổ tại Bệnh viện Quận Thủ Đức, TP. Hồ Chí Minh năm 2016

– Chi phí đầy đủ cao hơn giá dịch vụ cho một đợt đẻ thường là 914,6 nghìn đồng; và giá dịch vụ chỉ bằng 71,9% so với chi phí đầy đủ.

– Chi phí đầy đủ cao hơn giá dịch vụ cho một đợt đẻ mổ lấy thai lần 1 là 4197,2 nghìn đồng; và giá dịch vụ chỉ bằng 57,0% so với chi phí đầy đủ.

– Chi phí đầy đủ cao hơn giá dịch vụ cho một đợt đẻ đẻ mổ lấy thai lần 2 là 2284,2 nghìn đồng; và giá dịch vụ chỉ bằng 72,8% so với chi phí đầy đủ.

Tiếp tục duy trì hoạt động hiện tại, phát huy những điểm mạnh và khắc phục những khuyết điểm còn tồn tại của bệnh viện. Xây dựng danh

mục bảng giá viện phí bao phủ đầy đủ các yếu tố chi phí điều trị để đảm bảo duy trì và phát triển hoạt động của bệnh viện. Thực hiện thường xuyên công tác kiểm tra, giám sát, đánh giá hiệu quả việc cung cấp các dịch vụ y tế khi điều chỉnh mức thu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ban vật giá chính phủ, Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội, et al. (1995)** Thông tư số 14/TTLB về hướng dẫn thực hiện thu một phần việ phí.
2. **Chính phủ (2008)** Nghị định số 69/2008/NĐ-CP ngày 30/5/2008 về chính sách khuyến khích xã hội hóa đối với các hoạt động trong lĩnh vực giáo dục, dạy nghề, y tế, văn hóa, thể thao, môi trường.
3. **Dương Huy Liệu, Nguyễn Hoàng Long, Sarah Bales và cộng sự (2005)**, "*Nghiên cứu chi phí điều trị một số nhóm bệnh tại bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh*" Dự án thành phần chính sách y tế, Chương trình hợp tác y tế Việt Nam - Thuỵ Điển, Bộ Y tế, 71.
4. **Hoàng Văn Minh N.T.M.A. (2013)** "Phân tích chi phí điều trị một số bệnh thường gặp tại bệnh viện huyện Thanh Oai, Hà Nội, 2009", *Tạp chí Y học Thực hành,* 878 (7), 147 - 150.
5. **Healthcare T. (2007)** "The healthcare costs of having a baby", *Santa Barbara, CA,*
6. **Witter S., S. Khadka, H. Nath, S. Tiwari (2011)** "The national free delivery policy in Nepal: early evidence of its effects on health facilities", *Health policy and planning,* 26 (suppl_2), 84-91.

THỰC TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI DÂN TỪ 18-60 TUỔI TẠI XÃ KHÁNH VÂN, HUYỆN YÊN KHÁNH, TỈNH NINH BÌNH NĂM 2017

Vũ Hà Bắc[1] , Đỗ Văn Dung[2]

TÓM TẮT[71]

Bằng phương pháp mô tả cắt ngang có phân tích trên 801 đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) từ 18-60 tuổi tại xã Khánh Vân, huyện Yên Khánh, tỉnh Ninh Bình năm 2017, kết quả nghiên cứu cho thấy: Trong nghiên cứu với tổng số 801 ĐTNC, trong đó có 474 nam giới, chiếm 59,2%. Số người tăng huyết áp là 207 người, tỷ lệ tăng huyết áp (THA) chiếm 25,8%; tỷ lệ THA ở nam giới là 27,2% cao hơn nữ giới (24,9%). Nhóm người có độ tuổi càng cao càng có xu hướng THA cao hơn, với p<0,01. Nhóm người có trình độ học vấn càng cao thì xu hướng THA càng giảm, với p<0,05. Nhóm nghề nội trợ có tỷ lệ THA cao nhất (57,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (ngoại trừ so với nhóm buôn bán), với p<0,01. Nhóm người có thói quen ăn mặn có tỷ lệ THA cao hơn nhóm người không ăn mặn; nhóm người có thói quen hút thuốc lá, lào có tỷ lệ THA cao hơn nhóm không hút; nhóm người có thói quen ít vận động thể lực có tỷ lệ THA cao hơn nhóm người vận động thể lực, với p<0,01. Nhóm những người thừa cân, béo phí có tỷ lệ THA cao hơn nhóm bình thường, thiếu cân, với p<0,01. Nhóm những người thường xuyên lo lắng về kinh tế, thu nhập có tỷ lệ THA độ II và III cao hơn nhóm không lo lắng, với p<0,05.

SUMMARY

CURRENT STATUS OF HYPERTENSION AND SOME RELATED FACTORS OF 18-60 AGE PEOPLE IN KHANH VAN COMMUNE, YEN KHANH DISTRICT, NINH BINH PROVINCE 2017

By cross-sectional descriptive method, 801 subjects from 18-60 years old were interviewed in Khanh Van commune, Yen Khanh district, Ninh Binh province in 2017. The results showed that: In the study, a total of 801 subjects, including 474 males, accounted for 59.2%. The number of hypertension was 207, the rate of hypertension was 25.8%; The prevalence of hypertension in men was 27.2% higher than that of women (24.9%).The higher age group tended to have higher blood pressure, with p<0.01. The higher the education level, the lower the trend for hypertension, with p<0.05. The housewife group had the highest rate of hypertension (57.4%), the difference was statistically significant (except for trade group), with p<0.01. Groups of people who have a habit of eating salty have higher rates of hypertension than those who do not eat salty water; Cigarette smokers have higher rates of hypertension than non-smokers; The group of people with less active physical activity had a higher prevalence of hypertension than those with physical activity, with p<0.01. The overweight group had a higher prevalence of hypertension than normal, underweight, with p<0.01. A group of economically anxious people had higher rates of hypertension II and III than those without anxiety, with p<0.05.

[1]*Sở Y tế tỉnh Ninh Bình*

[2]*Liên hiệp các Hội khoa học và kỹ thuật tỉnh Ninh Bình*

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Dung

Email: Dungnb62@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là vấn đề quan trọng đối với sức khỏe cộng đồng. Tỷ lệ THA hiện đang ở mức cao và gia tăng trên thế giới cũng như ở Việt Nam. THA với hậu quả nặng nề của nó như TBMMN, nhồi máu cơ tim, suy tim, suy thận...là một trong những nguyên nhân hàng đầu của tử vong, là yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh và là gánh nặng cho gia đình, cộng đồng và xã hội.

Theo báo cáo của WHO năm 2013, mỗi năm có khoảng 17 triệu người tử vong do bệnh lý tim mạch (chiếm 1/3 tử vong chung), trong đó 45% tử vong do Tim liên quan đến THA và 51% tử vong do đột quỵ não là do THA.

Tại Việt Nam đã có chương trình quốc gia về phòng, chống bệnh THA được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt năm 2008, với mục tiêu phát hiện sớm, quản lý và điều trị THA; xây dựng, triển khai và duy trì bền vững mô hình quản lý bệnh THA tại tuyến cơ sở, 50% số người mắc THA được phát hiện sẽ được điều trị đúng phác đồ của Bộ Y tế, giảm tỷ lệ tử vong và tai biến do bệnh THA.

Tại Ninh Bình, chưa có nghiên cứu nào về thực trạng THA của người dân tại cộng đồng ở lứa tuổi lao động từ 18-60. Để đánh giá thực trạng bệnh THA và hướng tới mục tiêu phát hiện, dự phòng sớm bệnh THA cho người dân tại xã Khánh Vân. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan của người dân từ 18-60 tuổi tại xã Khánh Vân, huyện Yên Khánh, tỉnh Ninh Bình". Nhằm 02 mục tiêu: (i) Mô tả thực trạng tăng huyết áp của người dân từ 18-60 tuổi tại xã Khánh Vân, huyện Yên Khánh, tỉnh Ninh Bình, năm 2017. (ii) Xác định một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người dân trong độ tuổi từ 18 đến 60 được xác định theo danh sách hiện đang sinh sống tại địa phương.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành từ ngày 01/01/2017 đến ngày 31/7/2017 tại xã Khánh Vân, huyện Yên Khánh, tỉnh Ninh Bình.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu: Xác định cỡ mẫu theo công thức tính cỡ mẫu điều tra xác định tỉ lệ của một nghiên cứu mô tả cắt ngang:

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

Trong đó: n:Cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu

- Z= 1.96 tương ứng giá trị α = 0,05. Độ tin cậy 95%; p = Tỷ lệ ước tính mắc THA trong quần thể là 23%. (Theo kết quả nghiên cứu của Trương Thị Thùy Dương và cs) [3]. q = 1- p; d = 0,03 là sai số cho phép.

Thay vào công thức ta tính được cỡ mẫu cần thiết là n = 756. Ước lượng 5% mẫu dự phòng và làm tròn, n = 800

Phương pháp chọn mẫu: Tổng số ĐTNC trong độ tuổi 18 - 60 của xã là 3022. Bằng phương pháp điều tra thuận tiện, chúng ta tới từng hộ gia đình và điều tra 801 ĐTNC.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch và nhập bằng phần mềm Epi-Data 3.1 và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, bằng các test thống kê y tế như Chi bình phương, T-Test và các giá trị OR, CI95%, giá trị p…

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

2.1. Thực trạng THA của ĐTNC

Bảng 1. Phân bố ĐTNC theo giới tính (n=801)

Giới tính	Toàn thể		Tăng huyết áp	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Nam giới	327	40,8	89	27,2
Nữ giới	474	59,2	118	24,9
Tổng	801	100	207	25,8

Trong 801 ĐTNC có 474 nam giới, chiếm 59,2%. Tổng số người tăng huyết áp (THA) là 207 người, chiếm 25,8%; tỷ lệ THA ở nam giới là 27,2% cao hơn nữ giới (24,9%). Theo nghiên cứu của Võ Thị Dễ và cs, tỷ lệ THA chung là 28,4%, ở nam giới là 30,6% và nữ giới là 26,9% [2]. Theo nghiên cứu của Trương Thị Thuỳ Dương và cs năm 2013 tại Hà Nam trên 1009 ĐTNC từ 18 tuổi trở lên cho thấy, tỷ lệ THA chung là 24,4%, tỷ lệ THA ở nam giới là 28,3%, ở nữ giới là 22,6%, kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu tại Ninh Bình [3].

Bảng 2. Phân bố ĐTNC theo tiền sử cá nhân và gia đình (n=207)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trong gia đình có người tăng huyết áp	59	28,5
Lần khám bệnh gần đây nhất được đo HA	108	52,2
Đã được khám và tư vấn THA trong vòng 12 tháng qua	105	50,7
Đã được chẩn đoán một số bệnh liên quan:		
- Bệnh mạch vành	6	2,9
- Suy tim	4	1,9
- Tai biến MMN	41	19,8
- Tiểu đường	58	28,0
- Rối loạn chuyển hoá mỡ	5	2,4

Xét về yếu tố gia đình cho thấy có 28,5% số người THA trong gia đình có người thân THA. Trong khi khám bệnh, chỉ có 52,2% số ngời THA được đo huyết áp. Trong 12 tháng trở lại đây trên tổng số 207 người THA chỉ có 105 người (50,7%) được khám, chẩn đoán và tư vấn về THA; Trong số những người được khám và tư vấn sức khoẻ, họ đã được chẩn đoán một số bệnh kết hợp hoặc liên quan tới THA như bệnh tiểu đường chiếm 28%, bệnh TBMMN chiếm 19,8%, các bệnh mạch vành, suy tim, rối loạn chuyển hoá mỡ chiếm tỷ lệ thấp hơn từ 1,9% đến 2,9%.

Bảng 3. Một số hiểu biết của ĐTNC về THA (n=207)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Biết khái niệm về THA	101	48,8
Kiểm tra HA định kỳ là cần thiết (n=101)	98	97,0
Biết về sự nguy hiểm khi THA (n=101)	91	90,1
THA cần thiết phải điều trị và theo dõi (n=101)	92	91,1
Yêu cầu về điều trị THA (n=101):		
- Điều trị liên tục, kéo dài	92	91,1
- Điều trị khi THA	9	8,9

Số người biết về khái niệm THA chiếm 48,8%, theo Võ Thị Dễ, tỷ lệ này là 67,8% [2]. Tuy nhiên, họ biết và tìm hiểu về các thông tin liên quan tới THA là khá tốt, tỷ lệ hiểu biết đúng chiếm tỷ lệ từ 91,1% đến 97,0%, theo Võ Thị Kim Anh, tỷ lệ này là 58,2% [1].

Bảng 4. Kiến thức về điều trị THA của ĐTNC (n=101)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
ĐTNC được điều trị THA	92	91,1
Các hình thức điều trị THA (n=92):		
- Kết hợp dùng thuốc, ăn kiêng và luyện tập	80	87,0
- Chỉ dung thuốc	10	10,9
- Chỉ ăn kiêng	2	2,2
- Chỉ luyện tập	0	0,0

Trong số 101 người bệnh THA chỉ có 92 (91,1%) người tham gia điều trị hoặc được quản lý và tư vấn chăm sóc. Trong số họ có 87,0% được tư vấn chăm sóc đúng cách.

Bảng 5. Kiến thức về các yếu tố nguy cơ gây THA và thực hành phòng ngừa THA của ĐTNC (n=101)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Các yếu tố nguy cơ có thể gây THA:		
- Thói quen ăn mặm	74	73,3
- Hút thuốc lá, lào	59	58,4
- Uống rượu, bia	72	71,3
- Ít hoạt động thể lực	58	57,4
- Béo phì	64	63,4
- Bệnh tiểu đường	64	63,4
Tăng huyết áp có phòng ngừa được	84	83,2

Xét về các yếu tố nguy cơ gây THA, đối tượng cho rằng thói quen ăn mặn chiếm tỷ lệ cao nhất (73,3%), sau đó là yếu tố uống rượu bia chiếm 71,3%. Các yếu tố khác chiếm tỷ lệ thấp hơn, từ 57,4% đến 63,4%. Theo Trần Thiện Thuần, đối tượng cho rằng thói quen ăn mặn chiếm 87,2%, ít vận động thể lực chiếm 83% [6].

