



Y HỌC

VIỆT NAM

Năm thứ sáu mươi ba

VIETNAM MEDICAL JOURNAL

ĐƠN VỊ CHỦ QUẢN



ĐƠN VỊ TÀI TRỢ CHÍNH



LỄ PHÁT ĐỘNG THÁNG HÀNH ĐỘNG PHÒNG CHỐNG UNG THƯ VÚ

TẦM SOÁT UNG THƯ VÚ
CHO PHỤ NỮ SANG TUỔI 40
TỪ NGÀY 14/10/2017
ĐẾN 11/11/2017
TẠI CÁC BỆNH VIỆN

ĐƠN VỊ ĐỒNG HÀNH



THÁNG 11 - SỐ 2
2017

TẬP 460

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.tonghoiyoct.vn

TẠP CHÍ
Y HỌC VIỆT NAM
VIETNAM MEDICAL JOURNAL

TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Xuyên

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Ngọc Dung

Đinh Ngọc Sỹ

Lê Gia Vinh

HỘI ĐỒNG CỐ VẤN

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

ỦY VIÊN BAN BIÊN TẬP

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

BAN THƯ KÝ

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

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

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

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

GIÁ TRỊ CỦA PCT VÀ CRP TRONG TIỀN LƯỢNG Ở BỆNH NHÂN ĐA CHẤN THƯƠNG

Nguyễn Trường Giang*, Nguyễn Ngọc Thạch*,
Lê Tiên Dũng*, Nguyễn Trung Kiên*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát sự thay đổi nồng độ và giá trị của PCT, hs-CRP trong tiền lượng ở bệnh nhân đa chấn thương. **Phương pháp:** Lựa chọn bệnh nhân đa chấn thương với ISS ≥ 18 . Định lượng PCT, hs-CRP tại thời điểm khi vào viện, 6, 12, 24, 48 và 72 giờ sau chấn thương, so sánh nồng độ PCT, hs-CRP ở từng nhóm và xác định giá trị tiên lượng nhiễm khuẩn huyết, suy đa tạng, tử vong. **Kết quả:** Nồng độ PCT tăng ngay từ khi vào viện sau đó giảm nhẹ, cao nhất tại thời điểm 6 - 48 giờ sau chấn thương với nồng độ cao nhất là 18,4ng/ml; nồng độ hs-CRP tăng dần trong những ngày đầu, đạt đỉnh tại thời điểm 24 - 48 giờ sau chấn thương với nồng độ cao nhất là 106,5ng/ml. Mức tăng PCT và hs-CRP có sự khác biệt ở nhóm bệnh nhân có biến chứng nhiễm khuẩn huyết, suy đa tạng và tử vong. **Kết luận:** Nồng độ PCT và hs-CRP tăng cao sớm sau chấn thương, tương ứng với độ nặng và có giá trị tiên lượng biến chứng tử vong ở bệnh nhân đa chấn thương.

Từ khóa: Procalcitonin, C-reactive Protein, đa chấn thương

SUMMARY

PROGNOSTIC VALUE OF SERUM PROCALCITONIN AND C-REACTIVE PROTEIN LEVEL IN POLYTRAUMA PATIENTS

Objectives: To investigate the dynamic changes of serum PCT and hs-CRP level in prognostic for polytrauma patients. **Methods:** Polytrauma patients with ISS >18 were selected for the study. The level of PCT, hs-CRP were determined when admitted to the hospital and at 6, 12, 24, 48 and 72 hours after injury and compared between subgroups, then determine prognostic value in sepsis, multiple organ failure and death patients. **Results:** Serum PCT elevated from the admission point then gradually decreased, the plateau value at 6 - 48 hours after injury with the highest level of 18.4 ng/ml; serum hs-CRP gradually increased in the first days and reached the plateau value at 24-48 hours with the highest level of 106.5ng/ml. Serum PCT and hs-CRP level had a significant difference in sepsis, multiple organ failure and death patients. **Conclusion:** Serum PCT and hs-CRP early elevated after trauma and associated with injury severity and had a prognostic value in polytrauma patients.

*Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trường Giang

Email: truonggiang.dr@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/8/2017

Ngày phản biện khoa học: 1/10/2017

Ngày duyệt bài: 23/10/2017

Key words: PCT, hs-CRP, polytrauma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đa chấn thương là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến biến chứng nặng và tử vong ở những bệnh nhân chấn thương. Sốc mất máu, thiếu oxy và tổn thương trầm trọng các cơ quan là nguyên nhân chính dẫn đến tử vong sớm ở bệnh nhân đa chấn thương. Diễn biến sinh lý bệnh sau đa chấn thương và chấn thương nặng nói chung là sự hoạt hóa các tế bào có chức năng miễn dịch, giải phóng tại chỗ và toàn thân các trung gian hóa học tiền viêm và kháng viêm. Quá trình đó dẫn đến hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (systemic inflammatory response syndrome/ SIRS) mà hậu quả là nhiễm khuẩn huyết và suy đa tạng.

Trên lâm sàng procalcitonin (PCT) và C-reactive protein (CRP) được coi là một trong các dấu ấn sinh học (biomarker) của SIRS và nhiễm khuẩn huyết. Theo các nghiên cứu trước đây, nồng độ PCT và CRP huyết thanh có thay đổi mạnh trong giai đoạn SIRS sau chấn thương và trong trường hợp có biến chứng, đồng thời, PCT và CRP huyết thanh cũng có vai trò như một yếu tố tiên lượng. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm xác định giá trị của PCT, hs-CRP (high sensitivity - CRP) huyết thanh trong tiên lượng nhiễm khuẩn huyết (NKH), suy đa tạng và tử vong ở bệnh nhân đa chấn thương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 60 bệnh nhân đa chấn thương cấp cứu và điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1/2016 đến 12/2017.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

+ Đa chấn thương chẩn đoán theo định nghĩa của của Patel A (1971) và Trentz O (2000): là những bệnh nhân có từ hai tổn thương nặng trở lên ở các vùng hoặc hệ thống cơ quan (điểm ISS ≥ 18), trong đó có ít nhất một tổn thương làm rối loạn các chức phận sống.

- Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

+ Bệnh nhân đã được điều trị thực thụ ở bệnh viện khác trước khi đến viện.

+ Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng trước khi bị thương.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu, mô tả loạt ca.

- Đánh giá độ nặng của bệnh nhân bằng điểm độ nặng tổn thương Injury Severity Score/ISS):
- + Chẩn đoán mức độ tổn thương tạng bằng chụp cắt lớp vi tính, siêu âm hoặc trong mổ.
- + Đánh giá mức độ tổn thương từng vùng bằng bảng điểm tổn thương rút gọn (Abbreviated Injury Scale-AIS).
- + Tính điểm ISS (theo Baker SP và cs, 1974).
- Xét nghiệm PCT, hs-CRP:
- + Thời điểm: khi vào viện (T0), 6 giờ (T1), 12 giờ (T2), 24 giờ (T3), 48 giờ (T4) và 72 giờ sau chấn thương (T5).
- + Phương pháp: xét nghiệm PCT bằng kit Elecsys BRAHMS PCT trên máy Cobas e411; xét nghiệm hs-CRP bằng phương pháp miễn dịch đo

độ đục trên máy hóa sinh tự động AU 5800 Beckman Coulter MA-002.

- Xác định các biến số đầu ra của bệnh nhân:
- + Chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết theo Hội nghị đồng thuận của Hiệp hội Hồi sức và Lồng ngực Hoa kỳ năm 2016 (the American College of Chest Physicians and the Society of Critical Care Medicine Consensus Conference).

- + Chẩn đoán suy đa tạng (Multiple Organ Dysfunction Score) theo Marshall và cộng sự dựa trên các chỉ số: tỷ lệ PO_2/FiO_2 ; creatinine; bilirubin; chỉ số sốc; số lượng tiểu cầu và điểm Glasgow. Suy đa tạng khi điểm >12 trong tối thiểu 2 ngày.

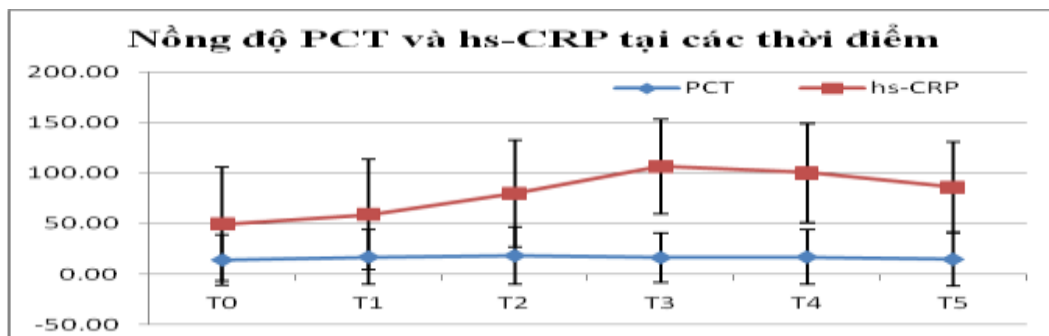
- Xử lý số liệu bằng chương trình SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi trung bình (năm):	36,6 ± 16,53 (từ 13 đến 78)
Giới:	Nam: 50 (83,3%)/Nữ: 10 (16,7%)
Nguyên nhân:	
Tai nạn giao thông:	44 (73,33%)
Ngã cao:	12 (20,0%)
Nguyên nhân khác:	04 (6,67%)
Thời gian vào viện trung bình (giờ):	4,33 ± 5,59
Cơ cấu tổn thương:	
Tổn thương sọ não:	44 (73,3%)
Chấn thương ngực:	39 (65,0%)
Tổn thương bụng:	18 (30,0%)
Tổn thương chi và khung chậu:	45 (65,0%)
Tổn thương hàm mặt:	37 (61,7%)
Tổn thương bỏng:	09 (15,0%)
Biến chứng NKH:	11 (18,3%)
Biến chứng suy đa tạng:	14 (23,3%)
Tử vong:	10 (16,7%)
ISS (có biến chứng/không biến chứng):	44,71 ± 15,87 / 31,07 ± 8,61* (p=0,007)
ISS (tử vong/sống):	51,5 ± 11,82 / 30,8 ± 8,79* (p=0,000)

2. Sự thay đổi nồng độ PCT và hs-CRP sau chấn thương: PCT và hs-CRP đều tăng ngay sau chấn thương. Nồng độ PCT đạt đỉnh tại thời điểm 12 giờ sau chấn thương (T2) ở mức trung bình 18,44ng/ml và sau đó giảm nhẹ. Nồng độ hs-CRP tăng dần từ thời điểm T0 đến T4, đạt đỉnh là 106,5ng/ml. Có sự khác biệt mức tăng nồng độ PCT và hs-CRP tại các thời điểm giữa các nhóm có biến chứng và nhóm không có biến chứng ($p < 0,05$) và giữa nhóm sống sót với nhóm tử vong ($p < 0,05$).



Biểu đồ 1. Nồng độ PCT, hs-CRP tại các thời điểm**Bảng 1.** Nồng độ PCT tại các thời điểm (ng/ml)

Thời điểm	Biến chứng			Tử vong/sống sót	
	NKH (n=11)	Suy đa tạng (n=14)	Không biến chứng (n= 46)	Tử vong (n=10)	Sống sót (n=50)
T0	39,15 ± 34,33	37,45 ± 31,48	7,27 ± 17,62	48,95 ± 27,99	7,39 ± 17,71
T1	44,57 ± 38,13	42,23 ± 34,80	9,51 ± 19,51	54,97 ± 31,78	9,58 ± 19,22
T2	46,14 ± 42,37	42,76 ± 38,13	11,04 ± 19,14	54,72 ± 37,21	11,18 ± 19,12
T3	33,62 ± 38,68	32,09 ± 35,27	11,89 ± 18,30	37,12 ± 33,88	12,50 ± 20,33
T4	32,19 ± 37,35	29,32 ± 34,84	13,44 ± 22,85	32,15 ± 34,18	14,15 ± 24,23
T5	32,60 ± 41,61	30,44 ± 38,89	10,25 ± 20,36	32,53 ± 37,91	11,45 ± 23,06

Bảng 2. Nồng độ hs-CRP tại các thời điểm (ng/ml)

Thời điểm	Biến chứng			Tử vong/sống sót	
	NKH (n=11)	Suy đa tạng (n=14)	Không biến chứng (n=46)	Tử vong (n=10)	Sống sót (n=50)
T0	108,90 ± 57,48	106,98 ± 58,59	32,37 ± 42,95	145,01 ± 20,74	30,73 ± 39,05
T1	121,56 ± 47,10	114,40 ± 47,51	42,10 ± 44,66	137,22 ± 27,87	43,32 ± 43,97
T2	122,17 ± 46,70	108,44 ± 55,99	71,24 ± 49,29	122,50 ± 46,91	71,40 ± 50,18
T3	112,98 ± 39,75	113,17 ± 38,30	104,49 ± 49,67	118,11 ± 37,24	104,19 ± 48,83
T4	117,11 ± 44,22	122,78 ± 42,84	93,38 ± 49,27	131,66 ± 38,79	93,95 ± 48,86
T5	100,14 ± 36,61	103,33 ± 36,23	80,80 ± 46,53	113,72 ± 35,47	80,53 ± 45,05

3. Giá trị tiên lượng của PCT và hs-CRP

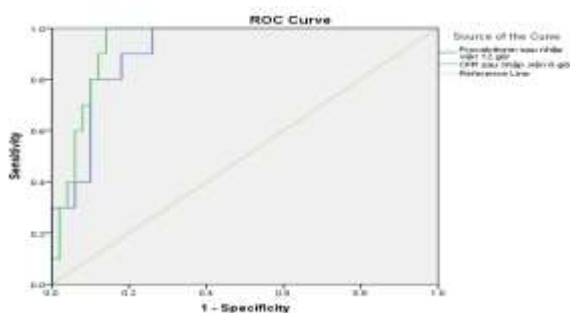
- + Tiên lượng NKH: cả PCT, hs-CRP tại thời điểm T0, T1, T2 có giá trị tiên lượng với hiệu lực trung bình.
- + Tiên lượng suy đa tạng: PCT tại các thời điểm T0, T1, T2 có giá trị tiên lượng; trong khi chỉ có hs-CRP tại thời điểm T0 và T1 có giá trị tiên lượng.
- + Tiên lượng tử vong: PCT tại các thời điểm T0 - T5 có giá trị tiên lượng; trong khi chỉ có hs-CRP tại thời điểm T0, T1, T2 có ý nghĩa tiên lượng tử vong.

Bảng 3. Giá trị tiên lượng của PCT tại thời điểm T2

Tiên lượng	Điểm cắt	ROC	Sn	Sp	p
NKH	9,96	0,768	0,82	0,69	0,006
Suy đa tạng	9,96	0,803	0,89	0,74	0,001
Tử vong	11,7	0,910	0,98	0,74	0,000

Bảng 4. Giá trị tiên lượng của hs-CRP tại thời điểm T1

Tiên lượng	Điểm cắt	ROC	Sn	Sp	p
NKH	99,46	0,87	0,82	0,86	0,000
Suy đa tạng	97,22	0,86	0,79	0,97	0,000
Tử vong	97,22	0,94	0,97	0,86	0,000

**Biểu đồ 2.** Đường cong ROC của PCT tại thời điểm T2, hs-CRP tại thời điểm T1 trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân đa chấn thương.**IV. BÀN LUẬN**

Procalcitonin (PCT) và C-reactive protein (CRP) là các dấu ấn sinh học đáp ứng trong pha cấp sau chấn thương hoặc tình trạng bệnh lý.

Theo các nghiên cứu, bình thường, nồng độ của CRP là < 5ng/ml và của PCT là < 0,5ng/ml. Tổn thương tổ chức do chấn thương và sốc dẫn đến các phản ứng viêm tại chỗ và sau đó là đáp ứng viêm toàn thân do hoạt hóa hệ thống miễn dịch bao gồm: đại thực bào, bạch cầu, tế bào giết tự nhiên và các tế bào viêm di cư được kích thích bởi các cytokine và bổ thể. Tình trạng đáp ứng viêm toàn thân được gọi là hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS) với các triệu chứng lâm sàng là sốt cao hoặc hạ nhiệt độ, mạch nhanh, thở nhanh, bạch cầu tăng và tăng nồng độ các yếu tố sinh học (biomarker) trong đó có PCT và CRP [2], [3].

Nhiều nghiên cứu đã cho thấy, PCT và CRP tăng cao rất sớm sau chấn thương, đặc biệt với những trường hợp có các biến chứng hoặc có nguy cơ biến chứng. Chính vì thế nhiều tác giả

cho rằng, có thể sử dụng PCT và CRP như là những yếu tố tiên lượng và đánh giá kết quả điều trị [5]. Kết quả nghiên cứu cho thấy, cả PCT và hs-CRP đều tăng rất cao ngay khi vào viện và thay đổi có ý nghĩa theo từng thời điểm xét nghiệm sau đó. PCT sớm đạt đỉnh trong khoảng 12 giờ sau chấn thương và giảm dần, trong khi hs-CRP tăng dần trong những ngày đầu sau chấn thương. Mức tăng nồng độ PCT và hs-CRP đều có sự khác biệt giữa nhóm bệnh nhân có biến chứng so với nhóm không có biến chứng và giữa bệnh nhân tử vong và sống sót. Như vậy, với những bệnh nhân có mức độ tổn thương nặng hơn, mức độ tăng PCT và hs-CRP sẽ cao hơn, đồng nghĩa với nguy cơ cao của biến chứng và tử vong.

Nguyên nhân, cơ chế tăng PCT, CRP sau chấn thương vẫn chưa được giải thích cặn kẽ. Động lực học và cơ chế sản sinh PCT, CRP liên quan đến nhiều yếu tố, nhiều loại tế bào và sự tương tác của chúng. Tuy nhiên, tăng sản xuất PCT và CRP có liên quan chặt chẽ tới mức độ tổn thương mô và đáp ứng viêm đã được khẳng định rộng rãi [2]. Nhiều nghiên cứu thực nghiệm đã chỉ ra rằng, không chỉ các độc tố vi khuẩn mà còn có các chất trung gian khác liên quan đến tổn thương tế bào sau chấn thương kích thích sản xuất PCT, CRP. Nồng độ cao nhất của PCT là 18,7ng/ml, chủ yếu đạt đỉnh ở ngày thứ nhất sau chấn thương, trong khi nồng độ CRP tăng chậm trong suốt 4 ngày sau chấn thương và đa số tăng trên mức 50mg/L [4].

Giá trị của PCT và CRP trong tiên lượng đã được nghiên cứu ở nhiều nhóm bệnh lý và phẫu thuật khác nhau. Các kết quả nghiên cứu cũng rất khác nhau về điểm cắt, thời điểm và hiệu lực tiên lượng. Điều này đã được các tác giả giải thích là do sự khác nhau về cỡ mẫu nghiên cứu, chất lượng của từng hệ thống điều trị. Tuy nhiên, đa số các tác giả đồng thuận là PCT có giá trị cao hơn và được sử dụng rộng rãi hơn CRP trong tiên lượng ở bệnh nhân đa chấn thương.

Nghiên cứu của Balci C. và cộng sự trên 113 đa chấn thương cho thấy PCT và CRP tăng rất sớm sau chấn thương, đặc biệt nhóm bệnh nhân có biến chứng nhiễm khuẩn huyết. Với bệnh nhân có ISS > 20 cả PCT và CRP đều tăng ở ngày thứ 7 so với ngày thứ 1 sau chấn thương. Tác giả cho rằng cả PCT và CRP có thể được coi là yếu tố tiên lượng nhiễm khuẩn và tử vong sau chấn thương [1]. Theo các tác giả, nồng độ PCT liên quan chặt chẽ với độ nặng tổn thương và giá trị trong tiên lượng các biến chứng, thời gian nằm hồi sức, tử vong ở bệnh nhân đa chấn thương, trong khi CRP ít có liên quan với độ nặng và tiên lượng [4]. Tương tự, nghiên cứu hồi

cứu của Oberhoffer và cộng sự trên 175 bệnh nhân nằm hồi sức sau phẫu thuật cho thấy sự liên quan chặt chẽ giữa IL-6, TNF α và các marker viêm, trong đó PCT có giá trị cao trong tiên lượng [6].

Chúng tôi thấy rằng, giá trị tiên lượng của cả PCT và hs-CRP phụ thuộc rất nhiều vào độ nặng tổn thương, nhất là thời điểm những ngày đầu sau chấn thương. Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt về độ nặng tổn thương (điểm ISS) giữa các nhóm có biến chứng cũng như tử vong với số còn lại. Thực tế là đã có nhiều nghiên cứu khẳng định độ nặng tổn thương chính là yếu tố quan trọng có giá trị tiên lượng ở bệnh nhân chấn thương. Như vậy, rất cần những nghiên cứu tiếp theo để xác định giá trị của PCT, CRP với vai trò là yếu tố tiên lượng độc lập.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ PCT và hs-CRP tăng cao sớm và tương ứng với độ nặng ở bệnh nhân đa chấn thương. Mức tăng PCT và hs-CRP có sự khác biệt ở nhóm bệnh nhân có biến chứng nhiễm khuẩn huyết, suy đa tạng và tử vong. Nồng độ PCT tại thời điểm 6 giờ, 12 giờ sau chấn thương và nồng độ hs-CRP tại thời điểm 6 giờ sau chấn thương có giá trị tiên lượng biến chứng và tử vong ở bệnh nhân đa chấn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Balci C., Sivaci R., Akbulut G., et al., Procalcitonin Levels as an Early Marker in Patients with Multiple Trauma under Intensive Care, The Journal of International Medical Research, 2009, 37, 1709-1717.
2. Giannoudis P.V., Hidebrand F., Pape H.C., Inflammatory serum markers in patients with multiple trauma, can they predict outcome?, J. Bone Joint Surg., 2004, 86, 313-323.
3. Guisasola M.C., Ortiz A., Chana F., et al., Early inflammatory response in polytraumatized patients: Cytokines and heat shock proteins. A pilot study, Orthopaedics & Traumatology, 2015, 101, 607-611.
4. Meisner M., Adina H., Schmidt J., Correlation of procalcitonin and C-reactive protein to inflammation, complications, and outcome during the intensive care unit course of multiple-trauma patients, Crit. Care, 2006, 10: R1.
5. Nonika R., Purva M., Satyapriya S., et al., Procalcitonin as a Predictor of Sepsis and Outcome in Severe Trauma Patients: A Prospective Study, J. of Laboratory Physicians, 2013, <http://www.jlponline.org>, 2016, IP: 210.117.148.143
6. Oberholzer M., Karzai W., Meier-Hellmann A., et al., Sensitivity and specificity of various markers of inflammation for the prediction of TN α and IL-6 in patients with sepsis, Crit. Care Med., 1999, 27, 1814-1818.
7. Wanner G.A., Keel M., Steckholzer U., et al., Relationship between procalcitonin plasma levels and severity of injury, sepsis, organ failure, and

mortality in injured patients, Crit. Care Med., 2000, 28(4), 950-957.

KHẢO SÁT MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT

Nguyễn Thanh Danh*, Hoàng Văn Quang**, Nguyễn Đức Công**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp (THA) vẫn là một trong những vấn đề của sức khỏe cộng đồng và tỉ lệ kiểm soát huyết áp trong thập niên qua đã cải thiện nhưng chưa cao và chưa có nghiên cứu đánh giá về một số yếu tố nguy cơ liên quan. **Mục tiêu:** Khảo sát một số yếu tố liên quan đến kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân THA nguyên phát. **Phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu, cắt ngang mô tả trên các bệnh nhân (BN) THA nguyên phát đang điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quận 5 từ tháng 7 năm 2016 đến tháng 2 năm 2017. **Kết quả:** có 375 bệnh nhân THA tham gia nghiên cứu. Các yếu tố liên quan với kiểm soát huyết áp là: gia đình có người bệnh tim mạch sớm ($p = 0,04$), thừa cân, béo phì ($p < 0,01$), béo bụng ($p = 0,03$), ít vận động thể lực ($p = 0,01$), rối loạn lipid máu ($p < 0,01$). **Kết luận:** Các yếu tố liên quan với kiểm soát huyết áp là: gia đình có người bệnh tim mạch sớm ($p = 0,04$), thừa cân, béo phì ($p < 0,01$), béo bụng ($p = 0,03$), ít vận động thể lực ($p = 0,01$), rối loạn lipid máu ($p < 0,01$).

Từ khóa: Mỗi liên quan kiểm soát huyết áp, tăng huyết áp, hướng dẫn của JNC 8.

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO BLOOD PRESSURE CONTROL

Background: Hypertension is still one of public health issues and despite the improvements in blood pressure control rates, they have been low for the past decade and no studies have evaluated some of the risk factors involved. **Objectives:** To survey of some factors related to blood pressure control among primary hypertensive patients. **Design and methods:** Across-sectional study was carried out from July 2016 to February 2017 to investigate treated primary hypertensive patients at the Outpatient Department, the Fifth District Hospital. **Results:** There were 375 hypertensive patients attending our study. Factors related to BP control were: family with early cardiovascular disease ($p = 0.04$), overweight, obesity ($p < 0.01$), abdominal obesity ($p = 0.03$), no physical activity ($p = 0.01$), dyslipidaemia ($p < 0.01$). **Conclusions:** Factors related to BP control were: family with early cardiovascular disease ($p = 0.04$), overweight, obesity ($p < 0.01$), abdominal obesity ($p = 0.03$), no physical activity ($p = 0.01$), dyslipidaemia ($p < 0.01$).

Key words: Blood pressure control correlation, hypertension. JNC 8 guideline.

*Bệnh viện Quận 5,

**Bệnh viện Thống nhất TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Danh

Email: thanhhdanh1708@gmail.com

Ngày nhận bài: 27/8/2017

Ngày phản biện khoa học: 26/9/2017

Ngày duyệt bài: 23/10/2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là một bệnh mạn tính, tần suất mắc bệnh ngày càng tăng và đang là một gánh nặng sức khỏe cộng đồng cần quan tâm. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, năm 2000, số người mắc bệnh tăng huyết áp là 26,4% và dự tính sẽ tăng lên 29,2% vào năm 2025.

Ở Việt Nam, các nghiên cứu về tăng huyết áp cho thấy tỉ lệ tăng huyết áp ở người trưởng thành đang tăng nhanh theo thời gian: 1,9% năm 1976; 11,5% năm 1990; 16,3% năm 2003; 25,1% năm 2008, 47,3% năm 2015 [1]. Với nhiều tiến bộ của y học, chương trình quản lý bệnh nhân tăng huyết áp và sự điều chỉnh hành vi lối sống của người dân, tỉ lệ kiểm soát huyết áp trong những thập niên qua đã cải thiện nhưng chưa cao.

Quận 5 là trung tâm thương mại dịch vụ lớn nên dân số cơ học luôn tăng cao. Hoạt động chăm sóc sức khỏe cho người dân gặp nhiều thách thức. Tăng huyết áp là bệnh đứng đầu trong số mười bệnh phổ biến tại Bệnh viện Quận 5. Trong những năm qua, Bệnh viện đã thực hiện chương trình quản lý bệnh nhân tăng huyết áp và đạt được kết quả đáng ghi nhận. Tuy nhiên, tỉ lệ đạt huyết áp mục tiêu ở bệnh nhân còn chưa cao và chưa có nghiên cứu đánh giá về các yếu tố nguy cơ liên quan. *Mục tiêu nghiên cứu:* Khảo sát một số yếu tố liên quan đến kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân THA nguyên phát.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, cắt ngang mô tả

2. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân có bệnh tăng huyết áp nguyên phát từ 18 tuổi trở lên đến khám điều trị ngoại trú tại bệnh viện Quận 5, trong thời gian từ tháng 7 năm 2016 đến tháng 02 năm 2017.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Các bệnh nhân đã được chẩn đoán tăng huyết áp nguyên phát ≥ 1 năm, tuổi ≥ 18 , không phân biệt nam nữ, được điều trị ngoại trú tại bệnh viện, có đủ các tham số theo dõi theo yêu cầu nghiên cứu.

Các bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân tăng huyết áp thứ phát. Các bệnh nhân không đủ các tham số theo dõi theo yêu cầu của nghiên cứu. Các bệnh

nhân đang mắc kèm các bệnh cấp tính khác. Các bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

3. Phương pháp thu thập số liệu: thu nhận thuận tiện tất cả BN đang điều trị THA đến khám tại Khoa Khám bệnh trong thời gian nghiên cứu theo mẫu thu thập số liệu soạn sẵn. Bệnh nhân được đo huyết áp ở tư thế ngồi ít nhất 2

lần cách nhau 5 phút tuân theo đúng quy trình và kỹ thuật đo.

4. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý bằng phần mềm thống kê Stata 13.0. Kết quả của một phép kiểm khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Tuổi	Toàn bộ (n = 375)	Nam (n = 146)	Nữ (n = 229)	Giá trị p
Trung bình	64,2 ± 10,4	62,7 ± 11,5	65,1 ± 9,5	
Nhóm tuổi				
< 60 tuổi, n (%)	123 (32,8)	48 (39,0)	75 (61,0)	0,98
≥ 60 tuổi, n (%)	252 (67,2)	98 (38,9)	154 (61,1)	

Có 2/3 bệnh nhân tăng huyết áp từ 60 tuổi trở lên. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ tuổi ở nam và nữ ($p > 0,05$).

2. Mối liên quan giữa kiểm soát huyết áp với tuổi, giới tính

Bảng 2. Mối liên quan giữa kiểm soát huyết áp với tuổi, giới tính

Nội dung	Kiểm soát huyết áp		Giá trị p	OR (KTC 95%)
	Đạt mục tiêu (n = 213)	Không đạt mục tiêu (n = 162)		
Tuổi (n = 375): < 60 tuổi, n (%)	64 (52,0)	59 (48,0)	0,19	0,75 (0,47 - 1,19) 1
≥ 60 tuổi, n (%)	149 (59,1)	103 (40,9)		
Giới tính (n = 375): Nam, n (%)	78 (53,4)	68 (46,6)	0,29	0,79 (0,51 - 1,24) 1
Nữ, n (%)	135 (59,0)	94 (41,0)		

Tỉ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu kiểm soát huyết áp ở nhóm < 60 tuổi thấp hơn so với nhóm ≥ 60 tuổi. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa kiểm soát huyết áp với tuổi và giới tính ($p > 0,05$).

3. Mối liên quan giữa kiểm soát huyết áp với gia đình có người mắc bệnh tim mạch sớm

Bảng 3. Mối liên quan giữa kiểm soát huyết áp với gia đình có người mắc bệnh tim mạch sớm

Gia đình có người mắc bệnh tim mạch sớm	Kiểm soát huyết áp		Giá trị p	OR (KTC 95%)
	Đạt mục tiêu (n = 213)	Không đạt mục tiêu (n = 162)		
Không, n (%)	127 (61,7)	79 (38,3)	0,04	1 0,64 (0,41 - 0,99)
Có, n (%)	86 (50,9)	83 (49,1)		

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kiểm soát huyết áp giữa hai nhóm có hay không có người thân trong gia đình mắc bệnh tim mạch sớm ($p < 0,05$).

4. Mối liên quan giữa kiểm soát huyết áp với béo phì, béo bụng

Bảng 4. Mối liên quan giữa kiểm soát huyết áp với béo phì, béo bụng

Yếu tố nhân trắc	Kiểm soát huyết áp		Giá trị p	OR (KTC 95%)
	Đạt mục tiêu (n = 213)	Không đạt mục tiêu (n = 162)		
BMI: BMI < 23 kg/m ² , n (%)	86 (66,7)	43 (33,3)	< 0,01	1 0,53 (0,33 - 0,85)
BMI ≥ 23 kg/m ² , n (%)	127 (51,6)	119 (48,4)		
Béo bụng: Không, n (%)	72 (65,4)	38 (34,6)	0,03	1 0,60 (0,38 - 0,95)
Có, n (%)	141 (53,2)	124 (46,8)		

Tỉ lệ BN đạt mục tiêu HA ở nhóm BMI ≥ 23 thấp hơn nhóm BMI < 23, tương tự nhóm có béo bụng thấp hơn nhóm không béo bụng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kiểm soát HA với BMI ($p < 0,01$) và béo bụng ($p < 0,05$).

5. Môi liên quan giữa kiểm soát huyết áp với hành vi lối sống**Bảng 5.** Môi liên quan giữa kiểm soát huyết áp với hành vi lối sống

Yếu tố nguy cơ	Kiểm soát huyết áp		Giá trị p	OR (KTC 95%)
	Đạt mục tiêu (n = 213)	Không đạt mục tiêu (n = 162)		
Hút thuốc lá: <i>Không, n (%)</i> <i>Có, n (%)</i>	195 (55,7) 18 (72,0)	155 (44,3) 7 (28,0)	0,22	1 2,04 (0,79 - 5,93)
Uống rượu quá mức: <i>Không, n (%)</i> <i>Có, n (%)</i>	205 (57,8) 8 (40,0)	150 (42,2) 12 (60,0)	0,12	1 0,49 (0,17 - 1,34)
Ít vận động thể lực: <i>Không, n (%)</i> <i>Có, n (%)</i>	81 (65,8) 132 (52,4)	42 (34,2) 120 (47,6)	0,01	1 0,57 (0,35 - 0,91)
Rối loạn lipid máu: <i>Không, n (%)</i> <i>Có, n (%)</i>	81 (68,6) 132 (51,4)	37 (31,4) 125 (48,6)	< 0,01	1 0,48 (0,30 - 0,78)

Tỉ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu kiểm soát huyết áp ở nhóm không vận động thể lực thấp hơn ($p = 0,01$). Tỉ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu kiểm soát huyết áp ở nhóm có RLLM thấp hơn ($p < 0,01$).

IV. BÀN LUẬN**1. Môi liên quan giữa kiểm soát huyết áp với tuổi và giới**

Tuổi: Tuổi và giới là một trong những yếu tố nguy cơ tim mạch không thể thay đổi được. Trong nghiên cứu của chúng tôi, những BN ≥ 60 tuổi cũng có xu hướng kiểm soát huyết áp tốt hơn những BN < 60 tuổi. Tuổi tác là một trong những yếu tố dự đoán bệnh tật quan trọng nhất, độ tuổi nào cũng có nguy cơ THA và nguy cơ xảy ra các biến cố tim mạch tăng lên cùng với tuổi đời. Môi liên quan của nhóm tuổi với kiểm soát huyết áp của các tác giả trong nước và nước ngoài có sự khác nhau. Nghiên cứu của chúng tôi không có mối liên quan giữa việc kiểm soát huyết áp với nhóm tuổi. Điều này tương đồng với nghiên cứu Lý Huy Khanh và cs. (2013) tại bệnh viện Trưng Vương [4], Lê Đức Hạnh (2013) ở BV Trung Ương Quân đội 108 [3] cho biết nhóm tuổi trên 65 có tỉ lệ đạt huyết áp mục tiêu thấp hơn.

Giới tính: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Leng Ratana (2011) tại Hà Nội là không có mối liên quan giữa giới tính và kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu [6].

2. Môi liên quan giữa kiểm soát huyết áp với nhân trắc

Thừa cân, béo phì (BMI ≥ 23): Tỉ lệ BN đạt huyết áp mục tiêu ở nhóm thừa cân, béo phì thấp hơn nhóm có thiếu cân, bình thường ($p < 0,01$). Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của Dương Văn Thẩm (2011), BN không béo phì đạt huyết áp mục tiêu cao hơn BN béo phì [7]. Nghiên cứu của Trịnh Thị Phương Thảo và Nguyễn Văn Cư (2010) cũng cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa bệnh THA với béo phì.

Béo bụng: Tỉ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu điều

trị THA ở nhóm có béo bụng thấp hơn nhóm không béo bụng ($p < 0,05$). Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Dương Văn Thẩm, tình trạng béo bụng có liên quan khá rõ đến hiệu quả kiểm soát THA mục tiêu [7].

3. Môi liên quan giữa kiểm soát huyết áp với gia đình có người mắc bệnh tim mạch sớm

Di truyền là yếu tố nguy cơ tim mạch không thể thay đổi. Nghiên cứu cho thấy BN có gia đình mắc bệnh tim mạch sớm đạt mục tiêu kiểm soát huyết áp thấp hơn BN không có gia đình mắc bệnh tim mạch sớm và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Bệnh sử gia đình có người mắc bệnh tim mạch khá sớm có thể góp phần làm giảm tỉ lệ kiểm soát huyết áp theo mục tiêu.

Nghiên cứu của chúng tôi khác với nghiên cứu của Leng Ratana (2011), BN THA có tiền sử gia đình có người bị bệnh tim mạch sớm kiểm soát HA tốt hơn có thể do người bệnh có những hiểu biết sớm về bệnh THA nên tuân thủ chế độ điều trị tốt hơn [6].

4. Môi liên quan giữa kiểm soát HA với hành vi lối sống:

Trong nghiên cứu này, không có mối liên quan giữa bệnh nhân có hút thuốc lá và uống rượu quá mức với đạt mục tiêu kiểm soát huyết áp ($p > 0,05$), có mối liên quan giữa bệnh nhân có vận động thể lực hoặc rối loạn lipid máu với đạt mục tiêu kiểm soát huyết áp ($p < 0,05$). Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi thì những người có hút thuốc lá lại có tỉ lệ kiểm soát huyết áp cao hơn những người không hút thuốc lá với tỉ lệ lần lượt là 72,0% và 55,7%. Nhưng chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa việc hút thuốc lá và kiểm soát huyết áp ($p > 0,05$). Tỉ lệ người hút thuốc lá có tỉ lệ kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu cao hơn có thể là do

họ biết mình có hành vi nguy cơ nên họ dùng những cách kiểm soát huyết áp khác.

Theo nghiên cứu của Lục Duy Lạc (2013) chung ở cả 2 giới thì những người uống rượu từ ít nhất 1 lần trong tháng đến những người nghiện rượu thì tỉ lệ THA cao hơn những người chưa từng uống rượu và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) [5]. Điều này cho thấy việc uống rượu bia ảnh hưởng rất nhiều đến tình trạng THA.

Kết quả của nghiên cứu cho biết kiểm soát huyết áp có mối liên quan với yếu tố vận động thể lực. Nghiên cứu của Hồ Văn Hải (2009) [2], Trịnh Thị Phương Thảo và Nguyễn Văn Cư (2010) cũng cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa bệnh THA với ít vận động thể lực.

Kết quả của nghiên cứu cho biết kiểm soát huyết áp có mối liên quan với yếu tố RLLM. Nghiên cứu của Leng Retana (2011) [6] cũng cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đạt mục tiêu kiểm soát huyết áp với RLLM.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 375 bệnh nhân THA đến khám tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quận 5, chúng tôi nhận thấy các yếu tố liên quan với kiểm soát huyết áp là: gia đình có người bệnh tim mạch sớm ($p = 0,04$), thừa cân, béo phì (p

$< 0,01$), béo bụng ($p = 0,03$), ít vận động thể lực ($p = 0,01$), rối loạn lipid máu ($p < 0,01$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế (2014)**, *Báo cáo tình hình thực hiện dự án giai đoạn 2011-2014 và định hướng thực hiện giai đoạn 2016-2020 (Chương trình mục tiêu Quốc gia phòng chống tăng huyết áp)*, Hà Nội.
2. **Hồ Văn Hải, Nguyễn Duy Phong (2010)**, "Hành vi nguy cơ ở bệnh nhân tăng huyết áp điều trị tại Trung tâm Y tế huyện Xuyên Mộc, tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu", *Tạp chí Y học Tp.HCM*, 14(1), tr.168 - 174.
3. **Lê Đức Hạnh, Phạm Đình Thọ, Đỗ Thúy Ngọc và cs. (2013)**, "Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ, sự hiểu biết về bệnh và chế độ ăn bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát", *Tạp chí Y học Thực hành*, 859(2).
4. **Lý Huy Khanh, Nguyễn Thị Mỹ Hạnh, Nguyễn Thị Mỹ Duyên và cs. (2013)**, "Khảo sát mối liên quan giữa sự tuân thủ dùng thuốc và kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú", *Tạp chí y học TP.HCM*, 17(4), tr.96-102.
5. **Lục Duy Lạc (2013)**, *Tăng huyết áp ở người 25-64 tuổi tại thành phố Thủ Dầu Một tỉnh Bình Dương 2012 - Tỷ lệ hiện mắc và các yếu tố liên quan*, Luận án Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Tp.HCM.
6. **Leng Ratana (2011)**, *Nhận xét tình hình kiểm soát huyết áp và một số yếu tố nguy cơ ở người cao tuổi có tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện Lão khoa Trung ương*, Luận văn Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Dương Văn Thâm (2011)**, *Nguyên cứu một số yếu tố nguy cơ và hiệu quả điều trị của các can thiệp điều trị tăng huyết áp ở người bệnh tăng huyết áp*, Luận văn Chuyên khoa cấp II, Trường Học Viện Quân Y.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH SUY TIM MẠN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KHÁNH HÒA NĂM 2017

Nguyễn Thế Dũng*, Nguyễn Thị Ngọc Nhung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim mạn tại bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa năm 2017. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang, sử dụng bộ công cụ SF36. **Kết quả:** Nam giới chiếm 45%, nữ giới chiếm 55%, tuổi trung bình của nghiên cứu $66,6 \pm 14,2$ tuổi. Điểm số trung bình của 5/8 các lĩnh vực chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim mạn thấp dưới 50 điểm, chỉ có 3 lĩnh vực: cảm nhận đau, hạn chế vai trò cảm xúc và sức khỏe tinh thần có điểm số cao hơn 50 điểm. Điểm số nhóm lĩnh vực sức khỏe thể chất là $42,3 \pm 17,1$ điểm, điểm

số nhóm lĩnh vực sức khỏe tinh thần là $49 \pm 20,6$ điểm, điểm số chất lượng cuộc sống chung của người bệnh suy tim mạn là $45,6 \pm 17,5$ điểm. Chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim mạn có mối tương quan nghịch với yếu tố phân độ chức năng suy tim theo Hội Tim Mạch New York và yếu tố trầm cảm đồng thời có mối tương quan thuận với yếu tố hỗ trợ xã hội. **Kết luận:** Điểm số chất lượng cuộc sống chung của người bệnh suy tim mạn tại Khánh Hòa năm 2017 khá thấp, trong đó điểm số nhóm lĩnh vực sức khỏe tinh thần cao hơn nhóm lĩnh vực sức khỏe thể chất. Và có mối liên quan giữa yếu tố phân độ chức năng suy tim theo Hội Tim mạch New York, yếu tố trầm cảm, yếu tố hỗ trợ xã hội với chất lượng cuộc sống chung của người bệnh suy tim mạn.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, suy tim mạn.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AT KHANH HOA GENERAL HOSPITAL IN 2017

*Trường CD Y tế Khánh Hòa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Dũng

Email: anmypy1954@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/8/2017

Ngày phản biện khoa học: 18/9/2017

Ngày duyệt bài: 8/10/2017

Purpose: To describe the quality of life and some factors affecting the quality of life of chronic heart failure patients at Khanh Hoa General Hospital in 2017. **Methods:** Descriptive cross-sectional study using the SF36 toolkit (36 items short form health survey). **Results:** Among 135 patients with chronic heart failure in the study, male patients were accounted for 45%, female patients were accounted for 55%, and the average age of the patients were 66.6 ± 14.2 years old. Based on 5 out of 8 factors of the quality of life, the average score of these patients was less than 50; but the average score was more than 50 when being based on 3 other factors: pain sensation, emotions control, and mental health. The group score for physical health was 42.3 ± 17.1 , for mental health was 49 ± 20.6 , and for the quality of life was 45.6 ± 17.5 . According to the New York Heart Association, the quality of life of chronic heart failure patients was inversely proportional to the severity of heart failure and depression, but directly proportional to the social support.

Keywords: The quality of life, chronic heart failure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một hội chứng lâm sàng phức tạp do bất kỳ rối loạn nào về cấu trúc hoặc chức năng làm suy yếu chức năng đổ đầy máu hoặc tổng máu của tâm thất. Nó là hậu quả cuối cùng của nhiều bệnh về tim nên hiện nay suy tim đã trở thành một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng toàn cầu với tỷ lệ mắc, tái nhập viện và tử vong cao. Có trên 50% người bệnh suy tim tái nhập viện trong vòng 6 tháng kể từ khi xuất viện làm tăng gánh nặng kinh tế cho cá nhân, gia đình và xã hội. Các nước phát triển phải mất 1-2% tổng ngân sách y tế cho bệnh suy tim mỗi năm. Tại Việt Nam suy tim cũng đang là mối quan tâm ngày càng tăng bởi Việt Nam cũng đang đi vào thời kỳ già hóa dân số cùng với nó là sự gia tăng các bệnh mạn tính, đặc biệt là các bệnh tim mạch trong đó có suy tim mạn.

Ngoài yếu tố tuổi, chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim còn bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố khác như bệnh kèm theo, mức độ suy tim, trầm cảm có thể làm suy giảm chất lượng cuộc sống và ngược lại hỗ trợ xã hội (HTXH) có thể tác động tích cực cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim.

Nhằm đánh giá mức độ chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim mạn tại Khánh Hòa cũng như tìm hiểu yếu tố nào tác động mạnh nhất đến chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim mạn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim mạn tại bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa năm 2017*" với các mục tiêu:

1. *Mô tả thực trạng chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim mạn tại bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa trong năm 2017.*

2. *Tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim mạn tại bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa trong năm 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh được chẩn đoán suy tim mạn theo tiêu chuẩn của Hội Tim mạch Châu Âu (European Society of Cardiology: ESC) đang điều trị nội trú tại khoa Nội Tim mạch Lão học, bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa từ 01/02/2017 đến 30/04/2017.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh được chẩn đoán suy tim mạn đang điều trị nội trú tại khoa Nội Tim mạch Lão học, bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa từ 01/02/2017 đến 30/04/2017. Người bệnh suy tim mạn có các bệnh kèm theo: Tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, bệnh thận. Người bệnh suy tim mạn đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh suy tim mạn điều trị ngoại trú, người bệnh suy tim cấp, người bệnh suy tim mạn có rối loạn tâm lý và không có khả năng giao tiếp, trả lời phỏng vấn. Người bệnh suy tim mạn hôn mê, bán hôn mê.

2.2. Mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ để lựa chọn người bệnh suy tim mạn đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu:

Bước 1: Xây dựng, thử nghiệm hoàn thiện bộ công cụ khảo sát: Các bộ công cụ: thang đo sức khỏe với 36 câu hỏi ngắn (SF36), thang đo quy mô đa chiều nhận thức các hỗ trợ xã hội (MSPSS), thang đo trầm cảm Beck II (BDI II) là những bộ công cụ đã được dịch sang tiếng Việt và sử dụng trong một số nghiên cứu tại Việt Nam.

Bước 2: Tiến hành điều tra: Nghiên cứu được tiến hành điều tra từ 01/02 đến 30/4/2017 bằng cách phỏng vấn trực tiếp người bệnh theo nội dung phiếu khảo sát đã được in sẵn.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0

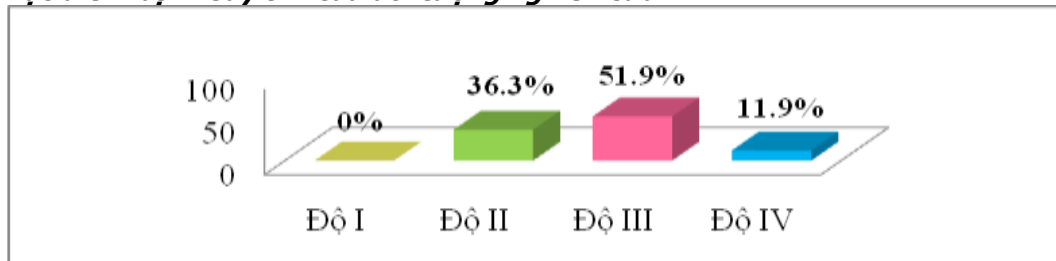
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu: Tổng số BN: 135, trong đó ≥ 60 tuổi có 100 BN chiếm 74.1%; < 60 tuổi có 35 BN chiếm 25.9%. Nữ giới chiếm 55%; nam giới chiếm 45%. Tuổi trung bình (TB) của người bệnh suy tim mạn là $66,6 \pm 14,2$ tuổi. Nhóm người bệnh không tham gia làm việc (nghỉ hưu, nội trợ, người không đủ sức khỏe để làm việc) chiếm cao nhất 74.8%. Trình độ học vấn cấp 1 và không biết chữ chiếm 41,5% và 30,4%; trình

độ trung cấp, cao đẳng chiếm 1,5% và không có đối tượng nào có trình độ đại học, sau đại học. Tình trạng hôn nhân: kết hôn chiếm 69,6%, ly hôn chiếm 3%. Phần lớn người bệnh suy tim

mạn sống với gia đình chiếm tỷ lệ 91.1% và sống một mình hoặc sống mỗi 2 vợ chồng với tỷ lệ tương ứng 4.4% và 4.5%.

3.2 Đặc điểm bệnh suy tim của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Phân độ chức năng suy tim theo hội Tim mạch New York

*Phần lớn người bệnh suy tim tham gia nghiên cứu là suy tim độ III chiếm tỷ lệ 51.9%, suy tim độ II, suy tim độ IV chiếm tỷ lệ thấp hơn 48.2% và không có người bệnh nào suy tim độ I.

*Thời gian mắc bệnh suy tim từ 1- 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất với 67.4%.

*Hầu hết người bệnh suy tim đều có bệnh lý mạn tính kèm theo chiếm 81.5%. Trong đó tỷ lệ người bệnh có ít nhất một bệnh kèm theo chiếm tỷ lệ cao nhất với 70.4%.

3.3. Điểm số chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim mạn

Bảng 3.1. Điểm số 8 lĩnh vực chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim mạn

Lĩnh vực	Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn
Hoạt động thể chất	42.6 $\pm$ 20.5
Hạn chế vai trò thể chất	34.4 $\pm$ 26.4
Cảm nhận đau	60.9 $\pm$ 27.5
Sức khỏe chung	31.4 $\pm$ 13.9
Cảm nhận sức sống	42.2 $\pm$ 17.3
Hạn chế vai trò cảm xúc	55.1 $\pm$ 41.4
Vai trò xã hội	48 $\pm$ 16.7
Sức khỏe tinh thần	50.6 $\pm$ 17.7

*Trong 8 lĩnh vực CLCS, có 5/8 lĩnh vực CLCS của người bệnh suy tim mạn đều có điểm số thấp <50 điểm, chỉ có 3 lĩnh vực hạn chế vai trò cảm xúc, sức khỏe tinh thần và cảm nhận đau là có mức điểm >50 điểm tương ứng 55.1 điểm, 50.6 điểm và 60.9 điểm

3.4. Điểm số sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần và chất lượng cuộc sống chung (SF36)

Bảng 3.2. Điểm số sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần và chất lượng cuộc sống chung (SF36)

Lĩnh vực	Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn
Chất lượng cuộc sống chung (SF36)	45.6 $\pm$ 17.5
Lĩnh vực sức khỏe thể chất	42.3 $\pm$ 17.1
Lĩnh vực sức khỏe tinh thần	49 $\pm$ 20.6

*Điểm số CLCS chung của người bệnh suy tim mạn tại bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa khá thấp với điểm số TB là 45.6 $\pm$ 17.5 điểm; điểm số cả 2 nhóm sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần đều thấp tương ứng 42.3 $\pm$ 17.1 điểm và 49 $\pm$ 20.6 điểm.

*Điểm số CLCS của người bệnh suy tim mạn theo nhóm tuổi: Nhóm từ 18-44 tuổi và nhóm 45-59 tuổi cao hơn nhóm ≥ 60 cả về thể chất lẫn tinh thần tương ứng với điểm số (46.4 điểm, 48.9 điểm) và (45.6 điểm, 53.6 điểm) so với (41.1 điểm, 47.8 điểm). Trong đó nam giới cao hơn nữ cả về thể chất lẫn tinh thần tương ứng 43.8 điểm; 52 điểm so với 41.1 điểm; 46.4 điểm.

*Điểm số CLCS của người bệnh suy tim mạn không tham gia làm việc thấp 43.4 điểm, trong khi nhóm người bệnh suy tim mạn vẫn đang làm việc là 52.2 điểm.

*Người bệnh suy tim mạn đã kết hôn có điểm số CLCS chung cao nhất với 49.1 $\pm$ 17.1 điểm so với nhóm người bệnh chưa kết hôn, ly hôn là 23.1 $\pm$ 6.4 điểm.

*Người bệnh suy tim mạn sống một mình có điểm CLCS thấp 32.8 $\pm$ 16.6 điểm so với người bệnh sống với gia đình hay sống 2 vợ chồng cả về thể chất lẫn tinh thần là 46.3 $\pm$ 17.4 điểm.

3.5. Đặc điểm trầm cảm của người bệnh suy tim mạn

Người bệnh suy tim mạn có tỷ lệ bị

trầm cảm khá cao với 54.1%. Trong đó nữ chiếm 57.5%, nam chiếm 42.5%. Nhóm người bệnh không tham gia làm việc chiếm 82.2%, nhóm người bệnh vẫn đang làm việc chiếm 17.8%.

3.6. Đặc điểm hỗ trợ xã hội của người bệnh suy tim mạn:

*Kết quả phân tích cho thấy người bệnh suy tim mạn có tổng số điểm HTXH ở mức trung bình 56 điểm, trong đó hỗ trợ từ bạn bè 12 điểm và từ gia đình với 23 điểm.

*Đặc điểm HTXH của người bệnh suy tim mạn theo tình trạng hôn nhân: Đã kết hôn 58.5 điểm, đã ly hôn, chưa kết hôn là 40.5 điểm.

*Đặc điểm HTXH của người bệnh suy tim mạn theo hoàn cảnh sống: Sống một mình có điểm số HTXH thấp 36.5 điểm, sống với gia đình có điểm số cao nhất với 57 điểm.

3.7. Các yếu tố ảnh hưởng đến CLCS của người bệnh suy tim mạn:

*Mối liên quan giữa yếu tố tuổi với CLCS của người bệnh suy tim mạn: Có mối liên quan nghịch giữa sức khỏe thể chất với yếu tố tuổi ($r = -0.2$, $p < 0.05$), điều này có nghĩa tuổi càng cao thì sức khỏe thể chất của người bệnh suy tim mạn càng giảm có ý nghĩa thống kê. Ngoài ra, kết quả cũng chỉ ra không có mối liên quan giữa sức khỏe tinh thần cũng như CLCS chung với yếu tố tuổi của người bệnh suy tim mạn.

*Mối liên quan giữa yếu tố phân độ chức năng suy tim theo Hội tim mạch New York (NYHA) với sức khỏe thể chất của người bệnh suy tim mạn: Điểm số TB sức khỏe thể chất giảm dần theo sự tăng phân độ chức năng suy tim và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 3 phân độ chức năng suy tim độ II, độ III và độ IV với $p < 0,001$. Điểm số TB sức khỏe tinh thần giảm dần theo sự tăng phân độ chức năng suy tim và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 3 phân độ chức năng suy tim độ II, độ III và độ IV với $p < 0,001$.

*Mối liên quan giữa yếu tố trầm cảm với CLCS: Điểm số TB sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần, CLCS chung khác nhau rõ rệt theo các mức độ trầm cảm với $p < 0,001$

*Mối liên quan giữa yếu tố HTXH với chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim mạn: Có mối tương quan thuận giữa các yếu tố HTXH với sức khỏe thể chất ($r = 0.46$, $p < 0.001$); sức khỏe tinh thần ($r = 0.59$, $p < 0.001$); và CLCS chung ($r = 0.57$, $p < 0.001$).

*Mô hình hồi quy các yếu tố ảnh hưởng đến CLCS của người bệnh suy tim mạn cho thấy phân độ chức năng suy tim và trầm cảm là 2 yếu tố có tương quan độc lập ảnh hưởng tiêu cực đến CLCS người bệnh suy tim mạn. Đây là 2 yếu tố

tiên đoán mạnh nhất đến CLCS người bệnh suy tim mạn với ($\beta = -0.47$, $p < 0.001$). Yếu tố HTXH có ảnh hưởng độc lập tích cực đến CLCS của người bệnh suy tim mạn với ($\beta = 0.16$, $p = 0.001$). Phân độ chức năng suy tim, trầm cảm và HTXH tiên đoán 81.7% sự thay đổi CLCS của người bệnh suy tim mạn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim mạn: Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm số CLCS của người bệnh suy tim mạn tại bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa thấp hơn mức điểm TB (50 điểm) ở hầu hết các lĩnh vực với điểm số TB chung 45.6 ± 17.5 điểm. Trong 8 lĩnh vực CLCS, có 5/8 lĩnh vực có điểm số TB thấp < 50 điểm; chỉ có 3 lĩnh vực có điểm số TB > 50 điểm gồm một lĩnh vực thuộc nhóm sức khỏe thể chất là cảm nhận đau 60.9 điểm và 2 lĩnh vực thuộc nhóm sức khỏe tinh thần là hạn chế vai trò cảm xúc 55.1 điểm và sức khỏe tinh thần 50.6 điểm. Kết quả này gần giống với kết quả nghiên cứu của Dương T.O [4] có điểm số TB chất lượng cuộc sống thấp 46.2 ± 6.6 điểm và nhóm lĩnh vực sức khỏe tinh thần có điểm số cao hơn nhóm lĩnh vực sức khỏe thể chất với điểm số tương ứng 58.24 ± 10.6 điểm so với 37.33 ± 12.04 điểm. Điều này cho thấy có sự giảm sút rất lớn về CLCS của người bệnh suy tim, bởi lẽ phần lớn người bệnh suy tim đều lớn tuổi mà khi càng lớn tuổi thì các hoạt động thể lực càng giảm.

4.2. Đặc điểm hỗ trợ xã hội của người bệnh suy tim mạn: HTXH cho người bệnh suy tim mạn trong nghiên cứu của chúng tôi ở mức TB với điểm số là 56 điểm. Trong đó hỗ trợ từ gia đình 23 ± 12 điểm do thực tế đa số bệnh nhân suy tim mạn tham gia nghiên cứu đã kết hôn 69.6% và sống với gia đình 91.1%. Kết quả này cho thấy với đặc trưng văn hóa người Việt Nam, trong gia đình nhiều thế hệ cùng chung sống với nhau (ông bà, bố mẹ, con cháu); mọi người trong gia đình luôn gắn kết chặt chẽ với nhau, họ luôn ý thức tầm quan trọng của gia đình; con cái luôn có trách nhiệm quan tâm chăm sóc ông bà, bố mẹ và ngược lại. Đây là điểm quan trọng mà nhân viên y tế cần quan tâm để có biện pháp kết hợp trong công tác chăm sóc nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

4.3. Mối liên quan giữa các yếu tố với CLCS của người suy tim mạn: Kết quả nghiên cứu cho thấy yếu tố tuổi có liên quan với nhóm lĩnh vực sức khỏe thể chất với ($r = -0.2$, $p < 0.05$) điều này có nghĩa khi tuổi càng cao thì CLCS về mặt thể chất của người bệnh suy tim sẽ càng giảm. Mặt

khác, nghiên cứu của chúng tôi lại không tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố tuổi với CLCS về mặt tinh thần cũng như CLCS chung. Nghiên cứu của Dương T.O và CS.[4] cũng cho kết quả tương tự khi phát hiện không có sự liên quan giữa yếu tố tuổi với CLCS của người suy tim mạn ($r = 0.12$; $p > 0.05$).

4.4. Mối liên quan giữa yếu tố phân độ chức năng suy tim theo Hội Tim mạch New York với CLCS của người bệnh suy tim mạn:

Phân độ chức năng suy tim theo Hội Tim mạch New York chủ yếu tập trung vào sự hạn chế các hoạt động thể chất hàng ngày của người bệnh. Do vậy, người bệnh có phân độ chức năng suy tim càng cao sẽ càng bị hạn chế vận động, điều đó làm ảnh hưởng nhiều đến hoạt động hàng ngày của người bệnh và làm cho CLCS của người bệnh càng giảm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về CLCS của người bệnh suy tim mạn với các phân độ chức năng suy tim độ II, độ III và độ IV với $p < 0,001$. Phân độ chức năng suy tim càng tăng thì điểm số nhóm sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần và CLCS chung càng giảm. Điều đó có nghĩa CLCS của người bệnh suy tim mạn có tương quan nghịch với phân độ chức năng suy tim.

4.5. Mối liên quan giữa yếu tố trầm cảm với CLCS của người bệnh suy tim mạn: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trầm cảm ở người bệnh suy tim mạn chiếm 54.1% và điểm số TB nhóm sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần và CLCS chung của người bệnh suy tim giữa các mức độ trầm cảm có sự khác biệt với $p < 0,001$. Người bệnh trầm cảm có CLCS thấp hơn nhiều so với người bệnh không trầm cảm trên cả 8 lĩnh vực. Kết quả này cũng cho thấy để có thể cải thiện CLCS của người bệnh suy tim mạn đòi hỏi sự đóng góp rất lớn của người điều dưỡng trong quá trình chăm sóc, động viên, an ủi và tư vấn người bệnh.

4.6. Mối liên quan giữa yếu tố hỗ trợ xã hội với CLCS của người bệnh suy tim mạn

Trong nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy có mối liên quan thuận giữa yếu tố HTXH với sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần và CLCS chung với $p < 0.001$. Điều này có nghĩa người bệnh suy tim có nhiều sự hỗ trợ quan tâm từ người thân trong gia đình, từ bạn bè và từ những người quan trọng khác thì có CLCS tốt hơn. Người Việt Nam có truyền thống sống nhiều thế hệ trong cùng một gia đình. Khi sống chung, mối quan hệ tình cảm giữa các thành viên trong gia đình sẽ được thắt chặt và mỗi cá nhân sẽ sống có trách nhiệm hơn với gia đình của mình.

V. KẾT LUẬN

1. Chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim mạn tại BVĐK Khánh Hòa năm 2017:

- Trong 8 lĩnh vực chất lượng cuộc sống phần lớn có điểm số thấp, có 5/8 lĩnh vực có điểm số chất lượng cuộc sống thấp <50 điểm: hoạt động thể chất 42.6 điểm, hạn chế vai trò thể chất 34.4 điểm, sức khỏe chung 31.4 điểm, sức sống 42.2 điểm, lĩnh vực xã hội 48 điểm; chỉ có 3/8 lĩnh vực có điểm số >50 điểm: hạn chế vai trò cảm xúc 55.1 điểm, sức khỏe tinh thần 50.6 điểm và cảm nhận đau 60.9 điểm.

- Điểm số 2 thành phần chất lượng cuộc sống: sức khỏe thể chất có điểm số thấp hơn sức khỏe tinh thần 42.3 điểm so với 49 điểm.

- Chất lượng cuộc sống chung có điểm số thấp 45.6 điểm.

2. Các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim mạn tại BVĐK Khánh Hòa năm 2017:

- Không có mối liên quan giữa yếu tố tuổi với chất lượng cuộc sống ($r = -0.15$, $p > 0.05$).

- Có mối liên quan nghịch giữa yếu tố phân độ chức năng suy tim theo Hội Tim mạch New York với chất lượng cuộc sống người bệnh suy tim mạn ($r = -0.75$, $p < 0.001$).

- Có mối liên quan nghịch giữa yếu tố trầm cảm với chất lượng cuộc sống người bệnh suy tim mạn ($r = -0.78$, $p < 0.001$).

- Có mối liên quan thuận giữa yếu tố hỗ trợ xã hội với chất lượng cuộc sống người bệnh suy tim mạn ($r = 0.57$, $p < 0.001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Văn Cường, Hoàng Anh Tiến, Huỳnh Văn Minh (2012). Đánh giá chất lượng cuộc sống theo bảng SF36 trước và sau điều trị tích cực bệnh nhân suy tim mạn. *Kỷ yếu hội nghị tim mạch năm 2012*, 493-497.
2. AbuRuz M.E, Alaloul F, Saifan A et al (2016). Quality of Life for Saudi Patients With Heart Failure: A Cross-Sectional Correlational Study. *Glob J Health Sci*, 8(3), 49-58.
3. Barutcu C.D and Mert H (2013). The relationship between social support and quality of life in patients with heart failure. *Journal of Pakistan Medical Association*, 63(4), 463-467.
4. Duong T.O, Tanatwanit Y, Duangpaeng S et al (2014). Factors related to health - related quality of life among heart failure in Vinh Phuc Province, Vietnam. *Proceedings of the 1st international nursing conference (INC 2014)*, 0, 154 - 163.
5. Gottlieb S.S, Kop W.J, Ellis S.J et al (2009). Relation of Depression to Severity of Illness in Heart Failure (From HF-ACTION [Heart Failure and a Controlled Trial Investigating Outcomes of Exercise] Training). *Am J Cardiol*, 103(9), 1285-1289.

6. **López – Sendón J (2011).** The heart failure epidemic. *Medicographia*, 33(4), 363 – 369.
7. **Luttik M.L, Lesman-Leegte I, Jaarsma T et al (2009).** Quality of life and depressive symptoms in heart failure patients and their partners: the impact of role and gender. *J Card Fail*, 15(7), 580-5.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI MỘT LỖ TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM MỦ MÀNG PHỔI CÓ BIẾN CHỨNG Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Phạm Duy Hiền*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi một lỗ trong điều trị viêm mủ màng phổi có biến chứng ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung Ương. **Kết quả:** Thời gian phẫu thuật trung bình là 66 phút $\pm$ 21 phút. 18,2% bệnh nhân cần truyền máu trong mổ. Không trường hợp nào cần đặt thêm trocar hoặc chuyển mổ mở. Tỷ lệ phẫu thuật thất bại thấp (1,5%). Thời gian dẫn lưu sau phẫu thuật trung bình là 4 ngày. Thời gian sốt trung bình sau phẫu thuật là 4 ngày. 92,4% bệnh nhân có phổi nở hoàn toàn trên phim chụp Xquang. Trung bình các bệnh nhân nằm viện 23 ngày. **Kết luận:** nội soi 1 đường rạch điều trị bệnh lý viêm mủ màng phổi có biến chứng là an toàn và khả thi, giảm thời gian phẫu thuật so với nội soi thông thường.

Từ khóa: Viêm mủ màng phổi, phẫu thuật nội soi một lỗ

SUMMARY

EARLY OUTCOME OF SINGLE INCISION THORACOSCOPIC DECORTICATION FOR COMPLEX EMPYEMA

Aim: This study aims to evaluate early outcome of single incision thoracoscopic decortication for complex empyema at the National hospital of Pediatrics. **Results:** Mean operating time was 66 minutes $\pm$ 21 minutes. 18.2% of patients required intraoperative blood transfusion. No cases required an extra port or conversion to open surgery. One case needed a redo operation. 92.4% of patients had excellent pulmonary expansion. Complications were seen in 7 cases, of which the most common was recurrent empyema. Chest tube drainage was removed 4 days post-operatively. The mean hospital stay was 23 days. **Conclusion:** Single incision thoracoscopic decortication is safe and feasible with a reduction in operative time compared to conventional thoracoscopic surgery.

Keywords: Empyema, complications, single incision thoracoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mủ màng phổi (VMMP) hiện tượng tiến triển viêm và tích lũy của dịch mủ trong khoang màng phổi. Là kết quả thường gặp sau một quá trình viêm tại phổi, màng phổi hay viêm lân cận

xâm lấn vào khoang màng phổi [1], [2]. Tỷ lệ mắc bệnh VMMP ở trẻ em trên thế giới được báo cáo từ 0,7 - 3,3/100.000 trẻ [3].

Tại bệnh viện Nhi Trung Ương, theo báo cáo của Tạ Khánh Vân năm 2000 đã mô tả 197 trường hợp bị VMMP, chiếm tỷ lệ 1,4% số trẻ mắc bệnh viêm đường hô hấp dưới phải điều trị tại bệnh viện. Trong đó có tới 39% phải can thiệp phẫu thuật để điều trị [4]. 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. Cùng với đó ứng dụng những thay đổi trong quan điểm điều trị VMMP trên thế giới khi mà phẫu thuật nội soi ngày càng được chỉ định sớm hơn đã tạo điều kiện cải thiện kết quả điều trị cho bệnh nhân cũng như có những cải tiến trong phương pháp phẫu thuật. Từ cuối năm 2012, phương pháp phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ bắt đầu được ứng dụng trong điều trị bệnh lý VMMP giai đoạn có biến chứng. Đây là một phương pháp phẫu thuật mới, hoàn toàn khả thi trong điều trị VMMP có biến chứng ở trẻ em. Hiện nay, có rất ít nghiên cứu tại Việt Nam về phương pháp này, vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: *Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi một lỗ trong điều trị viêm mủ màng phổi có biến chứng ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung Ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán là VMMP có biến chứng và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi một lỗ tại bệnh viện Nhi Trung Ương đáp ứng được tiêu chuẩn lựa chọn. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu: được chẩn đoán xác định là VMMP có biến chứng trước mổ và được khẳng định lại chẩn đoán trong mổ, được điều trị bằng phẫu thuật nội soi một lỗ.

2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu: Từ 1/1/2013 đến 31/12/2014 tại Bệnh viện Nhi TW.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện bằng phương pháp hồi cứu mô tả. Phương pháp chọn 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.

*Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Duy Hiền

Email: duyhien1976@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/8/2017

Ngày phản biện khoa học: 9/10/2017

Ngày duyệt bài: 24/10/2017

2.4. Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Nhi Trung ương chấp thuận cho thực hiện.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Kết quả chẩn đoán trong phẫu thuật

Chẩn đoán trong phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
VMMP có biến chứng	64	97%
VMMP biến chứng kết hợp CCAM	0	0%
VMMP biến chứng kết hợp abces phổi	2	3%
Tổng	66	100%

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy kết quả chẩn đoán trong phẫu thuật của các bệnh nhân. Theo đó có 97% bệnh nhân mắc VMMP có biến chứng.

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

Tiêu chí	Kết quả
Thời gian phẫu thuật trung bình	66 ± 21,1 phút
Tỷ lệ truyền máu trong phẫu thuật	18,2%
Tỷ lệ đặt thêm dụng cụ nội soi	0%
Tỷ lệ chuyển phẫu thuật mổ mở	0%

Nhận xét: Theo đó thời gian trung bình của một lần phẫu thuật là 66 phút. Tỷ lệ truyền máu trong phẫu thuật là 18,2%.

Bảng 3. Tỷ lệ phẫu thuật thất bại

Kết quả	Số trường hợp	Tỷ lệ
Chuyển phẫu thuật nội soi thường	0	0%
Chuyển phẫu thuật mổ ngực	0	0%
Phẫu thuật lại	1	1,5%
Tử vong sau phẫu thuật	0	0%
Tổng	1	1,5%

Nhận xét: Có một trường hợp phẫu thuật thất bại, chiếm 1,5%.

Bảng 4. Kết quả điều trị sau phẫu thuật.

Tiêu chí	Kết quả
Thời gian dẫn lưu sau phẫu thuật	4 ngày
Thời gian sốt sau phẫu thuật	4 ngày
Tỷ lệ phổi nở hoàn toàn trên phim chụp Xquang sau phẫu thuật	92,4%
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật	12,5 ngày
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật đến khi lâm sàng ổn định	7 ngày
Thời gian nằm viện	23 ngày
Thời gian nằm viện đến khi lâm sàng ổn định	13 ngày

Nhận xét: Bảng 4 thể hiện kết quả điều trị sau phẫu thuật. Theo đó thời gian dẫn lưu sau phẫu thuật trung bình là 4 ngày. Thời gian sốt trung bình sau phẫu thuật là 4 ngày. 92,4% bệnh nhân có phổi nở hoàn toàn trên phim chụp Xquang. Trung bình các bệnh nhân nằm viện 23 ngày.

Bảng 5. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	Số trường hợp	Tỷ lệ
Tràn khí màng phổi	4	6%
Tràn khí dưới da	1	1,5%
Nhiễm trùng chân dẫn lưu	2	3%
Chảy máu sau phẫu thuật	0	0%
Tổng	7	10,5%

Nhận xét: Tỷ lệ các biến chứng sau phẫu thuật được thể hiện trong bảng 5. Trong đó tổng cộng có 7 bệnh nhân có biến chứng sau phẫu thuật và 1 bệnh nhân bị VMMP tái phát. Biến chứng hay gặp nhất là tràn khí màng phổi (6%).

IV. BÀN LUẬN

Tất cả các trường hợp đều có chẩn đoán là VMMP có biến chứng trong phẫu thuật. Chỉ có hai trường hợp bệnh nhân có phổi hợp tổn

thương VMMP với tổn thương abces phổi và không có trường hợp nào có phổi hợp với tổn thương nang tuyến phổi bẩm sinh (CCAM). So sánh với kết quả của phương pháp phẫu thuật

nội soi 3 lỗ đã được các tác giả khác báo cáo. Chúng tôi nhận thấy thời gian phẫu thuật và tỷ lệ phẫu thuật thất bại của phương pháp phẫu thuật nội soi một lỗ thực hiện tại bệnh viện Nhi Trung Ương là rất tốt. Báo cáo của các tác giả trên thế giới cũng cho thấy tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật nội soi điều trị VMMP là rất hiếm gặp. So sánh về kết quả điều trị sau mổ với kết quả của phương pháp phẫu thuật nội soi 3 lỗ đã được các tác giả khác trên thế giới báo cáo chúng tôi thấy rằng thời gian sốt sau mổ và thời gian dẫn lưu sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là tương đồng với các tác giả khác trên thế giới. Tuy nhiên thời gian điều trị sau mổ và thời gian nằm viện chung của bệnh nhân lại cao hơn nhiều so với các tác giả khác. Một yếu tố cũng làm kéo dài thời gian điều trị của bệnh nhân sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là tổn thương của màng phổi trên phim chụp Xquang ngực. Trong thực hành lâm sàng tại bệnh viện Nhi Trung Ương hầu hết các bệnh nhân chỉ được ra viện khi tổn thương màng phổi hết hoàn toàn trong khi các hướng dẫn điều trị trên thế giới lại cho rằng tổn thương dày của màng phổi hoàn toàn không ảnh hưởng tới kết quả điều trị và màng phổi chỉ trở về bình thường sau ít nhất 2 tuần kể từ khi bệnh nhân hết triệu chứng [5], [6].

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật tới khi hết triệu chứng và thời gian nằm viện tới khi hết triệu chứng trong nghiên cứu của mình lần lượt là 7 và 13 ngày. So sánh kết quả này với các tác giả khác chúng tôi thấy rằng phương pháp phẫu thuật nội soi một lỗ thực hiện tại bệnh viện Nhi Trung Ương có kết quả điều trị sau phẫu thuật tương đồng với các tác giả khác trên thế giới. So sánh tỷ lệ biến chứng sau mổ của chúng tôi với

tỷ lệ biến chứng của phẫu thuật nội soi 3 lỗ được các tác giả khác báo cáo. Chúng tôi thấy rằng tỷ lệ biến chứng sau mổ của phương pháp nội soi một lỗ cũng tương đồng với báo cáo của các tác giả khác. Tất cả các biến chứng này đều có thể điều trị nội khoa ổn định.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi một lỗ trong điều trị VMMP có biến chứng là an toàn và khả thi. Phẫu thuật nội soi một lỗ so với phẫu thuật nội soi kinh điển 3 lỗ, không chỉ có ưu điểm về số đường mổ mà còn có thời gian phẫu thuật ngắn chỉ là 66 phút, tỷ lệ điều trị thất bại thấp chỉ là 1,5% xảy ra ở một bệnh nhân phải phẫu thuật lại. Biến chứng sau phẫu thuật có tỷ lệ thấp và chủ yếu là biến chứng nhẹ có thể điều trị bằng dẫn lưu màng phổi hoặc điều trị nội khoa. Bệnh nhân hồi phục tốt sau khi ra viện.

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. Light RW (2007). Parapneumonic effusions and empyema. *Pleural Diseases*, 5, 180-210.
3. Jaffe A, Balfour IM (2005). Management of empyema in children. *Pediatr Pulmonol*, 40(2), 148-567.
4. Tạ Khánh Vân (2002). *Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và điều trị viêm màng phổi trẻ em*. Luận văn tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. Balfour-Lynn IM (2005). BTS guideline for the management of pleural infection in children. *Thorax*, 60, 1-21.
6. Thoracic Society of Australia and New Zealand (2011). *Pediatric Empyema Thoracis: Recommendation For Management*.

NHU CẦU ĐÀO TẠO CỦA CÁN BỘ TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE TUYẾN HUYỆN, XÃ CỦA TỈNH ĐỒNG THÁP NĂM 2016

Trần Phú Điền*, Nguyễn Nhật Linh**, Nguyễn Thanh Hương**

TÓM TẮT

Nhu cầu đào tạo của cán bộ truyền thông giáo dục sức khỏe (TTGDSK) hiện nay chưa được đánh giá đối với tuyến huyện và xã. Nghiên cứu này nhằm mô tả

việc thực hiện các kỹ năng cần thiết và xác định nhu cầu đào tạo của cán bộ TTGDSK tuyến huyện, xã của tỉnh Đồng Tháp. Nghiên cứu áp dụng thiết kế mô tả cắt ngang kết hợp phương pháp định lượng, qua phát vấn toàn bộ 157 cán bộ TTGDSK, và định tính, qua 5 cuộc phỏng vấn sâu. Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong số 24 kỹ năng cần thiết, dựa trên chức năng, nhiệm vụ, yêu cầu của cán bộ TTGDSK, có 13 kỹ năng đối tượng nghiên cứu thường xuyên thực hiện (trên 50%), trong đó có 3 kỹ năng có tỷ lệ tự tin trên 50%. Dựa trên phân tích mức độ thực hiện và mức độ tự tin, có 10 kỹ năng cần ưu tiên đào tạo thuộc các nhóm: lập kế hoạch, triển khai kế hoạch, kỹ năng về

*Trung tâm y tế huyện Tam Nông

**Trường Đại học Y tế công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Nhật Linh

Email: nnl@huph.edu.vn

Ngày nhận bài: 21/9/2017

Ngày phản biện khoa học: 12/10/2017

Ngày duyệt bài: 25/10/2017

viết bài TTGDSK, huy động sự tham gia của cộng đồng, tư vấn sức khỏe. Nghiên cứu cũng chỉ rõ cần tổ chức 1-2 lớp/năm vào quý I hoặc II, thời gian từ 1-3 ngày/lớp, tổ chức tại Trung tâm Y tế huyện và nên mời chuyên gia trong lĩnh vực Y tế công cộng giảng dạy. Các đơn vị cần tham khảo kết quả nghiên cứu này để xây dựng kế hoạch đào tạo phù hợp.

Từ khóa: Nhu cầu đào tạo, Truyền thông, Giáo dục sức khỏe

SUMMARY

THE INFORMATION ON TRAINING NEED FOR HEALTH EDUCATORS AT DISTRICT AND COMMUNE LEVELS OF ĐÔNG THÁP PROVINCE

Currently, information on training need for health educators at district and commune levels has not been available yet. This study aims to describe the application of essential skills on health education and communication and training need of these health educators in Dong Thap Province. The study employed descriptive cross-sectional design with mixed methods using self-administered survey with 157 health educators and 5 in-depth interviews. The results reveal that among 24 essential skills developed based on functions, job description of the health educators, 13 skills are implemented frequently (more than 50%), of them 3 skills implemented with confidence of more than 50% by health educators. Based on these results 10 skills need to prioritize for training: planning, implementation of the plan, development of communication materials, community mobilization, health counseling. It is necessary to organize 1-2 course in quarter I or II every year. Duration of the course is 1-3 days at District Health Centres and inviting experts from Public Health field as facilitators. Related organizations need to use these study results when developing training plan for health educators.

Key words: Training need, health communication, health education.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Truyền thông giáo dục sức khỏe (TTGDSK) trong những năm qua đã góp phần quan trọng và tích cực vào kết quả của các chương trình, hoạt động y tế nói riêng và vào thành công của chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân nói chung. Để thực hiện tốt hơn nữa cần có cái nhìn đúng, đầy đủ hơn về công tác đào tạo, tập huấn cho cán bộ TTGDSK. Để công tác đào tạo, tập huấn tốt thì việc xác định và phân tích nhu cầu đào tạo (NCĐT) là bước phải tiến hành trước tiên để có chương trình đào tạo hiệu quả. Xác định NCĐT nhằm phát hiện chính xác những vấn đề ưu tiên đào tạo.

Tỉnh Đồng Tháp có 180 cán bộ TTGDSK đang làm việc ở các tuyến huyện, xã. Hàng năm, việc tổ chức các lớp tập huấn đều do Trung tâm TTGDSK tỉnh chủ trì [6]. Tuy nhiên việc xây dựng và thực hiện kế hoạch đào tạo hàng năm chưa

dựa trên các bằng chứng cụ thể, chính xác. Nhằm đánh giá nhu cầu đào tạo theo tinh thần lấy người học làm trung tâm, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này làm cơ sở cho việc xây dựng và thực hiện công tác tập huấn cho cán bộ TTGDSK tuyến huyện xã được hiệu quả hơn.

Bằng cách sử dụng phương pháp phân tích nhằm tìm ra "khoảng cách" giữa hiện trạng việc thực hiện công việc và sự tự tin trong thực hiện công việc hoặc yêu cầu trong tương lai để xác định nhu cầu đào tạo (NCĐT). Để xác định được "khoảng cách" đó cần thông qua các bước như sau: Xác định nhu cầu, xây dựng thiết kế phân tích nhu cầu, thu thập số liệu, phân tích số liệu, viết báo cáo và chia sẻ kết quả, xây dựng kế hoạch hành động [1].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC): Các cán bộ TTGDSK tuyến huyện, xã trên địa bàn tỉnh Đồng Tháp đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, kết hợp phương pháp định lượng và định tính, tiến hành từ tháng 01 đến tháng 8 năm 2016. Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ gồm 180 cán bộ đang thực hiện công tác TTGDSK. Thực tế có 157 người tham gia, đạt tỷ lệ 87,2%. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của trường Đại học Y tế Công cộng xem xét và phê duyệt.

3. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu định lượng được thu thập thông qua bảng câu hỏi phát vấn. Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm Epidata 3.0 và SPSS 18.0. Số liệu định tính được thu thập thông qua các cuộc phỏng vấn sâu (PVS) với đại diện lãnh đạo Trung tâm TTGDSK tỉnh, Trung tâm Y tế và cán bộ trực tiếp làm công tác TTGDSK. Tổng cộng thực hiện 4 cuộc PVS. Thông tin PVS được thu âm, ghi bằng và phân tích theo chủ đề.

III. KẾT QUẢ

1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n=157): Trong 157 cán bộ TTGDSK tham gia nghiên cứu, độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 20-30 tuổi (38,9%), các độ tuổi còn lại (31-40; 41-50 và trên 50) chiếm lần lượt là 21,0; 22,9; và 17,2%). Nữ chiếm hơn 60% các đối tượng tham gia nghiên cứu, đa số có trình độ trung cấp (69,4%), số có trình độ đại học và trên đại học chiếm hơn ¼ (26,8%).

2. Nhu cầu về nội dung đào tạo: Với 24 kỹ năng được khảo sát, bảng 1 cho thấy đối với tuyến huyện có 10 kỹ năng có tỷ lệ thực hiện

thường xuyên là trên 50%. Đối với tuyến xã có 11 kỹ năng có tỷ lệ thực hiện thường xuyên là trên 50%. Trong đó, kỹ năng có tỷ lệ thực hiện thường xuyên cao nhất ở cả tuyến huyện và tuyến xã là phân tích thông tin ảnh hưởng đến sức khỏe, xây dựng mục tiêu chương trình TTGDSK phù hợp. Đó là những kỹ năng thuộc về lĩnh vực lập kế hoạch TTGDSK. Kết quả nghiên cứu định tính cũng phản ánh đúng tình hình này, "Các cán bộ làm công tác TTGDSK hàng tháng phải thực hiện công tác lập kế hoạch để thực hiện các hoạt động mà khoa/phòng đảm nhận..." (PVS-Lãnh đạo tuyến huyện). "Công tác thống kê báo cáo, kế hoạch chiếm thời gian của chúng em cũng nhiều, phải báo cáo nhiều cấp,..." (PVS-CB tuyến xã)

ĐTNC cũng tự đánh giá về mức độ tự tin của họ khi thực hiện 24 kỹ năng cần thiết cho cán bộ TTGDSK. Với tuyến huyện chỉ có 03 kỹ năng, tuyến xã có 06 kỹ năng được ĐTNC tự đánh giá tự tin khi thực hiện là trên 50%. Trong những kỹ năng có tỷ lệ tự tin thấp khi thực hiện, kỹ năng tiếp thị xã hội ở tuyến huyện và ở tuyến xã là kỹ năng viết đề cương nghiên cứu khoa học và ứng dụng nghiên cứu khoa học cải tiến năng suất, hiệu quả công việc có tỷ lệ thấp nhất. Lý do được cho là vì họ không thực hiện công việc này thường xuyên. "Chính vì họ (CB TTGDSK) không thường

xuyên thực hiện các nghiên cứu khoa học về lĩnh vực truyền thông, nên ít và không tự tin là điều tất yếu,..." (PVS-Lãnh đạo tuyến huyện).

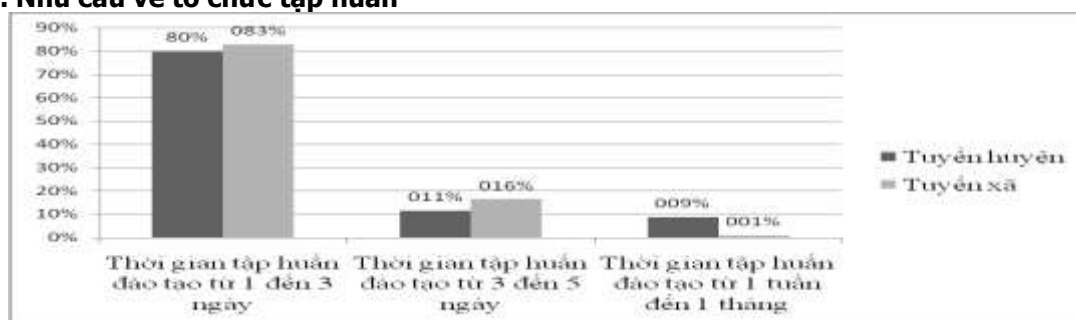
Với lập luận, kỹ năng được thực hiện thường xuyên trên 50% là các kỹ năng liên quan nhiều đến các công việc thường ngày của cán bộ TTGDSK, nhưng tỷ lệ tự tin khi thực hiện các kỹ năng này dưới 50% thì việc thực hiện các kỹ năng này gặp khó khăn, vì vậy có nhu cầu và cần ưu tiên đào tạo. Từ đó, chúng tôi đề xuất nhu cầu đào tạo ưu tiên bao gồm 10 kỹ năng (7 kỹ năng cho tuyến huyện và 5 cho tuyến xã) gồm (bảng 1): phân tích thông tin ảnh hưởng đến sức khỏe; thu hút sự tham gia của cộng đồng và các bên liên quan vào quá trình lập kế hoạch; lựa chọn được các chiến lược/giải pháp phù hợp nhằm đáp ứng mục tiêu đề ra; xây dựng kế hoạch hành động phù hợp để triển khai các chiến lược/giải pháp đã đề ra; làm việc với truyền thông đại chúng để triển khai các hoạt động TTGDSK; triển khai được các hoạt động TTGDSK tại các cơ sở và cộng đồng; thu thập thông tin về y tế, sức khỏe, viết tin, bài gửi lên các tạp chí sức khỏe, đài phát thanh; nâng cao năng lực của cộng đồng và các bên liên quan; tư vấn phù hợp với đặc điểm tâm lý, sinh lý, văn hóa cho đối tượng.