Bảng 6. Kiến thức về biến chứng của THA (n=101)

Biến chứng của THA	Số lượng	Tỷ lệ (%)
THA thường gây biến chứng	97	96,0
Những biến chứng của THA (n=97):		
- Đột quỵ	93	95,9
- Nhồi máu cơ tim	18	18,6
- Suy tim	20	20,6
- Suy thận	17	17,5

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 96,0% số đối tượng cho rằng THA thường gây biến chứng nguy hiểm. Trong đó biến chứng đột quỵ chiếm tỷ lệ cao nhất (95,9%); các biến chứng như suy thận, nhồi máu cơ tim và suy tim chiếm tỷ lệ tương ứng là 17,5%, 18,6% và 20,6%.

Bảng 7. Kiến thức của ĐTNC về chế độ dinh dưỡng (n=207)

Chế độ dinh dưỡng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Ăn nhiều mỡ động vật có hại cho sức khoẻ	143	69,1
Thường xuyên ăn mặn có nguy cơ THA	148	71,1
Thường xuyên ăn hoa quả tươi có lợi cho sức khoẻ	149	72,0
Thường xuyên ăn thức ăn nhanh, đồ hộp có hại cho sức khoẻ	141	68,1
Ăn thức ăn chứa nhiều đạm có lợi cho sức khoẻ	154	74,4
Đảm bảo khẩu phần tinh bột trong bữa ăn	151	72,9

Kết quả nghiên cứu cho thấy, ĐTNC có kiến thức đúng về chế độ dinh dưỡng có lợi cho sức khoẻ và phòng ngừa bệnh THA là tương đối cao, tỷ lệ này từ 68,1% đến 74,4%.

3.2. Một số yếu tố liên quan tới tăng huyết áp của ĐTNC

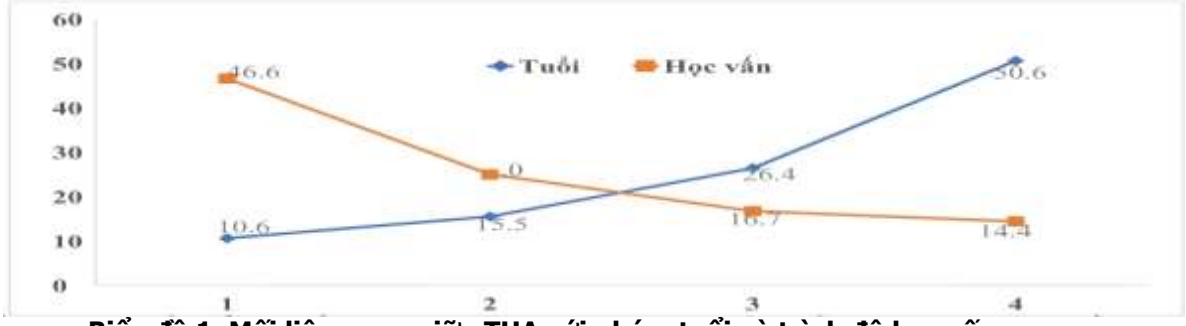
Bảng 8. Mối liên quan giữa tuổi và THA của ĐTNC (n=801)

Tuổi	Tăng huyết áp		p
	Có n (%)	Không n (%)	
18-30 tuổi (1)	17 (10,6)	143 (89,4)	$p_{(3,2)}<0,01$ $p_{(3,1)}<0,001$ $p_{(4,3)}<0,001$ $p_{(4,2)}<0,001$ $p_{(4,1)}<0,001$
31-40 tuổi (2)	32 (15,5)	175 (84,5)	
41-50 tuổi (3)	67 (26,4)	187 (73,6)	
51-60 tuổi (4)	91 (50,6)	89 (49,4)	

Kết quả tại bảng 8 và biểu đồ 1 cho thấy, người có độ tuổi càng cao càng có xu hướng THA cao hơn. Cụ thể, nhóm ở độ tuổi từ 41-50 có tỷ lệ THA cao hơn nhóm 31-40 và 18-30, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p<0,01; nhóm ở độ tuổi cao nhất (51-60 tuổi) có tỷ lệ THA cao hơn so với các nhóm ở độ tuổi thấp hơn, với p<0,001. Theo Đỗ Thị Hoà, nhóm tuổi 50-59 có tỷ lệ THA cao hơn nhóm 40-49, với OR=1,89 (CI95%: 1,39-2,58) và p<0001 [4].

Bảng 9. Mối liên quan giữa học vấn và THA của ĐTNC (n=801)

Học vấn	Tăng huyết áp		p
	Có n (%)	Không n (%)	
Tiểu học (1)	97 (46,6)	111 (53,4)	$p_{(1,2)}<0,001$ $p_{(1,3)}<0,001$ $p_{(1,4)}<0,001$ $p_{(2,3)}<0,05$ $p_{(2,4)}<0,05$
THCS (2)	44 (25,0)	132 (75,0)	
THPT (3)	43 (16,7)	214 (83,3)	
THCN, CĐ, ĐH (4)	23 (14,4)	137 (85,6)	



Biểu đồ 1. Mối liên quan giữa THA với nhóm tuổi và trình độ học vấn

Kết quả tại bảng 9 và biểu đồ 1 cho thấy, người có trình độ học vấn càng cao thì xuhướng THA càng giảm. Tỷ lệ THA ở nhóm tiểu học là cao nhất, cao hơn các nhóm khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm THPT và TCCN, CĐ, ĐH, với p<0,001. Tỷ lệ THA ở nhóm THCS cao hơn các nhóm có học vấn cao hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p<0,05.

Bảng 10. Mối liên quan giữa nghề nghiệp và THA của ĐTNC (n=801)

Nghề nghiệp	Tăng huyết áp		p
	Có n (%)	Không n (%)	
Thất nghiệp (1)	1 (11,1)	8 (88,9)	$p_{(5,3)}<0,01$
Làm ruộng (2)	70 (20,6)	270 (79,4)	$p_{(5,2)}<0,001$
Công nhân (3)	30 (23,4)	98 (76,6)	$p_{(5,1)}<0,05$
Công chức, viên chức (4)	21 (25,6)	61 (74,4)	$p_{(5,7)}<0,01$
Buôn bán (5)	34 (41,0)	49 (59,0)	$p_{(6,4)}<0,001$
Nội trợ (6)	27 (57,4)	20 (42,6)	$p_{(6,3)}<0,001$
Lao động tự do (7)	24 (21,4)	88 (78,6)	$p_{(6,2)}<0,001$
			$p_{(6,1)}<0,01$
			$p_{(6,7)}<0,001$

Bảng 10 cho thấy, nhóm nghề nội trợ có tỷ lệ THA cao nhất (57,4%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (ngoại trừ so với nhóm buôn bán), với p<0,01. Nhóm nghề buôn bán có tỷ lệ THA cao hơn các nhóm công nhân, làm ruộng, thất nghiệp và lao động tự do. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p<0,05. Theo Đỗ Thái Hoà, nhóm công chức, viên chức có tỷ lệ THA cao hơn các nhóm khác, với p<0,05 [4].

Bảng 11. Mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ và THA của ĐTNC (n=801)

Yếu tố	Tăng huyết áp		OR (CI95%)	p
	Có n (%)	Không n (%)		
Thói quen ăn mặm:				
Có	70 (39,3)	108 (60,7)	2,30 (1,61-3,28)	<0,001
Không	137 (22,0)	486 (78,0)		
Thói quen hút thuốc lá, lào:				
Có	65 (34,6)	123 (65,4)	1,75 (1,23-2,50)	<0,01
Không	142 (23,2)	471 (76,8)		
Thói quen ít vận động thể lực:				
Có	136 (45,8)	161 (54,2)	5,15 (3,67-7,23)	<0,001
Không	71 (14,1)	433 (85,9)		

- Nhóm người có thói quen ăn mặn có tỷ lệ THA cao hơn nhóm người không ăn mặn (39,3% và 22,0%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với OR=2,30 (CI95%: 1,61-3,28) và p<0,001. Theo Chu Hồng Thắng, những người có thói quen ăn mặn có nguy cơ THA cao hơn nhóm không ăn mặn gấp 4,2 lần (CI95%: 2,46-7,21) [5].

- Nhóm người có thói quen hút thuốc lá, lào có tỷ lệ THA cao hơn nhóm không hút (34,6% và 23,2%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với OR=1,75 (CI95%: 1,23-2,50) và p<0,01. Theo Chu Hồng Thắng, những người có thói quen hút thuốc có tỷ lệ THA cao hơn nhóm không hút gấp 2,19 lần (CI95%: 1,33-3,64) [5].

- Nhóm người có thói quen ít vận động thể lực có tỷ lệ THA cao hơn nhóm người vận động thể lực (45,8% và 14,1%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với OR=5,15 (CI95%: 3,67-7,23) và p<0,001. Theo Chu Hồng Thắng, thói quen này với OR=3,03 (CI95%: 0,24-159,85) [5].

Bảng 12. Mối liên quan giữa mức độ THA và TBMMN của ĐTNC (n=207)

Mức độ THA	TBMMN		OR (CI95%)	p
	Có n (%)	Không n (%)		
Độ II, III	36 (23,1)	120 (76,9)	2,76 (1,02-7,47)	<0,05
Độ I	5 (9,8)	46 (90,2)		

Trong số những người THA, nhóm THA độ II và III có tỷ lệ TBMMN cao hơn nhóm THA độ I (23,1% và 9,8%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với OR=2,76 (CI95%: 1,02- 7,47) và p<0,05.

Bảng 13. Mối liên quan giữa stress và mức độ THA của ĐTNC (n=207)

Lo lắng về kinh tế	THA		OR (CI95%)	P
	Độ II, III n (%)	Độ I n (%)		
Có	60 (84,5)	11 (15,5)	2,27 (1,08-4,77)	<0,05
Không	96 (70,6)	40 (29,4)		

Nhận xét: nhóm những người thường xuyên lo lắng về kinh tế, thu nhập có tỷ lệ THA độ II và III cao hơn nhóm không lo lắng (84,5% và 70,6%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với OR=2,27 (CI95%: 1,08-4,77) và p<0,05. Theo Chu Hồng Thắng, những người thường xuyên lo lắng có nguy cơ THA cao hơn nhóm không lo lắng gấp 2,47 lần (CI95%: 1,09-5,97) [5].

IV. KẾT LUẬN

Thực trạng tăng huyết áp của ĐTNC: Trong nghiên cứu với tổng số 801 ĐTNC, trong đó có 474 nam giới, chiếm 59,2%. Số người tăng huyết áp là 207 người, chiếm 25,8%; tỷ lệ THA ở nam giới là 27,2% cao hơn nữ giới (24,9%).

Một số yếu tố liên quan tới tăng huyết áp của ĐTNC: Nhóm người có độ tuổi càng cao càng có xu hướng THA cao hơn. Cụ thể, nhóm ở độ tuổi từ 41-50 có tỷ lệ THA cao hơn nhóm 31-40 và 18-30, với p<0,01; nhóm ở độ tuổi cao nhất (51-60 tuổi) có tỷ lệ THA cao hơn so với các nhóm ở độ tuổi thấp hơn, với p<0,001.

Nhóm người có trình độ học vấn càng cao thì xu hướng THA càng giảm. Tỷ lệ THA ở nhóm tiểu học là cao nhất, cao hơn các nhóm khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm THPT và TCCN, CĐ, ĐH, với p<0,001. Tỷ lệ THA ở nhóm THCS cao hơn các nhóm có học vấn cao hơn, với p<0,05.

Nhóm nghề nội trợ có tỷ lệ THA cao nhất (57,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (ngoại trừ so với nhóm buôn bán), với p<0,01. Nhóm nghề buôn bán có tỷ lệ THA cao hơn các nhóm công nhân, làm ruộng, thất nghiệp và lao động tự do, với p<0,05.

Nhóm người có thói quen ăn mặn có tỷ lệ THA cao hơn nhóm người không ăn mặn; nhóm người có thói quen hút thuốc lá, lào có tỷ lệ THA cao hơn nhóm không hút; nhóm người có thói quen ít vận động thể lực có tỷ lệ THA cao hơn nhóm người vận động thể lực, với p<0,01.

Trong số những người THA, nhóm THA độ II và III có tỷ lệ TBMMN cao hơn nhóm THA độ I, với p<0,05. Nhóm những người thường xuyên lo lắng về kinh tế, thu nhập có tỷ lệ THA độ II và III cao hơn nhóm không lo lắng, với p<0,05.

KHUYẾN NGHỊ

1. Đối với hệ thống y tế tuyến xã, phường: có kế hoạch khám sức khoẻ cho toàn thể người dân để quản lý sức khoẻ cho họ, chú ý hơn với các nhóm bệnh không lây nhiễm, trong đó có bệnh tăng huyết áp. Tiếp tục tăng cường công tác thông tin, truyền thông về phòng, chống bệnh tăng huyết áp cho đối tượng từ 18 tuổi trở lên.

2. Một số giải pháp cụ thể tại xã, phường:

- Tăng cường phát các tin, bài về phòng, chống tăng huyết áp trên hệ thống truyền thanh 3 cấp;

- Nhân viên y tế xã, phường và nhân viên y tế thôn, bản tăng cường công tác nói chuyện, tư vấn trực tiếp cho người dân; ưu tiên những người có nguy cơ tăng huyết áp, những người tăng huyết áp về kiến thức và kỹ năng phòng, chống tăng huyết áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Thị Kim Anh, Trần Văn Hưởng, Nguyễn Thị Thuỳ Dương và cs (2016),** Kiến thức về tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân tại các cơ sở y tế tư nhân, tỉnh Bình Dương. *Tạp chí Y học cộng đồng*, số 32, năm 2016, Tr.67-70.
2. **Võ Thị Dễ, Đặng Vạn Phước (2007**), Tần suất tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ ở tỉnh Long An năm 2005. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh,* tập 11, phụ san số 1/2007, Tr.122-127.
3. **Trương Thị Thuỳ Dương, Lê Thị Hương, Lê Thị Tài và cs (2014),** Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố nguy cơ ở người trưởng thành tại 2 xã của huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam. *Tạp chí Nghiên cứu y học*, số 88 (3)-2014, Tr.143-150.
4. **Đỗ Thái Hoà, Trương Việt Dũng, Nguyễn Thanh Long và cs (2014),** Tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp, tăng đường huyết và một số yếu tố liên quan ở nhóm tuổi trung niên tại huyện Đông sơn, Thanh Hoá, năm 2013. *Tạp chí Y học dự phòng,* tập XXIV, số 8 (157) - năm 2014, Tr.30-36.
5. **Chu Hồng Thắng, Dương Hồng Thái, Trịnh Văn Hùng (2015),** Một số nguy cơ tăng huyết áp ở người Nùng trưởng thành tại Thái Nguyên. *Tạp chí Y học thực hành,* (950), số 2/2015, Tr.67-71.
6. **Trần Thiện Thuần (2005),** Các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức và thực hành ở người lớn về bệnh tăng huyết áp tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2005. *Chuyên đề Khoa học cơ bản - Y tế công cộng, Khoa Y tế công cộng*, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Tr.118-125.