Bảng 1: Tổng hợp tỷ lệ thực hiện và sự tự tin khi sử dụng kỹ năng của ĐTNC

ST T	Các kỹ năng lập kế hoạch của CB TTGDSK	Tuyến huyện (n=35)		Tuyến xã (n=122)	
		Mức độ thực hiện thường xuyên	Mức độ tự tin	Mức độ thực hiện thường xuyên	Mức độ tự tin
		(%)	(%)	(%)	(%)
1	Phân tích thông tin ảnh hưởng đến sức khỏe	71,4	45,7	77,0	54,9
2	Thu hút sự tham gia của cộng đồng và các bên liên quan vào quá trình lập kế hoạch	51,4	42,9	63,6	45,1
3	Xây dựng mục tiêu chương trình TT-GDSK phù hợp	71,4	51,4	75,2	59,0
4	Lựa chọn được các chiến lược/giải pháp phù hợp nhằm đáp ứng mục tiêu đề ra	54,3	31,4	61,1	48,3
5	Xây dựng kế hoạch hành động phù hợp để triển khai các chiến lược/giải pháp đã đề ra	60,0	40,0	62,0	53,3
6	Dự đoán được các khó khăn/thuận lợi tác động đến việc thực hiện kế hoạch	37,1	22,2	46,2	30,3
7	Tham gia xây dựng/thiết kế các thông điệp truyền thông và ý tưởng thiết kế các sản phẩm truyền thông về sức khỏe (sách mỏng, tờ rơi, pano, áp phích, bài phát thanh, video clip,...) phù hợp với các nhóm đối tượng đích	22,8	14,3	47,5	36,9
8	Tham gia các hoạt động thử nghiệm các sản phẩm TT-GDSK	22,8	17,2	32,8	31,2

9	Làm việc với truyền thông đại chúng để triển khai các hoạt động TT-GDSK	42,8	37,1	59,9	48,4
10	Triển khai được các hoạt động TT-GDSK tại các cơ sở và cộng đồng (trường học, nơi làm việc, cơ sở y tế/bệnh viện, cộng đồng)	62,9	48,5	73,8	60,7
11	Thu thập thông tin về y tế, sức khỏe.	65,7	45,7	73,8	62,3
12	Viết tin, bài gửi lên các tạp chí sức khỏe, đài phát thanh.	54,3	48,6	48,3	41,8
13	Sử dụng các phương tiện, trang thiết bị (như máy ảnh, máy quay phim,...) phục vụ cho công tác thu thập thông tin	51,4	51,4	34,4	33,6
14	Viết đề cương nghiên cứu khoa học	11,4	20,0	22,1	22,9
15	Báo cáo đề cương	11,4	14,3	25,4	25,4
16	Ứng dụng nghiên cứu khoa học cải tiến năng suất, hiệu quả công việc	20,0	14,3	30,3	22,9
17	Kỹ năng vận động chính sách	17,1	14,3	27,9	25,4
18	Kỹ năng thuyết trình	28,6	25,7	38,5	32,0
19	Kỹ năng giao tiếp và hợp tác trong quá trình TTGDSK cho cộng đồng	65,7	54,3	66,4	56,5
20	Nâng cao năng lực của cộng đồng và các bên liên quan	31,4	28,6	50,8	38,5
21	Kỹ năng làm việc nhóm hiệu quả	42,8	42,9	48,4	44,3
22	Kỹ năng giải quyết xung đột	25,7	20,0	34,4	33,6
23	Tư vấn phù hợp với đặc điểm tâm lý, sinh lý, văn hóa cho đối tượng	40,0	34,3	54,9	42,6
24	Tiếp thị xã hội	20,0	11,4	42,6	33,6

3. Nhu cầu về tổ chức tập huấn

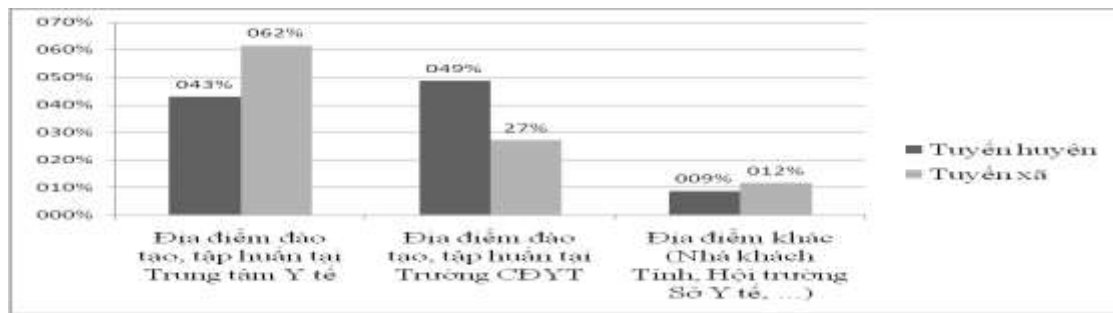


Hình 1: Nhu cầu về thời gian tập huấn

Có khoảng 80% ĐTNC cho rằng, thời gian thích hợp nhất cho tập huấn là từ 1 đến 3 ngày (Hình 1). Kết quả PVS cán bộ lãnh đạo tuyến tỉnh và huyện cũng cho rằng thời gian tập huấn này là phù hợp và thuận lợi cho các đơn vị trong bố trí các cán bộ đi học và nên không trùng vào thứ 2 và thứ 6 (là những ngày họp giao ban ở một số đơn vị). "*Thời gian tập huấn thông thường là từ 1-3 ngày, đây là khoảng thời gian lý tưởng để các anh em có thể vừa được tập huấn vừa đảm bảo công tác của đơn vị giao...*" (PVS-Lãnh đạo tuyến tỉnh); "*Các lớp tập huấn tốt nhất là tổ chức khoảng 1-3 ngày, để thuận lợi sắp xếp công việc...*" (PVS-Lãnh đạo tuyến huyện).

Trên 40% ĐTNC cho rằng địa điểm tập huấn tại Trung tâm Y tế huyện là thuận lợi nhất (Hình

2). Kết quả PVS cán bộ lãnh đạo tuyến huyện và cán bộ trực tiếp làm công tác truyền thông cho rằng, nếu địa điểm tổ chức tập huấn tại Trung tâm Y tế tuyến huyện thì thuận lợi hơn cho các cán bộ tham dự tập huấn, và nếu có tập huấn, đào tạo dài ngày cũng có thể đảm bảo công tác thường quy. "*Đối với tuyến xã nên tổ chức tại Trung tâm Y tế để anh em đi lại thuận tiện...*" (PVS- Lãnh đạo tuyến huyện); "*Tùy theo tình hình thực tế, Trung tâm (TTGDSK) chọn những địa điểm để tổ chức các lớp tập huấn, nhưng thông thường là tổ chức tại TP. Cao Lãnh, vì đây là trung tâm hành chính của tỉnh, thuận lợi cho việc đi lại,...*" (PVS-Lãnh đạo tuyến tỉnh).



Hình 2: Nhu cầu về địa điểm tổ chức tập huấn

IV. BÀN LUẬN

1. Nhu cầu về nội dung đào tạo: Từ kết quả nghiên cứu cho thấy, nhu cầu đào tạo ở cán bộ TTGDSK là khá rõ ràng. Với 24 kỹ năng được đưa ra để ĐTNC tự đánh giá, hầu như tất cả các kỹ năng ĐTNC đều có thực hiện dù mức độ thực hiện thường xuyên là khác nhau (tỷ lệ cao nhất là 77% và thấp nhất là 11,4%) cao hơn so với nghiên cứu của các tác giả của Trường Đại học Y tế Công cộng có về tỷ lệ thực hiện thường xuyên cao nhất chỉ là 42,9% [4]. Tỷ lệ tự tin khi thực hiện các kỹ năng này cũng thay đổi, cao nhất là 62,3% (thấp hơn so với nghiên cứu của các tác giả Trường Đại học Y tế Công cộng – dao động từ 70-80%) và thấp nhất là 11,4% (thấp hơn so với nghiên cứu của các tác giả Trường Đại học Y tế Công cộng – dao động từ 20-30%) [5].

Những nội dung ưu tiên tập huấn, đào tạo được nhóm tác giả đề xuất dựa trên những kỹ năng mà cán bộ TTGDSK phải làm thường xuyên nhưng họ lại ít hoặc không tự tin khi thực hiện những kỹ năng này. Điều rất đáng quan tâm là các kỹ năng có NCĐT cao của tuyến huyện còn nhiều hơn tuyến xã (7 kỹ năng đối với tuyến huyện và 5 kỹ năng với tuyến xã). Điều này có thể giải thích là do nhiều hoạt động truyền thông được cán bộ tuyến xã thực hiện tại cộng đồng thôn, ấp và có thể gần đây tỷ lệ cán bộ tuyến xã được tham gia các cuộc tập huấn về lĩnh vực này đã phần nào được cải thiện hơn so với trước đây.

2. Nhu cầu về tổ chức đào tạo

Nghiên cứu cũng chỉ rõ các thông tin về tổ chức đào tạo, cụ thể nên tổ chức vào khoảng quý I hoặc II hàng năm. Thời gian tổ chức kéo dài khoảng từ 1 – 3 ngày, khác với nghiên cứu của nhóm tác giả Trường Đại học Y tế Công cộng (thời gian tổ chức khoảng 5 ngày) [5]. Thực tế là việc tổ chức những lớp đào tạo, tập huấn từ 1-3 ngày là thuận lợi cho người tham gia, vì thời gian này tương đối ngắn nên dễ sắp xếp các công việc để đảm bảo không bị động trong quá trình

tập huấn và công việc khác được giao định kỳ. Do có thể theo thời gian mức độ công việc của các cán bộ tham gia công tác TTGDSK tại tuyến cơ sở đã tăng hơn nhiều nên việc đi dài ngày như trước sẽ rất khó khăn cho cả người quản lý cán bộ và cả chính các cán bộ được cử đi học.

Địa điểm tổ chức tại các Trung tâm Y tế tuyến huyện hoặc Trường Cao đẳng Y tế Đồng Tháp sẽ thuận lợi hơn. Những điều kiện này thuận lợi cho các cán bộ đi học sắp xếp thời gian, công việc mà không phải ảnh hưởng nhiều, lãnh đạo cũng dễ dàng tạo điều kiện để các CB này tham gia các lớp đào tạo, tập huấn. Có thể mời các giảng viên hàng đầu trong lĩnh vực y tế công cộng tham gia giảng dạy các kỹ năng cho các cán bộ này [4,5].

Nghiên cứu này cũng có một số hạn chế như sau: Các đề tài về tìm hiểu về NCĐT của cán bộ TTGDSK còn rất hiếm nên chưa phân tích và so sánh được với các nghiên cứu trước trên cùng đối tượng. Do chưa có văn bản quy định về khung năng lực của cán bộ TTGDSK nên bộ công cụ được xây dựng dựa trên chức năng, nhiệm vụ, kỳ vọng trong tương lai [1,2,3] của cán bộ TTGDSK. Vì vậy có thể chưa thể hiện hết những kỹ năng cần thiết khác của nhóm cán bộ này ở tuyến cơ sở.

V. KẾT LUẬN, KHUYẾN NGHỊ

Đa số 24 kỹ năng đều cần thiết cho các cán bộ TTGDSK tuyến huyện, xã của tỉnh Đồng Tháp. Tuy nhiên, tùy vào tình hình thực tế của công việc, có những kỹ năng cần được ưu tiên tập huấn hơn, cụ thể:

Đối với tuyến huyện, thứ tự ưu tiên các kỹ năng có NCĐT là:

1. Phân tích thông tin ảnh hưởng đến sức khỏe
2. Thu thập thông tin về y tế, sức khỏe
3. Triển khai được các hoạt động TT-GDSK tại các cơ sở và cộng đồng (trường học, nơi làm việc, cơ sở y tế/bệnh viện, cộng đồng)

4. Xây dựng kế hoạch hành động phù hợp để triển khai các chiến lược/giải pháp đã đề ra.

5. Lựa chọn được các chiến lược/giải pháp phù hợp nhằm đáp ứng mục tiêu đề ra

6. Viết tin, bài gửi lên các tạp chí sức khỏe, đài phát thanh

7. Thu hút sự tham gia của cộng đồng và các bên liên quan vào quá trình lập kế hoạch

Đối với tuyến xã, thứ tự ưu tiên các kỹ năng có NCDT là:

1. Thu hút sự tham gia của cộng đồng và các bên liên quan vào quá trình lập kế hoạch

2. Lựa chọn được các chiến lược/giải pháp phù hợp nhằm đáp ứng mục tiêu đề ra

3. Làm việc với truyền thông đại chúng để triển khai các hoạt động TT-GDSK

4. Tư vấn phù hợp với đặc điểm tâm lý, sinh lý, văn hóa cho đối tượng

5. Nâng cao năng lực của cộng đồng và các bên liên quan

Nhu cầu tổ chức đào tạo: thời gian tổ chức khoảng 1 – 3 ngày/lớp, vào khoảng quý I hoặc quý II hàng năm, tại Trung tâm Y tế tuyến huyện hoặc Trường Cao đẳng Y tế Đồng Tháp. Nên mời các chuyên gia về Y tế công cộng tham gia giảng dạy.

Để nâng cao hiệu quả việc tập huấn, đào tạo cho các cán bộ TTGDSK cần thực hiện một số giải pháp sau:

• Sở Y tế Đồng Tháp cần thường xuyên đầu tư cho đào tạo liên tục đối với các cán bộ TTGDSK tuyến huyện và xã.

• Trung tâm TTGDSK tỉnh Đồng Tháp cần lập kế hoạch tập huấn dựa trên thông tin về NCDT.

• Trung tâm Y tế tuyến huyện tạo điều kiện về thời gian, sắp xếp lịch công tác cho cán bộ khi được tập huấn. Khi có biến động về nhân sự mạng lưới TTGDSK trên địa bàn huyện cần kịp thời báo cáo về Trung tâm TTGDSK tỉnh để bố trí đào tạo kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ban quản lý Dự án Giảm nghèo các tỉnh miền núi phía Bắc - NMPRP2 (2011), Tài liệu "Hướng dẫn đánh giá NCDT".
2. Bộ (2014), Quyết định số: 4667/QĐ-BYT ngày 07 tháng 11 năm 2014 của bộ trưởng bộ y tế về việc ban hành bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn đến 2020.
3. Bộ Y tế (2005), Quyết định số 26/2005/QĐ-BYT ngày 09 tháng 9 năm 2005 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của trung tâm y tế dự phòng huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh.
4. Trường Đại học Y tế công cộng - Khoa các Khoa học xã hội - hành vi và giáo dục sức khỏe (2008), Đánh giá NCDT Cử nhân Y tế công cộng chuyên ngành Truyền thông Giáo dục sức khỏe.
5. Trường Đại học Y tế công cộng - Khoa các Khoa học xã hội - hành vi và giáo dục sức khỏe (2008), Đánh giá NCDT về ứng dụng khoa học xã hội, hành vi và giáo dục sức khỏe trong thực hành y tế công cộng.
6. Trung tâm Truyền thông Giáo dục sức khỏe Đồng Tháp (2014), "Báo cáo tổng kết năm 2014, phương hướng 2015".

KHẢO SÁT TỈ LỆ KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP THEO MỤC TIÊU CỦA KHUYẾN CÁO JNC 8 Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT

Nguyễn Thanh Danh*, Hoàng Văn Quang**, Nguyễn Đức Công**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ngày nay, tăng huyết áp (THA) vẫn là một trong những vấn đề của sức khỏe cộng đồng và tỉ lệ kiểm soát huyết áp trong thập niên qua đã cải thiện nhưng chưa cao. **Mục tiêu:** Khảo sát tỉ lệ kiểm soát huyết áp theo mục tiêu dựa trên khuyến cáo của JNC 8 ở bệnh nhân THA nguyên phát. **Phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu, cắt ngang mô tả trên các bệnh nhân (BN) THA nguyên phát đang điều trị ngoại trú tại

Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quận 5 từ tháng 7 năm 2016 đến tháng 2 năm 2017. **Kết quả:** có 375 bệnh nhân THA tham gia nghiên cứu. Chúng tôi ghi nhận có 56,8% BN đạt được mức HA mục tiêu theo JNC 8 trong đó bao gồm 30% BN dưới 60 tuổi và 70% BN từ 60 tuổi trở lên. Tỉ lệ kiểm soát huyết áp ở các phân nhóm khác nhau: bệnh nhân THA không kèm đái tháo đường (ĐTĐ) là 59,4% trong đó bao gồm 35,4% BN dưới 60 tuổi và 64,6% BN từ 60 tuổi trở lên; bệnh nhân THA kèm đái tháo đường là 53,4% trong đó bao gồm 22,1% BN dưới 60 tuổi và 77,9% BN từ 60 tuổi trở lên. **Kết luận:** Tỉ lệ kiểm soát huyết áp theo mục tiêu huyết áp của JNC 8 đạt 56,8%.

Từ khóa: Tỉ lệ kiểm soát huyết áp, tăng huyết áp, hướng dẫn của JNC 8.

SUMMARY

*Bệnh viện Quận 5,

**Bệnh viện Thống nhất TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Danh

Email: thanhhdanh1708@gmail.com

Ngày nhận bài: 27/8/2017

Ngày phản biện khoa học: 26/9/2017

Ngày duyệt bài: 23/10/2017

BLOOD PRESSURE CONTROL RATES ACCORDING TO JNC 8 GUIDELINE

Background: Nowadays, hypertension is still one of public health issues and despite the improvements in blood pressure control rates, they have been low for the past decade. **Objectives:** To survey blood pressure control rates according to JNC 8 Guideline among primary hypertensive patients. **Design and methods:** Across-sectional study was carried out from July 2016 to February 2017 to investigate treated primary hypertensive patients at the Outpatient Department, the Fifth District Hospital. **Results:** There were 375 hypertensive patients attending our study. The overall blood pressure control rate according to JNC 8 guideline was 56.8%, consisting of 30% patients under 60 and 70% patients aged 60 and over. The blood pressure control rates in different subgroups were 59.4% (patients without diabetes) consisting of 35.4% patients under 60 and 53.4% patients aged 60 and over) and 52.8% (patients with diabetes) consisting of 22.1% patients under 60 and 77.9% patients aged 60 and over. **Conclusions:** The blood pressure control rate according to blood pressure targets of JNC 8 Guideline were 56.8%.

Key words: Blood pressure control rate, hypertension. JNC 8 guideline.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là một bệnh mạn tính, tần suất mắc bệnh ngày càng tăng và đang là một gánh nặng sức khỏe cộng đồng cần quan tâm. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, năm 2000, số người mắc bệnh tăng huyết áp là 26,4%, và dự tính sẽ tăng lên 29,2% vào năm 2025 [6].

Ở Việt Nam, các nghiên cứu về tăng huyết áp cho thấy tỉ lệ tăng huyết áp ở người trưởng thành đang tăng nhanh theo thời gian: 1,9% năm 1976; 11,5% năm 1990; 16,3% năm 2003; 25,1% năm 2008, 47,3% năm 2015 [1]. Với nhiều tiến bộ của y học, chương trình quản lý bệnh nhân tăng huyết áp và sự điều chỉnh hành vi lối sống của người dân, tỉ lệ kiểm soát huyết áp trong những thập niên qua đã cải thiện nhưng chưa cao.

Quận 5 là trung tâm thương mại dịch vụ lớn nên dân số cơ học luôn tăng cao. Hoạt động chăm sóc sức khỏe cho người dân gặp nhiều thách thức. Tăng huyết áp là bệnh đứng đầu trong số mười bệnh phổ biến tại Bệnh viện Quận 5. Trong những năm qua, Bệnh viện đã thực hiện chương trình quản lý bệnh nhân tăng huyết

áp và đạt được kết quả đáng ghi nhận. Tuy nhiên, tỉ lệ đạt huyết áp mục tiêu ở bệnh nhân còn chưa cao.

Khuyến cáo mới nhất của JNC 8 đã đưa ra những mục tiêu kiểm soát mới cho 2 nhóm tuổi cụ thể. Theo đó, với nhóm đối tượng THA dưới 60 tuổi, kiểm soát huyết áp đạt hiệu quả khi huyết áp mục tiêu đạt dưới 140/90mmHg. Đối với nhóm cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên), huyết áp chỉ cần đạt dưới 150/90mmHg. Nhóm đối tượng THA có kèm ĐTĐ, kiểm soát huyết áp đạt hiệu quả khi huyết áp mục tiêu đạt dưới 140/90mmHg. *Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát tỉ lệ kiểm soát huyết áp theo mục tiêu dựa trên khuyến cáo của JNC 8 ở bệnh nhân THA nguyên phát.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, cắt ngang mô tả

2. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân có bệnh tăng huyết áp nguyên phát từ 18 tuổi trở lên đến khám điều trị ngoại trú tại bệnh viện Quận 5, trong thời gian từ tháng 7 năm 2016 đến tháng 02 năm 2017.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Các bệnh nhân đã được chẩn đoán tăng huyết áp nguyên phát ≥ 1 năm, tuổi ≥ 18 , không phân biệt nam nữ, được điều trị ngoại trú tại bệnh viện, có đủ các tham số theo dõi theo yêu cầu nghiên cứu. Các bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân tăng huyết áp thứ phát. Các bệnh nhân không đủ các tham số theo yêu cầu của nghiên cứu. Các bệnh nhân đang mắc kèm các bệnh cấp tính khác. Các bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

3. Phương pháp thu thập số liệu: thu nhận thuận tiện tất cả BN đang điều trị THA đến khám tại Khoa Khám bệnh trong thời gian nghiên cứu theo mẫu thu thập số liệu soạn sẵn. Bệnh nhân được đo huyết áp ở tư thế ngồi ít nhất 2 lần cách nhau 5 phút tuân theo đúng quy trình và kỹ thuật đo.

4. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý bằng phần mềm thống kê Stata 13.0. Kết quả của một phép kiểm khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

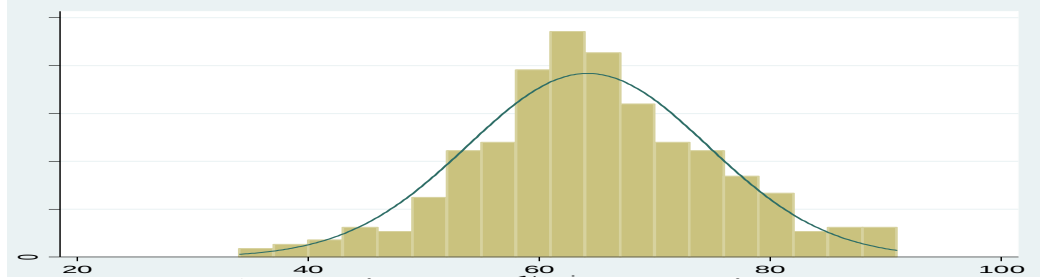
1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Phân bố về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Tuổi	Toàn bộ (n = 375)	Nam (n = 146)	Nữ (n = 229)	Giá trị p
Trung bình	64,2 $\pm$ 10,4	62,7 $\pm$ 11,5	65,1 $\pm$ 9,5	
Nhóm tuổi				

< 60 tuổi, n (%)	123 (32,8)	48 (39,0)	75 (61,0)	0,98
≥ 60 tuổi, n (%)	252 (67,2)	98 (38,9)	154 (61,1)	

Có 2/3 bệnh nhân tăng huyết áp từ 60 tuổi trở lên. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ tuổi ở nam và nữ ($p > 0,05$).



Biểu đồ 1. Biểu đồ phân bố tần suất theo tuổi (n = 375)

Trong mẫu nghiên cứu, tuổi (năm) của bệnh nhân đang điều trị tăng huyết áp có trung bình là $64,2 \pm 10,4$.

Bảng 2. Một số đặc điểm dân số xã hội của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Toàn bộ (n = 375)	< 60 tuổi (n = 123)	≥ 60 tuổi (n = 252)	Giá trị p
Dân tộc				
Kinh, n (%)	257 (68,5)	83 (32,3)	174 (67,7)	0,76
Hoa, n (%)	118 (31,5)	40 (33,9)	78 (66,1)	
Trình độ văn hóa				
Dưới tiểu học, tiểu học; n (%)	122 (32,5)	27 (22,1)	95 (77,9)	0,02
Trung học cơ sở, n (%)	105 (28,0)	38 (36,2)	67 (63,8)	
Trung học phổ thông, n (%)	99 (26,4)	38 (38,4)	61 (61,6)	
Trên trung học phổ thông, n (%)	49 (13,1)	20 (40,8)	29 (59,2)	
Nghề nghiệp hiện tại				
Nông nhân, n (%)	7 (1,9)	7 (100,0)	0 (0,0)	< 0,001*
Công nhân, n (%)	27 (7,2)	17 (63,0)	10 (37,0)	
Công, viên chức, n (%)	26 (7,0)	24 (92,3)	2 (7,7)	
Hưu trí, n (%)	201 (53,6)	14 (7,0)	187 (93,0)	
Nội trợ, n (%)	80 (21,3)	38 (47,5)	42 (52,5)	
Buôn bán, n (%)	29(7,7)	19 (65,5)	10 (34,5)	
Thất nghiệp, n (%)	5 (1,3)	4 (80,0)	1 (20,0)	
Nơi cư ngụ				
Quận 5, n (%)	213 (56,8)	58 (27,2)	155 (72,8)	0,008
Ngoài quận 5, n (%)	162 (43,2)	65 (40,1)	97 (59,9)	
Thẻ bảo hiểm y tế, n (%)	372 (99,2)	123 (33,1)	249 (66,9)	0,22*

(*) Kiểm định chính xác Fisher

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ tuổi giữa người Kinh và Hoa, nhóm có và không có bảo hiểm y tế ($p > 0,05$). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ tuổi ở những nhóm có trình độ học vấn khác nhau ($p < 0,05$), các nhóm nghề nghiệp ($p < 0,001$), nhóm sống ở quận 5 và ngoài quận 5 ($p < 0,05$).

2. Đặc điểm huyết áp

Bảng 3. Đặc điểm huyết áp tâm thu và tâm trương ở bệnh nhân

Trị số huyết áp	Toàn bộ (n = 375)	< 60 tuổi (n = 123)	≥ 60 tuổi (n = 252)	Giá trị p
Trung bình (mmHg)				
Huyết áp tâm thu	139,0 ± 18,1	137,5 ± 18,7	139,8 ± 17,8	0,25
Huyết áp tâm trương	81,7 ± 11,3	84,6 ± 10,7	80,3 ± 11,3	< 0,01

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về HATT trung bình ở 2 nhóm tuổi ($p > 0,05$). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về HATT trung bình ở 2 nhóm tuổi ($p < 0,01$).

3. Tỷ lệ kiểm soát huyết áp theo mục tiêu của JNC 8

Bảng 4: Tỷ lệ chung kiểm soát huyết áp theo mục tiêu của JNC 8

Kiểm soát	Toàn bộ	< 60 tuổi	≥ 60 tuổi	Giá trị p
-----------	---------	-----------	-----------	-----------

huyết áp	(n = 375)	(n = 123)	(n = 252)	
Đạt	213 (56,8)*	64 (30,0)	149 (70,0)	0,19
Không đạt	162 (43,2)	59 (36,4)	103 (63,6)	

(*) KTC 95% từ 52% đến 62%

Hơn 50% bệnh nhân có tỉ lệ kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu (56,8%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kiểm soát huyết áp giữa 2 nhóm tuổi ($p > 0,05$).

Bảng 5. Tỉ lệ kiểm soát huyết áp theo nhóm tuổi ở BN ĐTD

Kiểm soát huyết áp	Toàn bộ (n = 375)	< 60 tuổi (n = 123)	≥ 60 tuổi (n = 252)	Giá trị P
Không ĐTD (n = 214)				
Đạt mục tiêu, n (%)	127 (59,4)	45 (35,4)	82 (64,6)	0,22
Không đạt mục tiêu, n (%)	87 (40,6)	38 (43,7)	49 (56,3)	
Có ĐTD (n=161)				
Đạt mục tiêu, n (%)	86 (53,4)	19 (22,1)	67 (77,9)	0,39
Không đạt mục tiêu, n (%)	75 (46,6)	21 (28)	54 (72,0)	

Tỉ lệ bệnh nhân kiểm soát huyết áp tốt ở nhóm không có ĐTD là 59,4% và ở nhóm có ĐTD là 53,4%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kiểm soát huyết áp giữa 2 nhóm tuổi ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

1. Tỉ lệ chung kiểm soát huyết áp theo mục tiêu: Tỉ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu theo khuyến cáo của JNC 8 trong nghiên cứu của chúng tôi là 56,8% trong KTC 95% dao động từ 52% đến 62%, trong đó tỉ lệ kiểm soát huyết áp ở nhóm < 60 tuổi (30%) thấp hơn nhóm ≥ 60 tuổi (70%). Kết quả cho thấy người cao tuổi kiểm soát huyết áp tốt hơn người trẻ tuổi hơn nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

So với các nghiên cứu trong nước ghi nhận được, tỉ lệ kiểm soát huyết áp trong những năm gần đây dao động từ 19% đến 84,1% và tỉ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi nằm trong khoảng dao động đó (56,8%). Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tỉ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu cao hơn nghiên cứu Nguyễn Văn Trí và Nguyễn Thế Quyền (2015) cũng theo JNC 8 với tỉ lệ là 19%; trong đó bao gồm 13,7% BN < 60 tuổi 21,9% BN ≥ 60 tuổi [4]. Nghiên cứu của Viện Tim mạch năm 2011 tại 190 phường xã điểm thuộc 96 quận huyện của 16 tỉnh thành, tỉ lệ bệnh nhân được quản lý điều trị đạt huyết áp mục tiêu là 41,9% [1]. Nghiên cứu của Trần Công Duy và Châu Ngọc Hoa (2015) ghi nhận có 46,7% bệnh nhân đạt được mục tiêu theo ESH/ESC 2013 [2]. Sở dĩ có sự chênh lệch này có lẽ là do các quan sát trên được thực hiện tại các bệnh viện lớn của thành phố Hồ Chí Minh trong khi nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại tuyến quận. Điều này cho thấy khả năng điều trị hạ áp đạt mục tiêu tại các bệnh viện tuyến dưới cũng tương đối khá.

Ngoài ra, sự khác biệt này có thể do sự thay đổi trong quan điểm của khuyến cáo JNC 8, khi

mà mục tiêu huyết áp của người cao tuổi đã được nâng lên thành 150/90mmHg so với 140/90mmHg trước đây. Sự thay đổi này đã khiến cho áp lực điều trị trên người cao tuổi trở nên nhẹ nhàng hơn và qua đó, số lượng bệnh nhân cao tuổi đạt mục tiêu cũng cao hơn. Sự khác nhau về tỉ lệ kiểm soát huyết áp có thể thay đổi tùy theo nghiên cứu được thực hiện trong cộng đồng hay tại bệnh viện và tiêu chuẩn huyết áp mục tiêu sử dụng.

2. Tỉ lệ kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân THA kèm mắc bệnh đái tháo đường

Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo khuyến cáo của JNC 8, tỉ lệ bệnh nhân THA không kèm ĐTD đạt huyết áp mục tiêu là 59,4%, trong đó nhóm dưới 60 tuổi và từ 60 tuổi trở lên là 35,4% và 64,6%; tỉ lệ bệnh nhân có ĐTD và kiểm soát tốt huyết áp là 53,4%, trong đó nhóm dưới 60 tuổi và từ 60 tuổi trở lên là 22,1% và 77,9%. Không có sự khác biệt về tỉ lệ kiểm soát tốt huyết áp giữa 2 nhóm tuổi ở bệnh nhân tăng huyết áp đơn thuần hay kèm ĐTD ($p > 0,05$).

Theo mục tiêu của JNC 8, ở những bệnh nhân trưởng thành (lớn hơn 18 tuổi) có đái tháo đường thì mức huyết áp tâm thu mục tiêu cần đạt < 140mmHg và mức huyết áp tâm trương mục tiêu cần đạt < 90mmHg. Các khuyến cáo của Hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) năm 2016 cũng đồng thuận việc đạt huyết áp mục tiêu như khuyến cáo JNC 8 ở bệnh nhân đái tháo đường có tăng huyết áp. Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thanh Vân năm 2013 tỉ lệ kiểm soát tốt huyết áp theo JNC 7 ở người không ĐTD cao hơn nhiều khi có kèm ĐTD (64,9% và 46,4%) [5]. Tỉ lệ bệnh nhân kiểm soát tốt huyết áp ở nhóm không có đái tháo đường và có đái tháo đường trong

nghiên cứu của chúng tôi thì thấp hơn so với nghiên cứu của Đôn Thị Thanh Thủy năm 2013 đạt 82,0% và 79,3% [3]. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ BN THA có ĐTD đạt mục tiêu huyết áp cao hơn so với nghiên cứu của Trần Công Duy và Châu Ngọc Hoa (2014) theo ESH/ESC (2013) [6] (53,4% so với 39%).

Nhìn chung, tỉ lệ kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân ĐTD dao động tùy theo dân số nghiên cứu và mục tiêu huyết áp. Kiểm soát huyết áp là một trong những yếu tố then chốt để tránh biến chứng mạch máu ở bệnh nhân ĐTD nhưng thực tế, việc kiểm soát này vẫn còn hạn chế. Việc kiểm soát huyết áp phải kết hợp giữa biện pháp không dùng thuốc (điều chỉnh lối sống) và dùng thuốc.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 375 bệnh nhân THA đến khám tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quận 5, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ kiểm soát huyết áp chung theo mục tiêu huyết áp của JNC 8 là 56,8% trong đó bao gồm 30% BN dưới 60 tuổi và 70% BN từ 60 tuổi trở lên.

Tỉ lệ kiểm soát huyết áp ở các phân nhóm: bệnh nhân THA không kèm đái tháo đường là 59,4% trong đó bao gồm 35,4% BN dưới 60 tuổi và 64,6% BN từ 60 tuổi trở lên; bệnh nhân THA kèm đái tháo

đường là 53,4% trong đó bao gồm 22,1% BN dưới 60 tuổi và 77,9% BN từ 60 tuổi trở lên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2014), *Báo cáo tình hình thực hiện dự án giai đoạn 2011-2014 và định hướng thực hiện giai đoạn 2016-2020 (Chương trình mục tiêu Quốc gia phòng chống tăng huyết áp)*, Hà Nội.
2. Trần Công Duy, Châu Ngọc Hoa (2014), "Tỉ lệ kiểm soát huyết áp theo hướng dẫn của ESH/ESC 2013", *Tạp chí Tim mạch học*.
3. Đôn Thị Thanh Thủy, Nguyễn Đức Công (2013), *Nghiên cứu thực trạng điều trị tăng huyết áp nguyên phát tại Bệnh Viện cấp cứu Trưng Vương*, Luận văn Chuyên khoa cấp II, Trường Học Viện Quân Y.
4. Nguyễn Văn Trí, Nguyễn Thế Quyền (2015), "Nguy cơ tim mạch của bệnh nhân tăng huyết áp Việt Nam đang điều trị, sử dụng bằng đánh giá nguy cơ tim mạch 10 năm theo WHO/ISH", *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*.
5. Nguyễn Ngọc Thanh Vân, Châu Ngọc Hoa (2013), "Khảo sát tình hình thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng và tần suất kiểm soát huyết áp trên bệnh nhân tăng huyết áp", *Tạp chí Y học Tp.HCM*, 18(1), tr.145-149.
6. Kearney P. M., Whelton M., Reynolds K. et al. (2005), "Global burden of hypertension: analysis of worldwide data", *Lancet*, 365, (9455), 217-223.
7. Son P.T., Quang N.N., Viet N.L. et al (2012), "Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Viet Nam - results from a national survey", *Journal of Human Hypertension*, 26, 268-280.

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ ACID URIC MÁU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ TẠI KHOA THẬN NHÂN TẠO, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Hoàng Anh Trung*, Đặng Thị Việt Hà**, Nguyễn Hữu Dũng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tỉ lệ tăng acid uric và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 369 bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại Khoa Thận nhân tạo – Bệnh viện Bạch Mai, xét nghiệm nồng độ acid uric trước lọc, có so sánh tìm hiểu một số yếu tố liên quan. **Kết quả và bàn luận:** Nồng độ acid uric trung bình là 558.96 ± 107.97 $\mu\text{mol/l}$. Số bệnh nhân có tăng acid uric chiếm tỉ lệ cao 93.2%. Không thấy mối liên quan giữa nồng độ acid uric máu với tuổi, giới, nguyên nhân suy thận, sử dụng lại quả

lọc, huyết áp và nồng độ albumin máu. Nồng độ acid uric máu có tương quan thuận với thời gian lọc máu ($R=0.11$, $P<0.05$), BMI ($R=0.43$, $P<0.01$), Cholesterol toàn phần ($R=0.31$, $P<0.01$), Triglycerid ($R=0.34$, $P<0.001$), Phospho ($R=0.19$, $P<0.001$), chỉ số Ca x P ($R=0.17$, $P<0.01$), Ferritin ($R=0.23$, $P<0.001$), Ure ($R=0.54$, $P<0.001$) và Creatinin máu ($R=0.41$, $P<0.001$). Nồng độ acid uric có tương quan nghịch với HDL-C máu ($R=-0.38$, $P<0.001$). Nồng độ acid uric ở bệnh nhân không còn bảo tồn nước tiểu cao hơn so với nhóm còn bảo tồn nước tiểu ($OR = 2.65$, $CI\ 95\%: 1.05 - 6.71$, $P<0.05$).

Từ khóa: Suy thận giai đoạn cuối, thận nhân tạo chu kỳ, acid uric máu.

SUMMARY

SURVEY OF SERUM URIC ACID LEVELS AND ITS RELATED FACTORS IN HEMODIALYSIS PATIENTS AT HEMODIALYSIS DEPARTMENT - BACH MAI HOSPITAL

*Bệnh viện Bạch Mai,

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Anh Trung

Email: hoangtrung.dr@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/8/2017

Ngày phản biện khoa học: 25/9/2017

Ngày duyệt bài: 23/10/2017

Object: Research on hyperuricemia rate and some related factors of hemodialysis patients. **Subject and methods:** A cross sectional study using a sample of 369 patients at Hemodialysis Department - Bach Mai Hospital, which performs a pre-dialysis uric acid concentraton test and researchs on some related factors. **Results and conclusion:** Mean serum uric acid level was $558.96 \pm 107.97 \mu\text{mol/l}$. Hyperuricemia ratio is 93.2%, very high. There was no association between serum acid uric concentration with age, gender, causes of renal failure, reuse dialyzer, blood pressure and blood albumin concentration. The serum uric acid level is proportional to the duration of hemodialysis ($R = 0.11$, $P < 0.05$), BMI ($R = 0.43$, $P < 0.01$), Total cholesterol ($R = 0.31$, $P < 0.01$), Triglyceride ($R = 0.34$, $P < 0.001$), Phospho ($R = 0.19$, $P < 0.001$), $\text{Ca} \times \text{P}$ ($R = 0.17$, $P < 0.01$), Ferritin ($R = 0.23$, $P < 0.001$) Ure ($R = 0.54$, $P < 0.001$) and blood Creatinine ($R = 0.41$, $P < 0.001$). Uric acid levels were negatively correlated with HDL-C blood ($R = -0.38$, $P < 0.001$). Uric acid level in patients without residual urine is higher than that of patients with residual urine ($\text{OR} = 2.65$, $\text{CI } 95\%: 1.05 - 6.71$, $P < 0.05$).

Keywords: End Stage Kidney Disease, Undergoing Hemodialysis, Serum acid uric.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Acid uric là sản phẩm cuối cùng của quá trình thoái biến Purine và được đào thải ra ngoài qua thận. Suy thận làm giảm bài xuất acid uric ở ống thận, đặc biệt ở bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ. Lắng đọng acid uric không gây tử vong, nhưng là nguyên nhân đau khớp, ảnh hưởng đến chức năng hệ vận động và chất lượng cuộc sống của bệnh.

Trên thế giới có nhiều đề tài nghiên cứu liên quan đến tăng acid uric ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ, đề cập đến cơ chế bệnh sinh, biến chứng liên quan đến sự lắng đọng acid uric và các biện pháp dự phòng, điều trị. Ở Việt Nam chưa có các nghiên cứu chuyên sâu về acid uric ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu "Nhận xét tỉ lệ tăng acid uric máu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ".

Bảng 3.1 : Đặc điểm về nồng độ acid uric máu

Acid uric máu	Số lượng	Tỉ lệ %
Tăng	344	93.2
Bình thường	25	6.8
Tổng	369	100
Trung bình	558.96 ± 107.97	

Tỉ lệ tăng acid uric trong nghiên cứu rất cao (93.2%), nồng độ trung bình là $558.96 \pm 107.97 \mu\text{mol/l}$. Nhiều nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối, lọc màng bụng cũng cho kết quả tương tự. Nguyễn Thị Hồng Vân nghiên cứu trên 110 bệnh nhân lọc

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** các bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại Khoa Thận nhân tạo - Bệnh viện Bạch Mai, thời gian lọc máu > 3 tháng, không phân biệt tuổi, giới.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- + Các bệnh nhân suy thận mạn do Gout mạn
- + Các bệnh nhân đang mắc các bệnh lý cấp tính, ác tính đòi hỏi phải có chế độ lọc riêng biệt.
- + Không hợp tác tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang
- Lấy xét nghiệm acid uric máu vào thời điểm trước lọc, buổi lọc đầu tiên trong tuần
- **Xử lý số liệu** bằng phần mềm SPSS 12.0, Exel 2010.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 369 bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại Khoa Thận nhân tạo - Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi nhận thấy:

Tuổi trung bình là 49.64 ± 14.31 (năm), chủ yếu gặp ở độ tuổi lao động từ 30 đến 60 tuổi (65.9%). Đó là gánh nặng cho bản thân, gia đình và xã hội. Tỉ lệ nam/nữ xấp xỉ 1/1. Nguyên nhân suy thận chủ yếu là viêm cầu thận mạn (62.3%), tiếp đó viêm thận bể thận mạn (11.1%), đái tháo đường (10%) và nguyên nhân khác chiếm 16.6%. Thời gian lọc máu trung bình 6.13 ± 4.31 năm. Đa số các bệnh nhân sử dụng lại quả lọc (94.9%).

BMI trung bình là $19.94 \pm 2.64 \text{ kg/m}^2$, không có sự khác biệt giữa 2 giới. Bệnh nhân có nước tiểu tồn dư ($\geq 500\text{ml}/24\text{h}$) chiếm tỉ lệ rất thấp (13.8%). Tăng huyết áp chiếm 76.2%. Nồng độ hemoglobin trung bình là $109.55 \pm 20.73 \text{ g/L}$, thiếu máu chiếm 75.6%, đa phần là thiếu máu nhẹ (52.6%), thiếu máu nặng, rất nặng chỉ chiếm 5.1%.

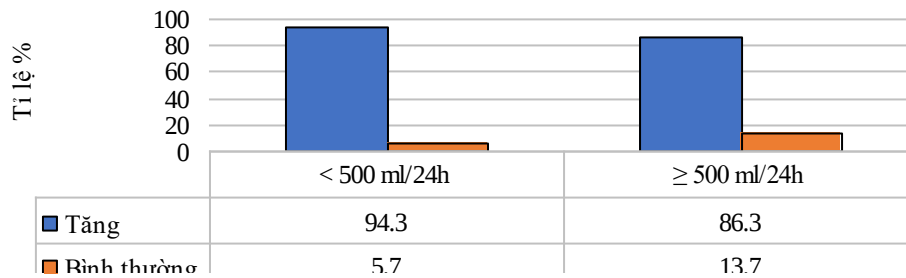
màng bụng cho kết quả nồng độ acid uric máu là $406,5 \pm 79,4 \mu\text{mol/l}$ [2], còn Xía X. nghiên cứu trên 985 bệnh nhân ở Trung Quốc cho thấy nồng độ acid uric máu là $416,4 \pm 77,3 \mu\text{mol/l}$ [3]. Trên đối tượng suy thận mạn chưa lọc máu, nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền cho thấy nồng độ

acid uric máu trung bình ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn IV là $549,2 \pm 84,7 \mu\text{mol/l}$; giai đoạn V là $653,4 \pm 98,34 \mu\text{mol/l}$; cao hơn nhiều so với kết quả của chúng tôi [4]. Weiner D. E. và cs. nghiên cứu trên 13380 đối tượng có chức năng thận bình thường, kết quả nồng độ acid uric máu trung bình thấp hơn so với kết quả của chúng tôi ($350,9 \pm 89,2 \mu\text{mol/l}$) [5].

Như vậy suy giảm chức năng thận, giảm đào thải acid uric qua thận là lý do làm tăng acid uric

máu ở bệnh nhân suy thận mạn so với người bình thường. Lọc máu đã cải thiện một phần tình trạng tăng acid uric ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ.

Khi tìm hiểu các yếu tố liên quan, chúng tôi thấy không có sự khác biệt về nồng độ acid uric ở các nhóm tuổi, giới tính, giữa tăng huyết áp và không tăng, giữa các nguyên nhân suy thận mạn, giữa các nhóm sử dụng lại quả lọc và nồng độ albumin máu ($P > 0.05$).

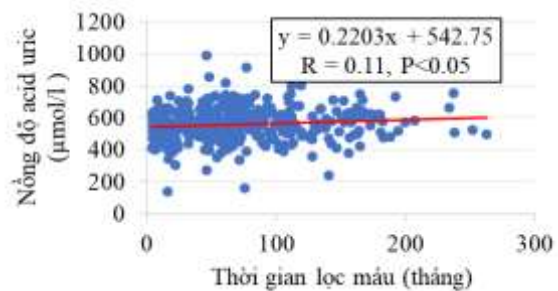


Biểu đồ 3.1: Liên quan giữa nồng độ acid uric và lượng nước tiểu tồn dư

Chức năng thận tồn dư được đề cập rất nhiều ở bệnh nhân lọc màng bụng do tác động đến tỉ lệ tử vong và chất lượng cuộc sống của các bệnh nhân này, gần đây bắt đầu chú ý đến các bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ. Chức năng thận tồn dư có thể tồn tại nhiều tháng hoặc nhiều năm, bổ sung đào thải các chất hoà tan và một số chức năng thận khác cho bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ. Lượng nước tiểu phản ánh gián tiếp chức năng thận tồn dư. Khối lượng nước tiểu được sản xuất mỗi ngày cho phép ăn nhiều chất lỏng hơn, giảm sự biến động khối lượng cơ thể giữa 2 kỳ lọc, tránh quá tải nước, tăng huyết áp, và suy tim tiến triển. Các nghiên cứu gần đây cho thấy lọc máu bằng các màng hoà hợp sinh học cao, thay thế dịch lọc acetat bằng dịch bicarbonat, nước lọc siêu sạch, lọc máu đủ liều giúp duy trì chức năng thận tồn dư [6]. Ở thận, acid uric ban đầu được lọc và bài tiết thêm dưới dạng urat. Tuy nhiên, phần lớn (90%) thường được tái hấp thu trở về máu. Chức năng thận tồn dư một phần nào giúp đào thải acid uric qua đường niệu. Chúng tôi cũng nhận thấy acid uric tăng chiếm tỉ lệ cao hơn ở nhóm không bảo tồn nước tiểu (OR = 2.65, CI 95%: 1.05 – 6.71, $P < 0.05$), phù hợp với giả thiết trên.

Nghiên cứu của Hayato Nashida (2016) trên 178 bệnh nhân nam trên 20 tuổi lọc máu chu kỳ ở 13 trung tâm lọc máu ở Yamagata Nhật Bản, chia làm 2 nhóm, nhóm I có 128 bệnh nhân lọc máu dưới 10 năm, nhóm II có 50 bệnh nhân lọc máu trên 10 năm. Kết quả cho thấy tỉ lệ tăng

acid uric ở nhóm I cao hơn II (29% so với 10%, $P = 0.01$). Nghiên cứu này cũng cho thấy chỉ số khối BMI, tình trạng đái tháo đường và suy giảm chức năng gan cũng cải thiện ở nhóm II so với nhóm I ($P < 0.05$), các bệnh lý như tăng huyết áp, bệnh lý tim mạch, bệnh lý mạch máu não, tăng lipid máu không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Nghiên cứu của chúng tôi có tương quan giữa nồng độ acid uric và thời gian lọc máu, tuy nhiên mức độ cũng rất yếu ($R = 0.11$).



Biểu đồ 3.2: Liên quan giữa nồng độ acid uric và thời gian lọc máu

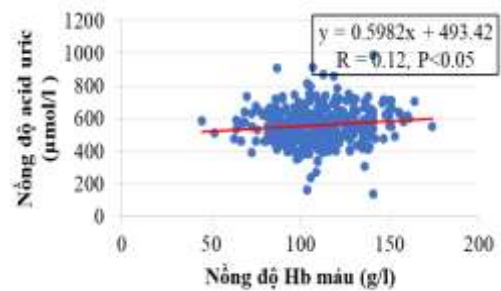
Các bệnh nhân lọc máu lâu năm thường tuân thủ điều trị tốt hơn, có lối sống và chế độ dinh dưỡng nghiêm ngặt, kết hợp với lọc máu đầy đủ, thậm chí sử dụng thêm các phương thức lọc máu tân tiến với quả lọc có hệ số siêu lọc cao như HDF – Online, lọc máu hấp phụ kết hợp,... Đó là yếu tố giảm thiểu các tình trạng bệnh lý đi kèm, phòng ngừa các biến chứng của lọc máu lâu năm, giảm thiểu nguy cơ tăng acid uric.

Bảng 3.2: Liên quan giữa nồng độ acid uric và chỉ số khối BMI, Lipid máu, Calci, Phospho máu

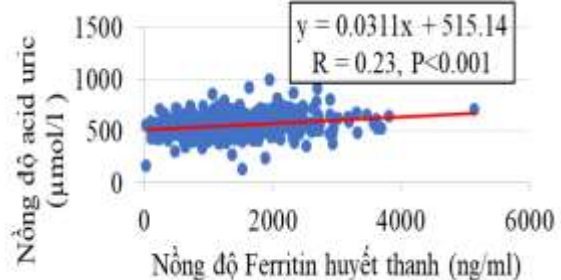
Hồi quy tuyến tính	Phương trình	R	P
BMI	$y = 5.8059x + 443.19$	0.43	< 0.01
Cholesterol	$y = 18.262x + 485.05$	0.31	< 0.01
Triglycerid	$y = 14.401x + 528.4$	0.34	< 0.001
LDL		0.09	> 0.05
HDL	$y = -85.948x + 647.43$	-0.38	< 0.001
Phospho	$y = 37.979x + 492.901$	0.19	< 0.001
Ca x P	$y = 13.457x + 507.066$	0.17	< 0.01

Nhiều nghiên cứu cho thấy nồng độ acid uric liên quan đến hội chứng chuyển hoá (thừa cân béo phì, rối loạn lipid máu, rối loạn calci, phospho, ...). Nhóm BMI bình thường có nguy cơ tăng acid uric máu gấp 1,558 lần so với nhóm gầy ($p = 0,001$; 95%CI: 1,193 - 2,035); nhóm thừa cân có nguy cơ tăng acid uric máu gấp 2,98 lần nhóm gầy ($p < 0,001$; 95%CI: 2,292 - 3,874) và nhóm béo phì có nguy cơ tăng acid uric máu gấp 5,968 lần nhóm gầy ($p < 0,001$; 95%CI: 4,571 - 7,792). Nghiên cứu này cũng cho thấy nồng độ acid uric máu liên quan thuận, mức độ yếu với nồng độ cholesterol ($r = 0,106$; $p < 0,001$), triglyceride ($r = 0,32$; $p < 0,001$), LDL-C ($r = 0,11$; $p < 0,001$) và liên quan nghịch, mức độ yếu với HDL-C ($r = -0,318$; $p < 0,001$). Nghiên cứu còn cho thấy mối liên quan giữa acid uric với Phospho ($R = 0.24$, $P = 0.001$) và chỉ số Calci x Phospho ($R = 0.21$, $P = 0.001$) và hiệu quả sụt giảm nồng độ acid uric khi điều trị các bệnh nhân bằng Phosphate-binder và Vitamin D. Jay P Garg cũng nhận thấy hiệu quả làm giảm acid uric bằng Sevelamer và các thuốc hấp phospho chứa calci trên bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ và Sevelamer tỏ ra ưu việt hơn thuốc hấp phospho chứa calci (-0.64 mg/dl so với -0.26 mg / dl, $P = 0.03$).

Kiểm soát cân khô tốt, duy trì BMI chuẩn, điều trị các rối loạn lipid máu, rối loạn canxi - phospho giúp cải thiện tình trạng tăng acid uric ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ.

**Biểu đồ 3.3: Liên quan giữa nồng độ acid uric máu và Hemoglobin**

Wang H. và cộng sự nghiên cứu trên người khỏe mạnh cho thấy nồng độ acid uric máu tương quan thuận với nồng độ hemoglobin ($r = 0,388$; $p < 0,001$). Kim T. H. nghiên cứu trên 699 bệnh nhân đái tháo đường type 2 mặc dù thấy tương quan thuận với $p < 0,05$ nhưng $r = 0,084$ (rất yếu). Eghlim Nemati nghiên cứu trên bệnh nhân lọc máu chu kỳ cho thấy nồng độ acid uric có tương quan thuận với hemoglobin ($R = 0.29$, $P < 0.01$) [7]. Như vậy, kiểm soát tốt thiếu máu, duy trì hemoglobin trong mục tiêu điều trị (100-120 g/l) cũng làm giảm nồng độ acid uric.

**Biểu đồ 3.4: Liên quan giữa nồng độ acid uric và Ferritin máu**

Ferritin là protein dự trữ sắt huyết thanh. Sự tăng ferritin liên quan đến số lần truyền máu ($R = 0.74$, $P = 0.0001$) và sắt huyết thanh ($R = 0.32$, $P = 0.04$) ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ. Ferritin có thể tăng không phụ thuộc vào sắt huyết thanh mà liên quan đến tình trạng viêm nhiễm. Nghiên cứu của Kamyar Kalantar – Zadeh trên 82 bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ cho thấy có mối tương quan với protein phản ứng C (CRP), đến tình trạng viêm ($P < 0.01$). Mohamed E. Suliman nghiên cứu trên 294 bắt đầu điều trị thay thế thận cho thấy Acid uric có tương quan thuận với tình trạng viêm (CRP) với $R = 0.15$, $P < 0.05$. Do đó ferritin và Acid uric có mối liên quan với nhau. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy nồng độ acid uric máu có tương quan thuận với ferritin máu ($R = 0.23$,

P<0.001). Nồng độ ferritin càng tăng, nồng độ acid uric máu càng cao.

Bảng 3.3: Liên quan giữa nồng độ acid uric và Ure, Creatinin máu

Hồi quy tuyến tính	Phương trình	R	P
Ure	$y = 5.4227x + 411.09$	0.54	< 0.001
Creatinin	$y = 0.1461x + 406.34$	0.41	< 0.01

Nguyên nhân chính gây tăng ure, creatinin trong máu là do kém đào thải qua thận hơn là do sản xuất quá mức. Mặt khác, ure, creatinin và acid uric đều là phân tử nhỏ và được lọc qua màng bán thấm theo cơ chế khuếch tán. Do đó 3 chất này có mối liên quan với nhau. Wang H. nghiên cứu trên người khỏe mạnh cho thấy có mối liên quan thuận, khá chặt giữa nồng độ acid uric máu với nồng độ creatinin máu ($R = 0,547$; $p < 0,001$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy mối tương quan với nồng độ ure ($R=0.54$, $P<0.001$) và creatinin máu ($R=0.41$, $P<0.001$). Đánh giá hiệu quả lọc máu qua độ thanh thải ure và creatinin cũng phản ánh khả năng đào thải acid uric trong buổi lọc.

IV. KẾT LUẬN

- Nồng độ acid uric trung bình ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ là $558.96 \pm 107.97 \mu\text{mol/l}$. Số bệnh nhân có tăng acid uric chiếm tỉ lệ cao 93.2%.
- Không thấy mối liên quan giữa nồng độ acid uric máu với tuổi, giới, nguyên nhân suy thận, sử dụng lại quả lọc, huyết áp, nồng độ albumin máu.
- Nồng độ acid uric máu có tương quan thuận mức độ yếu với thời gian lọc máu ($R=0.11$, $P<0.05$).

- Nồng độ acid uric ở bệnh nhân không còn bảo tồn nước tiểu cao hơn so với nhóm còn bảo tồn nước tiểu ($OR = 2.65$, $CI\ 95\%: 1.05 - 6.71$, $P<0.05$).

- Nồng độ acid uric máu có tương quan thuận mức độ vừa với BMI ($R=0.43$, $P<0.01$), với Cholesterol toàn phần ($R=0.31$, $P<0.01$), với Triglycerid ($R=0.34$, $P<0.001$) và tương quan nghịch mức độ vừa với HDL-C ($R=-0.38$, $P<0.001$).

- Nồng độ acid uric máu có tương quan thuận mức độ yếu với Phospho ($R=0.19$, $P<0.001$), chỉ số $Ca \times P$ (0.17 , $P<0.01$), Ferritin ($R=0.23$, $P<0.001$).

- Nồng độ acid uric máu có mối tương quan thuận mức độ chặt với Ure ($R=0.54$, $P<0.001$) và Creatinin máu ($R=0.41$, $P<0.001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **N. H. Dũng**, "Nghiên cứu biến đổi nồng độ beta2-Microglobulin ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ", *Luận án tiến sĩ*, Học viện Quân Y, 2014.
2. **N. T. H. Vân**, "Khảo sát rối loạn nồng độ uric máu ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú" *Luận văn thạc sĩ y học*, 2015
3. **Xia X., He F., Wu X., et al**, "Relationship between serum uric acid and all-cause and cardiovascular mortality in patients treated with peritoneal dialysis" *Am J Kidney Dis*, vol. 64(2), pp. 257-64, 2014.
4. **N. T. Huyền**, "Nghiên cứu nồng độ beta2 microglobulin huyết thanh và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân suy thận mạn vừa và nặng" *Luận văn BSNTBV*, 2008.
5. **Weiner D.E, Tighiouart H., Elsayed E.F., et al**, "Uric acid and incident kidney disease in the community", *J Am Soc Nephrol*, vol. 19(6), pp. 1204-11, 2008.
6. **KDIGO 2006 Updates**, "Guideline 6. preservation of residual kidney function"
7. **Eghlim Nemati, et al**, "The relationship between dialysis adequacy and serum uric acid in dialysis patients; a cross-sectional multi-center study in Iranian hemodialysis centers" *J Renal Inj Prev*, vol. 6(2), p. 142-147, 2017

GIÁ TRỊ CỦA IL-6, IL-10 TRONG TIỀN LƯỢNG SUY ĐA TẠNG Ở BỆNH NHÂN ĐA CHẤN THƯƠNG

Nguyễn Trường Giang*, Nguyễn Trung Kiên*,
Mai Văn Bầy*, Tô Vũ Khương*, Vũ Xuân Nghĩa*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát sự thay đổi nồng độ và giá trị của interleukin-6 (IL-6), interleukin-10 (IL-10) trong

tiền lượng suy đa tạng ở bệnh nhân đa chấn thương.

Phương pháp: Lựa chọn bệnh nhân đa chấn thương với ISS ≥ 18 . Định lượng IL-6, IL-10 tại thời điểm khi vào viện, 6, 12, 24, 48 và 72 giờ sau chấn thương, chẩn đoán suy đa tạng theo bảng điểm suy đa tạng, so sánh nồng độ IL-6, IL-10 ở từng nhóm và xác định giá trị tiên lượng. **Kết quả:** ISS trung bình: 34,25. IL-6 tăng sớm và ổn định tại các thời điểm với nồng độ cao nhất là 64,6ng/L. IL-10 tăng dần đạt đỉnh tại thời điểm 72 giờ với nồng độ trung bình là 246,2ng/L. IL-6 nhóm suy đa tạng cao hơn nhóm không có suy đa tạng ($p < 0,05$), ngược lại, IL-10 nhóm suy đa tạng

**Học viện Quân y*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trường Giang

Email: truonggiang.dr@gmail.com

Ngày nhận bài:: 28/8/2017

Ngày phản biện khoa học: 1/10/2017

Ngày duyệt bài: 23/10/2017

thấp hơn nhóm không có suy đa tạng ($p < 0,05$). IL-6 tại thời điểm vào viện, 6 giờ, 12 giờ, 48 giờ sau chấn thương có giá trị tiên lượng suy đa tạng, tuy nhiên hiệu lực tiên lượng không cao. IL-10 tại các thời điểm không có giá trị tiên lượng ($ROC < 0,7$). **Kết luận:** IL-6 và IL-10 tăng rất sớm và liên quan với độ nặng. Nồng độ IL-6 có giá trị tiên lượng suy đa tạng ở bệnh nhân đa chấn thương.

Từ khóa: Interleukin-6, interleukin-10, đa chấn thương

SUMMARY

PROGNOSTIC VALUE OF SERUM IL-6 AND IL-10 LEVEL IN POLYTRAUMA PATIENTS

Objectives: To investigate the dynamic changes of serum IL-6 and IL-10 level in prognostic for polytrauma patients. **Methods:** Polytrauma patients with ISS ≥ 18 were selected for the study. The level of IL-6, IL-10 were determined when admitted to the hospital and at 6, 12, 24, 48 and 72 hours after injury. Multiple organ failure was diagnostic by Multiple Organ Dysfunction Score and compared serum IL-6, IL-10 level between subgroups, then determined prognostic value. **Results:** Mean of ISS score was 34.25. Serum IL-6 level elevated early and got stable with the highest value 64.6ng/L. IL-10 gradually increased and reached the highest value 246.2ng/L. IL-6 in multiple organ failure group was higher than its in non-multiple organ failure group, $p < 0.05$. In contrast, IL-10 in multiple organ failure was lower than non-multiple organ failure, $p < 0.05$. The serum level of IL-6 at 6, 12, 48 hours after injury had a prognostic value in multiple organ failure but not significant prognostic meaning. IL-10 had no prognostic value ($ROC < 0.7$). **Conclusion:** The serum level of IL-6 and IL-10 elevated early and associated with injury severity. IL-6 had a prognostic value in polytrauma patients.

Key words: Interleukin-6, interleukin-10, polytrauma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương là nguyên nhân chủ yếu gây tử vong trên toàn thế giới và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở nhóm tuổi dưới 40. Nguyên nhân tử vong sớm của chấn thương trong những giờ đầu là do tổn thương tạng trầm trọng và sốc mất máu, trong khi đó nguyên nhân của những tử vong sau đó chủ yếu là do những biến chứng nhiễm khuẩn huyết, suy hô hấp tiến triển (ARDS) và đặc biệt là suy đa tạng. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong cấp cứu và điều trị, tỷ lệ tử vong do suy đa tạng sau chấn thương nặng vẫn rất cao. Vấn đề rất quan trọng là tiên lượng sớm những bệnh nhân có nguy cơ cao của biến chứng suy đa tạng sau chấn thương nặng.

Đến nay, đã có những nghiên cứu thực nghiệm và lâm sàng xác định những yếu tố nguy

cơ và có giá trị tiên lượng suy đa tạng ở bệnh nhân chấn thương, trong đó có các cytokin. Tuy nhiên, kết quả của các nghiên cứu vẫn còn nhiều khác biệt và còn nhiều vấn đề chưa được làm sáng tỏ. *Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm xác định giá trị của IL-6, IL-10 huyết thanh trong tiên lượng suy đa tạng ở bệnh nhân đa chấn thương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 60 bệnh nhân đa chấn thương cấp cứu và điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1/2016 đến 12/2017.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:*

+ Đa chấn thương chẩn đoán theo định nghĩa của của Patel A (1971) và Trentz O (2000): là những bệnh nhân có từ hai tổn thương nặng trở lên ở các vùng hoặc hệ thống cơ quan (điểm ISS ≥ 18), trong đó có ít nhất một tổn thương làm rối loạn các chức phận sống.

- *Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:*

+ Bệnh nhân đã được điều trị thực thụ ở bệnh viện khác trước khi đến viện.

+ Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng trước khi bị thương.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu, mô tả loạt ca.

- Đánh giá độ nặng của bệnh nhân bằng điểm độ nặng tổn thương Injury Severity Score (ISS):

+ Chẩn đoán mức độ tổn thương tạng bằng chụp cắt lớp vi tính, siêu âm hoặc trong mổ.

+ Đánh giá mức độ tổn thương từng vùng bằng bảng điểm tổn thương rút gọn (Abbreviated Injury Scale-AIS).

+ Tính điểm ISS (theo Baker SP và cs, 1974).

- Chẩn đoán suy đa tạng theo bảng điểm suy đa tạng (Multiple Organ Dysfunction Score) của Marshall và cộng sự dựa trên các chỉ số: tỷ lệ PO_2/FiO_2 ; creatinine; bilirubin; chỉ số sốc; số lượng tiểu cầu và điểm Glasgow. Chẩn đoán suy đa tạng khi điểm > 12 trong tối thiểu 2 ngày.

- Xét nghiệm IL-6 và IL-10:

+ Thời điểm: khi vào viện (T0), 6 giờ (T1), 12 giờ (T2), 24 giờ (T3), 48 giờ (T4), 72 giờ sau chấn thương (T5).

+ Phương pháp: xét nghiệm bằng bộ kit của hãng AviBion-Organium, Phần Lan và đọc kết quả ELISA bằng máy BECKMAN-COULTER-DTX 880 của Hoa Kỳ tại Trung tâm Nghiên cứu Y Dược Quân sự Học viện Quân y.

- *Xử lý số liệu* bằng chương trình SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

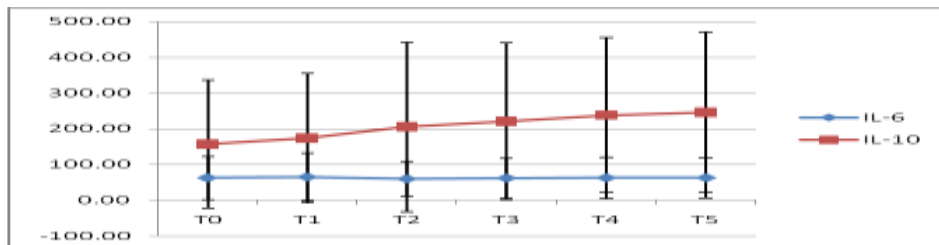
	Tổng số (n = 60)	Suy đa tạng	Không suy đa tạng
--	------------------	-------------	-------------------

		(n=14)	(n = 46)
Tuổi (năm):	36,6 ± 16,53	33,36 ± 14,93	37,63 ± 17,01
Giới (nam/nữ):	50/10	10/4	40/6
Thời gian đến viện (giờ):	4,33 ± 5,59	3,43 ± 2,24	4,61 ± 6,26
ISS:	34,25 ± 12,08	44,71±15,87	31,07±8,61
Số vùng tổn thương:			
2 vùng:	24 (40%)	6 (42,9%)	18 (39,1%)
3 vùng :	27 (45%)	7 (50%)	20 (43,5%)
4 vùng:	09 (15%)	1 (7,1%)	8 (17,4%)

2. Sự thay đổi nồng độ IL-6 và IL-10

IL-6 tăng sớm và ổn định tại các thời điểm 6 đến 72 giờ sau chấn thương với nồng độ cao nhất là 64,6ng/L. IL-10 tăng dần đạt đỉnh tại thời điểm 72 giờ sau chấn thương với nồng độ trung bình là 246,2ng/L, tuy nhiên mức tăng IL-10 chỉ rõ rệt ở nhóm không suy đa tạng.

Nồng độ IL-6 nhóm suy đa tạng cao hơn nhóm không có suy đa tạng, trong đó IL-6 tại thời điểm vào viện, 6 và 12 giờ sau chấn thương khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ngược lại, nồng độ IL-10 nhóm suy đa tạng thấp hơn nhóm không có suy đa tạng, trong đó IL-10 tại thời điểm từ 6 đến 72 giờ sau chấn thương khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



Biểu đồ 1. Nồng độ IL-6, IL-10 tại các thời điểm

Bảng 1. Nồng độ IL-6 tại các thời điểm ở các nhóm bệnh nhân (ng/L)

Thời điểm	Suy đa tạng	Không suy đa tạng	p
T0	95,15 ± 38,32	52,39 ± 62,51	$p < 0,05$
T1	92,39 ± 39,87	56,18 ± 71,10	$p < 0,05$
T2	90,86 ± 39,06	49,82 ± 47,33	$p < 0,05$
T3	80,01 ± 44,71	56,09 ± 56,97	$p > 0,05$
T4	81,78 ± 44,02	56,66 ± 60,12	$p > 0,05$
T5	80,42 ± 47,50	57,03 ± 57,27	$p > 0,05$

Bảng 2. Nồng độ IL-10 tại các thời điểm ở các nhóm bệnh nhân (ng/L)

Thời điểm	Suy đa tạng	Không suy đa tạng	p
T0	122,69 ± 97,35	167,03 ± 197,35	$p > 0,05$
T1	110,53 ± 51,46	193,20 ± 200,64	$p < 0,05$
T2	145,95 ± 110,39	223,30 ± 261,73	$p < 0,05$
T3	119,35 ± 42,49	251,73 ± 241,07	$p < 0,05$
T4	158,34 ± 98,44	262,58 ± 237,15	$p < 0,05$
T5	170,68 ± 91,59	269,23 ± 247,70	$p < 0,05$

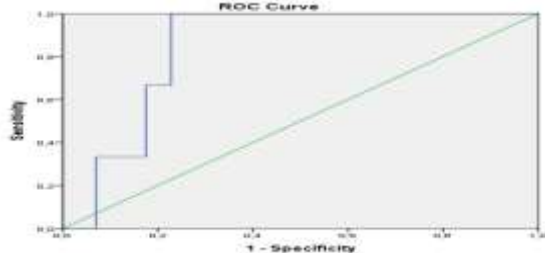
3. Giá trị tiên lượng suy đa tạng của IL-6 và IL-10: IL-6 tại thời điểm vào viện, 6 giờ, 12 giờ, 48 giờ sau chấn thương có giá trị tiên lượng suy đa tạng, tuy nhiên hiệu lực tiên lượng không cao. IL-10 tại các thời điểm không có giá trị tiên lượng ($ROC < 0,7$).

Bảng 3. Giá trị tiên lượng suy đa tạng của IL-6 tại các thời điểm

Thời điểm	ROC	Sn	Sp	p
T0	0,787	0,857	0,826	0,001
T1	0,772	0,857	0,717	0,002
T2	0,783	0,857	0,783	0,001
T3	0,668	0,786	0,652	0,059
T4	0,716	0,714	0,717	0,015
T5	0,688	0,643	0,826	0,034

Bảng 4. Giá trị tiên lượng suy đa tạng của IL-10 tại các thời điểm

Thời điểm	ROC	Sn	Sp	p
T0	0,390	0,786	0,261	0,215
T1	0,320	0,143	0,543	0,043
T2	0,394	0,286	0,761	0,235
T3	0,268	1	0,022	0,009
T4	0,343	0,429	0,261	0,078
T5	0,387	0,429	0,609	0,202

**Biểu đồ 2.** Đường cong ROC của IL-6 tại thời điểm T0 trong tiên lượng suy đa tạng

IV. BÀN LUẬN

Các cytokine đóng vai trò then chốt trong phản ứng viêm và phản ứng kháng viêm. IL-6 là một cytokine tiền viêm được tạo ra bởi nhiều loại tế bào, gồm bạch cầu trung tính, lympho T và B và tế bào nội mạc. Sự giải phóng IL-6 được kích thích bởi nhiều trung gian hóa học, trong đó có TNF α và IL-1 β khi tổ chức bị tổn thương và nhiễm khuẩn. Theo nhiều nghiên cứu đã công bố, IL-6 tăng cao ngay sau chấn thương, giảm nhanh trong 3 ngày và tăng trở lại khi có tác động thứ phát của các biến chứng hoặc phẫu thuật. IL-10 hoạt hóa sẽ gây giảm sản xuất cytokin của lympho T hỗ trợ, giảm trình diện kháng nguyên của đại thực bào sau đó là sự phát triển của lympho T và ức chế chức năng của tế bào đơn nhân. Điều đó làm cho IL-10 là trung gian hóa học quan trọng nhất trong đáp ứng miễn dịch kháng viêm và tương quan giữa IL-10 với IL-6 có ý nghĩa quan trọng đối với diễn biến của người bệnh.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, IL-6 và IL-10 tăng rất sớm sau chấn thương, IL-6 đạt đỉnh tại thời điểm 6 giờ sau chấn thương với nồng độ trung bình 64,6ng/L, IL-10 tăng dần và đạt đỉnh ở ngày thứ 3 với nồng độ trung bình 246,2ng/L. Mức tăng IL-6 cao hơn ở nhóm suy đa tạng so với nhóm không suy đa tạng, khác biệt có ý nghĩa thống kê tại thời điểm vào viện, 6 và 12 giờ sau chấn thương. Ngược lại IL-10 ở nhóm suy đa tạng không tăng và luôn thấp hơn so với nhóm không suy đa tạng.

Về giá trị tiên lượng của IL-6: Kết quả cho thấy, biến chứng suy đa tạng liên quan chặt chẽ với độ nặng và số vùng tổn thương, điểm ISS nhóm suy đa tạng cao hơn hẳn nhóm không có biến chứng. Mức tăng IL-6 có liên quan chặt chẽ với độ nặng tổn thương, mức độ sốc, mức độ tổn thương mô và rối loạn chức năng các cơ quan. Do vậy, IL-6 có liên quan chặt chẽ với rối loạn chức năng các tạng và suy đa tạng, đặc biệt là suy đa tạng sớm. Các nghiên cứu trước đây đều cho rằng, IL-6 tăng sớm và có giá trị tiên lượng suy đa tạng ở bệnh nhân đa chấn thương. Nghiên cứu giá trị của IL-6, IL-10 trong tiên lượng suy đa tạng ở bệnh nhân đa chấn thương trên 54 bệnh nhân với ISS > 16, Heber và cộng sự cho thấy, IL-6 tăng cao nhất đạt 177,4pg/ml (trung bình 47,3pg/ml), IL-10 tăng cao nhất đạt 340,7pg/ml (trung bình 83,7pg/ml). Ở nhóm tử vong nếu IL-6 tăng dưới 50pg/ml thì IL-10 sẽ tăng, nếu IL-6 tăng trên 50pg/ml thì IL-10 sẽ giảm. Tác giả kết luận, nồng độ IL-6, IL-10 liên quan với biến chứng suy đa tạng và tử vong ở bệnh nhân đa chấn thương, điểm cắt tiên lượng là 50pg/ml với IL-6 và ISS $\geq$ 30. Nồng độ IL-10 không có giá trị tiên lượng và phụ thuộc mức tăng của IL-6 [2].

Về giá trị tiên lượng của IL-10: Cũng đã có nhiều nghiên cứu về IL-10 sau chấn thương, tuy nhiên vẫn còn nhiều ý kiến khác nhau về vai trò, giá trị tiên lượng của IL-10. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt rất rõ rệt về sự thay đổi IL-10 giữa nhóm có suy đa tạng và không suy đa tạng. Với những bệnh nhân suy đa tạng, IL-10 tăng ít hơn và giữ ổn định trong suốt 3 ngày đầu sau chấn thương. Ngược lại, ở nhóm không suy đa tạng, IL-10 tăng cao hơn và tiếp tục tăng dần theo từng thời điểm. Tuy nhiên, phân tích kết quả cho thấy IL-10 không có giá trị tiên lượng suy đa tạng. Nhận xét trên cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Michael và cộng sự trên 143 bệnh nhân đa chấn thương có điểm ISS trung bình 25,1 thấy rằng, các cytokin IL-6, IL-8, IL-10 và IL-1 β tăng sau chấn thương và có liên quan với biến chứng suy đa tạng, nhưng chỉ có IL-6 có giá trị tiên lượng với ROC là 0,87, độ chính xác 84,7% [5]. Tương tự, nghiên cứu của Spielmann và cộng sự với 47 bệnh nhân cũng cho thấy IL-10 không có giá trị tiên lượng suy đa tạng. Maier và cộng sự khảo sát trên 251 bệnh nhân chấn thương cũng thấy IL-10 không có giá trị tiên lượng suy đa tạng với ROC là 0,60 [4].

Tuy nhiên, cũng có những nghiên cứu cho thấy IL-10 có giá trị trong tiên lượng suy đa tạng

sau chấn thương, như là nghiên cứu của Sousa và cộng sự trên 99 bệnh nhân có 34% suy đa tạng thấy rằng cả IL-6 và IL-10 có giá trị tiên lượng với điểm cắt IL-10 > 4,93pg/mL tại thời điểm 24 và 72 giờ sau chấn thương với ROC là 0,7 so với ROC của IL-6 là 0,76 [6]. Jastrow và cộng sự trên 48 bệnh nhân 23% suy đa tạng, IL-10 có giá trị tiên lượng, điểm cắt > 38,6pg/mL, ROC 0,776, độ nhạy 71%, dự báo dương tính 77% [3].

Một điểm đáng chú ý là một số nghiên cứu đã chứng minh sự tương quan giữa IL-10 và IL-6 có vai trò quan trọng trong tiên lượng suy đa tạng sau chấn thương. Heber và cộng sự cho rằng, tỷ lệ IL-6/IL-10 tăng chứng tỏ phản ứng viêm quá mức và dễ dẫn đến biến chứng suy đa tạng, ngược lại tỷ lệ IL-6/IL-10 giảm phản ánh đáp ứng kháng viêm bù quá mức, hậu quả là tình trạng suy giảm miễn dịch và dễ có biến chứng nhiễm khuẩn [2]. Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi cho rằng, những bệnh nhân có IL-6 tăng cao và IL-10 ở mức thấp sẽ có nguy cơ cao của suy đa tạng.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ IL-6 và IL-10 tăng rất sớm và liên quan với độ nặng ở bệnh nhân đa chấn thương. Nồng độ IL-6 tại thời điểm vào viện, 6 và 12 giờ sau chấn thương cao hơn ở nhóm có suy đa tạng so với nhóm không có suy đa tạng. Ngược lại, nồng độ IL-10 ở nhóm suy đa tạng luôn thấp hơn so với nhóm không suy đa tạng.

Nồng độ IL-6 tại thời điểm vào viện, 6 giờ, 12 giờ, 48 giờ sau chấn thương có giá trị tiên lượng

suy đa tạng ở bệnh nhân đa chấn thương. Bước đầu nhận thấy tương quan giữa nồng độ IL-6 và IL-10 có liên quan với biến chứng suy đa tạng ở bệnh nhân đa chấn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cuschieri J., Bulger E., Schaeffer V., et al., Early elevation in random plasma IL-6 after severe injury is associated with development of organ failure, Shock, 2010, 34, 346-351.
2. Heber B.S., Idrus P., Irawan J., et al., Pattern of cytokine (IL-6 and IL-10) level as inflammation and anti-inflammation mediator of multiple organ dysfunction syndrome (MODS) in polytrauma, Int. J. Burn Trauma, 2016, 6(2), 37-43.
3. Jastrow K.M., Gonzalez E.A., McGuire M.F., et al., Early cytokine production risk stratifies trauma patients for multiple organ failure, J. Am Coll. Surg., 2009, 209, 320-331.
4. Maier B., Lefering R., Lehnert M., et al., Early versus late onset of multiple organ failure is associated with differing patterns of plasma cytokine biomarker expression and outcome after severe trauma, Shock, 2007, 28, 668-674.
5. Michael F., Martijn van G., Philipp K., et al., IL-6 predicts organ dysfunction and mortality in patients with multiple injuries, Scand. J. of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 2009, 17:49
6. Sousa A., Raposo F., Fonseca S., et al., Measurement of cytokines and adhesion molecules in the first 72 hours after severe trauma: association with severity and outcome, Dis Markers, 2015, e747036.
7. Zeljko L., Mirjana L., Jasna T-S., et al., Predicting multiple organ failure in patients with severe trauma, Can. J. Surg., 2008, 51(2), 97-102.

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ NHIỄM HBV, HCV Ở NGƯỜI NGHIỆN CHÍCH MA TÚY TRONG CÁC TRUNG TÂM CẢI NGHIỆN TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Phạm Hữu Quốc*, Trần Việt Tú**, Nguyễn Tấn Bình**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu tỷ lệ nhiễm HBV, HCV và genotype ở người NCMT trong các trung tâm cai nghiện trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh. **Phương pháp:** nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang. 986 đối tượng NCMT đang cai nghiện tập trung tại các trung tâm của Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** 55,8% anti - HCV dương tính, 12,2% HBsAg dương tính,

4,5% đồng nhiễm HCV và HBV. Trong số HBsAg dương tính: 36,7% có HBV - DNA dương tính; 59,1% trường hợp là genotyp C; 40,9% genotyp B. **Trong số anti - HCV dương tính:** 33,6% có HCV - RNA dương tính; 57,3% HCV - RNA âm tính; 9,1% không xác định. 68,6% trường hợp là genotyp 6; 25,5% genotyp 1; 5,9% mang cả genotyp 1 và 6. Trong số đồng nhiễm HBV và HCV: 47,7% đồng thời HBV - DNA và HCV - RNA dương tính. **Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C ở người NCMT cao hơn so với tỷ lệ trung bình của quần thể, trong khi đó tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B ở người NCMT là tương đương với tỷ lệ mắc của quần thể.

Từ khóa: Vi rút viêm gan C, vi rút viêm gan B, nghiện chích ma túy

SUMMARY

*Bệnh viện Quận Gò Vấp Tp. Hồ Chí Minh

**Sở Y tế Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Quốc

Email: dr.quoc68@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.10.2017

Ngày duyệt bài: 13.11.2017

STUDY ON THE PREVALENCE OF HBV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS IN HO CHI MINH CITY'S DRUG DETOXIFICATION CENTERS

Objective: Review of the prevalence of HBV infection among injecting drug users in Ho Chi Minh City's drug detoxification centers. **Methods:** Prospective study, cross sectional description. 986 IDUs are detoxified are concentrated in the centers of Ho Chi Minh City. **Result:** 55.8% anti - HCV positive, 12.2% HBsAg positive, 4.5% coinfection HCV and HBV; HBsAg-positive: 36.7% had HBV-DNA positive; 59.1% of genotypes C; 40.9% of genotype B; anti - HCV positive: 33.6% had positive HCV - RNA; 57.3% HCV-negative RNA; 9.1% undefined. 68.6% of genotype 6; 25.5% genotype 1; 5.9% genotypes 1 and 6; HBV and HCV co-infections: 47.7% were HBV-DNA and HCV-RNA positive. **Conclusion:** The prevalence of hepatitis C among IDUs was higher than the population mean, while the prevalence of hepatitis B among IDUs was similar to that of the population.

Key words: hepatitis C virus, hepatitis B virus, injecting drug users

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những người nghiện chích ma túy (NCMT) thuộc nhóm nguy cơ cao bị lây nhiễm HBV và HCV. Trên thế giới ước tính có 16 triệu người NCMT tại 148 quốc gia [4]. Năm 2011 ước tính có khoảng 1,2 triệu người NCMT bị nhiễm HBV và 10 triệu người NCMT bị nhiễm HCV [6]. Trên thế giới, tỷ lệ nhiễm HBV ở những người NCMT gần như tương đương với tỷ lệ nhiễm chung trong cộng đồng, trong khi đó, tỷ lệ nhiễm HCV ở những người NCMT cao hơn 50% so với tỷ lệ chung trong cộng đồng ở hầu hết các nước trên thế giới, cao hơn từ 60% đến 80% tại 25 quốc gia, và cao hơn trên 80% trong 12 quốc gia nữa [6]. Số người NCMT tại Việt Nam được ước tính vào khoảng 170.000 người, ước tính có khoảng 45.000 người sử dụng ma túy tại Thành phố Hồ Chí Minh trong năm 2004, 99% trong số đó có sử dụng heroin [1]. Cho đến nay có rất ít công trình nghiên cứu về tỷ lệ nhiễm HBV, HCV và các genotype lưu hành ở đối tượng NCMT tại khu vực Thành phố Hồ Chí Minh. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "Tìm hiểu tỷ lệ nhiễm HBV, HCV và genotype ở người NCMT trong các trung tâm cai nghiện trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Toàn bộ 986 Học viên đang cai nghiện ma túy tại các Trung tâm cai nghiện trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh trong khoảng thời gian từ 1/1/2013 – 31/12/2013.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Là các học viên đang cai nghiện ma túy, có hồ sơ theo dõi sức khỏe đầy đủ.
- + Đồng ý tham gia nghiên cứu
- Tiêu chuẩn loại trừ
- + Có NCMT nhưng không cai nghiện tập trung
- + Là học viên đang cai nghiện ma túy nhưng không có hồ sơ theo dõi sức khỏe.
- + Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

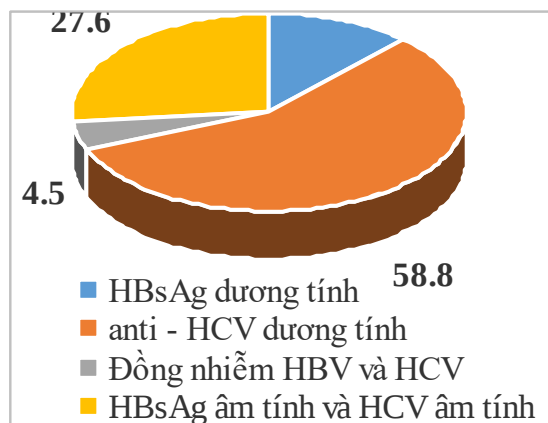
2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang
- Chỉ tiêu nghiên cứu: kết quả xét nghiệm HBsAg, anti HCV, genotuyt vi rút B, genotuyt vi rút C, tải lượng HBV – DNA, tải lượng HCV – RNA.
- Ngưỡng dương tính xác định tải lượng vi rút là ≥ 300 bản sao/ ml.
- Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Kết quả xét nghiệm tầm soát HBsAg và anti - HCV

Kết quả	Số đối tượng (n=986)	Tỷ lệ %
HBsAg dương tính	120	12,2
Anti-HCV dương tính	550	55,8
HBsAg dương tính và anti - HCV dương tính	44	4,5
HBsAg âm tính và anti - HCV âm tính	272	27,6
Tổng	986	100,0



Biểu đồ 3.1. Kết quả khảo sát HBsAg và anti - HCV

Nhận xét: sàng lọc máu ở 986 học viên cai nghiện cho thấy có 55,8% học viên anti - HCV dương tính, 12,2% học viên có HBsAg dương tính, 4,5% đồng nhiễm HCV và HBV.

Bảng 3.2. Kết quả xét nghiệm HBV – DNA ở nhóm chỉ có HBsAg dương tính

HBV - DNA	Số đối tượng (n=120)	Tỷ lệ %
Dương tính	44	36,7
Âm tính	76	63,3

Cộng **120** **100%**
Nhận xét: trong số 120 đối tượng có HBsAg dương tính, có 44 trường hợp (36,7%) có nồng độ HBV – DNA >300 bản sao/ml; 76 trường hợp (63,3%) âm tính với kết quả định lượng HBV – DNA.

Bảng 3.3. Kết quả xét nghiệm genotyp HBV

Genotyp HBV	Số đối tượng (n=44)	Tỷ lệ %
Genotyp B	18	40,9
Genotyp C	26	59,1
Cộng	44	100

Nhận xét: trong nghiên cứu của chúng tôi 59,1% trường hợp là genotyp C; 40,9% genotyp B; không có trường hợp nào đồng nhiễm cả 2 genotyp.

Bảng 3.4. Kết quả xét nghiệm HCV - RNA ở nhóm chỉ có anti - HCV dương tính

HCV - RNA	Số đối tượng (n=550)	Tỷ lệ %
Dương tính	185	33,6
Âm tính	315	57,3
Không xác định	50	9,1

Nhận xét: trong số 550 đối tượng có anti - HCV dương tính, khi làm xét nghiệm HCV - RNA cho kết quả 185 trường hợp (33,6%) có nồng độ HCV - RNA > 300 bản sao/ ml; 315 trường hợp (57,3%) âm tính với kết quả định lượng HCV – RNA, 50 trường hợp (9,1%) không xác định được.

Bảng 3.5. Kết quả xét nghiệm genotyp vi rút viêm gan C

genotyp	Số đối tượng (n=185)	Tỷ lệ %
1	47	25,5
6	127	68,6
1 và 6	11	5,9
Cộng	185	100,0

Nhận xét: trong nghiên cứu của chúng tôi 68,6% trường hợp là genotyp 6; 25,5% genotyp 1; 5,9% mang cả genotyp 1 và 6.

Bảng 3.6. Kết quả xét nghiệm ở nhóm đồng nhiễm HBV và HCV

Kết quả xét nghiệm	Số đối tượng (n=44)	Tỷ lệ %
HBV-DNA và HCV-RNA (+)	21	47,7
HBV- DNA (-) và HCV-RNA (-)	23	52,3
Tổng	44	100,0

Nhận xét: trong số 44 trường hợp đồng nhiễm HBV và HCV có 21 trường hợp chiếm 47,7% đồng thời HBV – DNA và HCV – RNA dương tính.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Kết quả tầm soát anti – HCV: Sự lưu hành HCV mạn tính ở NCMT phổ biến hơn HIV và HBV. Tỷ lệ nhiễm HCV cao ở NCMT một phần được giải thích là do sự tồn tại khá lâu của vi rút trong ống tiêm [7]. Kết quả nghiên cứu của

chúng tôi ở 986 học viên cai nghiện tại trung tâm trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh cho thấy tỷ lệ nhiễm HCV ở nhóm NCMT là 58,8%. Kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước khác. So sánh tỷ lệ nhiễm giữa 3 năm nghiên cứu, kết quả kiểm định thống kê cho thấy có sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm giữa 2009 và 2010 (với OR = 0,6 và p < 0,05).

Những kết quả trên cho thấy, dự phòng nhiễm HCV cho người NCMT là một thách thức y tế công cộng lớn trên thế giới.

Kết quả tầm soát HBsAg: Hiện nay, sự lưu hành viêm gan B ở người NCMT chưa có sự nghiên cứu đánh giá ở mức độ toàn cầu. Tuy nhiên, dữ liệu về tỷ lệ có HBsAg dương tính ở người NCMT đã được ghi nhận tại 59 quốc gia (chiếm khoảng 73% số người NCMT trên toàn thế giới) cho thấy, tỷ lệ HBsAg dương tính trong nhóm NCMT tương quan với tỷ lệ nhiễm HBV trong dân số nói chung, với tỷ lệ cao nhất gặp ở khu vực châu Á [6]. Việt Nam là một nước nằm trong vùng dịch viêm gan B lưu hành cao và là một trong những nước có tỷ lệ nhiễm HBV cao nhất thế giới. Kết quả tầm soát HBsAg ở nhóm NCMT trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự các nghiên cứu trên với 120/ 986 học viên chiếm 12,2% có HBsAg dương tính.

Những kết quả nghiên cứu trên cho thấy khả năng lây truyền của HBV qua đường NCMT là không cao như HCV và HIV hoặc cũng có thể do hiệu quả của chương trình tiêm phòng vắc xin viêm gan được thực hiện tốt đối với người NCMT khi họ còn nhỏ. Tiêm phòng vắc xin viêm gan B cho những người nguy cơ cao, người nhiễm HIV chưa được tiêm phòng vắc xin viêm gan B là biện pháp đầu tiên trong quản lý người nhiễm HIV để phòng nhiễm HBV ở các nước phương Tây hiện nay, nhưng hiện chưa được theo dõi và đánh giá toàn diện tại Việt Nam. Theo chúng tôi đây là vấn đề cần có thêm những nghiên cứu toàn diện, trên phạm vi toàn quốc để có những nhận xét, đánh giá sát thực hơn.

Tỷ lệ đồng nhiễm anti – HCV và HBsAg: NCMT có nguy cơ cao với các vi rút lây truyền theo đường máu là HCV, HBV, HIV. Sự lây truyền chủ yếu do dùng chung dụng cụ tiêm chích nhiễm các vi rút nói trên. Do thiếu các nghiên cứu dựa trên dân số ở quy mô lớn, số lượng chính xác các bệnh nhân đồng nhiễm HBV/HCV chưa được biết [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ người NCMT đồng nhiễm HCV và HBV là 4,5%.

4.2. Kết quả xét nghiệm genotyp và nồng độ vi rút

Genotyp C và nồng độ vi rút ở nhóm chỉ có anti – HCV dương tính: Trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành định lượng HCV – RNA ở các bệnh nhân có anti – HCV dương tính. Kết quả nghiên cứu cho thấy: trong số 550 đối tượng có anti – HCV dương tính, khi làm xét nghiệm HCV – RNA cho kết quả 185 trường hợp (33,6%) có nồng độ HCV – RNA dương tính (> 300 bản sao/ml); 315 trường hợp (57,3%) âm tính với kết quả định lượng HCV – RNA, 50 trường hợp (9,1%) không xác định được. Kết quả cho thấy, tỷ lệ HCV – RNA dương tính tương ứng là 29,4%, 21,3% và 5,3%. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi là cơ bản phù hợp với các nghiên cứu khác.

Bên cạnh xét nghiệm HCV – RNA, việc xác định sự phân bố các kiểu gen HCV có thể giúp xác định các nguồn truyền nhiễm và sự tiến triển các yếu tố nguy cơ [3]. Ở Đông Nam Á, đặc biệt Việt Nam và Thái Lan, phân típ 1a, 6a và 3a lưu hành chủ yếu do NCMT [3].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, 68,6% trường hợp là genotyp 6; 25,5% genotyp 1; 5,9% mang cả genotyp 1 và 6.

Sở dĩ có sự đa dạng kiểu gen ở nhóm NCMT theo chúng tôi, có thể liên quan đến những hành vi nguy cơ của đối tượng NCMT. Họ lây nhiễm HCV qua nhiều con đường và có thể liên quan đến nhiều đối tượng lây nhiễm khác nhau.

Genotyp và nồng độ vi rút ở nhóm chỉ có HBsAg dương tính: Trong nghiên cứu này của chúng tôi trong số 120 đối tượng có HBsAg dương tính, chỉ có 44 trường hợp (36,7%) có nồng độ HBV – DNA dương tính (> 300 bản sao/ml); 76 trường hợp (63,3%) âm tính với kết quả định lượng HBV – DNA. Như vậy có thể thấy tỷ lệ người NCMT có HBsAg dương tính nhưng HBV – DNA âm tính chiếm khá cao, đây cũng là nguồn lây nhiễm quan trọng cần theo dõi là do ít được chú ý kiểm tra thường xuyên về sức khỏe.

Bên cạnh tải lượng vi rút, việc xác định kiểu gen của vi rút HBV – DNA cũng có vai trò quan trọng trong tiên lượng, chẩn đoán và điều trị. Sự khác biệt bệnh học giữa các kiểu gen đã được

hiểu rõ một phần. Trong nghiên cứu của chúng tôi 59,1% trường hợp là genotyp C; 40,9% genotyp B; không có trường hợp nào đồng nhiễm cả 2 genotyp.

Tải lượng vi rút ở nhóm đồng nhiễm HBV/ HCV: Trong nghiên cứu của chúng tôi, với 44 trường hợp HBsAg và anti – HCV dương tính có 21 trường hợp chiếm 47,7% đồng thời HBV – DNA và HCV – RNA dương tính. Kết quả xét nghiệm tải lượng vi rút ở nhóm đồng nhiễm HBV/ HCV về cơ bản cũng tương tự như ở nhóm nhiễm vi rút đơn thuần.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C ở người NCMT cao hơn so với tỷ lệ trung bình của quần thể, trong khi đó tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B ở người NCMT là tương đương với tỷ lệ mắc của quần thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **FHI360 (2014)**, "Đánh giá hiệu quả của chương trình thí điểm điều trị nghiện các chất thuốc phiện bằng methadone tại Hải Phòng và Thành phố Hồ Chí Minh", pp: 24 trang.
2. **Nguyễn Tiên Hòa (2012)**, "Tình trạng nhiễm HIV, HBV, HCV và yếu tố liên quan ở một số nhóm nguy cơ cao tại Hà Nội, 2008 - 2010", *Luận án tiến sĩ y học, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung Ương*, pp.
3. **Liu JY, Lin HH, Liu YC, et al. (2008)**, "Extremely High Prevalence and Genetic Diversity of Hepatitis C Virus Infection among HIV-Infected Injection Drug Users in Taiwan", *Clinical Infectious Diseases*, **46**, pp: 1761–8.
4. **Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, et al. (2008)**, "Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review", *Lancet*, **372**(9651), pp: 1733-1745.
5. **Mitre HP, Mendonça JS (2007)**, "Co-Infection with Hepatitis B Virus and Hepatitis C Virus", *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, **11**(5), pp: 33 - 35.
6. **Nelson P, Mathers B, Cowie B, et al. (2011)**, "The epidemiology of viral hepatitis among people who inject drugs: Results of global systematic reviews", *Lancet*, **378**(9791), pp: 571 - 583.
7. **Paintsil E, He H, Peters C, et al. (2011)**, "Survival of Hepatitis C Virus in Syringes: Implication for Transmission among Injection Drug Users", *J Infect Dis*, **202**(7), pp: 984 - 990.

CO CẤU BỆNH TẬT VỀ MẮT TẠI KHOA MẮT BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẬU GIANG

Trịnh Quang Trí^{*1}, Nguyễn Văn Lành²,
Nguyễn Văn Tập³, Võ Thị Kim Anh⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu. Xác định cơ cấu bệnh tật về mắt tại khoa Mắt, bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang trong 9 tháng đầu năm 2017. **Phương pháp.** Khảo sát 2.176 hồ sơ của người bệnh đến khám hoặc điều trị tại khoa mắt bệnh viện đa khoa tỉnh Hậu Giang từ 01/01/2017-31/09/2017. **Kết quả.** Tổng số lượt bệnh khám hoặc điều trị bệnh, tật về mắt tại khoa Mắt là 2.176 lượt, trong đó 87,6% khám ngoại trú và 12,4% điều trị nội trú. Tỷ lệ người bệnh thuộc nhóm bệnh của mí mắt, bộ lệ và hốc mắt, tỷ lệ là 71,1%; có 9,7% bệnh về thủy tinh thể, 6,9% nhóm bệnh về vận nhãn, điều tiết khúc xạ, 4,6% bệnh về thần kinh và đường dẫn thị giác và 4,7% là các bệnh khác của mắt chưa phân loại hoặc bệnh phần phụ của mắt. Giới tính, nhóm tuổi và yếu tố dân tộc có liên quan tới cơ cấu bệnh tật về mắt, cần xây dựng các giải pháp trong kế hoạch phát triển, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh chuyên khoa mắt dựa theo cơ cấu bệnh tật.

Từ khóa: cơ cấu bệnh tật về mắt, bệnh viện quận Tân Phú.

SUMMARY

MODEL OF EYE DISEASES AT DEPARTMENT OF EYE, HAU GIANG GENERAL HOSPITAL

Objective. Determined model of eye diseases at Department of Eye, Hau Giang General hospital, 2017.

Methods. Survey of patient records from January 01, 2017 to september 31, 2017 at Department of Eye, Hau Giang General hospital. **Results.** The total number of medical examination or treatment for eye diseases was 2,176; of which, 87.6% were outpatient and 12.4% were inpatient. The proportion of patients in the group of eyelids, tears and ocular diseases, the rate is 71.1%; 9.7% of the vitiligo cases, 6.9% of the cases of oculomotor disease, refractive regulation, 4.6% of neuropathies and ophthalmic pathways, and 4.7% of other ocular diseases. Uncategorized or diseased part of the eye. Gender, age group and ethnicity related to the structure of eye diseases should be developed in the plan to develop and improve the quality of ophthalmic medical care based on the disease structure.

Keywords. Eye disease model, Hau Giang general hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cơ cấu bệnh tật là sự phản ánh tình hình sức khỏe, tình hình kinh tế - xã hội của một cộng đồng, là yếu tố quan trọng giúp xây dựng kế hoạch chăm sóc sức khỏe nhân dân hiệu quả và toàn diện. Xã hội ngày càng phát triển, cơ cấu bệnh tật ở mỗi giai đoạn khác nhau, đòi hỏi cập

nhật liên tục tình hình bệnh tật. Việc xác định cơ cấu bệnh, tật theo các chuyên khoa là cần thiết để có các giải pháp hiệu quả tối ưu trong phát triển dịch vụ khám chữa bệnh, chăm sóc sức khỏe, không những thế còn giúp ích trong chẩn đoán và điều trị các bệnh theo chuyên khoa...

Bệnh viện đa khoa tỉnh Hậu Giang là bệnh viện hạng 2, đã có nhiều sự phát triển trong những năm qua, chất lượng ngày càng được nâng cao [1]. Đời sống của người dân ngày càng được nâng cao cùng với sự phát triển của kinh tế xã hội, nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân ngày càng cao, số lượng bệnh nhân ngày càng tăng lên, đòi hỏi cần có nhiều cải tiến chất lượng cũng như các định hướng phát triển chiến lược nhằm phục vụ người dân tốt nhất và nâng cao hiệu quả khám chữa bệnh. Nhằm cung cấp các cơ sở để tham mưu cho bệnh viện về các hoạt động trong kế hoạch phát triển bệnh viện, cung cấp tổng quan về tình hình bệnh tật về mắt trong cộng đồng dân cư, nghiên cứu này với mục tiêu: "xác định cơ cấu bệnh tật về mắt ở người bệnh ngoại trú và nội trú tại khoa Mắt, bệnh viện đa khoa tỉnh Hậu Giang 9 tháng đầu năm 2017".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng: Tất cả bệnh nhân khám hoặc điều trị bệnh, tật về mắt tại khoa Mắt, bệnh viện đa khoa tỉnh Hậu Giang.

Cỡ mẫu: Nghiên cứu này tiến hành thu thập thông tin từ tất cả hồ sơ bệnh án của 2.176 người bệnh đến khám hoặc điều trị nội trú hoặc ngoại trú về các bệnh, tật về mắt tại khoa Mắt, bệnh viện quận đa khoa tỉnh Hậu Giang từ ngày 01/01/2016 đến 31/09/2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Nội dung nghiên cứu: Tiến hành thống kê và phân tích các dữ liệu từ hồ sơ bệnh án được lưu trữ tại phòng Kế hoạch Tổng hợp, bệnh viện đa khoa tỉnh Hậu Giang về tình hình bệnh tật, tỷ lệ và các đặc điểm của người bệnh nội trú hoặc ngoại trú tại bệnh viện.

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...; cơ cấu bệnh tật về mắt được mô tả qua tỷ lệ % các bệnh thường gặp theo ICD-10, cơ cấu bệnh tật theo khoa, giới tính, nhóm tuổi...

2.3. Xử lý và phân tích dữ liệu. Các dữ liệu được nhập và quản lý bằng phần mềm EXCEL và được xử lý, phân tích bằng phần mềm STATA-

1 Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
2 Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh Hậu Giang
3 Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh
4 Bệnh viện đa khoa Dĩ An, tỉnh Bình Dương
Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Quang Trí
Email: tri.trinhquang@gmail.com
Ngày nhận bài: 25.9.2017
Ngày phản biện khoa học: 30.10.2017
Ngày duyệt bài: 10.11.2017

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 Ban Lãnh đạo và Hội đồng khoa học công nghệ bệnh viện đa khoa tỉnh Hậu Giang.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Một số đặc điểm của người điều trị bệnh mắt nội trú (n = 2.176)

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	1.157	53,2
	Nữ	1.019	46,8
Nhóm tuổi	Dưới 5 tuổi	145	6,7
	6 đến dưới 15	197	9,1
	15 đến dưới 60	1.091	50,0
	≥ 60	744	34,2
Dân tộc	Kinh	1.736	79,7
	Khmer	326	15,0
	Hoa	110	5,1
	Khác	4	0,2

Về nơi cư trú của người bệnh, khoảng 35,6% cư trú tại huyện Vị Thủy, 37,4% cư trú tại thành phố Vị Thanh, 8,9% cư trú tại huyện Châu Thành A và 18,1% tại huyện khác. Có khoảng 79,6% người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế.

3.2. Cơ cấu bệnh tật về mắt 9 tháng đầu năm 2017 tại bệnh viện đa khoa Hậu Giang

Bảng 2. Tỷ lệ lượt khám bệnh tật về mắt nội trú và ngoại trú

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
Nội trú	270	12,4
Ngoại trú	1.890	87,6
Tổng cộng	2.176	100

Tỷ lệ khám và điều trị nội trú là 12,4%; khám ngoại trú là 2.176 lượt (87,6%).

Bảng 3. Phân loại các bệnh, tật về mắt (n = 2.176 người bệnh)

Nhóm bệnh	Số lượng	Tỷ lệ %
Bệnh của mí mắt, lệ bộ và hốc mắt	1.548	71,1
Bệnh củng mạc, giác mạc, mống mắt và thể mi	28	1,3
Bệnh thủy tinh thể	210	9,7
Bệnh của hắc mạc và võng mạc	6	0,3
Bệnh glôcôm	24	1,1
Bệnh dịch kính và nhãn cầu	5	0,2
Bệnh thần kinh thị và đường dẫn thị giác	101	4,6
Bệnh cơ vận nhãn, vận nhãn, điều tiết và khúc xạ	150	6,9
Rối loạn thị giác và mù	2	0,1
Các bệnh khác của mắt và phần phụ	102	4,7

Hầu hết người bệnh khám và điều trị bệnh mắt thuộc nhóm bệnh của mí mắt, lệ bộ và hốc mắt, tỷ lệ là 71,1%; có 9,7% bệnh về thủy tinh thể, 6,9% nhóm bệnh về vận nhãn, điều tiết khúc xạ, 4,6% bệnh về thần kinh và đường dẫn thị giác và 4,7% là các bệnh khác của mắt chưa phân loại hoặc bệnh phần phụ của mắt.

Bảng 5. Kết quả điều trị các loại bệnh trong toàn viện (n=2.176 người)

Kết quả điều trị	Số lượng	Tỷ lệ %
Khỏi hẳn	2.060	94,7
Đỡ, giảm	75	3,4
Không thay đổi	38	1,7
Nặng hơn	3	0,1

Tử vong	0	0,0
---------	---	-----

Về kết quả điều trị, hầu hết người khám mắc bệnh/tật ở mức nhẹ, được điều trị khỏi (94,7%) hoặc đỡ giảm (3,4%). Có 1,7% điều trị nhưng không thay đổi tình hình.

3.3. Cơ cấu bệnh, tật về mắt theo một số đặc điểm tuổi, giới và dân tộc

Bảng 6. Nhóm tuổi liên quan đến nhóm bệnh, tật về mắt

Nhóm bệnh/tật mắt	Dưới 6 tuổi		6 – dưới 15		15 - dưới 60		Trên 60 tuổi		p
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Bệnh của mí mắt, lệ bộ và hốc mắt	124	85,5	156	79,2	880	80,7	388	52,2	<0,05
Bệnh củng mạc, giác mạc, mống mắt và thể mi	2	1,4	8	4,1	15	1,4	5	0,7	>0,05
Bệnh thủy tinh thể	0	0	0	0	24	2,2	186	25	
Bệnh của hắc mạc và võng mạc	0	0	1	0,5	4	0,4	1	0,1	>0,05
Bệnh glôcôm	0	0	0	0	15	1,4	9	1,2	>0,05
Bệnh dịch kính và nhãn cầu	0	0	0	0	2	0,2	3	0,4	>0,05
Bệnh thần kinh thị và đường dẫn thị giác	2	1,4	4	2	71	6,5	24	3,2	>0,05
Bệnh cơ vận nhãn, vận nhãn, điều tiết và khúc xạ	15	10,3	25	12,7	61	5,6	48	6,5	<0,05
Rối loạn thị giác và mù	0	0	0	0	1	0,1	1	0,1	>0,05
Các bệnh khác của mắt và phần phụ	2	1,4	3	1,5	18	1,6	79	10,6	<0,05
Tổng số	145	100	197	100	1.091	100	744	100	

Tỷ lệ mắc các bệnh của mí mắt, lệ bộ và hốc mắt ở nhóm tuổi dưới 60 là từ 79,2% đến 85,5% cao hơn nhiều so với ở nhóm tuổi trên 60 với 52,2% ($p < 0,05$), tương tự, tỷ lệ các bệnh về vận nhãn và điều tiết tật khúc xạ ở nhóm trẻ dưới 5 tuổi (10,3%) và nhóm 6-15 tuổi (12,7%) cao hơn so với nhóm 16-60 tuổi (5,6%) và nhóm cao tuổi (6,5%), $p < 0,05$. Tuy nhiên các bệnh về phần phụ của mắt thì ở nhóm cao tuổi là 10,6% cao hơn nhiều so với các nhóm còn lại, tỷ lệ từ 1,4%-1,6% ($p < 0,05$).

Bảng 7. Giới tính liên quan đến nhóm bệnh

Giới tính	Nam giới		Nữ giới		p
	SL	%	SL	%	
Bệnh của mí mắt, lệ bộ và hốc mắt	920	79,5	628	61,6	<0,05
Bệnh củng mạc, giác mạc, mống mắt và thể mi	19	1,6	9	0,9	>0,05
Bệnh thủy tinh thể	63	5,4	147	14,4	<0,05
Bệnh của hắc mạc và võng mạc	2	0,2	4	0,4	>0,05
Bệnh glôcôm	9	0,8	15	1,5	>0,05
Bệnh dịch kính và nhãn cầu	3	0,3	2	0,2	>0,05
Bệnh thần kinh thị và đường dẫn thị giác	33	2,9	68	6,7	<0,05
Bệnh cơ vận nhãn, vận nhãn, điều tiết và khúc xạ	61	5,3	89	8,7	>0,05
Rối loạn thị giác và mù	1	0,1	1	0,1	>0,05
Các bệnh khác của mắt và phần phụ	46	4,0	56	5,5	>0,05
Tổng số	1.157	100	1.019	100	

Tỷ lệ các bệnh về mí mắt, lệ bộ và hốc mắt ở nam giới là 79,5% cao hơn so với nữ giới với 61,6% ($p < 0,05$). Tỷ lệ bệnh về thủy tinh thể ở nữ giới là 14,4% cao hơn nhiều so với ở nam giới với 5,4% ($p < 0,05$). Tỷ lệ bệnh về thần kinh thị và đường dẫn thị giác ở nữ là 6,7% cao hơn ở nam với 2,9% ($p < 0,05$).

Nhóm bệnh	ĐB Hoa		ĐB Khmer		ĐB Kinh		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Bệnh của mí mắt, lệ bộ và hốc mắt	82	74,5	246	75,5	1220	70,3	>0,05
Bệnh củng mạc, giác mạc, mống mắt và thể mi	2	1,8	3	0,9	23	1,3	>0,05
Bệnh thủy tinh thể	12	10,9	28	8,6	166	9,6	>0,05
Bệnh của hắc mạc và võng mạc	0	0,0	2	0,6	4	0,2	>0,05
Bệnh glôcôm	2	1,8	2	0,6	20	1,2	>0,05
Bệnh dịch kính và nhãn cầu	0	0,0	1	0,3	4	0,2	>0,05
Bệnh thần kinh thị và đường dẫn thị giác	2	1,8	3	0,9	96	5,5	<0,05

Bệnh cơ vận nhãn, vận nhãn, điều tiết và khúc xạ	4	3,6	26	8,0	120	6,9	<0,05
Rối loạn thị giác và mù	0	0,0	1	0,3	1	0,1	>0,05
Các bệnh khác của mắt và phần phụ	6	5,5	14	4,3	82	4,7	>0,05
Tổng	110	100	326	100	1.736	100	

Tỷ lệ bệnh về vận nhãn, điều tiết và khúc xạ ở đồng bào Khmer (8,0%) cao hơn so với ở đồng bào Hoa (3,6%) và Kinh (6,9%) ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của người bệnh tại khoa Mắt, bệnh viện tỉnh Hậu Giang: Về giới tính, tỷ lệ nam giới khám và điều trị bệnh về mắt là 53,2% nhiều hơn so với giới nữ với 46,8%; về nhóm tuổi, khoảng một nửa số người bệnh là nhóm tuổi 15 đến 60 tuổi, có 34,2% người cao tuổi, 9,1% thuộc nhóm 6 đến 15 tuổi và còn lại 6,7% là trẻ dưới 5 tuổi. Về dân tộc, hầu hết là dân tộc kinh với 79,7%; Theo thống kê của cuộc điều tra năm 2015 cho thấy tỷ lệ đồng bào dân tộc ở tỉnh Hậu Giang là khoảng 3,16% và đông nhất là đồng bào Khmer, tuy vậy số người khám và điều trị bệnh về mắt là đồng bào Khmer khoảng 15,0% và đồng bào Hoa là 5,1%. Điều này cho thấy tình hình chăm sóc sức khỏe về mắt ở đồng bào dân tộc tại tỉnh cần được quan tâm nhiều bằng các nỗ lực chăm sóc y tế và nâng cao sức khỏe cho đồng bào.

Về nơi cư trú của người bệnh, khoảng 35,6% cư trú tại huyện Vị Thủy, 37,4% cư trú tại thành phố Vị Thanh, 8,9% cư trú tại huyện Châu Thành A và 18,1% tại huyện khác. Tại tỉnh Hậu Giang, dân số đông nhất tại huyện Phụng Hiệp (khoảng trên 210 ngàn người), tiếp đến là Long Mỹ (khoảng gần 170 ngàn người), Châu Thành A (khoảng 107 ngàn) và thành phố Vị Thanh (khoảng 104 ngàn người), tuy vậy kết quả cho thấy tỷ lệ cao người bệnh về mắt cư trú tại huyện Vị Thủy và thành phố Vị Thanh, như vậy sự tiếp cận dịch vụ y tế tại bệnh viện tỉnh là chưa đồng đều, có thể do những ảnh hưởng của vị trí địa lý, điều kiện kinh tế xã hội của mỗi vùng, tuy vậy cần lưu ý tình công bằng trong chăm sóc y tế đối với các vùng.

Có khoảng 79,6% người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế, tỷ lệ này là phù hợp, theo báo cáo của Bộ Y tế và Nhóm đối tác Y tế, tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế tăng từ 60,0% năm 2010 lên 75,3% dân số năm 2015 [2].

4.2. Cơ cấu bệnh tật về mắt của người bệnh tại khoa Mắt, bệnh viện đa khoa tỉnh Hậu Giang: Kết quả cho thấy tỷ lệ khám và điều trị bệnh/tật về mắt nội trú là 12,4% và khám ngoại trú là 2.176 lượt (87,6%). Như vậy, đối với các bệnh tật về mắt, tại bệnh viện đa khoa tỉnh

Hậu Giang, tỷ lệ người bệnh điều trị nội trú là thấp hơn so với tỷ lệ chung của cả nước.

Hầu hết người bệnh khám và điều trị bệnh mắt thuộc nhóm bệnh của mí mắt, bộ lệ và hốc mắt, tỷ lệ là 71,1%; có 9,7% bệnh về thủy tinh thể, 6,9% nhóm bệnh về vận nhãn, điều tiết khúc xạ, 4,6% bệnh về thần kinh và đường dẫn thị giác và 4,7% là các bệnh khác của mắt chưa phân loại hoặc bệnh phần phụ của mắt. Qua khảo sát cho thấy, các bệnh thường gặp là các bệnh viêm nhiễm da, kết mạc, giác mạc, mi mắt và những bệnh đau mắt khác... mà nguyên nhân chủ yếu của các bệnh này là chưa thực hành tốt về vệ sinh cá nhân. Tỷ lệ viêm bờ mi khá cao nhưng thường bị bỏ qua vì không gây mù lòa, không gây chết người [3]. Thế nhưng, những khó chịu mà bệnh này gây ra, lượng thuốc men mà người bệnh phải hao tốn lại không hề nhỏ. Tỷ lệ cao hơn của các bệnh này có thể cho thấy việc thực hành các vệ sinh cá nhân và phòng tránh các bệnh viêm nhiễm ở mắt chưa được người dân tại địa phương quan tâm đúng mức. Trong cộng đồng, các bệnh về mắt thường gặp như các bệnh viêm nhiễm kết mạc, giác mạc, mí mắt, bệnh cườm mắt, đục thể thủy tinh, khô mắt, dị ứng mắt, đau mắt đỏ... và tật khúc xạ mắt [3].

Như vậy tiếp tục tăng cường tư vấn, truyền thông giáo dục sức khỏe các bệnh tật về mắt cho người bệnh, đặc biệt về vệ sinh mắt, vệ sinh cá nhân, nâng cao nhận thức của người dân về phòng ngừa bệnh, tật về mắt. Cơ sở y tế tại địa phương có thể căn cứ những dữ liệu này để có các kế hoạch hoạt động thường quy nhằm đảm bảo chăm sóc sức khỏe cho người dân tốt nhất.

4.3. Cơ cấu bệnh tật về mắt của người bệnh theo giới, tuổi và dân tộc: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc các bệnh của mí mắt, lệ bộ và hốc mắt ở nhóm tuổi dưới 60 là từ 79,2% đến 85,5% cao hơn nhiều so với ở nhóm tuổi trên 60 với 52,2%, tương tự, tỷ lệ các bệnh về vận nhãn và điều tiết tật khúc xạ ở nhóm trẻ dưới 5 tuổi (10,3%) và nhóm 6-15 tuổi (12,7%) cao hơn so với nhóm 16-60 tuổi (5,6%) và nhóm cao tuổi (6,5%).

Tác hại của ô nhiễm môi trường là không thể tránh khỏi, con người cũng không thể ngừng sử dụng các thiết bị điện tử có màn hình phát ra

ánh sáng xanh nguy hại. Vì vậy, vấn đề quan trọng nhất là cần sớm có ý thức phòng bệnh, chăm sóc mắt từ sớm. Bệnh về mắt đã trở thành nhóm bệnh phổ biến ở người già, khó có thể tránh khỏi. Ở tuổi ngoài 40, đôi mắt sẽ bắt đầu có những triệu chứng của quá trình lão hóa. Một số bệnh thường gặp về mắt ở người già thường gặp trong cộng đồng gồm tăng nhãn áp, bệnh khô mắt, đục thể thủy tinh, thoái hóa điểm vàng,...[3].

Theo giới tính, kết quả cho thấy tỷ lệ các bệnh về mí mắt, lệ bộ và hốc mắt ở nam giới là 79,5% cao hơn so với nữ giới với 61,6%. Tỷ lệ bệnh về thủy tinh thể ở nữ giới là 14,4% cao hơn nhiều so với ở nam giới với 5,4%. Tỷ lệ bệnh về thần kinh thị và đường dẫn thị giác ở nữ là 6,7% cao hơn ở nam với 2,9%.

Về nhóm dân tộc, tỷ lệ bệnh về vận nhãn, điều tiết và khúc xạ ở đồng bào Khmer (8,0%) cao hơn so với ở đồng bào Hoa (3,6%) và Kinh (6,9%).

V. KẾT LUẬN

Tổng số lượt bệnh khám hoặc điều trị bệnh, tật về mắt tại khoa Mắt là 2.176 lượt, trong đó 87,6% khám ngoại trú và 12,4% điều trị nội trú.

Tỷ lệ người bệnh thuộc nhóm bệnh của mí mắt, bộ lệ và hốc mắt, tỷ lệ là 71,1%; có 9,7% bệnh về thủy tinh thể, 6,9% nhóm bệnh về vận nhãn, điều tiết khúc xạ, 4,6% bệnh về thần kinh và đường dẫn thị giác và 4,7% là các bệnh khác của mắt chưa phân loại hoặc bệnh phần phụ của mắt. Giới tính, nhóm tuổi và yếu tố dân tộc có liên quan tới cơ cấu bệnh tật về mắt, cần xây dựng các giải pháp trong kế hoạch phát triển, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh chuyên khoa mắt dựa theo cơ cấu bệnh tật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang** (2016) Báo cáo kết quả hoạt động năm 2016, Tp.Vị Thanh, tỉnh Hậu Giang.
2. **Bộ Y Tế (2015)** Báo cáo chung tổng quan ngành y tế Việt Nam năm 2015, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Bộ Y Tế (2015)** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt, Ban hành kèm theo Quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12/01/2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt, Hà Nội.
4. **Tổng cục Thống kê (2012)** Tỷ lệ người có khám chữa bệnh trong 12 tháng qua chia theo thành thị nông thôn, vùng, 5 nhóm thu nhập và giới tính, Số 54 Nguyễn Chí Thanh, Đống Đa, Hà Nội, 161.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ KIẾN THỨC VỀ CHẾ ĐỘ DINH DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP TẠI TRUNG TÂM TIM MẠCH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG 11/2016

Lê Văn Thêm*, Trần Văn Việt*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tình trạng dinh dưỡng và đánh giá kiến thức của bệnh nhân tăng huyết áp tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương 11/2016. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 55 tăng huyết áp đang điều trị tại trung tâm tim mạch. **Kết quả:** Tỷ lệ nam có vòng eo >90 cm là 68,2%; nữ có vòng eo >80cm là 90,9%. Tỷ lệ nam có VE/VM lớn là 54,5%; nữ là 72,7%. Chế độ ăn ảnh hưởng đến bệnh THA (lần lượt là 30,9 và 34,5%). Tỷ lệ nhận thức hạn chế lượng muối trong khẩu phần ăn 67,3%. Nhận thức tăng cường rau xanh, hoa quả tươi trong khẩu phần ăn 94,5%. Nhận thức về việc bổ sung lượng Kali trong khẩu phần ăn là 41,8%. Nhận thức được ảnh hưởng xấu của chế độ ăn nhiều đường, bánh kẹo ngọt là 67,3%. Nhận thức được việc không nên ăn phủ tạng động vật là 38,2%. Nhận thức được

ảnh hưởng xấu của chất kích thích đến bệnh THA 85,4%. Nhận thức được việc duy trì tập luyện thể dục – thể thao 74,5%.

SUMMARY

SITUATION OF NUTRITION AND KNOWLEDGE ABOUT DIET OF HYPERTENSIVE PATIENTS AT CARDIOVASCULAR CENTER, HAI DUONG PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN NOVEMBER, 2016

Purposes: To determine the situation of nutrition and to assess the knowledge of hypertensive patients at cardiovascular center, Hai Duong provincial general hospital in November, 2016. **Methods:** Descriptive cross sectional study on 55 patients with hypertension who were under treatment at cardiovascular center. **Results:** Waist measurement >90cm accounted for 68.2% in male and >80 cm accounted for 90.9% in female. Food diet affected to hypertension (30.9% and 34.5%, respectively). 67.3% patients were aware of limiting salt in diet. Awareness of enhancement of green vegetable and fresh fruits accounted for 94.5%. Awareness of supplying Kali in diet accounted for 41.8%. Awareness of side effect of

*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thêm

Email: themlv2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2017

Ngày duyệt bài: 10.11.2017

much sugar, candy, cake in diet were 67.3%. Awareness of should not eat internal animal organ accounted for 38.2%. Awareness of side effect of stimulants to hypertension accounted for 85.4%. Awareness of maintaining do exercise-sports accounted for 74.5%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự phát triển mạnh mẽ về kinh tế, xã hội ngày nay đã mang lại cho con người cuộc sống ngày càng tiện nghi hơn. Điều đó cũng làm gia tăng đáng kể những căn bệnh mang nhiều bản chất của sự phát triển chất lượng cuộc sống như béo phì, đái tháo đường, tăng huyết áp... Trong đó, tăng huyết áp là bệnh tim mạch thường gặp với tần suất bệnh ngày càng gia tăng và tuổi mắc mới cũng ngày một trẻ hơn. Đây là bệnh dễ chẩn đoán nếu chúng ta để ý đến, nhưng rất khó kiểm soát vì vậy bệnh càng ngày nặng hơn. Nếu người bệnh không được chẩn đoán, điều trị và theo dõi thường xuyên để đưa huyết áp về trị số tối ưu thì sẽ có rất nhiều biến chứng nặng nề như tai biến mạch máu não, thiếu máu cơ tim, suy tim, suy thận,... thậm chí có thể gây tử vong hoặc để lại các di chứng ảnh hưởng đến sức khỏe, sức lao động của người bệnh và trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội. Việc tuân thủ chế độ điều trị và chế độ dinh dưỡng phù hợp của bệnh nhân sẽ giúp kiểm soát huyết áp và giảm tối đa nguy cơ tim mạch. Các thử nghiệm lâm sàng đã chứng minh rằng điều trị tăng huyết áp có thể làm giảm khoảng 30-43% nguy cơ đột quỵ và khoảng 15% nguy cơ nhồi máu cơ tim. Tuy nhiên, ngoài việc không tuân thủ điều trị thuốc hạ huyết áp thì còn do thói quen ăn uống của bệnh nhân, nên nhiều bệnh nhân không kiểm soát được huyết áp một cách tốt nhất. Do đó việc giáo dục, cung cấp đầy đủ kiến thức về chế độ dinh dưỡng cho bệnh tăng HA rất cần thiết, góp phần vào việc kiểm soát bệnh cũng như hạn chế các biến chứng do thói quen ăn uống gây ra. Tuy nhiên các nghiên cứu can thiệp dinh dưỡng trên bệnh nhân THA còn ít. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Tình trạng dinh dưỡng và kiến thức về chế độ dinh dưỡng của bệnh nhân tăng huyết áp tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương 11/2016" với các mục tiêu:

1. Xác định tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân tăng huyết áp tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương 11/2016.
2. Đánh giá kiến thức về chế độ dinh dưỡng hợp lý của bệnh nhân tăng huyết áp tại Trung

tâm Tim mạch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương 11/2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2. Đối tượng nghiên cứu: 55 bệnh nhân được chẩn đoán là tăng huyết áp đang điều trị nội trú tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương từ ngày 01/11/2016 đến 30/11/2016.

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Điều tra ngang có phân tích.

2.4. Phương pháp phân tích xử lý số liệu. Các số liệu được xử lý bằng phần mềm IBM SPSS Statistic Data Editor.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1 Giới của đối tượng nghiên cứu.

Giới	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nam	22	40.0
Nữ	33	60.0
Tổng	55	100.0

Nhận xét: Có 55 đối tượng tham gia nghiên cứu trong điều tra cắt ngang tại Trung tâm Tim mạch BVĐK tỉnh Hải Dương. Tỷ lệ nam tham gia nghiên cứu là 40% ít hơn so với nữ là 60%.

Bảng 3.2. Bảng đánh giá chỉ số BMI của đối tượng nghiên cứu (kg/m²)

Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ %
Cân nặng thấp (<18,5)	0	0
Bình thường (18,5 - 22,9)	22	40
Thừa cân (≥23)	33	60
Tiền béo phì (23- 24,9)	5	9,1
Béo phì độ I (25 - 29,9)	28	50,9
Béo phì độ II (30 - 39,9)	0	0
Béo phì độ III (≥ 40)	0	0
Tổng cộng	55	100

Nhận xét: Có 60% đối tượng tham gia nghiên cứu thừa cân. Trong đó, có 9,1% đối tượng tiền béo phì và 50,9 % đối tượng béo phì độ I.

Bảng 3.3. Kích thước vòng eo của nam.

Vòng eo	Số lượng	Tỷ lệ %
≤ 90 (cm)	7	31.8
> 90 (cm)	15	68.2
Tổng	22	100

Nhận xét: Tỷ lệ nam giới THA có vòng eo lý tưởng (≤ 90 cm) chiếm 31,8% ít hơn tỷ lệ nam giới THA có tỷ lệ vòng eo >90cm là 68,2%.

Bảng 3.4. Kích thước vòng eo của nữ.

Vòng eo	Số lượng	Tỷ lệ %
≤ 80 (cm)	3	9,1
> 80 (cm)	30	90,9
Tổng	33	100

Nhận xét: Tỷ lệ nữ giới THA có vòng eo lý tưởng (≤ 80 cm) chiếm 9,1% ít hơn tỷ lệ nữ giới THA có tỷ lệ vòng eo >80 cm là 90,9%.

Bảng 3.5. Tỷ lệ vòng eo/vòng hông của nam.

Vòng eo/vòng hông	Số lượng	Tỷ lệ %
≤ 0.9	10	45,5
> 0.9	12	54,5
Tổng số	22	100

Nhận xét: Tỷ lệ nam giới THA có vòng eo/vòng hông lý tưởng (≤ 0.9) chiếm 45,5% nhỏ hơn tỷ lệ nam giới THA có tỷ lệ vòng eo/vòng hông >0.9 là 54,5%.

Bảng 3.6. Tỷ lệ vòng eo/vòng hông của nữ.

Vòng eo / vòng hông	Số lượng	%
≤ 0.8	9	27.3
> 0.8	24	72.7
Tổng	33	100

Nhận xét: Tỷ lệ nữ giới THA có vòng eo/vòng hông lý tưởng (≤ 0.8) chiếm 27,3% nhỏ hơn tỷ lệ nữ giới THA có tỷ lệ vòng eo/vòng hông > 0.8 là 72,7%.

3.2 Kiến thức về chế độ dinh dưỡng hợp lý của bệnh nhân tăng huyết

Bảng 3.7. Ảnh hưởng chế độ ăn đến THA.

Hiểu biết	Số lượng	Tỷ lệ %
Rất ảnh hưởng	17	30,9
Anh hưởng	19	34,5
Ít ảnh hưởng	12	21,8
Không ảnh hưởng	7	12,8
Tổng số	55	100

Nhận xét: Hầu hết đối tượng nghiên cứu cho rằng chế độ ăn ảnh hưởng (34,5%) và rất ảnh hưởng (30,9%) đến bệnh THA. Tuy nhiên, một số đối tượng cho rằng chế độ ăn ít ảnh hưởng (21,8%) và không ảnh hưởng (12,8%) đến bệnh THA.

Bảng 3.9 Điều chỉnh lượng muối trong khẩu phần ăn.

Hiểu biết	Số lượng	Tỷ lệ %
Hạn chế	37	67,3
Tăng cường	2	3,6
An theo thói quen	16	29,1
Tổng số	55	100

Nhận xét: Nhóm đối tượng nghiên cứu cho rằng ăn hạn chế muối chiếm tỷ lệ cao nhất (67,3%), tăng cường ăn muối chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,6%).

Bảng 3.10 .Nhận thức của đối tượng nghiên cứu về việc nên hay không nên ăn nhiều rau xanh, hoa quả tươi.

Hiểu biết	Số lượng	Tỷ lệ %
Có	52	94,5
Không	3	5,5
Tổng số	55	100

Nhận xét: Hầu hết đối tượng nghiên cứu cho rằng nên ăn nhiều rau xanh, hoa quả tươi (94,5%).

Bảng 3.11. Bổ sung lượng Kali, canxi, magie và các vitamin khi bị THA.

Hiểu biết	Số lượng	Tỷ lệ %
Tăng	23	41,8
Giảm	7	12,7
An theo thói quen	25	45,5
Tổng số	55	100

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu cho rằng nên ăn bổ sung kali, canxi, magie và các vitamin theo thói quen là cao nhất (45,5%), ăn giảm kali, canxi, magie và các vitamin chiếm tỷ lệ thấp nhất (12,7%).

Bảng 3.12. Ảnh hưởng của chế độ ăn nhiều đường, bánh kẹo ngọt đến tình trạng bệnh THA.

Hiểu biết	Số lượng	Tỷ lệ %
Anh hưởng tốt	5	9,1
Anh hưởng xấu	37	67,3
Không biết / không ảnh hưởng	13	23,6
Tổng số	55	100

Nhận xét: Nhóm đối tượng nghiên cứu cho rằng chế độ ăn nhiều đường, bánh kẹo ngọt ảnh hưởng xấu đến bệnh THA chiếm tỷ lệ cao nhất (67,3%), tiếp đó là không biết/không ảnh hưởng (23,6%) và tỷ lệ thấp nhất cho rằng ảnh hưởng tốt (9,1%).

Bảng 3.13. Nhận thức của đối tượng nghiên cứu về việc nên hay không nên ăn phụ tạng động vật.

Hiểu biết	Số lượng	Tỷ lệ %
Có	5	9,1
Không	21	38,2
Không biết / không ảnh hưởng	29	52,7
Tổng số	55	100

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu cho rằng không biết/ không ảnh hưởng chiếm tỷ lệ cao nhất (52,7%), tiếp đó là không nên ăn phụ tạng động vật (38,2%) và tỷ lệ thấp nhất cho rằng nên ăn (9,1%).

Bảng 3.14. Ảnh hưởng của chất kích thích đến bệnh THA.

Hiểu biết	Số lượng	Tỷ lệ %
Anh hưởng tốt	1	1,8
Anh hưởng xấu	47	85,4
Không biết / không ảnh hưởng	7	12,8
Tổng số	55	100

Nhận xét: Đa số đối tượng nghiên cứu cho rằng chất kích thích ảnh hưởng xấu đến bệnh THA (85,4%), tiếp đó là không biết/ không ảnh hưởng (12,8%) và tỷ lệ thấp nhất cho rằng ảnh hưởng tốt (1,8%).

Bảng 3.15. Đánh giá kiến thức chung về chế độ dinh dưỡng của bệnh nhân THA

Kiến thức	N	Tỷ lệ (%)
Đầy đủ	30	54,5
Không hoặc chưa đầy đủ	25	45,5
Tổng	55	100

Nhận xét: Nhóm đối tượng nghiên cứu có kiến thức chung đầy đủ chiếm tỷ lệ (54,5%), có kiến thức chung không và chưa đầy đủ là 45,5%.

IV. BÀN LUẬN

Tăng huyết áp là một trong những căn bệnh rất thường gặp hiện nay. Bệnh rất nguy hiểm vì có thể dẫn đến đột quỵ, suy thận, suy tim... Điều trị cao HA, bên cạnh việc ăn uống đều đặn, tập thể dục thường xuyên, bỏ thuốc lá, hạn chế rượu bia, một chế độ dinh dưỡng hợp lý sẽ giúp kiểm soát HA tốt và giảm nguy cơ bị biến chứng tim mạch cho người bệnh.

4.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Bảng 3.1 cho thấy có 55 đối tượng tham gia nghiên cứu tại Trung tâm Tim mạch BVĐK tỉnh Hải Dương. Tỷ lệ có 40,0% nam ít hơn so với 60,0% nữ điều này có thể lý giải là do phụ nữ có ý thức quan tâm, chăm sóc đến sức khỏe hơn, điều này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu trên thế giới về sự quan tâm, chú ý tới sức khỏe của nữ giới cao hơn so với nam giới.

4.2 Tình trạng dinh dưỡng. Chỉ số BMI (Body mass Index) được WHO (2000, 2004) khuyến cáo sử dụng để đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người trưởng thành. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các đối tượng tham gia nghiên cứu có BMI bình thường (18,5- 22,9) 40%, 60% đối tượng thừa cân. Trong đó số đối tượng tiền béo phì (23- 24,9) chiếm 9,1% và 50,9% đối tượng đang ở mức độ béo phì độ I (25-29,9). Số đối tượng nghiên cứu ở cả hai giới có vòng eo lý tưởng còn chiếm tỉ lệ thấp, cụ thể: nam (≤ 90 cm) chiếm 31,8%, nữ (≤ 80 cm) chiếm 9,1%. Tỷ số VE/VM cao đã được chấp nhận như một phương pháp để xác định đối tượng có tích lũy mỡ ở bụng và có liên quan đến nguy cơ bệnh tim mạch cũng như THA hơn là toàn bộ khối mỡ cơ thể. Tỷ lệ VE/VM cao ở nghiên cứu của chúng tôi là 54,5% ở nam thấp hơn 72,7% ở nữ. tỷ lệ này không phù hợp với nghiên cứu năm 2005 về tỷ lệ (VE/VM nam là 23,1%; nữ là 61,8%); và kết quả nghiên cứu của Đinh Vạn Trung và cộng sự (VE/VM nam là 34,3%, nữ là 62,7%). Sự khác biệt kết quả nghiên cứu này so với các kết quả nghiên cứu trước đó có thể do sự khác biệt về vùng miền và điều kiện kinh tế và văn hóa.

4.3 Kiến thức của đối tượng nghiên cứu.

Theo kết quả nghiên cứu của nhóm cho thấy đa số đối tượng tham gia nghiên cứu nhận thức về việc tuổi càng cao càng dễ bị THA là đúng chiếm tỷ lệ cao rõ rệt (80,0%). Số đối tượng nghiên cứu chưa có thói quen khám sức khỏe định kì mà chỉ đi khám khi mệt mỏi hay khi có biểu hiện của bệnh thậm chí là không đi khám, tỷ lệ này chiếm 20,0%. Có 23,6% đối tượng kiểm tra huyết áp hàng ngày, bên cạnh đó vẫn còn một tỷ lệ khá lớn đối tượng không bao giờ kiểm tra HA (29,1%). Và trong điều trị THA: có 52,7% đối tượng uống thuốc theo toa, 41,8% uống thuốc khi THA, 5,5% đối tượng không uống thuốc điều trị THA. So với 44,8% bệnh nhân tuân thủ điều trị THA, 32,8% bệnh nhân không uống thuốc theo nghiên cứu của Vũ Xuân Phú và Nguyễn Minh Phương (2011) "Nghiên cứu cắt ngang có phân tích về tuân thủ điều trị THA trên 250 đối tượng tại 4 phường của TP Hà Nội". Như vậy, hiểu biết của các đối tượng nghiên cứu về THA cũng như các hành vi bất lợi như không bao giờ kiểm tra HA, chỉ uống thuốc khi THA hay không uống thuốc... là những điều người nhân viên y tế cần chú ý để tuyên truyền giáo dục cho bệnh nhân THA nhằm giúp họ kiểm soát HA. Có 61,8% đối tượng được bác sĩ điều dưỡng phổ biến kiến thức hoặc đọc sách báo về chế độ dinh dưỡng cho người tăng huyết áp lớn hơn nhiều so với 19,8% theo nghiên cứu của Trần Thị Kim (2011) qua nghiên cứu 202 bệnh nhân được điều trị nội trú tại khoa nội BV trường DH y - dược Huế. Điều này cho thấy các đối tượng ở nghiên cứu này vẫn còn nhiều đối tượng chưa được tiếp xúc với kiến thức dinh dưỡng về tăng HA. Điều này đòi hỏi các nhân viên y tế cần tăng cường phổ biến kiến thức dinh dưỡng cho người tăng huyết áp nhằm giúp họ có kiến thức đúng để áp dụng cho chế độ ăn của mình. Về điều chỉnh cân nặng có 32,7% số đối tượng cho rằng nên giữ nguyên cân nặng, tiếp đến là 41,8% số đối tượng cho rằng nên giảm cân, ăn theo thói quen và chế độ ăn tăng cân lần lượt là lựa chọn của 20,1% và 5,4% đối tượng nghiên cứu.

Tỷ lệ đối tượng đồng ý hạn chế ăn mặn chiếm tỷ lệ khá cao là 67,3%, Nhận thức này cũng phù hợp vì bệnh nhân THA thường được nhân viên y tế khuyến hạn chế ăn mặn. Kiến thức về chế độ ăn tăng cường rau xanh, hoa quả tươi được biết đến nhiều nhất là 94,5%. Tiếp theo đó là kiến thức về tác động xấu của chất kích thích (rượu, bia, chè, cà phê, thuốc lá...) chiếm 85,4% tỷ lệ này là 68,32% theo nghiên cứu của Trần Thị Kim (2011) qua nghiên cứu 202 bệnh nhân được điều

trị nội trú tại khoa nội BV trường DH y - dược Huế. Các kiến thức khác như tăng cường kalo, calci, vitamin và ảnh hưởng xấu của chế độ ăn nhiều đường, bánh kẹo ngọt chiếm tỷ lệ lần lượt là 41,8% và 67,3%. Chế độ ăn ít phù tạng động vật tốt cho bệnh THA được các đối tượng biết đến ít nhất (38,2%) do ít được tư vấn về ảnh hưởng của việc ăn nhiều phù tạng đến huyết áp và tình trạng ăn uống theo thói quen. Cần tăng cường phổ biến và tuyên truyền về tác hại của việc ăn nhiều phù tạng động vật đến sức khỏe cũng như ảnh hưởng của việc ăn phù tạng động vật đến bệnh cao HA. Nhóm đối tượng nghiên cứu cho rằng việc duy trì tập luyện thể dục – thể thao đối với bệnh THA là quan trọng chiếm tỷ lệ khá cao (74,5 %), tiếp đến 20,0% đối tượng cho rằng bình thường và thấp nhất là 5,5% đối tượng cho rằng không quan trọng. Tuy nhiên tỷ lệ này vẫn còn thấp so với 92,9% số đối tượng cho rằng việc tập luyện là quan trọng theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Ut và cộng sự (2007). Sự chênh lệch giữa các kết quả nghiên cứu có thể là do phạm vi nghiên cứu của chúng tôi hẹp hơn, sự khác nhau về vùng miền có ảnh hưởng đến các yếu tố kinh tế, xã hội, lao động và kiến thức của đối tượng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân có kiến thức chung đầy đủ ghi nhận có 30 trường hợp chiếm 54,5% trong tổng số bệnh nhân điều tra số còn lại là 25 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 45,5% vẫn còn có kiến thức không hoặc có kiến thức vẫn chưa đầy đủ. Do đó, trong công tác giáo dục sức khỏe cần chú trọng đến những kiến thức mà bệnh nhân chưa nắm được để họ có cái nhìn tổng quát về nguy cơ bệnh tật của mình.

V. KẾT LUẬN

1. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân tăng huyết áp tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương 11/2016:

- Tỷ lệ béo bụng: nam có vòng eo >90 cm là 68,2%; nữ có vòng eo >80cm là 90,9%.

- Tỷ lệ nam có VE/VM lớn là 54,5%; nữ là 72,7%.

2. Kiến thức về chế độ dinh dưỡng của bệnh nhân THA tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương 11/2016:

- Tỷ lệ cao đối tượng nghiên cứu cho rằng chế độ ăn rất ảnh hưởng và ảnh hưởng đến bệnh THA (lần lượt là 30,9 và 34,5%).

- Tỷ lệ các đối tượng nghiên cứu nhận thức về việc hạn chế lượng muối trong khẩu phần ăn rất cao 67,3%.

- Tỷ lệ các đối tượng nghiên cứu nhận thức về việc tăng cường rau xanh hoa quả tươi trong khẩu phần ăn rất cao 94,5%.

- Tỷ lệ các đối tượng nghiên cứu nhận thức về việc bổ sung lượng Kali trong khẩu phần ăn là 41,8%.

- Tỷ lệ các đối tượng nghiên cứu nhận thức được ảnh hưởng xấu của chế độ ăn nhiều đường, bánh kẹo ngọt là 67,3%.

- Tỷ lệ các đối tượng nghiên cứu nhận thức được việc không nên ăn phù tạng động vật là 38,2%.

- Tỷ lệ các đối tượng nghiên cứu nhận thức được ảnh hưởng xấu của chất kích thích đến bệnh THA rất cao 85,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Lâm Việt (2011), "Tăng huyết áp - Vấn đề cần được quan tâm hơn", Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống THA.
2. Nguyễn Thị Lâm – TS Nguyễn Thanh Hà. *Dinh dưỡng điều trị bệnh tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu và đái tháo đường*, NXB Y học (2004).
3. Phạm Tử Dương (2007), *Bệnh tăng huyết áp*, NXB Y học, tr. 17-47.
4. Phạm Khuê (2000), *Để phòng tai biến mạch máu não ở người cao tuổi*, NXB Y học, Hà Nội.
5. Adrogué HJ, Madias NE. Sodium and Potassium in the Pathogenesis of Hypertension. *New Engl J Med* 2007;356:1966-78. [http://www.nejm.org].

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ XOẪN TÚI MẬT Ở TRẺ EM: BÁO CÁO CA BỆNH

Trần Anh Quỳnh*, Phạm Duy Hiền*, Trần Xuân Nam*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Trình bày đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi điều trị xoắn túi

*Khoa Ngoại tổng hợp - Bệnh viện Nhi Trung Ương
Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Quỳnh
Email: tranquynh_nhp@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.9.2017
Ngày phản biện khoa học: 31.10.2017
Ngày duyệt bài: 9.11.2017

mật ở trẻ em. **Phương pháp:** Nghiên cứu lâm sàng, mô tả một ca bệnh. **Kết quả:** Trẻ nữ 9 tuổi, đau bụng đột ngột hạ sườn phải kèm buồn nôn. Khám lâm sàng có phản ứng thành bụng ở dưới sườn phải, bạch cầu và men gan không tăng. Siêu âm có túi mật căng to, thành dày, không có sỏi mật. Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là viêm túi mật cấp và được phẫu thuật với chẩn đoán trong mổ là xoắn túi mật hoại tử. Bệnh nhân đã được phẫu thuật nội soi tháo xoắn, cắt túi mật. Tình trạng ổn định, bệnh nhân được ra viện sau 2 ngày. Kết quả giải phẫu bệnh là túi mật xuất huyết hoại tử toàn bộ túi mật. **Kết luận:** Xoắn túi mật là bệnh lý rất hiếm gặp ở trẻ em. Phẫu thuật nội soi là khả thi và an toàn trong điều trị bệnh lý này.

Từ khóa: xoắn túi mật, trẻ em, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC SUGERY FOR GALLBLADDER TORSION IN CHILDREN: A CASE REPORT

Objective: To present clinical and laboratory findings of gallbladder torsion in children. **Methods:** case report. **Results:** A female 9 years old was admitted to our hospital with acute onset of abdominal pain with vomiting. At admission, physical examination revealed board rigidity and tenderness in right upper quadrant with no elevation of leucocyte and SGOT, SGPT. A preoperative sonographic diagnosis showed: a big and thickened wall gallbladder without gallstones. The preoperative diagnosis was acute cholecystitis and intraoperative diagnosis was: torsion of gallbladder. The patient was operated with untwist and cholecystectomy. The postoperative condition was stable and the patient was discharged after 2 day. Histopathological examination revealed an entirely acute hemorrhagic and necrotizing gallbladder. **Conclusion:** Gallbladder torsion is a rare disease in children. Laparoscopic surgery for torsion of gallbladder is feasible and safe.

Keywords: Torsion of gallbladder, children, laparoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xoắn túi mật là một tình trạng bệnh lý hiếm gặp, có thể gây ra hội chứng bụng cấp. Bệnh lý này được mô tả lần đầu tại Wendell vào năm 1898 và cho tới nay có khoảng 400 ca bệnh được báo cáo trên toàn thế giới. Do tính chất hiếm gặp nên các báo cáo trong y văn chủ yếu là báo cáo lâm sàng mô tả một hoặc vài ca bệnh [2], [5], [6]. Các triệu chứng lâm sàng phụ thuộc vào mức độ xoắn, do đó chẩn đoán trước mổ thường rất khó khăn và thường nhầm với các bệnh lý cấp cứu khác. Xoắn túi mật ở trẻ em rất hiếm gặp. Có ít báo cáo tại Việt Nam đề cập đến điều trị bệnh lý này bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) [7]. Chúng tôi báo cáo một trường hợp xoắn túi mật hoại tử ở trẻ em được điều trị thành công bằng PTNS.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 9 tuổi, có bệnh sử đau đột ngột hạ sườn phải, kèm buồn nôn và nôn. Khám bụng: ấn đau HSP và có phản ứng thành bụng tại vị trí này. Bệnh nhân được chỉ định xét nghiệm công thức máu và chức năng gan, các kết quả đều nằm trong giới hạn bình thường.

Siêu âm bụng thấy hình ảnh túi mật căng to, thành túi mật dày 9mm, túi mật có dịch trong. Dấu hiệu Murphy dương tính với đầu dò siêu âm, và không thấy sỏi túi mật trên siêu âm.

CT bụng cho thấy thành túi mật dày, có dịch quanh túi mật, bên trong có tổ chức tăng tỉ trọng dạng bùn mật (hình 1)



Hình 1: CT ổ bụng với hình ảnh dày thành túi mật, có dịch quanh túi mật.

Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi với chẩn đoán trước mổ là viêm túi mật không do sỏi có khả năng hoại tử. Khi mở bụng ra thấy túi mật căng tím to, có một số vùng hoại tử, không thấy giường túi mật. Túi mật xoắn hơn 2 vòng theo chiều kim đồng hồ quanh mạc treo túi mật ở cổ túi mật, không có sỏi trong túi mật (hình 2).

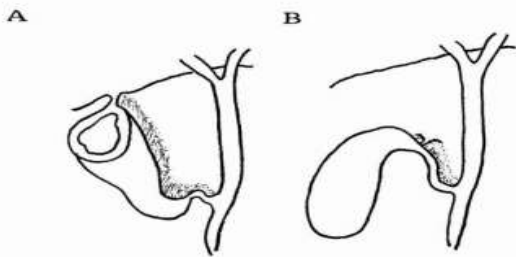


Hình 2: Hình ảnh túi mật căng to xoắn tím đen trong mổ

Tiến hành tháo xoắn, phẫu tích bộc lộ ống cổ túi mật và clip 5 mm ống cổ túi mật, cắt túi mật và lấy túi mật qua lỗ trocar ở rốn. Kết quả giải phẫu bệnh là túi mật hoại tử xuất huyết. Tổng thời gian mổ là 25 phút. Bệnh nhân xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 2.

IV. BÀN LUẬN

Xoắn túi mật có thể gặp ở bất kì độ tuổi và giới nào nhưng hay gặp ở những bệnh nhân nữ lớn tuổi [6]. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất được báo cáo trong y văn là ở một trẻ 2 tuổi, nhưng độ tuổi hay gặp nhất ở trẻ em là từ 6 tới 13 tuổi [4], [5]. Xoắn túi mật nguyên nhân có thể do bất thường giải phẫu bẩm sinh của túi mật gặp trong 4% dân số [2]. Gross chia xoắn túi mật thành 2 typ: typ A có đặc điểm là túi mật và ống cổ túi mật dính vào mặt dưới gan bằng một mạc treo và typ B là chỉ có ống cổ túi mật được dính vào với gan (Hình 3) [2].



Hình 3: Phân loại xoắn túi mật thành 2 tuýp theo Gross [2]

Sỏi mật không được xem là yếu tố nguy cơ của xoắn túi mật vì nó chỉ được báo cáo xuất hiện từ 25-50 % các trường hợp xoắn túi mật ở người lớn [3]. Bệnh nhân của chúng tôi trong nghiên cứu này cũng không phát hiện sỏi mật trước và trong mổ.

Chẩn đoán chính xác xoắn túi mật trước mổ đặc biệt khó bởi mức độ hiếm gặp của bệnh lý này, các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng rất giống viêm túi mật cấp [1], [7]. Bệnh cảnh khởi

phát cấp tính, hiếm khi có sốt và vàng da [6]. Nakao [1] báo cáo chỉ có 9,8 % các trường hợp xoắn túi mật (cả ở trẻ em và người lớn) được chẩn đoán chính xác trước mổ. Chẩn đoán phân biệt giữa xoắn túi mật và viêm túi mật cấp đặc biệt quan trọng vì quan điểm điều trị 2 bệnh lý này rất khác nhau. Với viêm túi mật cấp, khởi đầu có thể bằng điều trị bảo tồn nhưng nó sẽ đặc biệt nguy hiểm nếu điều trị bảo tồn kéo dài với xoắn túi mật cấp [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân được điều trị bảo tồn ban đầu với chẩn đoán viêm túi mật cấp bằng kháng sinh, nhịn ăn và thuốc giãn cơ trơn nhưng tình trạng bệnh nhân không được cải thiện nên đã được phẫu thuật. Các xét nghiệm cận lâm sàng đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán xoắn túi mật trước mổ. Siêu âm bao gồm: túi mật to, nằm phía trước hoặc sang trái, di động kém, dày đáng kể vách túi mật, không sỏi [7]. Có thể có dấu hiệu xoắn vặn "Whirl sign", trục dọc túi mật nằm ngang hơn so với trục thẳng đứng, rất gợi ý xoắn túi mật [7]. Chụp cắt lớp ổ bụng thường không đặc hiệu với hình ảnh túi mật to, dày thành túi mật.

Phát hiện sớm và phẫu thuật kịp thời sẽ đem lại kết quả điều trị tốt cho bệnh lý này, tránh để xảy ra tình trạng thủng và viêm phúc mạc mật [3]. Trước đây điều trị kinh điển cho bệnh lý này là mổ mở cắt túi mật. Tuy nhiên với sự phát triển và phổ biến của PTNS như hiện nay, đây dần đã trở thành một phương pháp ưu thế cho điều trị bệnh lý này. Ưu điểm của PTNS là với kĩ thuật xâm lấn tối thiểu, giúp khẳng định chẩn đoán, bệnh nhân hồi phục nhanh hơn, với sẹo mổ thẩm mỹ hơn [4]. Trong xoắn túi mật, túi mật không được cố định vào gan, tháo xoắn và cắt túi mật tương đối đơn giản. Bệnh nhân của chúng tôi được phẫu thuật với tổng thời gian mổ là 25 phút và ra viện sau 2 ngày. Nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác cho thấy PTNS là một phương pháp khả thi và an toàn trong điều trị bệnh lý này.

V. KẾT LUẬN

Xoắn túi mật là một bệnh lý cấp cứu ngoại khoa hiếm gặp, đặc biệt ở trẻ em. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng thường không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với các bệnh lý cấp cứu ổ bụng khác. Phẫu thuật nội soi là khả thi, an toàn và hiệu quả trong điều trị xoắn túi mật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carter R, Thompson RJ Jr., Brennan LP, Hinshaw DB (1963). "Volvulus of the gallbladder". *Surg Gynecol Obstet*;116:105-108.
2. Gross R. (1936) "Congenital anomalies of the gallbladder. A review of 148 cases with report of a double gallbladder", *Arch Surg*, 32, pp 131-162.
3. Janakan G, Ayantunde AA, Hoque H. (2008) "Acute gallbladder torsion: an unexpected intraoperative finding" *World J Emerg Surg*, pp 3: 9.
4. Kimura T, Yonemura T, Yamauchi K, et al (2008) "Laparoscopic treatment of gallbladder volvulus: A pediatric case report and literature review". *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*; 18, pp 330 -334.
5. Levard G, Weil D, Barret D, et al. (1994) "Torsion of the gallbladder in children". *J Pediatr Surg*. 29, pp 569 -570.
6. Nakao A, Matsuda T, Funabiki S, et al (1999). "Gallbladder torsion: case report and review of 245 cases reported in the Japanese literature". *J hepatobiliary Pancreat Surg*;6:pp 418 - 421.
7. Nguyễn Hữu Chí, Đào Trung Hiếu (2010). "Hình ảnh siêu âm xoắn túi mật ở trẻ em" *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 14, Phụ bản số 4.

BIẾN THIÊN NHỊP TIM THEO THỜI GIAN VÀ PHỔ TẦN TRONG LAO ĐỘNG Ở NHÂN VIÊN VẬN HÀNH ĐIỆN

Nguyễn Thu Hà*, Nguyễn Đức Sơn*

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành nhằm mô tả đặc điểm biến thiên nhịp tim (BTNT) trong ca lao động ở nhân viên vận hành điện. Tổng số 34 nhân viên vận hành điện với tuổi đời trung bình là $35 \pm 6,5$ và thâm niên nghề $11 \pm 7,9$ năm đã tham gia nghiên cứu. Các nhân viên vận hành điện được ghi Holter điện tim trong ca lao động bằng hệ thống ghi Holter điện tim 24h MSC-8800 Holter Monitoring cài phần mềm phân tích dữ liệu MSI (Mỹ). Trong quá trình ghi Holter điện tim các đối tượng hoạt động lao động bình thường. Phân tích đặc điểm điều kiện lao động cùng với các chỉ số biến thiên nhịp tim theo thời gian và theo phổ tần. Kết quả cho thấy: tần số nhịp tim trung bình (TSNTTB) trong ca lao động ở nhân viên vận hành điện là $81,4 \pm 9,3$ nhịp/phút; tần số nhịp tim (TSNT) tối thiểu là $68,3 \pm 10,0$ nhịp/phút; TSNT tối đa là $107,0 \pm 14,7$ nhịp/phút. Các chỉ số BTNT theo thời gian trong ca lao động ở nhân viên vận hành điện: SDNN là $79,7 \pm 40,5$ ms; SDNN index là $59,1 \pm 27,8$ ms; SDANN index là $54,2 \pm 31,7$ ms; Mean RR là $779 \pm 105,7$ ms; mRRSD là $36,7 \pm 17,6$ ms; pNN50 là $16,3 \pm 15,0$ %. Các chỉ số BTNT theo phổ tần số trong ca lao động ở nhân viên vận hành điện: ULF là $0,27 \pm 0,255$; VLF là $1,73 \pm 1,543$; LF là $4,47 \pm 3,927$; HF là $9,51 \pm 9,339$ và tỷ số LF/HF là $0,51 \pm 0,085$. Điều kiện lao động của nhân viên vận hành điện mang tính chất đặc thù riêng cho nghề nghiệp, căng thẳng về thần kinh tâm lý cao. Các tác giả khuyến nghị cần có các biện pháp để cải thiện điều kiện lao động tốt hơn cho nhân viên vận hành điện.

Từ khóa: Biến thiên nhịp tim, nhân viên vận hành điện

SUMMARY

*Viện Sức khỏe nghề nghiệp và Môi trường
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Hà
Email: thuahyld@gmail.com
Ngày nhận bài: 11.9.2017
Ngày phản biện khoa học: 30.10.2017
Ngày duyệt bài: 13.11.2017

HEAR RATE VARIABILITY OF TIME-DOMAIN AND FREQUENCY-DOMAIN IN WORKING TIME OF ELECTRIC OPERATOR

This study was carried out to study Heart Rate Variability (HRV) in working time of Electric Operators. Thirty four (34) electric operators with 35 ± 6.5 years of age and 11 ± 7.9 working years took part in this study. Electric Operators were recorded by ECG Holter MSC-8800 Holter Monitoring with Medical Systems International software (USA). During recorded time by ECG Holter, workers worked as usual. Analysis working condition and HRV by time-domain measurements and frequency domain measurements. The results showed that: during working time, electric operator's mean heart rate (HR) is 81.4 ± 9.3 rhythm/minute, the min-HR is 68.3 ± 10 rhythm/minute, the max-HR 107 ± 14.7 rhythm/minute. The time-domain indices: SDNN 79.7 ± 40.5 ms; SDNN index 59.1 ± 27.8 ms; SDANN index 54.2 ± 31.7 ms; Mean RR 779 ± 105.7 ms; mRRSD 36.7 ± 17.6 ms; pNN50 là $16.3 \pm 15\%$. The frequency-domain indices: ULF 0.27 ± 0.255 ; VLF 1.73 ± 1.543 ; LF 4.47 ± 3.927 ; HF 9.51 ± 9.339 and LF/HF 0.51 ± 0.085 . The working condition of electric operators is special characteristic. The author recommended that it is necessary to apply some solutions for improving working condition of electric operators.

Key words: Heart Rate Variability, Electric operator

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật, trong những năm gần đây, áp dụng các nghiên cứu Biến thiên nhịp tim (BTNT) trong nhiều lĩnh vực y sinh học ngày càng có cơ hội phát triển rộng rãi nhờ phân tích trên máy vi tính (máy Holter điện tim). Nhờ thiết bị này, ngoài nghiên cứu chẩn đoán các biến đổi và tình trạng rối loạn bệnh lý tim mạch còn có thể đánh giá được trạng thái thần kinh thực vật thông qua các chỉ số BTNT trong thời gian dài về hai khía cạnh: thứ nhất phân tích dao động theo lĩnh vực thời gian (SD

và V) và thứ hai trong lĩnh vực phổ tần. BTNT là sự thay đổi thời khoảng RR trên điện tim trong một khoảng thời gian nhất định. BTNT là biểu hiện cơ chế điều hoà thăng bằng hoạt động của tim. Hệ thần kinh tự động có ảnh hưởng rất lớn đến hệ tim mạch. Các yếu tố có ảnh hưởng quan trọng đến nhịp tim là thần kinh giao cảm, phó giao cảm, sự tương tác giữa thần kinh giao cảm và phó giao cảm. Đo được chỉ số BTNT sẽ cho các thông tin có ích để đánh giá tình trạng sức khỏe, đánh giá căng thẳng chức năng hệ tim mạch. Giảm BTNT sẽ giảm trương lực thần kinh phó giao cảm và tăng trương lực thần kinh giao cảm, nguy cơ cao gây rung thất và đột tử. HF-tần số cao biểu hiện trương lực thần kinh phó giao cảm; LF-tần số thấp biểu hiện trương lực thần kinh giao cảm và tỷ số LF/HF biểu hiện quan hệ tương hỗ giữa giao cảm và phó giao cảm [7].

Nhiều tác giả đã dùng máy ghi Holter điện tâm đồ 24 giờ để nghiên cứu BTNT trong các hoạt động điều khiển chức năng tự động tim như một chỉ số dự báo về tử vong và bệnh tim mạch, nghiên cứu thay đổi các chỉ số BTNT trên người lao động do ảnh hưởng của các yếu tố tác hại nghề nghiệp (bụi, hoá chất, stress nghề nghiệp...) cũng như giá trị để tiên lượng trong các bệnh như tăng huyết áp, bệnh mạch vành, suy tim [1] [2].... Phần lớn các nghiên cứu này đều sử dụng phương pháp phân tích toán học nhịp tim để đánh giá căng thẳng chức năng hệ tim mạch theo phương pháp Baevski (phương pháp của Nga) thông qua phân tích các chỉ số thống kê toán học nhịp tim. Nghiên cứu BTNT trong ca lao động bằng phương pháp ghi Holter điện tâm đồ 24 giờ là một phương pháp đang bắt đầu được quan tâm trong lĩnh vực này. *Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm biến thiên nhịp tim trong ca lao động ở nhân viên vận hành điện.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 34 nhân viên vận hành điện khỏe mạnh, không mắc các bệnh về tim mạch, không dùng các chất kích thích, các thuốc có ảnh hưởng đến hệ tim mạch.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: theo phương pháp mô tả cắt ngang

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Đánh giá điều kiện lao động đặc thù của nhân viên y tế: Quan sát, phân tích các đặc điểm điều kiện lao động đặc thù, bấm thời gian lao động.

- Đặc điểm các chỉ số biến thiên nhịp tim trong lao động.

Sử dụng hệ thống máy ghi Holter điện tim 24

giờ MSC-8800 Holter Monitoring được cài phần mềm phân tích dữ liệu MSI (Medical Systems International), hệ điều hành Microsoft Windows của Mỹ. Trong quá trình ghi Holter điện tim các đối tượng hoạt động lao động bình thường. Phân tích các chỉ số BTNT dựa trên phần mềm đã được tính toán sẵn sau khi loại trừ các yếu tố nhiễu. Các chỉ số BTNT gồm:

*Các chỉ số BTNT theo thời gian

- SDNN: Độ lệch chuẩn của tất cả các thời khoảng R-R bình thường trên Holter điện tim, đơn vị tính là miligiây.

- SDNN index: Số trung bình của độ lệch chuẩn tất cả các thời khoảng R-R bình thường trên toàn bộ các đoạn 5 phút của Holter điện tim, đơn vị là miligiây.

- SDANN index: Độ lệch chuẩn của số trung bình của tất cả các thời khoảng R-R bình thường trên toàn bộ các đoạn 5 phút của Holter điện tim, đơn vị là miligiây.

- rMSSD: Căn bậc hai của số trung bình của bình phương sự khác biệt giữa những thời khoảng R-R bình thường đi sát nhau trong một kết quả Holter điện tâm đồ, đơn vị là miligiây.

- pNN50: Tỷ lệ của sự khác biệt giữa các thời khoảng R-R bình thường đi sát nhau mà lớn hơn 50 miligiây được tính toán trên toàn bộ Holter điện tâm đồ, đơn vị là phần trăm.

*Các chỉ số biến thiên nhịp tim theo phân tích phổ tần số

- HF: Độ lớn của BTNT trong dải tần số cao, từ 0,15-0,4Hz.

- LF: Độ lớn của BTNT trong dải tần số thấp, từ 0,04 - dưới 0,15Hz.

- VLF: Độ lớn của BTNT trong dải tần số rất thấp, từ 0,0033 - dưới 0,04Hz.

- ULF: Độ lớn của BTNT trong dải tần số cực thấp, từ 0 - dưới 0,0033Hz.

- TP: Tổng độ lớn của BTNT trên tất cả các dải tần số theo phân tích phổ tần số, từ 0-0,4Hz.

Đơn vị tính của các chỉ số BTNT theo phân tích phổ tần đều là miligiây².

- Tỷ số LF/HF: như một chỉ số đặc trưng cho hoạt động trương lực của thần kinh giao cảm. Độ lớn của LF/HF là một chỉ số có giá trị để đánh giá cân bằng của hoạt động giao cảm - phó giao cảm.

- Các số liệu nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê y học và bằng chương trình phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Điều kiện lao động đặc thù của nhân viên vận hành điện. Cũng như các ngành nghề khác, lao động của nhân viên vận hành điện

cũng có những đặc điểm đặc thù riêng biệt. Thời gian làm việc của nhân viên vận hành điện trong một ca lao động là 8 giờ. Làm việc 3 ca: ca sáng, ca chiều và ca đêm. Ca sáng làm từ 6 giờ sáng đến 14 giờ, ca chiều làm từ 14 giờ đến 22 giờ và ca đêm làm từ 22 giờ đến 6 giờ sáng hôm sau. Trong mỗi ca lao động các nhân viên vận hành điện phải quan sát khoảng 200 các loại đồng hồ, máy móc, thiết bị khác nhau. Các thông tin về chế độ hoạt động của hệ thống được truyền qua các chỉ số theo kim, bản ghi biểu đồ, bảng số, các tín hiệu âm thanh và ánh sáng; các thông tin thể hiện chế độ làm việc của thiết bị lò hơi và tuốc bin, mức tải của máy phát điện, hoạt động của máy biến thế, thiết bị phân chia, điện thoại, đường dây tự bảo vệ, diễn biến của các nhà máy điện trong hệ thống để điều chỉnh, xử lý kỹ thuật... đều phải được các nhân viên vận hành điện nắm vững tình hình, phán đoán đúng, xử lý nhanh và truyền mệnh lệnh chính xác. Các mệnh lệnh truyền đi đều được ghi âm lại, quá trình vận hành luôn có hệ thống camera được gắn tại các

vị trí trong dây chuyền giám sát và ghi lại các hoạt động, thao tác, đàm thoại..., tạo ra áp lực công việc cao ở các nhân viên vận hành điện.

2. Đặc điểm biến thiên nhịp tim trong lao động ở nhân viên vận hành điện

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

TT	Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	Giá trị
1	Tổng số đối tượng (n)	34
2	Tuổi trung bình (năm)	35,0±6,5
3	Thâm niên trung bình (năm)	11,0±7,9
4	Giới: Nam	100%
5	Phân nhóm theo ca làm việc	
	Ca sáng	16(47,1%)
	Ca chiều	16(47,1%)
	Ca đêm	2(5,8%)

Tổng số 34 nhân viên vận hành điện với tuổi đời trung bình là 35±6,5 và thâm niên nghề 11±7,9 năm đã tham gia nghiên cứu. Trong số 34 nhân viên vận hành điện tham gia nghiên cứu có 47,1% nhân viên làm ca sáng, số nhân viên làm ca chiều là 47,1% và có 5,8% nhân viên làm ca đêm.

Bảng 2. Tần số nhịp tim trong ca lao động ở nhân viên vận hành điện

TT	Các chỉ số	Ca sáng	Ca chiều	Ca đêm	Chung
1	TSNTTB	84,8±6,5	79,8±9,6	66,5±13,4	81,4±9,3
2	TSNT tối thiểu	71,8±7,3	66,7±9,9	53,0±18,4	68,3±10,0
3	TSNT tối đa	108,0±9,6	108,6±18,8	92,5±3,5	107,0±14,7

TSNTTB ở các nhân viên vận hành điện trong ca lao động là 81,4±9,3 nhịp/phút; TSNT tối thiểu là 68,3±10,0 nhịp/phút; TSNT tối đa là 107,0±14,7 nhịp/phút và khi nghỉ ngơi là 75,7±11,5 nhịp/phút.

Bảng 3. Các chỉ số biến thiên nhịp tim theo thời gian trong ca lao động ở nhân viên vận hành điện

TT	Các chỉ số	Ca sáng	Ca chiều	Ca đêm	Chung
1	SDNN	62,8±16,5	89,3±44,4	138,5±87,0	79,7±40,5
2	SDNN index	48,3±16,5	67,8±34,2	76,0±15,6	59,1±27,8
3	SDANNindex	40,7±9,8	60,7±30,4	110,5±88,4	54,2±31,7
4	Mean RR	724,5±39,3	815,5±109,8	914,5±242,5	779±105,7
5	rMSSD	29,6±12,3	42,4±20,6	47,5±6,4	36,7±17,6
6	pNN50	10,4±10,3	21,4±17,8	23,0±2,8	16,3±15,0

Các chỉ số BTNT theo thời gian được ghi trong ca lao động ở nhân viên vận hành điện có kết quả như sau: chỉ số SDNN trung bình là 79,7±40,5ms; chỉ số SDNNindex trung bình là 59,1±27,8ms; chỉ số SDANNindex trung bình là 54,2±31,7ms; chỉ số MeanRR trung bình là 779±105,7ms; chỉ số rMSSD trung bình là 36,7±17,6; chỉ số pNN50 trung bình là 16,3±15,0%.

Bảng 4. Các chỉ số biến thiên nhịp tim theo phổ tần trong ca lao động ở nhân viên vận hành điện

TT	Các chỉ số	Ca sáng	Ca chiều	Ca đêm	Chung
1	TP	9,5±6,2	20,7±18,7	22,6±9,096	15,514±14,548
2	ULF	0,168±0,123	0,348±0,323	0,421±0,221	0,268±0,255
3	VLF	1,152±0,774	2,173±1,963	2,826±0,946	1,731±1,543
4	LF	2,843±1,767	5,815±4,994	6,675±2,66	4,467±3,927
5	HF	5,616±3,76	12,917±12,04	13,398±5,729	9,509±9,339
6	LF/HF	0,522±0,077	0,493±0,098	0,502±0,143	0,507±0,085

Các chỉ số BTNT theo phổ tần được ghi trong ca lao động ở nhân viên vận hành điện có kết quả như sau: chỉ số TP trung bình là 15,514±14,548; chỉ số ULF trung bình là 0,268±0,255; chỉ số VLF

trung bình là $1,731 \pm 1,543$; chỉ số LF trung bình là $4,467 \pm 3,927$; chỉ số HF trung bình là $9,509 \pm 9,339$ và tỷ số LF/HF có trị số trung bình là $0,507 \pm 0,085$.

IV. BÀN LUẬN

Cân bằng của thần kinh tự chủ có vai trò quan trọng trong cả hoạt động điện học và cơ học của tim. Đo BTNT là một trong những phương pháp đánh giá chức năng thần kinh tự chủ thông qua cơ chế điều hoà và kiểm soát tần số tim bằng các phản xạ thần kinh giao cảm và thần kinh phó giao cảm. Nhiều bằng chứng cho thấy mối liên quan giữa BTNT và stress, bao gồm cả stress công việc. Các yếu tố stress thường có mối liên quan với tăng kiểm soát thần kinh giao cảm, giảm kiểm soát thần kinh phó giao cảm hoặc cả hai [6].

Nhân viên vận hành điện là một nghề có nguy cơ stress cao. Clays E. (2010) [4] ghi Holter điện tim cho 653 nam công nhân khỏe mạnh tuổi 40-55 trong ngày làm việc thấy các yếu tố gây stress công việc có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với giảm pNN50, giảm HF và tăng tỷ số LF/HF. Loerbroks A. (2010) [tham khảo qua 6] đã phân tích Holter điện tim trên 591 người lao động từ 17-65 tuổi chia làm 3 khoảng thời gian: thời gian làm việc, thời gian nghỉ ngơi và thời gian ngủ. Kết quả cho thấy có mối liên quan ngược lại căng thẳng cảm xúc và BTNT trong nhóm tuổi 35-44. Amelsvoor V.L.G. (2000) [3] nghiên cứu mối liên quan giữa stress nghề nghiệp với BTNT cho thấy: nhóm đối tượng có yêu cầu công việc cao thấy tăng cao LF so với nhóm đối tượng có yêu cầu công việc thấp. Kang M.G. (2004) [5] nghiên cứu trên 169 nam công nhân xưởng đóng tàu, kết quả cho thấy: ở nhóm công nhân bị ảnh hưởng của stress công việc cao có xu hướng giảm chỉ số SDNN và tăng tỷ số LF/HF so với nhóm công nhân bị ảnh hưởng của stress công việc thấp.

V. KẾT LUẬN

- Tần số nhịp tim trung bình trong ca lao động ở nhân viên vận hành điện là $81,4 \pm 9,3$ nhịp/phút; TSNT tối thiểu là $68,3 \pm 10,0$ nhịp/phút; TSNT tối đa là $107,0 \pm 14,7$ nhịp/phút.

- Các chỉ số BTNT theo thời gian trong ca lao động ở nhân viên vận hành điện: SDNN là $79,7 \pm 40,5$ ms; SDNN index là $59,1 \pm 27,8$ ms; SDANN index là $54,2 \pm 31,7$ ms; Mean RR là $779 \pm 105,7$ ms; mRRSD là $36,7 \pm 17,6$ ms; pNN50 là $16,3 \pm 15,0$ %. Các chỉ số BTNT theo phổ tần số trong ca lao động ở nhân viên vận hành điện: ULF là $0,27 \pm 0,255$; VLF là $1,73 \pm 1,543$; LF là $4,47 \pm 3,927$; HF là $9,51 \pm 9,339$ và tỷ số LF/HF là $0,51 \pm 0,085$.

- Điều kiện lao động của nhân viên vận hành điện mang tính chất đặc thù riêng cho nghề nghiệp, căng thẳng về thần kinh tâm lý cao.

KHUYẾN NGHỊ

Các tác giả khuyến nghị cần có các biện pháp để cải thiện điều kiện lao động tốt hơn cho nhân viên vận hành điện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Đình Cẩm (2006)**, *Nghiên cứu sự biến đổi các chỉ số biến thiên nhịp tim ở bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2*, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.
2. **Phạm Ngọc Phúc (2006)**, *Nghiên cứu các chỉ số biến thiên nhịp tim bằng Holter điện tim 24 giờ ở bệnh nhân suy tim mạn tính*, Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa cấp II, Bộ Quốc Phòng, Học Viện Quân Y.
3. **Amelsvoort V.L.G., Schouten E.G., Maan A.C. et al (2000)**, "Occupational determinants of heart rate variability", *Int Arch Occupational Environmental Health*, May; 73 (4):255-62.
4. **Clays E., Bacquer D.D., Crasset V. et al (2010)**, "The perception of work stressors is related to reduced parasympathetic activity", *Int Arch Occup Health*, 2010 May 1.
5. **Kang M.G., Kok S.B., Cha B.S. et al (2004)**, "Association between job stress on Heart Rate Variability and metabolic syndrome in shipyard male workers", *Yonsei Med J*, 2004 Oct 31; 45(5):838-46.
6. **Son M., Kim Y., Ye S. Et al (2008)**, "Chronic and acute effects of work-related factors on heart rate variability", *Korean J Occup Med*. 2008 dec; 20(4):314-325.
7. **Sredniava B., Musialik- Ludka A., Herdynska-Was M. et al. (1999)**, "The assessment and clinical significance of heart rate variability", *Pol. Merkuris Lek.*, 7(42), pp. 283- 288.

MỐI LIÊN QUAN TRIỆU CHỨNG BỆNH HÔ HẤP MẠN TÍNH VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA CÔNG NHÂN THU GOM RÁC THẢI CÔNG TY MÔI TRƯỜNG ĐÔ THỊ HÀ NỘI

Nguyễn Văn Bằng¹, Nguyễn Thị Thảo²,
Trần Thu Thủy², Nguyễn Thúy Quỳnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: tìm hiểu mối liên quan triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính với một số đặc điểm của công nhân thu gom rác thải. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 468 công nhân làm công việc thu gom rác thải làm việc tại 1 chi nhánh (chi nhánh Hai Bà Trưng) thuộc công ty môi trường đô thị Hà Nội đảm bảo tiêu chuẩn chọn. Công nhân trả lời nội dung trong bộ câu hỏi phỏng vấn: sử dụng bộ câu hỏi của hội lồng ngực Mỹ (ATS-DLD-78a: American Thoracic Society and the Division of Lung Diseases-1978 adult) để ghi lại các triệu chứng bệnh đường hô hấp; bộ công cụ được chia làm 2 phần: phần thông tin về sự xuất hiện các triệu chứng bệnh đường hô hấp công nhân sẽ tự điền; phần thông tin chung của đối tượng ĐTV tiến hành phỏng vấn. **Kết quả:** Công nhân TGRT có độ tuổi trung bình ($38,3 \pm 7,8$), tuổi trên 40 (42,3%), nữ (83,1%), cao đẳng, đại học (0,9%), đã kết hôn (88,9%), tỷ lệ công nhân không/chưa có con (4,3%), thâm niên nghề nghiệp ≤ 10 năm (60%), thời gian làm việc tại vị trí hiện tại > 5 năm (71,2%); công nhân có độ tuổi trên 40 tuổi nguy cơ xuất hiện triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính cao gấp 3,1 lần những công nhân dưới 40 tuổi ($p < 0,05$); công nhân làm ca tối nguy cơ xuất hiện triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính cao gấp 51,9 lần những công nhân làm ca khác ($p < 0,001$); công nhân làm việc trên 8 tiếng/ ngày nguy cơ xuất hiện triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính cao gấp 3,1 lần những công nhân làm dưới 8 tiếng/ ngày ($p < 0,05$). **Kết luận:** Công nhân có độ tuổi trên 40 tuổi nguy cơ xuất hiện triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính cao gấp 3,1 lần những công nhân dưới 40 tuổi ($p < 0,05$). Công nhân làm ca tối nguy cơ xuất hiện triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính cao gấp 51,9 lần những công nhân làm ca khác ($p < 0,001$). Công nhân làm việc trên 8 tiếng/ ngày nguy cơ xuất hiện triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính cao gấp 3,1 lần những công nhân làm dưới 8 tiếng/ ngày ($p < 0,05$).

Từ khóa: công nhân, rác thải; bệnh đường hô hấp mạn tính

SUMMARY

RELATIONSHIP OF SYMPTOMS OF CHRONIC RESPIRATORY DISEASE WITH A NUMBER CHARACTERISTIC OF WORKERS OF COLLECTION WASTE GARBAGE

Objects: to study relationship of symptoms of chronic respiratory disease with a number characteristic of workers of collection waste garbage. **Subjects and methods:** 468 workers directed collection waste garbage worked in one branch of URENCO, to make standard choice. Workers answer interview questionnaire: used questionnaire of

American Thoracic Society (ATS)(ATS-DLD-78a: American Thoracic Society and the Division of Lung Diseases-1978 adult) to record symptoms of respiratory diseases; questionnaire has 2 parts (information part about symptoms of respiratory diseases for workers writing, general information part of workers by investigators to interview). **Results:** workers of collection waste garbage have average age (38.3 ± 7.8), over 40 ages (42.3%), women (83.1%), degree of college and university (0.9%), marriage (88.9%), rate of workers no/not children yet (4.3%), seniority profession ≤ 10 years (60%), time for working in current places > 5 years (71.2%); workers have over 40 years the risk to occur symptoms of chronic respiratory diseases is 3.1 times higher than workers under 40 years ($p < 0.05$); workers have to work night shift the risk to occur symptoms of chronic respiratory diseases is 51.9 times higher than workers have to work different shift ($p < 0.001$); workers have to work over 8 hours a day the risk to occur symptoms of chronic respiratory diseases is 3.1 times higher than workers have to work under 8 hours ($p < 0.05$). **Results:** workers have over 40 years the risk to occur symptoms of chronic respiratory diseases is 3.1 times higher than workers under 40 years ($p < 0.05$); workers have to work night shift the risk to occur symptoms of chronic respiratory diseases is 51.9 times higher than workers have to work different shift ($p < 0.001$); workers have to work over 8 hours a day the risk to occur symptoms of chronic respiratory diseases is 3.1 times higher than workers have to work under 8 hours ($p < 0.05$).