ĐÁNH GIÁ CỦA NGƯỜI BỆNH VỀ THỰC HÀNH KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN TẠI KHOA RĂNG HÀM MẶT BỆNH VIỆN QUẬN 7, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Hồng Hạnh[1], Phạm Thị Lắm[2], Dương Thị Hạnh[3], Trần Dư Đông[4], Nguyễn Đức Huệ[5], Nguyễn Văn Tập[6]

TÓM TẮT

Mục tiêu. Xác định tỷ lệ thực hành đúng kiểm soát nhiễm khuẩn qua đánh giá của người bệnh và tỷ lệ người bệnh hài lòng về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện Quận 7, thành phố Hồ Chí Minh. **Phương pháp**. Điều tra ngang 200 bệnh nhân ngoại trú tại khoa Răng Hàm Mặt tại bệnh viện quận 7, thành phố Hồ Chí Minh năm từ tháng 01/2017 - 04/2017. **Kết quả**. Thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế tại khoa răng hàm mặt, bệnh viện Quận 7 là tốt, được thể hiện qua đánh giá của người bệnh với 57,5% người bệnh quan sát thấy nhân viên y tế thực hành rửa tay và quan sát thấy 100% NVYT sử dụng đầy đủ phương tiện bảo vệ cá nhân, 87,5% cho rằng công tác vệ sinh được thực hiện tốt. Tỷ lệ người bệnh hài lòng về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tương đối cao là 79%. Cần có một số biện pháp cải tiến chất lượng nhằm tăng sự hài lòng người bệnh, đáp ứng nhu cầu nhân dân.

Từ khóa: Kiểm soát nhiễm khuẩn, khoa răng hàm mặt.

SUMMARY

SATISFACTION OF PATIENT ABOUT INFECTION CONTROL AT DENTAL DEPARTMENT OF DISTRICT 7 HOSPITAL, HO CHI MINH CITY

Objective. Determining the propotion of right practice about infection control through the evaluation of the patients and propotion of patients who satisfied about infection control at dental department at district 7 hospital, Ho Chi Minh city. **Methods**. A cross-sectional study was conducted on 200 out patients at dental department of the district 7 hopital, Ho Chi Minh City. **Results.** The practice on infection control in dental department at district 7 hospitals is good, as shown by the evaluation of the patient, 57,5% of the patients observed that dental staff practiced hand washing and 100% dental staffs utilized personal protective equipment, 87.5% said that hygiene was well done. The proportion of patients who were satisfied with infection control was relatively high at 79.0%. There are some solutions to improve the quality to increase patient satisfaction, response people's demands.

Keywords. Infection control, dental department, out patient.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở y tế là một trong những mối quan tâm của ngành y tế trên toàn thế giới cũng như tại Việt Nam. Hiện nay, công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại các bệnh viện vẫn còn nhiều tồn tại, tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện và nguy cơ lây nhiễm chéo trong bệnh viện vẫn còn cao. Một số bệnh lây nhiễm, đặc biệt là hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (HIV/AIDS), viêm gan siêu vi B, viêm gan siêu vi C và nhiều bệnh lây nhiễm khác chưa được giám sát chặt chẽ ở nhiều bệnh viện, cơ sở y tế [1],[2],[3].

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 hoặc từ bệnh nhân này đến bệnh nhân khác qua thao tác kỹ thuật điều trị, dụng cụ y tế bị nhiễm bẩn nếu không xử lý đúng theo quy trình khử khuẩn, tiệt khuẩn [4],[6]. 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:

1.Xác định tỷ lệ thực hành đúng về kiểm soát nhiễm khuẩn qua đánh giá của người bệnh tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Quận 7, thành phố Hồ Chí Minh.

2.Xác định tỷ lệ người bệnh hài lòng về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện Quận 7, thành phố Hồ Chí Minh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đến khám và điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt từ 01/2017-04/2017, tại bệnh viện Quận 7, thành phố Hồ Chí Minh

Cỡ mẫu. Cỡ mẫu tối thiểu được xác định theo công thức ước lượng một tỷ lệ

[1,2,3,4] Bệnh viện Quận 7 - TP HCM,
[5]Bệnh viện RHM Trung ương Tp HCM,
[6]Đại Học Y Dược TP HCM
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Hạnh
Email: nguyenhuerhm@yhaoo.com
Ngày nhận bài: 20.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 29.9.2017
Ngày duyệt bài: 5.10.2017

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

$Z^2_{1-\alpha/2}$=1,96 là trị số từ phân phối chuẩn với độ tin cậy 95%; chọn p=0,97; 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 200 bệnh nhân.

Chọn mẫu. Chọn ngẫu nhiên 200 bệnh nhân đến khám và điều trị ngoại trú tại khoa Răng Hàm Mặt từ 01/2017- 04/2017 đồng ý tham gia nghiên cứu, ngoại trừ các bệnh nhân không có khả năng nghe, nói, tâm thần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Nội dung nghiên cứu. Khảo sát ý kiến của bệnh nhân theo bộ câu hỏi cấu trúc đã được điều chỉnh qua các nghiên cứu, thiết kế với nội dung dựa vào các hướng dẫn về kiểm soát nhiễm khuẩn và khảo sát ý kiến người bệnh của ngành y tế, các từ ngữ và nội dung được hỏi được thiết kế ngắn gọn, người bệnh dễ hiểu. Bộ câu hỏi đã được nghiên cứu thử trước khi tiến hành.

Các chỉ số nghiên cứu. Khảo sát một số đặc điểm dân số xã hội của bệnh nhân gồm giới tính, tuổi, học vấn, nghề nghiệp...; một số đặc điểm của người bệnh như: lựa chọn nơi điều trị răng hàm mặt, số lần điều trị tại khoa răng hàm mặt và lý do lựa chọn khoa răng hàm mặt tại bệnh viện. Ghi nhận các nhận xét của bệnh nhân về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế bằng cách hỏi bệnh nhân về quá trình thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế. Sự hài lòng của người bệnh về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa răng hàm mặt.

2.3. 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 y sinh học, mô tả và trình bày tần số, tỷ lệ phần trăm (%).

2.4. 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 Lãnh đạo bệnh viện Quận 7 và Hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh của Viện Pasteur, thành phố Hồ Chí Minh.

III. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm của bệnh nhân được khảo sát

Bảng 1. Một số đặc điểm dân số xã hội của đối tượng nghiên cứu (n=200)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	85	42,5
	Nữ	115	57,5
Trình độ học vấn	≤ Cấp3	124	62,0
	> Cấp 3	76	38,0
Nghề nghiệp	Công chức viên chức	36	18,0
	Công nhân	40	20,0
	Kinh doanh tự do	42	21,0
	Nội trợ	28	14,0
	Học sinh,sinh viên	23	11,5
	Mất sức lao động	17	8,5
	Khác	14	7,0
Nhóm tuổi	≤ 40 tuổi	136	68,0
	> 40 tuổi	64	32,0

Tỷ lệ bệnh nhân nữ 57,5%, có 62% trình độ dưới cấp 3. Về nghề nghiệp, đa phần bệnh nhân là kinh doanh, công nhân, viên chức nhà nước, tỷ lệ lần lượt là 21,0%; 20,0% và 18,0%. Độ tuổi hầu hết dưới 40 tuổi, tỷ lệ 68,0%.

Bảng 2. Lý do lựa chọn cơ sở điều trị nha khoa của bệnh nhân (n=200)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cơ sở răng hàm mặt lựa chọn điều trị	Công lập	135	67,5
	Công lập và tư nhân	46	23,0
	Tư nhân	19	9,5
Số lần điều trị	Lần đầu tiên	71	35,5
	Lần thứ 2	40	20,0

	Nhiều lần	89	44,5
Lý do chọn khoa RHM để điều trị	Gần nhà	93	46,5
	Người quen giới thiệu	25	12,5
	An tâm vì chất lượng tốt	38	19,0
	Vì cơ sở của công lập	44	22,0

Kết quả ghi nhận, bệnh nhân thường lựa chọn cơ sở công lập để điều trị các vấn đề về răng hàm mặt là 67,5%; tư nhân chỉ là 9,5%; chọn cả công lập và tư nhân là 23,0%. Tỷ lệ BN đã điều trị và chăm sóc các vấn đề răng hàm mặt nhiều hơn 2 lần là 44,0%; có 35,5% người bệnh điều trị lần đầu tiên. Đa phần người bệnh lựa chọn khoa răng hàm mặt của bệnh viện quận 7 để khám và điều trị răng hàm mặt vì lý do gần nhà và vì yên tâm với cơ sở công lập, tỷ lệ là 46,5% và 22,0%; tỷ lệ an tâm vì chất lượng dịch vụ tại khoa là 19,0%.

3.2. Thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế tại bệnh viện Quận 7 qua đánh giá của bệnh nhân

Bảng 3. Thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn qua quan sát của người bệnh (n=200)

Thực hành		Có		Không	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vệ sinh tay	Thực hành rửa tay	115	57,5	85	42,5
Sử dụng phương tiện bảo vệ	Mang găng tay	200	100	0	0,0
	Mang khẩu trang	200	100	0	0,0
	Đội nón y tế	184	92	16	8
	Mang kính mắt	108	54	92	46
Phòng tránh lây nhiễm	Sử dụng ly nhựa sạch 1 lần	189	94,5	11	5,5
	Súc miệng với dung dịch sát khuẩn	81	40,5	119	59,5
	Vệ sinh ghế nha khoa	134	67	69	33,0

Quan sát của bệnh nhân ghi nhận nhân viên y tế có thực hành rửa tay là 57,5%. Về sử dụng các phương tiện bảo hộ cá nhân, tỷ lệ người bệnh quan sát thấy nhân viên y tế có mang găng tay là 100%; mang khẩu trang là 100%; đội nón y tế là 92%; mang kính mắt 54%. Về thực hành phòng tránh lây nhiễm, tỷ lệ sử dụng ly nhựa sạch 1 lần là 94,5%; tỷ lệ có vệ sinh ghế nha khoa là 67%.

Bảng 4. Đánh giá của bệnh nhân về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa răng hàm mặt (n=200)

Nội dung	Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tình trạng ghế máy nha khoa	Sạch	172	86,0
	Không sạch	0	0,0
	Không ý kiến	28	14,0
Nơi nhổ nước bọt của ghế nha khoa	Sạch	182	91,0
	Không sạch	6	3,0
	Không ý kiến	12	6,0
Công tác vệ sinh tại cơ sở nha khoa	Tốt	175	87,5
	Chưa tốt	2	1,0
	Không ý kiến	23	11,5

Đánh giá về tình trạng ghế nha khoa sạch sẽ là 86,0%; có 91,0% BN cho rằng bồn nhổ nước bọt của ghế nha khoa sạch. Đánh giá chung về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa răng hàm mặt có 87,5% cho rằng được thực hiện tốt, tuy vậy có 11,5% tạm chấp nhận được hoặc không ý kiến.

3.3. Sự hài lòng của người bệnh về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa răng hàm mặt, bệnh viện Quận 7.

Bảng 5. Sự hài lòng của người bệnh về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa răng hàm mặt (n=200)

Hài lòng người bệnh	Tần số	Tỷ lệ %
Hài lòng	158	79,0
Không hài lòng	7	3,5
Không ý kiến	35	17,5

Kết quả khảo sát sự hài lòng của người bệnh về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa răng hàm mặt ghi nhận 79% hài lòng; có 17,5% người bệnh không có ý kiến về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa.

Bảng 6. Một số ý kiến đề xuất của bệnh nhân về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa răng hàm mặt (n=200)

Ý kiến đề xuất	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Làm tốt công tác vệ sinh	132	66,0
Làm tốt công tác phòng tránh lây nhiễm	133	66,5
Xử lý dụng cụ đúng quy định	108	54,0
Sử dụng vật liệu mới khi điều trị	66	33,0
Có khu điều trị riêng cho bệnh nhân HIV/AIDS, viêm gan siêu vi B,C	123	61,5

Hầu hết người bệnh có đề xuất rằng, để thực hiện tốt công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa RHM, cần chú ý công tác vệ sinh và việc thực hành phòng tránh lây nhiễm của nhân viên y tế, với tỷ lệ 66% và 66,5%. Có 61,5% bệnh nhân đề xuất rằng cần có khu điều trị riêng cho bệnh nhân HIV/AIDS, viêm gan siêu vi và 54% BN đề xuất cần tuân thủ nghiêm quy trình xử lý khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ; có 33% đề xuất cần sử dụng vật liệu mới khi điều trị.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của người bệnh đến khám và điều trị tại khoa răng hàm mặt: Kết quả nghiên cứu cho thấy phần nhiều người bệnh đến khám và điều trị về chuyên khoa răng hàm mặt tại bệnh viện quận 7 có học vấn chủ yếu là dưới cấp 3 và hầu hết là những người kinh doanh, sản xuất tự do, học sinh sinh viên, công chức viên chức... Điều này phù hợp với đặc điểm người bệnh đến khám chữa bệnh tại bệnh viện tuyến quận huyện tại thành phố Hồ Chí Minh những năm qua. Các đặc điểm này có thể giúp ích về những gợi ý định hướng phát triển dịch vụ tại khoa.