***Key words:** worker, waste garbage, chronic respiratory diseases.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, trong những năm gần đây cùng với sự phát triển kinh tế xã hội là quá trình đô thị hóa diễn ra nhanh chóng đã trở thành nhân tố tích cực đối với phát triển kinh tế-xã hội (KT-XH) của đất nước. Tuy nhiên, bên cạnh những lợi ích về KT-XH, đô thị hóa nhanh đã tạo ra sức ép về nhiều mặt như suy giảm chất lượng môi trường và phát triển không bền vững. Tốc độ đô thị hóa nhanh dẫn đến dân số tập trung đông tại các thành phố; đây là một trong các yếu tố làm ảnh hưởng đến môi trường sống (vi khí hậu, tăng khối lượng rác thải, nước...). Khi đó công nhân môi trường đô thị làm nhiệm vụ thu gom rác thải có thể phải tăng khối lượng công việc và thời gian làm [1]. Công nhân thu gom rác thải (TGRT) thường xuyên phải duy trì đường phố sạch sẽ, giảm và hạn chế ảnh hưởng của rác thải với môi trường và xã hội. Đối với các nước đang phát triển như Trung Quốc, Ấn Độ và Việt Nam,... do nguồn lực còn hạn chế nên hầu hết quá trình làm sạch đường phố vẫn được thực hiện thủ công bằng sức người, quá trình làm việc sử dụng các trang thiết bị thô sơ (chổi, xẻng, xe

¹Bệnh viện Quân y 103,

²Đại học Y tế công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Bằng

Email: bangnvbs@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.10.2017

Ngày duyệt bài: 9.11.2017

đẩy,...). Mặt khác, tại Việt Nam chất thải thu gom ít khi được lưu trữ trong thùng/túi kín, khiến công nhân phải dùng xẻng xúc hoặc nhặt bằng tay, tiếp xúc trực tiếp với chất thải nhiều hơn đáng kể so với những công nhân làm việc ở các nước phát triển - những người thu gom rác qua các túi kín hoặc được chứa trong các thùng rác [5]. Một số yếu tố liên quan đến triệu chứng bệnh đường hô hấp mạn tính ở công nhân TGRT: các yếu tố liên quan đến điều kiện lao động (điều kiện khí hậu và nhiệt độ; phơi nhiễm với bụi, hơi khí độc và yếu tố vi sinh vật; thời gian làm việc; trang thiết bị bảo hộ lao động; kiến thức, truyền thông về an toàn vệ sinh lao động); các yếu tố liên quan đến đặc điểm cá nhân (sử dụng trang bị bảo hộ lao động, hút thuốc lá, tuổi và thâm niên làm việc; ngoài ra còn các yếu tố liên quan đến điều kiện sống. Khi biết các yếu tố ảnh hưởng đó có thể làm giảm các triệu chứng bệnh đường hô hấp trên công nhân TGRT. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *tìm hiểu mối liên quan triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính với một số đặc điểm của công nhân thu gom rác thải*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 468 công nhân làm công việc thu gom rác thải làm việc tại 1 chi nhánh (chi nhánh Hai Bà Trưng) thuộc công ty môi trường đô thị Hà Nội. Tiêu chuẩn chọn: công nhân có hợp đồng lao động, trực tiếp thu gom rác thải, làm việc ít nhất 1 năm trước thời điểm

nghiên cứu. Thời gian nghiên cứu: tháng 1/2017 đến tháng 6/2017

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu cắt ngang có phân tích.
- Bộ câu hỏi để phỏng vấn công nhân được chia làm 2 phần: phần thông tin về sự xuất hiện các triệu chứng bệnh đường hô hấp công nhân sẽ tự điền; phần thông tin chung của công nhân do điều tra viên tiến hành phỏng vấn. Ngoài ra, bộ công cụ thu thập thông tin về các yếu tố liên quan được xây dựng khi tham khảo các nghiên cứu khác đã thực hiện [2],[3]. Bộ câu hỏi ATS-DLD-78a được thiết kế có 7 nội dung bao gồm các câu hỏi về các triệu chứng đường hô hấp như: ho, đờm, thở khó khè, khó thở, cảm lạnh và bệnh về ngực; các câu hỏi về tiền sử bệnh trong quá khứ; và các câu hỏi về thông tin cá nhân. Các câu hỏi về các triệu chứng bệnh đường hô hấp chỉ có đáp án là có và không; khoảng thời gian đánh giá trong vòng 3 tháng so với thời điểm phỏng vấn; tìm hiểu số lần mắc triệu chứng đó trong một ngày, một tuần, một tháng hay ba tháng liên tục trước đây kể từ thời điểm nghiên cứu.

- Công nhân có triệu chứng bệnh đường hô hấp mạn tính được tính là những người có ít nhất 1 triệu chứng hô hấp trong 3 nhóm triệu chứng gồm: nhóm 1 (ho/khạc khè đờm mạn tính); nhóm 2 (triệu chứng viêm phế quản mạn (ho mạn tính, chứng viêm chảy dịch (đờm) trong suốt 1 năm); nhóm 3 (thở khó khè dai dẳng (suốt cả ngày và đêm hoặc thở khó khè với triệu chứng khó thở).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của công nhân thu gom rác thải (n=468)

Đặc điểm		Đối tượng (n=468)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<30	60	12,8
	30-39	210	44,9
	40-49	161	34,4
	>50	37	7,9
Giới tính	Nam	79	16,9
	Nữ	389	83,1
Học vấn	Tiểu học	4	0,8
	THCS	130	27,8
	THPT	313	66,9
	Sơ/ Trung cấp	17	3,6
	Cao đẳng/ Đại học	4	0,9
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	9	1,9
	Có vợ/chồng	416	88,9
	Ly thân/ly dị	31	6,6
	Góa	12	2,6
Số con	Chưa có con	20	4,3
	Không có con dưới 5	261	55,8

Đặc điểm	Đối tượng (n=468)	Tỷ lệ (%)
	tuổi	
	Có 1-2 con dưới 5 tuổi	174
	Nhiều hơn 2 con dưới 5 tuổi	13
Thâm niên trong nghề	≤10 năm	281
	>10 năm	187
Thời gian làm việc tại vị trí hiện tại	≤5 năm	135
	> 5 năm	333

Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $38,3 \pm 7,8$ năm và trên 80% đối tượng nghiên cứu trên 30 tuổi. Công nhân nữ (83,1%), công nhân nam chỉ chiếm 16,9%. Trình độ học vấn: công nhân hoàn thành THPT (66,9%). 88,9% công nhân đã kết hôn và 1,9% chưa lập gia đình. Công nhân hiện không/chưa có con chiếm 4,3%, công nhân không có con dưới 5 tuổi chiếm 55,8%. Thâm niên trong công việc thu gom rác thải: 60% công nhân làm dưới 10 năm, 40% làm trên 10 năm. Thời gian làm việc tại vị trí hiện tại trên 5 năm (71,2%).

Bảng 2: Tỷ lệ công nhân thu gom rác thải có các triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính theo một số đặc điểm, hành vi cá nhân

Nội dung		Triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính	
		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	14	13,5
	Nữ	90	86,5
Tuổi	<30	17	16,3
	30-39	38	36,5
	40-49	48	46,2
	>50	1	1
Trình độ học vấn	Tiểu học	2	1,9
	THCS	27	27
	PTTH	70	70
	Sơ/trung cấp	4	4
	Cao đẳng/ Đại học	1	1
Hút thuốc lá	Có, hút hàng ngày	3	2,9
	Thỉnh thoảng mới hút (vài lần/tháng)	5	4,8
	Không hút/ đã bỏ	96	92,3
Thâm niên trong nghề	>10 năm	63	60,6
	≤10 năm	41	39,4
Thời gian làm việc tại vị trí hiện tại	>5 năm	68	65,4
	≤5 năm	36	34,6

86,5% công nhân nữ có triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính. Độ tuổi trên 40 tuổi chiếm 47,2% công nhân có triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính. Công nhân có thâm niên trong nghề trên 10 năm có triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính (60,6%), dưới 10 năm là 39,4%.

Bảng 3: Mối liên quan giữa các yếu tố đặc điểm, hành vi cá nhân của công nhân thu gom rác thải với triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính

Biến số	Đặc điểm	Số lượng (n=104)	Tỷ lệ (%)	OR	95% OR	p
Tuổi	>40	49	47,1	1,38	(0,89-2,14)	0,19
	≤40	55	52,9	1		
Giới tính	Nữ	90	86,5	1,4	(0,75-2,61)	0,36
	Nam	14	13,5	1		
Thâm niên nghề nghiệp	>10 năm	102	98,1	0,019	(0,01-0,08)	<0,001
	≤10 năm	2	1,9	1		
Sử dụng trang thiết bị bảo hộ lao động	Có	104	100	1,7	(1,12-2,97)	0,42
	Không	0	0	1		
Hút thuốc lá/ thuốc lào	Có	11	10,6	1,02	(0,5-2,1)	1
	Không	93	89,4	1		

Thâm niên nghề nghiệp của công nhân thu gom rác thải có liên quan rõ rệt với triệu chứng bệnh đường hô hấp mạn tính ($p < 0,001$)

Bảng 4: Mối liên quan giữa thời gian lao động với sự xuất hiện triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính

Biến số	Đặc điểm	Số lượng (n=104)	Tỷ lệ (%)	OR	95% OR	Giá trị p
Số ngày làm việc trên tuần	≥6 ngày	103	99	0,57	(0,05-6,34)	1
	5 ngày	1	1	1		
Số giờ làm việc trong ngày	>8 giờ	19	18,3	1,51	(0,84-2,7)	0,12
	≤8 giờ	85	81,7	1		
Ca làm việc	Ca tối	102	98,1	23,26	(5,64-95,9)	<0,001
	Ca khác	2	1,9	1		

Có mối liên quan giữa việc những người làm ca tối và người làm ca khác với tình trạng có triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính $p < 0,001$

Bảng 5: Mô hình hồi quy logistic đa biến giữa các yếu tố liên quan và sự xuất hiện triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính

Yếu tố trong mô hình (biến độc lập)	Triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính				
	Tỷ lệ (%)	Hệ số hồi quy (B)	OR	95% OR	Giá trị p
Tuổi: >40	47,1	-1,12	3,1	1,4-6,6	0,005
≤40*	-	-	-	-	-
Thâm niên nghề nghiệp					
>10 năm	1,9	-0,42	0,7	0,3-1,4	0,28
≤10 năm*	-	-	-	-	-
Số giờ làm việc trên ngày >8 giờ	18,3	1,12	3,1	1,3-7	0,008
≤8 giờ*	-	-	-	-	-
Ca làm việc: Ca tối	98,1	3,95	51,9	8,2-329,8	<0,001
Ca khác*	-	-	-	-	-
Hút thuốc lá/thuốc lào: Có	10,6	-0,46	0,6	0,2-18	0,4
Không*	-	-	-	-	-

Biến phụ thuộc: Triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính

(*)Nhóm so sánh (-) Nhóm sử dụng. Kiểm định tính phù hợp của mô hình (Hosmer and Lemeshow test): $\chi^2=9,5$; df=7; $p=0,2$

Biến phụ thuộc: triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính: Công nhân làm ca tối nguy cơ xuất hiện triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính cao gấp 51,9 lần những người làm ca khác ($p < 0,001$, 95%OR (8,2-329,8)). Công nhân làm nhiều hơn 8 giờ/ ngày nguy cơ xuất hiện triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính cao gấp 3,1 lần nhóm làm việc dưới 8 giờ/ngày ($p < 0,05$, 95%OR (1,3-7)). Công nhân có tuổi trên 40 nguy cơ xuất hiện các triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính cao gấp 3,1 lần so với nhóm có tuổi nhỏ hơn 40 tuổi ($p < 0,05$; 95%OR: 1,4-6,6).

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của công nhân TGRT trong nghiên cứu là $38,3 \pm 7,8$ năm. Trong đó, độ tuổi trên 40 tuổi chiếm 47,1% và nguy cơ có các triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính của các công nhân trên 40 tuổi cao hơn gấp 3,1 lần so với nhóm công nhân dưới 40 tuổi ($p < 0,05$; 95%OR: 1,4-6,6). Kết quả này tương tự với nghiên cứu các triệu chứng bệnh đường hô hấp cấp tính,

mạn tính và những thay đổi về chức năng phổi của tác giả Zuskin E và cs [6], cho thấy công nhân TGRT đô thị có tỷ lệ bị bệnh hô hấp mạn tính cao hơn đáng kể so với nhóm chứng, nhóm công nhân trên 40 tuổi có tỷ lệ bị các bệnh hô hấp mạn tính cao hơn so với nhóm công nhân dưới 40 tuổi ($p < 0,05$). Điều này có thể được lý giải trong nghiên cứu của Nayera S [5] tại Ấn Độ năm 2015 cho thấy: Những công nhân cao tuổi có nhận thức về nguy cơ nghề nghiệp cao hơn nhóm công nhân trẻ (70% so với 55,6%) nhưng nhóm công nhân dưới 40 tuổi có thói quen sử dụng thiết bị bảo vệ thời gian làm việc cao hơn nhóm công nhân trên 40 tuổi (98,4% so với 63,3%): bao gồm kính mắt (77,8% so với 63,3%), kem chống nắng (55,6% so với 36,7%), các thiết bị bảo vệ khác (98,4% so với 63,3%); vẫn có 6,7% công nhân không bao giờ sử dụng các trang thiết bị bảo vệ.

60% công nhân TGRT đã làm dưới 10 năm; 40% đã làm trên 10 năm. Nguy cơ có các triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính trong nhóm có thâm niên nghề trên 10 năm chỉ bằng 0,019 so

với nhóm công nhân có thâm niên nghề dưới 10 năm ($p < 0,001$). Kết quả này, khác biệt so với trong nghiên cứu của tác giả Zuskin E và cộng sự năm 1996 tại thành phố Croatia cho thấy nhóm công nhân làm việc trên 10 năm có tỷ lệ bị các bệnh hô hấp mạn tính cao hơn nhóm chứng ($p < 0,05$) [6]. Có sự khác biệt này có thể lí giải do độ tuổi trung bình của các đối tượng trong nghiên cứu của Zuskin E và cộng sự năm 1996 ($40 \pm 6,3$ năm) cao hơn nghiên cứu của chúng tôi.

Thói quen hút thuốc, không có sự khác biệt giữa có các triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính với các đối tượng có hút thuốc và không hút thuốc $OR = 1,02$ ($95\%OR: 0,5-2,1$, $p = 1$).

Yếu tố ca làm việc trong 3 tháng gần đây, nghiên cứu cho thấy: có mối liên giữa có triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính với ca làm việc của công nhân TGRT (công nhân làm ca tối có nguy cơ có triệu chứng bệnh đường hô hấp mạn tính cao gấp 23,26 lần so với các ca khác trong ngày ($p < 0,001$, $95\%OR: 8,2-329,8$)). Ca đêm thường bắt đầu từ 16h đến khi hết rác, có khi đến 1-2h đêm, do đó công nhân chịu ảnh hưởng trực tiếp từ những điều kiện khí hậu khắc nghiệt như lạnh giá, sương muối vào mùa đông; nắng, nóng vào mùa hè, mưa gió; tiếp xúc liên tục với nhiều loại hơi khí độc, bụi bẩn làm gia tăng nguy cơ mắc triệu chứng đường hô hấp.

Đa số các đối tượng công nhân làm việc trên 6 ngày và làm việc trên 8 giờ. Kết quả phân tích đa biến sau khi hiệu chỉnh với các yếu tố khác trong mô hình chỉ ra rằng công nhân làm việc trên 8 giờ/ngày có nguy cơ có triệu chứng bệnh hô hấp cao gấp 3,1 lần nhóm công nhân làm việc dưới 8 giờ/ngày ($p < 0,05$; $95\%OR: 1,3-7$). Theo Đoàn Tuyết Nhung và cs [1], nghiên cứu về điều kiện lao động của nữ công nhân TGRT đô thị Hà Nội cho thấy hàng năm công nhân TGRT ở Hà Nội phải làm việc trong điều kiện nhiệt độ không khí ở ngoài vùng TCVSCP vào khoảng 33-37% thời gian năm, đó là chưa kể đến những đợt gió mùa đông bắc nhiệt độ xuống 5-10°C hay mưa bão,

rét buốt họ vẫn làm việc đến 24 giờ đêm hoặc 1-2 giờ sáng hôm sau. Tiếp xúc nhiều và thời gian lâu với khí hậu như vậy làm tăng nguy cơ xuất hiện các triệu chứng bệnh đường hô hấp.

V. KẾT LUẬN

Công nhân có độ tuổi trên 40 tuổi nguy cơ xuất hiện triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính cao gấp 3,1 lần những công nhân dưới 40 tuổi ($p < 0,05$). Công nhân làm ca tối nguy cơ xuất hiện triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính cao gấp 51,9 lần những công nhân làm ca khác ($p < 0,001$). Công nhân làm việc trên 8 tiếng/ngày nguy cơ xuất hiện triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính cao gấp 3,1 lần những công nhân làm dưới 8 tiếng/ ngày ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đoàn Tuyết Nhung (1994), "Nghiên cứu điều kiện lao động của nữ công nhân vệ sinh môi trường đô thị - Khuyến nghị - Giải pháp", Viện khoa học lao động và các vấn đề sức khỏe, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội.
2. Abbasi Naeem Imran, A.A., Asaad Ahmed Nafees (2012), *Correlation of respiratory symptoms and spirometric lung patterns in a rural community setting, Sindh, Pakistan: a cross sectional survey*. BMC Pulmonary Medicine.
3. Cointreau-Levine S (2006), *Occupational and Environmental Health Issues of Solid Waste Management. Special Emphasis on Middle-And Lower-Income Countries. Urban papers*, Washington D.C: World Bank Group, Urban Sector Board, accessed: 05/04/2016, from: <http://www.worldbank.org/INTUSWM/Resources/up-2.pdf>.
4. Krajewski JA, Tarkowski S, Cyprowski M, Szarapinska-Kwaszewska J, Dudkiewicz B (2002), "Occupational exposure to organic dust associated with municipal waste collection and management", *International Journal Occupational Medicine Environment Health*, 15(3), pg.289-301
5. Nayera S (2015), "Work-related respiratory disorders among street sweepers", *The Egyptian Journal of Community Medicine*, 33(2), pg.85-97
6. Zuskin, et al (1996), "Airway Function and Respiratory Symptoms in Sanitation Workers", *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 38(5), pg.522-527.

THỰC TRẠNG VÀ NHU CẦU PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CỦA NGƯỜI KHUYẾT TẬT LÀ NẠN NHÂN DA CAM/DIOXIN TẠI HUYỆN TIỀN HẢI TỈNH THÁI BÌNH

Phạm Thị Tĩnh*, Phan Thị Hường**,
Lê Đức Cường*, Phạm Thị Dung*

TÓM TẮT

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình,
**Phòng Y tế huyện Tiền Hải, tỉnh Thái Bình

Mục tiêu: Tìm hiểu thực trạng và nhu cầu phục hồi chức năng từ đó xây dựng chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho người khuyết tật trong các gia đình nạn nhân da cam/Dioxin tại huyện Tiền Hải, tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 2.016 nạn nhân da cam/dioxin thuộc 35 xã trong huyện. **Kết quả nghiên cứu:** Tổng số người khuyết tật trong các gia đình cựu chiến binh là 298 người trong đó có 142 cựu chiến binh chiếm 7%. Số người khuyết tật là thế hệ thứ 3 chiếm 1,3%. Số người khuyết tật không biết chữ chiếm 26,2%. Nhóm khó khăn về vận động chiếm tỷ lệ cao nhất 42,6%. Nhu cầu của người khuyết tật tăng dần theo các nhóm: Thấp nhất là các nhu cầu trong sinh hoạt hàng ngày (36,2%); Nhóm nhu cầu về vận động chiếm 38,3%; Nhóm nhu cầu về giao tiếp chiếm 42,6%. Chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm nhu cầu về hội nhập xã hội chiếm 87,6%.

Từ khóa: Người khuyết tật, nạn nhân da cam/dioxin, phục hồi chức năng, phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.

SUMMARY

CURRENT SITUATION AND NEEDS OF FUNCTIONAL REHABILITATION FOR DISABLED PEOPLE AFFECTED BY DIOXIN (AGENT ORANGE) IN TIENHAI DISTRICT, THAIBINH PROVINCE

Objectives: To understand the current status and needs of rehabilitation and to develop a community-based rehabilitation program for people with disabilities in dioxin-affected families in Tien Hai district, Thai Binh province. **Methodology:** A cross-sectional study of 2,016 dioxin victims in 35 communes in the district. **Results:** The total number of disabled people in veteran families was 298 people, 142 of whom were veterans, accounting for 7%. The percentage of disabled people in the 3rd generation was 1.3%. The percentage of illiterate disabled people was 26.2%. The disabled people group having difficulty in mobility was the highest at 42.6%. The needs of people with disabilities for rehabilitation increased gradually in groups: the lowest group was rehabilitation for daily needs (36.2%); The group with mobility rehabilitation needs accounted for 38.3%; The group with communication rehabilitation needs was 42.6%. The highest proportion was 87.6% of the rehabilitation needs for social integration.

Keywords: People with disabilities, disabled people, dioxin victims, rehabilitation, community - based rehabilitation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuyết tật là tình trạng một người do khiếm khuyết hoặc do các vấn đề về sức khỏe mà bị giảm chức năng dẫn tới hạn chế sự tham gia

trong các lĩnh vực sinh hoạt, lao động, học tập và đời sống xã hội. Các nguyên nhân gây khuyết tật thường gặp là do bệnh, do dị tật bẩm sinh, tai nạn và do nhiễm độc bởi các yếu tố độc hại như hóa chất, chất phóng xạ, khí thải công nghiệp... Một yếu tố đã và đang được xã hội quan tâm nhiều đó là các chất độc hóa học trong chiến tranh. Mặc dù chiến tranh đã qua hơn 40 năm nhưng nỗi đau do chất độc da cam/Dioxin đã và đang gây nhiều tác hại đến môi trường sinh thái, ảnh hưởng đến sức khỏe cho hàng triệu người dân Việt Nam. Hiện nay ước tính cả nước có khoảng 4,8 triệu người Việt Nam bị nhiễm chất độc da cam/dioxin. Hàng triệu người trong đó có cả con, cháu của họ đang phải sống trong cảnh bệnh tật nghèo khó do di chứng chất độc da cam/Dioxin. Thái Bình là một tỉnh ven biển nằm ở đồng bằng Sông Hồng thuộc miền bắc Việt Nam, tuy không phải là vùng bị rải chất diệt cỏ rụng lá, nhưng trong cuộc kháng chiến chống Mỹ nhân dân Thái Bình đã tiễn đưa hàng vạn người con lên đường đi chiến đấu bảo vệ Tổ Quốc. Trong số đó không ít người đã nhiều năm chiến đấu tại chiến trường miền nam và những vùng bị rải chất độc da cam/Dioxin. Theo điều tra sơ bộ của hội Cựu chiến binh tỉnh Thái Bình có trên 35.000 người là nạn nhân da cam/Dioxin [3].

Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: Mô tả thực trạng và nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật trong các gia đình nạn nhân da cam/Dioxin tại huyện Tiền Hải, tỉnh Thái Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu: Đối tượng NC là 2.016 nạn nhân da cam/Dioxin của huyện Tiền Hải tỉnh Thái Bình (được xác định theo Nghị định số 31 của chính phủ và Thông tư liên tịch Số 41/2013 Bộ Y tế và Bộ Lao động thương binh – Xã hội [4], [5])

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 5/2016 đến tháng 3/2017 tại 35 xã thuộc huyện Tiền Hải, tỉnh Thái Bình.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Áp dụng phương pháp nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

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

Thay các giá trị vào công thức, tính được cỡ mẫu $n = 1.786$ NNDC. Thực tế số nạn nhân da cam/Dioxin của huyện Tiền Hải là 2.016 người nên chúng tôi chọn toàn bộ vào trong nghiên cứu.

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Tĩnh
Email: phamtinh_ytb@yahoo.com
Ngày nhận bài: 15.9.2017
Ngày phản biện khoa học: 30.10.2017
Ngày duyệt bài: 10.11.2017

2.3. Nội dung và các biến số sử dụng trong nghiên cứu

- Thông tin chung về người khuyết tật: Tuổi, giới, trình độ văn hoá...

- Thông tin về khuyết tật:

+ Dạng khuyết tật: Được chia làm 7 nhóm (khó khăn vận động, khó khăn nghe nói, khó khăn về học, khó khăn về nhìn, động kinh, hành vi xa lạ, mất cảm giác).

+ Nguyên nhân: Được chia làm hai nhóm nguyên nhân bẩm sinh và mắc phải.

+ Đánh giá nhu cầu theo 4 nhóm: Vận động, sinh hoạt hàng ngày, giao tiếp và hòa nhập xã hội.

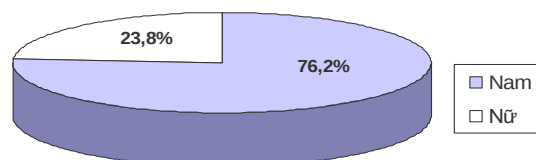
**Cách đánh giá:* Dùng thang điểm 0-1-2 để đánh giá.

2.4. Công cụ thu thập số liệu: Bộ phiếu điều tra

- *Số liệu xử lý* bằng chương trình SPSS tại Phòng Quản lý khoa học, trường Đại học Y Dược Thái Bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua điều tra 2.016 nạn nhân da cam/dioxin trong toàn huyện phát hiện được 298 người khuyết tật, trong đó có 142 người là nạn nhân trực tiếp chiếm tỷ lệ là 7%.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ khuyết tật theo giới

Trong tổng số 298 người KT bao gồm: Nam chiếm 76,2% (227 người); Nữ chiếm 23,8% (71 người). Tỷ lệ theo giới (Nam/Nữ) là: 3/1.

Bảng 1. Một số đặc điểm của người khuyết tật

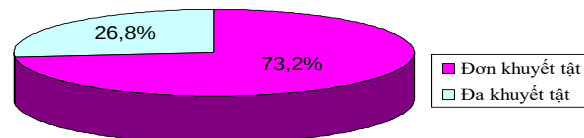
Đặc điểm	Số người (n= 298)	Tỷ lệ %
Trình độ học vấn: Tiểu học	86	28,9
Trung học cơ sở	95	31,9
Trung học phổ thông	31	10,4
Cao đẳng đại học	8	2,7
Mù chữ	78	26,2
Mối quan hệ huyết thống với nạn nhân da cam		
Là nạn nhân	142	47,7
Con đẻ	152	51,0
Cháu nội	3	1,0
Cháu ngoại	1	0,3
Nguyên nhân khuyết tật: Bẩm sinh	135	45,3
Mắc phải	158	53,0
Không rõ	5	1,7

Kết quả bảng 1 cho thấy: Có 2,7% người KT có trình độ học vấn cao đẳng, đại học. Phần lớn người KT có trình độ trung học cơ sở (31,9%). Số người KT không biết chữ chiếm 26,2%. Đa số người KT là con đẻ của nạn nhân (51,0%); Số người KT là thế hệ thứ 3 chiếm 1,3%. Nguyên nhân mắc phải chiếm 53%. Nguyên nhân bẩm sinh chiếm 45,3%.

Bảng 2. Phân loại khuyết tật theo nhóm (n=298)

Nhóm khuyết tật	Tần suất	Tỷ lệ %
Khó khăn về vận động	127	42,6
Khó khăn về nghe - nói	93	31,2
Khó khăn về nhìn	57	19,1
Khó khăn về học	49	16,4
Hành vi xa lạ	58	19,5
Động kinh	30	10,1
Mất cảm giác (bệnh phong)	1	0,3

Kết quả bảng 2 cho thấy: Nhóm khó khăn về vận động chiếm tỷ lệ cao nhất 42,6%. Nhóm khó khăn về nghe - nói chiếm 31,2%. Nhóm khó khăn về nhìn chiếm 19,1%. Có 1 người KT bị bệnh phong chiếm 0,3%.



Biểu đồ 2. Phân loại theo đơn/đa khuyết tật

Tỷ lệ đơn KT chiếm 73,2%; Đa KT chiếm 26,8%.

Bảng 3. Nhu cầu của người khuyết tật trong sinh hoạt hàng ngày (n=298)

Cần trợ giúp	Một phần	Hoàn toàn	Chung
--------------	----------	-----------	-------

Các hoạt động	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %
Ăn uống	56	18,8	11	3,7	67	22,5
Đại tiểu tiện	53	17,8	16	5,4	69	23,1
Mặc/cởi quần áo	56	18,8	16	5,4	72	24,2
Vệ sinh cá nhân	68	22,8	16	5,4	84	28,2

Kết quả bảng 3 cho thấy tỷ lệ người khuyết tật có nhu cầu trong sinh hoạt hàng ngày tăng dần theo các hoạt động ăn uống (22,5%), đại tiểu tiện (23,1%), mặc/cởi quần áo (24,2%) và vệ sinh cá nhân (28,2%).

Bảng 4. Nhu cầu của người khuyết tật về vận động (n=298)

Cần trợ giúp Các hoạt động	Một phần		Hoàn toàn		Chung	
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %
Ngồi	27	9,1	10	3,4	37	12,5
Đứng	36	12,1	16	5,4	52	17,5
Đi	35	11,7	19	6,4	59	18,1
Di chuyển trong nhà	36	12,1	18	6,0	56	18,8
Di chuyển trong làng	60	20,1	31	10,4	72	30,5

Kết quả bảng 4 cho thấy: Tỷ lệ người KT có nhu cầu về vận động tăng dần theo các hoạt động: ngồi (12,5%), đứng (17,5%), đi (18,1%), di chuyển trong nhà (18,8%), di chuyển trong làng (30,5%).

Bảng 5. Nhu cầu của người khuyết tật trong giao tiếp (n=298)

Cần trợ giúp Các hoạt động	Một phần		Hoàn toàn		Chung	
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %
Hiểu người khác nói	71	23,8	11	3,7	82	27,5
Thể hiện ý muốn	75	25,1	12	4,0	87	29,2
Hiểu điều bộ người khác	76	25,5	15	5,0	91	30,5
Nói	68	22,8	23	7,7	91	30,5

Kết quả bảng 5 cho thấy: Tỷ lệ người KT có nhu cầu trong giao tiếp tăng dần theo các hoạt động: Hiểu người khác nói (27,5%); Thể hiện ý muốn (29,2%); Hiểu điều bộ người khác và nói (30,5%).

Bảng 6. Nhu cầu của người khuyết tật trong hòa nhập xã hội (n=298)

Cần trợ giúp Các hoạt động	Một phần		Hoàn toàn		Chung	
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %
Vui chơi với người khác	106	35,6	34	15,1	140	50,7
Tham gia hoạt động trong gia đình	114	38,2	42	14,1	156	52,3
Tham gia hoạt động trong cộng đồng	114	38,2	117	39,3	131	77,5
Tham gia lao động sản xuất	100	33,6	13	4,5	113	77,6

Kết quả bảng 6 cho thấy: Tỷ lệ NKT có nhu cầu trong hòa nhập xã hội tăng dần theo các hoạt động: Vui chơi (50,7%). Tham gia hoạt động trong gia đình (77,5%). Tham gia hoạt động cộng đồng (77,5%). Tham gia lao động sản xuất (77,6%).

Bảng 7. Tổng hợp chung theo 4 nhóm nhu cầu (n=298)

Nhu cầu	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhu cầu trong sinh hoạt hàng ngày	108	36,2
Nhu cầu về vận động	114	38,3
Nhu cầu về giao tiếp	127	42,6
Nhu cầu về hòa nhập xã hội	261	87,6

Kết quả bảng 7 cho thấy: Nhu cầu của người KT tăng dần theo các nhóm: Thấp nhất là các nhu cầu trong sinh hoạt hàng ngày (36,2%); Cao nhất là nhóm nhu cầu về hội nhập xã hội 87,6%.

IV. BÀN LUẬN

1. Một số đặc điểm của người KT:

- *Trình độ học vấn:* Đa số người KT có trình độ học vấn cấp tiểu học và THCS (28,9% và 31,9%). Đặc biệt còn 26,2% người KT không biết chữ. Theo kết quả NC của Trần Văn Hải: Số người KT không biết chữ 15,6% [6]. Nhìn chung trong các NC thì người KT hoàn toàn không biết chữ còn chiếm tỷ lệ nhất định.

- *Về mối quan hệ với nạn nhân da cam:* Có 3 trường hợp người KT là cháu nội (có 2 chị em trong 1 gia đình đều bị KT) và 1 trường hợp là cháu ngoại của nạn nhân da cam/dioxin chiếm 1,3%. Một số đặc điểm làm cho KT do chất độc hóa học có những nét khác biệt với các nguyên nhân khác là tính gia đình. Một gia đình có thể có nhiều con bị KT theo nhiều dạng khác nhau. Các con trong 1 gia đình có thể có cùng 1 loại

KT, cũng có thể mỗi người mang một khuyết tật khác nhau.

2. Mô hình khuyết tật: Nhóm khó khăn về vận động chiếm tỷ lệ cao nhất 42,6%. Nhóm khó khăn về nghe – nói chiếm 31,2%. Theo Báo cáo của Bộ Y tế tại huyện Quỳnh Phụ thì nhóm khó khăn về vận động cũng chiếm tỷ lệ cao nhất 66,0% [3]. Tỷ lệ đơn KT chiếm 73,2%; Tỷ lệ đa KT chiếm 26,8%. Các trường hợp đa KT trong NC của chúng tôi gặp là bại não kết hợp động kinh, Người vừa có khó khăn về vận động vừa có khó khăn về nhìn hoặc khó khăn về học.

3. Đánh giá nhu cầu của người khuyết tật

- Về nhu cầu trong sinh hoạt hàng ngày:

Trong sinh hoạt hàng ngày thì số người KT có nhu cầu trợ giúp trong ăn uống chiếm 22,5% và trợ giúp trong các hoạt động vệ sinh cá nhân chiếm 28,2% (bảng 3). Đối với người KT, các nhu cầu trong sinh hoạt hàng ngày là nhóm nhu cầu tối thiểu nhưng có ý nghĩa quan trọng. Độc lập trong sinh hoạt hàng ngày giúp người KT thoát khỏi tình trạng lệ thuộc hoàn toàn vào người khác, họ sẽ tự tin hơn và phấn đấu để vươn lên trong cuộc sống.

- Về nhu cầu trong vận động di chuyển:

Trong nhóm vận động (bảng 4) số người KT có nhu cầu trợ giúp ngồi chiếm 12,5%; Trợ giúp di chuyển trong nhà chiếm 18,8%; Di chuyển trong làng chiếm 29,2%.

Các nhu cầu về vận động phát triển từ đơn giản đến phức tạp: Ngồi, đứng, đi, di chuyển trong nhà, di chuyển trong làng. Trẻ em có khó khăn về vận động thường không sử dụng tay hoặc không di chuyển vì vậy hạn chế các nhu cầu khác như tự chăm sóc bản thân, vui chơi, học hành. Người lớn có khó khăn về vận động cũng không thể làm được các công việc đơn giản trong sinh hoạt hàng ngày, không di chuyển trong nhà, trong làng, không học nghề và tham gia các hoạt động xã hội. Như vậy, người có khó khăn về vận động thường không tự làm lấy công việc cho chính họ, trở lên phụ thuộc, họ mất niềm tin vào chính mình.

- Về nhu cầu trong giao tiếp: Trong nhóm nhu cầu giao tiếp (bảng 5) thì số người KT có nhu cầu trợ giúp để hiểu người khác nói chiếm 27,5% và số người có nhu cầu trợ giúp để nói được chiếm 30,5%

Giao tiếp là cách để chúng ta hiểu cái mà người khác nói và ta bày tỏ với người khác những suy nghĩ nhu cầu và tình cảm của mình. Người KT do không có khả năng giao tiếp nên thường có cảm giác bị tách khỏi gia đình, bạn bè

và họ luôn cảm thấy đơn độc. Vì vậy phục hồi chức năng giao tiếp sẽ giúp họ có cơ hội hiểu được mọi người xung quanh mình, đồng thời cũng là cơ hội để họ bày tỏ suy nghĩ, tâm tư tình cảm của mình với mọi người trong gia đình và cộng đồng.

- Về nhu cầu trong hòa nhập xã hội:

Trong cuộc sống, người KT hay người bình thường đều cần được đáp ứng 5 nhóm nhu cầu cơ bản của con người. Con đường để giúp người KT đạt được các mục tiêu đó chính là hòa nhập xã hội. Hòa nhập xã hội là tạo mọi điều kiện nhằm cải thiện đời sống vật chất và tinh thần cho họ, giảm bớt sự tự ti, mặc cảm, sự đau đớn về thể xác, giúp họ được hòa nhập với thế giới bên ngoài, được xã hội thừa nhận. Từ kết quả bảng 6 và 7 cho thấy: Trong 4 nhóm thì nhóm nhu cầu về hòa nhập xã hội chiếm tỷ lệ cao nhất 87,6%. Hòa nhập xã hội là mức độ cao nhất mà người KT mong muốn. Đây là công việc khó khăn, nếu chỉ có người KT và cán bộ PHCN thì khó có thể làm nổi. Để hòa nhập xã hội, người KT cần nhận được sự hỗ trợ tích cực của gia đình và toàn cộng đồng. Chỉ khi nào người KT được trở thành một thành viên bình đẳng của gia đình và cộng đồng họ mới nhận rõ được vai trò vị trí của mình trong gia đình và xã hội. Do đó, giúp người KT hòa nhập xã hội không chỉ là trách nhiệm của riêng ngành y tế mà là công việc của toàn xã hội.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người KT chiếm 14,8% trong tổng số nạn nhân da cam/dioxin trong đó số cựu chiến binh bị KT chiếm 7%. Tỷ lệ KT ở nam giới là 76,2%, nữ giới là 23,8%.

Nhóm KT về vận động chiếm tỷ lệ cao nhất là 42,6%, nhóm khó khăn về nghe- nói 31,2%, nhóm khó khăn về nhìn 19,1%, nhóm khó khăn về học 16,4%, nhóm hành vi xa lạ 19,5%, động kinh 10,1% và thấp nhất là nhóm về mất cảm giác chiếm 0,3%.

Nhu cầu hỗ trợ trong sinh hoạt hàng ngày chiếm 36,2%, nhu cầu hỗ trợ về vận động chiếm 38,3%, nhu cầu hỗ trợ về giao tiếp chiếm 42,6% và người KT có nhu cầu về hòa nhập xã hội cao nhất là 87,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ban điều phối các hoạt động hỗ trợ người tàn tật Việt nam – NCCD (2014), Báo cáo năm 2013 về hoạt động hỗ trợ người khuyết tật Việt Nam, Báo cáo thường niên.
2. Bộ Y Tế - Trường Đại học Y tế công cộng (2013), Đề xuất mở rộng dự án, Tổ chức phục hồi chức

nặng tại cộng đồng cho nạn nhân chất độc hóa học do Mỹ sử dụng trong chiến tranh ở Việt Nam, giai đoạn 2014 – 2016.

3. **Bộ Y Tế** - Trường Đại học Y tế công cộng (2010), *Thực trạng và nhu cầu Phục hồi chức năng của nạn nhân chất độc màu da cam ở Quỳnh Phụ - Thái Bình năm 2010*, Tài liệu hội thảo phục hồi chức năng tại cộng đồng cho nạn nhân chất độc hóa học do Mỹ sử dụng trong chiến tranh ở Việt Nam”.
4. **Bộ Y tế** - Bộ Lao động Thương binh Xã hội, (2013), Thông tư liên tịch số 41/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 18 tháng 11 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Bộ trưởng Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội hướng dẫn khám giám định bệnh, tật, dị dạng, dị tật có liên quan đến phơi nhiễm với chất độc

hóa học đối với người hoạt động kháng chiến và con đẻ của họ.

5. **Chính phủ (2013)**, Nghị định số 31/2013/NĐ-CP ngày 09 tháng 4 năm 2013 của Chính phủ quy định chi tiết, hướng dẫn thi hành một số Điều của Pháp lệnh ưu đãi người có công với cách mạng.
6. **Trần Văn Hải (2011)**, *Hoạt động phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho người khuyết tật về vận động tại thị xã Tam Điệp tỉnh Ninh Bình năm 2011*, Luận án Bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Thái Bình.
7. **Nguyễn Văn Hóa (2014)**, *Nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật vận động tại thành phố Thủ Dầu Một năm 2012 – 2013*, *Tạp chí Y học thực hành*, số 912, tr.115 – 117.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA KIỂU GIEN, KIỂU HÌNH VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TIỀN LƯỢNG BỆNH GAN CỦA TRẺ MẮC HỘI CHỨNG ALAGILLE TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Nguyễn Việt Trường*, Nguyễn Anh Tuấn**, Tạ Văn Trầm***

TÓM TẮT

Mở đầu: Hội chứng Alagille (HCA) là một rối loạn tính trội nhiễm sắc thể thường, ảnh hưởng nhiều đến gan, tim, mắt, cột sống và khuôn mặt. HCA xảy ra do đột biến một trong hai gen JAGGED1 (JAG1) hay NOTCH2 thuộc con đường tín hiệu Notch Tỷ lệ mắc bệnh HCA là 1/70,000 trẻ và có hơn 90% trường hợp xảy ra là do đột biến gen JAG1. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định mối liên quan giữa kiểu gen, kiểu hình và các yếu tố liên quan đến tiên lượng bệnh gan ở trẻ mắc hội chứng Alagille. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên tất cả bệnh nhi mắc hội chứng Alagille được điều trị tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi đồng 1 từ tháng 09/2014 đến tháng 09/2017. **Kết quả:** Qua nghiên cứu 30 trẻ mắc hội chứng Alagille, kết quả cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về nhóm tuổi trên dưới 1 tuổi và giới. Đa số trẻ đến từ các tỉnh ngoài TPHCM. Lý do nhập viện chủ yếu là vàng da và đa phần trẻ thường có 4 triệu chứng lâm sàng. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đột biến gen JAG1 với bất thường mắt ($p < 0,047$). Không có mối liên quan giữa kiểu đột biến gen, vị trí đột biến gen JAG1 với kiểu hình. Sau thời gian theo dõi trung bình 20,4 tháng, đa số bệnh nhân diễn tiến gan nhẹ và có 4 trường hợp tử vong. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đột biến gen JAG1 ($p < 0,013$), kết quả siêu âm bụng ($p < 0,043$) với tiên lượng gan. Có mối liên quan giữa các chỉ số cận lâm sàng như Bilirubin trực tiếp, Bilirubin toàn phần với điểm cắt lần lượt là 114,35

$\mu\text{mol/L}$ và 206,75 $\mu\text{mol/L}$ với tiên lượng gan ($p = 0,002$). **Kết luận:** Cần có thêm nhiều nghiên cứu khác có cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn để xác định mối liên quan giữa kiểu gen, kiểu hình và các yếu tố liên quan đến tiên lượng bệnh gan.

Từ khóa: hội chứng Alagille, mối liên quan, tiên lượng gan

SUMMARY

GENOTYPE – PHENOTYPE CORRELATION AND THE FACTORS RELATED TO LIVER PROGNOSIS OF CHILDREN WITH ALAGILLE SYNDROME AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Background: Alagille syndrome (ALGS) is an autosomal dominant disorder that can affect liver, heart, eyes, vertebrae and face. ALGS is caused by mutations in either JAG1 or NOTCH2 belonging to Notch signaling pathway. The estimated prevalence of Alagille syndrome is 1 in 70,000 newborns. In more than 90 percent of cases, mutations in the JAG1 gene cause Alagille syndrome. **Objectives:** To determine genotype, phenotype correlation and the factors related to liver prognosis of children with Alagille syndrome at Children's Hospital 1. **Material and method:** A cross-sectional study was carried on all ALGS children who are being treated at Gastroenterology department in Children's hospital 1 from September 2014 to September 2017. **Result:** Researching 30 ALGS's cases, most patients came from other provinces, admitted to hospital mainly due to jaundice, no significant difference of age group and sex. The study showed relationship between JAG1 mutation and ocular abnormality ($p < 0.047$), no mutation JAG1 types, mutation JAG1 location – phenotype correlation. After following 20.4 months, most patients progress to mild liver and four death. There are JAG1 mutation ($p < 0.013$), abdominal ultrasound result ($p < 0.043$) and liver prognosis correlation. There are correlation between direct bilirubin (cut off 114.35

*BV Nhi Đồng 1

**Bộ môn Nhi, Đại học Y Dược TP.HCM

***BVĐK Tiền Giang

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Văn Trầm

Email: tavantram@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 2.11.2017

Ngày duyệt bài: 14.11.2017

$\mu\text{mol/L}$), total bilirubin bilirubin (cut off 206.75 $\mu\text{mol/L}$) and liver prognosis ($p=0.002$). **Conclusion:** Need more research with bigger size, longer following to determine genotype – phenotype correlation, factor related liver prognosis.

Keywords: Alagille syndrome, correlation, liver prognosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Alagille (HCA) là một rối loạn tính trội nhiễm sắc thể thường, ảnh hưởng nhiều hệ thống cơ quan khác nhau bao gồm gan, tim, mắt, cột sống, thận và khuôn mặt[1]. Bệnh do đột biến một trong hai gen JAGGED1 (Jag1) hay NOTCH2 thuộc con đường tín hiệu Notch gây ra. Biểu hiện lâm sàng HCA rất đa dạng, nhiều mức độ khác nhau từ rất nhẹ chỉ thay đổi sinh hóa đến rất nặng bệnh gan giai đoạn cuối, bệnh tim phức tạp có thể dẫn đến tử vong. Ngoài ra, tiên lượng bệnh gan diễn tiến thay đổi có thể tự giới hạn về bình thường hay bệnh gan tiến triển nặng dần. Trên thế giới hiện tại có rất ít nghiên cứu về mối liên quan giữa kiểu gen và kiểu hình ở trẻ mắc Alagille. Tuy nhiên, đa số các nghiên cứu bước đầu cho thấy không có sự liên quan giữa kiểu gen với kiểu hình[2,3,5]. Ngoài ra, cũng có một số nghiên cứu về các yếu tố liên quan đến tiên lượng của bệnh như biểu hiện ứ mật ở giai đoạn sơ sinh, các kiểu đột biến và vị trí đột biến trên gen Jag1, các yếu tố cận lâm sàng[4,7]. Ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào xác định mối liên quan giữa kiểu gen, kiểu hình và các yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng gan của trẻ mắc hội chứng Alagille. Vì vậy, việc thực hiện nghiên cứu này sẽ giúp phát hiện mối liên quan giữa biểu hiện lâm sàng khác nhau với đột biến gen trên trẻ HCA, cũng như việc xác định các yếu tố liên quan đến tiên lượng gan. Từ đó, kết quả nghiên cứu có thể sẽ góp phần phát hiện bệnh sớm hơn, góp phần tham vấn di truyền đầy đủ hơn và có kế hoạch chăm sóc, điều trị, can thiệp sớm hơn nhằm cải thiện tiên lượng bệnh gan cho bệnh nhân HCA. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định mối liên quan giữa kiểu hình, kiểu gen và các yếu tố liên quan đến tiên lượng bệnh gan ở trẻ mắc hội chứng Alagille.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhi được chẩn đoán lâm sàng hội chứng Alagille được điều trị tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi đồng 1 từ tháng 09/2014 đến tháng 09/2017. Tiêu chí đưa vào: trẻ nhỏ hơn hoặc bằng 15 tuổi, có từ ba triệu chứng lâm sàng trở lên (bất thường gan, bất thường tim, bất thường cột

sống, bất thường mắt và bất thường khuôn mặt). Tiêu chí loại ra: trẻ có biểu hiện <3 triệu chứng lâm sàng, đã được chẩn đoán do nguyên nhân khác như teo đường mật ngoài gan, người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Nhập liệu bằng Epidata 3.1 và phân tích bằng Stata 13.

2.3 Các bước tiến hành: Đầu tiên sẽ chọn những trẻ nhập khoa Tiêu Hóa có các biểu hiện nghi ngờ HCA. Sau đó, khám chuyên khoa và cho đi làm các xét nghiệm. Trẻ có biểu hiện từ 3 triệu chứng trở lên được tiếp tục làm xét nghiệm di truyền học tìm đột biến gen JAG1 và NOTCH2. Sau cùng, phân tích tìm mối liên quan kiểu gen kiểu hình và tìm các yếu tố liên quan tiên lượng bệnh gan trẻ HCA.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc tính mẫu nghiên cứu

Bảng 1: Đặc tính mẫu (N=30)

Tuổi*		Tần số (%)
Tuổi	≤ 1 tuổi	8 (26,67)
	>1 tuổi	16 (53,33)
Giới	Nữ	13 (43,33)
	Nam	17 (56,67)
Địa chỉ	Thành phố	7 (23,33)
	Tỉnh	23 (76,67)
Lý do nhập viện	Vàng da	19 (63,33)
	Ngứa	4 (13,33)
	Bảng bụng	4 (13,33)
	Khác	3 (0,1)
Tần suất xuất hiện	3 triệu chứng	7 (23,33)
	4 triệu chứng	17 (56,67)
	5 triệu chứng	6 (20,0)

*Mô tả bằng trung vị, tứ phân vị

Nhận xét: Trung vị tuổi của trẻ là 8 tháng tuổi. Không có sự khác biệt đáng kể về nhóm tuổi trên dưới 1 tuổi và giới. Đa số trẻ đến từ các tỉnh ngoài TPHCM (76,67%). Lý do nhập viện chủ yếu là vàng da (63,33) và đa phần trẻ thường có 4 triệu chứng lâm sàng (56,67%).

3.2 Mối liên quan kiểu hình và kiểu gen

Bảng 2: Mối liên quan giữa đột biến gen JAG1 với các bất thường kiểu hình

Bất thường	Đột biến gen JAG1		P
	Có (%)	Không (%)	
Gan	22(100)	7(87,5)	0,267
Tim	18(81,82)	5(62,5)	0,261
Cột sống	18(81,82)	6(75)	0,52
Mắt	10(45,45)	7(87,5)	0,047

Bất thường	Đột biến gen JAG1		P
	Có (%)	Không (%)	
Khuôn mặt	20(90,91)	6(75)	0,284

*Kiểm định fisher

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đột biến gen JAG1 với bất thường mắt ($p < 0,05$). Nhưng không tìm thấy mối liên quan giữa đột biến gen JAG1 với các bất thường gan, tim, cột sống và khuôn mặt ($p > 0,05$).

Bảng 3: Mối liên quan giữa các kiểu đột biến gen với các bất thường kiểu hình

Bất thường	Kiểu đột biến gen JAG1				P
	Sai nghĩa (%)	Vô nghĩa (%)	Lệch khung (%)	Cắt nối (%)	
Gan	7(100)	8(100)	5(100)	2(100)	1
Tim	4(57,14)	7(87,5)	5(100)	2(100)	0,42
Cột sống	5(71,43)	7(87,5)	4(80)	2(100)	0,95
Mắt	4(57,14)	4(50)	1(20)	1(50)	0,18
Khuôn mặt	7(100)	6(75)	5(100)	2(100)	0,51

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa kiểu đột biến gen với bất thường gan, tim, cột sống, mắt, khuôn mặt do mối liên quan không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4: Mối liên quan giữa vị trí đột biến gen với kiểu hình (n=22)

Bất thường	Vị trí đột biến		P
	Exon 4	Exon khác	
Gan	7(100)	15(100)	---
Tim	6(85,71)	12(80)	0,62
Cột sống	6(85,71)	12(80)	0,62
Mắt	3(42,86)	7(70)	0,62
Khuôn mặt	7(100)	13 (86,67)	0,46

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa vị trí đột biến gen JAG1 với bất thường gan, tim, cột sống, mắt, khuôn mặt do mối liên quan không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.3 Tiên lượng gan**Bảng 5. Tiên lượng gan**

		Tần số (%)
Thời gian theo dõi		20,4 ± 13,4 tháng
Tiên lượng	Gan nhẹ	16 (53,33)
	Gan nặng	10 (33,33)
	Tử vong	4 (13,33)

Nhận xét: Sau thời gian theo dõi trung bình 20,4 tháng, có 33,33% diễn tiến gan nặng và có 4 trường hợp tử vong.

3.4 Mối liên quan giữa các kiểu đột biến gen với tiên lượng gan**Bảng 6. Mối liên quan giữa các kiểu đột biến gen với tiên lượng gan**

		Tiên lượng			P
		Gan nhẹ	Gan nặng	Tử vong	
Đột biến gen JAG1	Không	5 (31,25)	0	3 (75)	0,013
	Có	11 (68,75)	10 (100)	1 (25)	

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đột biến gen JAG1 với tiên lượng gan ($p < 0,05$).

Bảng 7. Mối liên quan giữa các kiểu đột biến gen với tiên lượng gan (n=22)

		Tiên lượng			P
		Gan nhẹ	Gan nặng	Tử vong	
Kiểu đột biến	Sai nghĩa	4 (36,36)	3 (30)	0	1
	Vô nghĩa	3 (27,27)	4 (40)	1 (100)	
	Lệch khung	3 (27,27)	2 (20)	0	
	Cắt nối	1 (9,09)	1 (10)	0	

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa các kiểu đột biến gen với tiên lượng gan ($p > 0,05$).

3.5 Mối liên quan giữa biểu hiện lâm sàng và tiên lượng gan**Bảng 8. Mối liên quan giữa lý do nhập viện, siêu âm bụng và tiên lượng gan**

		Tiên lượng			P
		Gan nhẹ	Gan nặng	Tử vong	

Lý do nhập viện	Vàng da	10 (62,5)	7 (70)	2 (50)	0,128
	Ngứa	3 (18,75)	1 (10)	0	
	Bảng bụng	0	2 (20)	2 (50)	
	Khác	3 (18,75)	0	0	
Siêu âm bụng	Gan to/ lách to	7 (77,78)	2 (25)	1 (33,33)	0,043
	Túi mật co nhỏ	2 (22,22)	1 (12,5)	0	
	Xơ gan	0	3 (37,5)	2 (66,67)	
	Bất thường khác	0	2 (25)	0	

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kết quả siêu âm bụng với tiên lượng gan ($p < 0,05$), nhưng không tìm thấy mối liên quan giữa lý do nhập viện với tiên lượng gan ($p > 0,05$).

3.6 Mối liên quan giữa các chỉ số cận lâm sàng với tiên lượng gan

Bảng 9. Diện tích dưới đường cong R.O.C, điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu của các chỉ số cận lâm sàng

	Diện tích dưới đường cong R.O.C	Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
Bilirubin TP ($\mu\text{mol/L}$)	0,69	206,75	50	100
Bilirubin TT ($\mu\text{mol/L}$)	0,71	114,35	50	100
SGOT (U/L)	0,6	182,92	85,71	43,75
SGPT (U/L)	0,44	77,04	50	43,75
ALP (U/L)	0,53	604,15	57,14	68,75
GGT (U/L)	0,54	403,33	64,29	50
Cholesterol (mmol/L)	0,54	6,59	50	56,25
Triglycerid (mmol/L)	0,44	3,13	42,68	68,75

Nhận xét: Các chỉ số cận lâm sàng có diện tích dưới đường cong R.O.C khá tốt là Bilirubin TT (0,71), Bilirubin TP (0,69) với điểm cắt lần lượt là 114,35 $\mu\text{mol/L}$ và 206,75 $\mu\text{mol/L}$.

Bảng 10. Mối liên quan giữa chỉ số cận lâm sàng với tiên lượng gan

		Tiên lượng gan		P
		Nhẹ	Nặng/ Tử vong	
Bilirubin TP ($\mu\text{mol/L}$)	<206,75	16 (100)	7 (50)	0,002*
	$\geq 206,75$	0	7 (50)	
Bilirubin TT ($\mu\text{mol/L}$)	<114,35	16 (100)	7 (50)	0,002*
	$\geq 114,35$	0	7 (50)	
SGOT (U/L)	<182,92	7 (43,75)	2 (14,29)	0,086*
	$\geq 182,92$	9 (56,25)	12 (85,71)	
SGPT (U/L)	<77,04	2 (12,5)	0	0,276*
	$\geq 77,04$	14 (87,5)	14 (100)	
ALP (U/L)	<604,15	11 (68,75)	6 (42,86)	0,145
	$\geq 604,15$	5 (31,25)	8 (57,14)	
GGT (U/L)	<403,33	8 (50)	5 (35,71)	0,339
	$\geq 403,33$	8 (50)	9 (64,29)	
Cholesterol (mmol/L)	<6,59	9 (56,25)	7 (50)	0,51
	$\geq 6,59$	7 (43,75)	7 (50)	
Triglycerid (mmol/L)	<3,13	11 (68,75)	8 (57,14)	0,39
	$\geq 3,13$	5 (31,25)	6 (42,86)	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa các chỉ số cận lâm sàng như Bilirubin trực tiếp, Bilirubin toàn phần với tiên lượng gan ($p = 0,002$).

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu cho thấy trung vị tuổi của trẻ là 8 tháng tuổi và không có sự khác biệt đáng kể về giới và nhóm tuổi ≤ 1 tuổi và > 1 tuổi. Đa số các trẻ đến từ các tỉnh ngoài TPHCM. Trẻ nhập viện chủ yếu vì vàng da và đa phần trẻ có biểu hiện 4 triệu chứng lâm sàng chính của hội chứng HCA.

Khi xét về mối liên quan đột biến gen Jag1 và kiểu hình, chúng tôi thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đột biến gen JAG1 với bất thường mắt ($p < 0,05$). Nhưng không tìm thấy mối liên quan giữa đột biến gen JAG1 với các bất thường gan, tim, cột sống và khuôn mặt ($p > 0,05$). Tuy nhiên, khi tiếp tục nghiên cứu về kiểu đột biến gen Jag1, vị trí đột biến gen Jag1

và kiểu hình, chúng tôi ghi nhận không có sự liên quan do mỗi liên quan không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) giữa các kiểu đột biến gen, vị trí đột biến gen với các bất thường kiểu hình trên gan, tim mạch, mắt, cột sống và nét mặt. Tác giả cho rằng đột biến gen Jag1 đóng vai trò quan trọng trong biểu hiện thường gặp bệnh tim phải tắc nghẽn. Nhưng đây chỉ là báo cáo riêng lẻ. Nhìn chung, các nghiên cứu trước đây cũng như kết quả nghiên cứu của chúng tôi, với cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ, tiến hành riêng lẻ từng trung tâm, từng khu vực chưa cho thấy có mối liên quan kiểu gen kiểu hình trẻ ALGS. Sau thời gian theo dõi trung bình 20,4 tháng, có 33,33% diễn tiến gan nặng và có 4 trường hợp tử vong. Đa số trẻ ALGS diễn tiến gan nhẹ. Khi xét mối liên quan giữa đột biến gen Jag1 với tiên lượng gan nhẹ, nặng, tử vong, chúng tôi thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đột biến gen JAG1 với tiên lượng gan ($p = 0,013$). Khi xét về mối liên quan giữa kiểu gen đột biến và tiên lượng bệnh gan, kết quả cho thấy không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả tương tự với các nghiên cứu của Kamath BM (2010), Marialena Mouzaki (2016) [4, 7].

Chúng tôi tìm thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kết quả siêu âm bụng với tiên lượng gan ($p = 0,043$), nhưng không tìm thấy mối liên quan giữa lý do nhập viện với tiên lượng gan ($p > 0,05$). Trong các triệu chứng lâm sàng, chỉ có bất thường cấu trúc tim nhĩ nhĩ là có liên quan tăng tỷ lệ tử vong ($P < 0,001$) [3]. Sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về cỡ mẫu, nơi tiến hành phân tích và cách phân tích.

Các chỉ số cận lâm sàng có diện tích dưới đường cong R.O.C khá tốt là Bilirubin TT (0,71), Bilirubin TP (0,69) với điểm cắt lần lượt là 114,35 $\mu\text{mol/L}$ và 206,75 $\mu\text{mol/L}$. Với điểm cắt này, chúng tôi tìm thấy có mối liên quan giữa chỉ số Bilirubin trực tiếp, Bilirubin toàn phần với tiên lượng gan ($p = 0,002$). Kết quả này tương tự với kết quả của Kamath BM (2010) với bilirubin toàn phần $> 6,5 \text{ mg/dL}$ (111 $\mu\text{mol/L}$) ($p = 0,0001$), bilirubin trực tiếp $> 4,5 \text{ mg/dL}$ (77 $\mu\text{mol/L}$) ($p = 0,0066$) có liên quan đến tiên lượng bệnh gan, tương tự với Mouzaki M (2016), ngưỡng bilirubin toàn phần 3,8 mg/dL (65 mmol/L) có liên quan tiên lượng bệnh gan ($p = 0,001$) [4, 7]. Tuy nhiên, theo Kamath BM, nghiên cứu còn cho thấy cholesterol 520 mg/dL (13,5 mmol/L) ($p = 0,0022$) có liên quan đến tiên lượng bệnh gan nặng về sau. Theo Mouzaki M, phân tích đơn biến cho thấy tình trạng ứ mật ($p = 0,041$), xơ

hóa trên sinh thiết gan ($p = 0,006$) và biểu hiện u vàng ($p = 0,003$) có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p < 0,05$) gan nhẹ và gan nặng. Trong nghiên cứu của chúng tôi không cho thấy sự liên quan này. Sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về cỡ mẫu nghiên cứu, thời gian theo dõi bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

- Về đặc điểm mẫu nghiên cứu, không có sự khác biệt đáng kể về nhóm tuổi, giới tính. Đa số ở các tỉnh thành khác ngoài thành phố Hồ Chí Minh và nhập viện chủ yếu là vàng da.

- Sau thời gian theo dõi trung bình 20,4 tháng, đa số trẻ ALGS diễn tiến gan nhẹ và có 4 trường hợp tử vong.

- Có mối liên quan giữa đột biến gen JAG1 với bất thường mắt, nhưng không tìm thấy mối liên quan giữa kiểu đột biến gen Jag1, vị trí đột biến gen Jag1 và kiểu hình.

- Có mối liên quan giữa đột biến gen JAG1, kết quả siêu âm bụng với tiên lượng gan, nhưng không có mối liên quan giữa kiểu gen đột biến và tiên lượng bệnh gan.

- Có mối liên quan giữa bilirubin trực tiếp, bilirubin toàn phần với tiên lượng gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alagille D, Estrada A, Hadchouel M, Gautier M, et al (1987)** "Syndromic paucity of interlobular bile ducts (Alagille syndrome or arteriohepatic dysplasia): review of 80 cases". *The Journal of pediatrics*, 110 (2), 195-200.
2. **Colliton RP, Bason L, Lu FM, et al (2001)** "Mutation analysis of Jagged1 (JAG1) in Alagille syndrome patients". *Human mutation*, 17 (2), 151-2.
3. **Emerick KM, Rand EB, Goldmuntz E, et al (1999)** "Features of Alagille syndrome in 92 patients: frequency and relation to prognosis". *Hepatology*, 29 (3), 822-829.
4. **Kamath BM, Munoz PS, Bab N, et al (2010)** "A longitudinal study to identify laboratory predictors of liver disease outcome in Alagille syndrome". *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 50 (5), 526-530.
5. **Krantz ID, Colliton RP, Genin A, et al (1998)** "Spectrum and frequency of jagged1 (JAG1) mutations in Alagille syndrome patients and their families". *American journal of human genetics*, 62 (6), 1361-9.
6. **McElhinney DB, Krantz ID, Bason L, et al (2002)** "Analysis of cardiovascular phenotype and genotype-phenotype correlation in individuals with a JAG1 mutation and/or Alagille syndrome". *Circulation*, 106 (20), 2567-74.
7. **Mouzaki M, Bass LM, Sokol RJ, et al (2015)** "Early Life Predictive Markers of Liver Disease Outcome in an International, Multi-Center Cohort of Children with Alagille Syndrome". *Liver international*, 36 (5), 755-760.

ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN NGỪNG TIM NGỪNG THỞ TRƯỚC NHẬP VIỆN TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN QUẬN TÂN PHÚ

Lương Văn Sinh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu. Mô tả một số đặc điểm và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ngừng tim ngừng thở trước nhập viện tại khoa cấp cứu, bệnh viện quận Tân Phú. **Phương pháp.** Điều tra ngang 73 bệnh nhân bị ngừng tim ngừng thở trước khi nhập viện tại khoa Hồi sức Cấp cứu, bệnh viện quận Tân Phú từ tháng 06/2015-04/2016. **Kết quả.** Đa số người bệnh có độ tuổi từ 20 đến 60 với tỷ lệ là 58,9%; có 80,8% là giới nam, 96,5% trường hợp sự cố xảy ra tại nhà; 93,0% được đưa đến bệnh viện bằng xe công cộng, 46,7% được sau 20 phút; 57,5% trường hợp có triệu chứng báo trước; 47,9% có tiền căn tim mạch, 58,9% vô tâm thu ở lần điện tim ban đầu; 91,8% chưa được xử trí cấp cứu ban đầu. Tỷ lệ hồi phục tuần hoàn là 49,3% có liên với dạng điện tim ban đầu, có sốc điện và thời gian cấp cứu. Cần phổ biến một số đặc điểm, dấu hiệu và phương pháp sơ cứu ban đầu cho người dân, đồng thời cần triển khai hệ thống cấp cứu ngoại viện hiệu quả.

Từ khóa. Đặc điểm, ngừng tim ngừng thở, bệnh viện Tân Phú.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CARDIO RESPIRATORY ARREST CASES WERE ADMITTED TO EMERGENCY DEPARTMENT AT TAN PHU HOSPITAL

Objectives. Describes some characteristics and some related factors of cardio respiratory arrest cases were admitted to emergency department at tan phu hospital. **Methods.** A cross-sectional survey of 73 cardio respiratory arrest cases were admitted to emergency department from June 2015 to April 2016. **Results.** The majority of patients are between 20 and 60 years old, at 58.9%; 80.8% male, 96.5% of the incident occurred at home; 93.0% were taken to the hospital by public transport, 46.7% after 20 minutes; 57.5% of cases have pre-warning symptoms; 47.9% had heart disease, 58.9% non-systolic; 91.8% have not received initial first aid. The proportion of recovery circulatory was 49.3%, that associated with the initial ECG, electric shock and the time of emergency. It is necessary to disseminate some characteristics, signs and methods of first aid to the people and need to deploy an effective external emergency service.

¹Bệnh viện Quận Tân Phú, Thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Lương Văn Sinh
Email: drsinh2001@yahoo.com
Ngày nhận bài: 11.9.2017
Ngày phản biện khoa học: 31.10.2017
Ngày duyệt bài: 13.11.2017

Keywords. Cardio respiratory arrest, Tan Phu hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngừng tim ngừng thở trước nhập viện là một cấp cứu khẩn cấp. Tại Hoa kỳ, có hơn 166.000 bệnh nhân mỗi năm, tỷ lệ cứu sống xuất viện thay đổi từ 0,3% ở Detroit và 20,4% ở Slovenia [7]. Tại Việt nam, nghiên cứu của Phan Thị Thanh Huyền năm 2007 tại bệnh viện Nhi đồng II Thành phố Hồ Chí Minh cho thấy tỷ lệ được cứu sống là 2,0% [1]; nghiên cứu của Nguyễn Đức Công tại bệnh viện Thống nhất cho thấy tỷ lệ cứu sống chỉ là 2,4% [4]. Cấp cứu ngừng tim ngừng thở gồm hồi sinh tim phổi cơ bản và nâng cao. Xử trí cấp cứu ngừng tim trước nhập viện tại khoa cấp cứu chủ yếu là hồi sinh tim phổi nâng cao. Thành công trong cấp cứu bệnh nhân ngừng tim ngừng thở trước nhập viện phụ thuộc vào những yếu tố như: tuổi bệnh nhân, nguyên nhân gây ra, bệnh lý kèm theo, xử trí cấp cứu ban đầu sớm và đúng cách không, thời gian bệnh nhân đến bệnh viện, dạng điện tim ban đầu... Nhằm nhận định và cung cấp một số thông tin, khuyến nghị để nâng cao hiệu quả trong công tác xử trí cấp cứu, cấp cứu ban đầu, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả một số đặc điểm của bệnh nhân ngừng tim ngừng thở trước nhập viện tại khoa cấp cứu, bệnh viện quận Tân Phú thành phố Hồ Chí Minh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân ngừng tim ngừng thở trước nhập viện nhập tại khoa hồi sức cấp cứu, bệnh viện quận Tân Phú, thành phố Hồ Chí Minh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang mô tả

Chọn mẫu. Chọn toàn bộ bệnh nhân bị ngừng tim ngừng thở trong suốt thời gian tiến hành nghiên cứu từ 06/2015 đến 04/2016 thỏa điều kiện ngoại trừ những bệnh nhân không còn chỉ định hồi sức. Theo hướng dẫn hồi sinh tim phổi và cấp cứu tim mạch của Hội tim mạch Hoa kỳ năm 2010, các trường hợp có thể từ chối hồi sinh tim phổi khi có những dấu hiệu lâm sàng rõ ràng chứng tỏ bệnh nhân đã chết như xác cứng

đờ, da tím bầm, mất đầu, mất thân hoặc đã phân hủy... Như vậy có 73 bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu. Xác định bệnh nhân ngừng tim ngừng phổi khi người bệnh ngừng hô hấp và ngừng các nhát bóp tim có hiệu quả, được nhận biết qua các dấu hiệu gồm mất ý thức đột ngột, ngừng thở hoặc thở ngáp cá, mất mạch cảnh hoặc mạch bẹn. Các bệnh nhân sau khi nhập viện được tiến hành điều tra bệnh sử, tiền sử, khám và cấp cứu.

Thu thập dữ liệu. Thu thập các thông tin, dữ liệu được cung cấp từ hồ sơ bệnh án theo biểu mẫu đã được xây dựng.

2.3. Xử lý số liệu: Nhập liệu và quản lý số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm Stata-13. Sử dụng phương pháp phân tích và thống kê y tế. Phép kiểm Chi bình phương được sử dụng để so sánh sự khác biệt giữa các biến số định tính với xác suất sai lầm loại I là $\alpha=0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Quyền lợi của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo theo đúng quy định về y đức, đề tài được sự chấp thuận của ban lãnh đạo và Hội đồng Khoa học Công nghệ bệnh viện quận Tân Phú.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm tuổi và giới tính của bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm tuổi và giới của bệnh nhân (n=73 bệnh nhân)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	16 – 20	4
	21 – 40	18
	41 – 60	21
	61 – 80	25
	Trên 80	5
Giới	Nữ	14
	Nam	59

Tỷ lệ bệnh nhân có độ tuổi từ 61-80 là cao nhất với 34,2%; tiếp đến là độ tuổi 41-60 với 28,8%; độ tuổi 21 – 40% là 24,7%.

3.2. Một số đặc điểm trước lúc nhập viện của bệnh nhân ngừng tim ngừng thở

Bảng 2. Đặc điểm triệu chứng báo trước (n=73 bệnh nhân)

Triệu chứng báo trước	Số lượng	Tỷ lệ %
Không có triệu chứng	31	42,4
Khó thở	16	21,9
Đau đầu	1	1,4
Ho ra máu	6	8,2
Đau bụng	2	2,7
Đau ngực	9	12,3

Triệu chứng khác	5	6,8
------------------	---	-----

Tỷ lệ không có triệu chứng dự báo trước khi xảy ra ngừng tim ngừng thở là 42,4%. Tỷ lệ có triệu chứng là 57,6% trong đó, 21,9% có triệu chứng khó thở và 12,3% có triệu chứng đau ngực.

Bảng 3. Một số đặc điểm của người bệnh trước lúc nhập viện (n=73 bệnh nhân)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Tiền căn tim mạch	Không	38
	Có	35
Nơi xảy ra sự cố	Tại nhà	62
	Tại nơi công cộng	7
	Tại nơi làm việc	4
Có người chứng kiến	Có	70
	Không	3
Phương tiện vận chuyển	Xe cấp cứu của bệnh viện	2
	Xe công cộng	68
	Xe cấp cứu của nơi khác	3
Thời gian đến bệnh viện	10 phút	9
	> 10 phút – 20 phút	30
	> 20 phút	34

Tỷ lệ có tiền căn tim mạch trước đó là 48,0%. Hầu hết các trường hợp ngừng tim ngừng thở được cấp cứu tại bệnh viện là xảy ra tại nhà riêng và được đưa đến bệnh viện bằng các phương tiện công cộng, tỷ lệ xảy ra ngừng tim ngừng thở tại nhà là 84,9% và được chuyển tới bệnh viện bằng xe công cộng là 95,9%.

3.3. Một số đặc điểm và kết quả cấp cứu ban đầu

Bảng 4. Một số đặc điểm cấp cứu ban đầu (n=73 bệnh nhân)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Sơ cấp cứu ban đầu	Có	6
	Không	67
Điện tim ban đầu	Rung thất	14
	Vô tâm thu	43
	Hoạt động điện vô mạch	16
Thời gian cấp cứu	< 30 phút	22
	≥ 30 phút	51

Có 6 trường hợp được sơ cấp cứu ban đầu trước khi nhập viện với tỷ lệ 8,2%; tỷ lệ có dạng điện tim ban đầu vô tâm thu là 58,9% trong khi điện tim có dạng rung thất chỉ là 19,2%. Tỷ lệ số ca bệnh được cấp cứu dưới 30 phút là 30,1%.

Bảng 5. Kết quả cấp cứu ngừng tim ngừng thở (n=73 bệnh nhân)

Kết quả cấp cứu	Số	Tỷ lệ
-----------------	----	-------

	lượng	%
Phục hồi tuần hoàn	36	49,3
Không phục hồi tuần hoàn	37	50,7

Tỷ lệ có phục hồi tuần hoàn là 49,3%, hầu hết bệnh nhân hồi phục tuần hoàn nhưng vẫn hôn mê sâu.

3.4. Một số yếu tố liên quan đến kết quả cấp cứu ngừng tim ngừng thở

Bảng 6. Một số đặc điểm liên quan đến kết quả cấp cứu hồi phục tuần hoàn

Đặc điểm	OR thô	OR hiệu chỉnh	KTC 95%	p
Tuổi	1,01	1,03	0,99-1,07	0,136
Giới tính nam	0,32	0,30	0,05-1,88	0,201
Thời gian đến bệnh viện: Dưới 10 phút	1	1		
Sau 10-20 phút	0,50	0,26	0,03-1,89	0,182
Sau 20 phút	0,39	0,18	0,03-1,15	0,070
Có người chứng kiến	2,00	3,56	-	0,668
Có tiền căn tim mạch	1,83	1,80	0,38-8,43	0,458
Có xác định nguyên nhân	0,75	2,06	0,28-15,1	0,478
Có được sơ cấp cứu ban đầu	0,49	0,25	0,03-2,37	0,225
Có các triệu chứng báo trước	1,07	0,43	0,10-1,94	0,275
Điện tim ban đầu: Rung thất		0,05	0,004-0,60	0,018
Vô tâm thu		0,21	0,04-1,14	0,071
Hoạt động điện vô mạch	1	1		
Có sốc điện	1,69	13,6	1,63-113	0,016
Thời gian cấp cứu dưới 30 phút	8,25	14,6	2,98-71,4	0,001

Kết quả cho thấy tỷ lệ hồi phục tuần hoàn ở nhóm có điện tim ban đầu dạng rung thất là thấp hơn nhiều so với nhóm điện tim dạng hoạt động điện vô mạch (OR=0,05; $p<0,05$). Tỷ lệ hồi phục tuần hoàn ở nhóm được sốc điện cao hơn nhiều so với nhóm không được sốc điện (OR=13,6; $p<0,05$); ở nhóm có thời gian cấp cứu dưới 30 cao hơn nhiều so với nhóm trên 30 phút (OR=14,6; $p<0,05$)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới của bệnh nhân ngừng tim ngừng thở: Kết quả nghiên cứu này cho thấy đa số trường hợp ngừng tim ngừng thở ở độ tuổi 61-80 và nhóm 41-60 tuổi với tỷ lệ 34,3% và 28,8%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 52 tuổi, độ tuổi này thấp hơn so với khảo sát của Phạm Tiến Ngọc, tuổi trung bình 58 tuổi. Về giới tính, chủ yếu bệnh nhân đến cấp cứu vì ngừng tim ngừng thở là nam giới với tỷ lệ là 80,8%; cao hơn với các nghiên cứu của Phạm Tiến Ngọc [3], tỷ lệ là 65,1% và nghiên cứu của Đặng Đức Hoàn với 72,1% [5]. Một số nghiên cứu ở trên thế giới cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân ngừng tim ngừng thở đa số là giới nam, đặc biệt là ở độ tuổi lao động thường xuyên tiếp xúc nhiều với các nguy cơ, tai nạn trong lao động, nghề nghiệp; ngoài ra nhiều báo cáo cũng cho thấy rằng họ tiếp xúc với các nguy cơ tim mạch nhiều hơn nữ giới.

4.2. Một số đặc điểm trước lúc nhập viện của bệnh nhân ngừng tim ngừng thở. Về triệu chứng báo trước, có 42 bệnh nhân có các triệu chứng báo trước với tỷ lệ 57,5%, chủ yếu là triệu chứng khó thở, đau ngực và ho ra máu. Nhiều báo cáo cũng cho thấy hầu hết các bệnh nhân trước khi ngừng tim ngừng thở có các triệu

chứng này, Theo khảo sát của Đặng Đức Hoàn, tỷ lệ bệnh nhân ngừng tim ngừng thở có các triệu chứng báo trước là 67,0% mà trong đó, triệu chứng khó thở đa số có triệu chứng khó thở [5]. Như vậy đối với nhiều trường hợp cấp cứu, cần đánh giá và xử trí kịp thời các ca bệnh có các triệu chứng này trước lúc nhập viện và trong hướng dẫn sơ cấp cứu ban đầu cho người dân cần quan tâm đến các triệu chứng này như là một dấu hiệu nhận biết các trường hợp ngừng tim ngừng thở để có những hướng xử trí kịp thời.

Về tiền sử bệnh tim mạch, kết quả có 35 trường hợp có tiền căn tim mạch mà hầu hết là tăng huyết áp, thiếu máu cục bộ, nhồi máu cơ tim và tai biến mạch não, tỷ lệ là 47,9%.

Đa số trường hợp ngừng tim ngừng thở xảy ra tại nhà với tỷ lệ 84,9% cao hơn một số báo cáo trước đó và hầu hết có người chứng kiến và đưa đến bệnh viện (95,9%), khảo sát của Đặng Đức Hoàn ghi nhận tỷ lệ ngừng tim ngừng thở xảy ra tại nhà là 64,4% [5].

Về phương tiện chuyển bệnh nhân tới bệnh viện, khảo sát này tại bệnh viện quận Tân Phú cho thấy có 93,2% được chuyển bằng xe công cộng như xe máy, taxi,... Nếu bệnh nhân được vận chuyển bằng xe cấp cứu và có sự hiện diện của thầy thuốc sẽ cải thiện được tỷ lệ phục hồi tuần hoàn trước khi đến bệnh viện, tỷ lệ sống

còn có biến chứng thần kinh tối thiểu. Kết quả này cho thấy rằng nhiều người dân chưa được tiếp cận sử dụng hệ thống cấp cứu ban đầu, sự tiếp cận với hệ thống chưa thuận lợi, cơ sở vật chất còn thiếu.

Về thời gian chuyển người bệnh tới bệnh viện, chỉ có 12,3% được đưa đến bệnh viện trong 10 phút, trong khi 46,6% được đưa đến sau 20 phút. Thời gian từ khi có triệu chứng đến khi nhập viện rất quan trọng. Tác giả Phạm Tiến Ngọc nhận xét trong các trường hợp cấp cứu thành công thì đa số các trường hợp thời gian đến bệnh viện trên 10 phút để lại các biến chứng thần kinh nặng nề như rối loạn ý thức, rối loạn hô hấp, loạn nhịp và phần lớn bệnh nhân được người nhà xin về [3].

4.3. Một số đặc điểm cấp cứu bệnh nhân ngừng tim ngừng thở. Khi ngừng tim ngừng thở xảy ra phải tiến hành hồi sinh tim phổi nhanh nhất có thể, cung cấp được máu cùng với oxy đến cho tế bào não, nhất là trong vòng 5 phút đầu kể từ lúc ngừng tim. Chính vì vậy, việc cấp cứu ngừng tim-phổi cần tiến hành tại chỗ, khẩn trương và đúng kỹ thuật. Tuy vậy trong nghiên cứu này chỉ ghi nhận 6 trường hợp (8,2%) được sơ cấp cứu ban đầu, cho thấy rằng nhiều người dân không có kiến thức và các kỹ năng sơ cấp cứu ban đầu. Như vậy việc nâng cao ý thức và kỹ năng về sơ cấp cứu ban đầu cho người dân là rất quan trọng nhằm giảm thiểu những hậu quả và gánh nặng do bệnh tật, chấn thương hoặc tai nạn gây ra.

Kết quả ghi nhận 43 trường hợp có dạng điện tim ban đầu là vô tâm thu, tỷ lệ là 58,9%. Có 16 trường hợp điện tim dạng hoạt động điện vô mạch và 14 trường hợp điện tim ban đầu là rung thất (19,2%). Nghiên cứu của Đặng Đức Hoàn cho thấy có tới 73,7 trường hợp ngừng tuần hoàn có dạng điện tim vô tâm thu và 13,6% dạng rung thất [5].

Về thời gian cấp cứu, khảo sát này cho thấy có tới 69,9% số ca cấp cứu hơn 30 phút. Về kết quả cấp cứu, Khảo sát này ghi nhận 36 trường hợp (49,3%) hồi phục tuần hoàn nhưng bệnh nhân còn mê sâu; có 35 trường hợp sau khi hồi phục tuần hoàn được chuyển lên tuyến trên an toàn. Kết quả này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Đặng Đức Hoàn, tỷ lệ hồi phục tuần hoàn chỉ đạt 11,9%.

4.4. Một số yếu tố liên quan đến kết quả hồi phục tuần hoàn. Quyết định ngừng hồi sức tim phổi trong cấp cứu ngừng tim ngừng thở là một quyết định khó khăn. Quyết định này từ sự

cân nhắc giữa nguy cơ và lợi ích; tiên lượng của bệnh nhân; luật pháp tại địa phương và ý đức. Tuy vậy, một số nghiên cứu y khoa và hướng dẫn thực hành lâm sàng đưa ra một số yếu tố ảnh hưởng đến quyết định ngừng hồi sức. Trong đó có yếu tố thời gian > 30 phút khi nỗ lực cấp cứu không có kết quả. Kết quả nghiên cứu này cho thấy thời gian thực hiện cấp cứu cho bệnh nhân, dạng điện tim ban đầu và việc sốc điện có liên quan mật thiết đến kết quả hồi phục tuần hoàn, tỷ lệ hồi phục tuần hoàn ở nhóm bệnh nhân cấp cứu dưới 30 phút là 81,8% cao hơn rất nhiều so với nhóm cấp cứu trên 30 phút (OR=14,6; $p<0,05$). Tỷ lệ hồi phục tuần hoàn ở nhóm có điện tim ban đầu dạng rung thất là thấp hơn nhiều so với nhóm điện tim dạng hoạt động điện vô mạch (OR=0,05; $p<0,05$); ở nhóm được sốc điện cao hơn nhiều so với nhóm không được sốc điện (OR=13,6; $p<0,05$). Do vậy, quyết định ngừng hồi sức cần xem xét khi cấp cứu ≥ 30 phút chưa có kết quả. Tuy nhiên, ngoài yếu tố thời gian còn phải dựa vào các yếu tố khác như ECG lúc bắt đầu hồi sức là vô tâm thu; thời gian bắt đầu ngừng tim đến khi bệnh nhân được hồi sức dài; bệnh nhân có bệnh lớn tuổi và có bệnh cơ bản nặng; không còn phản xạ thân não; thân nhiệt của bệnh nhân bình thường [6]. Nghiên cứu này chưa tìm thấy tương quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, nhóm tuổi, các đặc điểm trước lúc nhập viện và đặc điểm cấp cứu khác đến kết quả hồi phục tuần hoàn ($p>0,05$). Có thể rằng trong nghiên cứu này cỡ mẫu là chưa thực sự lớn để làm rõ các yếu tố này liên quan đến kết quả hồi phục tuần hoàn, cần có các nghiên cứu chuyên biệt để xác định các tương quan này.

V. KẾT LUẬN

Đa số người bệnh có độ tuổi từ 20 đến 60 với tỷ lệ là 58,9%; có 80,8% là giới nam, 96,5% trường hợp sự cố xảy ra tại nhà; 93,0% được đưa đến bệnh viện bằng xe công cộng, 46,7% được sau 20 phút; 57,5% trường hợp có triệu chứng báo trước; 47,9% có tiền căn tim mạch, 58,9% vô tâm thu ở lần điện tim ban đầu; 91,8% chưa được xử trí cấp cứu ban đầu. Tỷ lệ hồi phục tuần hoàn là 49,3% có liên với dạng điện tim ban đầu, có sốc điện và thời gian cấp cứu. Cần phổ biến một số đặc điểm, dấu hiệu và phương pháp sơ cứu ban đầu cho người dân, đồng thời cần triển khai hệ thống cấp cứu ngoại viện hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phan Thị Thanh Huyền, Nguyễn Thành Đạt (2007)** "Tình hình ngừng tim ngừng thở trước nhập viện tại khoa cấp cứu lưu Bệnh viện Nhi đồng 2 từ 2004 – 2007". *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 11 (4), 74-78.
2. **Phùng Nam Lâm, Vũ Quang Ngọc, Đỗ Trọng Nam (2008)** "Nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng tới hiệu quả cấp cứu ngừng tuần hoàn". *Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai*, số 1128, tr. 207-213.
3. **Phạm Tiến Ngọc, Phạm Ngọc Danh Khoa, Nguyễn Thanh Sử, Lê Minh Đông, Trần Thanh Dũ (2009)** "Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến quá trình hồi sinh tim phổi có kết quả về mặt huyết động trên những ca nhập cấp cứu Bệnh viện Nhân dân Gia Định". *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 13 (6), 328-336.
4. **Nguyễn Đức Công, Hồ Thượng Dũng, Nguyễn Thị Hồng Hoàng, Phùng Hoàng Đạo (2011)** "Khảo sát những trường hợp ngừng tim ngừng thở trước khi vào viện tại khoa cấp cứu Bệnh viện Thống nhất-TP. Hồ Chí Minh". *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 15 (2).
5. **Đặng Đức Hoàn, Tô Văn Hải, Mai Mạnh Tam, Phạm Thị Trà Giang (2012)** "Nhận xét về cấp cứu bệnh nhân ngừng tuần hoàn tại khoa cấp cứu bệnh viện Thanh Nhàn". *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, số 66, Tr. 198-206.
6. **T.I. Horsted, L.S. Rasmussen, F.K. Lippert, S.L. Nielsen (2004)** "Outcome of out-of-hospital cardiac arrest-why do physicians withhold resuscitation attempts?". *Resuscitation*, 63 (3), 287-293.
7. **C. Sasson, M.A. Rogers, J. Dahl, A.L. Kellermann (2010)** "Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis". *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 3 (1), 63-81.

TỶ LỆ LOÃNG XƯƠNG Ở NGƯỜI TỪ 40 TUỔI TRỞ LÊN TẠI THÀNH PHỐ VINH TỈNH NGHỆ AN

TÓM TẮT

Mục đích: Xác định tỷ lệ loãng xương ở người từ 40 tuổi trở lên tại thành phố Vinh. **Đối tượng và phương pháp:** 2065 người từ 40 tuổi trở lên, 683 nam và 1382 nữ, trong 25 phường xã. Tất cả 2065 người được khám sàng lọc, đo chiều cao cân nặng, huyết áp và đo mật độ xương gót bằng máy bằng máy hấp thụ tia X quang năng lượng kép- Osteosys EXA 3000 (energie X ray Absorptionmetry EXA). **Kết quả:** Tỷ lệ loãng xương ở người từ 40 tuổi trở lên tại thành phố Vinh là 39,6%, trong đó nữ 40,7%; nam 37,4%. Tỷ lệ giảm mật độ xương là 36% trong đó nữ 37,5%, nam 33,1%. **Kết luận:** Tỷ lệ Loãng xương và tỷ lệ giảm mật độ xương ở nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới. Mật độ xương ở nữ thấp hơn nam giới.

SUMMARY

THE OSTEOPOROSIS RATE IN PEOPLE AGED 40 AND OVER IN VINH CITY, NGHỆ AN PROVINCE

Aim: To determine the osteoporosis rate in people aged 40 and above in Vinh city. **Subjects and methods:** 2065 people aged 40 years and over, 683 males and 1382 females, in 25 wards. All 2065 people were screened for weight, blood pressure and measured the calcaneal densitometry by means of a dual energy X-ray absorptiometry-Osteosys EXA 3000 (X-ray Absorption Metry EXA). **Results:** The rate of osteoporosis in people aged 40 and above in Vinh city

Cao Trường Sinh*, Lê Thị Thanh Huyền*

was 39.6%, of which 40.7% were female; male 37.4%. The rate of bone decline is 36%, of which females 37.5%, male 33.1%. **Conclusion:** Osteoporosis rates and rates of bone density decline in women are higher than for men. Bone density in females is lower than that of males.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương được đặc trưng bởi sự giảm khối lượng xương và tổn thương vi cấu trúc của tổ chức xương, gây hậu quả làm xương giảm độ chắc và dễ gãy. Trên thế giới, có khoảng 200 triệu người bị loãng xương, cứ 3 phụ nữ thì có 1 người bị loãng xương, tỷ lệ loãng xương nam giới là 1/5. Tại Châu Âu cứ 30 giây lại có một người bị gãy xương do loãng xương và tại Hoa Kỳ có khoảng 1,3 triệu người gãy cổ xương đùi do loãng xương. Tại Việt Nam, theo số liệu khảo sát bước đầu của Viện Dinh Dưỡng, bệnh loãng xương ảnh hưởng tới 1/3 phụ nữ và 1/8 đàn ông trên 50 tuổi. Ước tính tại Việt Nam số người gãy cổ xương đùi do loãng xương đến năm 2010 là 26.000 và đến năm 2030 sẽ là 41.000 người [1], [2].