Tỷ lệ bệnh nhân thường lựa chọn cơ sở công lập để điều trị các vấn đề về răng hàm mặt là 67,5%; tư nhân chỉ là 9,5%; cả công lập và tư nhân là 23%. Đa phần người bệnh lựa chọn khoa răng hàm mặt của bệnh viện quận 7 để khám và điều trị răng hàm mặt vì lý do gần nhà và vì yên tâm với cơ sở công lập, tỷ lệ là 46,5% và 22%; tỷ lệ an tâm vì chất lượng dịch vụ tại khoa chỉ là 19%.

Như vậy, kết quả này cho thấy rằng, đa phần người dân khám răng hàm mặt đã tin tưởng về dịch vụ khám, điều trị răng hàm mặt tại cơ sở công lập nói chung. Ngoài ra kết quả còn cho thấy tỷ lệ BN đã điều trị và chăm sóc các vấn đề răng miệng nhiều hơn 2 lần là 44%; có 35,5% người bệnh điều trị lần đầu tiên, điều này gợi ý về sự thay đổi trong tiếp cận dịch vụ khám điều trị răng hàm mặt nói chung của người dân địa phương, tỷ lệ cao người khám và điều trị lần đầu tiên gợi ý sự gia tăng nhu cầu khám khám và điều trị răng hàm mặt của người dân.

4.2. Đánh giá của người bệnh về kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa răng hàm mặt, bệnh viện Quận 7, thành phố Hồ Chí Minh

Kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân quan sát thấy nhân viên y tế có thực hành rửa tay là 57,5%. Kết quả này thấp hơn so với khảo sát 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%. Sự khác biệt này có thể do tiêu chí đánh giá và người đánh giá [5]. 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.

Về sử dụng phương tiện bảo hộ cá nhân, tất cả người bệnh quan sát thấy nhân viên y tế có mang găng tay, mang khẩu trang và đội nón y tế, đeo kính mắt. 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 [4],[5]. Nghiên cứu của Mohammad Abdul Baseer và cộng sự, năm 2013 tại Ả Rập, tỷ lệ bệnh nhân cho rằng, các nhân viên y tế điều trị nha khoa có 99% mang găng tay; 93,7%mang khẩu trang và 82,7% mang kính mắt [7].

Về việc phòng tránh lây nhiễm, tỷ lệ sử dụng ly nhựa sạch 1 lần là 94,5%; tỷ lệ có vệ sinh ghế nha khoa là 67,0%. Nghiên cứu của Trần Thị Lài, tại An Giang cho biết 100% các cơ sở răng hàm

mặt dùng ống hút nước bọt và ly sử dụng 1 lần [4], trong khi khảo sát của Trần Hải Sơn, tại Tiền Giang cho thấy tỷ lệ này chỉ là 71,4% [5]. Việc sử dụng ly nhựa sạch dùng 1 lần là rất cần thiết phải thực hiện ở tất các các trường hợp vì đây là nguy cơ lây nhiễm qua dịch tiết, máu và nước bọt giữa bệnh nhân với bệnh nhân.Nghiên cứu cắt ngang của Taha, Farheen và cộng sự năm 2015 tại thành phố Ernakulam, Ấn Độ cho biết 77% người bệnh đã nhận thức được nguy cơ lây nhiễm chéo khi điều trị nha khoa.

Kết quả nghiên cứu này tại khoa răng hàm mặt, bệnh viện Quận 7 cho thấy hầu hết bệnh nhân đánh giá tốt về công tác vệ sinh tại khoa, có 86,0% trả lời tình trạng ghế máy nha khoa sạch sẽ, 91,0% cho rằng nơi nhổ nước bọt của ghế nha khoa sạch sẽ. Đánh giá chung về công tác vệ sinh tại khoa, có 87,5% BN cho rằng công tác này được thực hiện tốt, tuy vậy có 11,5% cho rằng tạm chấp nhận được hoặc không có ý kiến.

4.3. Sự hài lòng của người bệnh về kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa răng hàm mặt, bệnh viện Quận 7, thành phố Hồ Chí Minh

Kết quả khảo sát cho thấy, tỷ lệ người bệnh hài lòng về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa răng hàm mặt, bệnh viện Quận 7 là tương đối cao với 79,0%. Tuy vậy vẫn còn một số bệnh nhân chưa thực sự hài lòng về kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa, có 17,5% người bệnh không có ý kiến hoặc tạm chấp nhận; 3,5% người bệnh không hài lòng. Như vậy trong công tác kiểm soát nhiễm khuẩn vẫn còn một số hạn chế chưa làm hài lòng tất cả người bệnh, mặt khác với sự phát triển của dịch vụ chăm sóc sức khỏe nói chung và trong các cơ sở răng hàm mặt tại thành phố Hồ Chí Minh đặt ra yêu cầu cần có nhiều biện pháp cải tiến chất lượng cần được thực hiện nhằm tăng sự hài lòng người bệnh, đáp ứng nhu cầu của nhân dân.

Về các đề xuất cho nhân viên y tế thực hành tốt kiểm soát và làm hài lòng người bệnh, hầu hết người bệnh đều đề xuất rằng, để thực hiện tốt công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa, cần chú ý công tác vệ sinh và việc thực hành phòng tránh các lây nhiễm của nhân viên y tế, với tỷ lệ là 66% và 66,5%. Bên cạnh đó, phần nhiều bệnh nhân đề xuất rằng cần thực hiện tốt công tác vệ sinh phòng ngừa lây nhiễm, có 61,5% bệnh nhân đề xuất rằng cần có khu điều trị riêng cho bệnh nhân HIV/AIDS, viêm gan siêu vi B, C; 54,0% BN đề xuất cần tuân thủ nghiêm quy trình xử lý khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ. Điều này là phù hợp, cho thấy những nhận thức đúng đắn của người bệnh trong phòng tránh các bệnh lây nhiễm, phòng tránh lây nhiễm chéo giữa các bệnh nhân. Khảo sát của Suryakant C. Deogade và cộng sự năm 2016 tại Jabalpur, Madhya Pradesh - Ấn Độ, cho biết 73,3% BN sẽ từ chối điều trị nếu nha sĩ chưa được tiêm ngừa viêm gan B.

V. KẾT LUẬN

Công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa răng hàm mặt, bệnh viện Quận 7, thành phố Hồ Chí Minh được thực hiện tương đối tốt, được thể hiện qua đánh giá của người bệnh; với 57,5% người bệnh quan sát thấy nhân viên y tế thực hành rửa tay và sử dụng đầy đủ phương tiện bảo vệ cá nhân, 87,5% cho rằng công tác vệ sinh được thực hiện tốt. Tỷ lệ người bệnh hài lòng về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tương đối cao là 79,0%. Cần có một số biện pháp cải tiến chất lượng cần được thực hiện nhằm tăng sự hài lòng người bệnh, đáp ứng nhu cầu nhân dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2009),** *Hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*, Thông tư 18/2009/TT-BYT ngày 14/10/2009.
2. **Bộ Y tế (2012),** *Hướng dẫn khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh,* Quyết định số 3671/QĐ-BYT của Bộ y tế ngày 27/9/2012.
3. **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*, Chuyên đề Răng hàm mặt, Tập 13, Phụ bản số 2, trang 84-92.
4. **Trần Thị Lài (2015),** *Thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở Răng Hàm Mặt tỉnh An Giang, năm 2014,* Luận án Chuyên khoa cấp 2.
5. **Trần Hải Sơn (2012),** "Thực trang kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở răng hàm mặt, tỉnh Tiền Giang", *Tạp chí Y học Thực hành* 2012, số 831, tr. 40-50.
6. **Guidelines for infection control in dental health care settings (2003), "*The** centers for disease control and prevention (CDC)", MMWR 2003; 52 (RR-17), pp. 1-61.
7. **Mohammad Abdul Baseer, Ghousia Rahman, and Mona Ali Yassin (2013),** Infection control practices in dental school: A patient perspective from Saudi Arabia, Dent Res J (Isfahan). 2013 Jan-Feb; 10(1), pp.25–30

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA CỦA VIÊM MŨI DO THUỐC CO MẠCH TẠI CHỖ

Trần Viết Luân*, Lê Thị Thu Hiền**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm mũi do thuốc co mạch tại chỗ là một tình trạng bệnh gây ra bởi việc lạm dụng thuốc co mạch tại chỗ, dẫn tới tình trạng nghẹt mũi tiến triển xấu dần. Ở Việt nam, việc lạm dụng thuốc co mạch tại chỗ để điều trị nghẹt mũi gây ra tình viêm mũi do thuốc khá phổ biến. **Mục tiêu:** khảo sát đặc điểm lâm sàng, yếu tố nguy cơ và đánh giá kết quả điều trị nội khoa của viêm mũi do thuốc co mạch tai chỗ. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả, tiến cứu có can thiệp lâm sàng. **Kết quả:** 30 bệnh nhân viêm mũi do thuốc tại bệnh viện quận Thủ Đức, TP. Hồ Chí Minh bị viêm mũi do thuốc được đưaa vào nghiên cứu. Mức độ nghẹt mũi nặng chiếm 40%, nghẹt mũi vừa chiếm 60%. Nội soi mũi sau đặt thuốc co mạch: 100% ghi nhận niêm mạc mũi phù nề, cuốn mũi dưới quá phát; 96,7% có niêm mạc mũi không hoặc kém co hồi. Sau điều trị nội khoa với corticoid uống, corticoid tại chỗ và xịt mũi với nước muối sinh lý 0,9%: 96,7% ngưng được thuốc co mạch (86,7% tốt, 10% trung bình). **Kết luận:** sử dụng thuốc co mạch tại chỗ với thời gian ngắn nhất là 12 ngày sẽ đưa đến viêm mũi do thuốc. với các biểu hiện nghẹt mũi, phù nề niêm mạc, qua phát cuốn dưới. Điều trị nội khoa đối với tình trạng này là khá hiệu quả và an toàn.

SUMMARY

CLINICAL MANIFESTATIONS & RISK FATORS OF RHINITIS MEDICAMENTOSA INDUCED BY TOPICAL NASAL DECONGESTANTS AND EFFECTIVENESS OF ITS TREATMENT

Introduction: rhinitis medicamentosa induced by overuse of topical nasal decongestants is a condition characterized by progressive nasal congestion. In Vietnam, the overuse of topical nasal decongestants that resulting in rhinitis medicamentosa is common. **Objective:** to describe clinical manifestations, risk factors of rhinitis medicamentosa induced by overuse of topical nasal decongestants and to evaluate the effectiveness of the treatment for this condition. **Method:** descriptive prospective study with intervention. **Results:** 30 patients suffering from rhinitis medicamentosa in Thu Duc district hospital, Ho Chi Minh city were included in this study. 40% of patients had moderate nasal congestion, 60% had severe nasal congestion. Nasal endoscopy showed 100% patients had nasal mucosa swelling and inferior turbinate hypertrophy; 96.7% had no response with topical nasal decongestants. 96.7% successfully stopped using topical decongestants after the medical treatment with oral steroid, topical nasal steroid, and normal saline spray (good result: 86.7%, medium result: 10%). **Conclusion:** 12 days using topical nasal decongestants is the shortest time can lead to rhinitis medicamentosa with nasal congestion, mucosal swelling and inferior turbinate hypertrophy. Medical treatment for rhinitis medicamentosa is effective and safe.

**Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch*
***bệnh viện Quận Thủ Đức Tp. Hồ Chí Minh*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Viết Luân
Email: luantranviet@gmail.com
Ngày nhận bài: 12.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 29.9.2017
Ngày duyệt bài: 4.10.2014

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi do thuốc là tình trạng nghẹt mũi tái hồi trên những bệnh nhân đã sử dụng thuốc thông mũi tại chỗ hay toàn thân (những thuốc xịt mũi như oxymetazoline, xylometazoline, naphazoline, pseudoephedrine…) trong một thời gian kéo dài, do làm co mạch ở niêm mạc mũi. Tình trạng này thường xảy ra sau vài hay nhiều ngày sử dụng những loại thuốc này [3]. Bệnh nhân thường cố gắng tăng cả liều lượng và tần số của thuốc khi đã bắt đầu viêm mũi do thuốc. Tình trạng này càng lúc càng xấu hơn. Khi đó, niêm mạc mũi phù nề, do nghẹt mũi tái hồi, cuối cùng có thể sẽ dẫn đến tăng sản cuốn mũi dưới vĩnh viễn và nghẹt mũi thường xuyên [2],[3],[5].

Thuật ngữ viêm mũi do thuốc cũng được sử dụng để mô tả tình trạng nghẹt mũi nhiều hơn sau khi sử dụng các loại thuốc khác ngoài thuốc co mạch mũi. Những loại thuốc này bao gồm thuốc đối kháng ß giao cảm, thuốc chống loạn thần, thuốc tránh thai, thuốc hạ huyết áp [1].[5]. Tuy nhiên, cơ chế gây ra nghẹt mũi giữa thuốc co mạch tại chỗ và thuốc uống có sự khác biệt. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ đề cập đến viêm mũi do thuốc co mạch tại chỗ.

Tình hình sử dụng thuốc không toa ở Việt Nam rất phổ biến, dẫn đến việc lạm dụng thuốc là điều khó tránh khỏi. Không khó khăn khi tìm mua thuốc co mạch tại quầy thuốc. Do đó, tình hình viêm mũi do thuốc ở Việt Nam cũng cần được quan tâm và chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Khảo sát đặc điểm lâm sàng, yếu tố nguy cơ và đánh giá kết quả điều trị nội khoa viêm mũi do thuốc co mạch tại chỗ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chí chọn bệnh: Bệnh nhân đủ 3 tiêu chuẩn chẩn đoán VMDT của Walker JS (năm

1952) bao gồm: tiền sử dùng thuốc, nghẹt mũi tái hồi nhiều hơn và lệ thuộc thuốc, không đáp ứng với thuốc co mạch tại chỗ, đến khám tại bệnh viện quận Thủ Đức từ tháng 9/2014 đến 6/2015.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những trường hợp nghẹt mũi trên những đối tượng sau: bệnh nhân đang bị viêm mũi cấp, polyp mũi độ 3 trở lên, đã được can thiệp cuốn mũi dưới: bẻ, đốt, phẫu thuật…

2.2 Phương pháp tiến hành

Bước 1: Hỏi tiền sử bệnh lý gây nghẹt mũi kèm bệnh sử, tần suất và tác dụng phụ khi dùng thuốc

Bước 2: Cho bệnh nhân tự đánh giá mức độ ảnh hưởng của nghẹt mũi theo thang điểm của Likert JS đưa ra năm 1952 [5].