Để đánh giá thực trạng loãng xương và có chiến lược dự phòng chúng tôi tiến hành đề tài trên nhằm mục đích: *Xác định tỷ lệ mắc bệnh loãng xương ở người 40 tuổi trở lên tại Thành phố Vinh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 2065 người dân ở thành phố Vinh, 683 nam và 1382 nữ.

*Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Cao Trường Sinh

Email: caotruongsinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 26.10.2017

Ngày duyệt bài: 13.11.2017

Phân bố đều trong 25 phường xã, mỗi xã mời đến khám 100 người để đề phòng bỏ cuộc và đảm bảo số lượng người tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích. Tất cả 2065 người được khám sàng lọc, đo chiều cao cân nặng, huyết áp và đo mật độ xương gót bằng máy bằng máy

hấp thụ tia X quang năng lượng kép- Osteosys EXA 3000 (energie X ray Absorptionmetry EXA).

Chẩn đoán loãng xương theo tiêu chuẩn của WHO 1994 [2]:

Loãng xương khi: T-score $\leq$ - 2,5; Giảm mật độ xương khi: -1 > T-score > -2,5

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng được điều tra theo tuổi và giới

Giới Tuổi	Nam (1)		Nữ (2)		Chung	
	n	%	n	%	n	%
40-49	77	11,3	239	17,3	316	15,3
50-59	205	30	469	34	674	32,7
60-69	235	34,4	481	34,8	716	34,6
≥70	166	23,4	193	14	359	17,4
Tổng	683(67%)	100	1382(33%)	100	2065	100
Tuổi trung bình	X ± SD 62,1±10,3		X ± SD 59,3±10,1		X ± SD 60,2±10,3	
p(1-2)	>0,05					

Tuổi trung bình nam nữ tương đương nhau (p>0,05).

Lứa tuổi 50 – 69 chiếm tỷ lệ cao nhất, nữ giới chiếm 2/3.

3.2. Tỷ lệ loãng xương ở người từ 40 tuổi trở lên

Bảng 3.4. Tỷ lệ loãng xương, giảm mật độ xương và bình thường

Giới tính	Loãng xương		Giảm MĐX		Bình thường		Tổng		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nam	255	37.4	226	33.1	202	29.5	683	100	p < 0,05
Nữ	562	40.7	517	37.5	303	21.8	1382	100	
Tổng	817	39.6	743	36.0	505	24.4	2065	100	

Tỷ lệ loãng xương ở nữ cao hơn nam. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p < 0,05.

Bảng 3.5. Chỉ số T-score và % mật độ xương

Biến số	Bình thường	Giảm MĐX	Loãng xương	Tổng
	n = 505	n = 743	n = 817	n = 2065
T-score	0,09 $\pm$ 1.02	-1,7 $\pm$ 0,42	-3,4 $\pm$ 0,7	-1,95 $\pm$ 1,6
P	p < 0,01			
% MĐX	98,4 $\pm$ 18,9	77,1 $\pm$ 8,4	58,9 $\pm$ 23,5	74,3 $\pm$ 24,6
p	p < 0,01			

Chỉ số T-score trung bình giữa các nhóm có sự khác biệt với p < 0,01

Bảng 3.6. Phân bố trung bình mật độ xương

Biến số		Bình thường		Giảm MĐX		LX		Tổng	
		X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
X BMD g/cm ²	Nam	0,62	0,08	0,49	0,04	0,37	0,07	0,48	0,12
	Nữ	0,48	0,07	0,38	0,26	0,26	0,12	0,36	0,2
Tổng		0,53	0,19	0,42	0,22	0,3	0,12	0,4	0,19
p		p < 0,05							

Trung bình BMD xương gót của nam giới cao hơn nữ giới

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 2065 người dân từ 40 tuổi trở lên, trong đó nữ có tỷ lệ 67% và nam 33%. Tuổi trung bình của người dân nghiên cứu là 60,2 $\pm$ 10,3, tuổi trung bình của

nam 62,1 $\pm$ 10,3, nữ 59,3 $\pm$ 10,1. Theo thiết kế nghiên cứu tuổi được chia thành 4 nhóm phân tích, trong đó nhóm tuổi 50 - 69 chiếm 2/3 đối tượng nghiên cứu, nhóm tuổi 40 - 49 tỷ lệ đến khám thấp nhất 15,3% (Bảng 3.1).

Về độ tuổi của người dân được chọn để nghiên cứu từ 40 tuổi trở lên bởi vì: Theo qui

luật phát triển sau khi đạt giá trị tối đa ở tuổi trưởng thành (vào khoảng 30 tuổi), khối lượng xương giảm dần, bắt đầu là giai đoạn mất xương chậm thường xuất hiện sau tuổi 40 đối với các xương dài, sau đó là giai đoạn mất xương nhanh. Sự mất xương xuất hiện ở phụ nữ sau mãn kinh do thiếu hụt estrogen và là thời điểm rất cần thiết phải can thiệp phòng chống loãng xương khi mà ở tuổi trẻ hơn nhiều người dân chưa tạo được khung xương có mật độ xương đỉnh tốt. Bên cạnh đó, trong phân tích kết quả chúng ta có thể so sánh mật độ xương ở nhóm phụ nữ tiền mãn kinh và hậu mãn kinh do tốc độ mất xương gia tăng rất nhanh 5 năm đầu sau mãn kinh. Nghiên cứu của Nguyễn Trung Hòa, đánh giá can thiệp cộng đồng phòng chống loãng xương ở người 45 tuổi trở lên tại thành phố Hồ Chí Minh nhận thấy tỷ lệ người 45 tuổi đến khám và bị loãng xương khá cao [3].

Nghiên cứu của Ninh Thị Nhung, đánh giá tình trạng loãng xương và hiệu quả của một số biện pháp can thiệp tại tỉnh Thái Bình, cho rằng cần đánh giá tình trạng loãng xương từ độ tuổi 40 tuổi trở lên và tác giả nhận xét từ tuổi 40 trở lên đã bắt đầu có tình trạng mất xương [4]. Một nghiên cứu tác động chi phí và sức khỏe về gãy xương do loãng xương cho biết, ước tính ở Mỹ đầu thế kỷ 21 có đến 5,2 triệu trường hợp bị gãy xương do loãng xương trong quần thể dân số từ 40 tuổi trở lên. Ở phụ nữ từ 40 tuổi đã bắt đầu có sự mất xương, do vậy việc nghiên cứu tình trạng loãng xương từ độ tuổi này và tổ chức thực hiện các biện pháp phòng bệnh từ độ tuổi này sẽ tốt hơn cho sức khỏe.

Về thể trạng chung của người dân nghiên cứu, kết quả cho thấy trung bình BMI của nam giới và nữ giới là tương đương nhau ($23,3\text{kg/m}^2$). Nghề nghiệp của người dân nghiên cứu được xếp vào 5 nhóm, trong đó cán bộ công nhân viên chức và nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất. Về trình độ học vấn của người dân nghiên cứu cho thấy tỷ lệ học vấn $\leq$ tiểu học thấp, đa số tập trung ở nhóm THCS và THPT (Bảng 3.2, Bảng 3.3).

4.2. Tỷ lệ loãng xương ở người từ 40 tuổi trở lên tại thành phố Vinh

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.4, cho thấy tỷ lệ loãng xương của người dân trên 40 tuổi tại thành phố Vinh trước can thiệp là 39,6% (T-score: $-3,4 \pm 0,7$, % MĐX: $58,9 \pm 23,5$ (bảng 3.5)), giảm mật độ xương là 36% (T-score: $-1,71 \pm 0,42$, % MĐX: $77,1 \pm 8,4$ (bảng 3.5)), và 24,4% mật độ xương bình thường.

Vấn đề loãng xương hiện đang được cơ quan Y tế của nhiều nước quan tâm. Ở Hoa Kỳ, nghiên cứu của Nicole C Wright et al cho thấy tỷ lệ loãng xương và giảm mật độ khoáng của xương ở cổ xương đùi và cột sống thắt lưng ở người từ 50 tuổi trở lên vào năm 2010 là 10,3% và giảm mật độ xương là 43,9% [6].

Ở Việt Nam, vấn đề loãng xương cũng được nhiều nhà nghiên cứu lâm sàng cũng như cộng đồng quan tâm. Nghiên cứu của Nguyễn Trung Hòa, đánh giá can thiệp cộng đồng phòng chống loãng xương ở người 45 tuổi trở lên tại thành phố Hồ Chí Minh, cho thấy tỷ lệ loãng xương chung là 39,9%, trong đó loãng xương nặng là 7,4% (có 18,3% người loãng xương đã bị gãy xương trước đây), 38,1% giảm mật độ xương và chỉ có 22% người dân nghiên cứu có mật độ xương bình thường [3]. So với nghiên cứu của Ninh Thị Nhung tại Thái Bình trên phụ nữ tuổi từ 40 đến 65 đo mật độ xương bằng siêu âm xương quay và xương gót cho kết quả thấp hơn, tỷ lệ loãng xương là 20,8% và giảm mật độ xương là 29,9% [4]. Tuy nhiên, tuổi của phụ nữ nghiên cứu cao nhất chỉ ở 65 trong khi tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 59,5. So sánh tỷ lệ loãng xương của người Trung Quốc trên 50 tuổi thì ở nữ giới 40,1% gần bằng với kết quả của chúng tôi (41,5%), nhưng so với nam giới thì ở người Trung Quốc thấp hơn nhiều (22,5% so với 37,8%).

Tại Thành phố Hồ Chí Minh, Hồ Phạm Thực Lan và cộng sự nghiên cứu mật độ xương ở cổ xương đùi đo bằng phương pháp DXA trên người trưởng thành vào năm 2010, tỷ lệ loãng xương ở nữ là 43,7% [5].

Trung bình BMD xương gót của người dân trong nghiên cứu này là $0,4\text{g/cm}^2 (\pm 0,19)$, nam giới $0,48\text{ g/cm}^2 (\pm 0,12)$ và nữ giới $0,36\text{ g/cm}^2 (\pm 0,2)$. Kết quả trung bình BMD xương gót của người loãng xương là $0,3\text{g/cm}^2 (\pm 0,12)$, ở nam giới $0,37\text{g/cm}^2 (\pm 0,07)$, nữ giới $0,26\text{g/cm}^2 (\pm 0,12)$ (Bảng 3.6). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Trung Hòa, trung bình BMD của người dân nghiên cứu là $0,42\text{g/cm}^2 (\pm 0,11)$, nam giới $0,484\text{ g/cm}^2 (\pm 0,09)$ và nữ giới $0,371\text{ g/cm}^2 (\pm 0,09)$ [4]. Kết quả trung bình BMD của người loãng xương là $0,334\text{g/cm}^2 (\pm 0,08)$, ở nam giới $0,402\text{g/cm}^2 (\pm 0,07)$, nữ giới $0,287\text{g/cm}^2 (\pm 0,05)$. Theo kết quả khảo sát tại Trung Tâm Chấn Thương chỉnh hình TPHCM năm 1998, qua đo mật độ xương ở cổ tay bằng máy DTX-200 thì trung bình BMD ở 255 phụ nữ từ 51-70 tuổi là

0,344g/cm² [5]. Như vậy BMD này thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi, có thể do người dân đến khám là những người đã có bệnh về xương khớp.

Tuy nhiên, một nghiên cứu khác, thấy rằng: đo BMD ở phụ nữ Mỹ (50-70 tuổi) bằng DXA ngoại biên tương tự nghiên cứu của chúng tôi có BMD trung bình là 0,489 ± 0,113g/cm², cao hơn kết quả của chúng tôi. Điều này phù hợp với nghiên cứu cho rằng ở phụ nữ Mỹ da trắng, Mỹ gốc phi có mật độ xương cao hơn phụ nữ Châu Á.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ loãng xương ở người từ 40 tuổi trở lên tại thành phố Vinh là 39,6%

Loãng xương ở nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới, mật độ xương ở nữ thấp hơn nam giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Ngọc Lan, Nguyễn Thị Như Hoa (2010), "Đánh giá hiệu quả và tác dụng không mong muốn tức thời của liệu pháp truyền Aclasta trong điều trị loãng xương tại khoa Cơ xương khớp, bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí Y học Lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai, số 58 tháng 12 năm 2010. p. 22-26.
2. Nguyễn ND., Ahlborg HG., Center JR., Eisman JA, Nguyễn TV (2007), "Residual lifetime risk of fractures in elderly women and men". J Bone Miner Res. 2007 Jun; 22 (6), p. 781-8.
3. Nguyễn Trung Hòa (2016) "Đánh giá hiệu quả một số biện pháp sau can thiệp cộng đồng phòng chống loãng xương ở người từ 45 tuổi trở lên tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2013-2015".
4. Ninh Thị Nhung (2013) "Nghiên cứu tình trạng loãng xương và áp dụng một số biện pháp dự phòng cho phụ nữ từ 40-65 tuổi tại Thái Bình" năm 2008.
5. Hồ Phạm Lục Lan và cộng sự (2010), "Nghiên cứu mật độ xương ở cổ xương đùi đo bằng phương pháp DXA trên người trưởng thành", Tạp chí Y Dược TP Hồ Chí Minh.
6. Nicole C Wright et al (2014), The Recent Prevalence of Osteoporosis and Bone Mass in The United States Based on Bone Mineral Density at Femoral Neck or Lumbar Spine, J Bone Miner Res, 2014; 29 (11): 2520-2526.
7. Trần Thị Uyên Linh và CS (2012), Tỷ lệ loãng xương và các yếu tố nguy cơ trên phụ nữ mãn kinh và nam giới ≥ 50 tuổi điều trị tại khoa lão Bệnh viện Nhân dân Gia Định, Tạp chí Y Dược TP Hồ Chí Minh, tập 16, tr 271-277.

NHẬN XÉT MỐI LIÊN QUAN GIỮA CHỈ SỐ BISHOP VÀ CHIỀU DÀI CỔ TỬ CUNG ĐẾN THÀNH CÔNG CỦA KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ

Phạm Thị Yến¹, Phạm Thị Thanh Hiền¹, Nguyễn Quảng Bắc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét giá trị tiên lượng khởi phát chuyển dạ thành công của chỉ số Bishop và chiều dài cổ tử cung qua siêu âm đường tăng sinh môn. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu thực hiện trên 65 sản phụ có tuổi thai từ 37 – 42 tuần được khởi phát chuyển dạ tại khoa đẻ Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 27,6±2,84 tuổi. Tỷ lệ sản phụ sinh con so là 67,69%, tỷ lệ sản phụ sinh con ra là 32,31%. Tuổi thai từ 40-41 tuần chiếm đa số với tỷ lệ 82,54 %. Các chỉ số trước khởi phát chuyển dạ là: Chỉ số Bishop trung bình là 3,42 ± 1,31 điểm; chiều dài cổ tử cung từ 20 -30mm chiếm tỷ lệ 58,46%. Tỷ lệ khởi phát thành công là 83,08%. Dựa vào đường cong ROC chỉ ra điểm cắt của chỉ số Bishop là 4 điểm, điểm cắt của chiều dài cổ tử cung là 29 mm. **Kết luận:** Chỉ số Bishop và chiều dài cổ tử cung đều có giá trị tiên lượng khởi phát chuyển dạ.

Từ khóa: Chỉ số Bishop, chiều dài CTC, khởi phát chuyển dạ, điểm cắt

SUMMARY

TO EVALUATE THE RELATION BETWEEN BISHOP SCORE AND CERVICAL LENGTH TO LABOURINDUCTION

Objective:To evaluate labour induction value of Bishop score and cervical length measurement via transrectal ultrasound. **Methods:**This is cross sectional study among 65 pregnant women with 37 to 42 gestational age. **Results:**The median age of study subjects is 27,6±2,84. The rate of nulliparous birth is 67,69% while the rate of multiparous birth is 32,31%. Gestational age ranges from 40-41 weeks, accounts for 82,54%. Indicators of induction of labor are as follows: median score is 3,42 ± 1,31; Cervical length ranges from 20-30 mm, accounts for 58,46%; Gestational age ranges from 40-41 weeks, accounts for 82,54%. The rate of successful induction of labor is 83,08%. The ROC curve points out that cut-off point for Bishop score is 4 and that for cervical length is 29mm. **Conclusion:**Bishop score and cervical length measurement are valuable parameters in prognosis of labour.

Keywords: Bishop score, Cervical length, induction of labor, cut – off point

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

¹Trường Đại học Y Hà Nội,
²Bệnh viện Phụ sản Trung ương
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Yến
Email: phamyen1612@gmail.com
Ngày nhận bài: 23.9.2017
Ngày phản biện khoa học: 3.11.2017
Ngày duyệt bài: 14.11.2017

Khởi phát chuyển dạ là một trong những thủ thuật phổ biến trong sản khoa. Không phải tất cả các trường hợp khởi phát đều dẫn đến đẻ đường âm đạo; một số trường hợp phải mổ lấy thai, vì lý do cấp cứu hoặc khởi phát thất bại. Một số nghiên cứu đã cho thấy việc đánh giá chỉ số Bishop mang tính chủ quan, với sự biến đổi cao và khả năng dự báo kém của kết quả khởi phát chuyển dạ. Siêu âm qua tầng sinh môn để đo chiều dài cổ tử cung có thể là một tiêu chí khách quan hơn trong việc đánh giá sự thành công của khởi phát chuyển dạ. Nhiều nghiên cứu đã được thực hiện gần đây để so sánh khả năng tiên lượng khởi phát chuyển dạ của chiều dài cổ tử cung và chỉ số Bishop[1]. Tuy nhiên, tại Việt Nam chưa có nghiên cứu về ý nghĩa của chiều dài kênh cổ tử cung giúp tiên lượng khởi phát chuyển dạ thành công. Do đó, chúng tôi tiến hành làm đề tài nghiên cứu này với mục tiêu "*Nhận xét mối liên quan giữa tỷ lệ khởi phát thành công với chiều dài cổ tử cung và chỉ số Bishop*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

***Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu là các sản phụ có thai trên 37 tuần chưa có dấu hiệu chuyển dạ được khởi phát chuyển dạ tại khoa đẻ Bệnh viện phụ sản trung ương, có đủ các tiêu chuẩn gồm:

- Một thai, thai sống, ngôi đầu.
- Chưa có dấu hiệu chuyển dạ, có chỉ định khởi phát chuyển dạ.
- Thai quá ngày sinh, thiếu ối, ối vỡ non.
- Bệnh lý mẹ cần đình chỉ thai nghén.

*Tiêu chuẩn loại trừ:

- Thai to, bất tương xứng thai – khung chậu.
- Thai bệnh lý, ngôi bất thường, thai chết lưu.
- Các trường hợp đình chỉ thai nghén vì thai bất thường, thai phụ có khối u ở tử cung, dị dạng sinh dục.

- Tiền sử có sẹo mổ cũ ở tử cung, rau tiền đạo, nguy cơ chảy máu khi có cơn co tử cung.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu mô tả với mẫu ngẫu nhiên trong khoảng thời gian 6 tháng từ tháng 11/2016 đến tháng 4/2017.

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu. Áp dụng kỹ thuật chọn mẫu chủ định (purposive sampling technique). Cỡ mẫu được chọn là tất cả các sản phụ thai trên 37 tuần chưa có dấu hiệu chuyển dạ, được chỉ định gây khởi phát chuyển dạ tại khoa đẻ Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 11/2016 đến tháng 4/2016.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 6 tháng chúng tôi nghiên cứu được 65 sản phụ được khởi phát chuyển dạ tại khoa đẻ Bệnh viện Phụ sản Trung ương với kết quả như sau:

Bảng 1: Đặc điểm của sản phụ

Đặc điểm	N	Tỷ lệ
Tuổi sản phụ	<25	15
	25 - 29	32
	30 - 34	16
	≥ 35	2
Số lần đẻ	Con so	44
	Con rạ	21
Tuổi thai	37 – 39	10
	40 - 41	53
	42	2

Nhận xét: Tuổi sản phụ từ 25-29 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 49,23%. Sản phụ trẻ tuổi nhất là 22 tuổi, lớn tuổi nhất là 41 tuổi. Độ tuổi trung bình là $27,6 \pm 2,84$ tuổi. Con so chiếm tỷ lệ 67,69%, con rạ chiếm 32,31%. Tuổi thai từ 37 – 39 tuần chiếm tỷ lệ 15,38%, tuổi thai 40 – 41 tuần chiếm tỷ lệ 82,54%, tuổi thai 42 tuần chiếm tỷ lệ 3,08%.

Bảng 2: Đặc điểm chỉ số Bishop trước khởi phát chuyển dạ

Chỉ số Bishop	Số BN	Tỷ lệ (%)
1	5	7,69
2	10	15,38
3	22	32,31
4	12	23,08
5	13	21,54
Tổng	65	100

Nhận xét: Chỉ số Bishop trước khi gây chuyển dạ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp nhất là 1 điểm, cao nhất là 5 điểm. Chỉ số Bishop trung bình là $3,42 \pm 1,31$ điểm.

Bảng 3: Đặc điểm chiều dài cổ tử cung trước khởi phát chuyển dạ

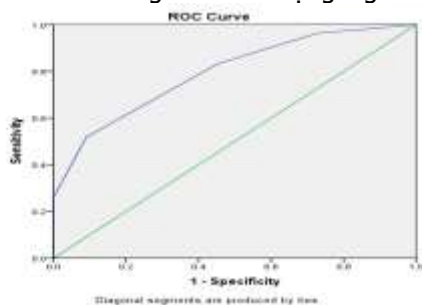
Chiều dài cổ tử cung	Số BN	Tỷ lệ
<20 mm	10	15,38
20 – 30 mm	38	58,46
>30 mm	17	26,15
Tổng	65	100

Nhận xét: Chiều dài cổ tử cung của các sản phụ trước khi gây chuyển dạ nhóm 20 – 30mm chiếm tỷ lệ 59%. Có 15% sản phụ có chiều dài cổ tử cung < 20mm và 26% sản phụ có chiều dài cổ tử cung > 30mm. CTC ngắn nhất 14 mm, dài nhất là 48mm. Chiều dài cổ tử cung trung bình là $27,69 \pm 7,69$ mm.

Bảng 4: Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công

Kết quả	Số BN	Tỷ lệ (%)
Thành công	54	83,08
Thất bại	11	16,92

Tổng	65	100
Nhận xét: Trong 65 đối tượng nghiên cứu,		



Biểu đồ 1: Đường cong ROC biểu diễn mối liên hệ giữa chỉ số Bishop và tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công

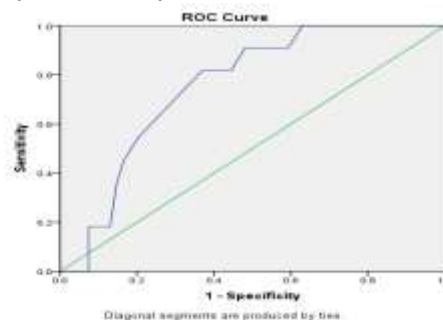
Nhận xét: Với chỉ số Bishop, diện tích dưới đường cong là 0,78 (95% CI 0.71-0.93). Giá trị này của chỉ số Bishop > 0,7 nên giá trị dự báo cho biến đầu ra khởi phát chuyển dạ thành công là tốt và có ý nghĩa thống kê ($p=0,000$). Dựa vào biểu đồ, điểm cut – off chọn được là 4 điểm của chỉ số Bishop. So sánh với đường cong ROC của chiều dài CTC, Diện tích dưới đường cong là 0,75 (95% CI 0.71-0.93). Giá trị này của chỉ số chiều dài CTC > 0,7 nên giá trị dự báo cho biến đầu ra khởi phát CD thành công là tốt và có ý nghĩa thống kê ($p=0,000$). Dựa vào biểu đồ, điểm cut – off chọn được là 29mm của chiều dài CTC.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy chủ yếu các sản phụ nằm trong độ tuổi sinh đẻ. Trong đó sản phụ ít tuổi nhất là 22 tuổi, nhiều tuổi nhất là 41 tuổi. Độ tuổi trung bình là $27,6 \pm 2,84$ tuổi. So sánh với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác như Nguyễn Thị Ngọc Lan [4] là $25,61 \pm 4,24$ tuổi. Nguyễn Thị Kiều Oanh [3] là $27,1 \pm 4,3$ tuổi (2014). Chúng tôi nhận thấy tuổi trung bình của sản phụ trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự một số nghiên cứu trước đây của các tác giả khác. Đây là lứa tuổi mà các sản phụ thường chọn khi sinh con.

Trong số 65 sản phụ, đa số là đẻ con lần đầu. Tỷ lệ đẻ con so là 67,69% so với tỷ lệ đẻ con rạ là 32,31%. Như vậy tỷ lệ đẻ con so và con rạ có sự chênh lệch. Nguyên nhân có thể do những sản phụ này chưa sinh đẻ lần nào nên chưa có nhiều kinh nghiệm trong chăm sóc và theo dõi thai nghén. Theo nghiên cứu của các tác giả khác thì tỷ lệ con so và con rạ cũng có sự chênh lệch. Tác giả Nguyễn Văn Kiên [5] đưa ra tỷ lệ sản phụ con so là 56,3% so với sản phụ con rạ là 43,7%. Còn theo tác giả Leo Pevzner [6] thì tỷ lệ

số sản phụ khởi phát chuyển dạ thành công là 54 sản phụ chiếm tỷ lệ 83,08%.



Biểu đồ 2: Đường cong ROC biểu diễn mối liên hệ giữa chiều dài cổ tử cung và tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công

con so là 61,9%, con rạ là 38,1%. Như vậy tất cả các nghiên cứu trên đều cho thấy tỷ lệ sinh con so cao hơn sinh con rạ. Ở người con so CTC chưa được thử thách bao giờ nên thường không thuận lợi cho chuyển dạ, quá trình chuyển dạ diễn ra lâu hơn. Chính vì vậy những sản phụ con so hay thuộc đối tượng nghiên cứu hơn những sản phụ con rạ.

Đường cong ROC của chỉ số Bishop cho thấy diện tích dưới đường cong là 0,78 (95% CI 0.71-0.93). Giá trị này > 0,7 nên có giá trị dự báo cho khởi phát CD thành công là tốt và có ý nghĩa thống kê. Điểm cut – off chọn được là 4 điểm. Tại đây, độ nhạy bằng 51,85% và độ đặc hiệu là 100%. So sánh với đường cong ROC của chiều dài CTC, diện tích dưới đường cong là 0,75 (95% CI 0.71-0.93). Giá trị này cũng > 0,7 nên giá trị dự báo cho khởi phát chuyển dạ thành công là tốt và có ý nghĩa thống kê. Điểm cut – off chọn được là 29mm. Tại đây, độ nhạy bằng 82% và độ đặc hiệu là 63%. Như vậy theo nghiên cứu của tôi thì cả chỉ số Bishop và chiều dài cổ tử cung đều có giá trị trong tiên lượng thành công khởi phát chuyển dạ. Theo nghiên cứu của tác giả Ranjana Atal (2015) [7] nghiên cứu trên 100 sản phụ có tuổi thai 37 – 42 tuần được gây khởi phát chuyển dạ. Tác giả đưa ra kết luận cả chiều dài CTC và chỉ số Bishop đều có giá trị tiên lượng khởi phát CD thành công tốt, trong đó chiều dài cổ tử cung có giá trị tiên lượng tốt hơn chỉ số Bishop với kết quả diện tích dưới đường cong lần lượt là 83% và 62%. Điểm cut – off đưa ra của chỉ số Bishop là 4 điểm, của chiều dài CTC là 27mm. Tác giả Ana M.Gomez Lanencia[2] nghiên cứu trên 177 sản phụ 36 -42 tuần, được gây khởi phát chuyển dạ. Tác giả đưa ra kết luận rằng điểm cut – off để dự đoán chiều dài CTC và

chỉ số Bishop là 24 mm và 4 điểm. Chiều dài CTC thì có giá trị tiên lượng tốt hơn chỉ số Bishop (độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 66 % và 77%, 77% và 56%).

Như vậy kết quả nghiên cứu của tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của các tác giả trên. Chỉ số chiều dài CTC có khả năng dự báo tốt khởi phát chuyển dạ thành công. Chỉ số này có thể đo trên máy siêu âm và có tính khách quan hơn so với chỉ số Bishop.

V. KẾT LUẬN

Chỉ số Bishop và chiều dài cổ tử cung đều có giá trị tiên lượng tốt cho thành công khởi phát chuyển dạ. Với chỉ số Bishop ≥ 4 điểm hoặc chiều dài cổ tử cung ≤ 29 mm thì có giá trị tiên đoán khởi phát chuyển dạ thành công cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kehila M. et al. (2016)**, "Ultrasound cervical length measurement in prediction of labor induction outcome", *J Neonatal Perinatal Med.* **9** (2),pp.127-131.
2. **Laencina A. N. A. M. G. et al. (2007)**, "Comparison of ultrasonographic cervical length and the Bishop score in predicting successful labor induction", *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* **86** (7),pp.799-804.
3. **Nguyễn Thị Kiều Oanh (2015)**, *Nghiên cứu hiệu quả gây chuyển dạ ở thai phụ có tuổi thai trên 40 tuần trong 2 năm 2004 và 2014 tại bệnh viện phụ sản trung ương*, Bác sỹ chuyên khoa II, trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Thị Ngọc Lan (2012)**, *Nghiên cứu tác dụng gây chuyển dạ của Cerviprime đối với thai quá ngày sinh tại Bệnh viện Phụ Sản trung ương*, Luận văn bác sỹ Chuyên khoa II, Trường Đại học Y HN.
5. **Nguyễn Văn Kiên (2005)**, *Nghiên cứu tình hình thai quá ngày sinh tại Bệnh viện Phụ Sản trung ương từ 6/2002 - 6/2005*, Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Pevzner L. (2009)**, "Factors Predicting Successful Labor Induction with Dinoprostone and Misoprostol Vaginal Inserts", *Obstet Gynecol.* **3**,pp.173 - 176.
7. **Ranjana Atal et al. (2016)**, "Study on comparison of transvaginal cervical length and bishop score in predicting successful labour induction", *International Journal of Recent Trends in Science And Technology.* **18** (1),pp.181 - 184.

ĐỘ ỔN ĐỊNH CỦA MẪU HUYẾT TƯƠNG ĐÔNG KHÔ SỬ DỤNG TRONG KIỂM TRA CHẤT LƯỢNG XÉT NGHIỆM ĐỊNH LƯỢNG HEPATITIS B VIRUS DNA

Nguyễn Thị Thùy², Lê Ngọc Thúy², Đặng Quang Huy¹,
Nguyễn Trần Phương¹, Tạ Thành Văn², Đặng Thị Ngọc Dung²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: HBV là một loại Hepadnavirus gây ra bệnh viêm gan cấp hoặc mạn dẫn đến các biến chứng nguy hiểm như: xơ gan, suy gan và ung thư biểu mô tế bào gan, gây tử vong 500.000 - 700.000 người mỗi năm. Kỹ thuật real-time PCR định lượng HBV-DNA chính xác và hiệu suất cao hơn đã được áp dụng ở nhiều nơi trong cả nước. Tuy nhiên chất lượng xét nghiệm vẫn còn phụ thuộc vào phương pháp và kinh nghiệm của kỹ thuật viên. Do đó kiểm tra chất lượng xét nghiệm đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo tính chính xác của kết quả xét nghiệm. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu đánh giá độ đồng nhất, độ ổn định mẫu huyết tương đông khô sử dụng trong chương trình kiểm tra chất lượng xét nghiệm định lượng HBV-DNA. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến hành trên mẫu huyết tương thu thập

từ bệnh nhân bị nhiễm virus viêm gan B được xử lý tạo thành 2 nồng độ thấp và nồng độ cao, sau đó đông khô và đánh giá độ đồng nhất và độ ổn định ở -20°C tại phòng sinh học phân tử - Trung tâm kiểm chuẩn, Trường Đại học Y Hà Nội. **Kết quả nghiên cứu:** Qua khảo sát chúng tôi đã xây dựng được quy trình sản xuất mẫu huyết tương đông khô sử dụng cho chương trình kiểm tra chất lượng xét nghiệm gồm 7 bước và đạt được tiêu chuẩn đồng nhất và ổn định ít nhất trong 9 tháng. **Kết luận:** Bộ mẫu chuẩn đạt giá trị đồng nhất và ổn định ở -20°C ít nhất 9 tháng.

Từ khóa: viêm gan, HBV-DNA, mẫu kiểm tra chất lượng.

SUMMARY

STABILITY TESTING OF LYOPHILIZED HUMAN PLASMA FOR QUALITY CONTROL OF HEPATITIS B VIRUS DNA QUANTIFICATION

Introduction: HBV is a Hepadnavirus inducing an acute or chronic hepatitis, the complications of cirrhosis, and hepatocellular carcinoma (HCC). It has caused the death of about 500.000 to 700.000 patients every year. Thus, the real-time PCR technique was used to quantify HBV-DNA more accurately and more efficiently and is currently applied in many

*Trung tâm kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm Y học, Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thùy

Email: thuyhd39@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 31.10.2017

Ngày duyệt bài: 13.11.2017

places in Vietnam. However, the quality of the test still depends on the method and the experience of operators. Therefore, quality assurance testing plays an important role in ensuring the accuracy of the test results. **Research Objective:** Evaluate the homogeneity and stability of lyophilized human plasma samples which to be used as quality assessment items for quantification of Hepatitis B virus DNA. **Research Methodology:** The plasma samples were collected from patients who were positive with hepatitis B virus. Then, they were divided into 2 levels of Quality control (QC) materials. The plasma samples were then lyophilized, evaluated for homogeneity, and stability at -20°C in The Molecular Biology research department of Quality Control Center for Medical Laboratories - Hanoi Medical University. **Research results:** Through the survey, we had established a production process of lyophilized human plasma and used it as QC items for quantification of hepatitis B virus DNA. The process consisted of 7 steps and satisfied homogeneity and stability requirement for at least 9 months. **Conclusion:** QC materials were homogenous and stable for at least 9 months at -20°C.

Key words: hepatitis, HBV-DNA, QC materials.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viêm gan do virus B hiện đang là một vấn đề sức khỏe toàn cầu. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, năm 2013 có khoảng 2 tỉ người nhiễm virus viêm gan B (HBV) trong đó có tới 240 triệu người nhiễm mạn tính [1]. Bệnh diễn biến dẫn đến các biến chứng nguy hiểm như: xơ gan, suy gan mất bù và ung thư biểu mô tế bào gan [2], ước tính có đến 686 000 nghìn người tử vong hàng năm do các biến chứng trên [1].

Việc chẩn đoán và theo dõi lâm sàng của nhiễm virus viêm gan B chủ yếu dựa trên sự phát hiện kháng nguyên (HBsAg, HBeAg), kháng thể (anti HBs, anti HBe và anti HBe) bằng kỹ thuật ELISA và chất liệu di truyền của virus (HBV – DNA) dựa trên kỹ thuật sinh học phân tử, trong đó xét nghiệm ELISA vẫn là một trong các phương pháp chính để phát hiện người nhiễm virus viêm gan B. Tuy nhiên, kết quả của ELISA không phản ánh được chính xác lượng virus trong huyết thanh hay hoạt động của virus viêm gan B cũng như hiệu quả của điều trị thuốc kháng virus, do đó định lượng HBV-DNA là một xét nghiệm đáng tin cậy và có giá trị trong: theo dõi tốc độ nhân lên của virus từ đó xác định thời điểm điều trị thuốc kháng virus, đánh giá sự đáp ứng, nguy cơ tiến triển dẫn tới xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan ở những bệnh nhân bị bệnh viêm gan B mạn tính [3].

Trong những năm gần đây xét nghiệm định lượng HBV-DNA bằng phương pháp Realtime PCR đã sử dụng ở nhiều nơi do có độ nhạy và đặc hiệu cao [4]. Tuy nhiên chất lượng xét

nghiệm vẫn còn phụ thuộc vào phương pháp và kinh nghiệm của kỹ thuật viên. Do đó kiểm tra nội chuẩn và ngoại chuẩn đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo tính chính xác của kết quả xét nghiệm. Mặc dù có vai trò quan trọng như vậy nhưng các mẫu nội kiểm và ngoại kiểm trên thị trường đều chưa được sản xuất trong nước mà phải nhập từ nước ngoài với giá thành cao do đó sẽ làm tăng gánh nặng chi phí cho bệnh nhân.

Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá độ ổn định của mẫu huyết tương đông khô sử dụng trong chương trình kiểm tra chất lượng xét nghiệm định lượng HBV- DNA. Chúng tôi hi vọng từ nghiên cứu này có thể hoàn thiện quy trình sản xuất mẫu kiểm tra chất lượng xét nghiệm định lượng HBV-DNA đáp ứng về chất lượng và giá thành hợp lý, giúp giảm chi phí điều trị cho bệnh nhân ở nước ta.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Vật liệu nghiên cứu. Mẫu huyết tương chống đông bằng EDTA của bệnh nhân bị viêm gan B, đã được xác định nồng độ HBV- DNA trong khoảng 10^2 - 10^8 copies.

Loại trừ những mẫu huyết tán, đông vón, nhiễm HCV, nhiễm HIV.

Các bước tiến hành.

Tạo mẫu kiểm tra: Chúng tôi xây dựng bộ mẫu chuẩn dựa theo hướng dẫn của tổ chức WHO [5]. Mẫu huyết tương thu thập sau khi đủ số lượng sẽ được trộn lại và định lượng HBV-DNA trên hệ thống Lycle 480 để xác định nồng độ ban đầu. Sau đó được lọc, bất hoạt, pha loãng đạt mức nồng độ thấp khoảng 10^3 - 10^4 . Các mẫu huyết tương được chia vào lọ thủy tinh 3ml và được đông khô trong vòng 48 giờ. Các mẫu đông khô được bảo quản ở -20°C.

Chúng tôi tiến hành kiểm tra chất lượng mẫu thông qua quan sát màu sắc, độ đục mẫu sau hoàn nguyên và đánh giá độ đồng nhất, độ ổn định của mẫu.

Ly tách DNA: Được thực hiện theo quy trình bộ KIT tách DNA của công ty Việt Á. DNA từ mẫu huyết thanh bệnh nhân được ly trích bằng phương pháp sử dụng phenol/chloroform, phỏng theo phương pháp của Chomczynski & Sacchi (1987): 200µl huyết thanh được thêm vào 900 µl Trizol, pH8. Acid nucleic sau đó được rửa bằng nucleic thu được sau rửa được giữ trong dung dịch TE 1X (Tris-EDTA) bảo quản ở -20°C cho đến khi sử dụng. Isopropanol với chất trợ của GlycoBlue. Acid

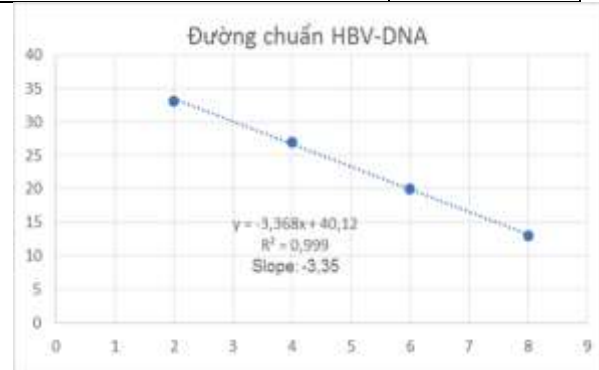
Quy trình kỹ thuật Real-time PCR: Hệ môi, mẫu dò sử dụng trong nghiên cứu này được thiết kế, dựa vào trình tự các gene S trên bộ gene HBV.

Tên	Trình tự	Kích thước
HBV – F	5'-GTG TCT GCG GCG TTT TAT CA – 3'	98 bp
HBV – R	5' -GAC AAA CGG GCA ACA TAC CTT – 3'	
HBV – P	5'-CCT CTT CAT CCT GCT GCT ATG CCT CAT C-3'	

Phản ứng được thực hiện trên máy LightCycler 480 với chương trình nhiệt bao gồm 95°C-5 phút; (95°C -15 giây) × 40 chu kỳ, 60°C -1 phút. Các kết quả dương tính được nhân với 50 sẽ thu được kết quả hàm lượng virus/ml máu (copies/ml).

Phân tích mẫu: Theo hướng dẫn của ISO 13528:

- Kiểm tra độ đồng nhất: chọn ngẫu nhiên 10 lọ, phân tích lặp lại 2 lần.
- Kiểm tra độ ổn định: Mỗi tháng rút ra 2 lọ, chạy lặp lại 2 lần
- Kết quả sẽ được phân tích theo hướng dẫn chi tiết về sử dụng các phép thống kê trong đánh giá độ đồng nhất và độ ổn định được đề cập trong ISO GUIDE 35, ISO 13528 [6].



Một phản ứng Real-time PCR tối ưu phải là phản ứng cho R^2 phải đạt $\geq 0,99$. Ngoài ra tiêu chuẩn tiên quyết một đường chuẩn đạt yêu cầu, hệ số góc của đường chuẩn phải đạt từ -3,32 đến -3,8. Như vậy đường chuẩn đạt yêu cầu để phân tích.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đường chuẩn

2. Độ đồng nhất của mẫu kiểm tra HBV-DNA nồng độ thấp

Mẫu	Kết Quả			
	Lần 1	Lần 2	Xt	Wt
1	2578	4566	3571.8	-1987.84
5	5364	5022	5193.2	342.40
10	3119	4841	3980.1	-1722.42
15	2774	3188	2981.0	-414.41
20	4001	3212	3606.6	-789.73
25	4061	3972	4016.4	88.30
30	5209	4599	4904.4	610.21
35	3638	3972	3805.0	-334.40
40	2635	3801	3218.2	1166.21
45	4120	2259	3189.7	1861.47

Số mẫu (g): 10; Trung bình chung mẫu (X): 3846.6

Sx (độ lệch chuẩn giữa các mẫu): 721.8257617; Sw (độ lệch chuẩn trong mẫu): 810.8017081

Ss (Tổng độ lệch chuẩn giữa trong mẫu và giữa các mẫu): 438.5575508; δ_{pt} : 1500.174 ; $0.3 \times \delta_{pt} = 450.052$. Như vậy $S_s < 0.3 \times \delta_{pt}$, mẫu nồng độ thấp có giá trị đồng nhất.

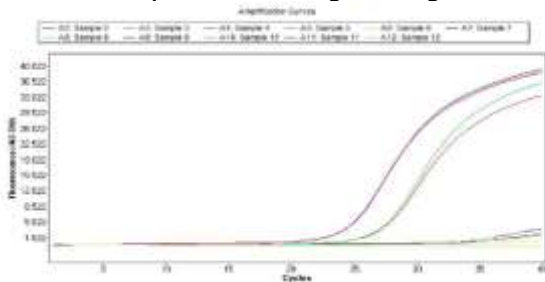
3. Độ ổn định của mẫu kiểm tra HBV- DNA nồng độ thấp

STT	Số mẫu	Kết Quả			
		Lần 1	Lần 2	Yt	X-Yt
Tháng 1	Mẫu 2	6933	3665	4293.179	446.58
	Mẫu 4	2774	3801		
Tháng 2	Mẫu 6	3585	4599	3640.832	-205.77
	Mẫu 8	2578	3801		
Tháng 3	Mẫu 9	4306	4736	3879.92	33.32
	Mẫu 11	4877	1601		
Tháng 4	Mẫu 12	3972	4599	4286.977	440.38
	Mẫu 13	5364	3212		
Tháng 5	Mẫu 14	4120	3719	4085.929	239.33
	Mẫu 16	4532	3972		

Tháng 6	Mẫu 17	5022	4841	4065.835	219.24
	Mẫu 18	3188	3212		
Tháng 7	Mẫu 19	4243	3332	3587.403	-259.20
	Mẫu 21	4120	2655		
Tháng 8	Mẫu 22	5364	3119	3814.661	-31.94
	Mẫu 23	2774	4001		
Tháng 9	Mẫu 24	3638	2635	3739.776	-106.82
	Mẫu 26	4120	4566		

$$|X - Y_t| < 0.3 \times \delta_{pt} = 450.052$$

Điều đó có nghĩa chất lượng của mẫu đã đảm bảo tính ổn định ít nhất trong 9 tháng.



IV. BÀN LUẬN

Để có thể ứng dụng vào thực tế, mẫu huyết tương kiểm tra xét nghiệm định lượng HBV- DNA phải đảm bảo được tính đồng nhất và tính ổn định theo quy định. Những mẫu không đảm bảo tính đồng nhất và tính ổn định đều sẽ bị loại bỏ. Dựa theo tiêu chuẩn Việt Nam TCVN ISO/IEC 17043:2011, TCVN 7366 và TCVN 8245, ISO 13528, nhà sản xuất trước mỗi lô mẫu chuẩn gửi đến các đơn vị tham gia phải được đánh giá độ đồng nhất thông qua việc lấy ngẫu nhiên 10% số lượng mẫu sản xuất. Trong nghiên cứu này chúng tôi lấy ngẫu nhiên 10 lọ mẫu sản xuất ra ở mỗi mức thấp và mức cao, tiến hành hoàn nguyên mẫu bằng với lượng nước đã mất đi trong quá trình đông khô bằng nước cất 2 lần, sau đó định lượng nồng độ HBV-DNA trên hệ thống Lightcycler 480 của hãng Roche, mỗi lọ mẫu được phân tích lặp lại 2 lần để đánh giá độ đồng nhất của mẫu sản xuất được.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi so sánh kết quả nồng độ HBV- DNA ở hai lần chạy lặp lại của các mẫu nồng độ thấp với $0.3 \times \delta_{pt}$ thì đều thu được kết quả thấp hơn. Như vậy, có thể kết luận các mẫu đông khô là hoàn toàn đồng nhất và đủ điều kiện để đánh giá độ ổn định. Song song với độ đồng nhất, mẫu chuẩn cũng phải đạt yêu cầu về độ ổn định. Nghiên cứu độ ổn định của mẫu huyết tương dựa theo quy trình đánh giá độ ổn định của tiêu chuẩn Việt Nam 9596-2013 (tương đương với ISO 13528- 2003), ISO 13528-2015, tại thời điểm đánh giá độ ổn định,

lựa chọn ngẫu nhiên 2 mẫu trong 1 tháng trong 1 lô sản xuất và thực hiện phân tích mẫu lặp lại 2 lần. Các kết quả vừa thu được sẽ kết hợp với giá trị trung bình được lấy từ kết quả so sánh đồng nhất ở mỗi nồng độ (được xem như là nồng độ ban đầu của mẫu) sau đó so sánh với $0.3 \times \delta_{pt}$. Nếu nhỏ hơn thì kết luận mẫu vẫn ổn định tại thời điểm đánh giá.

Nghiên cứu về độ ổn định của mẫu ngoại kiểm HBV- DNA tại các điều kiện nhiệt độ bảo quản khác nhau được khảo sát tại NIBSC (The National Institute for Biological Standards and Control) được tiến hành như sau: Các mẫu được bảo quản ở các nhiệt độ -70°C, -20°C, 4°C, 20°C, 37°C và 45°C. Vào các thời điểm 11 tuần, 12 tháng, 30 tháng và 60 tháng, tiến hành lấy 3 mẫu của mỗi lô bảo quản để đánh giá. Kết quả thu được cho thấy: ở tháng 12, các mẫu bảo quản ở nhiệt độ -70°C, -20°C, 4°C và 20°C đều cho thấy sự ổn định và không có sự khác biệt giữa các điều kiện bảo quản này đến 60 tháng [7]. Theo báo cáo từ Hội đồng chuyên gia về tiêu chuẩn sinh học của Tổ chức Y tế Thế giới tổ chức tại Geneva công bố năm 2011, các mẫu chuẩn HBV DNA được sản xuất và bảo quản ở -20°C hoàn toàn ổn định và phù hợp cho sử dụng dài hạn (60 tháng). Trong nghiên cứu của chúng tôi mẫu nồng độ thấp ổn định ít nhất trong 9 tháng là hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trên.

V. KẾT LUẬN

Mẫu kiểm tra chất lượng xét nghiệm HBV- DNA nồng độ thấp đạt tiêu chuẩn về đồng nhất và ổn định ít nhất trong 9 tháng bảo quản ở -20°C.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death 1990–2013.** A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013
2. **Lancet.** 2015. *GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators.* 385(9963):117–71.
3. **WHO, Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection,** March 2015.

4. Pawlotsky, J. M., (2003): "Hepatitis B virus (HBV) DNA assays (methods and practical use) and viral kinetics. *J Hepatol*". 39 Suppl 1:S31-5
5. **Fundamentals for External Quality Assessment (EQA)**, International Federation of Clinical Chemistry (IFCC).
6. **Iso 13528 (2015)**. *Statistical methods for use in proficiency testing by interlaboratory comparison*.
7. **Fryer, J.F., R.M.**, Dougall, T., Rigsby, P., Morris C.L., Collaborative Study to Evaluate the Proposed WHO 4th International Standard for Hepatitis B Virus (HBV) DNA for Nucleic Acid Amplification Technique (NAT) based assays, 2016.

CAN THIỆP ĐIỀU TRỊ LỐI SỐNG TỚI BỆNH NHÂN TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI KHOÁI CHÂU HƯNG YÊN

Nguyễn Thị Anh*, Đinh Hồng Dương*

TÓM TẮT

Điều trị lối sống can thiệp vào 2 nguy cơ quan trọng là quá cân và lối sống ít vận động trong. **Mục tiêu** nghiên cứu nhằm can thiệp điều trị lối sống trên bệnh nhân tiền ĐTĐ típ 2 tại Hưng Yên, 2015. **Phương pháp**: Nghiên cứu can thiệp trước sau có so sánh trên 220 nhóm nghiên cứu và 110 nhóm chứng. **Kết quả**: nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tiền ĐTĐ típ 2 giảm rõ rệt từ 84,5% về 40,5%. Trong số 110 bệnh nhân tiền ĐTĐ của nhóm chứng, sau 9 tháng có 7 bệnh nhân từ tiền ĐTĐ phát triển thành ĐTĐ típ 2, chiếm tỷ lệ 6,4% trong khi nhóm can thiệp chỉ có 9 bệnh nhân tiền ĐTĐ chuyển thành ĐTĐ típ 2 với tỷ lệ 4,1%. **Kết luận**: "điều trị lối sống" có giá trị và hiệu quả đối với nhóm bệnh nhân tiền ĐTĐ-IFG.

Từ khóa: tiền đái tháo đường típ 2, điều trị lối sống, Hưng Yên.

SUMMARY

INTERVENTION OF LIFESTYLE THERAPY TO PATIENT OF PRE DIABETES TYP 2 IN HUNG YEN

Lifestyle therapy interferes with two important risks: overweight and sedentary lifestyle. **Objectives** of the study to intervene lifestyle treatment in pre-type 2 diabetes patients in Hung Yen, 2015. **Methodology**: The intervention study consisted of 220 studies and 110 control groups. **Results**: The study showed that the prevalence of type 2 diabetes decreased markedly from 84.5% to 40.5%. Of the 110 patients diagnosed with diabetes, 9 had seven patients developing diabetes mellitus Type 2 diabetes accounted for 6.4% while the intervention group had only 9 patients with diabetes who converted to type 2 diabetes at the rate of 4.1%. **Conclusion**: Effective and effective "lifestyle therapy" for patients with pre-IFG.

Keywords: type 2 diabetes, lifestyle treatment, Hung Yen province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2014, điều tra cắt ngang thực trạng đái tháo đường típ 2 (ĐTĐ típ 2) tại Hưng Yên là 4,6%, tiền ĐTĐ-IFG và ĐTĐ-IGT %. Với dân số Hưng Yên năm 2015 trên 1,2 triệu dân, như vậy ngành y tế Hưng Yên đang đối mặt với việc quản lý, điều trị cho khoảng trên 60.000 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 và khoảng 150.000 bệnh nhân tiền ĐTĐ típ 2. Nếu không có biện pháp phòng chống tích cực, số bệnh nhân tiền ĐTĐ típ 2 sẽ chuyển sang giai đoạn ĐTĐ thực thụ.

Báo cáo toàn cầu về đái tháo đường của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2016 nêu rõ yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của ĐTĐ typ 2 là tình trạng quá cân, béo phì và lối sống tĩnh tại, đồng thời WHO cũng đưa ra thông điệp điều trị lối sống vừa là dự phòng cấp 1 vừa là dự phòng cấp 2 hiệu quả nhất.

Tại Việt Nam, Bộ Y tế trong Quyết định số 3711/QĐ-BYT cũng đưa ra hướng dẫn "điều trị lối sống" trong phòng chống ĐTĐ típ 2. Vì thế chúng tôi thực hiện đề tài "Đánh giá hiệu quả can thiệp điều trị lối sống trên bệnh nhân tiền ĐTĐ típ 2 tại huyện Khoái Châu, Hưng Yên".

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả can thiệp truyền thông đến dinh dưỡng, luyện tập, vận động hợp lý của bệnh nhân tiền đái tháo đường típ 2 tại cộng đồng huyện Khoái Châu tỉnh Hưng Yên năm 2015.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu: người tiền ĐTĐ típ 2, tuổi từ 25 đến 70 hiện đang sinh sống tại huyện Khoái Châu tỉnh Hưng Yên. Loại trừ các đối tượng mắc bệnh cấp tính, đang mang thai, bị bệnh tâm thần kinh.

Thời gian nghiên cứu từ tháng năm 2015. Địa điểm nghiên cứu: thực hiện tại 2 xã NC Kim Động, Đại Hưng, 1 xã chứng Đông Ninh, Khoái Châu, tỉnh Hưng Yên.

*Sở Y tế Hưng Yên

**Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Anh

Email: nguyennhanh2010@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 31.10.2017

Ngày duyệt bài: 13.11.2017

2.2. Phương pháp: Cỡ mẫu: Cỡ mẫu can thiệp được điều tra trước sau can thiệp so sánh sự thay đổi lối sống thông qua hai khía cạnh chủ yếu là chế độ dinh dưỡng lành mạnh, kết hợp với chế độ luyện tập vận động hợp lý theo công thức tính cỡ mẫu can thiệp tác giả Lưu Ngọc Hoạt (2008), Thống kê tin học ứng dụng trong nghiên cứu y học

$$n_1 = n_2 = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{\left[\frac{1-p_1}{p_1} \right] + \left[\frac{1-p_0}{p_0} \right]}{[\ln(1-\varepsilon)]^2}$$

Trong đó: n_1 cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu can thiệp

n_2 cỡ mẫu tối thiểu nghiên cứu nhóm chứng

p_0 tỷ lệ người có lối sống qua chế độ dinh dưỡng và vận động hợp lý từ nghiên cứu trước

48% (Phạm Thị Dung, 2014, can thiệp dinh dưỡng và vận động giảm acid uric máu).

p_1 ước tính tỷ lệ đạt kết quả tốt cải thiện lối sống qua chế độ dinh dưỡng và vận động luyện tập hợp lý sau nghiên cứu can thiệp kỳ vọng tăng lên mức 60%.

ε Mức độ chính xác mong muốn = 0,22

Z hệ số giới hạn tin cậy ứng với độ tin cậy 95% tương đương 1,96. Cỡ mẫu tối thiểu là $n_1 = n_2 = 108$ cho mỗi nhóm. Thực tế chúng tôi đã nghiên cứu là 110 cho xã chứng và 110 x 2 xã = 220 cho nhóm can thiệp.

Nội dung, dữ liệu nghiên cứu: thực hành về phòng chống ĐTD, nhân trắc dinh dưỡng, đường huyết, khẩu phần ăn, tần suất tiêu thụ lương thực thực phẩm, thời gian, mức độ luyện tập thể dục, vận động hợp lý.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Hiệu quả can thiệp trên dinh dưỡng ăn uống

Bảng 3.1. Thay đổi tần suất tiêu thụ một số loại thực phẩm, (gam/ngày).

Nhóm thực phẩm	Trước CT		Sau can thiệp	
	ĐC(n = 110)	CT(n = 220)	ĐC(n = 110)	CT(n = 220)
Rượu bia	37,5	42,9	36,5	21,2
Nước ngọt	20,8	35,2	18,3	14,5
Thịt nhiều nạc	25,6	28,5	34,7	49,4
Phủ tạng	43,1	28,6	37,5	20,6
Thủy hải sản	34,7	33,8	38,9	46,5
Rau xanh, hoa quả	25,0	35,1	41,2	65,1
Đậu đỗ	25,0	24,7	25,0	46,7
Đậu phụ	27,8	27,3	29,7	38,6
Sữa đậu nành không đường	1,4	26,7	10,3	20,3
Trà xanh	3,6	3,9	4,2	5,2
Cà phê	1,4	3,9	1,3	2,4

Sau thời gian 9 tháng can thiệp, có sự thay đổi, nhóm can thiệp có khẩu phần giảm đồ ngọt, tăng lượng đạm từ đậu đỗ và rau xanh, tăng lượng thịt nạc và tăng tỷ lệ sữa đậu nành không đường.

Bảng 3.2. Hiệu quả can thiệp đối với mức tiêu thụ thực phẩm, (gam/người/ngày)

Nhóm thực phẩm	Trước CT		Sau can thiệp	
	ĐC(n = 110)	CT(n = 220)	ĐC(n = 110)	CT(n = 220)
Gạo	291,2 ± 15,4	291,4 ± 21,2	276,8 ± 25,2	186,2 ± 35,4
Lương thực phẩm khác	91,2 ± 15,4	96,2 ± 21,2	96,8 ± 25,2	102,2 ± 35,4
Đậu phụ	41,2 ± 12,4	46,2 ± 18,2	46,8 ± 15,2	96,2 ± 15,4
Đậu đỗ	15,2 ± 5,4	16,4 ± 1,2	16,8 ± 5,2	36,2 ± 5,4
Dầu mỡ	9,2 ± 5,2	16,2 ± 1,2	11,8 ± 2,2	9,2 ± 5,4
Rau xanh, hoa quả	291,2 ± 15,4	196,2 ± 21,2	286,8 ± 25,2	346,2 ± 35,4
Quả chín	191,2 ± 25,4	206,2 ± 28,2	306,8 ± 15,2	318,2 ± 25,4
Thịt nạc	111,2 ± 9,4	196,2 ± 21,2	98,8 ± 15,2	206,2 ± 15,4
Cá, thủy hải sản	61,2 ± 5,4	86,2 ± 9,2	76,8 ± 15,2	102,2 ± 5,4
Trứng, sữa	31,2 ± 5,4	46,2 ± 2,2	36,8 ± 5,2	66,2 ± 5,4
Đường, kẹo đồ ngọt	31,2 ± 5,3	46,2 ± 9,3	36,8 ± 6,2	26,2 ± 3,2

Kết quả sau can thiệp, mức tiêu thụ thực phẩm theo khuyến hướng dinh dưỡng lành mạnh, các thực phẩm tăng nguy cơ đường huyết giảm đáng kể.

Bảng 3.3. Giá trị dinh dưỡng khẩu phần giữa 2 nhóm trước sau CT

Chỉ số	Trước CT		Sau can thiệp	
	ĐC (n = 110)	CT(n = 220)	ĐC(n = 110)	CT(n = 220)
Năng lượng, Kcal	2236,2 ± 235,4	2334,5 ± 138,6	2178,6 ± 212,7	2132,1 ± 108,4

Chỉ số	Trước CT		Sau can thiệp	
	ĐC (n = 110)	CT(n = 220)	ĐC(n = 110)	CT(n = 220)
Protein, g: Tổng số	91,2 ± 15,4	93,2 ± 21,2	96,8 ± 25,2	106,2 ± 15,2
Động vật	66,2 ± 235,4	56,7 ± 25,1	58,3 ± 21,4	72,5 ± 15,4
P_{đv} / P_{tổng}, %	72,5	58,9	60,2	68,2
Lipid, g: Tổng số	56,2 ± 25,4	66,2 ± 35,4	61,2 ± 235,4	63,2 ± 23,2
Động vật	36,3 ± 15,4	46,1 ± 12,4	41,2 ± 21,3	36,8 ± 15,7
L_{đv} / L_{tổng}, %	64,5	69,6	67,3	58,2
Vitamin, mg: A	536,2 ± 135,4	636,2 ± 95,8	664,2 ± 205,2	682,2 ± 195,4
C	138,2 ± 29,6	126,2 ± 235,4	146,1 ± 35,4	156,2 ± 25,4
Chất xơ, g	6,7 ± 2,4	7,2 ± 1,4	6,2 ± 3,4	11,2 ± 2,1

Sau thời gian 9 tháng can thiệp, nhóm can thiệp có khẩu phần giảm hydratcacbon, tăng lượng đạm và rau xanh, năng lượng khẩu phần giảm.

3.2. Hiệu quả can thiệp trên khía cạnh vận động

Bảng 3.4. Hiệu quả trên chế độ luyện tập vận động của đối tượng

Chỉ số		Nhóm ĐC	Nhóm CT	p
Ít vận động, ưa tĩnh tại	T ₀	62%	65%	> 0,05
	T ₉	58%	32%	< 0,05
Vận động, luyện tập thường xuyên	T ₀	38%	35%	> 0,05
	T ₉	42%	68%	< 0,05
Chỉ số hiệu quả		110,5%	194,2%	
Hiệu quả can thiệp				

Nhóm can thiệp đã có sự thay đổi vận động luyện tập theo hướng tích cực rất rõ rệt.

3.2. Hiệu quả can thiệp trên tình trạng rối loạn đường

Bảng 3.5. Đặc điểm đối tượng tham gia trong nghiên cứu can thiệp

Nhóm đối tượng tiền ĐTD	Đồng Ninh. ĐC (n = 110)		Đại Hưng, Đồng Kết. CT (n = 220)		P
	SL	%	SL	%	
Tiền ĐTD-IFG	96	87,3	186	84,5	< 0,05
Tiền ĐTD-IGT	14	12,7	34	15,5	< 0,05

Nhóm can thiệp, tỷ lệ người tiền ĐTD-IFG rối loạn dung nạp khá cao 84,5% nhóm chứng 87,3%, tuy cao hơn nhóm nghiên cứu nhưng không có sự khác biệt Tỷ lệ bệnh nhân tiền ĐTD-IGT của nhóm chứng và nhóm can thiệp cũng tương đồng.

Bảng 3.6. Hiệu quả can thiệp trên người tiền ĐTD về mức bình thường

Chỉ số		Nhóm ĐC (n=110)		Nhóm CT (n=220)		p
Nhóm tiền ĐTD-IFG	T ₀	96	87,3%	186	84,5%	< 0,05
	T ₉	83	75,5%	89	40,5%	< 0,05
Nhóm tiền ĐTD-IGT	T ₀	14	12,7%	34	15,4%	
	T ₉	16	14,5%	30	13,6%	
Nhóm ĐTD tip 2	T ₀	0	0%	0	0%	
	T ₉	7	6,4%	9	4,1%	
P trước / sau		< 0,05		< 0,05		
Chỉ số hiệu quả		1,13		1,52 lần		

Sau 9 tháng can thiệp, nhóm bệnh nhân tiền ĐTD-IFG của nhóm can thiệp giảm rất rõ rệt còn ở mức 40,5% (giảm 2 lần) so với nhóm chứng.

Tỷ lệ bệnh nhân tiền ĐTD chuyển sang ĐTD tip 2 sau 9 tháng can thiệp đối với nhóm chứng là 6,4% cao hơn rõ rệt so với nhóm can thiệp chỉ có 4,1% bệnh nhân ĐTD tip xuất hiện mới.

Bảng 3.7. Hiệu quả can thiệp trên chỉ số glucose máu

Chỉ số		Nhóm ĐC (X ± SD) n=110	Nhóm CT(X ± SD) n=220	p
Nồng độ glucose máu, mmol/l	T ₀	6,5 ± 1,28	6,7 ± 1,28	> 0,05
	T ₉	6,1 ± 0,72	5,8 ± 0,48	
P trước / sau		> 0,05		< 0,05
Chỉ số hiệu quả		6%		15,5%

sau 9 tháng can thiệp, lượng đường huyết của nhóm can thiệp giảm rất rõ rệt từ 6,7 mmol/l xuống còn 5,8 mmol/l, tương đương 15,5% trong khi nhóm chứng giảm thấp chỉ đạt mức 6%.

Bảng 3.8. Hiệu quả can thiệp trên chỉ số HbA1c

Chỉ số		Nhóm DC(n=110)	Nhóm CT(n=220)	p
Nồng độ HbA1c, %	T ₀	6,1 ± 0,63	6,2 ± 0,91	>
	T ₉	5,7 ± 1,36	5,5 ± 1,32	>
P trước sau		>	<	
Chỉ số hiệu quả		10,7%	12,7%	

sau 9 tháng can thiệp, lượng HbA1c của nhóm can thiệp giảm rất rõ rệt hơn. Tuy nhiên kết quả can thiệp dinh dưỡng đối với bệnh nhân ĐTĐ chưa có bằng chứng rõ trên chỉ số HbA1c máu

Bảng 3.9. Hiệu quả can thiệp trên chỉ số BMI

Chỉ số		Nhóm DC (n=110)	Nhóm CT (n=220)	p
Chỉ số BMI	T ₀	22,4 ± 2,53	22,5 ± 2,68	> 0,5
	T ₉	22,3 ± 2,41	22,1 ± 2,42	> 0,5
P trước sau		> 0,5	> 0,5	
Chỉ số hiệu quả		0,4 %	1,8%	

Sau 9 tháng can thiệp, BMI của cả hai nhóm can thiệp và đối chứng không thay đổi có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Điều trị lối sống cải thiện tiên đái tháo đường típ 2 tại Hưng Yên

Kết quả can thiệp sau 9 tháng, cho thấy bệnh nhân tiền ĐTĐ-IFG của nhóm nghiên cứu giảm rõ rệt từ 84,5% tháng T₀ về 40,5% vào tháng T₉. Kết quả này cho thấy “điều trị lối sống” có giá trị và hiệu quả đối với nhóm bệnh nhân tiền ĐTĐ-IFG. Trong số 110 bệnh nhân tiền ĐTĐ của nhóm chứng, sau 9 tháng đã có 7 bệnh nhân từ tiền ĐTĐ phát triển thành ĐTĐ típ 2, chiếm tỷ lệ 6,4% trong khi nhóm can thiệp chỉ có 9 bệnh nhân tiền ĐTĐ chuyển thành ĐTĐ típ 2 với tỷ lệ 4,1%, như vậy “điều trị lối sống” giúp làm chậm bệnh nhân tiền ĐTĐ phát triển thành bệnh nhân ĐTĐ. Tuy là kết quả bước đầu, nhưng con số này có ý nghĩa trong quản lý bệnh ĐTĐ tại Hưng Yên, bởi vì với dân số Hưng Yên là 1,2 triệu, với tỷ lệ tiền ĐTĐ 10,1% ước tính số bệnh nhân tiền ĐTĐ sẽ là trên 121000 người, nếu tỷ lệ sau 9 tháng 6,4% bệnh nhân tiền ĐTĐ bị chuyển thành bệnh nhân ĐTĐ típ 2 con số tính toán sẽ là gần 8000 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 xuất hiện mới sau mỗi 9 tháng. Như vậy giảm tỷ lệ bệnh nhân tiền ĐTĐ tiến triển thành bệnh nhân ĐTĐ típ 2 sẽ là bài toán hiệu quả trong kiểm soát bệnh ĐTĐ típ 2 tại cộng đồng Hưng Yên.

Năm 2016, American Association of Clinical Endocrinologists – AACE, ban hành hướng dẫn kiểm soát bệnh đái tháo đường 2016, với bản cập nhật hướng dẫn kiểm soát bệnh đái tháo đường típ 2 kết hợp giữa đồ họa màu sắc và văn bản, bao gồm các phần mới điều trị lối sống. Can thiệp lối sống thông qua dinh dưỡng lành mạnh và kiểm soát cân nặng là chìa khóa trong can thiệp ĐTĐ típ 2. Bản hướng dẫn kiểm soát bệnh đái tháo đường 2016 của AACE bắt đầu với một danh sách mới là “các nguyên tắc

chính,” bao gồm sự tập trung vào việc “đa dạng, tiếp tục” tối ưu hóa lối sống, tính cá. Thuật ngữ “điều trị lối sống”, trước đây là “điều chỉnh” lối sống bây giờ được đưa vào phần riêng trong dự phòng ĐTĐ.

Lê Thị Hợp, Huỳnh Nam Phương (2011), đã thống nhất về phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng và thực phẩm, theo đó giúp cho thực hành dinh dưỡng lành mạnh trong cộng đồng. Lê Phong, Nguyễn Thị Lâm, Tạ Văn Bình và cộng sự (2008) đã chứng minh được hiệu quả tư vấn thay đổi hành vi dinh dưỡng luyện tập cho các đối tượng tiền đái tháo đường tại Thanh Hóa đã cải thiện được sự tiến triển của các trạng thái đái tháo đường. Trương Tuyết Mai, Lê Thị Hợp, Yamaguchi Keiko (2010) đã thử nghiệm kiểm soát glucose máu sau ăn trên bệnh nhân ĐTĐ típ 2 bằng uống trà nụ vối, xem như thực phẩm bổ sung trong thay đổi dinh dưỡng có lợi đối với bệnh nhân ĐTĐ típ 2.

Năm 2017, Bộ Y tế Việt Nam đã rất linh hoạt và cập nhật khái niệm về điều trị lối sống trong kiểm soát ĐTĐ tại cộng đồng, theo đó ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2 kèm theo QĐ 3319/QĐ-BYT. Như vậy can thiệp điều trị lối sống của chúng tôi thông qua dinh dưỡng của và luyện tập cũng có kết quả và tương đồng với các nghiên cứu khác

V. KẾT LUẬN

Sau 9 tháng can thiệp điều trị lối sống, bệnh nhân tiền ĐTĐ-IFG nhóm nghiên cứu giảm rõ rệt từ 84,5% tháng T₀ về 40,5% tháng T₉. Kết quả này cho thấy “điều trị lối sống” có giá trị và hiệu quả đối với nhóm bệnh nhân tiền ĐTĐ-IFG. Trong số 110 bệnh nhân tiền ĐTĐ của nhóm chứng, sau 9 tháng có 7 bệnh nhân từ tiền ĐTĐ phát triển thành ĐTĐ típ 2, chiếm tỷ lệ 6,4%

trong khi nhóm can thiệp chỉ có 9 bệnh nhân tiền ĐTĐ chuyển thành ĐTĐ típ 2 với tỷ lệ 4,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO, 2016. Global report on Diabetes in 2016. Geneva 2016.
2. Lưu Ngọc Hoạt, Thống kê y học, NXB Y học
3. AACE. American Association of Clinical Endocrinologists – AACE, 2016.

4. Lê Thị Hợp, Huỳnh Nam Phương (2011), Thống nhất về phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng và thực phẩm, Tạp chí Dinh dưỡng.
5. Bộ Y tế, Quyết định số 3711/QĐ-BYT, Hướng dẫn dự phòng đái tháo đường, 2017
6. Nguyễn Thị Lâm, Hà Huy Khôi (2009). Vai trò của dinh dưỡng và chế độ ăn trong dự phòng và hỗ trợ điều trị bệnh đái tháo đường. 5 (1). Tr 15. Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm. NXB Y học, 2009.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ VỎY HẠ HỌNG GIAI ĐOẠN III-IV(M₀) BẰNG PHÁC ĐỒ CISPLATIN – TAXANE – 5 FU BỔ TRỢ TRƯỚC PHẪU THUẬT

Phùng Thị Hòa* Tống Xuân Thắng**
Phan Đức Chính** Vũ Trường Phong** Lê Minh Kỳ **

TÓM TẮT

Điều trị Hóa chất bổ trợ trước (HC BTT) nhằm hạ thấp giai đoạn bệnh, giảm thể tích khối u tạo thuận lợi cho phẫu thuật, xạ trị, làm giảm các biến chứng, hạn chế di căn. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị qua đáp ứng, thu gọn tổn thương thực thể và thu gọn chỉ định phẫu thuật của UTHH giai đoạn III, IV (M₀) bằng Cisplatin + Docetaxel + 5FU. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** gồm 14 bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư biểu mô vảy hạ họng phân loại T_{3,4} (M₀); Phương pháp can thiệp lâm sàng tự đối chứng. **Kết quả:** Tất cả bệnh nhân là nam, độ tuổi từ 38-61, tuổi thường gặp 50 -60 (10/14 bệnh nhân); Triệu chứng cơ năng chủ yếu là nuốt vướng (10/14 bệnh nhân), nuốt đau (12/14 bệnh nhân); Hình thái tổn thương chủ yếu là thể sùi (11/14 bệnh nhân); vị trí xuất phát chủ yếu là xoang lê (8/14 bệnh nhân); vị trí xâm lấn: chủ yếu vào thanh quản (6/14), cổ định sụn phễu/ dây thanh (6/14), sụn phễu/ nếp phễu thanh thiệt (5/14); Đáp ứng của khối u: 11/14 bệnh nhân đáp ứng một phần, 1/14 đáp ứng hoàn toàn; 1/14 ổn định; 1/14 bệnh nhân tiến triển. **Kết luận:** HC BTT điều trị trong ung thư hạ họng có tỷ lệ đáp ứng tốt, giúp làm giảm thể tích khối u, giảm giai đoạn của ung thư hạ họng giai đoạn tiến triển.

Từ khóa: Ung thư hạ họng, Hóa chất dẫn đầu, Hóa chất Bổ trợ trước.

SUMMARY

*Nghiên cứu sinh Đại học Y Hà Nội
**Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương
Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thị Hòa
Email: hoaphung@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.9.2017
Ngày phản biện khoa học: 2.11.2017
Ngày duyệt bài: 13.11.2017

EVALUATING THE RESULTS OF TREATMENT OF SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE HYPOPHARYNX OF PHASE III-IV(M₀) WITH THE PRE-OPERATION CISPLATIN – TAXANE – 5 FU PROTOCOL

Pre-treatment with chemotherapy is aimed at lowering the disease stage, reducing tumor volume to facilitate the surgery, radiation therapy, reducing complications, limit metastases. **Objectives:** To assess the treatment outcome via responding to, minimizing physical injury and reducing the surgical indications of squamous cell carcinoma of the hypopharynx at the stages III, IV (M₀) with Cisplatin + Docetaxel + 5FU. **Subjects and Methods:** The research has been conducted on 14 patients who were diagnosed with squamous cell carcinoma of the hypopharynx of classification T_{3,4} (M₀); the applied method is the self-control clinical intervention method. **Results:** All patients were male at the age of 38 to 61, the common age of 50 to 60 (10/14 patients); the main physical symptoms are hard-swallowing (10/14 patients), swallowing pain (12/14 patients); the predominant lesion pattern is the mass (11/14 patients); the main place of departure is the hypopharyngeal sinus (8/14 patients); the invasive location is mainly in the larynx (6/14), fixed funnel-shaped cartilage/strings (6/14), funnel-shaped cartilage/funnel shaped brace of larynx (5/14 patients); Response of the tumor: 11/14 patients have the good progress, 1/14 patient has the complete response; 1/14 with the steady response; 1/14 patients with the progress. **Conclusions:** Pre-treatment with chemotherapy in the squamous cell carcinoma of the hypopharynx has the good response rate, reducing the volume of tumors, reducing the stage of progressive hypopharyngeal cancer.

Key words: Hypopharyngeal cancer, leading chemicals, pre-treatment chemicals.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hạ họng (UTHH) là u ác tính xuất phát từ lớp biểu mô phủ Malpighi, của ba vị trí

giải phẫu thuộc hạ họng là: xoang lê, thành sau hạ họng, vùng sau nhân phế. UTHH là ung thư biểu mô vảy (> 95%) và chỉ chiếm có 1% trong tổng số các loại ung thư của cơ thể[1],[2]. Hàng năm tại khoa B1- Trung tâm Ung bướu Bệnh Viện Tai Mũi Họng trung ương tiếp nhận khoảng 150 trường hợp mới mắc UTHH, trong đó chỉ có 2/3 số BN còn nằm trong chỉ định phẫu thuật [3],[4].

Trong 20 năm gần đây, nhờ sự tiến bộ của điều trị hóa chất đồng thời với tia xạ, cũng như điều trị đích đã cho tiên lượng tốt hơn với các ung thư ở vào giai đoạn muộn, dù chưa cải thiện được nhiều tỷ lệ sống sót sau điều trị, nhưng có thể làm giảm thể tích khối u để phẫu thuật bảo tồn hạ họng- thanh quản, đảm bảo chất lượng cuộc sống, làm giảm tỷ lệ di căn và ung thư thứ hai [5],[6],[7]. Trong số các phác đồ hóa chất được sử dụng, các nghiên cứu đều cho thấy: phác đồ có Cisplatin cho đáp ứng cao hơn cả. Taxel, 5FU là thuốc có tác dụng hiệp lực với Cisplatin và thường được sử dụng phối hợp với Cisplatin trong ung thư đầu mặt cổ. Phác đồ này mang lại ưu điểm: rẻ tiền, phổ biến và thực hiện đơn giản, ít tác dụng phụ so với các phác đồ khác và đem lại hiệu quả cao.

Với mong muốn không ngừng cải thiện kết quả điều trị và dần triển khai điều trị hóa chất cho các ung thư biểu mô vảy vùng Tai Mũi Họng, chúng tôi tiến hành đề tài: "*Đánh giá kết quả bước đầu điều trị ung thư biểu mô vảy hạ họng giai đoạn III – IV (M0) bằng Cisplatin – Taxane – 5 FU trước phẫu thuật*" với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị qua đáp ứng, thu gọn tổn thương thực thể và thu gọn chỉ định phẫu thuật của UTHH giai đoạn III, IV (M0) bằng Cisplatin + Docetaxel + 5FU.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng NC: Gồm 14 bệnh nhân được chẩn đoán là UTBMV HH giai đoạn T_{3,4} (M₀), được hóa chất bổ trợ trước phẫu thuật theo phác đồ Cisplatin+Docetaxel+ 5FU, sau đó được tiếp tục phẫu thuật, xạ trị hậu phẫu hoặc sử dụng tia xạ triệt để đơn thuần. Đề tài thực hiện tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương từ tháng 9/ 2016 đến 9/2017.

2.2 Thiết kế NC: Chọn phương pháp can thiệp lâm sàng tự đối chứng.

2.3 Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

(1) Các bệnh nhân được chẩn đoán UTBMVHH phân loại T_{3,4} (M₀), và không có ổ ung thư thứ 2.

(2) Các bệnh nhân được trị lần đầu.

(3) Tuổi dưới 70, cả 2 giới.

(4) Có chỉ số toàn trạng còn tốt: từ 0-2 theo thang điểm của nhóm hợp tác ung thư phương đông (ECOG: Eastern Cooperation Oncology Group).

(5) Có chẩn đoán lâm sàng, nội soi phóng đại, chẩn đoán hình ảnh (chụp CLVT, chụp ngực thẳng).

Chẩn đoán mô bệnh học: UTBM vảy, phân độ Grads từ 1 đến 4. Tất cả các bệnh nhân này đều có chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là UTBM vảy (SCC) tại Khoa Giải phẫu bệnh - Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương.

(6) Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan thận, tủy sống bình thường. Các xét nghiệm cơ bản:

+ Bạch cầu ≥ 4 G/L Huyết sắc tố ≥ 125 g/l. Tiểu cầu ≥ 150 G/l

+ AST/ALT ≤ 40 UI/l. Creatinin ≤ 100 mmol/l

(7) BN không mắc các bệnh cấp và mạn tính trầm trọng có nguy cơ tử vong, ảnh hưởng tới quá trình điều trị.

(8) Lập hồ sơ điều trị đầy đủ, theo dõi quá trình diễn biến điều trị, sau điều trị theo bệnh theo bệnh án mẫu và thăm khám định kỳ.

(9) Các bệnh nhân được giải thích kỹ, thông tin cá nhân được bảo mật theo đúng quy định của đạo đức y học. Tất cả các bệnh nhân xác nhận cam kết được thực hiện điều trị HC BTT và theo dõi theo đúng quy trình nghiên cứu.

2.4 Nội dung NC: Phác đồ truyền hóa chất: Docetaxel 50mg/m² diện tích bề mặt cơ thể pha trong 250ml đường 5% và truyền trong 1 giờ, sau đó truyền Cisplatin 75mg/m² diện tích bề mặt cơ thể, pha với 200 ml dung dịch huyết thanh mặn 0,9% truyền tĩnh mạch chậm 40 giọt/ phút ngày 1; 5-Fluorouracil 750mg/m² diện tích cơ thể, truyền tĩnh mạch ngày 1-5.

• Tiến hành thực hiện 3 chu kỳ điều trị, thời gian thực hiện 1 Chu kỳ: 21 ngày. Các bước chuẩn bị cho điều trị HC BTT cho 1 chu kỳ: Trước khi truyền hóa chất 30 phút, bệnh nhân dùng thuốc chống nôn qua đường tĩnh mạch. Sau đó thuốc chống nôn nếu cần thiết để giảm thiểu nôn và buồn nôn.

• Đánh giá khi kết thúc ba chu kỳ: Các tiêu chí đánh giá kết quả về các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh để xác định mức độ thoái triển của khối u tại chỗ, tại vùng và hạch di căn Lựa chọn phẫu thuật (hoặc vẫn phải cắt bỏ toàn bộ, hoặc phẫu thuật bảo tồn) và tia xạ hậu phẫu.

- Phân loại giai đoạn TNM theo TCYTTC theo WHO – IARC -2005

Giaidoan **III** (T₃ N₀ N₁ M₀ /T₁, T₂, N₁M₀), **IVa** (T_{4a} N₀ N₁ N₂ M₀ / T₁,T₂,T₃, N₂ M₀), **IV b** (T bất N₃M₀ /T_{4b}, bất kỳ N, M₀).

• Đánh giá sự thoái hóa tế bào về mặt mô bệnh học sau điều trị hóa chất đáp ứng (thoái triển 50 -100%).

Hóa chất nghiên cứu: Cisplatin: Hãng EBWE Arzneimittel Ges.m.b.H, Austria. Docetaxel: Sanofi – Aventis Deutschland – Germany. 5FU (Fluorouracil): Hãng EBWE Arzneimittel Ges.m.b.H, Austria

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Về giới: 100% nam giới trong 14 bệnh nhân nghiên cứu.

Về Tuổi: từ 38 – 61, tuổi hay gặp từ 50 -60 tuổi, tuổi trung bình 52,6 ±6,2.

3.1 Lý do vào viện

Bảng 1. Lý do vào viện

Các triệu chứng vào viện	n
Nuốt vướng	10/14
Nuốt đau	12/14
Nuốt khó/Nuốt nghẹn	1/14
Ho khan	3/14
Khạc máu	4/14
Khó thở	2/14
Khản tiếng	3/14
Nổi hạch	1/14

Nhận xét: Một BN có thể kể một hay hai, ba lý do bắt BN phải đi khám bệnh. Trong đó các rối loạn về nuốt, nuốt đau và nuốt vướng chiếm gần hết số bệnh nhân đến khám (12-10/14), đây vẫn là các triệu chứng cơ bản của bệnh lý vùng hạ họng, nó xuất hiện sớm nhất và dai dẳng kéo dài rồi xuất hiện kèm thêm các dấu hiệu khác nữa, thường là lúc này BN mới đi khám. Khạc máu cũng là dấu hiệu thể hiện một tổn thương sùi loét khả nghi ác tính (4/14). Một số trường hợp

đã lan rộng vào thanh quản sẽ xuất hiện thêm khàn tiếng và khó thở (3-2/14).

3.2 Vị trí xuất phát khối u

Bảng 2. Vị trí xuất phát khối u qua khám nội soi

Vị trí xuất phát u	n
Thành trong xoang lê	3
Thành ngoài xoang lê	1
Đáy xoang lê	0
Toàn bộ xoang lê	8
Thành sau hạ họng	1
Mặt sau nhân phễu	0
Sụn nắp	1
Tổng	14

Nhận xét: Vị trí xuất phát điểm khối u hạ họng vẫn gặp chủ yếu từ xoang lê (13/14 BN), đáy xoang lê gặp nhiều hơn cả (8/14). Chúng tôi chỉ gặp 1 BN có xuất phát điểm từ thành sau hạ họng, mặt sau sụn nắp phễu chưa có BN nào.

3.3 Hình thái tổn thương

Bảng 3. Hình thái tổn thương đại thể khối u qua khám nội soi.

Hình thái tổn thương	n
Thể sùi	11
Thể loét	0
Thể sùi loét	2
Thể sùi thâm nhiễm	1
Thể loét thâm nhiễm	0
Tổng	14

Nhận xét: Thể sùi vẫn là tổn thương cơ bản hay gặp nhất với 11/14 BN, không gặp loét và thâm nhiễm đơn thuần, mà chỉ có phối hợp với thể sùi (2-1/11BN).

3.4 Lan tràn khối u trước điều trị và sự thu gọn của u sau 3 đợt HC

Bảng 4. Đáp ứng – thu gọn tổn thương sau 3 đợt truyền hóa chất

Hướng lan tràn của u	Trước điều trị HCBTT (N=14)	Sau điều trị HCBTT (N=14)
Vào thanh quản	6/14	6/14
Cổ định sụn phễu, dây thanh	6/14	2/14
Lan sụn phễu/ nếp phễu thanh thiệt	6/14	2/14
Trước thanh quản	3/14	2/14
Lan vào miệng thực quản	3/14	2/14
Lan vào sát miệng thực quản	3/14	3/14
Lan vào vùng sau nhân phễu	3/14	0
Lan vào sụn nắp thanh thiệt	2/14	1/14
Lan lên đáy lưỡi	1/14	0
Lan tuyến giáp, khí quản, cột sống	0/14	0
Có đáp ứng với hóa chất		13/14
Không đáp ứng với hóa chất		1/14

Nhận xét: Hướng lan tràn của ung thư hạ họng vẫn chủ yếu là vào thanh quản (6/14 BN), sau đó là vùng sau nhân phễu và miệng thực quản (3/14 BN), cũng tương đương với hướng lan ra trước thanh quản. Chúng tôi chưa gặp lan vào cột sống cổ, hay xuống khí quản, có thể số liệu BN cũng còn ít. Sau 3 đợt hóa chất đã cho thấy tỷ lệ đáp ứng và thu gọn tổn thương với tỷ lệ khá cao nhất là đáp

ứng khi lan tràn vào thanh quản kể cả mặt sau nhĩ hầu, nhưng ngược lại một khi đã lan đến miệng thực quản thì sẽ có đáp ứng kém hơn.

3.5 Đáp ứng- Thu gọn Tổn thương trong thanh quản trên CT

Bảng 5. Đáp ứng- Thu gọn Tổn thương trong thanh quản trên CT

Tổn thương	Trước điều trị (n)	Sau điều trị (n)
Hạ họng	9	12
Hạ họng – thanh quản	5	2
Tổng	14	14

Nhận xét: Trước điều trị khối u còn khu trú trong hạ họng gặp 9/14 BN, Lan rộng vào thanh quản có 5/14 BN. Sau 3 đợt hóa chất đã có 3/5 BN đáp ứng và không còn tổn thương trong thanh quản trên chụp CT.

3.6 Đáp ứng- Thuyên giảm các triệu chứng cơ năng

Bảng 6. Đáp ứng- Thuyên giảm các triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	HC1(n)			HC2 (n)				HC3 (n)		
	Hết u	Đỡ	Giữ nguyên	Hết	Đỡ	Giữ nguyên	Nặng lên	Hết	Đỡ	Giữ nguyên
Nuốt vướng		10/14		1/14	9/14			9/14	0	1/14
Nuốt đau		11/14	1/14	6/14	5/14	0	1/14	11/14	0	1/14
Nuốt khó/nuốt nghẹn		1/14		1/14				1/14		
Ho khan		1/14		1/14				1/14		
Khạc máu		4/14		4/14				4/14		
Khàn tiếng		1/14			1/14				1/14	
Khó thở		2/14		2/14				2/14		
Sắc		0								

Nhận xét: Các triệu chứng cơ năng cũng thuyên giảm đáng kể sau 3 đợt truyền hóa chất, đặc biệt với nuốt vướng và đau đã giảm đi gần hết (9/10 và 11/11 bệnh nhân).

3.7 Đáp ứng – thu giảm độ mô bệnh học

Bảng 7. Đáp ứng giảm độ mô bệnh học

MBH	Trước điều trị (n)	Sau điều trị (n)
Âm tính	0	1
Độ 1	0	1
Độ 2	7	8
Độ 3	7	4

Nhận xét: Đã có 1 bệnh nhân giảm từ độ mô bệnh học 2 xuống độ 1, và 2 BN từ độ 3 xuống độ 2, 01 bệnh nhân từ độ 3 về âm tính.

3.8 Đáp ứng theo chẩn đoán T

Bảng 8. Đáp ứng- Thu gọn tổn thương theo chẩn đoán T

Chẩn đoán T trước điều trị	Chẩn đoán T sau điều trị				
	T0	T1	T2	T3	T4
T3= 10	0	0	1	8	1
T4= 4	1	0	0	2	1
Tổng	1	0	1	10	2

Nhận xét: Đã có sự thuyên giảm tổn thương theo chẩn đoán T khá rõ ràng: Từ 4 BN thuộc T4 sau điều trị 3 đợt HC đã giảm được 2 BN, chỉ còn 2 BN ở T4. Đã có 1BN đáp ứng rất tốt trở về T2, và đặc biệt 1 BN đã trở về T0, khối u hạ họng đã thu hết hoàn toàn không còn thấy dưới nội soi ống cứng. Cắt lớp vi tính, và Mô bệnh học từ độ 3 về âm tính sau điều trị.