Bảng 2.1 **Mức độ ảnh hưởng của nghẹt mũi theo Likert**

Điểm	Mức độ ảnh hưởng của nghẹt mũi
0	Không đáng chú ý
1	Nhẹ, đáng chú ý nhưng không phiền toái
2	Vừa phải, đáng chú ý và có lo ngại nhưng không thường xuyên
3	Nặng, rất lo ngại và thường xuyên.

Bước 3: Khám qua nội soi mũi xoang trước và sau co mạch

Bước 4: Gửi đi đo khí áp mũi trước điều trị tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Bước 5: Tiến hành điều trị nội khoa với corticoid uống, steroid xịt mũi và rửa mũi.

- *Prednisolone uống:* với liều 30mg/ngày uống một lần sau khi ăn sáng, kéo dài 5 ngày. Sau đó giảm liều và ngưng prednisolone uống.

- *Steroid xịt mũi với fluticasone propionate (*50 µg/xịt), liều 2 xịt mỗi bên x 2 lần/ngày trong 2-4 tuần cho đến khi nghẹt mũi giảm đáng kể [4].

- *Rửa mũi với nước muối sinh lý 0,9% dạng phun sương :* 2 xịt mỗi bên x 4 lần/ngày.

Bước 6: Khám, cho bệnh nhân tự đánh giá ảnh hưởng của nghẹt mũi, ghi nhận những tác dụng phụ trong quá trình điều trị, nội soi mũi xoang và đo lại khí áp mũi sau 4 tuần.

Bước 7: Tổng hợp và phân tích kết quả.

Tiêu chí đánh giá kết quả điều trị: Chúng tôi xây dựng tiêu chí đánh giá kết quả với 3 mức độ:

Tốt:Bệnh nhân ngưng sử dụng thuốc co mạch

- Mức độ nghẹt mũi 0 - 1 điểm
- Nội soi: kích thước và niêm mạc cuốn dưới bình thường hoặc gần như bình thường

Trung bình: Ngưng sử dụng thuốc co mạch

- Mức độ nghẹt mũi: 2 điểm
- Nội soi: cuốn dưới giảm quá phát phù nề so với trước khi điều trị

Xấu: Không ngưng được thuốc

- Hoặc mức độ nghẹt mũi: 3 điểm
- Hoặc nội soi: cuốn dưới quá phát phù nề không thay đổi so với trước khi điều trị.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1 Đặc điểm dịch tể học: Mẫu nghiên cứu trên 30 bệnh nhân viêm mũi do thuốc, tuổi trung bình là 39 (tuổi trung vị là 37, khoảng tứ vị là 27 - 45). Trong đó tuổi cao nhất là 72 tuổi, thấp nhất là 20 tuổi. Giới tính 21 nam (70%) và 9 nữ (30%).

3.2 Vấn đề sử dụng thuốc: Trong số 30 bệnh nhân VMDT, khoảng 66,68% (gồm 20 bệnh nhân) sử dụng thuốc co mạch mũi naphazoline 0,05% (rhinex). Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc co mạch mũi xylometazoline 0,1% (otilin) và oxymetazoline hydroclorid 0,05% (coldi-B) là như nhau, cùng chiếm 13,33% (gồm 4 bệnh nhân). Còn lại 3,33% (gồm 1 bệnh nhân) là tỷ lệ bệnh nhân dùng kết hợp thuốc co mạch mũi naphazoline 0,05% (rhinex) với xylometazoline 0,1% (otilin). Đó cũng chính là tỷ lệ bệnh nhân dùng kết hợp thuốc co mạch mũi naphazoline 0,05% (rhinex) và oxymetazoline hydroclorid 0,05% (coldi-B). Điều này liên quan đến tính phổ biến của thuốc trên thị trường hiện nay.

Số bệnh nhân dùng thuốc co mạch mũi từ 3-5 đợt chiếm tỷ lệ cao, khoảng 56,7% (gồm 17 bệnh nhân). Số bệnh nhân sử dụng thuốc co mạch mũi từ 1-2 đợt chiếm tỷ lệ là 30% (gồm 9 bệnh nhân) và thấp nhất là số bệnh nhân sử dụng thuốc co mạch mũi trên 5 đợt chiếm tỷ lệ 13,3% (gồm 4 bệnh nhân). Khoảng 60% bệnh nhân (gồm 18 người) có thời gian sử dụng thuốc từ 14-30 ngày. Số bệnh nhân có thời gian sử dụng thuốc co mạch mũi chiếm tỷ lệ 36,7% trên 30 ngày (gồm 11 người) và rất ít bệnh nhân sử dụng thuốc co mạch mũi dưới 14 ngày, khoảng 3,3%, (gồm 1 người) dẫn đến VMDT.

Tổng số ngày sử dụng thuốc co mạch mũi ít nhất là 12 (1 bệnh nhân), với số ngày dùng là 6 trong 2 đợt liên tiếp và nhiều nhất là 450 ngày (1 bệnh nhân), với số ngày dùng là 90 trong 5 đợt liên tiếp.

Trong số 30 bệnh nhân bị VMDT, khoảng 56,7% (gồm 17 người) sử dụng thuốc co mạch mũi từ 3-4 lần/ngày. Tỷ lệ sử dụng thuốc co mạch mũi trên 7 lần/ngày cũng khá cao, chiếm 23,3% (gồm 7 người). Số bệnh nhân sử dụng thuốc co mạch mũi từ 5-7 lần/ngày chiếm tỷ lệ13,3% (gồm 4 người). Tỷ lệ thấp nhất là bệnh nhân sử dụng thuốc co mạch mũi từ 1-2 lần/ngày, chiếm 6,7% (gồm 2 người).

Với tổng thời gian thời gian sử dụng thuốc được tính như sau: Tổng thời gian dùng thuốc = số ngày dùng thuốc/đợt *số đợt dùng thuốc. Kết

quả nghiên cứu cho thấy tổng thời gian sử dụng thuốc cao nhất là 450 ngày, thấp nhất là 12 ngày, thời gian sử dụng trung bình là 69,6 ngày [50% số người tham gia nghiên cứu có thời gian sử dụng từ 30 ngày trở xuống, khoảng tứ phân vị là 21-50 ngày (tức 50% đối tượng có thời gian sử dụng thuốc trong khoảng thời gian này)].

Tóm lại: Nếu chỉ ở 1 hoặc 2 đợt dùng thuốc co mạch tại chỗ thì phải dùng từ 14 ngày trở lên mới bị VMDT. Nếu dùng thuốc chỉ 5 ngày thì phải dùng đến 3 đợt mới bị VMDT. Ít nhất dùng thuốc kéo dài 6 ngày trong 2 đợt sẽ bị VMDT. Tổng số ngày dùng tối thiểu là 12 ngày sẽ dẫn đến VMDT.

3.3 Đặc điểm lâm sàng: Qua phỏng vấn và thăm hỏi tiền sử bệnh lý, những nguyên nhân hay tiền căn bệnh lý đưa đến phải dùng thuốc co mạch tại chỗ được ghi nhận lại. Trong đó: viêm mũi dị ứng chiếm tỷ lệ cao nhất 53,3% (gồm 16 bệnh nhân), nhiễm trùng đường hô hấp trên chiếm 36,6% (gồm 11 bệnh nhân), viêm mũi xoang mạn tính chiếm tỷ lệ 13,3% (gồm 4 bệnh nhân), các lý do khác ví dụ như tiền sử có tiếp xúc với khói bụi, hóa chất, thuốc lá… chiếm 16,7% (gồm 5 bệnh nhân). Nghiên cứu của Yuta cho thấy bệnh lý sử dụng thuốc nhiều nhất là viêm cấp tính, kế đó là viêm mũi dị ứng [6].

Mức độ nghẹt mũi theo thang điểm Likert JS (năm 1932) [5] với 4 độ, ghi nhận kết quả như sau: tỷ lệ bệnh nhân bị nghẹt mũi ở mức độ nặng, rất lo ngại và thường xuyên chiếm 40% (gồm 10 bệnh nhân). Còn lại là số bệnh nhân bị nghẹt mũi ở mức độ vừa phải, đáng chú ý và có lo ngại nhưng không thường xuyên chiếm tỷ lệ 60% (gồm 20 bệnh nhân), cao gấp 1,5 lần. Hoàn toàn không có bệnh nhân nào nghẹt mũi nhẹ hoặc không nghẹt mũi lại sử dụng thuốc co mạch mũi tại chỗ.

Trước khi đặt thuốc co mạch, đánh giá qua nội soi, quan sát ghi nhận 100% bệnh nhân (gồm 30 người) có niêm mạc mũi phù nề và có cuốn mũi dưới quá phát. Sau khi đặt thuốc co mạch, 100% bệnh nhân (gồm 30 người) có niêm mạc mũi phù nề, cuốn mũi dưới quá phát, 96,7% (gồm 29 người) có niêm mạc mũi co hồi kém hoặc không và 3,3% (gồm 1 người) vẹo vách ngăn.

Sau khi dùng thuốc co mạch, 53,3% (16 người) không bị bất kỳ tác dụng phụ nào, 30% (9 người) có biểu hiện hồi hộp, lo lắng; 20% (6 người) có nhịp tim nhanh, 13,3% (4 người) tăng huyết áp và 6,7% (2 người) loạn nhịp tim.

Khoảng 33% bệnh nhân (gồm 10 người) được thực hiện khí áp mũi trước và sau khi điều trị. Vì khí áp mũi giúp đánh giá nghẹt mũi như một phương tiện đánh giá khách quan triệu chứng nghẹt mũi của bệnh nhân nên chúng tôi không có ý định so sánh và đi sâu vào phân tích kỹ sự khác biệt về kết quả thu được khi đánh giá triệu chứng nghẹt mũi theo chủ quan của bệnh nhân và phân loại độ nghẹt mũi khách quan theo thông số tổng trở kháng qua mũi ở 150 Pa. Ở nhiều bệnh nhân, đo khí áp mũi cho kết quả bình thường nhưng lại than phiền nghẹt mũi và ngược lại. Do chu kỳ mũi, lưu lượng khí qua mũi ở mỗi bên khác nhau ở cùng một thời điểm, trở kháng mũi do vậy cũng khác biệt. Tuy vậy, tổng lưu lượng khí là không đổi. Khi trở kháng mũi thay đổi thì lưu lượng qua mũi cũng thay đổi theo, trong khi áp lực là hằng định (150 Pa). Do đó, khi đánh giá độ nghẹt mũi khách quan ta chỉ cần dựa vào trở kháng mũi. Sở dĩ ta chọn ở áp lực 150 Pa vì theo kết quả của nhiều nghiên cứu về khí áp mũi thì hầu hết các cá thể bình thường đều đạt tới áp lực này và ở mức này luồng khí qua mũi sinh lý hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số tổng trở kháng trước và sau khi đặt thuốc co mạch khác biệt không ý nghĩa (p<0,05) càng góp phần củng cố chẩn đoán bệnh.

3.4 Đánh giá kết quả điều trị: Trong 30 bệnh nhân VMDT đã được điều trị, 50 % bệnh nhân (gồm 15 người) điều trị trong 4 tuần, 43,3% (gồm 13 người) điều trị trong 2 tuần và chỉ 6,7% (gồm 2 người) điều trị trong vòng 3 tuần.

Bảng 1. **Bảng mối liên quan giữa thời gian dùng thuốc và thời gian điều trị**

Các yếu tố		Thời gian điều trị (ngày)			p
		14	21	28	
Thời gian sử dụng thuốc (ngày)	<14	1(100%)	0(0%)	0(0%)	0,01*
	14-30	11(61,1%)	1(5,7%)	6(33,3%)	
	>30	1(9,1%)	1(9,1%)	9(81,8%)	

**kiểm định chính xác Fisher*

Trong số những bệnh nhân có thời gian sử dụng thuốc co mạch tại chỗ trên 30 ngày, số bệnh nhân phải trải qua 28 ngày ngày điều trị chiếm tỷ lệ là 81,8% (gồm 9 bệnh nhân). Trong khi tỷ lệ này ở những người sử dụng thuốc co mạch từ 14-30 ngày là 33,3% (gồm 6 bệnh nhân) và dưới 14 ngày là 0%. Những sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Hầu hết bệnh nhân (29 người), khoảng 96,7% ngưng sử dụng được thuốc co mạch tại chỗ và chỉ 1 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 3,3%) không ngưng sử dụng thuốc co mạch, dù rằng có độ nghẹt mũi có giảm.

Bảng 3.2 **Sự cải thiện nghẹt mũi theo thang điểm Likert**

Mức độ ảnh hưởng của nghẹt mũi		Sau điều trị				p
		Không	Nhẹ	Vừa phải	Nặng	
Trước điều trị	Không	0	0	0	0	0,02*
	Nhẹ	0	0	0	0	
	Vừa phải	7(38,9%)	11(61,1%)	0	0	
	Nặng	0	9(81,8%)	3(18,2%)	0	

**kiểm định McNemar*

Đối với những người trước điều trị có mức độ nghẹt mũi là vừa phải (gồm 18 trường hợp) thì có khoảng 38,9% (gồm 7 trường hợp) không còn triệu chứng nghẹt mũi, 61,1% (gồm 11 trường hợp) còn nghẹt mũi mức độ nhẹ. Trong khi những người trước điều trị có mức độ nghẹt mũi rất nặng (12 trường hợp) thì có khoảng 81,8% (9 trường hợp) giảm xuống mức độ nhẹ và còn 18,2% (3 trường hợp) còn nghẹt mũi ở mức độ vừa phải. Những sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê (p<0,02).

Qua nội soi, sau khi điều trị, chưa đặt thuốc thì có 73,3% bệnh nhân (gồm 22 người) có niêm mạc mũi bình thường, 30% bệnh nhân (gồm 9 người) có niêm mạc mũi vẫn còn phù nề và chỉ còn 10% bệnh nhân (gồm 3 người) có cuốn mũi dưới quá phát và so với trước điều trị thì có sự cải thiện rõ rệt. Sau khi điều trị và sau khi đặt thuốc co mạch thì có 73,3% bệnh nhân (gồm 22 người) có niêm mạc mũi trở lại bình thường, 90% bệnh nhân (gồm 27 người) có niêm mạc mũi co hồi, niêm mạc mũi phù nề chỉ còn 7% bệnh nhân (gồm 2 người) và chỉ còn 3% (gồm 1 người) có cuốn mũi dưới quá phát và so với trước điều trị thì hầu hết khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05) (ngoại trừ tính chất vẹo vách ngăn).

Qua khí áp mũi, trước điều trị, trong số 4 trường hợp (40%) nghẹt mũi ở mức độ nặng. Sau điều trị, 1 trường hợp (25%) nghẹt mũi cải thiện ở mức độ trung bình và 3 trường hợp (75%) ở mức độ ít. Trước điều trị, tất cả 6 trường hợp (60%) cải thiện nghẹt mũi từ mức độ trung bình về ít (100%).

Chỉ 1 người có kết quả điều trị xấu (phải đốt cuốn mũi dưới) chiếm 3,3%, kết quả điều trị tốt chiếm 86,7% (26 người), còn lại là kết quả điều trị trung bình chiếm 10% (3 người).

Việc sử dụng corticoid tại chỗ và đường toàn thân đều có thể dẫn đến những tác dụng phụ như viêm loét dạ dày - tá tràng, tăng huyết áp, chảy máu mũi - loét mũi, phù do giữ muối – nước, suy thượng thận …Trong quá trình điều trị chỉ 16,7% (5 trường hợp) viêm dạ dày, các tác dụng phụ khác hầu như không xảy ra ở các trường hợp còn lại.

IV. KẾT LUẬN

Có sự liên quan giữa nghẹt mũi hay do thói quen đưa đến phải dùng thuốc co mạch tại chỗ gặp ở những bệnh nhân có tiền căn bệnh lý viêm mũi dị ứng (53,3%), viêm hô hấp trên (36.6%), tiếp xúc khói bụi, hóa chất, thuốc lá (16,7%), viêm xoang mạn (13,3%), quá phát cuốn dưới (10%), vẹo vách ngăn (3%) ...

Ít nhất dùng thuốc kéo dài 6 ngày trong 2 đợt sẽ bị VMDT. Tổng số ngày dùng tối thiểu là 12 ngày sẽ dẫn đến VMDT. Số lần sử dụng trong ngày càng cao thì thời gian sử dụng trung bình càng dài và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05)

Mức độ nghẹt mũi nặng chiếm 40%, mức độ nghẹt mũi vừa chiếm 60%. Qua nội soi, sau đặt thuốc co mạch, 100% ghi nhận niêm mạc mũi phù nề, cuốn mũi dưới quá phát.

Điều trị nội khoa viêm mũi do thuốc với corticoid uống, steroid xịt mũi và rửa mũi với muối sinh lý được đánh giá là hiệu quả, cải thiện qua mức độ nghẹt mũi theo thang điểm Likert, qua nội soi và qua khí áp mũi. 96,7 %)hết lệ thuộc. Kết quả điều trị được đánh giá tốt chiếm 86,7%, trung bình chiếm 10% và 3,3% là xấu Phương pháp điều trị tương đối an toàn, ít tác dụng phụ. Bệnh nhân sau khi ngưng được thuốc co mạch (hết lệ thuộc thuốc) cần tiếp tục điều trị bệnh nền như viêm mũi dị ứng, viêm xoang mạn, vẹo vách ngăn ...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Graf P(2005)"**Rhinitis medicamentosa: a review of causes and treatment". *Treat Respir Med*. 4:21-9
2. **Graf P, Juto JE (1994).** "Decongestion effect and rebound swelling of the nasal mucosa during 4-week use of oxymetazoline ORL". *J.Otorhinolaryngol Relat Spec*.; 56: 157-60
3. **Petruson B, Hansson HA (1982).** "Function and structure of the nasal mucosa after 6 weeks' use of nose-drops". *Acta Otolaryngol*, 94: 563-9
4. **Vaidyanathan. S, Williamson. P, Clearie. K, Khan. F, Lipworth.B (2010) "**Fluticasone reverses oxymetazoline-induced tachyphylaxis of response and rebound congestion". 182(1): 19-24
5. **Walker JS. " Rhinitis medicamentosa".** J Allergy. 1952; 23: 183-6
6. **Yuta A, Ogawa Y. (2010)** "Clinical review of 33 cases of rhinitis medicamentosa by decongestant nasal spray"*Allergic in Japanese*,182(1):19-2.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG KHÁM LẦN 1 TẠI KHOA NỘI TIẾT BỆNH VIỆN TUỆ TĨNH

Đoàn Quang Huy*, Nguyễn Tiến Chung*

TÓM TẮT

Phân tích đặc điểm lâm sàng của 75 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tới khám lần 1 tại khoa nội tiết Bệnh viện Tuệ Tĩnh, kết quả thu được cho thấy: tỉ lệ bệnh tập trung ở lứa tuổi 50-60 (chiếm 65.27%), 56.0% số bệnh nhân là nữ giới, thời gian phát hiện bệnh 1-3 năm chiếm 56%. Tại thời điểm tới khám, đa số bệnh nhân đã có các biểu hiện của biến chứng, trong đó tỉ lệ gặp nhiều nhất là: mệt mỏi (84%), mắt nhìn mờ (69.33%) và tê bì đầu chi (47.67%). Phân loại theo thể bệnh của y học cổ truyền, tỉ lệ bệnh thể thận hư chiếm 82.67%, trong đó 56% là thận dương hư 56.0%.

Từ khóa: đái tháo đường, đặc điểm lâm sàng, bệnh viện Tuệ Tĩnh.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH TYPE 1 DIABETES IN THE FIRST EXAMINATION AT THE DEPARTMENT OF ENDOCRINOLOGY OF TUE TINH HOSPITAL

Analysis of the clinical characteristics of 75 patients with type 2 diabetes to the first examination at the endocrinology of Tue Tinh Hospital, the results showed that: the rate of the disease is concentrated in the age group of 50-60 (accounting for 65.27%), 56.0% of patients are women, the disease detection time of 1-3 years accounts for 56%. At the time of the visit, the majority of patients had manifestations of complications, with the most common ones being fatigue (84%), blurred vision (69.33%), and head numbness (47.67%). Classification by disease of traditional medicine, the rate of kidney deficiency disease accounted for 82.67%, which 56% were kidney yang deficiency.

Keywords: diabetes, clinical characteristics, Tue Tinh hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một bệnh rối loạn chuyển hóa mạn tính khá phổ biến hiện nay trên thế giới, trong đó đái tháo đường týp 2 chiếm 90-95% tổng số bệnh nhân đái tháo đường. Việt Nam là một nước đang phát triển nằm trong khu vực đang có những thay đổi lớn về mô hình bệnh tật. Cùng với sự gia tăng của các bệnh không lây khác, số người mắc bệnh Đái tháo đường ngày càng tăng với tốc độ rất đáng lo ngại. Theo dự đoán, trong vòng 20 năm tới tỉ lệ mắc bệnh có thể tăng đến 170%Khoa Nội tiết chuyển hóa-Bệnh viện Tuệ Tĩnh được thành lập từ tháng 6 năm 2007, nằm trong một bệnh viện Đa khoa hạng 2 trực thuộc Bộ y tế. Từ khi đi vào hoạt động, khoa đã tiếp nhận rất nhiều lượt người bệnh đến khám và điều trị. Cũng như các đơn vị hoạt động trong lĩnh vực nội tiết chuyển hóa khác, Đái tháo đường là mặt bệnh chiếm tỉ lệ lớn ở cả những bệnh nhân điều trị nội trú và ngoại trú tại khoa. Để có cái nhìn sâu sắc và toàn diện hơn về đặc điểm của người bệnh, hỗ trợ cho công tác khám và điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân đến khám lần 1 tại khoa Nội tiết Bệnh viện Tuệ Tĩnh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân được chẩn đoán xác định mắc bệnh Đái tháo đường, điều trị nội hoặc ngoại trú, có hồ sơ quản lý bệnh nhân tại khoa Nội tiết chuyển hóa-Bệnh viện Tuệ Tĩnh từ tháng 6/2007 đến tháng 6/2010.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội tiết chuyển hóa-Bệnh viện Tuệ Tĩnh.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: bệnh nhân được chẩn đoán xác định mắc bệnh Đái tháo đường theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Đái tháo đường Mỹ ADA 1997 (American Deabetes Asociation).

Thu thập số liệu: Sử dụng phiếu điều tra dưới dạng các câu hỏi mở để khai thác các thông tin cá nhân. Sử dụng bệnh án nghiên cứu để thu thập thông tin về tiền sử và tình trạng bệnh tật tại thời điểm đến khám lần đầu, bao gồm cả triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

Số liệu được xử lý theo thuật toán thống kê y sinh học với sự hỗ trợ của chương trình phần mềm SPSS 11.5.

**Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam*
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Quang Huy
Email: huydoanquang195@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 3.10.2017
Ngày duyệt bài: 9.10.2017

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo độ tuổi

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

Nhóm tuổi	Giới				Tổng	
	Nam		Nữ			
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
< 40	1	1,33	2	2,67	3	4,0
40-49	5	6,67	6	8,00	11	14,67
50-59	10	13,33	16	21,33	26	34,67
60-69	12	16,0	11	14,67	23	30,66
> 70	5	6,67	7	9,33	12	16,0
Tổng	33	44,0	42	56,0	75	100

Nhận xét 1: Đái tháo đường gặp nhiều ở lứa tuổi 50 và 60.

3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo khu vực và nghề nghiệp

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo khu vực

Khu vực	Số lượng	Tỉ lệ %
Thành thị	65	86,67
Nông thôn	10	13,33
Tổng	**75**	**100**

Nhận xét 2: Đa số bệnh nhân đái tháo đường tập trung ở khu vực thành thị.

Bảng 3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số lượng	Tỉ lệ %
Nông dân	3	4,0
Cán bộ	19	25,33
Hưu trí	42	56,0
Công nhân	11	14,67
Tổng	**75**	**100**

Nhận xét 3: Phần lớn số lượng bệnh nhân là hưu trí và cán bộ đương chức.

3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ

Bảng 4. Các yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	Số lượng	Tỉ lệ %
Tiền sử gia đình ĐTĐ	9	12,0
Rối loạn lipid máu	17	22,67
Tăng huyết áp	15	20,0
Béo phì	5	6,67
Sinh con > 4kg	3	4,0
Không có	35	46,66

Nhận xét 4: Khoảng ½ số bệnh nhân đái tháo đường không tìm thấy yếu tố nguy cơ nào. Số còn lại phát hiện ít nhất 1 yếu tố nguy cơ mắc bệnh.

Bảng 5. Tần suất gặp các yếu tố nguy cơ trên 1 bệnh nhân

Số yếu tố nguy cơ	Số lượng	Tỷ lệ %
0	35	46,67
1	33	44,0
2	6	8,0
3	1	1,33
≥4	0	0,00

Nhận xét 5: Bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ mắc bệnh nhất là 3 yếu tố.

3.1.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

Bảng 6. Thời gian mắc bệnh khi tới khám

Thời gian phát hiện (năm)	Số lượng	Tỷ lệ %
0	11	14,67
1	15	20,0
2	15	20,0
3	12	16,0
4	9	12,0
≥ 5	13	17,33

Nhận xét 6: Số năm mắc bệnh của bệnh nhân khi tới khám khá đồng đều giữa các nhóm.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 7. Phân týp lâm sàng

Tuýp	Số lượng	Tỷ lệ %
1	3	4,00
2	72	96,0

Nhận xét 7: Đái tháo đường týp 2 chiếm đa số.

Bảng 8. Triệu chứng lâm sàng hay gặp

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Ăn nhiều	8	10,67
Uống nhiều	29	38,67
Gầy nhiều	18	24,0
Tiểu nhiều	51	68,0

Nhận xét 8: Triệu chứng lâm sàng xuất hiện nhiều nhất là tiểu nhiều.

Bảng 9. Triệu chứng lâm sàng kèm theo

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Mắt nhìn mờ	52	69,33
Mệt mỏi	63	84,0
Tê đầu chi	35	46,67
Đau tức ngực	16	21,33

Nhận xét 9: Đa số các bệnh nhân có triệu chứng khó chịu ở mắt và mệt mỏi.

Bảng 10. Phân loại bệnh nhân theo chỉ số BMI

Nhóm tuổi	Giới				Tổng	
	Nam		Nữ			
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
< 18,5	0	0.00	1	1.33	1	1.33
18,5-22,9	20	26.67	22	29.33	42	56.00
23-24,9	11	14.67	15	20.00	26	34.67
25-29,9	2	2.67	5	6.67	7	9.33
≥ 30	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Tổng	33	44,0	42	56,0	75	100

Nhận xét 10: Bệnh nhân có thể trạng trung bình chiếm tỉ lệ lớn nhất, tiếp đến là bệnh nhân quá cân độ 1.

3.3. Đặc điểm bệnh nhân theo YHCT

Bảng 11. Phân thể lâm sàng theo YHCT

Thể bệnh	Số lượng	Tỷ lệ %
ế âm hư	6	8.00
Vị âm hư	7	9.33
Thận âm hư	20	26.67
Thận dương hư	42	56.00

Nhận xét 11: Có tới 82,67% số bệnh nhân thuộc thể thận hư theo phân loại của y học cổ truyền, trong đó thể thận dương hư chiếm 56%.

Bảng 12. Phân thể lâm sàng theo phương pháp điều trị và thể bệnh

Thể bệnh	Kết hợp YHCT		Không	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
Phế âm hư	3	4.00	3	4.00
Vị âm hư	2	2.67	5	6.67
Thận âm hư	6	8.00	14	18.67
Thận dương hư	25	33.33	17	22.67
Tổng	36	48.00	39	52.00

Nhận xét 12: Khoảng ½ số lượng bệnh nhân được điều trị kết hợp YHCT và YHHĐ, trong đó đa số là thể thận dương hư.