3.9 Đáp ứng- Thu gọn tổn thương theo chẩn đoán N

Bảng 9. Đáp ứng- Thu gọn tổn thương theo chẩn đoán N

Thời điểm	Trước điều trị (n)	Sau điều trị (n)
Chẩn đoán N	n	n
N0	8	7
N1	4	5
N2a	1	1
N2b	1	1
N2c	0	0
N3	0	0
Tổng	14	14

Nhận xét: Với hạch cổ trong ung thư hạ họng không thấy thuyên giảm về phân loại N, nhưng đã có giảm thể tích, thu gọn trên siêu âm và Cắt lớp vi tính trong cùng một phân loại N sau điều trị. Trong nghiên cứu có 1 BN xuất hiện từ N0 có N1.

3.10 Đánh giá đáp ứng

Bảng 10. Đánh giá đáp ứng sau 3 đợt hóa chất hỗ trợ trước phẫu thuật

Đáp ứng	n
Đáp ứng một phần	11
Đáp ứng hoàn toàn	1
Ổn định	1
Tiến triển	1
Tổng	14

Nhận xét: Trên 14 BN thực hiện đủ 3 đợt HC hỗ trợ trước phẫu thuật /và hoặc tia xạ chúng tôi đã thu được 12 BN có đáp ứng, trong đó có 1 BN đáp ứng hoàn toàn, và 11 BN đáp ứng một phần. Còn 1 BN không có đáp ứng giữ nguyên tổn thương. Có 1 BN ngay trong khi đang điều trị hóa chất vẫn xuất hiện tiến triển nặng lên.

3.11 Bảng thay đổi chỉ định phẫu thuật

Bảng 11. Đánh giá đáp ứng qua thay đổi chỉ định phẫu thuật

	Không thể phẫu thuật	Phẫu thuật	Xạ trị
Trước điều trị	14	0	0
Sau điều trị	0	13	1

Nhận xét: Tổng số 14 BN qua chẩn đoán ban đầu đều rất ít còn khả năng phẫu thuật. Sau 3 đợt truyền hóa chất với phác đồ TCF, đã cho phép thực hiện phẫu thuật 13 BN, chỉ có 1 BN phải tia xạ đó là trường hợp không đáp ứng và bệnh vẫn tiến triển nặng thêm.

V. KẾT LUẬN

1. Qua 3 đợt truyền hóa chất với phác đồ TCF hỗ trợ trước đã cho kết quả với 11/14 BN có đáp

ứng một phần, 1 BN đáp ứng hoàn toàn, 1 BN không đáp ứng và 1BN vẫn tiến triển nặng lên.

2. Với tỷ lệ đáp ứng khá cao 12/14 BN đã cho phép thực hiện phẫu thuật được 13/14 BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jemal A et al (2011). Global Cancer statistics, *CA Cancer J Clin*, 61 – 83.
2. Bhawna Gupta, et al. Oncology (2016), Global Epidemiology of Head and Neck Cancer A Continuing Challenge.
3. Nguyễn Đình Phúc (2009). Ung thư thanh quản và hạ họng, tổng kết 1030 bệnh nhân của 54 năm 1955-2008 tại Viện Tai mũi họng trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 359, số 2, 07 /2009, 8-12
4. Trần Hữu Tuấn (2008). Ung thư hạ họng. *Tai mũi họng quố* 2. Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí minh, 306 – 321.
5. C Ferron et al (1992). Tumeurs malignes de la paroi postérieure du pharynx, *EMC*, 20- 601 – A – 10.
6. George L. Adams (1992). Malignant Neoplasms of the Hypopharynx, *EMC*, 10. 5. A 10.
7. Ian F.Tannock (1994). General principles of chemotherapy. *Management of head and neck cancer*.second Edition, JB Lippincott company, 1994. 143 – 156.

HẠN CHẾ HOẠT ĐỘNG SINH HOẠT HẰNG NGÀY VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI PHƯỜNG TÂN DÂN, VIỆT TRÌ, PHÚ THỌ NĂM 2017

Trần Khánh Toàn*, Phan Trọng Đức*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm đánh giá tỷ lệ người cao tuổi bị hạn chế sinh hoạt hằng ngày và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại phường Tân Dân, thành phố Việt Trì, Phú Thọ năm 2017. Toàn bộ 870 người cao tuổi trên địa bàn phường được phỏng vấn bằng bảng kiểm của Katz và của Lawton – Brody. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người cao tuổi bị hạn chế hoạt động sinh hoạt cá nhân hằng ngày là 6,4% và bị hạn chế hoạt động hỗ trợ cuộc sống hằng ngày là 11,4%. Những người có nguy cơ cao mắc hạn chế hoạt động sinh hoạt hằng ngày là người từ 80 tuổi trở lên, có sa sút trí tuệ, bị tai biến mạch máu não, có bệnh mạn tính về mắt. Cần quan tâm đến vấn đề hạn chế hoạt động hằng ngày trong lập kế hoạch hỗ trợ, chăm sóc sức khỏe người cao tuổi. Đồng thời, cần có các nghiên cứu sâu hơn về nhu cầu chăm sóc người cao tuổi bị hạn chế hoạt động sinh hoạt hằng ngày.

*Trường Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Trần Khánh Toàn

Email: tktoan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 20.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.10.2017

Ngày duyệt bài: 14.11.2017

Từ khoá: Hạn chế hoạt động sinh hoạt cá nhân hằng ngày, hạn chế hoạt động hỗ trợ cuộc sống hằng ngày, tỷ lệ hiện mắc, người cao tuổi, thành thị.

SUMMARY

DEPENDENCE IN ACTIVITIES OF DAILY LIVING AND INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING AND RELATED FACTORS AMONG OLDER ADULTS IN TAN DAN WARD, VIET TRI CITY, PHU THO PROVINCE IN 2017

The aim of this cross-sectional descriptive is to assess the prevalence of dependence in activities of daily living (ADLs) and instrumental activities of daily living (IADLs) and related factors among elderly people in Tan Dan ward, Viet Tri city, Phu Tho province in 2017. All of 870 older adults who were living in this ward were interviewed using Katz and Lawton-Brody scales. The results showed that 6.4% older adults had dependence in ADLs and 11.4% had dependence in IADLs. Persons aged 80 and above, who suffered from dementia, stroke, and chronic eye diseases were at high risk of dependence in ADL and IADL. Dependence in ADL and IADL should be taken into account in planning support and health care for the elderly. Further studies in need of elderly care in

daily living activities are necessary.

Keywords: Activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL), prevalence, older adults, urban.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lão hoá dân số vừa là thành tựu của quá trình phát triển, vừa tạo ra những thách thức về mặt kinh tế và chăm sóc sức khỏe cho cả cá nhân, gia đình, cộng đồng và xã hội. Quá trình lão hoá gắn liền với sự suy giảm chức năng hoạt động và gia tăng nguy cơ mắc nhiều bệnh, chủ yếu là các bệnh mạn tính làm tăng nhu cầu và chi phí chăm sóc sức khỏe. Việt Nam đang trong quá trình già hoá dân số nhanh và người cao tuổi (NCT) có tỷ lệ ốm đau cao, tuổi thọ khỏe mạnh thấp. Trung bình mỗi NCT phải chịu hơn 10 năm bệnh tật trong tổng số khoảng 73 năm cuộc đời [1]. Ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về NCT bị hạn chế hoạt động sinh hoạt hằng ngày. Bởi vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu mô tả tỷ lệ mắc hạn chế hoạt động sinh hoạt hằng ngày và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại phường Tân Dân, thành phố Việt Trì, tỉnh Phú Thọ năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên toàn bộ 870 NCT đang sinh sống trên địa bàn phường Tân Dân, thành phố Việt Trì, tỉnh Phú Thọ tháng 3-4 năm 2017 và đồng ý tham gia nghiên cứu. Những người không có khả năng trả lời sẽ phỏng vấn thay thế bằng người chăm sóc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện qua hình thức phỏng vấn, sử dụng Bảng kiểm về

hoạt động sinh hoạt cá nhân hằng ngày của Katz (Katz Index of Independence in Activities of Daily Living scale) và Bảng kiểm về hoạt động hỗ trợ cuộc sống hằng ngày của Lawton – Brody (Lawton – Brody Instrumental Activities of Daily Living scale). Số liệu được nhập vào máy tính dưới dạng mã hóa và phân tích trên phần mềm STATA 14.0, sử dụng các test thống kê thông dụng với khoảng tin cậy 95%. Mỗi liên quan với tình trạng hạn chế vận động sinh hoạt được phân tích theo mô hình hồi quy đơn và đa biến.

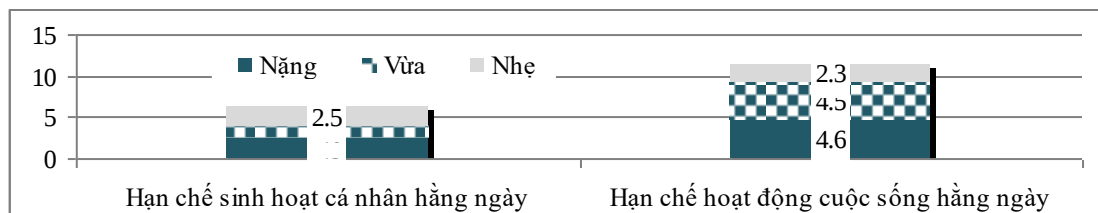
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu:

Hơn một nửa đối tượng nghiên cứu là nữ (51,6%); phần lớn ở độ tuổi 60-69 (67,8%) và có học vấn từ trung học cơ sở trở lên (85,2%); đa số (80%) có/vợ, chồng và hiện đang sống cùng với vợ/chồng; 59,4% là cán bộ, viên chức nhà nước nghỉ hưu và 82,2% hiện đang nghỉ ngơi, dưỡng già hoặc làm công việc nội trợ. Có 20,6% NCT tự đánh giá sức khỏe yếu và rất yếu; 18,7% đánh giá sức khỏe yếu hơn người khác và 18,9% đánh giá chất lượng cuộc sống kém và rất kém. Ngoài ra, có tới 77,2% NCT khai báo có các bệnh/vấn đề sức khỏe mạn tính kèm theo; trong đó, hay gặp nhất là các bệnh về tim mạch (57,4%), bệnh về xương khớp (18,4%) và bệnh về hô hấp (14,1%).

3.2. Tỷ lệ mắc hạn chế hoạt động sinh hoạt hằng ngày

Biểu đồ 1 cho thấy có 11,4% NCT bị hạn chế các hoạt động hỗ trợ cuộc sống hằng ngày; trong số đó có 6,4% đồng thời bị hạn chế các sinh hoạt cá nhân hằng ngày. Tỷ lệ bị hạn chế ở mức độ nặng lần lượt là 4,6% và 2,3%.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ NCT bị hạn chế hoạt động hằng ngày ở các mức độ

Chi tiết về các hoạt động sinh hoạt bị hạn chế được trình bày ở Bảng 1. Với hoạt động sinh hoạt cá nhân hằng ngày, hoạt động có tỷ lệ bị hạn chế cao nhất là tắm rửa (5,4%) và thấp nhất là ăn uống (2,4%). Với hoạt động hỗ trợ cuộc sống hằng ngày, hoạt động có tỷ lệ bị hạn chế cao nhất là mua bán (10,1%) và thấp nhất là dọn dẹp nhà cửa (3,4%).

Bảng 1. Phân bố chi tiết các hoạt động sinh hoạt bị hạn chế ở NCT

Hạn chế hoạt động	Số lượng	Tỷ lệ %
Sinh hoạt cá nhân hằng ngày	56	6,4
Tắm, rửa	47	5,4
Mặc quần áo	32	3,7
Đi vệ sinh	34	3,9

Di chuyển	43	4,9
Tự chủ đại tiểu tiện	22	2,5
An uống	21	2,4
Hoạt động hỗ trợ cuộc sống hằng ngày	99	11,4
Sử dụng điện thoại	52	6,0
Mua bán	88	10,1
Nấu ăn	79	9,1
Dọn dẹp nhà cửa	30	3,4
Giặt quần áo	40	4,6
Đi lại, sử dụng phương tiện giao thông	33	3,8
Sử dụng thuốc	43	4,9
Quản lý chi tiêu	42	4,8

3.2. Một số yếu tố liên quan đến hạn chế hoạt động sinh hoạt hằng ngày: Bảng 2 cho thấy tỷ lệ bị hạn chế sinh hoạt cá nhân hằng ngày tăng dần theo tuổi (lên tới 24,1% ở nhóm 80 tuổi trở lên); cao hơn ở nhóm có học văn tiểu học trở xuống (20,2%); những người trước đây là nông dân (15,2%); người hiện chỉ nghỉ ngơi, dưỡng già (13,7%); những người có bệnh mạn tính (8,2%); đặc biệt là bệnh tim mạch (8,8%), sa sút trí tuệ (51,7%), TBMMN (71,4%). Tương tự, tỷ lệ bị hạn chế hoạt động hỗ trợ cuộc sống hằng ngày tăng theo tuổi (lên tới 53,7% ở nhóm 80 tuổi trở lên). Tỷ lệ này cũng cao hơn ở nhóm có học văn tiểu học trở xuống (44,2%); những người trước đây là nông dân (37,4%); người hiện chỉ nghỉ ngơi, dưỡng già (22,1%); người có bệnh mạn tính (14,0%); đặc biệt là bệnh tim mạch (15,0%), sa sút trí tuệ (82,8%), TBMMN (73,5%) và bệnh về mắt (21,1%).

Bảng 2. Phân bố chi tiết các hoạt động sinh hoạt bị hạn chế ở NCT

Thông tin		Tổng số	Hạn chế sinh hoạt cá nhân hằng ngày			Hạn chế sinh hoạt cá nhân hằng ngày		
			n	%	p	n	%	p
Nhóm tuổi	60 – 69 tuổi	590	20	3,4	<0,001	29	4,9	<0,001
	70 – 79 tuổi	185	13	7,0		19	10,3	
	80 tuổi trở lên	95	23	24,1		51	53,7	
Giới	Nam	421	29	6,9	>0,05	46	10,9	>0,05
	Nữ	449	27	6,0		53	11,8	
Trình độ học vấn	Tiểu học trở xuống	129	26	20,2	<0,001	57	44,2	<0,001
	THCS/PTTH	362	11	3,0		18	5,0	
	TC/CD/ĐH trở lên	379	19	5,0		24	6,3	
Nghề nghiệp trước đây	Công chức, viên chức	517	26	5,0	<0,005	34	6,6	<0,001
	Công nhân	230	13	5,7		26	11,3	
	Nông dân	99	15	15,2		37	37,4	
	Khác	24	2	8,3		2	8,3	
Công việc hiện nay	Già yếu, nghỉ ngơi	342	47	13,7	<0,001	76	22,1	<0,001
	Tiếp tục làm việc	528	9	1,7		23	4,4	
Tình trạng hôn nhân	Có chồng/vợ	695	41	5,9	>0,05	66	9,5	<0,001
	Không có vợ/chồng	174	15	8,6		33	19,0	
Bệnh mạn tính	Có	672	55	8,2	<0,001	94	14,0	<0,001
	Không	198	1	0,5		5	2,5	
Các bệnh mạn tính cụ thể (so với người không mắc)	Nhóm tim mạch	499	44	8,8	<0,05	75	15,0	<0,001
	Nhóm nội tiết	91	6	6,6	>0,05	9	9,9	>0,05
	Sa sút trí tuệ	29	15	51,7	<0,001	24	82,8	<0,001
	Hở hấp	108	9	8,3	>0,05	22	20,4	<0,01
	TBMMN	49	35	71,4	<0,001	36	73,5	<0,001
	Xương khớp	160	7	4,4	>0,05	23	14,4	>0,05
	Mắt	90	9	10,0	>0,05	19	21,1	<0,01
	Khác (ghi rõ)	68	2	2,9	>0,05	6	8,8	>0,05

Bảng 3 cho thấy tỷ lệ mắc hạn chế hoạt động sinh hoạt cá nhân hằng ngày cao ở NCT liên quan với tuổi từ 80 trở lên (OR=5,1); mắc sa sút trí tuệ (OR=15,1) và mắc TBMMN (OR=257,1). Tỷ số chênh của các yếu tố này đối với hạn chế hoạt động hỗ trợ cuộc sống hằng ngày lần lượt là OR=13,2; OR=46,5 và OR=108,2. Hạn chế hoạt động hỗ trợ cuộc sống hằng ngày cao còn liên quan

với nghề nghiệp là nông dân (OR=5,7) hoặc công nhân (OR=2,9) và có bệnh lý mạn tính về mắt (OR=3,2). Các mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Kết quả phân tích đa biến một số yếu tố liên quan đến hạn chế hoạt động sinh hoạt hằng ngày ở người cao tuổi

Biến số		Hạn chế sinh hoạt cá nhân hằng ngày	Hạn chế hoạt động sống hằng ngày
		OR (95%CI)	OR (95%CI)
Nhóm tuổi	60 – 69 tuổi	1	1
	70 – 79 tuổi	1,0 (0,3-3,0)	1,1 (0,5-2,7)
	80 tuổi trở lên	5,1 (1,3-19,7)*	13,2 (5,2-33,9)*
Học vấn	Tiểu học trở xuống	1,1 (0,2-6,4)	1,8 (0,5-6,4)
	Trung học cơ sở/THPT	0,4 (0,1-1,3)	0,4 (0,1-1,1)
	Trung cấp chuyên nghiệp trở lên	1	1
Nghề nghiệp trước đây	Cán bộ viên chức nhà nước	1	1
	Công nhân	2,0 (0,5-7,8)	2,9 (1,1-8,3)*
	Nông dân	3,2 (0,7-15,3)	5,7 (1,6-19,8)*
	Khác	3,2 (0,2-18,8)	1,8 (0,2-19,4)
Tiền sử bệnh mạn tính (có bệnh so với không có)	Bệnh tim mạch	0,8 (0,3-2,2)	1,3 (0,6-2,7)
	Sa sút trí tuệ	15,1 (4,6-49,7)*	46,5 (11,5-187,3)*
	Bệnh hô hấp	1,1 (0,3-3,1)	1,4 (0,6-3,1)
	TBMMN	257,1 (82,2-803,7)*	108,2 (40,4-289,5)*
	Bệnh về mắt	2,6 (0,8-8,2)	3,1 (1,3-7,7)*

Ghi chú: *: $p < 0,05$

IV. BÀN LUẬN

4.2. Tỷ lệ mắc hạn chế hoạt động sinh hoạt hằng ngày của NCT

4.2.1. Hạn chế hoạt động sinh hoạt cá nhân hằng ngày

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 6,4% NCT bị hạn chế hoạt động sinh hoạt cá nhân hằng ngày; trong đó 2,3% mức độ nặng; 1,6% mức độ vừa và 2,5% mức độ nhẹ. Tỷ lệ mắc thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Ngân Giang, tại 4 tỉnh Thái Nguyên, Hà Tây cũ, Thừa Thiên Huế năm 2011 (8,8%) [4]. Điều này cũng phù hợp với thực tế là tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 68,7% NCT ở độ tuổi trẻ (60-69 tuổi), trong khi hạn chế sinh hoạt cá nhân hằng ngày chủ yếu ở lứa tuổi cao. Mặc dù tỷ lệ mắc có khác nhau song phân mức độ bị hạn chế hoạt động trong nghiên cứu của chúng tôi lại tương tự như các nghiên cứu trước đó [4], [5].

Hoạt động có tỷ lệ bị hạn chế cao nhất là tắm rửa (5,4%) và thấp nhất là hoạt động ăn uống chiếm 2,4%. Cơ cấu này không khác biệt nhiều so với nghiên cứu của Phạm Ngân Giang, mặc dù tỷ lệ bị hạn chế từng hoạt động trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, ngoại trừ hoạt động đi lại, sử dụng phương tiện giao thông [4].

4.2.2. Hạn chế hoạt động hỗ trợ cuộc sống hằng ngày

Tỷ lệ NCT bị ít nhất một hạn chế hoạt động hỗ trợ cuộc sống hằng ngày là 11,4%. Chức năng hoạt động hỗ trợ cuộc sống hằng ngày được coi là phức tạp hơn và thường bị mất trước

chức năng hoạt động sinh hoạt cá nhân hằng ngày. Chưa có các nghiên cứu về hạn chế hoạt động hỗ trợ cuộc sống hằng ngày ở người cao tuổi tại Việt Nam. Các nghiên cứu này cho tỷ lệ hiện mắc cao hơn một phần có thể do được tiến hành trên đối tượng lớn tuổi hơn (từ 65 tuổi trở lên). Hạn chế về mua bán chiếm tỷ lệ cao nhất 10,1%, hạn chế về việc dọn dẹp nhà cửa chiếm tỷ lệ thấp nhất với 3,4%. Trong khi đó, nghiên cứu của Yu-Ning Hu ở Đài Loan, tỷ lệ hạn chế sử dụng phương tiện giao thông là cao nhất 24,7%, hạn chế thấp nhất là sử dụng thuốc 16,8% [7].

4.2. Các yếu tố liên quan đến hạn chế hoạt động sinh hoạt hằng ngày ở NCT

Kết quả nghiên cứu cho thấy tình trạng hạn chế hoạt động sinh hoạt có liên quan với tuổi, nghề nghiệp trước đây và tình trạng mắc các bệnh mạn tính ở NCT. Tỷ lệ mắc hạn chế hoạt động sinh hoạt cá nhân và hoạt động hỗ trợ cuộc sống hằng ngày ở người cao tuổi lần lượt tăng từ 3,4% và 4,9% ở nhóm 60-69 tuổi lên 24,1% và 53,7% ở nhóm từ 80 tuổi trở lên. Tỷ số chênh giữa nhóm 80 tuổi trở lên so với nhóm 60-69 tuổi là 5,1 (95%CI: 1,3-13,9) đối với hạn chế hoạt động sinh hoạt cá nhân và 13,2 (5,2-33,9) với hạn chế hoạt động hỗ trợ cuộc sống hằng ngày.

Tỷ lệ bị hạn chế hoạt động sinh hoạt cá nhân hằng ngày ở người cao tuổi có bệnh mạn tính theo khai báo cao hơn có ý nghĩa thống kê so với những người không có bệnh mạn tính (8,2% so với 0,5%). Số liệu tương ứng cho hạn chế hoạt

động hỗ trợ cuộc sống hằng ngày là 14,0% và 2,5%. Trong đó, tỷ lệ này cao hơn hẳn ở những người mắc bệnh tim mạch, sa sút trí tuệ, tai biến mạch máu não và bệnh về mắt (đối với hạn chế hoạt động hỗ trợ cuộc sống hằng ngày).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mắc tai biến mạch máu não làm tăng mạnh khả năng bị hạn chế hoạt động sinh hoạt cá nhân và hoạt động hỗ trợ cuộc sống hằng ngày với tỷ số chênh (OR) lần lượt là 257,1 và 108,2. Tương tự, sa sút trí tuệ làm tăng khả năng hạn chế hai nhóm hoạt động này với OR lần lượt là 15,1 và 46,5. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước cho thấy tai biến mạch máu não và sa sút trí tuệ là nguyên nhân hàng đầu gây hạn chế hoạt động sinh hoạt hằng ngày [4],[5].

Cũng tương tự như các nghiên cứu này [4],[5], nghiên cứu của chúng tôi cho thấy NCT mắc các bệnh về mắt cũng làm gia tăng tỷ lệ hạn chế hoạt động sinh hoạt hằng ngày. Tuy nhiên, mối liên quan có ý nghĩa thống kê chỉ được ghi nhận trong phân tích đa biến đối với hạn chế hoạt động hỗ trợ cuộc sống hằng ngày với OR=3,1 (95%CI: 1,3-7,7).

V. KẾT LUẬN

Có tới 6,4% bị hạn chế hoạt động sinh hoạt cá nhân hằng ngày và 11,4% bị hạn chế hoạt động hỗ trợ cuộc sống hằng ngày; trong đó, hạn chế nhiều nhất lần lượt là tắm rửa và mua bán (10,1%). Các đối tượng có khả năng cao bị hạn chế hoạt động là tuổi từ 80 tuổi trở lên, có sa sút trí tuệ, bị tai biến mạch máu não, bệnh mạn tính

về mắt. Cần quan tâm đến vấn đề hạn chế hoạt động hằng ngày trong lập kế hoạch hỗ trợ, chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, đặc biệt là các đối tượng có nguy cơ cao. Đồng thời, cần có những nghiên cứu sâu hơn về nhu cầu chăm sóc của những người cao tuổi bị hạn chế hoạt động sinh hoạt ở các mức độ khác nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ủy ban quốc gia về người cao tuổi Việt Nam (2012). Điều tra về người cao tuổi Việt Nam năm 2011. Kết quả chủ yếu. Nhà Xuất bản Hội Phụ nữ, HN.
2. Noelker, L.S. and R. Browdie (2014). Sidney Katz, MD: a new paradigm for chronic illness and long-term care. *Gerontologist*. **54**(1):13-20
3. Graf, C. (2009). The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale. *Medsurg Nurs*. **18**(5): 315-316.
4. Phạm Ngân Giang (2011). Nghiên cứu thực trạng hạn chế hoạt động sinh hoạt hằng ngày của người cao tuổi, một số yếu tố ảnh hưởng và thử nghiệm một giải pháp can thiệp dự phòng. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Trần Trọng Đàm, Nguyễn Đỗ Nguyên, Mai Thị Thanh Thủy và cộng sự (2007). Tình trạng sức khỏe và hoạt động sinh hoạt hằng ngày ở người cao tuổi tại Bến Lức, Long An. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, **11** (1, phụ trương), 100-104.
6. Tomioka, K., N. Kurumatani, and H. Hosoi (2016). Association Between Social Participation and Instrumental Activities of Daily Living Among Community-Dwelling Older Adults. *Journal of Epidemiology*. **26**(10): 553-561.
7. Yu-Ning Hu, Gwo-Chi Hu, Chia-Yu HsuHsu, et al. (2012). Assessment of Individual Activities of Daily Living and its Association with Self- Rated Health in Elderly People of Taiwan. *International Journal of Gerontology*. **6**(2): 117-121.

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG NGƯỜI KHUYẾT TẬT TẠI XÃ HƯNG ĐẠO, HUYỆN CHÍ LINH, TỈNH HẢI DƯƠNG NĂM 2015

Lê Văn Thêm*, Phạm Thị Nhuyên*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mô hình người khuyết tật và xác định nhu cầu phục hồi chức năng tại xã Hưng Đạo, huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương năm 2015. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 112 người khuyết tật. **Kết quả:** Tỷ lệ nam chiếm 58,93% nhiều hơn nữ 41,07%. NTT đa số tuổi đời > 16. Tỷ lệ NKT kết hợp tàn tật 92,86%. NKT có khó khăn về vận

động chiếm 47,32%. Khó khăn về nghe, nói là 20,54%. NKT có nhu cầu PHCN chiếm 71,4%, toàn bộ đều là NKT >16 tuổi. Nhu cầu PHCN trong sinh hoạt chiếm 69,64%. Nhu cầu PHCN trong vận động chiếm 36,61%. Nhu cầu PHCN trong hòa nhập cộng đồng chiếm 67,86%.

Từ khóa: Phục hồi chức năng người tàn tật

SUMMARY

EVALUATION OF THE PERSONAL DISABILITY STATUS AT HUNG DAO WARD, CHI LINH STRICT, HAI DUONG PROVINCE IN 2015

Purpose: To evaluate the disability model and to identify rehabilitation needs at Hung Dao ward, Chi Linh strict, Hai Duong province in 2015. **Methods:** Descriptive cross-sectional study performs on 112

*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thêm
Email: themlv2003@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.9.2017
Ngày phản biện khoa học: 3.11.2017
Ngày duyệt bài: 15.11.2017

disabled. **Results:** Men account for 58.93% and higher than women (41.07%). Most of disabled have aged over 16 yrs. 92.86% of people with disabilities combined with a handicap. The disabled have difficulty in mobilizing is 47.32%, difficulty in listening, speaking are 20.54%. 71.4% of the disabled need rehabilitation, all is over 16 years old. Rehabilitation needs in living accounts for 69.64%, in mobilization, accounts for 36.61%, and in the community, integration accounts for 67.86%.

Key words: Rehabilitation of the disabled.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuyết tật là một vấn đề lớn về sức khỏe của toàn nhân loại. Theo thống kê năm 1996 của WHO và LHQ: Tỷ lệ NKT trên toàn hành tinh vào khoảng 10% dân số và tỷ lệ NKT vẫn tăng thêm 1.63% mỗi năm. NKT tập trung chủ yếu ở các nước đang phát triển và các nước vừa xảy ra chiến tranh. Họ thường bị bỏ mặc hoặc bị lãng quên, là gánh nặng cho gia đình và cộng đồng. Tại Việt Nam: Theo thống kê chưa đầy đủ, hiện tại có khoảng 5,1 triệu NKT trong cả nước, chiếm tỷ lệ khoảng gần 6% dân số [7]. Ở tỉnh Hải Dương, theo NC năm 2013: Tỷ lệ NKT là 6,1% trong đó tỷ lệ NKT có nhu cầu PHCN là 1,9%[6]. Việc cải thiện số phận cho những NKT sống ở những nước đang phát triển hiện nay là một nhiệm vụ khó khăn và đầy thử thách, ước tính 98% số người khuyết tật bị bỏ mặc hoặc bị lãng quên trong những nước đang phát triển. Tổ chức Y tế thế giới tuyên bố: "Sức khỏe cho mọi người... cho phép họ có một cuộc sống khỏe mạnh về thể chất, tinh thần, xã hội, kinh tế hữu ích". Chương trình PHCNĐVCD là một thành tựu mới đã được WHO và nhiều tổ chức liên quan của LHQ công nhận có hiệu quả thiết thực đối với NKT và phù hợp với các nước đang phát triển. PHCNĐVCD là một bộ phận của chăm sóc sức khỏe ban đầu: Chương trình PHCNĐVCD đã được áp dụng qua thực tế ở Việt Nam đạt được kết quả cao nhờ lồng ghép vào công tác CSSKBD và các chương trình khác. PHCNĐVCD còn là một chương trình kiểm nghiệm các chương trình khác, bởi vì nếu các chương trình khác thực hiện tốt thì số NKT ở các tuyến sẽ giảm đi [4].

Ở Việt nam chương trình PHCNĐVCD đã được triển khai từ năm 1987 cho đến nay đã có 43 tỉnh, thành phố thực hiện [1]. Và Hải Dương là tỉnh đầu tiên ở miền Bắc được chọn để triển khai chương trình PHCNĐVCD từ cuối năm 1988 [3]. Đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành của thành viên gia đình NKT trong chương trình PHCNĐVCD [5]. VLTL/PHCN thuộc các bậc học và thực tập tại công đồng là nội dung bắt buộc trong quá trình đào tạo. Hải Dương là tỉnh đầu

tiên ở miền Bắc được BYT chọn để triển khai chương trình này từ cuối năm 1988. Cho đến nay, có nhiều tác giả đã nghiên cứu PHCNĐVCD tại tỉnh Hải Dương, nhưng thực trạng về NKT tại xã Hưng Đạo, huyện Chí Linh chưa được quan tâm đầy đủ. Do vậy, để góp phần khẳng định thực trạng NKT tại tỉnh Hải Dương nói chung và xã Hưng Đạo, huyện Chí Linh nói riêng nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá thực trạng người khuyết tật tại xã Hưng Đạo, huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương năm 2015". Mục tiêu nghiên cứu:

1. Đánh giá mô hình người khuyết tật tại xã Hưng Đạo, huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương năm 2015.

2. Xác định nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật tại xã Hưng Đạo, huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương năm 2015.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả người khuyết tật thuộc xã Hưng Đạo, huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương. Đó là những người khuyết tật, tại thời điểm nghiên cứu, họ có ít nhất 1 nhu cầu ở mức độ 1 hoặc 2, là người khuyết tật cần PHCN: 112 người. Thời gian nghiên cứu quý IV năm 2015.

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Mô hình người khuyết tật

Bảng 3.1 Phân bố chung người khuyết tật theo giới.

Giới	Số lượng	Tỷ lệ %
Nam	66	58,93
Nữ	46	41,07
Tổng	112	100

Nhận xét: Tỷ lệ người khuyết tật nam giới (58,93%) cao hơn ở nữ giới (41,07%).

Bảng 3.2: Phân bố khuyết tật theo nguyên nhân

Nguyên nhân	Số lượng	Tỷ lệ %
Bệnh tật	38	33,93
Bẩm sinh	50	44,64
Tai nạn	10	8,93
Hậu quả chiến tranh	14	12,50
Tổng	112	100

Nhận xét: Nguyên nhân gây nên khuyết tật chiếm tỉ lệ lớn nhất là do bẩm sinh(44,68%), nguyên nhân gây nên khuyết tật chiếm tỉ lệ lớn thứ hai là do bệnh tật(39,93%), nguyên nhân do tai nạn chiếm tỷ lệ thấp nhất(8,93%).

Bảng 3.3. Phân bố người khuyết tật theo 7 nhóm khuyết tật

Nhóm khuyết tật	Số lượng	Tỷ lệ %
-----------------	----------	---------

Khó khăn về vận động	53	47,32
Khó khăn về nhìn	20	17,86
Khó khăn về học	6	5,36
Khó khăn về nghe, nói	23	20,54
Hành vi xa lạ	6	5,36
Động kinh	4	3,56
Mất cảm giác	0	0
Tổng	112	100

Nhận xét: Nhóm khuyết tật có khó khăn về vận động chiếm tỷ lệ lớn nhất (47,32%), nhóm khuyết tật có hành vi xa lạ và nhóm khuyết tật động kinh chiếm tỷ lệ nhỏ

Bảng 3.4: Phân bố người khuyết tật theo phối hợp khuyết tật

Thể loại	Số lượng	Tỷ lệ
Một loại tật	104	92,86

Một loại tật	6	5,36
Một loại tật	2	1,78
Tổng	112	100

Nhận xét: Người khuyết tật có một loại tàn tật chiếm tỷ lệ lớn nhất (92,86%), người khuyết tật có hai hoặc ba loại tàn tật chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 3.5: Phân bố người khuyết tật theo kinh tế gia đình

Kinh tế gia đình	Số lượng	Tỷ lệ
Khá	10	8,93
Trung bình	56	50
Nghèo	46	41,07
Tổng	112	100

Nhận xét: Kinh tế gia đình người khuyết tật phần lớn thuộc loại trung bình và nghèo, kinh tế khá có tỷ lệ thấp.

3.2. Nhu cầu PHCN của người khuyết tật

Bảng 3.6 Nhu cầu phục hồi chức năng chung

Tuổi	Có nhu cầu PHCN		Không có nhu cầu PHCN		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Nam	48	60	18	56,25	66	58,93
Nữ	32	40	14	43,75	46	41,07
Tổng	80	100	32	100	112	100

Nhận xét: Tỷ lệ người khuyết tật có nhu cầu PHCN (71,43%) cao hơn người khuyết tật không có nhu cầu PHCN (28,57), tỷ lệ nam giới có nhu cầu PHCN (60%) cao hơn nữ giới (40%).

Bảng 3.7 Nhu cầu PHCN của NKT theo từng nhóm tuổi

Tuổi	Có nhu cầu		Không có nhu cầu		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Trẻ em	0	0	1	3,13	1	0,9
Người lớn	80	100	31	96,87	111	99,1
Tổng	80	100	32	100	112	100

Nhận xét: Tỷ lệ người lớn có nhu cầu PHCN cao.

Bảng 3.8 Nhu cầu PHCN trong từng nhóm khuyết tật

Nhóm khuyết tật	Có NC		Không có NC		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Khó khăn về vận động	41	51,25	12	37,50	53	47,32
Khó khăn về nhìn	14	17,50	6	18,75	20	17,86
Khó khăn về học	4	5,00	2	6,25	6	5,36
Khó khăn về nghe, nói	17	21,25	6	18,75	23	20,54
Hành vi xa lạ	2	2,50	4	12,50	6	5,36
Động kinh	2	2,50	2	6,25	4	3,56
Mất cảm giác	0	0	0	0	0	0
Tổng	80	100	32	100	112	100

Nhận xét: Nhóm khuyết tật khó khăn về vận động có nhu cầu PHCN cao nhất (51,25%), nhóm có hành vi xa lạ và nhóm động kinh chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 3.9 Phân bố nhu cầu PHCN theo thể loại

Thể loại nhu cầu PHCN	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhu cầu PHCN trong sinh hoạt	78	36,79
Nhu cầu PHCN trong giao tiếp	17	8,02
Nhu cầu PHCN trong vận động	41	19,34
Nhu cầu PHCN trong hòa nhập cộng đồng	76	35,85
Tổng	212	100

Nhận xét: Người khuyết tật có nhu cầu PHCN trong sinh hoạt (36,79%) và hòa nhập cộng đồng (35,85%) có tỷ lệ lớn.

Bảng 3.10 Phân bố nhu cầu PHCN trong sinh hoạt cá nhân.

Mức	1	2	Tổng
-----	---	---	------

Nhu cầu	Số lượng	Tỷ lệ%	Số lượng	Tỷ lệ%	Số lượng	Tỷ lệ%
Ăn, uống	12	23,53	6	22,22	18	23,08
Làm vệ sinh cá nhân	14	27,45	8	29,63	22	28,21
Đi đại, tiểu tiện	10	19,61	5	18,52	15	18,23
Thay quần áo	15	29,41	8	29,63	23	30,48
Tổng	51	100	27	100	78	100

Nhận xét: Số người khuyết tật có nhu cầu PHCN trong sinh hoạt cá nhân ở mức độ 1 lớn hơn ở mức độ 2.

Bảng 3.11 Phân bố nhu cầu PHCN theo vận động

Nhu cầu	Mức	1		2		Tổng	
		Số lượng	Tỷ lệ%	Số lượng	Tỷ lệ%	Số lượng	Tỷ lệ%
Ngồi		3	18,75	6	24,00	9	21,95
Đứng		2	12,50	3	12,00	5	12,19
Di chuyển trong nhà		4	25,00	10	40,00	14	34,15
Di chuyển trong làng		6	37,50	2	8,00	8	18,52
Đau các nơi trên người		1	6,25	4	16,00	5	12,19
Tổng		16	100	25	100	41	100

Nhận xét: Số người khuyết tật có nhu cầu PHCN theo vận động ở mức độ 2 lớn hơn ở mức độ 1.

Bảng 3.12 Phân bố nhu cầu hòa nhập cộng đồng ở nhóm khuyết tật là người lớn.

Nhu cầu	Mức	1		2		Tổng	
		Số lượng	Tỷ lệ%	Số lượng	Tỷ lệ%	Số lượng	Tỷ lệ%
Vui chơi giải trí		3	17,65	8	13,56	11	14,47
Học tập		0	0	4	6,78	4	5,26
Tham gia hoạt động GD		4	23,53	17	28,81	21	27,63
Tham gia hoạt động XH		6	35,29	11	18,64	17	23,37
Việc làm phù hợp		4	23,53	19	32,21	23	30,27
Tổng		17	100	59	100	76	100

Nhận xét: Số người khuyết tật có nhu cầu hòa nhập cộng đồng cần sự trợ giúp lớn (59/76 người).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mô hình người khuyết tật: Trong số 112 NKT tham gia nghiên cứu có 58,93% là nam, 41,07% là nữ. Có thể thấy nam nhiều hơn nữ, kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Trương Thanh, nhưng lại có sự khác biệt với kết quả của Trịnh Thị Biên [2]. Sự khác nhau này có thể do địa bàn nghiên cứu khác nhau, Thực trạng khuyết tật ở mỗi địa phương khác nhau do ảnh hưởng của một số yếu tố khách quan.

Phân bố NKT theo nguyên nhân khuyết tật cho thấy hầu hết NKT có nguyên nhân bẩm sinh chiếm 44,64%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trịnh Thị Biên [2] với tỷ lệ NKT có nguyên nhân bẩm sinh chiếm tỷ lệ cao nhất (25,9%).

Phân bố NKT theo nhóm khuyết tật, Nhóm khuyết tật có khó khăn về vận động chiếm tỷ lệ lớn nhất (47,32%), nhóm khuyết tật có hành vi xa lạ và nhóm khuyết tật động kinh chiếm tỷ lệ nhỏ. So sánh với nghiên cứu của Trần Trọng Hải [3] nhóm khó khăn về nói chiếm tỷ lệ cao nhất (72,5%), thứ 2 là nhóm khó khăn về nhìn (65,4%), thấp nhất là khó khăn về nghe nói (22,1%). Sự khác nhau này có thể do địa bàn nghiên cứu khác nhau, Thực trạng khuyết tật ở mỗi địa phương khác nhau do ảnh hưởng của

một số yếu tố khách quan. Theo kết quả nghiên cứu trên ta thấy phải chăng số NKT khó khăn về vận động chiếm tỷ lệ cao có lẽ là do những nguyên nhân bệnh sinh, nguyên nhân gây bệnh, chưa chú trọng vào PHCN tại cộng đồng ở địa phương,... Bên cạnh đó, trên địa bàn thành phố Hải Dương có nhiều trung tâm PHCN về vận động, như bệnh viện Điều dưỡng PHCN, bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương... Nên những người bị khó khăn về vận động thường đến những địa chỉ này điều trị.

4.2. Nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật

***Nhu cầu phục hồi chức năng trong sinh hoạt:** Người khuyết tật có nhu cầu PHCN trong sinh hoạt (36,79%) và hòa nhập cộng đồng (35,85%) có tỷ lệ lớn. So sánh với nghiên cứu của Trần Trọng Hải [3] NKT cần trợ giúp trong sinh hoạt chiếm 9.3%.

***Nhu cầu phục hồi chức năng trong vận động:** Số người khuyết tật có nhu cầu PHCN trong sinh hoạt cá nhân ở mức độ 1 lớn hơn ở mức độ 2.

***Nhu cầu phục hồi chức năng trong hòa nhập cộng đồng:** Số người khuyết tật có nhu cầu hòa nhập cộng đồng cần sự trợ giúp

lớn(59/76 người). trong nhóm nghiên cứu đều cần trợ giúp hoặc không tự tham gia vào các hoạt động xã hội. Kết quả này là do thường có suy nghĩ tự ti, mặc cảm với bệnh tật của mình, điều này làm họ không dám tham gia các hoạt động xã hội

V. KẾT LUẬN

1. Mô hình người khuyết tật

- Thông tin chung về người khuyết tật: tỷ lệ nam giới nhiều hơn nữ giới trong đó nam chiếm 58.93% nữ 41.07%. NTT đa số tuổi đời > 16t.

- Tỷ lệ NKT phân loại theo kết hợp tàn tật: 92,86% NKT chỉ mắc 1 loại tàn tật, còn lại là đa tàn tật.

- Tỷ lệ NKT theo 7 nhóm tàn tật (phân loại của WHO):

Khó khăn về vận động: 47,32%

Khó khăn về nhìn: 17,86%

Khó khăn về nghe, nói: 20,54%

Khó khăn về học: 5,36%

Hành vi xa lạ: 5,36%

Động kinh: 3,56%

Mất cảm giác: 0%

2. Nhu cầu PHCN của người khuyết tật

- Nhu cầu PHCN chung: có 80/112 NKT có nhu cầu PHCN, toàn bộ đều là NKT >16 tuổi.

- Nhu cầu PHCN xếp theo 4 thể loại chính của WHO:

+ Nhu cầu trong giao tiếp: 17 NKT, chiếm 15,18%

+ Nhu cầu trong sinh hoạt: 78 NKT, chiếm 69,64%

+ Nhu cầu trong vận động: 41 NKT, chiếm 36,61%

+ Nhu cầu trong hòa nhập cộng đồng: 76 NKT, chiếm 67,86%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2001), *Đánh giá hoạt động công tác phát triển chuyên ngành PHCN 1997-2001 và kế hoạch phát triển đến năm 2005*, tr.9-29.
2. Trịnh Thị Biên, Đỗ Duy Hiếu, Vũ Thành Hiền, *Mô hình khuyết tật ở 1 số xã huyện Tứ Kỳ tỉnh Hải Dương*
3. Trần Trọng Hải (1989), *Bước đầu xây dựng mô hình khuyết tật ở Việt Nam* Hà Nội, nhà xuất bản Y học, tr.49-55
4. Trần Trọng Hải (1996), *Nghiên cứu về một số yếu tố đào tạo nhân lực cộng đồng và gia đình trong chương trình PHCN dựa vào cộng đồng (CBR) cho trẻ khuyết tật* Luận án PTS khoa học Y dược.
5. Nguyễn Xuân Nghiên và cộng sự (1995), *PHCN dựa vào cộng đồng Hà Nội*, nhà xuất bản y học. Tr.81-83
6. Phạm Thị Nhuyên (2013), "Đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành của gia đình người tàn tật trong phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại tỉnh Hải Dương" *Tạp chí y học* số 9, trường đại học kỹ thuật y tế Hải Dương,
7. Nguyễn Thị Xuyên, Trần Quý Tường (2008), *Hướng dẫn cán bộ PHCN và cộng tác viên về PHCN dựa vào cộng đồng*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, Tr 13.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT VÀ KẾT QUẢ BAN ĐẦU CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI MỘT ĐƯỜNG RẠCH HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ DỊ TẬT HẬU MÔN TRỰC TRÀNG Ở TRẺ EM

Trần Anh Quỳnh¹, Nguyễn Thanh Liêm², Phạm Duy Hiền¹,
Bùi Đức Hậu¹, Nguyễn Thị Ngọc Trân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm kỹ thuật và kết quả ban đầu của phẫu thuật nội soi một đường rạch (PTNSMDR) hỗ trợ điều trị dị tật hậu môn trực tràng (DTHMTT) ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bao gồm tất cả các bệnh nhân bị bệnh DTHMTT được PTNSMDR hỗ trợ tạo hình hậu môn. Nghiên cứu mô tả tiến cứu có phân tích, theo dõi dọc, không đối chứng từ 1/2014 đến tháng 9/2015. Các biến số nghiên cứu chính: tuổi mổ, thể loại dị tật, thời gian mổ, ngày nằm viện sau mổ, tai biến và biến

chứng. Kết quả ban đầu về chức năng đại tiện sau khi đóng hậu môn nhân tạo gồm số lần đại tiện/ngày, số phân, táo bón. **Kết quả:** 31 bệnh nhân bao gồm 26 nam và 5 nữ. Tuổi trung bình phẫu thuật là $3,3 \pm 0,8$ tháng (2 – 6 tháng), thời gian phẫu thuật trung bình là $106,9 \pm 12,1$ phút, (75 - 135 phút). Ngày điều trị sau phẫu thuật trung bình là $4,6 \pm 1,1$ ngày (4 - 9 ngày). Không có tử vong trong và sau phẫu thuật. Thời gian theo dõi sau phẫu thuật từ 3 tháng đến 12 tháng. Có 20 (64,5%) bệnh nhân có số lần đại tiện 2 – 3 lần/ngày, 11 (35,5%) bệnh nhân có số lần đại tiện > 4 lần/ngày, có 12 (38,7%) bệnh nhân thỉnh thoảng có són phân, không có bệnh nhân nào bị táo bón. Có 6 (19,3%) bệnh nhân có sa niêm mạc trực tràng. Kết quả thẩm mỹ sau mổ là rất tốt, các BN hầu như không còn thấy sẹo mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi một đường rạch hỗ trợ điều trị dị tật hậu môn trực tràng ở trẻ em là phẫu thuật khả thi, an toàn và hiệu quả với kết quả thẩm mỹ rất tốt

¹Bệnh viện Nhi Trung Ương

²Bệnh viện quốc tế Vinmec

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Quỳnh

Email: tranquynh_nhp@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.10.2017

Ngày duyệt bài: 14.11.2017

Từ khóa: Không hậu môn, phẫu thuật nội soi một đường rạch.

SUMMARY

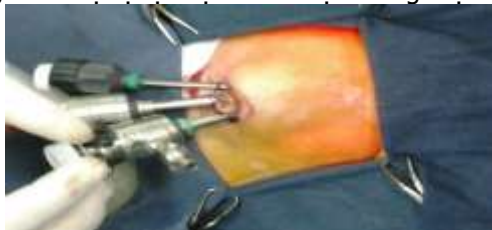
THE TECHNIQUES AND INITIAL RESULTS OF SINGLE-INCISION LAPAROSCOPIC SURGERY ASSISTED ANORECTAL PULL-THROUGH FOR ANORECTAL MALFORMATIONS IN CHILDREN

Aim: To describe techniques and initial results of single incision laparoscopic surgery (SILS) assisted anorectal pull through for anorectal malformations (ARM) in children. **Materials and Methods:** All patients with anorectal malformations were SILS assisted anorectal pull through. Prospective study from January 2014 to September 2015. The main study variables: The mean age of operation, the mean hospital stay, complications. Initial results on defecation after closed colostomy: number of defecations per day, soiling, constipation. **Results:** 31 patients included 26 males and 5 females. The mean age of operation was 3.3 ± 0.8 months (range: 2÷6 months), the mean operative time was 106.9 ± 12.1 minutes (75÷135 minutes). The mean hospital stay was 4.6 ± 1.1 days (4÷9 days). There were no intraoperative and postoperative deaths. Follow-up from 3 to 12 months was obtained in 31 patients. 20 patients (64.5%) had 2 - 4 defecations per day, 11 patients (35.6%) had more 4 defecations per day. 12 patients (38.76%) had mild soiling and no patient had constipations, 6 patients had rectal mucosa prolapse. Postoperative cosmesis was excellent as all patients had almost non-visible scar. **Conclusion:** single incision laparoscopic surgery assisted anorectal pull through for anorectal malformations in children is feasible, safe, effective with excellent postoperative cosmesis

Keywords: anorectal malformations, single incision laparoscopic surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi điều trị dị tật hậu môn trực tràng đã được Willital báo cáo đầu tiên năm 1998 [3] và đã trở thành phương pháp chuẩn trong điều trị dị tật hậu môn trực tràng loại cao



Hình 1: đường rạch da và đặt trocar

2.3. Kỹ thuật mổ: Bệnh nhân nằm ngửa, có đệm ở mông cao hơn đầu, phẫu thuật viên đứng ở phía đầu bệnh nhân. Rạch da vòng quanh trên rốn dài khoảng 12-15mm, mở qua các lớp của thành bụng vào khoang phúc mạc. Đặt 1 trocar 5mm vào ổ bụng, vị trí đầu của trocar bên trong bụng cách thành bụng khoảng 1cm. Khâu buộc

ở trẻ em, cho thấy tính an toàn, khả thi và có kết quả chức năng đại tiện tốt sau phẫu thuật tạo hình hậu môn so với các phương pháp khác [1].

Hiện nay, PTNSMĐR được sử dụng ngày càng nhiều ở các trung tâm phẫu thuật nhi trên thế giới [4], [5], [6]. PTNSMĐR tạo hình hậu môn sẽ đạt được mục tiêu là hạn chế sẹo, tăng tính thẩm mỹ. Bên cạnh lợi ích của phẫu thuật nội soi là tiếp cận chính xác túi cùng trực tràng mà không có vết mổ cơ lớn, vị trí đặt trocar cho Camera và trocar cho các dụng cụ trong PTNSMĐR rất thuận lợi cho việc phẫu tích túi cùng trực tràng và đóng lại lỗ rò trực tràng niệu đạo, trực tràng bàng quang hoặc kênh chung ổ nhóp [6]. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào về PTNSMĐR điều trị dị tật hậu môn trực tràng ở trẻ em. Vì vậy, nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả kỹ thuật và đánh giá kết quả ban đầu của PTNSMĐR trong điều trị dị tật hậu môn trực tràng ở trẻ em tại khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Nhi Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu bao gồm các bệnh nhân bị dị tật hậu môn trực tràng: rò trực tràng bàng quang, rò trực tràng niệu đạo, còn ổ nhóp, teo hậu môn không có rò được PTNSMĐR tạo hình hậu môn từ tháng 1/2014 đến tháng 9/2015 tại khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Nhi Trung ương.

Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh nhân đã mổ trước đó bằng một kỹ thuật khác

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Là phương pháp nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không có nhóm chứng. Các biến số nghiên cứu chính: tuổi mổ, thể loại dị tật, thời gian mổ, ngày nằm viện sau mổ, tai biến và biến chứng.



Hình 2: Phẫu tích túi cùng trực tràng
cố định trocar vào thành bụng để tránh tụt trocar. Sau khi bơm CO₂, dưới kiểm soát của ống soi, tiếp tục đặt 1 trocar 3mm bên trái trocar thứ nhất, đặt tiếp trocar thứ 3 (5mm) ở bên phải trocar thứ nhất (Hình 1).

Tạo cửa sổ qua mạc treo trực tràng. Bóc tách quanh trực tràng về phía tiểu khung đến sát nếp

gấp phúc mạc trực tràng âm đạo hoặc trực tràng bàng quang. Khâu treo nếp phúc mạc vào thành bụng để giúp bóc tách mặt trước bóng trực tràng dễ dàng. Nếu vị trí rò ở cao (trực tràng-bàng quang), tiến hành cắt và khâu lỗ rò (Hình 2). Tiếp tục bóc tách tìm cơ nâng hậu môn. Dùng kích thích cơ tìm vị trí trung tâm của cơ thắt ngoài từ tầng sinh môn. Rạch da hình chữ thập qua vết tích hậu môn. Bóc tách các vật da bọc lộ cơ thắt ngoài. Tạo đường hầm qua trung tâm cơ thắt ngoài từ tầng sinh môn vào tiểu khung đi giữa 2 cơ nâng hậu môn, nông dần đường hầm đến que nông số 12. Kéo bóng trực tràng xuống tầng sinh môn.

Tạo hình hậu môn: Nếu đường rò thấp hơn (trực tràng-niệu đạo, trực tràng ổ nhóp) hoặc teo hậu môn không rò, sau khi bóc tách bóng trực tràng dưới nếp phúc mạc khỏi 1cm ở mặt trước và sát đến cơ nâng hậu môn ở phía sau thì dùng thì nội soi. Rút và khâu các lỗ rò-ca. Chuyển bệnh nhân sang tư thế nằm sấp theo hình dao díp gập. Rạch da từ đỉnh xương cụt đến vết tích hậu môn rồi kéo sang hai bên giống hình chữ Y lộn ngược. Bóc tách các vật da bọc lộ cơ thắt ngoài. Bóc tách phía trên đường rạch đến cơ mu trực tràng. Cắt dây chằng giữa xương cụt và trực tràng, kéo cơ mu trực tràng xuống dưới bọc lộ bóng trực tràng. Luồn dây giữa trực tràng niệu đạo hoặc âm đạo (con gái) kéo bóng trực tràng ra phía sau. Tách bóng trực tràng đến phần tận cùng. Cắt rời bóng trực tràng cách phần tận cùng khoảng 5 mm. Kiểm tra nếu có đường rò, cắt phần tận cùng của trực tràng đến sát niệu đạo. Khâu lỗ rò. Nếu không có đường rò, cắt bỏ hết phần tận cùng của trực tràng. Tạo đường hầm qua trung tâm cơ thắt ngoài vào tiểu khung. Kéo bóng trực tràng qua đường hầm.

Tạo hình hậu môn. Nong hậu môn sau mổ từ ngày thứ 15 hàng ngày. Có thể đóng hậu môn nhân tạo sau 1 tháng đến 3 tháng.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, 31 bệnh nhân bao gồm 26 trẻ trai và 5 trẻ gái được PTNSMĐR hỗ trợ hạ bóng trực tràng tạo hình hậu môn. Tuổi trung bình của bệnh nhân khi phẫu thuật là $3,8 \pm 0,8$ tháng, trong đó trẻ 3 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất, nhỏ tuổi nhất là 2 tháng tuổi, lớn nhất là 6 tháng tuổi. Thời gian phẫu thuật trung bình là $106,9 \text{ phút} \pm 12,1 \text{ phút}$, ngắn nhất là 75 phút, lâu nhất là 135 phút. Ngày điều trị sau phẫu thuật trung bình là $4,6 \pm 1,1$ ngày, ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 9 ngày. Không có bệnh nhân nào bị tai biến, biến chứng trong và

sau phẫu thuật. Các thể loại rò trực tràng với hệ tiết niệu hoặc ổ nhóp được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1: Thể loại rò trực tràng với hệ tiết niệu hoặc ổ nhóp.

Rò trực tràng vào	Số lượng	Tỷ lệ %
Niệu đạo tiền liệt tuyến	14	45,2
Còn ổ nhóp	2	6,4
Không rò	15	48,4
Tổng	31	100

31 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được đóng hậu môn nhân tạo sau PTNSMĐR hỗ trợ hạ bóng trực tràng tạo hình hậu môn từ 1 đến 3 tháng. Bệnh nhân được theo dõi sau phẫu thuật ngắn nhất là 3 tháng, dài nhất là 12 tháng. Số lần đại tiện được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2 : Số lần đại tiện/ngày sau mổ.

Số lần đại tiện/ngày	Số lượng	Tỷ lệ %
2 – 3 lần	20	64,5
> 4 lần	11	35,5
Táo bón	0	0
Đại tiện không tự chủ	0	0

Có 12 (38,7%) bệnh nhân thỉnh thoảng có són phân, không có bệnh nhân bị chảy phân. Có 6 bệnh nhân có sa niêm mạc trực tràng và đã được phẫu thuật đồng thời với thì đóng hậu môn nhân tạo.

IV. BÀN LUẬN

Trước năm 2000, tạo hình hậu môn theo phương pháp Pena vẫn là tiêu chuẩn vàng để điều trị hầu hết các dị tật hậu môn trực tràng [2]. Hiện nay phẫu thuật nội soi đang trở thành một phương pháp tiếp cận ngày càng phổ biến trong việc điều trị bệnh nhân dị tật hậu môn trực tràng có rò trực tràng bàng quang, rò trực tràng niệu đạo tiền liệt tuyến. Những lợi ích của phẫu thuật nội soi bao gồm bóc tách tối thiểu vùng tầng sinh môn, nhìn rõ và phẫu tích chính xác các lỗ rò trực tràng và các cấu trúc xung quanh, đảm bảo trực tràng được đặt đúng chính xác giữa hai cơ nâng hậu môn và phức hợp cơ thắt [1].

Trong những năm gần đây, PTNSMĐR điều trị các bệnh lý trong nhi khoa nói chung và dị tật hậu môn trực tràng nói riêng ngày càng phổ biến để làm giảm mức độ sẹo của vết mổ [4],[5], [6], [7]. Kết quả của chúng tôi chứng minh rằng PTNSMĐR là an toàn và có tính khả thi, nhưng PTNSMĐR đòi hỏi một nỗ lực cố gắng từ các phẫu thuật viên cho những trường hợp có đường rò vào niệu đạo phải khâu đường rò trong thì nội soi. Với những bệnh nhân có túi cùng đổ xuống thấp, rò vào niệu đạo chúng tôi chuyển sang cắt đường rò bằng phối hợp đường sau trực tràng. Sự phối hợp phẫu thuật giữa phẫu thuật nội soi hạ bóng trực tràng và đường sau trực tràng giữ

nguyên cơ thắt, đã được tác giả Nguyễn Thanh Liêm báo cáo đã nêu được tính ưu việt và kết quả tốt trong điều trị.

Trong nghiên cứu so sánh về kết quả phẫu thuật giữa phương pháp phẫu thuật nội soi hỗ trợ hạ bóng trực tràng và phương pháp của Pena, ở trẻ bị dị tật hậu môn trực tràng loại cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy có bệnh nhân nào táo bón, kết quả này cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của Diao (2014) [6] và của Wang (2016) [7]. Tỷ lệ đại tiện tự chủ cũng như số lần đại tiện/ngày của bệnh nhân bị dị tật hậu môn trực tràng ngày càng cải thiện cho dù phẫu thuật nội soi 3 tro-ca hay PTNSMĐR [1],[6]. Thao tác chính xác và kỹ năng phẫu thuật thành thạo là rất quan trọng để giảm tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật. Nghiên cứu này chứng minh rằng PTNSMĐR điều trị dị tật hậu môn trực tràng có thể được áp dụng trong mọi thể loại dị tật có rò hay không có rò vào hệ tiết niệu.

V. KẾT LUẬN

PTNSMĐR là một bước tiến quan trọng trong phẫu thuật xâm lấn tối thiểu. Chúng tôi nhận thấy rằng ở những bệnh nhân dị tật hậu môn trực tràng được lựa chọn thì PTNSMĐR là an toàn và có tính khả thi về mặt kỹ thuật. PTNSMĐR có thể được thực hiện với các ưu điểm tương tự của phẫu thuật nội soi thông thường, bao gồm cả thời gian nằm viện và tỷ lệ biến

chứng. Tuy nhiên PTNSMĐR chỉ dùng một vết mổ thay cho 3 vết mổ của phẫu thuật nội soi thông thường và có kết quả thẩm mỹ tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Akio K, Hisayoshi K, Hiroomi O, et al (2005). "Laparoscopically assisted anorectoplasty using perineal ultrasonographic guide: a preliminary report". *J Pediatr Surg*, 40, 1535-8
2. Rintala R.J, Lindahl H (1995). "Is normal bowel function possible after repair of intermediate and high anorectal malformations?". *J Pediatr Surg*, 30, pp. 491-4
3. Willital G.H. (1998). "Endosurgical intrapuborectal reconstruction of high anorectal anomalies", *Pediatric Endosurgery & Innovative Techniques*, 2, pp. 5-11
4. Hansen EN, Muensterer OJ, Georgeson KE, et al (2011). "Single-incision pediatric endosurgery: lessons learned from our first 224 laparoendoscopic single-site procedures in children". *Pediatr Surg Int*, 27, pp. 643-8
5. Muensterer OJ, Chong A, Hansen EN, et al (2010). "Single-incision laparoscopic endorectal pull-through (SILEP) for hirschsprung disease". *J Gastrointest Surg*, 14, pp. 1950-4.
6. Diao M, Li L, Ye M et al (2014). "Single-incision laparoscopic assisted anorectoplasty using conventional instruments for children with anorectal malformations and rectourethral or rectovesical fistula". *J Pediatr Surg*, 49, 1689-1694
7. Wang C, Li L, Diao M et al (2016). "Single-Incision Laparoscopic-Assisted Anorectoplasty for the Management of Persistent Cloaca.", *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 26(4), pp. 328-33.

NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ PEPSINOGEN HUYẾT THANH TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY CÓ NHIỄM VI KHUẨN HELICOBACTER PYLORI

Nguyễn Thị Phương Thảo¹, Tạ Thành Văn¹,
Đặng Thị Ngọc Dung¹, Nguyễn Thị Thanh Hương²

TÓM TẮT

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh lý ác tính thường gặp ở đường tiêu hóa. Vai trò của pepsinogen (PG) huyết thanh trong chẩn đoán UTDD đã được chứng minh. Mục tiêu: 1) Xác định nồng độ PG I và PG II huyết thanh trên bệnh nhân UTDD. 2) Mối liên quan giữa PG I, PG II huyết thanh với vi khuẩn *Helicobacter pylori* (HP) ở bệnh nhân UTDD. Kết quả: Tổng số có 85 bệnh nhân UTDD và 85 bệnh nhân viêm dạ dày

cấp được nghiên cứu. Ở nhóm UTDD, nồng độ PG I trung bình là 65.64 ± 36.36 ng/ml và nồng độ PG II trung bình là 14.60 ± 7.68 ng/ml. Ở nhóm viêm dạ dày, nồng độ PG I trung bình là 98.03 ± 44.77 và nồng độ PG II trung bình là 15.86 ± 6.42 . HP là yếu tố nguy cơ rõ rệt nhất gây UTDD, là yếu tố ảnh hưởng đến kết quả PG huyết thanh. Kết luận: Giá trị cắt thích hợp cho nghiên cứu của chúng tôi là: PG I < 50.54, tỷ lệ PG I/ PG II < 5. Nghiên cứu cho thấy nồng độ PG I, PG II trung bình của nhóm UTDD thấp hơn ở nhóm viêm dạ dày cấp. Nồng độ PG I, II trung bình tăng lên ở nhóm dương tính với HP ở cả hai nhóm UTDD và viêm dạ dày. Nồng độ PG giảm rõ rệt ở giai đoạn sau so với giai đoạn trước ở bệnh nhân UTDD.

Từ khóa: Ung thư dạ dày, pepsinogen I, Pepsinogen II, HP.

SUMMARY

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản TW

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thảo

Email: thaonguyenhs24@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 6.11.2017

Ngày duyệt bài: 16.11.2017

STUDY SERUM PEPSINOGEN CONCENTRATION IN GASTRIC CANCER PATIENTS WITH *HELICOBACTER PYLORI* INFECTION

Gastric cancer (GC) is a common malignancy in the gastrointestinal tract. The role of serum pepsinogen (PG) in the diagnosis of GC has been demonstrated. Objectives: 1) To determine serum levels of PG I and PG II in patients with GC. 2) The association between PG I, PG II serum with a number of risk factors in GC patients. RESULT: A total of 85 patients with GC and 85 patients with acute gastritis were studied. In the GC group, the mean PG I concentration was 65.64 ± 36.36 ng/ml and the mean PG II concentration was 14.60 ± 7.68 ng/ml. In the gastrointestinal tract group, the mean PG I concentration was 98.03 ± 44.77 and the mean PG II concentration was 15.86 ± 6.42 . HP is the most obvious risk factor for GC, which is a factor that affects serum PG. Conclusion: The appropriate cutoff values for our study were: PG I < 50.54 , PG I/PG II < 5 . The study found that the mean PG I and PG II concentrations of the GC group were lower in group of gastritis levels. Mean PG I, II levels increased in the HP-positive group in both the GC and gastric groups. PG levels were markedly reduced in the later stage compared to the previous stage.

Key words: Gastric cancer, pepsinogen I, Pepsinogen II, HP.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Pepsinogen (PG) do tế bào chính ở niêm mạc dạ dày tiết ra, tồn tại dưới hai dạng PG I và PG II. Phần lớn PG được tiết vào lòng dạ dày, dưới tác dụng thủy phân của HCl, chúng được hoạt hóa và trở thành pepsin để phân cắt các protein thành chuỗi polypeptid. Phần còn lại, bài tiết vào máu (1%). Do đó, thông qua giá trị nồng độ PG huyết thanh có thể phản ánh hình thái và chức năng của niêm mạc dạ dày [1] [2]. Khi bị nhiễm HP, nồng độ PG thay đổi. Do đó, nồng độ PG và tỷ lệ PG I/ PG II được coi như một xét nghiệm "sinh thiết huyết thanh" có ý nghĩa phản ánh tình trạng niêm mạc dạ dày, giúp sàng lọc, theo dõi sự tiến triển bệnh và đáp ứng điều trị ở bệnh nhân UTDD có vi khuẩn HP [3]. Vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài "Nghiên cứu nồng độ

pepsinogen huyết thanh trên bệnh nhân ung thư dạ dày có nhiễm vi khuẩn *Helicobacter pylori*" với các mục tiêu sau:

1. Xác định nồng độ pepsinogen I và pepsinogen II huyết thanh trên bệnh nhân ung thư dạ dày.

2. Tìm hiểu mối liên quan giữa pepsinogen I, pepsinogen II huyết thanh và một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân ung thư dạ dày.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 170 trường hợp bệnh nhân, trong đó có 85 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UTDD, 85 bệnh nhân được chẩn đoán là viêm dạ dày cấp tính qua hình ảnh nội soi dạ dày tại các bệnh viện: BV K cơ sở Tân Triều, BV Đại học Y Hà Nội, BV Quân đội 108 từ tháng 3 – tháng 8 năm 2017. Loại trừ các bệnh nhân UTDD đã can thiệp phẫu thuật, có bệnh lý ung thư khác đi kèm, bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính, viêm teo niêm mạc dạ dày.

2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Tất cả các bệnh nhân được tiến hành nghiên cứu theo các bước thống nhất: khai thác tiền sử, triệu chứng lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng. Xét nghiệm định lượng PG nghiên cứu được làm tại khoa xét nghiệm BV Đại học Y Hà Nội.

Giá trị cắt (cut-off) bình thường được sử dụng rộng rãi ở nhiều nước trên thế giới của PG huyết thanh là: PG I > 70 ng/ml và tỉ lệ PG I/PG II > 3 .

Phân tích thống kê theo phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại BV K cơ sở Tân Triều, BV Đại học Y Hà Nội, BV Quân đội 108 từ tháng 3 – tháng 8/2017. Có 85 bệnh nhân UTDD bao gồm 56 nam (65,88%), 39 nữ (34,12%) và 85 bệnh nhân viêm dạ dày có 41 (48,23%) nam và 44 nữ (51,76%).

Bảng 1. Nồng độ PG và tỷ lệ PG I/ PG II ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Nhóm	PG I $\bar{X} \pm SD$	PG II $\bar{X} \pm SD$	PG I/ PG II $\bar{X} \pm SD$
UTDD	65.64 ± 36.36	14.60 ± 7.68	4.83 ± 1.95
Viêm dạ dày	98.03 ± 44.77	15.86 ± 6.42	6.54 ± 2.78
P	< 0.001	0.257	< 0.001

Nhận xét: nồng độ PG I và tỷ lệ PG I/ PG II trung bình ở BN UTDD thấp hơn so với BN viêm dạ dày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$. Nồng độ PG II trung bình ở hai nhóm UTDD và viêm dạ dày không có sự khác biệt với $p = 0.257 > 0.05$.

Bảng 2. Tỷ lệ nhiễm HP giữa hai nhóm bệnh

HP	Chẩn đoán		Tổng cộng	P
	Ung thư	Viêm dạ dày		

	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %		
Âm tính	51	60	30	35.29%	81	0.002
Dương tính	34	40	55	64.71%	89	

Nhận xét: kết quả nghiên cứu cho thấy số bệnh nhân nhiễm HP ở nhóm UTDD thấp hơn ở nhóm viêm dạ dày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0.002 < 0.05$.

Bảng 3. Nồng độ PG I, PG II trung bình và tỷ lệ PG I/ PG II ở bệnh nhân UTDD có HP âm tính và dương tính

Thông số	HP dương tính (n = 34)	HP âm tính (n = 51)	p
PG I (ng/ mL) $\bar{X} \pm SD$	89.37 $\pm$ 42.48	49.82 $\pm$ 19.80	< 0.001
PG II (ng/ mL) $\bar{X} \pm SD$	22.13 $\pm$ 5.90	9.58 $\pm$ 3.42	< 0.001
PG I/ PG II $\bar{X} \pm SD$	4.06 $\pm$ 1.60	5.34 $\pm$ 2.01	0.002

Nhận xét: ở bệnh nhân UTDD, có sự khác biệt rõ rệt về tỷ lệ PG I giữa hai nhóm bệnh nhân có HP âm tính và dương tính. Giá trị trung bình của nồng độ PG I, PGII huyết thanh ở bệnh nhân có HP dương tính cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân có HP âm tính. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tỷ lệ PG I/ PG II ở bệnh nhân HP âm tính cao hơn ở bệnh nhân có HP âm tính, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,002 < 0.05$.

Bảng 4. Mức độ PG I, PG II và tỷ lệ PG I/ PG II ở bệnh nhân viêm dạ dày có HP âm tính và dương tính

Vi khuẩn HP	n	PG I $\bar{X} \pm SD$	PG II $\bar{X} \pm SD$	PG I/ PG II $\bar{X} \pm SD$
HP âm tính	30	85.29 $\pm$ 40.91	11.11 $\pm$ 3.77	7.68 $\pm$ 2.46
HP dương tính	55	104.97 $\pm$ 45.60	18.42 $\pm$ 6.11	5.91 $\pm$ 2.76
P		0.052	< 0.001	0.004

Nhận xét: nồng độ PG I, PG II trung bình ở nhóm bệnh nhân viêm dạ dày có HP dương tính cao hơn nhóm HP âm tính, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Bảng 5. Nồng độ PG, tỷ lệ PG I/ PG II và các giai đoạn bệnh UTDD (theo TNM)

Nhóm bệnh	n (85)	PG I $\bar{X} \pm SD$	PG II $\bar{X} \pm SD$	PG I/ PG II $\bar{X} \pm SD$
Giai đoạn 1&2	25	88.96 $\pm$ 38.79	18.98 $\pm$ 7.99	4.97 $\pm$ 1.56
Giai đoạn 3	27	68.46 $\pm$ 36.39	15.65 $\pm$ 7.97	4.87 $\pm$ 2.00
Giai đoạn 4	33	45.66 $\pm$ 20.58	10.43 $\pm$ 4.61	4.69 $\pm$ 2.22
P		< 0.001	< 0.001	0.857

Nhận xét: nồng độ PG I, PG II trung bình giảm dần theo giai đoạn bệnh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$. Tỷ lệ PG I/ PG II cũng giảm dần theo giai đoạn bệnh nhưng không có ý nghĩa thống kê với $p = 0.857 > 0.05$.

IV. BÀN LUẬN

1. Nồng độ pepsinogen ở bệnh nhân UTDD. Nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn hai nhóm bệnh nhân UTDD và viêm dạ dày cấp. Chúng tôi khảo sát nồng độ PG trung bình và tỷ lệ PG I/ PG II. Qua kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ PG, tỷ lệ PG I/ PG II ở bệnh nhân UTDD thấp hơn rõ rệt so với nhóm viêm dạ dày cấp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Khi bị UTDD, niêm mạc dạ dày teo đi dẫn đến tình trạng giảm số lượng tế bào chính và giảm sản xuất PG dẫn đến nồng độ PG giảm. Trái lại, khi bệnh nhân viêm dạ dày cấp, niêm mạc dạ dày phù nề, xung huyết và không có tình trạng teo niêm mạc, do đó nồng độ PG ở nhóm viêm dạ dày cao hơn ở nhóm UTDD. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ PG I trung bình ở bệnh nhân là 65.64, của PG II là 14.6 và tỷ lệ PG I/ PG II trung bình là 4.83. Kết quả này của chúng tôi có sự khác biệt với nhiều tác giả trên thế giới. Giá trị PG I trung bình cao hơn của tác giả De Re V

[4], Shikata K [5], Metin Agkoc [6] nhưng lại thấp hơn kết quả của Cao XY [7]. Giá trị PG II tương đồng với kết quả của tác giả Shikata nhưng cao hơn của tác giả De Re V và Metin Agkoc nhưng thấp hơn kết quả của Cao XY. Kết quả tỷ lệ PG I/ PG II của chúng tôi thấp hơn của Cao XY và cao hơn kết quả của những nghiên cứu còn lại. Qua những kết quả trên cho thấy giá trị trung bình của nồng độ PG I, II và tỷ lệ PG I/ PG II ở mỗi quốc gia là khác nhau, không tuân theo quy luật có thể do sự khác biệt về chủng tộc, địa lý, thói quen ăn uống, văn hoá hoặc do sự khác nhau về cỡ mẫu trong nghiên cứu và do ảnh hưởng của vi khuẩn HP.

2. Tương quan giữa pepsinogen với một số yếu tố nguy cơ. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm HP ở nhóm bệnh nhân viêm dạ dày cao hơn ở nhóm UTDD. Kết quả này có thể do thực tế bệnh nhân UTDD thường đã điều trị nhiều đợt bằng kháng sinh diệt HP trước đó so với nhóm viêm dạ dày mới mắc bệnh hoặc chưa

điều trị HP. Ở bệnh nhân UTDD và viêm dạ dày, nồng độ PG huyết thanh giảm rõ rệt ở nhóm HP âm tính so với nhóm HP dương tính, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Qua đó cho thấy yếu tố vi khuẩn HP ảnh hưởng tới sự bài tiết PG. Chúng tôi khảo sát nồng độ PG ở các giai đoạn bệnh khác nhau ở bệnh nhân UTDD, kết quả cho thấy nồng độ PG giảm dần qua các giai đoạn bệnh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này nói lên sự tổn thương niêm mạc dạ dày ngày càng trầm trọng ở mỗi giai đoạn bệnh và ảnh hưởng tới việc bài tiết PG.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ PG I, PG II trung bình của nhóm UTDD thấp hơn ở nhóm viêm dạ dày cấp. Nồng độ PG I, II trung bình tăng lên ở nhóm HP dương tính so với HP âm tính ở cả hai nhóm bệnh nhân UTDD và viêm dạ dày. Nồng độ PG giảm rõ rệt ở giai đoạn sau so với giai đoạn trước ở bệnh nhân UTDD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nayeon Kim, Hyun Chae Jung, (2010), The role of serum pepsinogen in the Detection of Gastric Cancer, *Gut liver*, **4(3)**, 307 – 319.

2. Zhang X, Xue L, Xing L, et al (2012) Low serum pepsinogen I and pepsinogen I/ II ratio and Helicobacter pylori infection are associated with increased risk of gastric cancer: 14 – year follow up result in a rural Chinese community. *Int J cancer*; **130(7)**: 1614 – 1619.
3. Haneda M, Kato M, Ishigaki S, et al, (2013), Identification of a high risk gastric cancer group using serum pepsinogen after successful eradication of Helicobacter pylori. *Journal of gastroenterology and hepatology*, **28(1)**:78 – 83.
4. De Re V, Orzes E, Canzonieri V, et al (2016). Pepsinogens to Distinguish patients with gastric intestinal metaplasia and Helicobacter Pylori infection among populations at risk for gastric cancer. *Clin transl gastroenterol*; **7**: e 183.
5. Shikata K, Ninomiya T, Yonemoto K, et al (2012) Optimal cutoff value of the serum pepsinogen level for prediction of gastric cancer incidence: the Hisayama Study. *Scandinavian journal of gastroenterology*; **47(6)**: 669–75
6. Metin Agkoc, Hakan Dursun, Fatih Albayrak, Omer Yilmaz, Ahmet Kiziltunc, Arif Yilmaz, Cemal Gundogdu (2010). Usefulness of Serum Pepsinogen Levels as a Screening Test For Atrophic Gastritis and Gastric Cancer. *Eurasian J Med*. **42(1)**: 15–18.
7. Cao XY, Jia ZF, Jin MS, et al (2012). Serum pepsinogen II is a better diagnostic marker in gastric cancer. *World J Gastroenterol*; **18(48)**: 7357 – 7361.

NGHIÊN CỨU BIOFILM TRONG VIÊM VA MẠN TÍNH ĐƯỢC PHẪU THUẬT

Nguyễn Sỹ Nguyên*, Cao Minh Thành**

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: nhằm chứng minh sự có mặt của Biofilm trong VA và xác định chủng vi khuẩn trên niêm mạc VA. **Thiết kế nghiên cứu:** tiến cứu mô tả. **Phương pháp nghiên cứu:** gồm 61 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi nạo VA. Mẫu bệnh phẩm VA được ngâm trong dung dịch hỗn hợp Glutaraldehyde 2,5% với dịch đệm là Cacodylate có pH=7,2-7,4. Các mẫu bệnh phẩm này được làm khô bởi Aceton với nồng độ khác nhau, sau đó được quét bằng kính hiển vi điện tử (SEM). 61 mẫu bệnh phẩm VA khác được nuôi cấy định danh vi khuẩn. **Kết quả:** 26 bệnh phẩm trong tổng số 61 bệnh phẩm có Biofilm chiếm tỷ lệ 42,6%, SEM xác định có Biofilm trên bề mặt niêm mạc của VA. Nuôi cấy vi khuẩn xác định được các chủng vi khuẩn trong Biofilm là: *Streptococcus*, *Neisseria SP*, *Staphylococcus*, *H.Influenzae*, *Moraxella*, *Corynebacterium SP*,

N.Flavescens. **Kết luận:** Nghiên cứu này xác định sự tạo thành Biofilm của vi khuẩn trong VA, nó có thể là nguyên nhân gây quá phát hoặc viêm VA kéo dài, có thể gây biến chứng viêm tai giữa cấp tái diễn hoặc viêm tai giữa mạn.

Từ khóa: kính hiển vi điện tử (SEM); Biofilm

SUMMARY

STUDY OF BIOFILM IN ADENOIDECTOMY

Aims: to prove the presence of biofilm in adenoid tissue and to determine bacterial types on the surface of the mucosal adenoids. **Study design:** prospective study. **Methods:** 61 of specimens were ablated from adenoid of children adenoidectomy. The specimens were steeped in the mixture liquid of 2,5% Glutaraldehyde and cacodylate with pH= 7,2-7,4. The specimens were dried before scanning electro microscopy (SEM). 61 of specimens from adenoid of children adenoidectomy were used to identify bacterial species. **Results:** 26 specimens of total 61 adenoidal specimens were biofilm, covering 42,6% (26/61). SEM defined present biofilm of the surface of the adenoidal tissues. To grow bacteria of 26 biofilm specimens were identified of *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Neisseria SP*, *H.Influenza*, *Moraxella*, *Corynebacterium*, **Conclusions:** the study demonstrates the presence biofilm of the adenoidal tissues causes hypertrophy of

*Bệnh viện Bạch Mai

**Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Sỹ Nguyên

Email: Nguyenentbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 2.11.2017

Ngày duyệt bài: 9.11.2017

adenoid, adenoidal recurrent and complicated acute otitis media recurrent Otitis media and Chronic otitis media. This study also defines the bacterial existence of the mucosal adenoid.

Key Words: SEM (scanning electro microscopy), Biofilm

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biofilm do vi khuẩn tạo thành là một cộng đồng các vi khuẩn gắn kết lại với nhau và tự tạo ra màng Glycocalyx. Chúng tạo nên bởi các Planktonic và các đơn vị vật chất trên bề mặt vi khuẩn, sau đó nó phát triển và tạo thành những đám liên kết nhỏ nhờ sự kết nối từ những chất do màng Glycocalyx. Quá trình phát triển biofilm sẽ tạo nên khối Biofilm lớn hơn do sự liên kết giữa những khối biofilm nhỏ để tạo thành một khối Biofilm hoàn hảo và có lớp màng dai bao bọc ở ngoài. Kháng lại cả kháng sinh và cơ chế bảo vệ của cơ thể là điều đặc trưng lớn nhất trong lâm sàng của Biofilm vi khuẩn[1]. Do vậy chúng đóng vai trò chính trong nhiễm trùng mạn tính hoặc tái phát[2]. Bởi vì vi khuẩn trong Biofilm rất khó để nuôi cấy, xác định vi khuẩn trong Biofilm chủ yếu dựa vào thiết bị quan sát đó chính là kính hiển vi điện tử (SEM).

Từ quan điểm sinh bệnh học cho rằng VA đóng vai trò trung tâm trong nhiễm khuẩn đường hô hấp trên và đường hô hấp dưới[3,4]. Vì VTG cấp mủ hay VTG cấp mủ tái phát được xác định là do viêm VA. Sự có mặt của Biofilm trong tổ chức VA được xác định bởi kính hiển vi điện tử [5,6]. Tuy nhiên kỹ thuật SEM đòi hỏi một quy trình làm mất nước và do đó làm giảm thể tích màng Biofilm và làm thay đổi cấu trúc của màng[7]. Nhìn chung xác định chủng vi khuẩn có trong Biofilm vi khuẩn ở VA nên là bước tiếp theo của bệnh học nhiễm khuẩn tái phát đường hô hấp trên và đường hô hấp dưới. Tuy nhiên xác định chủng vi khuẩn đang là một thách thức lớn bởi vì những vi khuẩn trong Biofilm có thể tồn tại mà không phát triển.

Do vậy mục đích của nghiên cứu này là để chứng minh sự tồn tại của Biofilm vi khuẩn ở niêm mạc bề mặt VA bằng cách sử dụng kính hiển vi điện tử quan sát màng Biofilm và nuôi cấy vi khuẩn để định danh vi khuẩn. *Mục tiêu: xác định loại vi khuẩn và tỷ lệ Biofilm trên các mẫu VA được phẫu thuật.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

• Là những bệnh nhân được chẩn đoán là viêm mũi xoang do quá phát tổ chức VA, hoặc

viêm mũi xoang mạn tính do VA, viêm VA gây biến chứng.

• Địa điểm nghiên cứu: Khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện đại học y Hà Nội.

• Thời gian nghiên cứu: từ tháng 10/2016 đến tháng 9/2017

• Cỡ mẫu nghiên cứu: 61 bệnh nhân.

• Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Tuổi: ≤ 12.

- Chẩn đoán:

+ Viêm mũi xoang mạn do VA

+ VA quá phát độ 3, độ 4

+ VA gây biến chứng viêm tai giữa.

- Phẫu thuật: nội soi nạo VA

- Bệnh phẩm:

+ Soi dưới kính hiển vi điện tử (SEM)

+ Nuôi cấy vi khuẩn

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

• Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh phẩm bị hỏng

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2 Phương pháp nghiên cứu

• Thiết kế nghiên cứu: mô tả từng trường hợp.

• Phương tiện nghiên cứu

- Hệ thống máy nội soi Tai Mũi Họng Karlstorz

- Hệ thống máy nội soi Tai Mũi Họng Karlstorz,

dụng cụ phẫu thuật

- Hệ thống máy Plasma

- Hệ thống nuôi cấy và định danh vi khuẩn.

- Kính hiển vi điện tử (SEM): S 4800 Hitachi

• Các bước nghiên cứu

- Bước 1: lựa chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn

- Bước 2: lấy bệnh phẩm

+ Lấy bệnh phẩm để soi trên kính hiển vi điện tử: Rửa sạch bệnh phẩm bằng nước muối sinh lý, cố định bằng dung dịch Glutaraldehyde 2,5% với dung dịch đệm cacodylate trong 24 tiếng, bảo quản nhiệt độ 4°C, rửa mẫu bằng dung dịch cacodylate 0,1M 3 lần trong 15 phút. Sau đó các mẫu bệnh phẩm này được loại bỏ nước bằng dung dịch Aceton với các nồng độ 70%, 80%, 90%, và 100% trong 20 phút ở nhiệt độ phòng để mẫu khô.

+ Lấy bệnh phẩm nuôi cấy vi khuẩn: lấy bệnh phẩm để trong lọ vô khuẩn, nhuộm soi đánh giá sơ bộ, nuôi cấy bệnh phẩm trong môi trường phân lập, ủ qua đêm, định danh vi khuẩn bằng bộ API, đọc kết quả.

- Bước 3: thu thập số liệu

- Bước 4: phân tích và xử lý số liệu.

• Nội dung nghiên cứu

- Tuổi, giới

- Xác định Biofilm trên mẫu bệnh phẩm
- Xác định loại vi khuẩn
- Số lượng vi khuẩn trên 1 mẫu.
- Loại vi khuẩn thường gặp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Tuổi và giới

- Tuổi: nhóm tuổi ≤ 2 chiếm tỷ lệ 6,5%, nhóm tuổi 3-4 tuổi chiếm tỷ lệ 14,6%, nhóm tuổi 5-6 chiếm tỷ lệ 22,9%, cao nhất là nhóm tuổi > 6 chiếm tỷ lệ 66,0%.

- Tỷ lệ nam/nữ: 1,9/1 (40/21)

3.2 Tỷ lệ có Biofilm trên mẫu bệnh phẩm (+)

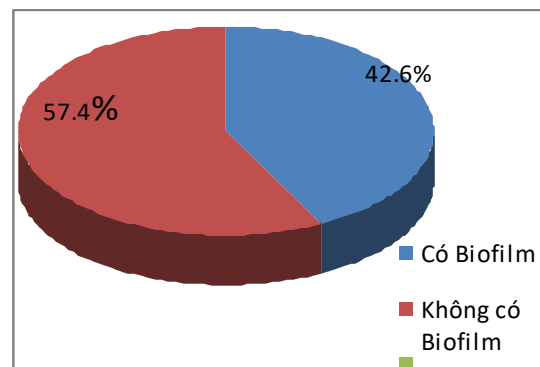
• Biofilm trên mẫu bệnh phẩm

Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ có Biofilm trong VA (N=61)

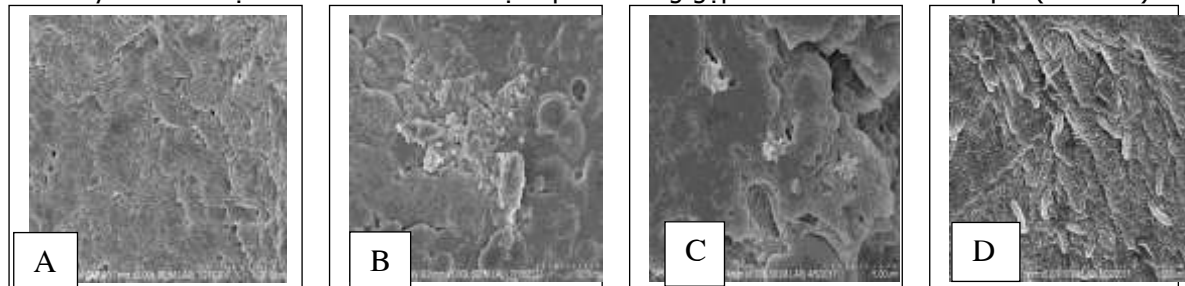
- Quan sát dưới kính hiển vi điện tử quét bề mặt bệnh phẩm lấy từ VA thấy tỷ lệ có Biofilm chiếm 42,6% thấp hơn so với không có Biofilm chiếm tỷ lệ 57,4%.