IV. BÀN LUẬN

Phân tích tỉ lệ mắc bệnh đái tháo đường theo tuổi và giới, kết quả được biểu hiện ở bảng 1, chúng tôi thấy nhìn chung tỉ lệ mắc bệnh đái tháo đường ở phụ nữ (56%) cao hơn nam giới; trong đó tỉ lệ bệnh tập trung nhiều ở nhóm tuổi 50-59 (34,67%) sau đó tới nhóm 60-69 (30,66%). Về tỉ lệ mắc bệnh theo vùng, kết quả nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân nghiên cứu sinh sống ở thành thị, điều này có thể được giải thích bởi địa điểm ngiên cứu của chúng tôi là Bệnh viện Tuệ Tĩnh nằm ở trung tâm thành phố. Về đặc điểm nghề nghiệp, tỉ lệ bệnh nhân là cán bộ hưu trí chiếm đa số. Điều này được giải thích bởi lứa tuổi và thói quen sinh hoạt khiến cán bộ hưu trí tích lũy nhiều yếu tố nguy cơ cho bệnh khởi phát.

Thu thập các triệu chứng lâm sàng trên 75 bệnh nhân, chúng tôi thấy các biểu hiện của tăng glucose máu xuất hiện không điển hình. Triệu chứng thường gặp nhất là tiểu nhiều, các triệu chứng khác như ăn nhiều, gầy nhiều, đói nhiều có tấn suất ít hơn. Kết quả này có thể được giải thích bởi tỉ lệ bệnh nhân đái tháo đường týp 2 chiếm đa số (96%) và các bệnh nhân tới khám tại bệnh viên Tuệ Tĩnh không phải tất cả là lần đầu được phát hiện bệnh. Về các biểu hiện lâm sàng kèm theo, chúng tôi thấy cảm giác mệt mỏi chiếm tỉ lệ cao nhất, xuất hiện ở 86% bệnh nhân, sau đó nhìn mờ và tê bì đầu chi. Đây có thể là các dấu hiệu của biến chứng của bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có điểm khác với một số nghiên cứu được công bố trước đó, tuy nhiên điều này có thể được giải thích bởi sự khác nhau về địa điểm nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Qua phân tích đặc điểm lấm sàng của 75 bệnh nhân đái tháo đường tại bệnh viện Tuệ Tĩnh, chúng tôi đưa ra một số kết luận sau: tỉ lệ bệnh nhân đái tháo đường týp 2 chiếm 96% tổng số bệnh nhân đái tháo đường, đa phần tập trung ở lứa tuổi 50-70.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình** (2006), *Bệnh đái tháo đường- tăng glucose máu,* Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr.24, 147, 383, 411.
2. **Tạ Văn Bình, Stephen Colagiuri** (2004), *Phòng và quản lý bệnh đái tháo đường tại Việt Nam,* Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 12-16.
3. **Bệnh Viện Nội tiết trung ương** (2008), *Chuyên đề Nội tiết chuyển hóa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.197, 202-205.
4. **Trương Chứng** (2000), "Tiêu khát", *Biện chứng kỳ văn,* Nhà xuất bản Đồng Nai, tr. 432-440.
5. **Nguyễn Thy Khuê** (2001), "Vấn đề kiểm soát bệnh đái tháo đường tại Việt Nam". *Hội thảo triển khai Diabcare-Asia*, Vũng Tàu, tr. 5.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 459 - THÁNG 10 - SỐ 2 - 2017

VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^{0}2 - OCTOBER - 2017

1 **Đ**ánh giá hiệu quả điều trị nang và tổn thương dạng nang lành tính tuyến giáp bằng phương pháp tiêm cồn tuyệt đối dưới hướng dẫn của siêu âm 1
Treatment efficacy of ethanol ablation of cystic and predominantly cystic thyroid nodules
Nguyễn Thị Thu Duyên, Ngô Lê Lâm, Phạm Minh Thông

2 **Đ**ánh giá kết quả cấy ghép implant nha khoa tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội 5
Evaluation of the results of dental implants at national Hospital of odonto - stomatology, Hanoi
Trần Cao Bính, Phạm Thanh Hà

3 **N**ghiên cứu đặc điểm lâm sàng giai đoạn trầm cảm ở bệnh nhân rối loạn khí sắc có hành vi phạm tội 8
Studying clinical and characteristics depressive episode in patients with mood disorder have criminal acts
Nguyễn Thành Quang, Bùi Quang Huy
Ngô Ngọc Tản, Cao Tiến Đức

4 **T**hực trạng tật khúc xạ ở học sinh một số trường trung học cơ sở tại Thành phố Thái Nguyên 11
Refractive error in pupils of junior high schools in Thai Nguyen City
Nguyễn Mạnh Quỳnh, Nguyễn Văn Hiến, Đàm Thị Tuyết

5 **P**hân bố bệnh hô hấp ở trẻ dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2015 15
The distribution of respiratory infection in children under 5 years at Haiduong pediatric Hospital in 2015
Đặng Văn Chức, Phạm Văn Trung

6 **D**iễn biến trong 3 năm của bệnh nhân đầu tiên được ghép đồng thời tụy thận tại Bệnh viện Quân Y 103 20
3 years flow-up the first patient with simultaneous pancreas and kidney transplant in Military Hospital 103
Nguyễn Ngọc Châu, Hoàng Mạnh An

7 **H**iệu quả can thiệp nhằm cải thiện một số chỉ số đánh giá chất lượng điều trị HIV/AIDS tại Bệnh viện Đa khoa huyện Sông Mã, tỉnh Sơn La 23
Intervention effective to improve performance quality indicators for HIV/AIDS treatment in Song Ma Hospital, Son La Province
Lê Thị Hường

8 **Đ**ặc điểm hành vi phạm tội ở bệnh nhân rối loạn khí sắc được giám định pháp y tâm thần 26
Characteristics of the offense in patients with mood disorders offenders in forensic psychiatry
Nguyễn Thành Quang, Bùi Quang Huy
Ngô Ngọc Tản, Cao Tiến Đức

9 **Đ**ặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng viêm mủ màng phổi có biến chứng tại Bệnh viện Nhi Trung ương 28
Clinical and subclinical characteristics of complex empyema patients at the national Hospital of pediatrics
Phạm Duy Hiền

10 **N**ghiên cứu tác dụng giảm đau của ropivacain – fentanyl qua catheter ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển sau mổ sỏi thận – niệu quản 31
Researching the analgesic effectiveness of patient controlled epidural analgesia by ropivacaine-fentanyl after nephrolithotomy and superior ureteolithotomy
Đặng Quang Dũng, Trần Đắc Tiệp

11 **N**ghiên cứu nồng độ antithrombin III ở bệnh nhân xơ gan 36
Study on concentration of antithrombin III in cirrhosis patients
Hà Thị Thu Trang, Thái Danh Tuyên, Vũ Đức Định

12 **G**iá trị của phim toàn cảnh panoramarama và phim cắt lớp chùm tia hình nón trong phẫu thuật răng hàm lớn thứ ba hàm dưới 39
The value of panoramic radiograph and cone beam computed tomography in mandibular third molar
Trần Cao Bính, Phạm Trần Anh Khoa

13 **Đ**ặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm tụy cấp tăng triglyceride ở phụ nữ có thai 43
Clinical and laboratory features and treatment of hypertriglyceridemina induced acute pancreatitis during pregnancy
Trần Phương, Đào Xuân Cơ

14 **Đ**ánh giá tình trạng trẻ sơ sinh sau mổ lấy thai của các sản phụ tiền sản giật nặng được vô cảm bằng gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng 46
Assessment of neonatal status after ceasarean section of severe pre-eclampsia with general anesthesia or regional anesthesia
Nguyễn Đức Lam

15 **T**ìm hiểu đặc điểm một số dấu ấn miễn dịch ở bệnh lơxêmi cấp dòng lympho trẻ em tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương 50
Study on characteristics of some markers in pediatric acute lymphoblastic leukemia at the national institute of hematology and blood transfusion during 2015-2016
Nguyễn Triệu Vân, Nguyễn Hà Thanh

16 **L**iên quan giữa bệnh viêm lợi và bệnh đái tháo đường trên bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Đống Đa, Hà nội năm 2017 54
Relationship between gingivitis and diabetes in patients treated at dong da Hospital, Hanoi in 2017
Lê Long Nghĩa

17 **Đ**ánh giá hành vi tự chăm sóc của bệnh nhân đái tháo đường type II tại khoa Nội tiết Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương 57
Assessment of satisfaction of type II route of hepatitis in Hai Duong Hospital
Trần Thị Minh Tâm, Đoàn Thị Phượng

18 **Đ**ánh giá tác dụng của thuốc "bổ thận tráng dương hoàn" ở bệnh nhân mắc chứng đau thắt lưng thể thận dương hư 62
An evaluation of the remedy "bo than trang duong hoan" on the patients with lower back pain caused by kidney *yang* deficiency
Đoàn Quang Huy

19 **Đ**ánh giá nồng độ cea trước và sau điều trị ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội 65
Evaluation of cea levels before and after treatment of colorectal cancer at the Hanoi Medical University Hospital
Phạm Thị Phương, Nguyễn Văn Hiếu, Nguyễn Thị Giang Oanh

20 **Đ**ặc điểm dịch tế học, lâm sàng và cận lâm sàng ở trẻ mắc viêm thận schonlein henoch tại Bệnh viện Nhi Trung ương 68
Epidemic characteristics, clinical and subclinical manifestations of children with henoch-schonlein purpura Nephritis at National Hospital of Pediatrics
Hà Thị Kiều Oanh, Phạm Văn Đếm, Nguyễn Thị Thanh Thúy, Nguyễn Thị Quỳnh Hương

21 **K**hảo sát tình trạng đau do nguyên nhân thần kinh sử dụng thang điểm LANSS và NPQ ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp 72
Evaluation of neuropathic pain using LANS and NPQ questionnaire in patients with ankylosing spondylitis
Đinh Hà Giang, Nguyễn Văn Hùng

22 **N**hận thức của sinh viên ngành y đa khoa về môi trường giáo dục tại trường Đại học Y Dược Thái Nguyên bằng bảng hỏi DREEM 76
The general medicine students' perception of educational environment at thai nguyen university of medicine and pharmacy by DREEM questionnare
Trần Bảo Ngọc, Lê Thị Lựu, Nguyễn Mạnh Tuấn, Nguyễn Thị Hoa và cộng sự

23 **T**ác động của đặt sonde niệu quản đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân phẫu thuật sỏi đường tiết niệu tại Bệnh viện Đa khoa Nông Nghiệp năm 2016 81
Impact of ureteral stents on the quality of life of surgery patients with urinary tract stones at the general Hospital of Agriculture 2016
Nguyễn Thế Thi, Hà Hữu Tùng

24 **N**hận xét về hiệu quả điều trị các triệu chứng âm tính trên các bệnh nhân tâm thần phân liệt 85
Comment on the effectiveness of treating negative symptoms in schizophrenia patients
Nguyễn Văn Dũng, Nguyễn Doãn Phương

25 **T**hực trạng thực hiện bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã tại tỉnh Hà Giang năm 2016 90
Reality of implementing the national standard of community health in Ha Giang province in 2016
Đỗ Thị Mỹ, Nguyễn Thị Tố Uyên

26 **H**iệu quả của hai chế độ liều sử dụng colistin truyền tĩnh mạch trong điều trị viêm phổi liên quan thở máy 94
Effect of two dosage intravenous colistin regime in the treatment of ventilator - associated pneumonia
Nguyễn Bá Cường, Nguyễn Hoàng Anh, Đào Xuân Cơ, Đỗ Thị Hồng Gấm, Đặng Quốc Tuấn

27 **Đ**ánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV bằng phác đồ paclitaxel - cisplatin tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa 97
Evaluating the results of paclitaxel – cisplatin regimen in the treatment for IV- stage non-small cell lung cancer at Thanh Hoa General Hopital
Hoàng Thị Hà, Phạm Cẩm Phương, Lê Văn Quảng

28 **N**ghiên cứu sự thay đổi các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của tiền sản giật nặng sau mổ lấy thai 101
Research the change of clinic and paraclinic symptom of severe preeclampsia after cesarean section
Nguyễn Đức Lam

29 **N**ghiên cứu tỷ lệ sống thêm trong Lơ-xê-mi kinh dòng bạch cầu hạt điều trị nhắm đích 105
Study of survival in chronic myeloid leukemia treated with targeting therapy
Nguyễn Hà Thanh, Bạch Quốc Khánh

30 **M**ột số yếu tố liên quan đến thực trạng sâu răng ở người đến khám sức khỏe tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016 107
A number of factors related to the status of decay in people who had the medical examination at the Medical University Hospital of Hanoi in 2016
Lê Long Nghĩa

31 **T**hực trạng kiến thức và thực hành phân loại chất thải rắn y tế của điều dưỡng tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2015 111
The status of knowledge and practice classification of medical solid waste of nursing at clinical departments of Saint Paul Hospital in 2015
Trần Thị Minh Tâm, Lưu Minh Châu

32 **Đ**iều tra tình hình nuôi trồng, chế biến dược liệu tại xã Bình Minh của tỉnh Hưng Yên 116
An investigation into the actual situation of cultivation and production of herbal and medicinal plants in Binh Minh commune, Hung Yen Province.
Đoàn Quang Huy

33 **Đ**ặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và những thay đổi di truyền trên gen *NPHS1* ở trẻ mắc hội chứng thận hư bẩm sinh 119
Clinical, paraclinical charateristics and *NPHS1* gene mutations in patients with congenital nephrotic syndrome
Phạm Văn Đếm, Nguyễn Thu Hương, Nguyễn Thị Kim Liên, Đinh Đoàn Long, Nguyễn Thị Quỳnh Hương