- Biofilm gắn trên bề mặt niêm mạc VA bao gồm cả những Biofilm hoàn chỉnh và những Biofilm của đám vi khuẩn nhỏ (microcolonies) (hình 3.1.B,C). Những vi khuẩn tạo thành những Biofilm nhỏ thậm chí phân bố không đều trên bề

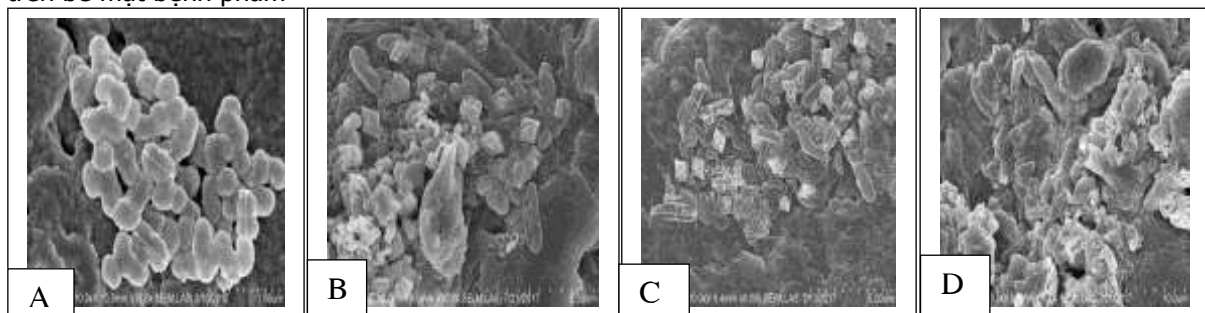
mặt niêm mạc mẫu bệnh phẩm và hầu hết tập trung ở những rãnh nhỏ trên bề mặt niêm mạc giữa những tế bào niêm mạc bình thường (hình 3.1.C). Quan sát thấy vi khuẩn nối với nhau tạo thành những mạng lưới ở những hốc nhỏ trên bề mặt niêm mạc (hình 3.1.B) hoặc nằm rải rác cả ở bên ngoài mặt hốc (hình 3.1.B). Trong một vài khu vực thấy vi khuẩn bao phủ cả một vùng rộng. Một số chất ngoại bào cũng xác định nằm ở giáp với hốc chứa biofilm hoặc ở bề mặt của tế bào niêm mạc (hình 3.1.D).



- Thấy vi khuẩn tạo nên Biofilm ở mẫu bệnh phẩm cũng gặp cả hình cầu và hình que (hình 3.2)



Hình 3.1: A. Mẫu bệnh phẩm không có Biofilm- B. Bệnh phẩm có Biofilm và Biofilm tập trung ở hốc và vùng rìa hốc- C. Biofilm thành từng đám nhỏ riêng biệt ở các rãnh nhỏ- D. Biofilm ở rải rác trên bề mặt bệnh phẩm



Hình 3.2: A. Biofilm là những vi khuẩn hình que- B. Vi khuẩn hình cầu. C và D. Vi khuẩn cả hình que và cầu

3.3 Định danh vi khuẩn

Bảng 3.1: Tỷ lệ vi khuẩn trong Biofilm (N=26)

Vi khuẩn trong Biofilm	n	%
Streptococcus	23	88,5
Neisseria SP	14	53,8
Staphylococcus	12	46,2
H.Influenzae	9	34,6
Moraxella	3	11,5
Corynebacterium SP	2	7,7
N.Flavescens	1	3,8

Nhận xét: Tỷ lệ Liên cầu có trong Biofilm chiếm 88,5% (23/26) là cao nhất, thứ hai là Neisseria SP chiếm tỷ lệ 53,8%, thứ ba là tụ cầu chiếm tỷ lệ 46,2%, thấp nhất là N.Flavescens chiếm 3,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Liên cầu chủ yếu gặp Streptococcus Salivarius và Strep. Pneumoniae tụ cầu chủ yếu gặp Staphy. Aureus

3.4 Số chủng vi khuẩn thường gặp ở Biofilm trên một mẫu bệnh phẩm

Bảng 3.2: Tỷ lệ số chủng vi khuẩn gặp trong 1 mẫu bệnh phẩm

Số chủng vi khuẩn trong mẫu bệnh phẩm có Biofilm	n	%
1 chủng	1	3,8
2 chủng	12	46,8
3 chủng	10	38,5
4 chủng	3	11,5
n	26	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ gặp 2 chủng vi khuẩn trong 1 mẫu bệnh phẩm chiếm tỷ lệ cao nhất là 46,8%, gặp 3 chủng chiếm tỷ lệ 38,5% cao hơn so với gặp 1 chủng và 3 chủng với tỷ lệ tương ứng là 3,8% và 11,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Streptococcus chỉ có mặt ở bệnh phẩm có từ 2 chủng trở lên, Staphylococcus là vi khuẩn duy nhất có trong 1 mẫu bệnh phẩm.

IV. BÀN LUẬN

Giới gặp ở nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ = 1,9/1. Tuổi gặp chủ yếu ở nhóm tuổi trên 6 tuổi chiếm tỷ lệ 66,0%

Tỷ lệ gặp Biofilm trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu chiếm 42,6% (biểu đồ 3.1), tỷ lệ trong nghiên cứu này thấp hơn nghiên cứu của Kania RE năm 2008 có kết quả Biofilm chiếm 54,0% trong số mẫu VA nghiên cứu [2]. Tỷ lệ nghiên cứu này thấp hơn vì nghiên cứu của Kania RE nghiên cứu trên 39 bệnh nhân kết hợp với phương pháp nhuộm màu, còn nghiên cứu này thực hiện trên 61 bệnh nhân và không ứng dụng phương pháp nhuộm màu.

Trong kết quả nghiên cứu quan sát trên kính hiển vi điện tử thấy Biofilm có thường gặp ở những hốc nhỏ hoặc ở rãnh trên bề mặt của

niêm mạc VA tương tự như kết quả nghiên cứu của Kania RE và Brook [2]. Trên hình 3.1 B, C và D ta thấy Biofilm có thể tập trung thành một vùng rộng trong một hốc trên bề mặt VA, có thể lan rộng ra xung quanh như hình 3.1.B; Biofilm cũng có thể tạo thành những khối nhỏ nằm rải rác ở trên bề mặt các khe riêng rẽ (hình 3.1.C); hoặc nó cũng có thể tạo thành một chuỗi rất nhỏ gồm vài vi khuẩn liên kết với nhau tạo thành từng Biofilm rất nhỏ nằm rải rác trên bề mặt niêm mạc (hình 3.1.D). Những Biofilm nhỏ nằm rải rác này có xu hướng kết hợp với nhau tạo thành những Biofilm lớn hơn rồi lại tiếp tục kết hợp để tạo thành những khối Biofilm hoàn chỉnh [2,3,4].

Vi khuẩn quan sát thấy trong Biofilm có các hình dạng khác nhau hình cầu (hình 3.2.B), hình giống que (hình 3.2.A), có nhiều hình dạng vi khuẩn khác nhau kết hợp trong một khối Biofilm (hình 3.2.C và D). Trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ gặp một mẫu duy nhất chỉ có 1 dạng hình cầu, đó là cầu khuẩn có lẽ là Staph. Aureus (hình 3.2.B), vì chỉ có một mẫu nghiên cứu duy nhất khi nuôi cấy vi khuẩn chỉ có một chủng đó là Staphy. Aureus, còn thường gặp có nhiều hình dạng vi khuẩn trong một mẫu nghiên cứu.

Số chủng vi khuẩn gặp trong Biofilm trong 1 mẫu nghiên cứu có thể gặp từ 1 đến 4 chủng, có thể gặp cả Staphylococcus và Streptococcus trên cùng một Biofilm, đặc biệt thường gặp 2 loại Streptococcus trên cùng một mẫu Biofilm là: Strep. Pneumoniae với Strep. Salivarius hoặc Strep. Salivarius với Strep. Viridans.

Chủng vi khuẩn gặp trong nghiên cứu gồm: Streptococcus (23/26), Neisseria SP (14/26), Staphylococcus (12/26), H.Influenzae (9/26) (bảng 3.1) là những chủng gặp nhiều nhất. Những chủng vi khuẩn khác có tỷ lệ ít gặp hơn là: Moraxella, Corynebacterium SP, N.Flavescens. Trong nghiên cứu này thường thấy sự có mặt của ít nhất 1 trong 4 chủng vi khuẩn: Streptococcus, Neisseria SP, Staphylococcus, H.Influenzae ở tất cả các mẫu nghiên cứu có Biofilm.

Xác định vi khuẩn có mặt trong mẫu bệnh phẩm VA bao gồm cả vi khuẩn Gram – và Gram + và đặc biệt là các bào tử nó chứng minh rằng có sự đề kháng mạnh mẽ với kháng sinh và cơ chế bảo vệ của cơ thể. Vi khuẩn phát hiện trong những mẫu bệnh phẩm này không đại diện về cơ chế sinh bệnh học vi khuẩn của đường hô hấp trên [2]. Sự có mặt của các vi khuẩn khác nhau trong các mẫu bệnh phẩm chứng tỏ rằng các chủng vi khuẩn có thể kết hợp với nhau thành

một quần thể vi khuẩn và tạo nên Biofilm. Nhưng những vi khuẩn xác định có trong Biofilm thì cũng có thể gặp ở những trẻ bình thường [2]. Một số tác nhân không gây bệnh này thường tạo thành một chủng vi khuẩn riêng biệt khu trú ở họng mũi và VA ở những trẻ không có bất kỳ triệu chứng gì [6]. Có thể sự có mặt của cộng đồng vi khuẩn trong Biofilm đóng vai trò quan trọng trong sinh bệnh học vi khuẩn ở đường hô hấp trên và hô hấp dưới trong vai trò ngăn chặn sự xâm nhập ngoại sinh [7]. Tuy nhiên Biofilm là một thực thể sống, có thể sát nhập các khối nhỏ thành một khối hoàn chỉnh, chứa các tác nhân gây bệnh rất nhanh khi có điều kiện thuận lợi. Từ đó có thể cho rằng các thành phần tạo nên những đám vi khuẩn trên VA có thể gây viêm tai giữa khác nhau giữa từng cá thể bởi mức độ và khả năng tác động của một số vi khuẩn vào nguyên nhân gây bệnh tiềm tàng [2]. Do vậy sự có mặt của một số vi khuẩn có tác động tiềm tàng có thể là một cơ chế quan trọng ngăn chặn viêm tai giữa cấp tái phát và nhiễm trùng đường hô hấp trên [2,6], đặc tính của quần thể vi khuẩn trên VA có thể làm sáng tỏ sinh bệnh học của viêm tai giữa cấp tái phát và viêm tai giữa mạn.

V. KẾT LUẬN

- Nhóm tuổi > 6 chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu này
- Tỷ lệ nam/nữ = 1,9/1.

- Tỷ lệ có Biofilm trong VA chiếm 42,6%.
- Số chủng vi khuẩn thường gặp trong Biofilm ≥ hai chủng.
- Vi khuẩn thường gặp nhất trong biofilm là: *Streptococcus*, *Neisseria SP*, *Staphylococcus*, *H.Influenzae*.
- Các chủng vi khuẩn gặp trong Biofilm: *Streptococcus*, *Neisseria SP*, *Staphylococcus*, *H.Influenzae*, *Moraxella*, *Corynebacterium SP*, *N.Flaveceus*

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stewart PS, Costerton JW (2001), Antibiotic resistance of bacteria in biofilm. *Lancet* 358, p. 135-138.
2. Kania RE et.al (2008), Characterization of mucosal biofilms on human adenoid tissues, *Laryngoscope*, Lippincott William & Wilkins, Vol 118, p.128-133.
3. Post JC, Shah K, Jackson W, (2004), The role of biofilms in otolaryngologic infections, *Curr Opin Otolaryngol Head and Neck Surg*, Vol 12, p. 185-190.
4. Kania RE, Lamers GM et.al (2007), Demonstration of bacteria cells and Glycocalyx in biofilms of human tonsils, *Arch Otolaryngol Head and Neck Surg*, Vol 133, p. 115-121.
5. Zuliani G, Ardito F et.al (2006), Identification of adenoid biofilms in chronic rhinosinusitis, *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, Vol 70, p. 1613-1617.
6. Parsek MR, Singh PK (2003), bacterial Biofilms: an emerging link to disease pathogenesis. *Annu Rev Microbiol*, Vol 57, p.677-701.
7. Markowiak PA (1982), The normal microbial flora, *N Engl J Med*, Vol 307, p. 83-93.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA SẢN PHỤ CHUYỂN DẠ ĐỀ NON TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG TRONG HAI GIAI ĐOẠN 2011 VÀ 2016

Nguyễn Thị Hồng Gấm*, Phạm Thị Thanh Hiền*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ chuyển dạ đẻ non tại bệnh viện Phụ sản trung ương trong hai giai đoạn 2011 và 2016. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả dựa trên hồ sơ của 600 bệnh nhân chuyển dạ đẻ non tại bệnh viện Phụ sản trung ương năm 2011 và năm 2016. Kết quả: Dấu hiệu đau bụng chiếm tỷ lệ lớn nhất ở cả 2 năm 2011 và 2016 lần lượt là 65,7% và 67,3% khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Phần

lớn các bệnh nhân vào viện đều có cơn co tử cung, tỷ lệ có tần số cơn co tử cung > 3 của 2 năm khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tỷ lệ bệnh nhân có độ mở cổ tử cung (CTC) ≥ 3 cm của 2 năm khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tỷ lệ phần trăm bệnh nhân có CRP ≥ 6 mg/l của 2 năm lần lượt là 61,8% và 58,9%, khác biệt giữa 2 năm không có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: đẻ non, chuyển dạ

SUMMARY

THE CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF PRETERM LABORERS AT VIETNAM NATIONAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2011 AND 2016

Objectives: To describe the clinical and laboratory characteristics of preterm laborers at Vietnam National obstetrics and gynecology hospital in

*Bệnh viện Phụ sản trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Gấm

Email: Nguyenhonggam176@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.11.2017

Ngày duyệt bài: 15.11.2017

2011 and 2016. Subjects and methods: Retrospective-descriptive study of the 600 preterm laborers at Vietnam National obstetrics and gynecology hospital in 2011 and 2016. Results: The proportion of abdominal pain symptom is highest in 2011 and 2016, respective 65.7% and 67.6%, the difference was statistically significant with $p < 0.05$. The majority of patients who admitted to hospital had uterine contractions, the proportion of having uterine contraction > 3 of 2 years was statistically significantly different ($p < 0.001$). The proportion of patients who had incidence of cervical dilatation (CTC) ≥ 3 cm in 2 years was statistically significant at $p < 0.001$. The percentage of patients with $CRP \geq 6$ mg/l of 2 years was respective 61.8% and 58.9%, and the difference between the two years was not statistically significant.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đẻ đẻ non và đẻ non hiện nay vẫn luôn là một trong những mối quan tâm hàng đầu trong công tác chăm sóc sản khoa. Đẻ đẻ non hiện nay chiếm khoảng 6 – 10% tổng số thai nghén trên thế giới và là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong sơ sinh. Theo một nghiên cứu tại Mỹ, trong số bệnh tật và tử vong sơ sinh có đến 75% số trường hợp liên quan đến đẻ non. Sự gia tăng tỉ lệ đẻ non về nhiều mặt có liên quan đến việc làm giảm sự phát triển và tăng tỷ lệ tử vong chu sinh [1]. Tỷ lệ đẻ non ở Việt Nam hiện nay vào khoảng từ 6.5% - 10% [2],[3]. Hiện nay với sự tiến bộ của y học chúng ta đã có thể nuôi sống những trẻ có trọng lượng và tuổi thai khá nhỏ song để thực hiện được điều đó đã tốn rất nhiều công sức, nhân lực, tài chính, đồng thời tỷ lệ mắc bệnh của những trẻ đó khi lớn lên còn khá cao. Do vậy, hạn chế tỷ lệ đẻ non luôn là mục đích của y học nhằm cho ra đời những trẻ có thể chất khỏe mạnh, thông minh.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của bệnh nhân

Đẻ non	2011		2016	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Tuổi mẹ				
Tuổi mẹ: < 20	5	1,7	6	2
20 – 25	99	33	78	26
26 – 30	93	31	101	33,7
31 – 35	65	21,7	64	21,3
> 35	38	12,6	51	17
Nơi ở:				
Thành thị	194	64,7	161	53,7
Nông thôn	106	35,3	139	46,3
Tuần thai:				
Tuần 22 - 26	10	3,3	7	2,3
Tuần 27 - 32	84	28,0	73	24,3
Tuần 33 - 37	206	68,7	220	73,4

Bảng 1 cho thấy, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất năm 2011 là từ 20 – 25 tuổi chiếm 33%, năm 2016 là từ 26 – 30 tuổi chiếm 33,7%. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất trong 2 năm 2011 và 2016 đều < 20 tuổi là 1,7% và 2%. Tỷ lệ đẻ non mà mẹ sống ở nông thôn trong 2 năm 2011 và 2016

Ngày nay, sự thay đổi về các điều kiện kinh tế - văn hóa – xã hội, môi trường sống đã làm thay đổi mô hình dân số, mô hình bệnh tật và tử vong trong đó đẻ non cũng không là một ngoại lệ. Bệnh viện Phụ sản Trung ương là bệnh viện đầu ngành về Sản khoa nói chung và về việc điều trị và chăm sóc người bệnh đẻ non nói riêng. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của sản phụ chuyển dạ đẻ non trong hai giai đoạn 2011 và 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu: Các hồ sơ chuyển dạ đẻ non trong hai giai đoạn 01/01/2011 – 31/12/2016 và 01/01/2016 – 31/12/2016.

- Địa điểm: Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

- Cỡ mẫu: Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \cdot \frac{p(1-p)}{d^2}}$$
 Tỷ lệ sinh non theo nghiên cứu trước đó là 0,1 [2]. Thay vào công thức ta có $n=282$. Số hồ sơ thực tế lấy được là: 300 hồ sơ năm 2011 và 300 hồ sơ năm 2016

- Công cụ và kĩ thuật thu thập số liệu: Thu thập số liệu bằng mẫu bệnh án nghiên cứu. Các bệnh án được lựa chọn theo tiêu chuẩn: đẻ non từ 22 đến 37 tuần, có các dấu hiệu khi vào viện: đau bụng, ra máu ra dịch âm đạo, xóa mờ CTC.

- Hình thức thu thập số liệu: trích lục bệnh án.

- Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch trước khi tiến hành nhập, được nhập liệu và xử lý bằng phần mềm Stata 13.

chiếm tỷ lệ 64,7% và 53,7%, mẹ sống ở thành thị chiếm tỷ lệ thấp hơn là 35,3% và 46,3%. Đẻ non ở tuổi thai từ 22 – 26 tuần trong 2 năm 2011 và 2016 chiếm tỷ lệ thấp nhất là 3,3% và 2,3%. Đẻ non ở nhóm tuổi thai từ 33- 37 tuần trong 2 năm 2011 và 2016 chiếm tỷ lệ cao nhất là 66,8% và 73,4%.

2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân khi vào viện

Bảng 2: Các dấu hiệu cơ năng của bệnh nhân khi vào viện

Dấu hiệu	2011		2016		P
	N	%	N	%	
Đau bụng	137	45,7	112	37,3	0,04
Ra máu âm đạo	25	8,3	6	2,0	<0,001
Ra dịch âm đạo	24	8,0	45	15,0	0,01
Đau bụng kèm ra máu/dịch âm đạo	114	38,0	137	45,7	0,06

Kết quả ở bảng 2 cho thấy dấu hiệu đau bụng chiếm tỷ lệ lớn nhất là 65,7% năm 2011 và 67,3% năm 2016. Năm 2011 số bệnh nhân ra máu âm đạo khi vào viện là 32,3%, ra dịch âm đạo là 28%. Năm 2016 tỷ lệ này là 32% và 35%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3: Cơ co tử cung của bệnh nhân khi vào viện

Cơ co tử cung	2011		2016		P
	n	%	n	%	
Không có	45	15,0	32	10,7	0,11
Tần số 1-2	196	65,3	169	60,7	0,02
Tần số ≥ 3	59	19,7	98	28,6	<0,001
Tổng	300	100	300	100	

Theo bảng 3, tỷ lệ bệnh nhân không có cơn co TC của 2 năm là 15,0% và 10,7%. Số bệnh nhân có cơn co tử cung với tần số ≥ 3 cơn co trong 10 phút chiếm tỷ lệ 19,7% và 28,6% trong 2 năm 2011 và 2016; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 4: Độ mở cổ tử cung khi bệnh nhân vào viện

	2011		2016		P
	n	%	n	%	
Đóng	68	22,7	59	19,7	0,37
1-2 cm	183	61,0	149	57,7	0,05
≥ 3 cm	49	16,3	92	22,6	<0,001
Tổng	300	100	300	100	

Ở bảng 4, năm 2011 tỷ lệ bệnh nhân có CTC đóng khi vào viện là 22,7% và năm 2016 là 19,7%. Bệnh nhân có CTC mở 1-2 cm chiếm tỷ lệ cao nhất trong cả 2 năm với 61,0% năm 2011 và 57,7% năm 2016.

Bảng 5: Đặc điểm về CRP của bệnh nhân khi vào viện

CRP	Năm	2011		2016		P
		N	Tỷ lệ (%)	N	Tỷ lệ (%)	
≥ 6 mg/l		76	61,8	80	58,9	0,63
< 6 mg/l		47	38,2	56	41,1	
Tổng		123	100	136	100	

Bảng 5 cho kết quả, nhóm có CRP ≥ 6 mg/l chiếm tỷ lệ cao và khác nhau giữa 2 năm, cụ thể 61,8% năm 2011, 58,9% năm 2016. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Về đặc điểm tuổi mẹ chúng tôi thấy qua hai năm 2011 và 2016 tỷ lệ đẻ non ở các nhóm tuổi mẹ là tương tự nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Điều này cho phép khẳng định lứa tuổi từ 20 – 35 chiếm phần lớn trong đẻ non. Thực tế số lượng sản phụ vào đẻ ở độ tuổi này cao hơn nhiều so với độ tuổi khác tỷ lệ chuyển dạ đẻ non cũng gặp nhiều hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không nêu được các nguy cơ về tuổi mẹ dẫn tới chuyển dạ đẻ non. Hầu hết

các tác giả nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ dẫn đến đẻ non đều công nhận rằng nguy cơ đẻ non tăng lên ở những bà mẹ dưới 20 tuổi hoặc trên 35 tuổi.

Theo bảng 1 trong bảng nghiên cứu của chúng tôi thì tuổi thai từ 33–37 tuần trong 2 năm 2011 và 2016 chiếm tỷ lệ cao nhất là 68,7% và 73,4%. Việc phân loại theo tuổi thai như trên là cần thiết vì nó liên quan mật thiết với tỷ lệ bệnh tật và tử vong của sơ sinh sau đẻ. Kết quả nghiên cứu đưa ra kết luận là tỷ lệ đẻ non tăng dần theo tuổi thai. Kết quả nghiên cứu của

chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Trần Quang Hiệp, Trần Thị Tuất, Mai Trọng Dũng [4]. Trong quá trình phát triển của thai nghén, càng về cuối thai kỳ càng có sự thay đổi mạnh mẽ về một số yếu tố bên trong cơ thể mẹ như có sự tăng dần của oxytocin receptor, sự tăng dần của PG, sự giảm dần của progesteron,... [5], điều này làm cho đáp ứng của cơ tử cung với oxytocin tăng lên và ngày càng dễ phát sinh chuyển dạ. Mặt khác, một số bệnh có nguy cơ đẻ non như rau tiền đạo, rau bong non, tiền sản giật,... lại xuất hiện vào ba tháng cuối thời kỳ thai nghén với tần suất cao nên tỷ lệ đẻ non càng cao.

2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân. Kết quả tại bảng 2 cho thấy chủ yếu các bệnh nhân vào viện với triệu chứng đau bụng chiếm 65,7% năm 2011 và 67,3% năm 2016, những bệnh nhân vào viện với các triệu chứng đau bụng và ra máu hoặc ra dịch chiếm 48% vào năm 2011 và 2016 là 45,7%, còn lại là các bệnh nhân vào viện vì lí do ra máu hoặc ra dịch âm đạo. Bệnh nhân của chúng tôi bao gồm cả những bệnh nhân chuyển đẻ non đã điều trị tại viện, vào viện khi chỉ có dấu hiệu dọa đẻ non. Còn theo nghiên cứu của Bùi Thị Thúy chỉ chọn những bệnh nhân vào viện khi đã chuyển dạ.

Độ xóa mở CTC của các bệnh nhân của chúng tôi cũng có sự tương đồng với các nghiên cứu tương tự trong nước [6],[7]. Tuy nhiên khi so sánh với các tác giả nước ngoài thì tỷ lệ những bệnh nhân được điều trị nhằm kéo dài tuổi thai khi cổ tử cung $\geq 3\text{cm}$ trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn khá thấp. Trong nghiên cứu của Ulter về chẩn đoán dọa đẻ non và hiệu quả điều trị dọa đẻ non bằng ritodrine, tác giả nhận thấy rằng có rất nhiều trường hợp được điều trị khi cổ tử cung đã mở $\geq 3\text{cm}$ có kết quả, có đến 58,3% trì hoãn được cuộc đẻ sau 48 giờ, 52,8% trì hoãn được cuộc đẻ sau một tuần và 16,7% kéo dài tuổi thai đến đủ tháng. Sự không thống nhất về kết quả nghiên cứu của chúng tôi khi so sánh với các tác giả và giữa các tác giả khác với nhau cho thấy tiêu chuẩn chẩn đoán đẻ non và việc lựa chọn bệnh nhân để ức chế chuyển dạ cần được nghiên cứu thêm nữa.

Trong 2 năm 2011 và 2016 có 123 và 136 bệnh nhân đẻ non trong nghiên cứu của chúng tôi được làm xét nghiệm CRP, hầu hết những bệnh nhân này có biểu hiện ra máu, ra nước âm

đạo hoặc sốt. Tỷ lệ CRP $\geq 6\text{mg/l}$ là 61,8% và 58,9%. Kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả của Mai Trọng Dũng là 50,7% và Nguyễn Thị Thu Phương là 37,5% [6]. CRP là một loại protein (C- reactive protein) do cơ thể mẹ chế tiết. Khi nồng độ CRP tăng cao chứng tỏ có phản ứng viêm trong cơ thể. Hậu quả của phản ứng viêm là tăng cao của PG. Dù không mang tính đặc hiệu cho chẩn đoán dọa đẻ non, đẻ non nhưng sự hiện diện của CRP cao giúp chúng ta tiên lượng nguy cơ đẻ non. Theo chúng tôi CRP cần được thực hiện ở tất cả các bệnh nhân điều trị dọa đẻ non, đẻ non.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đẻ non tăng dần theo tuổi thai, tỷ lệ đẻ non ở nhóm tuần thai 33-37 tuần trong hai năm 2011 và 2016 là 68,7% và 73,4%.

Thai phụ làm ruộng có nguy cơ đẻ non cao hơn thai phụ là cán bộ, công chức.

Tỷ lệ kéo dài tuổi thai năm 2016 cao hơn năm 2011. Trong hai năm 2011 và 2016 số thai phụ điều trị dọa đẻ non kéo dài tuổi thai trên 48h là 85,4% và 88,1%, trên một tuần là 44,3% và 50,7%, trên bốn tuần là 6,3% và 15,1%.

Tỷ lệ CRP $\geq 6\text{mg/l}$ trong 2 năm 2011 và 2016 là 61,8% và 58,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Quang Anh (2000)**, "Đặc điểm trẻ sơ sinh thiếu tháng", Bài giảng nhi khoa tập 1, Trường Đại học Y Hà Nội, tr 130 – 138.
2. **Bệnh viện phụ sản Trung Ương (2002)**, "Phác đồ điều trị", Tài liệu lưu hành nội bộ Bệnh viện Phụ sản Trung Ương.
3. **Bộ Y Tế (2003)**, "Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản", Hà Nội, tr 127 – 128.
4. **Mai Trọng Dũng (2004)**, "Nghiên cứu tình hình đẻ non tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ tháng 1 năm 2003 đến tháng 8 năm 2004", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, trường đại học Y Hà Nội.
5. **Trần Quang Hiệp (2001)**, "Nhận xét về tình hình đẻ non tại Viện bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh trong ba năm 1998 – 2000", Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ Y học, trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Charles J Lockwood (1995)**, "The diagnosis of preterm labor and the predict of preterm delivery", Clin Obstet gynaecol 1995 Dec, 38(4): 675 – 687.
7. **Copper RL, Goldberg RL, Creasy RK, DuBard MB, Davis RO, Entman SS, Iams JD, Cliver SP (1993)**, "A multicenter study of preterm birth weight and gestational age – specific neonatal mortality", Am J Obstet Gynecol, vol 168, pg 78 - 84.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U NANG BUỒNG TRỨNG Ở TRẺ EM

Trần Ngọc Sơn*, Trần Xuân Nam**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính khả thi, an toàn và hiệu quả của phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị u nang buồng trứng lành tính (UNBTLT) ở trẻ em. **Phương pháp:** Hồi cứu các bệnh nhi với chẩn đoán UNBTLT được PTNS từ tháng 1/2010 tới tháng 12/2015 tại bệnh viện Nhi Trung Ương. **Kết quả:** Có 45 bệnh nhi thuộc diện nghiên cứu với tuổi trung vị là 3 tuổi (1 tháng - 15 tuổi). Đường kính trung vị của UNBTLT là 6 cm (2,9cm-15cm). Bản chất mô bệnh học: u quái trưởng thành ở 28 trẻ, nang thanh dịch ở 13 trẻ và u nang bì ở 4 trẻ. Phẫu thuật nội soi 1 trocar hỗ trợ được sử dụng nhiều nhất (86,7%). Bảo tồn nhu mô buồng trứng đạt được ở 40 trẻ (88,9%). Thời gian mổ trung bình: $52,56 \pm 18,76$ phút (30-120 phút). Không có biến chứng trong và sau mổ, không trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Thời gian nằm viện trung bình: $2,24 \pm 1,15$ ngày (1 - 6 ngày). Với gian theo dõi từ 1-50 tháng có 2 trường hợp tái phát sau mổ cắt u bảo tồn buồng trứng, đã được mổ lại nội soi 3 trocar cắt toàn bộ buồng trứng cho kết quả tốt. Kết quả thẩm mỹ là rất tốt. **Kết luận:** PTNS là khả thi, an toàn, hiệu quả và có tính thẩm mỹ cao trong điều trị UNBTLT ở trẻ em.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, u nang buồng trứng lành tính, trẻ em.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC SURGERY FOR BENIGN OVARIAN CYSTIC TUMOR IN CHILDREN

Objective: The aim of this study is to investigate the feasibility, safety and effectiveness of laparoscopic surgery for benign ovarian cyst tumor in children.

Methods: Medical record of all patients with diagnosis benign ovarian cystic tumor underwent laparoscopic surgery at VietNam National Hospital of Pediatric from Jan, 2010 to Dec 2015 were reviewed. **Results:** 45 patients were identified, with median age of 3 years (ranged from 1 month to 15 years). The median size of the cyst was 6.0 cm (ranged from 2.9 cm to 15 cm). In 28 cases of cyst was mature teratoma, in 13-simple cyst and in 4-dermoid cyst. Single trocar laparoscopic - assisted surgery was performed in 86.7% of cases. Ovarian tissue sparing was achieved in 40 cases (88.9%). The mean operative time was 52.56 ± 18.76 minutes (ranged 30-120 minutes). There was no conversion and intra- or postoperative complications. The mean postoperative hospital stay

was 2.24 ± 1.15 days (ranged 1-6 days). At the follow up 1 - 50 months, two patients had recurrence after ovarian tissue sparing surgery, which underwent laparoscopic oophorectomy with good results. The rest of patients were in good health. The post-operative comesis was excellent. **Conclusion:** Laparoscopic surgery is highly feasible, safe, effective, with excellent comesis in management of benign ovarian cystic tumor in children.

Keywords: Laparoscopic surgery, benign ovarian cystic tumor, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nang buồng trứng (UNBT) là một khối choán chỗ ở buồng trứng (BT), với hình ảnh đặc trưng là một khối nang dịch, vỏ mỏng, nằm tách biệt với nhu mô của buồng trứng và hầu hết có tính chất lành tính [3]. Khối choán chỗ ở BT nói chung ít gặp ở trẻ em. Lindford đưa ra tổng kết dựa trên một nghiên cứu lớn cho thấy tỉ lệ khối choán chỗ ở BT là 2,6 ca /100.000 trường hợp với những trẻ dưới 15 tuổi [3]. Ước tính có tới hơn 90% UNBT là lành tính [5],

Hiện nay, thái độ xử trí đối với u nang buồng trứng lành tính (UNBTLT) có nhiều thay đổi. Nếu trước kia, chủ yếu cắt toàn bộ BT, thì hiện nay xu hướng điều trị là cắt u bảo tồn BT [3]. Theo Williamson M [2], cắt u bảo tồn BT sẽ tăng khả năng bảo tồn sinh sản cho bệnh nhân. Kinh điển, điều trị UNBTLT dựa vào mổ mở. Gần đây, phẫu thuật nội soi (PTNS) đã được ứng dụng rộng rãi với UNBT ở người lớn và sau đó là cả ở trẻ em [1]. PTNS có ưu thế vượt trội soi với mổ mở kinh điển: thời gian mổ ngắn hơn, sẹo mổ thẩm mỹ hơn, nằm viện ngắn hơn và bệnh nhân hồi phục nhanh hơn. Do vậy, dần dần trên thế giới, PTNS trở thành một phương pháp được nhiều phẫu thuật viên lựa chọn thay thế phẫu thuật mổ mở kinh điển trong điều trị UNBTLT. Tại Việt Nam còn có ít các nghiên cứu về vấn đề này. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị UNBTLT bằng PTNS.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi hồi cứu lại 45 bệnh nhân UNBT được phẫu thuật nội soi theo diện phẫu thuật có kế hoạch (mổ phiến) và có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là lành tính từ tháng 1/2010 tới tháng 12/2015 tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. Tiến hành gây mê nội khí quản với toàn bộ bệnh

*Bệnh viện Saint Paul

**Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Sơn

Email: drtranson@yahoo.com

Ngày nhận bài: 17.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 6.11.2017

Ngày duyệt bài: 20.11.2017

nhân. Kỹ thuật PTNS bao gồm nội soi 1 trocar hỗ trợ qua rốn và nội soi 3 trocar. Với PTNS 1 trocar hỗ trợ qua rốn, thành nang buồng trứng được đưa qua lỗ rốn và tại đây dịch trong nang được hút ra ngoài. Có thể làm nhỏ nang bằng 1 kim chọc hút qua thành bụng dưới quan sát của camera nội soi. Sau đó nang được đưa ra ngoài qua đường rạch ở rốn (có thể mở rộng khi cần). Tiến hành cắt nang, bảo tồn nhu mô lành của BT hoặc cắt toàn bộ BT. Trong trường hợp cuống BT ngắn, không thể đưa u nang ra tới rốn, sử dụng đường rạch ngang tối thiểu trên xương mu, đưa u nang ra và cắt như đã mô tả. Với phương pháp PTNS 3 trocar: cắt toàn bộ BT (hoặc cắt u bảo tồn BT) hoàn toàn trong ổ bụng hoặc đưa ra ngoài ổ bụng như PTNS 1 trocar hỗ trợ.

III. KẾT QUẢ

Tổng số 45 bệnh nhân với tuổi trung vị là 3 tuổi (từ 1 tháng - 15 tuổi). Dấu hiệu hay gặp nhất làm bệnh nhân được đưa đến khám là đau bụng âm ỉ (66,7%). Khi khám lâm sàng triệu chứng rất nghèo nàn với phần lớn các trường hợp không có triệu chứng (56,7%). 33/45 bệnh nhân được làm AFP trước mổ và toàn bộ số này có kết quả nằm trong ngưỡng bình thường theo độ tuổi. Đường kính trung vị của u nang là 6cm (từ 2,9%-15cm) (đo qua siêu âm). PTNS 1 trocar hỗ trợ qua rốn sử dụng nhiều nhất (86,7%) và không có trường hợp nào chuyển mổ mở.

Bảng 1: Liên quan giữa phương pháp và cách thức phẫu thuật (n = 45)

Phương pháp PT	PTNS1 trocar hỗ trợ	PTNS 3 trocar	N (%)
Cách thức PT			
Cắt u bảo tồn buồng trứng	36	4	40 (88,9%)
Cắt toàn bộ buồng trứng	3	2	5 (11,1%)
N (%)	39 (86,7)	6 (13,3)	45 (100)

Nhận xét: mổ cắt u bảo tồn buồng trứng đạt trong 88,9% các trường hợp. Nhóm PTNS 1 trocar hỗ trợ có tỉ lệ mổ cắt u bảo tồn buồng trứng (92,3%) cao hơn nhóm PTNS 3 trocar (66,7%).

Bảng 2. So sánh giữa phẫu thuật nội soi 1 trocar hỗ trợ và phẫu thuật nội soi 3 trocar

Các phương pháp PTNS	Thời gian mổ (phút)	Thời gian nằm viện (ngày)
PTNS 1 trocar (n= 39)	50,90 ± 18,02	2,03 ± 0,96
PTNS 3 trocar	63,33 ± 21,60	3,67 ± 1,37

(n= 6)		
--------	--	--

Nhận xét: Ở nhóm bệnh nhân được điều trị bằng PTNS 1 trocar hỗ trợ có thời gian mổ và thời gian nằm viện ngắn hơn nhóm được điều trị bằng PTNS 3 trocar. Có 64,4% bệnh nhân được chọc hút dịch trong nang trước khi cắt và mở rộng vết mổ tại rốn được thực hiện trong 44,4% bệnh nhân. 15,6% số bệnh nhân được sử dụng đường mổ hỗ trợ ở đường Pfannenstiel để đưa buồng trứng ra ngoài.

Kết quả phẫu thuật: Thời gian mổ trung bình: 52,56 ± 18,76 (phút). Thời gian phục hồi lưu thông tiêu hóa: 75,6% có trung tiện trong ngày đầu sau mổ. Không ghi nhận tai biến nào trong mổ và biến chứng sau mổ. Thời gian nằm viện sau mổ: 2,24 ± 1,15 (ngày)

Bảng 3: Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ (n=45)

Kết quả giải phẫu bệnh	N	%
U nang bì	4	8,9
U nang thanh dịch	13	28,9
U quái trưởng thành	28	62,2

Nhận xét: U quái trưởng thành hay gặp nhất trong nhóm bệnh nhân UNBTLT. Toàn bộ bệnh nhân sau mổ được theo dõi với thời gian từ 1- 5 năm. Phát hiện 2 bệnh nhân bị tái phát u tại thời điểm 12 và 24 tháng sau mổ (cả 2 đều là u quái trưởng thành và đều đã được mổ cắt u bảo tồn buồng trứng). 2 bệnh nhân này đã được mổ lại cắt toàn bộ buồng trứng, theo dõi tới thời điểm hiện tại chưa phát hiện tái phát u.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật kinh điển điều trị UNBTLT là mổ mở. Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi đã dần dần thay thế và đem lại nhiều ưu điểm vượt trội không chỉ ở người lớn mà cả ở trẻ em [1]. Nội soi chỉ định trong trường hợp chẩn đoán trước mổ là UNBTLT. Khi chẩn đoán nghi ngờ khối u có tính chất ác tính nhiều tác giả khuyến cáo nên mổ mở nhằm tránh vỡ u, thăm dò các tạng khác rộng rãi trong mổ, tiến hành nạo vét hạch nếu nghi ngờ đã di căn hạch và xử lý tổn thương triệt để. Toàn bộ bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được PTNS và không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở.

Bảng 4. So sánh kết quả giữa các nghiên cứu

Nghiên cứu	Thời gian mổ (phút)	Thời gian nằm viện (ngày)
Wang Liu H [7] (n = 34) (mổ mở)	79,73 ± 4,59	6,93 ± 0,24
Wang Liu H [7] (n = 117)	60,46 ±	3,78 ±

(mổ nội soi 3 trocar)	3.11	0.16
Pontarelli [6] (n=6) (mổ nội soi 1 đường rạch)	75	1,54
Lee HM [4] (n= 15) (mổ nội soi 1 port qua rốn)	134	~3
Chúng tôi (n=40)(mổ nội soi 1 trocar hỗ trợ qua rốn)	50,90 ± 18,02	2,03 ± 0,96

Từ bảng 4 cho thấy hầu hết thời gian mổ và thời gian nằm viện của các nhóm bệnh nhân được PTNS có kết quả vượt trội hơn so với nhóm mổ mở. Lí giải điều này do PTNS tiếp cận đánh giá nhanh tổn thương, ít sang chấn, giảm đau sau mổ tốt, hồi phục lưu thông tiêu hóa sớm (75,6% có trung tiện trong ngày đầu- nghiên cứu của chúng tôi) bệnh nhân ăn được đường miệng và ra viện sớm. Trong nhóm PTNS, kết quả nghiên cứu của chúng tôi là tương đương thậm chí tốt hơn các nghiên cứu của tác giả khác (bệnh nhân nhóm nghiên cứu chúng tôi có thời gian mổ và thời gian nằm viện sau mổ ngắn hơn). Điều đó cho thấy kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi là chấp nhận được so với mặt bằng chung trên thế giới.

Từ bảng 2 và bảng 4 có thể thấy ở nhóm bệnh nhân được điều trị PTNS 1 trocar hỗ trợ có thời gian mổ và thời gian nằm viện ngắn hơn so với nhóm bệnh nhân được điều trị bằng PTNS 3 trocar. Lí giải cho sự khác biệt này là kỹ thuật nội soi 1 trocar hỗ trợ cắt u nang buồng trứng lành tính thuận lợi hơn hẳn so với phẫu thuật hoàn toàn cắt nang trong ổ bụng vì điều kiện thao tác bóc nang được thực hiện hoàn toàn bên ngoài giống như mổ mở. Đặc điểm ở trẻ em là thành bụng mỏng và khoang bụng nhỏ hơn so với người lớn, các tạng di động dễ và dễ dàng đưa ra ngoài ổ bụng hơn là một ưu thế để thực hiện PTNS 1 trocar hỗ trợ ở trẻ em.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân được PTNS 1 trocar hỗ trợ có tỉ lệ mổ bảo tồn nhu mô buồng trứng (92,3%) cao hơn nhóm PTNS 3 trocar (66,7%) (bảng 1). Do vậy có thể nói PTNS 1 trocar hỗ trợ có nhiều ưu điểm hơn so với phương pháp PTNS 3 trocar.

Một đặc điểm nổi trội khác của phẫu thuật nội soi so với mổ mở truyền thống là vấn đề thẩm mỹ. Từ phẫu thuật mở tới PTNS 3 trocar và PTNS chỉ 1 vết mổ tại rốn (1 port, 1 đường rạch, hay 1 trocar hỗ trợ tại rốn) là một bước tiến dài với việc sử dụng rốn là sẹo mổ tự nhiên cho việc đặt trocar sẽ tránh vết mổ nhìn thấy được, từ đó sẽ cho kết quả thẩm mỹ tốt nhất. Lý tưởng nhất cho PTNS 1 trocar cắt UNBTLT là chỉ cần một vết mổ qua rốn. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì điều này khả thi với 34/45 ~ 75,6% các trường

hợp (bao gồm các trường hợp PTNS 1 trocar hỗ trợ và không phải sử dụng thêm đường mổ hỗ trợ). Khi khối u nang quá to không thể đưa qua rốn được sẽ được sử dụng chọc hút dịch trong u (64,4 % các trường hợp) và/hoặc phối hợp mở rộng vết mổ tại rốn (44,4% các trường hợp) nếu cần. Vết mổ lúc này vẫn đảm bảo tính thẩm mỹ hơn là so với mổ mở truyền thống.

Trong nghiên cứu có 15,6% các trường hợp sử dụng đường mổ hỗ trợ là rạch khoảng 2 cm theo đường Pfannenstiel lệch cùng bên để đưa buồng trứng ra ngoài khi cuống buồng trứng quá ngắn không thể đưa qua rốn. Chúng tôi thấy rằng sử dụng đường mổ hỗ trợ trong trường hợp này vẫn cho kết quả thẩm mỹ tốt và khả năng mổ cắt u bảo tồn buồng trứng hơn là chuyển sang phẫu thuật nhiều trocar.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, không ghi nhận trường hợp nào phải chuyển mổ mở (trong nghiên cứu của Wang Liu H [7], tỉ lệ phải chuyển mổ mở là 2/117 trường hợp ~1,7%). Cũng không ghi nhận biến chứng nào sau mổ (nhiễm trùng, chảy máu, viêm phúc mạc...).

Trước kia, điều trị kinh điển của UNBTLT là mổ cắt toàn bộ buồng trứng. Tuy nhiên phương pháp này hiện tại không được nhiều tác giả chấp nhận bởi các khối u buồng trứng chủ yếu lành tính [5], và cắt toàn bộ buồng trứng sẽ làm giảm rõ rệt khả năng sinh sản của bệnh nhân khi bắt đầu bước vào tuổi dậy thì [4], do đó phẫu thuật cắt u bảo tồn buồng trứng được đặt ra là lựa chọn tối ưu [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bảo tồn buồng trứng đạt được trong 88,9% các trường hợp. Tuy nhiên, khi tiến hành cắt u bảo tồn buồng trứng sẽ có nguy cơ làm sót u và làm tăng tỉ lệ tái phát của u sau mổ. Chúng tôi phát hiện 2 trường hợp (2/40 = 5%) bệnh nhân cắt u bảo tồn buồng trứng có tái phát u tại thời điểm 12 và 24 tháng sau mổ. Tỉ lệ tái phát của chúng tôi ở mức chấp nhận được so với nghiên cứu khác trên thế giới. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy với các trường hợp UNBTLT tái phát, PTNS vẫn được sử dụng thành công để cắt bỏ buồng trứng. Như vậy PTNS có tính khả thi an toàn và hiệu quả cho cả UNBTLT tiên phát và tái phát.

V. KẾT LUẬN

Qua 45 bệnh nhân đã được nghiên cứu trong báo cáo của chúng tôi, có thể rút ra kết luận: PTNS là 1 phương pháp khả thi, an toàn, hiệu quả cao và có tính thẩm mỹ trong điều trị UNBTLT ở trẻ em. Đặc biệt với phương pháp PTNS 1 trocar hỗ trợ qua rốn đã đem lại kết quả thẩm mỹ rất tốt với chỉ 1 vết mổ nhỏ tại rốn gần như không còn nhìn thấy sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bertolli M, Mayer JP. (2009), Laparoscopic approach to ovarian mass in children and adolescent: already a standard in therapy, J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 19, 111-115.
2. Chabaud Williamson M (2011), Ovarian-sparing surgery for ovarian teratoma in children, Pediatr Blood cancer 2011 Sep; 57(3): 429-34.
3. Daniel Von Allmen et al (2006), Ovarian tumors, Pediatric Surgery 7th edition (Chapter 39), 529-548.
4. Lee HM, Lee SY. et al (2012), Transumbilical 1-port laparoscopic resection of benign ovarian tumor, J Pediatr Surg, 47(7), 1340-4.
5. Oltmann S.C., Garcia N., Barber R., Huang R., Hicks B. and Fischer A. (2010), Can we preoperatively risk stratify ovarian masses for malignancy, Journal of Pediatric Surgery, 45, 130-134.
6. Pontarelli EM, Emami C, Nguyen Single incision laparoscopic resection of ovarian masses in children: a preliminary report, Pediatric Surgery Int 2013 Jul 29(7):715-8. Epub 2013 Jun 1
7. Wang X, Liu H, Lu D, Liu Z, Shi G. (2013), Ovarian masses in children and adolescents in China: analysis of 203 cases, J Ovarian Res, 6 (1) 47.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI MỨC ĐỘ RỐI LOẠN CƠ XƯƠNG KHỚP Ở CÔNG NHÂN THU GOM RÁC THẢI NĂM 2017

Nguyễn Văn Bằng¹, Hoàng Thị Ngân²,
Nguyễn Ngọc Bích², Nguyễn Thúy Quỳnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu một số yếu tố liên quan tới mức độ rối loạn cơ xương khớp ở công nhân thu gom rác thải năm 2017. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 348 công nhân trực tiếp thu gom rác thải (CNTGRT) bị rối loạn cơ xương khớp làm việc tại chi nhánh Hai Bà Trung công ty môi trường đô thị Hà Nội, đảm bảo tiêu chuẩn chọn. Công nhân trả lời nội dung trong bộ câu hỏi phỏng vấn orebro về rối loạn cơ xương khớp (RLCCK). **Kết quả:** trung bình điểm tổng Orebro ở nữ giới (98,5 điểm) cao hơn nam giới (88,9 điểm) ($p < 0,05$); trung bình điểm tổng Orebro giữa các ca làm việc khác nhau ($p < 0,05$), nhóm ở ca 3 (98,6 điểm) cao hơn ca 1,2; nhóm công nhân tiếp xúc với nắng có trung bình điểm tổng Orebro (98,9 điểm) cao hơn nhóm không tiếp xúc ($p < 0,05$); nhóm công nhân thực hiện các tư thế từ ≥ 2 giờ có trung bình điểm tổng Orebro cao hơn nhóm thực hiện < 2 giờ; mức độ căng thẳng, lo lắng, buồn phiền, hài lòng với công việc, học vấn, giới tính, ca làm việc, tiếp xúc với nắng, tư thế đi lại vận mình, tư thế nâng vật $> 13,5$ kg từ độ cao trên vai, dưới gối có mối quan hệ tuyến tính với trung bình điểm tổng Orebro. **Kết luận:** Một số yếu tố liên quan tới mức độ trầm trọng của RLCCK bao gồm nhiều yếu tố thuộc những nhóm khác nhau như: yếu tố cá nhân (giới), điều kiện khí hậu (tiếp xúc với nắng), tư thế lao động bất lợi (tư thế đứng đi lại có vận mình; tư thế nâng nhắc vật $> 13,5$ kg từ độ cao trên vai, dưới gối), căng thẳng tâm lý, bức bối/ buồn chán, không hài lòng với công việc.

***Từ khóa:** công nhân, rác thải; orebro questionnaire

SUMMARY

¹Bệnh viện Quân y 103

²Đại học Y tế công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Bằng

Email: bangnvbs@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 7.11.2017

Ngày duyệt bài: 16.11.2017

A NUMBER OF FACTOR RELATIONSHIP WITH DISORDERLY MUSCULOSKELETAL LEVEL OF WORKERS OF COLLECTION WASTE GARBAGE IN 2017

Objects: to study a number of factor relationship with disorderly musculoskeletal level of workers of collection waste garbage in 2017. **Subjects and methods:** 348 workers directed collection waste garbage have been were disorderly musculoskeletal worked in branch Hai ba trung of Hanoi Urban Environment Company, to make standard choice. Workers answer orebro questionnaire about disorderly musculoskeletal. **Results:** average total marks Orebro in women (98.5 marks) is higher than men (88.9 marks) ($p < 0.05$); average total marks Orebro is different between the shifts ($p < 0.05$); workers in shift three (98.6 marks) is higher than shift 1, 2; workers that exposed with sunny have average total marks Orebro (98.9 marks) higher than workers that not exposed; workers have executed positions over 2 hours that have average marks Orebro is higher than that under 2 hours; nervous and anxious level, distress, pleased with working, knowledge, sex, shift, exposed with sunny, position to move around twist of body, position of lift things > 13.5 kg from height over shoulders, under knees have linear relationship with average total marks Orebro. **Conclusion:** a number of factor relationship with disorderly musculoskeletal level of workers of collection waste garbage include many factors of different groups: personal factor (sex), climate condition (exposed with sunshine), position for bad working (position to move around twist of body, position of lift things > 13.5 kg from height over shoulders, under knees; nervous and anxious level, distress, pleased with working.

***Key words:** worker, waste garbage, orebro questionnaire.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ công nhân thu gom rác thải (CNTGRT) trên thế giới mắc rối loạn cơ xương khớp nghề nghiệp (RLCXKNN) khá cao chiếm khoảng 45-70%; tùy công việc cụ thể, thời gian và mức độ phơi nhiễm khác nhau mà công nhân tiến triển RLCXKNN ở những bộ phận khác nhau, triệu chứng đau vùng lưng và thắt lưng được phản ánh nhiều nhất (30-73%), đau chi trên (39,6%)[6], đau vai (37%), đau chi dưới (27,4%)[6], đau hông (1%).

Trên thế giới, công cụ nghiên cứu các vấn đề cơ xương khớp rất đa dạng và đặc thù theo vị trí (cổ gáy, vai/chi trên, lưng, chi dưới) hoặc đánh giá chức năng cơ xương khớp sau khi bị tai nạn thương tích hoặc mắc các vấn đề như loãng xương, Một số bộ công cụ đánh giá mức độ đau mỏi và ảnh hưởng của các vấn đề CXK đến các hoạt động sinh hoạt, lao động (Neck disability index, Oswestry low back disability questionnaire, orebro musculoskeletal pain questionnaire, v.v) và cũng có công cụ đơn giản chỉ đo lường sự có mặt và tần suất gặp phải các vấn đề cơ xương khớp (nordic questionnaire). Trong đó bộ công cụ đánh giá nguy cơ đau mỏi CXK Orebro có một số đặc điểm ưu việt như xác định tất cả các vị trí có thể đau mỏi trên cơ thể và tính toán tác động tổng hợp của việc đau mỏi CXK đến chức năng, sinh hoạt và lao động; ngắn gọn dễ thực hiện và đã được sử dụng trong nhiều nghiên cứu khác nhau trên thế giới. Bộ công cụ này phù hợp với đối tượng công nhân MTĐT do tính chất công việc của người công nhân quét rác, thu gom, xử lý rác khiến họ có thể gặp phải các vấn đề CXK tại nhiều vị trí của cơ thể như vai và chi trên, lưng, chi dưới chứ không chỉ có một vị trí đơn thuần, do đó việc sử dụng một bộ công cụ có khả năng đánh giá tổng hợp là cần thiết. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Một số yếu tố liên*

quan tới mức độ rối loạn cơ xương khớp ở công nhân thu gom rác thải năm 2017 bằng bộ công cụ orebro.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 348 công nhân làm việc thu gom rác thải làm việc tại chi nhánh Hai Bà Trưng- công ty môi trường đô thị Hà Nội. Tiêu chuẩn chọn: công nhân có hợp đồng lao động, trực tiếp thu gom rác thải, làm việc ít nhất 18 tháng trước thời điểm nghiên cứu. Những công nhân có rối loạn cơ xương khớp (RLCXK) ở các mức độ khác nhau. Thời gian nghiên cứu: tháng 1/2017 đến tháng 6/2017

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu cắt ngang có phân tích.
- Bộ câu hỏi phỏng vấn: sử dụng bộ câu hỏi RLCXK Orebro để xác định tất cả các vị trí có thể đau mỏi trên cơ thể và tính toán tác động tổng hợp của việc đau mỏi CXK đến chức năng, sinh hoạt và lao động. Bộ công cụ Orebro đã được chuẩn hóa, sử dụng ở nhiều nước trên thế giới. Bộ công cụ được chia làm 2 phần lớn gồm: (1) đánh giá cơn đau, vị trí đau; (2) đánh giá ảnh hưởng của cơn đau tới sinh hoạt và lao động. Điểm của bộ câu hỏi được tính từ tổng điểm của 21 câu (từ câu C1 đến câu C21, điểm của từng câu tương ứng với các phương án lựa chọn. Tuy nhiên, với câu C8, C12, C13, C17, C18, C19, C20, C21 điểm của từng câu được tính bằng cách lấy 10 trừ đi đáp án lựa chọn). Tổng điểm dao động từ 1-210 điểm. Điểm cắt của bộ công cụ được nhiều nghiên cứu khác nhau sử dụng. Do vậy trong nghiên cứu này, nghiên cứu viên sử dụng điểm cắt điểm cắt 105 để phân tích mức độ trầm trọng của RLCXK nhưng không sử dụng điểm cắt trong xác định yếu tố liên quan mà tiến hành so sánh điểm trung bình, trung vị với các yếu tố liên quan, đánh giá tác động tới sinh hoạt và lao động.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Yếu tố cá nhân và môi liên quan với mức độ trầm trọng RLCXK (n=348)

Biến số	Đặc điểm	Số lượng (n)	Điểm trung bình (trung vị) Orebro	P
Tuổi	<30	40	94,4	0,5
	30-39	143	96,5	
	40-49	136	99,4	
	>50	29	98,7	
Giới tính	Nam	38	88,9	0,02
	Nữ	310	98,5	
Trình độ học vấn	Tiểu học	3	73,3	0,09
	THCS	89	98,1	
	PTTH	240	97,6	
	Sơ/trung cấp	14	97,0	

	Cao đẳng/Đại học	2	94,2	
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	5	101,5	0,55
	Kết hôn và sống với chồng/vợ	308	97,7	
	Ly hôn/ly thân	25	94,6	
	Góa	10	98,6	
Bảo hiểm y tế	Không có	6	91,8	0,31
	BHYT tự nguyện	87	101,0	
	BHYT bắt buộc	253	96,7	
	Không biết/không trả lời	2	50,1	
Bảo hiểm xã hội	Không có	12	102,1	0,61
	BHXH tự nguyện	87	100,2	
	BHXH bắt buộc	244	96,3	
	Không biết/không trả lời	5	89,3	
Thâm niên trong nghề	< 5 năm	55	96,7	0,32
	5 – 15 năm	170	96,1	
	>15 năm	123	99,7	
Đau cơ xương khớp sau ca làm việc trong 1 năm qua	Đau, mỗi, tê CXK ở bất kì vị trí nào	328	98,2	0,4
	Chưa từng đau, mỗi, tê CXK	20	86,0	

Giới là yếu tố cá nhân duy nhất có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ trầm trọng của RLCXK trong nhóm cá nhân với $p < 0,05$. Nữ giới có trung bình điểm tổng Orebro là 98,5 điểm cao hơn so với nam giới (88,9 điểm) cho thấy mức độ trầm trọng RLCXK ở nữ giới cao hơn nam.

Bảng 2: Điều kiện khí hậu và môi liên quan với mức độ trầm trọng của RLCXK (n=348)

Biến số	Đặc điểm	Số lượng (n)	Điểm trung bình Orebro	P
Mức độ tiếp xúc nóng	Không tiếp xúc	7	101,0	0,52
	Ít/theo mùa	151	98,8	
	Nhiều	190	96,3	
Mức độ tiếp xúc nắng	Không tiếp xúc	25	84,5	0,01
	Ít/theo mùa	172	98,4	
	Nhiều	150	98,9	
Mức độ tiếp xúc lạnh	Không tiếp xúc	11	98,5	0,98
	Ít/theo mùa	245	97,7	
	Nhiều	92	97,3	
Mức độ tiếp xúc ẩm ướt	Không tiếp xúc	24	98,0	0,33
	Ít/theo mùa	230	96,5	
	Nhiều	94	100,1	

Sự khác biệt trung bình điểm tổng giữa thời gian thực hiện tư thế: nâng nhắc vật >13,5kg từ độ cao trên vai, dưới gối hoặc cách 1 sải tay, trên 25 lần/ngày; nâng nhắc vật >5kg từ 2 lần/phút trở lên; cầm, nắm vật có khối lượng >5kg bằng 1 tay; cúi có vận mình; đứng đi lại có vận mình; ngồi xổm có ý nghĩa thống kê với

$p < 0,05$. Với nhóm công nhân thực hiện các tư thế trên từ ≥ 2 giờ đều có trung bình điểm tổng Orebro cao hơn nhóm thực hiện <2 giờ như vậy mức độ trầm trọng của RLCXK ở nhóm thực hiện tư thế đó ≥ 2 giờ có mức độ trầm trọng của RLCXK cao hơn nhóm thực hiện < 2 giờ.

Bảng 3: Tính chất công việc và gánh nặng lao động thể lực, tư thế lao động và môi liên quan với mức độ trầm trọng của RLCXK

Biến số	Đặc điểm	Số lượng (n)	Trung bình điểm tổng Orebro	P
Thời gian thực hiện tư thế tay cao hơn đầu, hoặc cúi chỏ/khuỷ tay cao hơn vai	≥ 2 giờ	200	101,0	0,07
	< 2giờ	148	93,1	
Thời gian thực hiện tư thế cổ cúi ở góc trên 45° mà không có thiết bị hỗ trợ,	≥ 2 giờ	201	97,4	0,60
	< 2giờ	149	96,5	

Biến số	Đặc điểm	Số lượng (n)	Trung bình điểm tổng Orebro	P
không thay đổi tư thế				
Thời gian thực hiện tư thế lưng cúi một góc trên 30° mà không có thiết bị hỗ trợ, không thay đổi tư thế	≥2 giờ	248	96,6	0,25
	< 2giờ	100	99,6	
Thời gian thực hiện tư thế lưng cúi một góc trên 45° mà không có thiết bị hỗ trợ, không thay đổi tư thế	≥2 giờ	188	97,6	0,9
	< 2giờ	160	97,3	
Thời gian thực hiện tư thế ngồi xổm	≥2 giờ	62	102,0	0,017
	< 2giờ	286	96,5	
Thời gian thực hiện tư thế quỳ trên hai đầu gối	< 2giờ	326	97,6	0,752
	≥2 giờ	22	96,1	
Thời gian thực hiện tư thế đứng đi lại có vận mình	≥2 giờ	176	101,4	0,001
	< 2giờ	172	93,5	
Thời gian thực hiện tư thế cúi có vận mình	≥2 giờ	146	101,1	0,009
	< 2giờ	202	94,9	
Thời gian thực hiện tư thế cầm, nắm vật có khối lượng >5kg bằng 1 tay	≥2 giờ	87	102,3	0,015
	< 2giờ	261	95,9	
Thời gian thực hiện tư thế nâng nhấc vật >5kg từ 2 lần/phút trở lên	≥2 giờ	121	100,6	0,042
	< 2giờ	227	95,7	
Thời gian thực hiện tư thế nâng nhấc vật có khối lượng >37,5kg 1 lần/ngày hoặc vật >27,5kg 10 lần/ngày	≥2 giờ	66	100,3	0,246
	< 2giờ	282	96,8	
Thời gian thực hiện tư thế nâng nhấc vật >13,5kg từ độ cao trên vai, dưới gối hoặc cách 1 sải tay, trên 25 lần/ngày	≥2 giờ	50	103,5	0,034
	< 2giờ	298	96,5	

Sự khác biệt trung bình điểm tổng giữa thời gian thực hiện tư thế: nâng nhấc vật >13,5kg từ độ cao trên vai, dưới gối hoặc cách 1 sải tay, trên 25 lần/ngày; nâng nhấc vật >5kg từ 2 lần/phút trở lên; cầm, nắm vật có khối lượng >5kg bằng 1 tay; cúi có vận mình; đứng đi lại có vận mình; ngồi xổm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Với nhóm công nhân thực hiện các tư thế trên từ ≥2 giờ đều có trung bình điểm tổng Orebro cao hơn nhóm thực hiện <2 giờ như vậy mức độ trầm trọng của RLCXK ở nhóm thực hiện tư thế đó ≥2 giờ có mức độ trầm trọng của RLCXK cao hơn nhóm thực hiện < 2 giờ.

Bảng 4: Căng thẳng tâm lý và mối liên quan với mức độ trầm trọng của RLCXK

Biến số	Đặc điểm	Số lượng (n)	Điểm trung bình Orebro	P
Mức độ căng thẳng, lo lắng trong tuần qua	Hoàn toàn thoải mái /Không căng thẳng	0	0	<0,001
	Bình thường	185	87,0	
	Căng thẳng, rất căng thẳng	163	109,3	
Mức độ bức bối, chán nản trong tuần qua	Không cảm thấy	0	0	<0,001
	Bình thường	174	90,6	
	Cực kì bức bối chán nản	174	104,4	
Mức độ hài lòng về giờ làm việc, sự quản lý, tiền lương, khả năng thăng tiến, quan hệ giữa đồng nghiệp	Hoàn toàn hài lòng/hài lòng	32	93,3	<0,001
	Bình thường	239	94,6	
	Không hài lòng	77	108,3	
Mức độ bị đe dọa tinh thần	Không tiếp xúc	251	97,1	0,629
	Ít/theo mùa	86	97,9	
	Nhiều	11	102,4	
Mức độ đe dọa thể chất	Không tiếp xúc	312	97,1	0,035
	Ít/theo mùa	28	102,3	
	Nhiều	8	95,5	

Cả 3 yếu tố căng thẳng, lo lắng; bức bối, chán nản; không hài lòng với công việc, bị đe dọa thể chất đều có sự khác biệt giữa trung bình điểm Orebro sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm CNTGRT cảm thấy căng thẳng; buồn chán, bức bối; không hài lòng với công việc có trung bình

điểm tổng Orebro cao hơn nhóm bình thường. Nhóm công nhân phải chịu đe dọa thể chất ở mức ít có trung bình điểm tổng Orebro cao hơn nhóm còn lại, mức độ trầm trọng của RLCXK ở nhóm chịu đe dọa thể chất ở mức ít cao hơn nhóm khác.

Bảng 5: Mô hình hồi quy đa biến giữa trung bình điểm tổng Orebro và một số yếu tố liên quan

Yếu tố trong mô hình (biến độc lập)	Hệ số B	P	Sai số chuẩn
Học vấn	0,65	0,06	1,58
Giới tính	9,2	0,014	3,71
Số giờ làm trong ngày	-0,4	0,42	1,3
Ca làm việc	0,9	0,05	1,57
Mức độ căng thẳng	12,0	<0,001	2,80
Mức độ buồn phiền	12,8	<0,001	2,81
Mức độ hài lòng	7,6	<0,001	1,71
Đe dọa thể chất	3,2	0,29	3,03
Tiếp xúc nắng	4,0	0,03	1,87
Tư thế tay cao hơn đầu	2,5	0,29	1,13
Tư thế ngồi xổm	1,2	0,39	1,38
Tư thế đi lại có vận mình	3,1	0,02	1,34
Tư thế cầm vật trên 5kg bằng 1 tay	-0,5	0,75	1,42
Tư thế cúi có vận mình	0,03	0,98	1,32
Tư thế nâng nhắc vật >5kg từ 2 lần/phút trở lên	-2,1	0,22	1,74
Tư thế nâng vật >13,5kg từ độ cao trên vai, dưới gối	3,2	0,05	1,67
Hằng số=71,02; Biến phụ thuộc: trung bình điểm tổng Orebro			

Mức độ căng thẳng, lo lắng; mức độ buồn phiền; mức độ hài lòng với công việc; học vấn; giới tính, ca làm việc, tiếp xúc nắng, tư thế đi lại có vận mình; tư thế nâng vật >13,5kg từ độ cao trên vai, dưới gối là những biến có mối quan hệ tuyến tính với trung bình điểm tổng Orebro ($p<0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi công nhân: trung bình điểm tổng Orebro ở nhóm 40-49 là cao nhất với 99,4 điểm; tiếp theo là nhóm trên 50 tuổi với 98,7 điểm; nhóm tuổi dưới 30 là nhóm điểm tổng trung bình là 94,4 điểm. Điểm tổng trung bình có sự khác nhau giữa các nhóm, nhóm trẻ tuổi có mức độ trầm trọng của RLCXK thấp hơn nhóm lớn tuổi hơn. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Nhiều nghiên cứu cho thấy công nhân ở độ tuổi 45-54 và trên 55 tuổi có xu hướng mắc RLCXKNN cao nhất ở cả hai giới, nghiên cứu cho thấy tuổi càng cao nguy cơ mắc RLCXK càng lớn[4].

Giới tính: điểm tổng trung bình Orebro ở nhóm nữ là 98,5 điểm cao hơn gần 10 điểm so với nhóm nam (88,9 điểm) ($p<0,05$), mức độ trầm trọng của RLCXK ở nhóm nữ cao hơn nhóm nam. Một số nghiên cứu khác cũng cho thấy khác biệt giữa tỷ lệ mắc RLCXK chung ở nam và nữ, tỷ lệ nữ mắc cao hơn nam [2]. Nghiên cứu tại Ấn Độ (2011) cũng cho kết quả tương tự khi tỷ lệ mắc RLCXK ở nữ là 31,3% cao hơn so với nam giới là 20,9% ($p<0,001$) [2]. Nhóm CNTGRT có thâm niên từ trên 15 năm mức độ trầm trọng của RLCXK cao hơn so với các nhóm thâm niên thấp hơn. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý

nghĩa thống kê ($p>0,05$). Mức độ trầm trọng của RLCXK khi phải tiếp xúc nhiều với thời tiết nắng nhiều (98,9 điểm) cao hơn nhóm tiếp xúc ít/theo mùa là 98,4 điểm ($p<0,05$). Trong một nghiên cứu: kết quả yếu tố nhiệt độ (quá cao và quá thấp) làm tăng nguy cơ mắc RLCXKNN ở chân, tay gấp 3 lần (OR=2,73; CI = 2,24-3,33) và gấp 2 lần ở lưng (OR 1,76; CI=1,48-2,11).

Do tính chất công việc CNTGRT phải thay đổi tư thế liên tục và thực hiện những tư thế bất lợi trong thời gian dài. Thực hiện đánh giá trên 12 tư thế hay gấp của CNTGRT. Trong đó những tư thế mà sự khác biệt có ý nghĩa thống kê bao gồm: ngồi xổm; đứng đi lại có vận mình; cúi có vận mình; cầm, nắm vật có khối lượng >5kg bằng 1 tay; nâng nhắc vật >5kg từ 2 lần/phút trở lên; nâng nhắc vật >13,5kg từ độ cao trên vai, dưới gối hoặc cách 1 sải tay, trên 25 lần/ngày với $p>0,05$. Tuy nhiên, khi tiếp tục sử dụng kiểm định hồi quy đa biến 2 tư thế thực sự có mối liên quan tới mức độ trầm trọng của RLCXK là đi lại có vận mình với $p<0,05$; nâng vật >13,5kg từ độ cao trên vai và dưới gối với $p=0,05$. Vậy khi thực hiện các tư thế bất lợi với thời gian kéo dài dẫn tới mức độ trầm trọng của RLCXK càng lớn. Những nghiên cứu khác cũng ghi nhận chuyển động nhanh và luân chuyển liên

tục và độ cúi, nghiêng của thân khi nâng vật nặng, đẩy và kéo thùng rác đã tạo một gánh nặng lớn vào vùng thắt lưng ở nhóm công nhân. CNTGRT với điều kiện lao động nặng về thể chất kết hợp tư thế bất lợi trong lao động dẫn tới quá tải cho hệ thống cơ xương khớp; kết quả làm tăng nguy cơ rối loạn cơ xương khớp (RLCXK) [3].

Căng thẳng tâm lý được lý giải như một trong những nguyên nhân dẫn tới tăng mức trầm trọng của RLCXK; trong nghiên cứu: nhóm CNTGRT căng thẳng, lo lắng có trung bình điểm tổng Orebro là 109,3 cao hơn nhóm bình thường (87,0) là 22,3 điểm ($p<0,05$). Nhóm công nhân cực kì bức bối, chán nản có trung bình điểm tổng Orebro là 104,4 điểm cao hơn 13,8 điểm so với nhóm bình thường (90,6 điểm) ($p<0,05$); có sự khác biệt giữa nhóm không hài lòng (108,3 điểm) và nhóm bình thường (94,6 điểm); nhóm hoàn toàn hài lòng/hài lòng (93,3 điểm) ($p<0,05$). Cả 3 nhóm yếu tố tâm lý đều cho kết quả là khi gặp vấn đề về tâm lý sẽ làm gia tăng mức độ trầm trọng của RLCXK; nguyên nhân có thể căng thẳng tâm lý ở công nhân khiến cơ thể luôn ở trong trạng thái căng thẳng cơ bắp dẫn đến dễ mệt mỏi, thiếu tập trung chú ý và dễ xảy ra sai sót trong quá trình thao tác, làm việc. Nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố bị đe dọa tinh thần và trung bình điểm tổng Orebro do $p>0,05$. Tuy nhiên, có tới 22 công nhân khai báo từng bị đe dọa tinh thần ở mức ít và ở nhóm công nhân này có mức độ trầm trọng của RLCXK (102,3 điểm) cao hơn so với không bị đe dọa (97,1 điểm) với $p<0,05$. Nhưng sau khi thực hiện hồi quy đa biến không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa bị đe dọa thể chất và trung bình điểm tổng Orebro.

V. KẾT LUẬN

Một số yếu tố liên quan tới mức độ trầm trọng của RLCXK bao gồm nhiều yếu tố thuộc những nhóm khác nhau như: yếu tố cá nhân (giới), điều kiện khí hậu (tiếp xúc với nắng), tư thế lao động bất lợi (tư thế đứng đi lại có vẹo mình; tư thế nâng nhắc vật >13.5kg từ độ cao trên vai, dưới gối hoặc cách 1 sải tay), căng thẳng tâm lý, bức bối/ buồn chán, không hài lòng với công việc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đoàn Tuyết Nhung** (1995), Nghiên cứu điều kiện lao động của nữ công nhân vệ sinh môi trường đô thị. Khuyến nghị, giải pháp.
2. **Bihari. V, C. Kesavachandran, B. S. Pangtey, A. K. Srivastava, and N. Mathur** (2011), "Musculoskeletal pain and its associated risk factors in residents of National Capital Region", *Indian J Occup Environ Med*, 15(2), trang 59-63.
3. **De Beek RO, Hermans V** (2000), "Research on work-related low back disorders", *European Agency for Safety and health*.
4. **Health and Safety Executive** (2015), *Work-related Musculoskeletal Disorder (WRMSDs) Statistics, Great Britain*, truy cập ngày 21/06/2017
5. **Marcial Velasco Garrido, et al.** (2015), "Health status and healthrelated quality of life of municipal waste collection workers – a cross sectional survey", *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*.
6. **Myong JP, et al.** (2008), "Musculo-skeletal Symptoms of Municipal Sanitation Workers and Ergonomic Evaluation on Upperlimb.", *Korean J Occup Environ Med*, 20(2), trang 93-103.
7. **Norman ID, Kretchy JP, and Brandford E** (2013), "Neck, Wrist and Back Pain Among Solid Waste Collectors: Case Study of a Ghanaian Waste Management Company", *The Open Public Health Journal*, 6, trang 59-66.

ĐẶC ĐIỂM ĐIỀU KIỆN LAO ĐỘNG VÀ MỘT SỐ CHỈ TIÊU TÂM SINH LÝ Ở NHÂN VIÊN VẬN HÀNH ĐIỆN

Nguyễn Đức Sơn*, Nguyễn Thu Hà*

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành nhằm mô tả đặc điểm điều kiện lao động và một số chỉ tiêu tâm sinh lý ở nhân viên vận hành điện. Tổng số 34 nhân viên vận hành điện với tuổi đời trung bình là $35\pm 6,5$ và thăm

niên nghề 11 $\pm$ 7,9 năm đã tham gia nghiên cứu. Các nhân viên vận hành điện được đo một số yếu tố trong môi trường lao động (vi khí hậu, ánh sáng, tiếng ồn); điều tra về đặc điểm điều kiện lao động và đo một số chỉ tiêu tâm sinh lý (mạch, huyết áp, tần số nhịp nháy ánh sáng tới hạn (CFF) và test trí nhớ ngắn hạn) ở trạng thái tỉnh. Kết quả cho thấy: Các yếu tố được đo đặc trong môi trường lao động đều nằm trong tiêu chuẩn cho phép. Trong số các nhân viên vận hành điện được điều tra: 64,7% cho rằng công việc của họ có cường độ lao động lớn; 79,4% cho rằng đây là dạng lao động có nhiều công việc lặp lại, đòi hỏi quan sát chính xác; 61,8% thấy công việc cần những quyết

*Viện Sức khỏe nghề nghiệp và Môi trường

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Sơn

Email: ducson199@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.11.2017

Ngày duyệt bài: 14.11.2017

định nhanh, kịp thời. 47,1% nhân viên vận hành điện cảm thấy công việc đơn điệu; 67,6% không có thời gian nghỉ ngắn giữa ca, ít khi được rời vị trí làm việc. 85,3% cho rằng công việc đòi hỏi khối lượng lớn về trí nhớ và 61,8% cho rằng công việc này gây căng thẳng về thần kinh tâm lý. Một số chỉ tiêu tâm sinh lý ở nhân viên vận hành điện: Tần số mạch là $75,7 \pm 11,5$ lần/phút; huyết áp tối đa là $112 \pm 9,2$ mmHg; huyết áp tối thiểu là $70,1 \pm 9,3$ mmHg; chỉ số CFF là $37,5 \pm 3,90$ Hz và điểm test trí nhớ ngắn hạn là $3,7 \pm 1,16$.

Từ khoá: Điều kiện lao động, tâm sinh lý, nhân viên vận hành điện

SUMMARY

WORKING CONDITIONS AND SOME PSYCHO-PHYSIOLOGICAL INDICES OF ELECTRIC OPERATOR

This study was carried out to describe the working conditions and some psycho-physiological indices of Electric Operators. Thirty four (34) electric operators with 35 ± 6.5 years of age and 11 ± 27.9 working years took part in this study. Some environmental factor (microclimate, lighting, sound level) of Electric Operators were measured, they were interviewed about working conditions and measured some psycho-physiological indices (pulse, blood pressure, critical flicker frequency (CFF) and short-term memory test) at static state. The results showed that: Electric Operator's working environment was below the allowable limit value. Among surveyed Electric Operators: 64.7% said that their work greater intensity; 79.4% said that their work with a lot of repetition, required precise observation, 61.8% need quick decisions and timely. 47.1% feel monotonous work; 67.6% do not have time for short break time, without left the workplace. 85.3% feel jobs requiring large amounts of memory and their work causes stress was 61.8%. Some psycho-physiological indices of Electric Operator: Frequency of pulse was 75.7 ± 11.5 time/minute; maximum blood pressure was 112 ± 9.2 mmHg; minimum blood pressure 70.1 ± 9.3 mmHg; CFF index was 37.5 ± 3.90 Hz and short-term memory test score was 3.7 ± 0.16 .

Keywords: working conditions, psycho-physiological indices, Electric Operators

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khi xã hội ngày càng phát triển, ngày càng có nhiều ngành nghề mang tính chất tự động hóa cao, yêu cầu người lao động phải đáp ứng tốt với công việc hơn, đặc biệt những nghề đòi hỏi sự chính xác cao, trách nhiệm cao trong lao động như điều độ viên chỉ huy chạy tàu, điều độ điện, có nhiều yếu tố bất lợi đối với sức khỏe nhân viên. Ngành điện là một ngành rất quan trọng trong sự nghiệp công nghiệp hóa, hiện đại hóa, cung cấp điện năng cho sự phát triển của các ngành khác, không thể thiếu được trong đời sống, sinh hoạt hàng ngày của con người. Lao động của nhân viên ngành điện là một trong số

các dạng lao động đặc thù do quy trình công nghệ sản xuất điện đã được tự động hóa ở mức cao, từ phạm vi tổ chức công việc, tính chất công việc đến môi trường làm việc và có nhiều yếu tố bất lợi đối với sức khỏe của nhân viên.

Mục tiêu nghiên cứu

- Mô tả đặc điểm điều kiện lao động ở nhân viên vận hành điện
- Đo một số chỉ tiêu tâm sinh lý của nhân viên vận hành điện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 34 nhân viên vận hành điện.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: theo phương pháp mô tả cắt ngang

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Đánh giá điều kiện lao động của nhân viên vận hành điện:

+ Đo một số yếu tố trong môi trường lao động: vi khí hậu, ánh sáng, tiếng ồn

+ Quan sát, phân tích các đặc điểm điều kiện lao động đặc thù, bấm thời gian lao động.

+ Điều tra đặc điểm điều kiện lao động ở nhân viên vận hành điện

- Đo một số chỉ tiêu tâm sinh lý ở trạng thái tĩnh:

+ Mạch, Huyết áp (tối đa và tối thiểu)

+ Tần số nhấp nháy ánh sáng tới hạn (CFF).

+ Test trí nhớ ngắn hạn: sử dụng bảng trí nhớ hình

- Các số liệu nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê y học và bằng chương trình phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm điều kiện lao động của nhân viên vận hành điện

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

TT	Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	Giá trị
1	Tổng số đối tượng (n)	34
2	Tuổi trung bình (năm)	$35,0 \pm 6,5$
3	Thâm niên trung bình (năm)	$11,0 \pm 7,9$
4	Giới: Nam	100%

Tổng số 34 nhân viên vận hành điện với tuổi đời trung bình là $35 \pm 6,5$ và thâm niên nghề $11 \pm 7,9$ năm đã tham gia nghiên cứu.

Khảo sát các phòng làm việc của nhân viên vận hành điện cho thấy toàn bộ các phòng đều có sử dụng hệ thống điều hòa (trung tâm hoặc cục bộ). Kết quả đo môi trường lao động cho thấy các yếu tố vi khí hậu, ánh sáng, tiếng ồn tại các vị trí lao động của nhân viên vận hành điện đều nằm trong tiêu chuẩn cho phép.

Thời gian làm việc của nhân viên vận hành điện trong một ca lao động là 8 giờ, lao động ca kíp.

Vận hành quy trình công nghệ liên tục ngày đêm không ngừng nghỉ và không rời khỏi vị trí lao động là yếu tố gây quá tải về lượng và căng thẳng công việc. Lao động ca kíp đòi hỏi công nhân phải luân phiên quay vòng giờ làm, gây các xáo trộn về giấc ngủ, thay đổi nhịp sinh học, sinh lý thần kinh, mức chuyển hóa vì có sự đảo lộn trong nhịp ngày đêm.

Về tổ chức lao động và tính chất công việc, quá trình tự động hóa cao của quy trình sản xuất điện liên tục ở các nhà máy thủy điện, nhiệt điện cũng như quá trình phân phối điện hợp lý của trung tâm điều độ hệ thống điện lưới quốc gia, đóng ngắt điện năng ở trạm biến áp 220-500kv, đòi hỏi mỗi nhân viên vận hành điện ở từng vị trí phải có tinh thần trách nhiệm cao, nắm vững chuyên môn sâu và đủ sức khỏe để thích nghi nghề nghiệp.

Các nhân viên phải tiếp nhận khối lượng thông tin lớn và đa dạng; xử lý nhanh các tình huống dựa trên các thông tin nhận được, kế hoạch hàng ngày, các thông số hoạt động, từ các máy móc, các bộ phận có liên quan để đưa ra các quyết định kịp thời. Trong mỗi ca lao động các nhân viên vận hành điện phải quan sát khoảng 200 các loại đồng hồ, máy móc, thiết bị khác nhau. Các thông tin về chế độ hoạt động của hệ thống được truyền qua các chỉ số theo kim, bản ghi biểu đồ, bảng số, các tín hiệu âm thanh và ánh sáng; các thông tin thể hiện chế độ làm việc của thiết bị lò hơi và tuốc bin, mức tải của máy phát điện, hoạt động của máy biến thế, thiết bị phân chia, điện thoại, đường dây tự bảo vệ, diễn biến của các nhà máy điện trong hệ thống để điều chỉnh, xử lý kỹ thuật... đều phải được các nhân viên vận hành điện nắm vững tình hình, phán đoán đúng, xử lý nhanh và truyền mệnh lệnh chính xác.

Bảng 2. Đặc điểm điều kiện lao động nhân viên vận hành điện

TT	Đặc điểm điều kiện lao động	n	%
1	Cường độ công việc lớn	22	64,7
2	Công việc lặp lại	27	79,4
3	Công việc đơn điệu	16	47,1
4	Không có thời gian nghỉ ngắn giữa ca lao động, ít khi rời vị trí làm việc	23	67,6
5	Công việc đòi hỏi khối lượng lớn về trí nhớ	29	85,3
6	Công việc đòi hỏi cần những quyết định nhanh, kịp thời	21	61,8
7	Công việc đòi hỏi quan sát chính xác	27	79,4
8	Công việc gây căng thẳng	21	61,8

64,7% nhân viên vận hành điện cho rằng công việc của họ có cường độ lao động lớn; 79,4% cho rằng đây là dạng lao động có nhiều công việc lặp lại, đòi hỏi quan sát chính xác; 61,8% thấy công việc cần những quyết định nhanh, kịp thời. 47,1% nhân viên vận hành điện cảm thấy công việc đơn điệu; 67,6% không có thời gian nghỉ ngắn giữa ca, ít khi được rời vị trí làm việc. 85,3% cho rằng công việc đòi hỏi khối lượng lớn về trí nhớ và 61,8% cho rằng công việc này gây căng thẳng về thần kinh tâm lý.

2. Một số các chỉ tiêu tâm sinh lý ở nhân viên vận hành điện

Bảng 3. Mạch và huyết áp ở nhân viên vận hành điện

TT	Mạch và huyết áp	Giá trị
1	Mạch (lần/phút)	75,7±11,5
2	Huyết áp tối đa (mmHg)	112±9,2
3	Huyết áp tối thiểu (mmHg)	70,1±9,3

Tần số mạch trung bình ở nhân viên vận hành điện là 75,7±11,5 lần/phút; huyết áp tối đa là 112±9,2mmHg; huyết áp tối thiểu là 70,1±9,3mmHg. Tất cả các nhân viên đều có chỉ số mạch, huyết áp trong giới hạn bình thường.

Bảng 4. Tần số nhấp nháy ánh sáng tới hạn ở nhân viên vận hành điện

TT	CFF	Giá trị
----	-----	---------

TT	CFF	Giá trị
1	Trung bình (Hz)	37,5±3,90
2	Phân loại	
	Mức 1 (%)	32,4
	Mức 2 (%)	55,9
	Mức 3 (%)	11,8
	Mức 4 (%)	0

Tần số nhấp nháy tới hạn trung bình ở nhóm nhân viên vận hành điện là 37,5±3,90Hz. Các nhân viên vận hành điện có chỉ số CFF ở mức 2 là cao nhất (55,9%); có 32,4% nhân viên ở mức 1 và 11,8% ở mức 3.

Bảng 5. Trí nhớ ngắn hạn ở nhân viên vận hành điện

TT	Trí nhớ ngắn hạn	Giá trị
1	Trung bình (điểm)	3,7±1,16
2	Phân loại	

TT	Trí nhớ ngắn hạn	Giá trị
	Mức 1 (%)	5,9
	Mức 2 (%)	55,9
	Mức 3 (%)	23,5
	Mức 4 (%)	14,7

Điểm trí nhớ ngắn hạn trung bình ở nhóm nhân viên vận hành điện là $3,7 \pm 1,16$ điểm. Các nhân viên vận hành điện có điểm trí nhớ ở mức 2 là cao nhất (55,9%); có 23,5% nhân viên ở mức 3; 14,9% nhân viên ở mức 4 và 5,9 % ở mức 1.

IV. BÀN LUẬN

Các nhân viên vận hành điện đều làm việc trong phòng có sử dụng hệ thống điều hòa (trung tâm hoặc cục bộ). Kết quả đo môi trường lao động cho thấy các yếu tố vi khí hậu, ánh sáng, tiếng ồn tại các vị trí lao động của nhân viên vận hành điện đều nằm trong tiêu chuẩn cho phép. Có nhiều yếu tố lao động đặc thù trong nhân viên vận hành điện: lao động ca kíp, công việc đơn điệu, có nhiều công việc lặp lại, đòi hỏi quan sát chính xác, ít khi được rời vị trí làm việc, đòi hỏi khối lượng lớn về trí nhớ... gây căng thẳng thần kinh tâm lý.

Tần số mạch trung bình ở nhân viên vận hành điện là $75,7 \pm 11,5$ lần/phút; huyết áp tối đa là $112 \pm 9,2$ mmHg; huyết áp tối thiểu là $70,1 \pm 9,3$ mmHg. Tất cả các nhân viên đều có chỉ số mạch, huyết áp trong giới hạn bình thường. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Phạm Quốc Khánh (2005) [2] trong nghiên cứu thăm dò điện sinh lý tim qua đường mạch máu trên 19 người khỏe mạnh, bình thường (không có các bệnh tim mạch hoặc các bệnh có ảnh hưởng đến tim mạch) cũng cho kết quả huyết áp tâm thu là 116 ± 6 mmHg và huyết áp tâm trương là 74 ± 6 mmHg có lẽ bởi các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đều là người lao động khỏe mạnh. Nghiên cứu của Murata K (2005) [4] trên 153 nam làm ca ngày và 87 nam làm ca đêm thấy không có sự thay đổi về huyết áp giữa ca ngày và ca đêm. Sasaki T (1999) [5] nghiên cứu trên 147 kỹ sư (23-49 tuổi) trong một nhà máy sản xuất điện xem ảnh hưởng của thời gian làm việc đến chức năng hệ thần kinh tự động của tim. Ở nhóm tuổi 30-39 thì tỷ số LF/HF thấp hơn ở nhóm có thời gian làm việc dài hơn so với nhóm có thời gian làm việc ngắn (tính theo trung bình của số giờ làm việc trong tuần).

Tần số nhấp nháy tới hạn trung bình ở nhóm nhân viên vận hành điện là $37,5 \pm 3,90$ Hz. Các nhân viên vận hành điện có chỉ số CFF ở mức 2 là cao nhất (55,9%); có 32,4% nhân viên ở mức 1 và 11,8% ở mức 3. CFF là một chỉ số khá quan

trọng trong đánh giá căng thẳng thần kinh tâm lý trong lao động. Chỉ số CFF càng giảm càng chứng tỏ căng thẳng thần kinh tâm lý ở mức độ cao hơn. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Ngà (2005) [3] đã chỉ ra sự mệt mỏi, căng thẳng của công việc sau một ca làm việc ở 22 nhân viên vận hành hệ thống tự động tại một nhà máy xi măng thông qua sự biến đổi của chỉ số tần số nhấp nháy tới hạn ở nhóm đối tượng này. Sau ca lao động số tần số nhấp nháy trung bình của các nhân viên là $37,0 \pm 2,7$ Hz, giảm hơn so với trước ca lao động ($37,8 \pm 1,8$ Hz) có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$).