34 **H**ài lòng với công việc của giảng viên phi lâm sàng tại trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên 123
Job satisfaction among non-clinical lecturers at Thainguyen university of Medicine and Pharmacy
Lê Ngọc Uyển, Trần Bảo Ngọc, Bùi Thanh Thủy, Nguyễn Thị Hoa và cs

35 **N**ghiên cứu kết quả điều trị viêm gân nhị đầu cánh tay bằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân 128
Evaluation of treatment of biceps tendonitis by autologous platelet-rich plasma
Trần Thị Minh Phượng, Nguyễn Văn Hùng

36 **Đ**ánh giá một số tác dụng không mong muốn của capecitabine trong điều trị ung thư đại trực tràng 132
Evaluating some of the side effects of capecitabine in the treatment of colorectal cancer
Nguyễn Thị Giang Oanh, Nguyễn Văn Hiếu, Phạm Thị Phương

37 **T**ìm hiểu những yếu tố liên quan đến kết quả điều trị sỏi niệu quản 1/3 dưới qua nội soi tán sỏi ngược dòng bằng holmium laser 135
Find out about factors related to the outcome of ureteral stones 1/3 below using endoscopic retrograde lithotripsy with holmium laser
Nguyễn Đình Lâm, Hà Hữu Tùng

38 **N**hận xét điều trị rối loạn lo âu lan tỏa ở bệnh nhân từ 18 tuổi tại Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai 139
Comments on treatment for anxiety disorder in patients aged 18 years and older institute of mental health - Bach Mai Hospital
Nguyễn Văn Dũng

39 **H**iệu quả bổ sung đa vi chất với sắt - acid folic ở phụ nữ mang thai đối với tình trạng nuôi con bằng sữa mẹ 144
Effect of prenatal multiple micronutrient versus iron-folic acid supplementation on breastfeeding
Phạm Quốc Hùng, Lê Danh Tuyên, Trần Thúy Nga

40 **N**ghiên cứu các tác dụng không mong muốn của oxytocin trong mổ lấy thai khi tiêm tĩnh mạch trực tiếp có hay không pha loãng hoặc truyền tĩnh mạch 147
Research the side effects of oxytocin in ceasarean section when administered by tree methods: intravenous injection non diluted or diluted or infusion
Nguyễn Đức Lam

41 **C**hất lượng sống liên quan sức khỏe của trẻ mắc đái tháo đường týp 1 sử dụng thang đo PedsQL 4.0 150
Health-related quality of life in children with type 1 diabetes mellitus by PedsQL 4.0 generic core scales
Cấn Huyền Hân, Lê Trọng Tú, Nguyễn Phú Đạt

42 **Đ**ặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đáp ứng điều trị trong giai đoạn tấn công bằng phác đồ LCH III trên trẻ mắc langerhans cell histocytosis 153
Clinical, paraclinical charateristics and treatment response after LCH III protocol induction of children with langerhans cell histocytosis
Nguyễn Thanh Thảo, Trần Đức Hậu, Bùi Văn Viên

43 **G**ánh nặng kép về suy dinh dưỡng và yếu tố liên quan trên trẻ tiền học đường tại một số xã thuộc huyện Quỳnh Phụ, tỉnh Thái Bình 156
Double burden of malnutrition and associated factors among preschool children in some communes of Quynh Phu District, Thai Binh Province
Nguyễn Đức Dịu, Nguyễn Quang Dũng

44 **H**iệu quả trên trao đổi khí của thông khí dao động tần số cao ở bệnh nhân suy hô hấp cấp tiến triển nặng 161
Effects of high-frequency oscillation ventilation on gas exchange in patient with severe acute respiratory distress syndrome
Trịnh Thế Anh, Nguyễn Công Tấn, Đặng Quốc Tuấn, Đào Xuân Cơ

45 **Đ**ánh giá chỉ số độ dày giác mạc và khúc xạ giác mạc trên mắt cận thị ở lứa tuổi thanh niên 164
Assessment of corneal thickness, corneal refraction power on myopic eye at adolescence
Nguyễn Thị Thanh Dung, Nguyễn Thị Thu Hiền, Đặng Thị Như Quỳnh

46 **N**ghiên cứu độc tính cấp và tác dụng giảm đau của cao lỏng TK1 trên thực nghiệm 167
Studying the acute toxicity and analgesic activities of TK1 liquid extract in animal model
Nguyễn Ngọc Thược, Đậu Xuân Cảnh, Nguyễn Hoàng Ngân, Nguyễn Bá Quang, Nghiêm Hữu Thành

47 **Đ**ánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ arv bậc 2 ở bệnh nhân HIV/AIDS tại Bệnh viện Đống Đa - Hà Nội 172
Effectiveness of second - line antiretroviral therapy on HIV/AIDS patients at Dong Da Hospital - Ha Noi
Phạm Bá Hiền, Đỗ Tuấn Anh, Trần Viết Tiến

48 **C**ơ cấu bệnh tật trong cộng đồng tại tỉnh Đắk Nông, giai đoạn 2010-2013 176
Study on pattern of diseases in Dak Nong, 2010-2013 period
Nguyễn Xuân Kiên

49 **K**ết quả phẫu thuật điều trị gãy cột sống lưng và thắt lưng do chấn thương bằng nẹp vít đường vào lối sau tại Bệnh viện Quân Y 103 181
Results of thoracolumbar and lumbar spinal injurises surgery by pedicle screws fixation with posterior approach at 103 Military Hospital
Hoàng Thanh Tùng, Võ Văn Nho, Nguyễn Hùng Minh

50 **Đ**ặc điểm lâm sàng/cận lâm sàng và giá trị của thang điểm scap trong phân tầng nguy cơ bệnh nhân viêm phổi cộng đồng tại Bệnh viện Bạch Mai 185
Characteristic of clinical/paraclinical and the value of the scap scale in stratification for patients with community – acquired pneumonia in Bach Mai Hospital
Lê Hải Song Hà, Nguyễn Văn Chi, Trần Hữu Thông, Nguyễn Đạt Anh

51 **Đ**ánh giá kết quả điều trị ung thư dạ dày giai đoạn muộn bằng phác đồ FOLFIRI 189
Results of FOLFIRI treatment in advanced gastric cancer
Nguyễn Văn Hùng, Vũ Hồng Thăng Đỗ Hải Đăng, Nguyễn Thị Vượng

52 **K**hảo sát đặc điểm giấc ngủ của trẻ tự kỷ 192
Sleeping problems in children with autistic disorders
Đoàn Thị Ngọc Hoa, Nguyễn Thị Thanh Mai

53 **N**ghiên cứu đăc điểm sản phụ nhiễm rubella trong thời kỳ mang thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương 195
Research the characteristics of pregnant women who was infected with rubella during pregnancy at National Hospital of Obstetrics and Gyneacology
Nguyễn Quảng Bắc

54 **Đ**ánh giá kết quả điều trị bổ trợ ung thư vú giai đoạn II-IIIA bằng phác đồ 4AC – 4D 199
Efficacy and toxicity of adjuvant 4AC-4D in patients with stage II-IIIA breast cancer
Lê Thị Sương, Lê Văn Quảng

55 **T**hực trạng nhiễm hiv ở trẻ dưới 18 tháng tuổi sinh ra từ mẹ nhiễm HIV được quản lý tại Bệnh viện A, tỉnh Thái Nguyên giai đoạn 2011-2015 203
Situation of HIV infection among children under 18 months old who were born by HIV-infected mothers at a hospital, Thai Nguyen province during the period 2011-2015
Lương Minh Tuấn, Nguyễn Thị Tố Uyên

56 **Đ**óng đường rò khí - thực quản sau mổ chữa teo thực quản ở trẻ em bằng thuốc: Nhân một trường hợp 206
Endoscopic management of recurrent tracheoesophageal fistula in children by chemocauterization: A case report
Tô Mạnh Tuân, Lê Thanh Chương,
Nguyễn Thu Hà, Trần Thọ Anh

57 **N**ghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân lao phổi tái phát 209
The study of clinical, paraclinical characteristics in the relapsed pulmonary tuberculosis patients
Nguyễn Hoàng Kim, Vũ Quang Diễn

58 **Đ**ánh giá tác dụng điều trị đái tháo đường typ 2 thể khí âm lưỡng hư trên thực nghiệm của bài thuốc "tri bá địa hoàng hoàn" 211
Evaluating effects of "tri ba dia hoang hoan" in the treatment of type 2 diabetes of deficiency of both vital energy and yin in the experiment
Nguyễn Vinh Quốc, Trần Công Trường

59 **N**ghiên cứu tác dụng an thần, giải lo âu của cao lỏng dưỡng tâm an thần trên thực nghiệm 215
Evaluate sedative and anxiolytic effects of the "duong tam an than" extract in animals
Nguyễn Văn Tâm, Nguyễn Trần Giáng Hương,
Phạm Thị Vân Anh, Đỗ Thị Phương, Nguyễn Thị Thanh Loan

60 **G**iá trị chẩn đoán của siêu âm trong phân loại nhân tuyến giáp thuộc nhóm TI-RADS 3 và 4 219
Diagnostic value of ultrasonography in thyroid imaging reporting and data system (TI-RADS) 3 and 4 thyroid nodules
Nguyễn Kim Sơn, Phạm Hồng Đức, Bùi Văn Giang

61 **N**guyên nhân tử vong ở huyện Diễn Châu tỉnh Nghệ An năm 2014: Kết quả verbal autopsy 222
Verbal autopsy-based causes of death at the dien chau district of nghe an province in 2014
Nguyễn Văn Thương, Lê Thùy Linh,
Trịnh Thi Đức Hạnh, Lê Trần Ngoan

62 **K**ết quả điều trị của phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI) tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương 227
Results of intrauterine insermination (IUI) method at the obstetrics and gynecology of National Hospital
Hoàng Thị Phương Thuỷ, Phạm Huy Hiền Hào

63 **B**ước đầu đánh giá khả năng dung nạp của xương bò khử protein bằng hai phương pháp: Sử dụng pepsin và naCLO 231
Initially evaluating the tolerance of bovine bone deproteinized by two methods: Using pepsin and naCLO
Hà Mai Linh, Ngô Duy Thìn, Lê Thị Hồng Nhung,
Nguyễn Thị Thu Thủy, Mầu Văn Cảnh, Đoàn Thị Quỳnh Mai

64 **Đ**ặc điểm lâm sàng, một số cận lâm sàng của bệnh nhân COPD giai đoạn ổn định 235
Clinical, some laboratory test characteristics of patients with stable COPD
Cao Thị Mỹ Thúy, Đồng Khắc Hưng, Nguyễn Văn Thành

65 **T**hực trạng và nhu cầu phát triển nguồn nhân lực Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang đến năm 2020 239
Facts and needs for developing human resource in Bac Giang provincial general Hospital to year 2020
Nguyễn Danh Song, Nguyễn Minh Tuấn

66 **N**ghiên cứu tỉ lệ nghe kém và phân tích một số yếu tố nguy cơ ở trẻ đẻ non tại Khoa Hồi sức Sơ sinh Bệnh viện Nhi Trung ương 242
Prevalence of hearing impairment of premature newborn to neonatal intensive care unit in national pediatric Hospital and analyze risks factors
Nguyễn Phương Dung, Lê Thanh Hải, Đoàn Thị Hồng Hoa

67 **S**ự hài lòng của người bệnh về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Quận Tân Phú 246
Satisfaction of patient about infection control at dental department at Tan Phu Hospital
Nguyễn Duy Tiến, Lương Văn Sinh, Nguyễn Thị Kim Anh, Võ Gia Hiệp, Huỳnh Thị Lý, Nguyễn Đức Huệ, Nguyễn Văn Tập

68 **Đ**ánh giá thực trạng hoạt động tự học của sinh viên năm 1, 2 theo học chế tín chỉ tại trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương 250
Evaluation the status of self-learning activity of students 1st-2nd year following academic credit system at Hai Duong Medical Technical University
Trần Thị Minh Tâm, Đinh Thị Hoa

69 **S**ự hài lòng của sản phụ sinh thường về các yếu tố ảnh hưởng đến dịch vụ chăm sóc tại Bệnh viện Quận Thủ Đức năm 2017 255
Satisfaction of pregnant women after delivery relating to factors on healthcare services in Thu Duc district Hospital in 2017
Nguyễn Thị Bông, Lưu Tuyết Minh, Lê Minh Thi, Trần Quốc Cường

70 **T**ính toán chi phí đầy đủ cho trường hợp đẻ thường và đẻ mổ tại Bệnh viện Quận Thủ Đức, Thành Phố Hồ Chí Minh năm 2016 261
Calculation of full cost for vaginal birth and c-section at Hospital, Ho Chi Minh City, 2016
Vương Thi Sinh, Hoàng Văn Minh, Thẩm Chí Dũng

71 **T**hực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan của người dân từ 18-60 tuổi tại xã Khánh Vân, huyện Yên Khánh, tỉnh Ninh Bình năm 2017 266
Current status of hypertension and some related factors of 18-60 age people in Khanh Van commune, Yen Khanh District, Ninh Binh Province 2017
Vũ Hà Bắc, Đỗ Văn Dung

72 **Đ**ánh giá của người bệnh về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Quận 7, Thành phố Hồ Chí Minh 272
Satisfaction of patient about infection control at dental department of district 7 Hospital, Ho Chi Minh City
Nguyễn Hồng Hạnh, Phạm Thị Lắm, Dương Thị Hạnh, Trần Dư Đông, Nguyễn Đức Huệ, Nguyễn Văn Tập

73 **K**hảo sát đặc điểm lâm sàng, yếu tố nguy cơ và đánh giá kết quả điều trị nội khoa của viêm mũi do thuốc co mạch tại chỗ 277
Clinical manifestations & risk fators of rhinitis medicamentosa induced by topical nasal decongestants and effectiveness of its treatment
Trần Viết Luân, Lê Thị Thu Hiền

74 **Đ**ặc điểm lâm sàng của bệnh nhân đái tháo đường khám lần 1 tại Khoa Nội tiết Bệnh viện Tuệ Tĩnh 281
Clinical characteristics of patients with type 1 diabetes in the first examination at the department of endocrinology of Tue Tinh Hospital
Đoàn Quang Huy, Nguyễn Tiến Chung