Điểm trí nhớ ngắn hạn trung bình ở nhóm nhân viên vận hành điện là $3,7 \pm 1,16$ điểm. Các nhân viên vận hành điện có điểm trí nhớ ở mức 2 là cao nhất (55,9%); có 23,5% nhân viên ở mức 3; 14,9% nhân viên ở mức 4 và 5,9 % ở mức 1. So sánh sau ca lao động cho thấy thường điểm test chú ý thấp hơn ở những đối tượng có căng thẳng thần kinh tâm lý ở mức cao hơn.

V. KẾT LUẬN

- Các yếu tố vi khí hậu, ánh sáng, tiếng ồn trong môi trường lao động của nhân viên vận hành điện đều nằm trong tiêu chuẩn cho phép.

- Trong số 34 nhân viên vận hành điện được điều tra: 64,7% cho rằng công việc của họ có cường độ lao động lớn; 79,4% cho rằng đây là dạng lao động có nhiều công việc lặp lại, đòi hỏi quan sát chính xác; 61,8% thấy công việc cần những quyết định nhanh, kịp thời. 47,1% nhân viên vận hành điện cảm thấy công việc đơn điệu; 67,6% không có thời gian nghỉ ngắn giữa ca, ít khi được rời vị trí làm việc. 85,3% cho rằng công việc đòi hỏi khối lượng lớn về trí nhớ và 61,8% cho rằng công việc này gây căng thẳng về thần kinh tâm lý.

- Một số chỉ tiêu tâm sinh lý ở nhân viên vận hành điện: Tần số mạch là $75,7 \pm 11,5$ lần/phút; huyết áp tối đa là $112 \pm 9,2$ mmHg; huyết áp tối thiểu là $70,1 \pm 9,3$ mmHg; chỉ số CFF là $37,5 \pm 3,90$ Hz và điểm test trí nhớ ngắn hạn là $3,7 \pm 1,16$.

KHUYẾN NGHỊ

Các tác giả khuyến nghị cần có các biện pháp để cải thiện điều kiện lao động tốt hơn cho nhân viên vận hành điện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Văn Đại (2007), *Nghiên cứu biến đổi điện não đồ của điều độ viên chỉ huy chạy tàu trước và sau ca lao động*, Báo cáo tổng kết đề tài nghiên

- cứu khoa học cấp viện, Viện Sức khỏe nghề nghiệp và Môi trường.
2. **Phạm Quốc Khánh, Trần Văn Đồng, Nguyễn Lân Việt, Vũ Đình Hải, Phạm Gia Khải (2005),** "Bước đầu nghiên cứu một số thông số điện sinh lý tim qua đường mạch máu ở người Việt Nam bình thường", *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, số 31, trang 15-23.
 3. **Nguyễn Ngọc Nga (2005),** "Đánh giá căng thẳng của người điều khiển hệ thống tự động tại một công ty xi măng", *Báo cáo khoa học toàn văn hội nghị quốc tế Y học lao động và Vệ sinh môi trường lần thứ nhất*, Nhà xuất bản Y học, tháng 11, tr. 254-262.
 4. **Murata K, Yano E, Hashimoto H, Karita K, Dakeishi M (2005),** "Effects of shift work on QTc interval and blood pressure in relation to Heart Rate Variability", *Int Arch Occup Environ Health*, 2005 May; 78(4):287-92. Epub 2005 Apr 12.
 5. **Sasaki T, Iwasaki K, Oka T, Hisanaga N, Ueda T, Takada Y, Fujiki Y (1999),** "Effect of working hours on cardiovascular autonomic nervous in engineers in an electronics manufacturing company", *Ind Health*, 1999 Jan; 37(1):55-61.

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ CHĂM SÓC TRƯỚC SINH CỦA PHỤ NỮ CÓ THAI TẠI MỘT SỐ XÃ HUYỆN GIA LỘC TỈNH HẢI DƯƠNG

Nguyễn Văn Kiên*, Phạm Thị Tĩnh*, Vương Thị Hòa*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức, thực hành về chăm sóc sức khỏe trước sinh của phụ nữ có thai tại một số xã huyện Gia Lộc, tỉnh Hải Dương, góp phần xây dựng kế hoạch tăng cường bồi dưỡng kiến thức, kỹ năng về chăm sóc trước sinh. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên phụ nữ có thai thuộc 5 xã trong huyện. **Kết quả nghiên cứu:** Phụ nữ có thai có kiến thức đúng về khám thai và siêu âm đạt từ 71,1% đến 77,2%; Kiến thức đúng về tác dụng của vaccin phòng uốn ván chiếm 85,4%. Tuy nhiên vẫn còn 10,4% PNCT chưa tiêm phòng vaccin uốn ván tại thời điểm nghiên cứu. 85,9% phụ nữ có thai ăn đầy đủ các chất dinh dưỡng trong lần mang thai này.

Từ khóa: Phụ nữ có thai, chăm sóc trước sinh, làm mẹ an toàn.

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF HEALTH CARE FOR PREGNANT WOMEN OF HEALTH STAFF IN GIA LOC DISTRICT, HAI DUONG PROVINCE IN 2015

Objective: To study the status of prenatal care for pregnant women by health workers in Gia Loc district, Hai Duong province. From there, recommendations are made to increase the effectiveness of the program. **Methodology:** A cross-sectional descriptive study of more than 75 grassroots health staff from the communes in the district. **Research results:** 100% of pregnant women had pregnancy management. The number of health staff with doctor qualifications was 14.7%. The number of health workers with ten years of experience was 57.3%. Only 16% of health workers participated

in all three activities in prenatal care. 100% of health workers had a need for training in pre-natal care in which the content of prenatal nutrition counseling accounted for 74.7% and maternity examination skills accounted for 60%.

Keywords: Pregnant women, pregnancy management, prenatal care.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Làm mẹ an toàn (LMAT) do WHO và UNICEF đưa ra lần đầu tiên vào năm 1987 là một nỗ lực mang tính toàn cầu nhằm làm giảm tỷ lệ tử vong mẹ và trẻ sơ sinh. Tại Việt Nam, chương trình LMAT bắt đầu thực hiện vào năm 1995. Chăm sóc trước sinh (CSTS) là một trong những nội dung quan trọng của chương trình LMAT. Các chương trình "Bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em", "Chăm sóc sức khỏe sinh sản",... đã cải thiện tình hình rõ rệt. Nhưng nếu không có những giải pháp quyết liệt và đầu tư thỏa đáng thì khó có thể đạt được các Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ về giảm tử vong mẹ và tử vong trẻ em vào năm 2015 như đã cam kết với cộng đồng quốc tế [1].

Gia Lộc là một huyện đồng bằng của tỉnh Hải Dương, dân số là 141.982 người, trong đó phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (15-49 tuổi) có chồng chiếm 24,1%. Theo Báo cáo của Trung tâm Y tế huyện Gia Lộc năm 2014, toàn huyện có 3.168 phụ nữ có thai (PNCT) được đăng ký quản lý tại các trạm y tế xã, thị trấn. Tỷ lệ PNCT được khám thai 3 lần trở lên đạt 100%, 100% PNCT được tiêm phòng AT2+ [7]. Khảo sát thực tế tại một số xã, chúng tôi thấy tỷ lệ khám thai đúng thai kỳ và tiêm phòng uốn ván chưa cao, vẫn còn có trường hợp không khám thai đủ 3 lần, khám thai lần 1 thường ở tháng thứ 4, 5 của thai kỳ, sự hiểu biết vấn đề vệ sinh, chế độ lao động nghỉ ngơi và chế độ dinh dưỡng khi mang thai của

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Tĩnh
Email: phamtinh_ytb@yahoo.com
Ngày nhận bài: 25.9.2017
Ngày phản biện khoa học: 6.11.2017
Ngày duyệt bài: 15.11.2017

người phụ nữ vẫn còn bộc lộ rất nhiều hạn chế, mặt khác những kiến thức này thai phụ ít nhận được từ sự tư vấn của cán bộ y tế.

Để tìm hiểu thêm về vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Đánh giá kiến thức, thực hành về chăm sóc trước sinh của phụ nữ có thai tại một số xã huyện Gia Lộc, tỉnh Hải Dương năm 2015.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu: 426 PNCT thuộc Thị trấn Gia Lộc và 4 là Hoàng Diệu, Hồng Hưng, Toàn Thắng, Yết Kiêu của huyện Gia Lộc – tỉnh Hải Dương. Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 4 đến tháng 9 năm 2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Đề tài được tiến hành theo thiết kế dịch tễ học mô tả.

2.2.2. Chọn mẫu, cỡ mẫu

$$p(1-p)$$

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

Cỡ mẫu tính theo công thức là 398, thực tế có 426 PNCT được đưa vào NC.

2.3. Các chỉ số, biến số nghiên cứu

- Tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn
- Kiến thức, thực hành về khám thai, số lần khám thai, thời điểm khám thai.
- Kiến thức Thực hành về lợi ích và số mũi tiêm phòng uốn ván.
- Kiến thức, thực hành về chế độ ăn uống và nghỉ ngơi khi mang thai

2.4. Phương pháp thu thập thông tin trong nghiên cứu

+ Mẫu phiếu điều tra kiến thức, thực hành chăm sóc trước sinh của PNCT.

2.5. Phương pháp xử lý, phân tích số liệu: Xử lý phân tích số liệu theo chương trình SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Nhóm tuổi và trình độ học vấn của PNCT

Nhóm tuổi và Trình độ học vấn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi: Dưới 20 tuổi	27	6,3
Từ 21 – 30 tuổi	298	70,0
Từ 31 – 35 tuổi	82	19,2
Trên 35 tuổi	19	4,5
Trình độ học vấn: Tiểu học	8	1,9
Trung học cơ sở	187	43,9
Trung học phổ thông	165	38,7
Trung học chuyên nghiệp trở lên	66	15,5
Tổng	426	100

PNCT tập trung nhiều ở nhóm tuổi từ 21-35 chiếm 89,2%; dưới 20 tuổi chiếm 6,3%. Trình độ học vấn của PNCT chiếm tỷ lệ cao nhất (43,9%) ở mức THCS; 1,9% PNCT có trình độ tiểu học.

Bảng 2. Kiến thức của PNCT về thời điểm khám thai và siêu âm thai

Kiến thức	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
3 tháng đầu: Chậm kinh 5 ngày	51	12,0
Chậm kinh từ 7 đến 10 ngày	311	73,0
Càng sớm càng tốt	59	13,8
Không biết	5	1,2
3 tháng giữa: Khi thai được 12 tuần trở đi	107	25,1
Khi thai ở tuần thứ 12, 16, 18 và 22	303	71,1
Thấy thuận tiện thì đi khám	38	8,9
Không biết	3	0,7
3 tháng cuối: Khi thai được 28 tuần tuổi	97	22,8
Khi thai được 32 tuần tuổi	329	77,2
Thấy thuận tiện thì đi khám	58	13,6
Không biết	5	1,2

Khi được hỏi kiến thức về thời điểm khám thai và siêu âm thai trong 3 tháng đầu thì có 73% đối tượng trả lời là khi người phụ nữ chậm kinh từ 7 đến 10 ngày.

Bảng 3. Tỷ lệ PNCT có kiến thức đúng về ngày khám thai hàng tháng

Ngày khám thai	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bất cứ ngày nào trong tháng	259	60,8

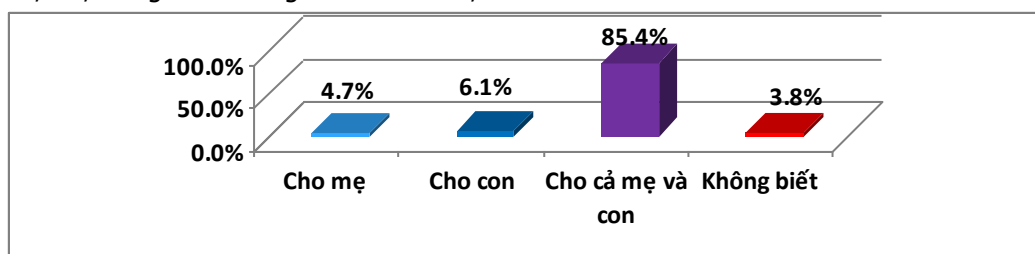
Vào ngày 25 hàng tháng	128	30,0
Thấy tiện thì đi khám	39	9,2
Tổng	426	100,0

Kết quả bảng 3 cho thấy có 60,8% PNCT trả lời có thể khám thai vào bất kỳ ngày nào trong tháng, 30% PNCT trả lời vào ngày 25 hàng tháng.

Bảng 4. Số lần khám thai theo tuổi thai của PNCT

Tuổi thai	Chưa khám		Khám 1 lần		2 lần		3 lần +	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
3 tháng đầu (n=40)	9	22,5	13	32,5	15	37,5	3	7,5
3 tháng giữa (n=314)	9	2,9	39	12,4	128	40,8	138	43,9
3 tháng cuối (n=72)	8	11,1	3	4,2	16	22,2	45	62,5
Tổng	26	6,1	55	12,9	159	37,3	186	43,7

Kết quả bảng 4 cho thấy: trong số 26 PNCT chưa đi khám thai lần nào thì PN đang mang thai 3 tháng đầu chiếm 22,5%; PN mang thai 3 tháng giữa chiếm 2,9% và còn 11,1% PN mang thai 3 tháng cuối chưa đi khám thai lần nào. Tỷ lệ PNCT trong 3 giai đoạn của thai kỳ đã khám 3 lần trở lên chiếm 43,7%, trong đó 3 tháng cuối chiếm 62,5%.



Biểu đồ 1. Kiến thức của PNCT về tác dụng của vaccin phòng uốn ván (n=415)

Kết quả biểu đồ 1 cho thấy: 85,4% PNCT có kiến thức đúng về tác dụng của vaccin phòng uốn ván. 3,8% PNCT trả lời không biết tác dụng của vaccin phòng uốn ván.

Bảng 5. Kiến thức của PNCT về đường lây truyền uốn ván

Đường lây truyền	Số lượng (n=415)	Tỷ lệ (%)
Dụng cụ cắt rốn không sạch	345	83,1
Băng rốn không sạch	247	59,6
Tắm nước không sạch	172	41,6
Không biết	26	6,3

Có 83,1% PNCT trả lời do dụng cụ cắt rốn không sạch, 59,6% trả lời do băng rốn không sạch, 41,6% trả lời do tắm nước không sạch và còn 6,3% PNCT trả lời không biết.

Bảng 6. Kiến thức, thực hành về số mũi vaccin đã tiêm trong lần mang thai này của PNCT

Số mũi tiêm	Kiến thức (n=415)		Thực hành (n=415)	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chưa tiêm			43	10,4
1 mũi	61	14,8	183	44,1
2 mũi	301	72,5	113	27,2
3 mũi trở lên	24	5,7	76	18,3
Không biết	29	7,0		

Có 72,5% PNCT trả lời cần tiêm 2 mũi, 14,8% PNCT trả lời tiêm 1 mũi. Và còn 7% PNCT trả lời không biết. PNCT thực hành tiêm phòng vaccin

UV 1 mũi chiếm 44,1%, 2 mũi trở lên chiếm 45,5% và có 10,4% PNCT chưa tiêm phòng vaccin UV tại thời điểm nghiên cứu.

Bảng 7. Kiến thức của PNCT về chế độ ăn bổ sung các chất dinh dưỡng trong thời gian mang thai

Chế độ ăn uống	Số lượng (n=426)	Tỷ lệ (%)
An như bình thường	46	10,8
An đầy đủ các chất dinh dưỡng	366	85,9
An kiêng	14	3,3
Khác	0	0,0

Có 85,9% PNCT ăn đầy đủ các chất dinh dưỡng trong lần mang thai này, nhưng cũng còn 14,1% PNCT vẫn ăn như chế độ bình thường và ăn kiêng.

Bảng 8. Chế độ ăn của PNCT trong lần mang thai này

Chế độ ăn uống	Số lượng (n=426)	Tỷ lệ (%)
An như bình thường	65	15,3
An tăng thêm nhiều thịt, cá, trứng	347	81,4
Uống thêm sữa bà bầu	171	40,1
Khác (ăn kiêng)	14	3,3

Bảng 8 cho thấy thực tế chế độ ăn của PNCT lần này có 81,4% PNCT ăn thêm nhiều thịt, cá,

trứng trong đó có 40,1% PNCT uống thêm sữa bà bầu. Tỷ lệ PNCT có chế độ ăn bình thường và ăn kiêng 18,6%.

Bảng 9. Chế độ làm việc của các thai phụ trong lần mang thai này

Chế độ làm việc	Số lượng (n=426)	Tỷ lệ (%)
Làm theo khả năng, xen kẽ nghỉ ngơi	30	7,0
Làm như trước khi có thai	383	89,9
Làm việc cho đến lúc sinh	13	3,1

89,9% PNCT trả lời là vẫn làm việc như trước khi có thai, 3,1% PNCT vẫn phải làm việc cho đến lúc sinh con, làm theo khả năng có xen kẽ nghỉ ngơi chiếm tỷ lệ thấp (7,0%)

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian mang thai người phụ nữ rất cần được quan tâm chăm sóc, theo dõi giám sát hơn các đối tượng khác. Một trong những công việc có ý nghĩa nhất của việc chăm sóc thai sản là đi khám thai. Theo chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản ban hành năm 2009 của Bộ Y tế trong quá trình mang thai mỗi thai phụ phải được khám thai ít nhất 3 lần để đánh giá tình trạng của bà mẹ và của thai, lần thứ nhất trong 3 tháng đầu, lần thứ 2 trong 3 tháng giữa và lần thứ 3 trong 3 tháng cuối [1], [2]. Thực hiện hiệu quả được chủ trương này của Bộ Y tế ngoài vai trò của những người làm công tác quản lý thai tại cộng đồng thì vai trò của phụ nữ tại cộng đồng đóng vai trò quan trọng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy 60,8% phụ nữ có thai trả lời là ngày khám thai có thể đến bất cứ ngày nào trong tháng, 30% trả lời khám thai vào ngày 25 hàng tháng và 9,2% trả lời thấy tiện thì đi khám (bảng 2). Mong muốn của phần đông phụ nữ tại cộng đồng là dịch vụ chăm sóc thai nghén luôn phục vụ họ tất cả các ngày trong tuần, trong tháng. Thực tế, cán bộ quản lý thai nghén tại cơ sở kiêm nhiệm nhiều hoạt động của nhiều chương trình khác nhau, biên chế về nhân sự lại bị bó hẹp bởi cơ chế ... nên đây là một khó khăn rất lớn [4].

Kết quả nghiên cứu bảng 3 cho thấy kiến thức đúng của đối tượng nghiên cứu ở cả 3 giai đoạn của thai kỳ đạt từ 71,1% đến 77,2%. Một huyện gần với tuyến tỉnh, nhưng nhận thức của phụ nữ có thai chưa thật cao về thời điểm khám và siêu âm thai. Vì vậy cần đẩy mạnh công tác truyền thông và đặc biệt là tư vấn của hệ thống mạng lưới y tế cơ sở về thời điểm phát hiện, khám và siêu âm thai góp phần làm tốt công tác quản lý thai.

***Kiến thức và thực hành về tiêm phòng uốn ván:**

Uốn ván sơ sinh là bệnh có thể phòng được bằng tiêm phòng vắc xin uốn ván đủ mũi đặc biệt là phụ nữ có thai và như vậy nó liên quan nhiều đến nhận thức và việc hưởng ứng tiêm phòng vắc xin uốn ván của họ [3]. Kết quả biểu đồ 1 cho thấy: Có 85,4% PNCT nhận thức được tiêm phòng uốn ván tốt cho cả mẹ và con. 3,8% không biết tác hại của bệnh. Khi được hỏi về đường lây truyền UV có 83,1% PNCT trả lời do dụng cụ cắt rốn không sạch, còn 6,3% PNCT trả lời không biết (bảng 5). Có 72,5% PNCT trả lời cần tiêm 2 mũi, 14,8% PNCT trả lời tiêm 1 mũi và còn 7% trả lời không biết cần phải tiêm mấy mũi (bảng 6).

Tiêm vắc xin phòng uốn ván cho PNCT là biện pháp cơ bản trong loại trừ UVSS. Ngay từ khi triển khai chương trình Tiêm chủng mở rộng ở Việt Nam, theo khuyến cáo của WHO vắc xin phòng uốn ván được sử dụng để tiêm cho phụ nữ có thai toàn quốc. Việc nâng cao nhận thức cho phụ nữ có thai về việc tiêm phòng vắc xin uốn ván đủ mũi là việc hết sức quan trọng trong việc phòng bệnh uốn ván sơ sinh.

***Kiến thức và thực hành về dinh dưỡng và nghỉ ngơi:**

Kết quả trong bảng 8 cho biết 85,9% PNCT ăn đầy đủ các chất dinh dưỡng trong lần mang thai này, nhưng cũng còn 14,1% PNCT vẫn ăn như chế độ bình thường và ăn kiêng. Thực tế chế độ ăn của phụ nữ có thai lần này có 81,4% PNCT ăn thêm nhiều thịt, cá, trứng trong đó có 40,1% PNCT uống thêm sữa bà bầu. Tỷ lệ phụ nữ có thai có chế độ ăn bình thường và ăn kiêng 18,6%. Đa số PNCT trong nghiên cứu đều có kiến thức về chế độ ăn uống, bồi dưỡng khi có thai nhưng do điều kiện kinh tế gia đình khó khăn nên thực tế họ không được hưởng những chế độ ưu tiên mà lẽ ra họ phải được nhận mà gần như chỉ có gì ăn nấy.

Khi mang thai thì chế độ lao động phù hợp là rất cần thiết, nhưng do điều kiện kinh tế gia đình như mới lập gia đình kinh tế chưa có điều kiện, chưa có thu nhập ổn định hoặc do đặc thù của lao động nông nghiệp là theo mùa vụ nên thời gian nghỉ của phụ nữ không nhiều. Theo chúng tôi, một yếu tố ảnh hưởng không nhỏ đến thời gian làm việc của PNCT trong nghiên cứu đó là ngoài nghề nghiệp chính là nông nghiệp phụ nữ thuộc địa bàn nghiên cứu còn tham gia làm công nhân may tại một số xí nghiệp may tại địa phương, lương ăn theo sản phẩm cho nên việc thu nhập dành dụm thêm kinh tế cho thời gian sau đẻ cũng được phụ nữ quan tâm nhiều. Thực trạng này không chỉ phụ thuộc vào sự tác động

của hệ thống y tế mà phụ thuộc khá nhiều vào điều kiện kinh tế, tuổi tác, số con của bà mẹ và đặc biệt là những phong tục tập quán của địa phương, và hoàn cảnh kinh tế của từng gia đình. Do vậy muốn cải thiện được chế độ ăn nghỉ cho PNCT không chỉ dựa vào sự tuyên truyền giáo dục của y tế mà cần sự tác động của toàn cộng đồng [5], [6].

V. KẾT LUẬN

Trong thời gian có thai, người phụ nữ là chủ thể quan trọng nhất quyết định sức khỏe của chính bản thân họ và thai nhi. Những yếu tố ảnh hưởng trực tiếp và gián tiếp từ cộng đồng như hệ thống chăm sóc và quản lý thai, từ người thân trong gia đình cũng ảnh hưởng không nhỏ tới sức khỏe của phụ nữ và thai nhi. Về phía y tế, trạm y tế các xã mà cụ thể là nhân viên y tế của trạm, đội ngũ y tế thôn cần cung cấp những kiến thức, thông tin về chế độ ăn uống, bồi dưỡng, nghỉ ngơi của bà mẹ có thai góp phần vào trong công tác bảo vệ sức khỏe bà mẹ và trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2015), "Chỉ thị tăng cường chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh nhằm giảm tử vong mẹ, tử vong sơ sinh". Chỉ thị số 01/CT-BYT ngày 09 tháng 01 năm 2015.
2. **Lê Văn Bình, Lê Minh Chính** (2013), "Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến chăm sóc sản khoa thiết yếu cho các bà mẹ ở xã Linh Sơn, huyện Đồng Hỷ, tỉnh Thái Nguyên", Tạp chí Y học thực hành (893) – Số 11/2003.
3. **Cao Xuân Bình, Phạm Thanh Bình** (2015) "Nhận thức, thực hành và khả năng tiếp cận dịch vụ làm mẹ an toàn của phụ nữ có con dưới 24 tháng tuổi tại huyện Mai Sơn – Tỉnh Sơn La năm 2014" Tạp chí Y học thực hành (957) số 4/2015.
4. **Dương Thị Quỳnh Châu** (2014), "Thực trạng hoạt động của CBYT và kiến thức thực hành phòng bệnh uốn ván sơ sinh của phụ nữ có thai tại 4 xã huyện Điện Biên", Luận án Bác sỹ chuyên khoa cấp 2 - Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
5. **Ngô Thị Thu Hà** (2012), "Kiến thức và thực hành về chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em của phụ nữ từ 15-49 tuổi đang nuôi con dưới 3 tuổi tại tỉnh Điện Biên năm 2102", Luận văn Thạc sỹ YTCC khóa 9 (2012) – Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
6. **Phan Bích Nga và CS** (2012) "Tình trạng dinh dưỡng và vi chất dinh dưỡng của phụ nữ mang thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương", Tạp chí Y học thực hành (829) số 7/2012.
7. **Trung tâm Y tế huyện Gia Lộc**, "Báo cáo kết quả hoạt động chăm sóc sức khỏe bà mẹ toàn huyện năm 2014".

ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN VÔ SINH NAM ĐẾN XÉT NGHIỆM TINH DỊCH ĐỒ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Quảng Bắc*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm bệnh nhân vô sinh nam đến xét nghiệm tinh trùng theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới năm 2010 đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $36,25 \pm 6,43$. Bệnh nhân tới khám là cán bộ công chức chiếm tỷ lệ cao nhất 42,4%. Bệnh nhân sinh sống tại Hà Nội tới khám chiếm 47,2%. Vô sinh nguyên phát chiếm phần lớn 69,8%. Số ngày kiêng sinh hoạt tình dục trung bình là $4,27 \pm 1,19$. **Kết luận:** Bệnh nhân vô sinh nam chiếm phần lớn là vô sinh nguyên phát và độ tuổi trung bình là $36,25 \pm 6,43$.

Từ khóa: Tinh dịch đồ.

SUMMARY

*Bệnh viện Phụ sản trung ương
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc
Email: drbacvpstw@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 6.9.2017
Ngày phản biện khoa học: 6.11.2017
Ngày duyệt bài: 15.11.2017

SEMENAL ANALYSIS AMONG INFERTILE COUPLES IN THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: To analyse infertile male semen specimen follow WHO 2010 laboratory manual for examination and processing human semen. **Method:** this is a descriptive study among 288 male partners who had results of semen analysis at NHOG. **Results:** Mean of age was $36,25 \pm 6,43$. Government staff was 42,4%. Living in Hanoi was 47,2%. Spontaneous infertility was 69,8%. Mean of abstinence period was $4,27 \pm 1,19$. **Conclusion:** Most of infertile male was spontaneous and at the mean age of $36,25 \pm 6,43$.

Key words: Semen analysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô sinh là vấn đề của một cặp vợ chồng. Theo ghi nhận của hầu hết y văn và tài liệu trên thế giới, vấn đề vô sinh do nam giới đóng một vai trò khá lớn trong nguyên nhân gây vô sinh. Nó chiếm tỷ lệ gần bằng hoặc tương đương với các nguyên nhân gây vô sinh do nữ, cụ thể 40% nguyên nhân do chồng, 40% nguyên nhân do vợ, do cả hai vợ chồng là 20%.

Suy giảm tinh trùng là một trong những nguyên nhân trực tiếp gây ra vô sinh nam. Sự phát triển công nghiệp hóa xã hội làm môi trường ô nhiễm, cộng thêm lối sống và những loại bệnh ảnh hưởng đến quá trình sinh sản bảo tồn nòi giống của con người đang là những yếu tố ảnh hưởng xấu tới chất lượng tinh trùng [1]. Cho đến nay, phương pháp chính để chẩn đoán vô sinh nam thường dựa trên kết quả của tinh dịch đồ theo tiêu chuẩn của WHO bao gồm các chỉ số về thể tích tinh dịch, mật độ tinh trùng, tỉ lệ tinh trùng di động, tỉ lệ tinh trùng hình dạng bình thường. Tại Việt Nam, tiêu chuẩn đánh giá và xử lý tinh dịch người theo WHO 2010 đã bắt đầu được áp dụng vào giữa năm 2010. Tuy nhiên cho đến nay có rất ít nghiên cứu về việc áp dụng tiêu chuẩn WHO 2010 để đánh giá chất lượng tinh trùng ở cặp vợ chồng đến khám vô sinh [1]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này: "Đặc điểm bệnh nhân vô sinh nam đến xét nghiệm tinh dịch đồ tại trung 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:
 - + Những bệnh nhân vô sinh nam đến xét nghiệm tinh dịch đồ tại labo trung tâm hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Phụ sản Trung ương.
 - + Những bệnh nhân này không sinh hoạt tình dục ít nhất 2 ngày và không quá 7 ngày khi đến làm xét nghiệm. Mẫu tinh dịch được lấy bằng phương pháp thủ dâm tại phòng khám hoặc tại nhà (nếu lấy tại nhà cần mang đến viện trong thời gian 30 phút và được giữ ấm).
 - Tiêu chuẩn loại trừ:
 - + Không đồng ý tham gia nghiên cứu
 - + Mẫu tinh dịch không đạt tiêu chuẩn theo các hướng dẫn nêu trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Là một nghiên cứu mô tả tiến, nghiên cứu được tiến hành tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong thời gian từ tháng 3 đến tháng 9 năm 2014.

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 3 đến tháng 9 năm 2014 chúng tôi thu thập được 288 bệnh nhân đáp ứng được các yêu cầu của nghiên cứu

Bảng 1. Nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
20-35	140	48,6
36-40	81	28,1
> 40	67	23,3

Tổng	288	100,0
Tuổi trung bình: (năm) 36,25±6,43		

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 36,25±6,43, thấp nhất là 23 tuổi, cao nhất là 57 tuổi. Trong đó những bệnh nhân ở độ tuổi 20 đến 35 tới khám chiếm tỷ lệ cao nhất: 48,6%. Nhóm bệnh nhân trên 40 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 23,3%.

Bảng 2. Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

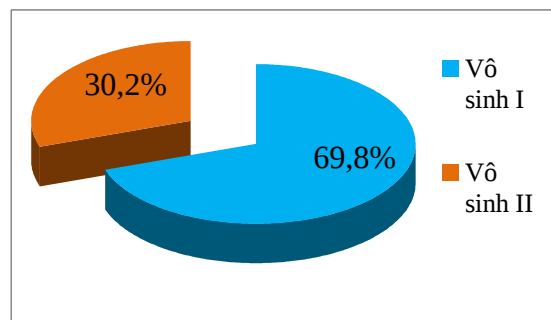
Nghề nghiệp	Số BN	Tỷ lệ %
Cán bộ công chức	122	42,4
Công việc căng thẳng	24	8,3
Tiếp xúc hóa chất độc hại	10	3,5
Lái xe	17	5,9
Bộ đội	26	9,0
Kinh doanh	89	30,9
Tổng	288	100,0

Nhận xét: Bệnh nhân tới khám là cán bộ công chức chiếm tỷ lệ cao nhất 42,4%, kế tiếp là nhóm kinh doanh buôn bán 30,9%. Những nghề khác có tỷ lệ thấp hơn.

Bảng 3. Địa dư của đối tượng nghiên cứu

Địa dư	Số BN	Tỷ lệ %
Hà Nội	136	47,2
Thành thị	46	16,0
Nông thôn	92	31,9
Miền biển	5	1,7
Miền núi	9	3,1
Tổng	288	100,0

Nhận xét: Bệnh nhân sinh sống tại Hà Nội tới khám chiếm tỷ lệ cao nhất 47,2%, tiếp theo là vùng nông thôn chiếm tỷ lệ 31,9%, miền biển có 5 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 1,7%.



Biểu đồ 1. Loại vô sinh của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ vô sinh nguyên phát chiếm phần lớn 69,8% so với tỷ lệ vô sinh thứ phát là 30,2%

Bảng 4. Số ngày kiêng sinh hoạt tình dục của đối tượng nghiên cứu

Số ngày kiêng SHTD	Số BN	Tỷ lệ
--------------------	-------	-------

2-3 ngày	94	32,6
4-5 ngày	158	54,9
6-7 ngày	36	12,5
Tổng	288	100,0
Số ngày kiêng SHTD trung bình: 4,27±1,19		

Nhận xét: Bệnh nhân kiêng sinh hoạt tình dục từ 4-5 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 54,9%, thấp nhất là số đối tượng kiêng sinh hoạt tình dục 6-7 ngày chiếm tỷ lệ 12,5%. Số ngày kiêng sinh hoạt tình dục trung bình là 4,27±1,19.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 36,25±6,43, thấp nhất là 23 tuổi, cao nhất là 57 tuổi. Qua bảng 1 chúng tôi nhận thấy độ tuổi 20 đến 35 tới khám chiếm tỷ lệ cao nhất: 48,6%, đứng thứ hai là nhóm bệnh nhân có độ tuổi 36 đến 40 chiếm tỷ lệ 28,1%, nhóm bệnh nhân trên 40 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 23,3%. Điều này cho thấy tỷ lệ vô sinh nam ở những người trẻ tuổi ngày càng gia tăng và là một vấn đề được quan tâm nhiều hơn. Các nghiên cứu trước đây cũng có kết quả độ tuổi trên 40 chiếm tỷ lệ thấp nhất: nghiên cứu của Nguyễn Xuân Bái (2002) là 18,8% [5], của Lê Thị Hương Liên (2008) là 8,4% [1].

Bệnh nhân tới khám được phân làm 6 nhóm nghề nghiệp chính dựa vào đặc điểm riêng của từng nghề. Qua bảng 2 chúng tôi nhận thấy bệnh nhân tới khám là cán bộ công chức chiếm tỷ lệ cao nhất 42,4%, do bệnh nhân ở nhóm này thường có trình độ học vấn cao, có điều kiện hơn để quan tâm tới sức khỏe sinh sản, họ thường đến khám sớm và lựa chọn dịch vụ tuyến cao nhất. Kế tiếp là nhóm kinh doanh buôn bán tự do 30,9%. Những bệnh nhân có nghề nghiệp bộ đội tới khám chiếm tỷ lệ 9%, qua phỏng vấn họ thường xuyên đi công tác xa nhà nên tần suất sinh hoạt tình dục có giảm hơn so những đối tượng khác. Những bệnh nhân cho biết họ làm việc trong môi trường áp lực, căng thẳng chiếm tỷ lệ 8,3%, tiếp đến là nhóm có nghề nghiệp lái xe 5,9%. Nhóm tới khám ít nhất là những người luôn tiếp xúc môi trường hóa chất độc hại như: thợ sơn, thợ hàn, thuốc trừ sâu chiếm 3,5%.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi những bệnh nhân sinh sống tại Hà Nội tới khám chiếm tỷ lệ cao nhất 47,2%, nhận xét này phù hợp với bảng 2, tỷ lệ những người làm cán bộ công chức chiếm tỷ lệ nhiều nhất. Tiếp theo là vùng nông thôn chiếm tỷ lệ 31,9%, vùng thành thị các tỉnh chiếm 16%. Các đối tượng này chủ yếu làm

nghề tự do. Ít nhất là vùng miền biển có 5 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 1,7% và vùng miền núi có 9 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 3,1%. Những bệnh nhân ở vùng miền xa xôi đi lại khó khăn, ít có điều kiện tiếp xúc với các nguồn thông tin có lợi. Những người này khi có bệnh cho biết điều trị chủ yếu bằng thuốc nam.

Tỷ lệ vô sinh nguyên phát trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 69,8% gần gấp đôi tỷ lệ vô sinh thứ phát là 30,2%. Ta thấy tỷ lệ vô sinh nguyên phát và thứ phát có thay đổi giữa các nghiên cứu. Điều này có thể lý giải có sự khác biệt về thời gian nghiên cứu cũng như mô hình bệnh tật của vùng miền khác nhau, nhu cầu điều trị của người dân khi mắc vô sinh nguyên phát hay thứ phát. Số liệu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu gần đây của Phan Thanh Sơn.

Theo tiêu chuẩn WHO 2010, số ngày kiêng sinh hoạt tình dục trước khi làm xét nghiệm tinh dịch đồ là từ 2-7 ngày. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số ngày kiêng sinh hoạt tình dục trung bình là 4,27±1,19, số ngày kiêng ít nhất là 2 ngày, nhiều nhất là 7 ngày. Điều này được lý giải do địa điểm nghiên cứu tại trung tâm hỗ trợ sinh sản Quốc gia đã triển khai và tuân thủ việc áp dụng theo quy định mới của WHO, số ngày kiêng sinh hoạt tình dục đã được tư vấn cho bệnh nhân kỹ càng trước khi hẹn ngày bệnh nhân tới làm xét nghiệm. Những trường hợp ngoại lệ như việc lấy mẫu khó khăn, nghề nghiệp của bệnh nhân phải đi công tác xa thường xuyên nên số ngày kiêng sinh hoạt tình dục không đảm bảo theo khoảng thời gian trên chúng tôi đều loại ra khỏi nghiên cứu. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương với nghiên cứu của Lê Hoàng Anh và cộng sự năm 2010 là 4,63 ± 2,40 [2].

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân vô sinh nam chiếm phần lớn là vô sinh nguyên phát và độ tuổi trung bình là 36,25±6,43.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Hương Liên (2008)**, *Nghiên cứu chất lượng tinh trùng của nam giới đến khám tại bệnh viện Phụ sản Trung ương và một số yếu tố liên quan*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II – trường đại học Y Hà Nội.
2. **Lê Hoàng Anh, Hồ Mạnh Tường (2013)**, *Phân tích kết quả trên 4060 tinh dịch đồ theo tiêu chuẩn WHO 2010 của các cặp vợ chồng khám hiếm muộn*, www.hosrem.org.vn
3. **Phan Thanh Sơn, Lê Minh Tâm (2014)**, *Nghiên cứu ảnh hưởng của tinh trùng đến chất lượng phôi sau thụ tinh trong ống nghiệm*, *Tạp chí phụ sản*, số 12, tr 102-106.

4. **Hồ Sỹ Hùng (2014)**, *Nghiên cứu hiệu quả phương pháp tiêm tinh trùng vào bào tương noãn bằng tinh trùng lấy từ mào tinh trong điều trị vô sinh*, luận án Tiến sỹ Y học, trường đại học Y HN.
5. **Nguyễn Xuân Bái (2010)**, *Nghiên cứu mối liên quan giữa hình thái tinh trùng với một số thông số của tinh dịch đồ và FSH, LH, Testosteron huyết thanh ở người có tinh dịch đồ bất thường*, Luận án tiến sỹ Y học, trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Vũ Minh Ngọc (2006)**, *Đánh giá kết quả của phác đồ dài kích thích buồng trứng trong thụ tinh trong ống nghiệm tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 1/1/2006 đến 1/6/2006*, luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học, trường Đại học Y Hà Nội.

NGHIÊN CỨU THÀNH PHẦN HÓA HỌC VÀ KHẢ NĂNG KHÁNG KHUẨN CỦA CÂY NGỌC AM

Hồ Ngọc Sơn¹, Nguyễn Đức Minh²

TÓM TẮT

Cây Ngọc Am có nhiều tác dụng dược lý. Tinh dầu Ngọc Am có khả năng ức chế sự phát triển của vi khuẩn, nấm. Sử dụng tinh dầu sát trùng làm vết thương mau lành và không xót. Tuy nhiên khảo sát thành phần hóa học và khả năng kháng khuẩn của tinh dầu cây Ngọc Am còn chưa được nghiên cứu nhiều, đặc biệt tỷ lệ trong các bộ phận của cây. Trong công trình này chúng tôi chiết xuất tinh dầu trong lá, thân và rễ cây Ngọc Am bằng máy sắc khí khối phổ (GC-MS), phân tích thành phần hóa học và đánh giá khả năng kháng với một số loại vi khuẩn và nấm của tinh dầu Ngọc Am. **Kết luận:** tinh dầu trong lá và thân nhiều nhất, trong rễ ít nhất. Tinh dầu cây Ngọc Am đều có chứa các hoạt chất hóa học và có tính kháng khuẩn. Tinh dầu chiết từ thân và rễ cây có khả năng kháng khuẩn tốt hơn tinh dầu chiết từ lá (đối với các chủng vi sinh vật kiểm định).

Từ khóa: Cây Ngọc Am, kháng khuẩn, tinh dầu

SUMMARY

RESEARCH IN CHEMICAL COMPOSITION AND ANTIBACTERIAL OF AMPHIBIANS

Objective: extract, analyze chemical composition and evaluate the antimicrobial properties of essential oil extracted from leaves, stems and roots of Ngoc Am. **Materials and methods:** Ngoc Am essential oil is extracted from leaves, stem and roots of Ngoc Am (Ha Giang - Vietnam) by n-hexane extraction method; Analysis of chemical composition by chromatography - mass spectrometry; Evaluation of antibacterial activity by liquid concentration method. **Results:** Ngoc Am essential oil extracted with n-hexane gave 0.293% (leaf) yield, 0.216% (stem) and 0.037% (root). Active ingredients in leaf oil extracts have 21 active substances, stem has 28 and the root contains 26 active ingredients. The essential oil extracted from Ngoc Am stem and roots has antibacterial activity against *Staphylococcus aureus* and *Bacillus subtilis*. The oil extracted from the leaves of Ngoc Am does not show antibacterial activity with tested bacteria at concentrations lower than or equal to 256 µg/ml. **Conclusion:** extracted essential oils from leaves, stalks and roots of Ylang Yam, the samples contain chemical active ingredients, the oil extracted from the stem and roots are more resistant to *Bacillus* than leaf oil extract (For microbial strains testing).

Keywords: Ngoc Am, Antibacteria, Essential oils

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cây Ngọc Am có tên khoa học là *Cupressus funebris* hay còn gọi là Hoàng Đàn Rủ là loại cây thuộc họ Hoàng Đàn, tên thương mại là Cedarwood. Gỗ Ngọc Am xuất hiện ở vùng núi cao Hoàng Su Phì của Hà Giang và Lạng Sơn. Tinh dầu ngọc am còn có khả năng đông tụ huyết thanh, làm se da và khử trùng và không gây sót nên với người hoại tử loét da do nằm liệt có thể bôi tinh dầu ngọc am để làm se khô vết loét. Tinh dầu cất từ gỗ và rễ cây Ngọc Am được đồng bào H'Mông cất giữ trong nhà và sử dụng như một thứ thuốc "vạn năng": từ việc chữa các vết thương khi đi rừng như bong gân, sai khớp, cầm máu, chống nhiễm trùng đến các bệnh tật như cảm cúm, viêm xoang, đau dạ dày... Mùi thơm từ gỗ Ngọc Am xua đuổi côn trùng tạo mùi thơm dễ chịu đặc trưng nếu để trong phòng.

Do đó, mục tiêu của bài báo này là chiết, phân tích thành phần hóa học và đánh giá khả năng kháng khuẩn của Cây Ngọc Am. Nguyên vật liệu và phương pháp: tinh dầu cây Ngọc Am được chiết từ lá, thân và rễ của cây Ngọc Am (tỉnh Hà Giang – Việt Nam) bằng phương pháp chiết với etanol 60%; phân tích thành phần hóa học bằng sắc ký – khối phổ; đánh giá khả năng kháng khuẩn bằng phương pháp hệ nồng độ trên môi trường lỏng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Nguyên vật liệu, hóa chất và thiết bị

Lá, thân và rễ cây Ngọc Am được lấy từ tỉnh Hà Giang -Việt Nam. Các loại khuẩn: *Staphylococcus aureus* (ATCC 13709), *Bacillus subtilis* (vi khuẩn Trực khuẩn cỏ) - (Việt Nam), *Lactobacillus fermentum* (N4) - (Việt Nam), *Salmonella enterica* (vi khuẩn gam -) - (Việt Nam), *Escherichia coli* (ATCC 25922) - (Việt Nam), *Pseudomonas Aeruginosa* (ATCC 15442) - (Việt Nam), *Candida albicans* (ATCC 10231) - (Việt Nam). Môi trường nuôi cấy: MHB (Mueller-Hinton Broth)- Mast Group (Anh), MHA (Mueller-Hinton Agar) – Mast Group (Anh), TSB (Tryptic Soy Broth) – Merck (Đức), TSA (Tryptic Soy Agar)- Merck (Đức), SDB (Sabouraud-2% dextrose broth) -Merck (Đức), SA (Sabouraud-4% dextrose agar) - Merck (Đức).

Hóa chất: dung môi n-hexan - Merck (Đức)

Thiết bị: máy cô quay chân không Buchi R-

¹Đại học Nông Lâm Thái Nguyên

²Bệnh viện chăm cứu trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Ngọc Sơn

Email: hosonpt@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 31.10.2017

Ngày duyệt bài: 14.11.2017

210/215 (Buchi – Thụy Sĩ), bao gồm: thân máy chính, bể điều nhiệt B491, bơm chân không V700, bộ điều khiển V-850, bể làm lạnh tuần hoàn F-105.

Hệ thống sắc ký – khối phổ- Shimadzu (Nhật)

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1 Chiết xuất tinh dầu: Nguyên liệu thô và dung môi theo tỷ lệ (4,5 lít/kg) được ngâm vào bình thủy tinh trong 14 ngày ở 25°C. Quá trình ngâm được lặp lại 4 lần sau đó lọc lấy dung dịch. Dung dịch được cất thu hồi dung môi dưới áp lực sẽ thu được tinh dầu có lẫn sáp và một số tạp chất khác và thường ở thể đặc, được gọi là "concrete oil" trên thị trường. Hòa tan concrete oil bằng cồn cao độ, tinh dầu sẽ tan trong cồn, để lạnh, lọc bỏ phần sáp, phần dung dịch còn lại được đem cất kéo hơi nước, phần còn lại là tinh dầu.

2.2 Phân tích đánh giá tinh dầu: Phân tích trên máy Hệ thống sắc ký – khối phổ- Shimadzu (Nhật), Viện Hóa học Công nghệ Việt Nam.

2.3. Thử độ kháng khuẩn

- Các chủng vi khuẩn dùng để thử nghiệm:
- *Bacillus subtilis* (ATCC 6633): trực khuẩn gram (+).
- *Staphylococcus aureus* (ATCC 13709): cầu khuẩn gram (+).
- *Lactobacillus fermentum* (N4): vi khuẩn gram (+).
- *Escherichia coli* (ATCC 25922): vi khuẩn gram (-).
- *Pseudomonas aeruginosa* (ATCC 15442): vi khuẩn gram (-).
- *Salmonella enterica*: vi khuẩn gram (-).
- Nấm *Candida albicans* (ATCC 10231).

Môi trường nuôi cấy gồm: MHB (Mueller-Hinton Broth), MHA (Mueller-Hinton Agar); TSB (Tryptic Soy Broth); TSA (Tryptic Soy Agar) cho vi khuẩn; SDB (Sabouraud-2% dextrose broth) và SA (Sabouraud-4% dextrose agar) cho nấm.

Thử hoạt tính: Lấy 10 µl dung dịch mẫu thử cho vào các giếng (đĩa 96 giếng), thêm 20ml

dung dịch chứa vi khuẩn và nấm nồng độ 5.10^5 CFU/ml, ủ ở 37°C/24h.

- Xử lý kết quả

- Giá trị MIC được xác định tại giếng có nồng độ thấp nhất ức chế sự phát triển của vi khuẩn, nấm.

- Giá trị IC₅₀ được tính toán dựa trên số liệu đo được của môi trường nuôi cấy bằng máy quang phổ TECAN và phần mềm raw data.

$$OD_{test} - OD_{control(+)}$$

$$IC (%) = 100 \times \frac{OD_{control(-)} - OD_{control(+)}}{OD_{control(-)} - OD_{control(+)}}$$

- Giá trị được xác định bằng số khuẩn lạc trên đĩa thạch.

Chất tham khảo (chứng)

- Kháng sinh Ampicillin cho các chủng vi khuẩn Gram (+).

- Kháng sinh Cefotaxim cho các vi khuẩn Gram (-).

- Kháng nấm Nystatin cho các chủng nấm thử nghiệm.

Nghiên cứu được tiến hành tại Phòng Hóa sinh ứng dụng – Viện Hóa học – Viện Hàn Lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kết quả chiết xuất tinh dầu: Tinh dầu được chiết bằng dung môi n-hexan qua hệ máy cô quay chân không Buchi R-210/2015, cho hiệu suất của các phần lá, thân và rễ như sau:

- Lá cây Ngọc Am: 0,293 %
- Thân cây Ngọc Am: 0,216 %
- Rễ cây Ngọc Am: 0,037 %

2. Kết quả phân tích thành phần hóa học tinh dầu: Tinh dầu thu được đã tiến hành phân tích sắc ký khối phổ GC-MS cho thấy thành phần có chứa nhiều hoạt chất khác nhau. Phần lá có chứa 21 hoạt chất; phần thân chứa 28 hoạt chất và phần rễ chứa 26 hoạt chất.

Bảng 1. Kết quả phân tích thành phần hóa học các chất trong lá cây Ngọc Am

Stt	Hoạt chất	RT	Are%
1	Naphthalene, 1,2,3,5,6,7,8,8a-octa	5,75	0,68
2	Ergost – 5-en-3-ol, 22,23-dimethyl	11,41	0,27
3	Naphthalene	11,61	0,46
4	Cyclohexanol	11,82	0,80
5	Bicyclo [7.2.0] undec – 4-ene	12,84	0,84
6	2(1H) – naphthalenone, octahydro-4a-cyclohexane	13,75	0,32
7	Camphene	13,83	0,38
8	Cyclohexene	14,04	9,86

Bảng 2. Kết quả phân tích thành phần hóa học một số chất trong thân cây Ngọc Am

Stt	Hoạt chất	RT	Are%
1	Pentane	1,09	1,92
2	Cyclohexane	1,19	5,08
3	Ylangene alpha	10,37	2,01
4	Ylangene Ylangene	10,50	1,34

5	Naphthalene	11,24	0,42
6	1H-cycloprop[e] azulene	11,68	0,78
7	2,4,6-octatriene	11,78	1,18
8	Naphthalene, 1,2,3,5,6,7,8,8a -exahydr	11,98	1,09
9	ylangene	12,48	0,48
10	Cedrol	12,68	0,88
11	Naphthalene, decahydro - 2- methyl	12,79	14,77
12	Cedrol	13,07	0,92
13	4,7-methanoazulene	13,25	1,97
14	Cyclohexanol, 2-methyl-5-(1-methyl	17,39	17,61
15	Tricyclo [4.3.1.13,8] undecane -1-car	20,98	0,14

Bảng 3. Kết quả phân tích thành phần hóa học một số chất trong rễ cây Ngọc Am

Stt	Hoạt chất	RT	Are%
1	Borane	0,80	10,63
2	Alpha-pinene	1,34	1,43
4	Naphthalene, 1,2,3,5,6,7,8,8a -octa	5,41	0,53
5	Bicyclo [4,1,0] heptane, 7-(1-methyl	5,49	0,17
6	Caryophyllene	6,47	0,94
7	Camphene	6,70	0,79
8	1,3-cyclohexadiene, 1-methyl 1-4-(1-	6,90	1,59
9	Cyclohexanol, 3-ethenyl - 3-methyl -2	7,71	0,86
10	Bicycle [2.2.1] heptane, 2-chloro-1	10,61	0,21
11	Camphene	12,32	18,20

3. Kết quả đánh giá khả năng kháng khuẩn của tinh dầu**Bảng 4. Kết quả thử nghiệm khả năng kháng khuẩn của tinh dầu cây Ngọc Am**

Tên mẫu	Giá trị IC ₅₀ đối với các chủng vi sinh vật (µg/ml)			
	Gram (+)			Nấm
	<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Candida albican</i>	<i>Lactobacillus fermentum</i>	<i>Candida albican</i>
T1-NA	27,78	24,89	>256	>256
L1-NA	>256	>256	>256	>256
R1-NA	15,39	23,34	>256	>256
Tên mẫu	Gram (-)			
	<i>Salmonella enterica</i>	<i>Escherichia coli</i>	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	
T1-NA	>256	>256	>256	
L1-NA	>256	>256	>256	
R1-NA	>256	>256	>256	

- Mẫu lá cây Ngọc Am không thể hiện hoạt tính kháng các chủng vi sinh vật kiểm định ở nồng độ thấp hơn hoặc bằng 256 µg/ml.

- Mẫu thân cây Ngọc Am thể hiện hoạt tính kháng một số chủng vi khuẩn gram (+) với giá trị IC₅₀ với nồng độ 27,78 µg/ml và 24,89 µg/ml. Với gram (-) không thể hiện hoạt tính kháng các chủng vi sinh vật kiểm định ở nồng độ thấp hơn hoặc bằng 256 µg/ml.

- Mẫu rễ cây Ngọc Am thể hiện hoạt tính kháng một số chủng vi khuẩn gram (+) với giá trị IC₅₀ với nồng độ 15,39 µg/ml và 23,34 µg/ml. Với gram (-) không thể hiện hoạt tính kháng các chủng vi sinh vật kiểm định ở nồng độ thấp hơn hoặc bằng 256 µg/ml.

IV. KẾT LUẬN

Đã chiết xuất được tinh dầu từ lá, thân và rễ Cây Ngọc Am, các mẫu đều có chứa các hoạt chất hóa học và có tính kháng khuẩn. Tinh dầu chiết từ thân và rễ cây có khả năng kháng khuẩn tốt hơn tinh dầu chiết từ lá (đối với các chủng vi sinh vật kiểm định).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hadacek, F., Greger, H. (2000), "Test of antifungal natural products methodologies, comparability of result and assay choice", *Phytochem. Anal.*, 90, 137-147.
2. Pual Cos, Louis Maes, Jean-Bosco Sindambiwe, et al (2005). "Bioassay for antibacterial and antifungal activities"; Laboratory for Microbiology, Parasitology and Hygien, Faculty of

Pharmaceutical, Biomedical and Veterinary Sciences, University of Antwerp, Belgium,1-13.

TÌNH HÌNH CHUYỂN VIỆN TUYẾN TRÊN TẠI BỆNH VIỆN QUẬN TÂN PHÚ, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2016

Lương Văn Sinh¹, Đinh Thanh Hưng¹, Nguyễn Văn Tập²

TÓM TẮT

Mục tiêu. Đánh giá tình hình chuyển viện tuyến trên tại bệnh viện Quận Tân Phú, thành phố Hồ Chí Minh năm 2016. **Phương pháp.** Khảo sát 15.861 hồ sơ bệnh án từ 01/01/2016-31/12/2016 tại bệnh viện quận Tân Phú, thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả.** Tỷ lệ chuyển viện tuyến trên tại bệnh viện quận Tân Phú năm 2016 là 8,5% tổng số lượt bệnh nội trú trong toàn viện, trong đó, tỷ lệ chuyển tuyến trên tại khoa Nội với 47,5%; tại khoa Nhi là 17,4%; khoa Ngoại là 14,9%; khoa Hồi sức Cấp cứu là 13,5% và khoa Sản là 6,7%. Một số bệnh chuyển tuyến trên thường gặp gồm viêm ruột thừa cấp, sốt xuất huyết Dengue, viêm phổi, xuất huyết tiêu hóa trên, viêm phế quản cấp, nhồi máu cơ tim, nhiễm trùng đường ruột, chuyển dạ/sinh và bệnh phổi nghẽn tắc mãn tính. Cần có một số giải pháp hoạt động trong kế hoạch phát triển bệnh viện nhằm điều trị hiệu quả, giảm tỷ lệ chuyển tuyến trên, đặc biệt là các bệnh chuyển viện thường gặp.

Từ khóa: chuyển viện tuyến trên, bệnh viện quận Tân Phú.

SUMMARY

SITUATION OF HOSPITAL TRANSFER FROM TAN PHU HOSPITAL TO HIGHER LEVEL HOSPITALS, 2016

Objective. Evaluating situation of hospital transfer from Tan Phu hospital to higher level hospitals, 2016. **Methods.** Survey of 15,861 patient records from January 01, 2016 to January 31, 2016 at Tan Phu District Hospital, Ho Chi Minh City. **Results.** Proportion of hospital transfer from tan phu hospital to higher level hospitals, 2016 was 8.5% of the total number of inpatient hospitalization in the whole hospital, of which, proportion of hospital transfer in the Internal department was 47.5%; in Pediatrics department was 17.4%; Surgery department was 14.9%; Emergency department was 13.5% and Obstetrics department was 6.7%. Some common diseases include acute appendicitis, dengue hemorrhagic fever, pneumonia, upper gastrointestinal bleeding, acute bronchitis, myocardial infarction, intestinal infection, delivery and chronic obstructive pulmonary disease. There should be a number of solutions in the hospital development plan for effective treatment, reducing proportion of hospital transfer, especially the common hospital referral.

Keywords. hospital transfer, Tan Phu hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng tăng cao, dẫn đến tình trạng quá tải xảy ra thường xuyên ở nhiều bệnh viện [4]. Tình trạng vượt tuyến hiện là vấn đề rất bức thiết trong ngành y tế và gây nhiều khó khăn trong giải quyết vấn đề quá tải bệnh viện, do vậy việc nâng cao năng lực chuyên môn và chất lượng khám chữa bệnh tại các bệnh viện tuyến dưới là giải pháp cần thiết trong các nỗ lực giảm tải bệnh viện và nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người dân. Kết quả tổng kết hoạt động năm 2016 tại bệnh viện Quận Tân Phú cho thấy ở các khoa đều vượt chỉ tiêu giường bệnh, số lượng bệnh nhân ngày càng tăng lên [2], đòi hỏi cần có nhiều cải tiến chất lượng cũng như các định hướng phát triển chiến lược nhằm phục vụ người dân tốt nhất và nâng cao hiệu quả trong khám chữa bệnh. Nhằm cung cấp các cơ sở để tham mưu cho bệnh viện về các hoạt động trong kế hoạch phát triển bệnh viện trong thời gian sắp tới, đồng thời cung cấp tổng quan về tình hình chuyển viện tại các bệnh viện tuyến quận/huyện tại thành phố Hồ Chí Minh nói chung, nghiên cứu này được thực với mục tiêu: “đánh giá tình hình chuyển viện tuyến trên tại bệnh viện Tân Phú, 2016”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng: Bệnh nhân điều trị nội trú hoặc được cấp cứu tại bệnh viện Quận Tân Phú từ 01/01/2016 – 31/12/2016.

Cỡ mẫu: Nghiên cứu này tiến hành thu thập thông tin từ tất cả hồ sơ bệnh án bao gồm 15.861 người bệnh đến khám và điều trị nội trú, hoặc được cấp cứu tại bệnh viện quận Tân Phú từ ngày 01/01/2016 đến 31/12/2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Nội dung nghiên cứu. Tiến hành thống kê và phân tích các dữ liệu từ hồ sơ bệnh án được lưu trữ tại phòng Kế hoạch Tổng hợp, bệnh viện Quận Tân Phú về tình hình bệnh tật, tỷ lệ và các đặc điểm của người bệnh được chuyển viện tuyến trên.

Các chỉ số nghiên cứu. Khảo sát một số đặc điểm dân số xã hội của bệnh nhân gồm giới tính,

¹Bệnh viện Quận Tân Phú, TP HCM

²Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lương Văn Sinh

Email: drsinh2001@yahoo.com

Ngày nhận bài: 13.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.11.2017

Ngày duyệt bài: 13.11.2017

tuổi, học vấn, nghề nghiệp...; tình hình chuyển viện tuyến trên được mô tả qua tỷ lệ % so với tổng số lượt điều trị bệnh nội trú tại bệnh viện trong năm 2016, một số bệnh chuyển viện thường gặp theo ICD-10, một số bệnh chuyển viện tuyến theo khoa, giới tính và nhóm tuổi...

2.3. Xử lý và phân tích dữ liệu: Các dữ liệu được nhập và quản lý bằng phần mềm EXCEL 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 Ban Lãnh đạo và Hội đồng khoa học công nghệ bệnh viện Quận Tân Phú.

III. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm của người bệnh được chuyển viện tuyến trên năm 2016

Kết quả tỷ lệ giới nam là 50,2% và nữ 49,8%. Về nhóm tuổi, tỷ lệ cao nhất ở nhóm tuổi 15-60 tuổi là 47,6%, tiếp đến là nhóm trên 60 tuổi với 34,6%; dưới 6 tuổi là 11,4% và nhóm 6-15 tuổi là 6,5%. Về nghề nghiệp, phần nhiều là người già, hưu trí với 26,9%; trẻ nhỏ 13,4%; tự do kinh doanh là 8,9% và học sinh sinh viên 8,1%. Về nơi cư trú hiện tại, hầu hết đang cư trú tại quận Tân Phú với 60,2%; ở quận Bình Tân 12,2%, quận Tân Bình 6,6%. Có 21,0% đang sinh sống tại quận huyện khác trong thành phố hoặc tại các tỉnh thành lân cận.

Tỷ lệ người bệnh được chuyển viện đi có bảo hiểm y tế là 76,5%.

3.2. Tình hình chuyển viện tuyến trên trong toàn viện năm 2016

Bảng 1. Tình hình chuyển viện đến và đi tại bệnh viện Tân Phú năm 2017

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
Chuyển viện đi	1.343	8,5
Chuyển viện đến	3.542	22,3
Không chuyển viện	10.976	69,2
Tổng số lượt bệnh	15.861	100

Tỷ lệ chuyển viện đi chiếm 8,5% và chuyển viện đến là 22,3% tổng số lượt khám chữa bệnh nội trú trong toàn viện năm 2016

Bảng 2. Các bệnh chuyển viện đi thường gặp trong toàn viện theo ICD-10 (n=1.343)

STT	Tên bệnh	ICD 10	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Viêm ruột thừa cấp	K35	69	5,1
2	Sốt xuất huyết Dengue	A91	64	4,8
3	Viêm phổi do vi trùng	J15	58	4,3
4	Viêm phổi không xác định	J18	57	4,3
5	Xuất huyết tiêu hóa trên	K22.6	47	3,5
6	Viêm phế quản cấp	J20	43	3,2
7	Nhồi máu cơ tim	I21	42	3,1
8	Nhiễm trùng đường ruột	A04	33	2,5
9	Chuyển dạ/sinh	O80	33	2,5
10	Bệnh phổi nghẽn tắc mạn tính	J44	33	2,5

Các bệnh chuyển viện tuyến trên thường gặp gồm viêm ruột thừa cấp 5,1%; sốt xuất huyết Dengue 4,8%; viêm phổi do vi khuẩn 4,3%; viêm phổi không xác định 4,3%; xuất huyết tiêu hóa trên 3,5%; viêm phế quản cấp 3,2%; nhồi máu cơ tim 3,1%; nhiễm trùng đường ruột 2,5%; chuyển dạ/sinh 2,5%; bệnh phổi nghẽn tắc mạn tính 2,5%.

Bảng 3. Tỷ lệ các mức độ của các bệnh chuyển viện đi thường gặp

Loại bệnh	Đỡ, giảm		Không đổi		Nặng hơn		Tổng
	SL	%	SL	%	SL	%	
Viêm ruột thừa cấp	6	8,7	59	85,5	4	5,4	69
Sốt xuất huyết Dengue	9	14,1	42	65,6	13	20,3	64
Viêm phổi do vi trùng	4	6,9	48	82,8	6	10,3	58
Viêm phổi không xác định	8	14,0	49	86,0	0	0,0	57
Xuất huyết tiêu hóa trên	4	8,5	41	87,2	2	4,3	47
Viêm phế quản cấp	6	13,9	37	86,1	0	0,0	43
Nhồi máu cơ tim	7	16,7	35	83,3	0	0,0	42
Nhiễm trùng đường ruột	6	17,6	28	82,4	0	0,0	34
Theo dõi chuyển dạ/sinh	1	2,9	16	47,1	17	50,0	34
Bệnh phổi nghẽn tắc mạn tính	2	6,1	31	93,9	0	0,0	33
Nhồi máu não	2	7,1	26	92,9	0	0,0	33
Chung	154	11,5	1.106	82,4	83	6,1	1.343

Hầu hết người bệnh được chuyển lên tuyến trên sau khi điều trị không thay đổi với 82,4%; tỷ lệ đỡ hoặc giảm là 11,5% và nặng hơn là 6,1%. Với bệnh sốt xuất huyết có 14,1% được điều trị đỡ giảm, tuy nhiên 20,3% nặng hơn; với bệnh viêm phổi do vi khuẩn, tỷ lệ điều trị không đổi là 82,6% và nặng hơn là 10,3%; với bệnh viêm ruột thừa cấp, tỷ lệ không khỏi là 85,5% và nặng hơn là 5,4%; với chuyển dạ/sinh, tỷ lệ sản phụ được chuyển tuyến khi tình trạng khó khăn hơn là 50,0%.

Bảng 4. Tỷ lệ chuyển viện đi theo khoa

STT	Khoa điều trị	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Khoa Nội	638	47,5
2	Khoa Ngoại	200	14,9
3	Khoa Sản	90	6,7
4	Khoa Nhi	233	17,4
5	Khoa Hồi sức Cấp cứu	182	13,5
Tổng số		1.343	100

Tỷ lệ chuyển tuyến trên sau khi điều trị tại khoa Nội với 47,5%; tỷ lệ điều trị tại khoa Nhi là 17,4%; khoa Ngoại là 14,9%; khoa Hồi sức Cấp cứu là 13,5%; khoa Sản là 6,7%.

Bảng 5. Các cơ sở tuyến trên thường được chỉ định chuyển bệnh nhân tới (n=1.343)

STT	Tên cơ sở	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Bệnh viện Nhân dân 115	537	40,0
2	Bệnh viện Nhi đồng 1	212	15,8
3	Bệnh viện Cấp cứu Trưng Vương	134	10,0

4	Bệnh viện Hùng Vương	82	6,1
5	Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch	80	6,0
6	Bệnh viện Chợ Rẫy	69	5,1
7	Bệnh viện Nhiệt đới Tp.HCM	43	3,2
8	Bệnh viện Bình Dân	36	2,7
9	Bệnh viện Nhi đồng 2	28	2,1
10	Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình	26	1,9

Các bệnh viện thường được chỉ định chuyển tới gồm bệnh viện Nhân dân 115 với tỷ lệ 40,0%; bệnh viện Nhi đồng 1 là 15,8%; bệnh viện Cấp cứu Trưng Vương 10,0%; bệnh viện Hùng Vương 6,1%; bệnh viện Phạm Ngọc Thạch 6,0% và bệnh viện Chợ Rẫy 5,1%.

3.3. Tình hình chuyển viện tuyến trên theo giới tính và tuổi

Một số bệnh chuyển viện tuyến trên theo ICD-10: Ở nữ gồm viêm phổi không xác định 5,1%; chuyển dạ/sinh 5,1%; viêm ruột thừa cấp 4,8%; sốt xuất huyết Dengue 4,2%; theo dõi thai 3,7%; viêm phổi do vi khuẩn 3,6%; viêm phế quản cấp 3,6%; nhồi máu cơ tim 3,6%; nhiễm trùng ruột 2,4%; nhồi máu não 2,2%.

Ở nam gồm viêm ruột thừa cấp 5,5%; sốt xuất huyết Dengue 5,4%; xuất huyết tiêu hóa trên 5,2%; viêm phổi do vi khuẩn 5,1%; bệnh phổi nghẽn tắc mãn tính 4,2%; viêm phổi không xác định 3,4%; nhồi máu cơ tim 3,0%; viêm phế quản cấp tính 2,8%; nhiễm trùng đường ruột 2,7%, ngưng tim 2,5%.

Bảng 6. Một số bệnh chuyển viện trên thường gặp theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	STT	Tên bệnh	ICD 10	Số lượng	Tỷ lệ %
Dưới 6 tuổi (n=153)	1	Viêm phổi do vi trùng	J15	47	30,7
	2	Hen phế quản	J45	14	9,2
	3	Sốt co giật	R56.0	14	9,2
	4	Viêm tiểu phế quản cấp tính	J21	12	7,8
	5	Viêm họng cấp	J02	7	4,6
6-dưới 15 tuổi (n=88)	1	Sốt xuất huyết Dengue	A91	19	33,3
	2	Viêm ruột thừa cấp	K35	9	10,3
	3	Viêm phổi do vi trùng	J15	5	5,6
	4	Viêm tiểu phế quản cấp tính	J21	4	4,6
	5	Xuất huyết tiêu hóa trên	K22.6	3	3,5
15-dưới 60 tuổi (n=639)	1	Viêm ruột thừa cấp	K35	54	8,5
	2	Theo dõi chuyển dạ/sinh	O80	34	5,3
	3	Sốt xuất huyết Dengue	A91	28	4,4
	4	Theo dõi mang thai	Z34	25	3,9
	5	Xuất huyết tiêu hóa trên	K22.6	23	3,6
≥ 60 tuổi (n=463)	1	Viêm phổi không xác định	J18	44	9,5
	2	Bệnh phổi nghẽn tắc mãn tính	J44	31	6,7
	3	Viêm tiểu phế quản cấp	I21	27	5,8
	4	Viêm phế quản cấp tính	J20	21	4,5
	5	Xuất huyết tiêu hóa trên	K22.6	20	4,3

Một số bệnh chuyển tuyến trên thường gặp theo ICD-10:

Ở nhóm dưới 6 tuổi gồm viêm phổi do vi khuẩn 30,7%; hen phế quản 9,2%; sốt co giật 9,2%; viêm tiểu phế quản cấp tính 7,8% và viêm họng cấp tính 4,6%.

Ở nhóm từ 6-15 tuổi gồm sốt xuất huyết Dengue 33,3%; viêm ruột thừa cấp 10,3%; viêm phổi do vi khuẩn 5,6%; viêm tiểu phế quản cấp 4,6%, xuất huyết tiêu hóa trên 3,5%.

Ở nhóm 15-60 tuổi theo thứ tự gồm viêm ruột thừa cấp 8,5%; chuyển dạ/sinh 5,3%; sốt xuất huyết Dengue 4,4%; theo dõi mang thai 3,9%, xuất huyết tiêu hóa trên 3,6%.

Ở nhóm từ 60 tuổi trở lên gồm viêm phổi không xác định 9,5%; bệnh phổi nghẽn tắc mạn tính 6,7%; viêm tiểu phế quản cấp 5,8%; viêm phế quản cấp 4,5% và xuất huyết tiêu hóa trên 4,3%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của người bệnh được chuyển viện tuyến trên

Về một số đặc điểm của người bệnh chuyển viện tuyến trên, kết quả cho thấy tỷ lệ nam gần như tương đương với nữ, tỷ lệ nhóm tuổi dưới 6 tuổi là cao với 11,4% trong khi nhóm 6-15 tuổi ít hơn khoảng 1/2 so với nhóm dưới 6 tuổi, phù hợp với tình hình khám chữa bệnh tại bệnh viện trong năm, tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm trẻ em nhiều hơn, kết quả gợi ý rằng những kế hoạch về cơ sở vật chất cũng như nhân lực, kỹ thuật chuyên môn nhằm nâng cao năng lực khám chữa bệnh trong nhi khoa. Khảo sát này còn thể hiện 34,6% thuộc nhóm từ 60 tuổi trở lên, việc điều trị các bệnh ở người cao tuổi tại bệnh viện tuyến quận huyện nói chung còn gặp khó khăn. Về nghề nghiệp, phần nhiều là người già và trẻ nhỏ. Về nơi cư trú hiện tại, tỷ lệ người bệnh đến từ các quận huyện, tỉnh thành khác là cao với 39,8%, đa số là từ quận lân cận gồm Bình Tân, Tân Bình...

4.2. Tình hình chuyển viện tuyến trên năm 2016 tại bệnh viện quận Tân Phú

Tỷ lệ chuyển viện tuyến trên năm 2016 tại bệnh viện quận Tân Phú là 8,5% tổng số lượt bệnh nội trú tại bệnh viện trong năm, trong đó, tỷ lệ chuyển tuyến trên sau khi điều trị tại khoa Nội cao nhất với 47,5%; tiếp đến là khoa Nhi là 17,4%; khoa Ngoại là 14,9%; khoa Hồi sức Cấp cứu là 13,5% và khoa Sản là 6,7%. Kết quả này phù hợp với danh mục kỹ thuật theo phân tuyến kỹ thuật tại bệnh viện trong năm [2]. Theo quy định, người bệnh được chuyển lên tuyến trên khi bệnh không phù hợp với năng lực chẩn đoán và điều trị, danh mục kỹ thuật đã được phê duyệt

hoặc bệnh phù hợp nhưng do tình hình khách quan không thể chẩn đoán và điều trị được [3]. Qua khảo sát, hầu hết các bệnh nhân được các bác sỹ chỉ định chuyển tuyến, chỉ một số ít bệnh nhân xin chuyển lên tuyến trên.

Thống kê cho thấy một số bệnh chuyển viện tuyến trên thường gặp gồm viêm ruột thừa cấp, sốt xuất huyết Dengue, viêm phổi, xuất huyết tiêu hóa trên, viêm phế quản cấp, nhồi máu cơ tim, nhiễm trùng đường ruột, chuyển dạ/sinh, bệnh phổi nghẽn tắc mạn tính và nhồi máu não. Kết quả này gợi ý về những hoạt động trong kế hoạch phát triển của bệnh viện trong thời gian tới, cần đầu tư trang thiết bị, kỹ thuật chuyên môn nhằm điều trị hiệu quả những bệnh này. Trước lúc chuyển viện, hầu hết người bệnh đã điều trị một thời gian nhưng kết quả không thay đổi với 82,4%; tỷ lệ đỡ hoặc giảm là 11,5%. Bệnh viện cần có những giải pháp cải tiến cần thiết nhằm sớm xác định và chuyển viện tuyến trên kịp thời với các trường hợp không phù hợp với năng lực chẩn đoán và danh mục kỹ thuật. Ngoài ra, đối với bệnh sốt xuất huyết có 14,1% được điều trị đỡ giảm, tuy nhiên 20,3% số bệnh nhân nặng hơn; với bệnh viêm phổi do vi khuẩn, hầu hết người bệnh sau điều trị mà tình trạng bệnh không đổi là 82,6% và nặng hơn là 10,3%; với bệnh viêm ruột thừa cấp, tỷ lệ không khỏi là 85,5% và nặng hơn là 5,4%; với chuyển dạ/sinh, tỷ lệ sản phụ được chuyển tuyến trên khi tình trạng khó khăn hơn với 50,0%.

4.3. Tình hình chuyển viện tuyến trên theo giới tính, nhóm tuổi

Về tình hình chuyển viện tuyến trên theo giới tính, có sự khác biệt giữa hai giới, một số bệnh chuyển viện tuyến trên theo ICD-10 ở giới nữ gồm viêm phổi, chuyển dạ/sinh, viêm ruột thừa cấp, sốt xuất huyết Dengue, theo dõi mang thai, viêm phế quản cấp tính..., trong khi ở giới nam gồm viêm ruột thừa cấp, sốt xuất huyết Dengue, xuất huyết tiêu hóa trên, viêm phổi, bệnh phổi nghẽn tắc mạn tính, nhồi máu cơ tim 3,0%...

Về tình hình chuyển viện tuyến trên theo tuổi, một số bệnh chuyển viện tuyến trên thường gặp ở nhóm dưới 6 tuổi gồm viêm phổi do vi khuẩn 30,7%; hen phế quản 9,2%; sốt co giật 9,2%; viêm tiểu phế quản cấp 7,8% và viêm họng cấp 4,6%; trong khi ở nhóm 6-15 tuổi gồm sốt xuất huyết Dengue 33,3%; viêm ruột thừa cấp 10,3%; viêm phổi do vi khuẩn 5,6%; viêm tiểu phế quản cấp 4,6% và xuất huyết tiêu hóa trên 3,5%. Theo báo cáo của Nguyễn Thanh Thiện [6], trong 6 tháng đầu năm 2016 tại bệnh viện Nhi Đồng 2, tỷ lệ các bệnh nhi được chuyển tuyến đến bệnh viện này mắc các bệnh nội khoa

là 67,3%; bệnh ngoại khoa là 22,3% và bệnh tim mạch 10,4%; các nguyên nhân chuyển đến thường gặp gồm sinh non 19,7%; nhiễm trùng sơ sinh, nhiễm trùng huyết 16,1%; viêm phổi 8,2%; tắc ruột, teo ruột 5,9%; suy hô hấp 5,8%... Các so sánh này cho thấy sự khác biệt về tình hình các bệnh được chuyển viện tuyến trên tại bệnh viện Quận Tân Phú so với các địa phương khác, cần phát triển năng lực chuyên môn cũng như trang thiết bị nhằm điều trị hiệu quả một số bệnh như đã nêu ở trên ở lứa tuổi trẻ em.

Kết quả một số bệnh chuyển tuyến trên thường gặp ở nhóm 15-60 tuổi gồm viêm ruột thừa cấp tính, chuyển dạ/sinh, sốt xuất huyết Dengue, theo dõi mang thai và xuất huyết tiêu hóa trên; ở nhóm từ 60 tuổi trở lên gồm viêm phổi không xác định, bệnh phổi nghẽn tắc mạn tính, viêm tiểu phế quản cấp, viêm phế quản cấp và xuất huyết tiêu hóa trên.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ chuyển viện tuyến trên tại bệnh viện quận Tân Phú năm 2016 là 8,5% tổng số lượt bệnh nội trú trong toàn viện, trong đó, tỷ lệ chuyển tuyến trên tại khoa Nội với 47,5%; tại khoa Nhi là 17,4%; khoa Ngoại là 14,9%; khoa

Hồi sức Cấp cứu là 13,5% và khoa Sản là 6,7%. Một số bệnh chuyển tuyến trên thường gặp gồm viêm ruột thừa cấp, sốt xuất huyết Dengue, viêm phổi, xuất huyết tiêu hóa trên, viêm phế quản cấp, nhồi máu cơ tim, nhiễm trùng đường ruột, chuyển dạ/sinh và bệnh phổi nghẽn tắc mạn tính. Cần có một số giải pháp hoạt động trong kế hoạch phát triển bệnh viện nhằm điều trị hiệu quả, giảm tỷ lệ chuyển tuyến trên, đặc biệt là các bệnh chuyển viện thường gặp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Quận Tân Phú (2016)** Báo cáo mô hình bệnh tật tại bệnh viện Quận Tân Phú năm 2016.
2. **Bệnh viện Quận Tân Phú (2016)** Báo cáo tổng kết hoạt động năm 2016, bệnh viện Quận Tân Phú.
3. **Bộ Y Tế (2016)** Thông tư số 14/2014/TT-BYT về quy định việc chuyển tuyến giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
4. **Chính phủ Việt Nam (2013)** Quyết định số 92/QĐ-TTg ngày 09/01/2013 về Phê duyệt đề án giảm quá tải bệnh viện giai đoạn 2013 – 2020.
5. **Huỳnh Thuận (2015)** Phân tích tình hình chuyển tuyến tại bệnh viện Nhi Quảng Nam năm 2014-2015, Bệnh viện Nhi Quảng Nam, Tam Kỳ-Quảng Nam.
6. **Nguyễn Thanh Thiện (2016)** Tình hình chuyển tuyến bệnh sơ sinh tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 01-06 năm 2016, Bệnh viện Nhi Đồng 2, Thành phố Hồ Chí Minh.

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN CÔNG TÁC Y TẾ TRƯỜNG HỌC Ở CÁC TRƯỜNG TIỂU HỌC VÀ TRUNG HỌC CƠ SỞ TẠI THÀNH PHỐ MỸ THO, TỈNH TIỀN GIANG NĂM 2017

Huỳnh Thiên Ân*, Tạ Văn Trầm**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hoạt động y tế trường học chưa triển khai đúng theo Thông tư quy định và chưa phát huy được hết hiệu quả của nó trong việc chăm sóc sức khỏe ban đầu cho học sinh trong các trường học. **Mục tiêu:** Phân tích các yếu tố ảnh hưởng trong công tác y tế trường học ở các trường Tiểu học và trường Trung học cơ sở tại thành phố Mỹ Tho, tỉnh Tiền Giang năm 2017. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 35 cán bộ Y tế trường học (YTTH) của các trường Tiểu học và Trung học cơ sở tại thành phố Mỹ Tho đồng ý tham gia nghiên cứu. Thu thập số liệu thứ cấp từ các báo cáo đánh giá công tác YTTH từ các trường; phỏng vấn sâu theo bộ câu hỏi bán cấu

trúc có sẵn. **Kết quả:** Cơ chế chính sách hiện nay chủ yếu thực hiện theo Thông tư liên tịch số 13/TTLT-BYT-BGDĐT quy định về thực hiện công tác YTTH. 25,71% cán bộ YTTH có trình độ chuyên môn Y sĩ đáp ứng theo quy định hiện hành. Cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc thiết yếu phục vụ cho YTTH chủ yếu là trang bị các phòng y tế theo quy định nhưng chưa hoạt động hiệu quả theo yêu cầu. Nguồn kinh phí chủ yếu từ việc trích lại của BHYT cho hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu cho học sinh. Sự phối hợp giữa ngành Y tế và ngành giáo dục còn mờ nhạt. Chưa vận động được sự ủng hộ và tham gia tích cực của địa phương. **Kết luận:** Cơ chế chính sách, nguồn nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc thiết yếu, nguồn kinh phí và các bên liên quan có ảnh hưởng trong công tác y tế trường học ở các trường Tiểu học và trường Trung học cơ sở tại thành phố Mỹ Tho, tỉnh Tiền Giang.

Từ khóa: Y tế trường học, Tiền Giang.

SUMMARY

FACTORS AFFECTING THE HEALTHCARE ACTIVITIES IN ELEMENTARY AND JUNIOR

*Trường Cao đẳng Y tế Tiền Giang
 **Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang,
 Chịu trách nhiệm chính: Tạ Văn Trầm
 Email: tavantram@gmail.com
 Ngày nhận bài: 13.9.2017
 Ngày phản biện khoa học: 6.11.2017
 Ngày duyệt bài: 21.11.2017

HIGH SCHOOLS IN MY THO CITY, TIEN GIANG PROVINCE, IN 2017

Background: School healthcare activities have not been implemented in accordance with the Circular and have not been fully utilized in the primary health care for students. **Objective:** Analyze factors affecting the healthcare activities in elementary and junior high school in My Tho city, Tien Giang province, in 2017. **Method:** Use cross sectional study on 35 School Healthcare officials from elementary and junior high schools in My Tho city, who agrees to join the study. Collect secondary data in School Healthcare evaluation reports from schools and pre-defined questionnaires. **Results:** The current policies and mechanisms are mainly implemented in accordance with Joint Circular No. 13/TTLT-BYT-BGDDT which regulates the practice of traditional medicine. 25.71% of medical staffs have medical qualification satisfying the current regulations. Physical facilities, equipment, essential drugs for the School Healthcare are mainly prescribed medical equipment but they are not as effective as required. Funding is mainly from the reimbursement of health insurance for primary health care for students. The coordination between the health sector and the education sector is blurred. We have not been able to mobilize local support and active participation yet. **Conclusion:** All the mechanisms, policies, human resources, facilities, equipment, essential drugs, funding sources and other stakeholders are factors affecting the school healthcare activities in elementary and junior high school in My Tho City, Tien Giang Province.

Keywords: School healthcare, Tien Giang.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các hoạt động về công tác y tế trường học trước đây được thực hiện theo Thông tư liên tịch số 18/2011/TTLT-BGDĐT-BYT ngày 28/4/2011 của Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Y tế quy định các nội dung đánh giá công tác y tế trường học tại các trường học [1]. Kể từ ngày 30 tháng 6 năm 2016 công tác này được thực hiện theo thông tư liên tịch số 13/2016/TTLT-BGDĐT-BYT ngày 12/5/2016 Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Y tế quy định các nội dung đánh giá công tác y tế trường học tại các trường bao gồm: quy định về cơ sở vật chất, trang thiết bị, môi trường học tập, chăm sóc y tế có liên quan đến sức khỏe của học sinh trong trường học [2]. Trên địa bàn thành phố Mỹ Tho có 24 trường tiểu học (có 01 trường khuyết tật) và 12 trường Trung học cơ sở, chỉ có 15 cán bộ chuyên trách chiếm 40% và chỉ có 16 có chuyên môn Y, dược (trong đó có 9 cán bộ là Y sĩ chiếm 25,7%). Việc triển khai các hoạt động y tế trường học còn gặp nhiều khó khăn, bất cập. Mạng lưới nhân viên y tế trường học thiếu về số lượng và chưa đảm bảo về chất

lượng. Phần lớn cán bộ y tế trường học là giáo viên hoặc Kế toán kiêm nhiệm chưa được đào tạo về chuyên môn ngành Y. Các hoạt động y tế trường học chủ yếu tập trung vào việc phát thuốc thông thường, truyền thông giáo dục sức khỏe, các trường phải kết hợp với y tế địa phương tổ chức khám sức khỏe định kỳ cho học sinh. Hoạt động y tế trường học chưa triển khai đúng. Nghiên cứu về thực trạng hoạt động y tế trường học tại thành phố Mỹ Tho là nhiệm vụ cần thiết, nó giúp trả lời cho các vấn đề nêu trên và cũng giúp cho các nhà quản lý và hoạch định chính sách đẩy mạnh các hoạt động y tế trường học nhằm nâng cao sức khỏe cho học sinh. Cho đến nay chưa có một nghiên cứu nào về việc triển khai hoạt động y tế trường học tại thành phố Mỹ Tho. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Các yếu tố ảnh hưởng đến công tác y tế trường học ở các trường tiểu học và trung học cơ sở tại thành phố Mỹ Tho, tỉnh Tiền Giang năm 2017*". **Mục tiêu nghiên cứu:** Phân tích các yếu tố ảnh hưởng trong công tác y tế trường học ở các trường Tiểu học và trường Trung học cơ sở tại thành phố Mỹ Tho, tỉnh Tiền Giang năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Các cán bộ đang thực hiện công tác Y tế trường học trong các trường Tiểu học và trường Trung học cơ sở trên địa bàn thành phố Mỹ Tho, tỉnh Tiền Giang, từ tháng 01/2017 – tháng 07/2017.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Cán bộ Y tế trường học tại các trường Trung học cơ sở và trường Tiểu học.

Tiêu chuẩn loại trừ: các đối tượng được lựa chọn nhưng không đồng ý tham gia nghiên cứu và cán bộ Y tế trường học tại trường khuyết tật.

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

Chọn mẫu và Cỡ mẫu: Nghiên cứu được tiến hành trên tất cả cán bộ YTTH của các trường Tiểu học và Trung học cơ sở tại thành phố Mỹ Tho đồng ý tham gia nghiên cứu (35 cán bộ).

Phương pháp và công cụ thu thập số liệu: Thu thập số liệu thứ cấp từ các báo cáo đánh giá công tác YTTH từ các trường; phỏng vấn sâu theo bộ câu hỏi bán cấu trúc có sẵn.

Xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm SPSS (18.0).

III. KẾT QUẢ

Đặc điểm về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân viên YTTH

Đặc điểm của ĐTNC	N	%
Giới tính:	35	100
- Nam	6	17,14
- Nữ	29	82,86
Dân tộc: kinh	35	100
Hình thức:	35	100
- Chuyên trách	14	40,0
- Kiêm nhiệm	20	57,14
- Hợp đồng	1	2,86
Lĩnh vực chuyên môn:	35	100
- Y sĩ	9	25,71
- Ngành sức khỏe	7	20,00
- Ngành khác	19	54,29
Trình độ chuyên môn	35	100
- Đại học, Cao đẳng	17	48,57
- Trung cấp	18	51,43
Tuổi	36,91 ± 11,74	Nhỏ nhất: 23; Lớn nhất: 60
Số năm công tác	13,29 ± 11,74	Nhỏ nhất: 0; Lớn nhất: 37
Số năm YTTH	6,57 ± 8,04	Nhỏ nhất: 0; Lớn nhất: 34

Nhận xét: Nhân viên làm công tác YTTH tại thành phố Mỹ Tho tỉnh Tiền Giang chủ yếu là nữ (chiếm tỷ lệ 82,86% và có sự khác biệt về giới tính làm công tác YTTH với $p < 0,001$), tuổi trung bình 36,91.

Bảng 2. Đặc điểm trường tiểu học và Trung học cơ sở tại thành phố Mỹ Tho

Đặc điểm của trường	Tiểu học	THCS	Chung
Số trường	23	12	35
Số lớp học	449	324	773
Số giáo viên	818	739	1.557
Số học sinh	16.535	13.316	29.851
Số học sinh trung bình trong 01 lớp	36,83	41,1	38,61
Số học sinh trung bình 01 giáo viên	20,21	18,02	19,17

Nhận xét: Qua nghiên cứu cho thấy trong 35 trường có 12 trường THCS và 23 trường Tiểu học với tổng số lớp học là 773, số giáo viên là 1.557 và tổng số học sinh 29.851, số học sinh trung bình trong mỗi lớp là 38 học sinh và tỷ lệ học sinh trên giáo viên là 1:19 (thấp hơn so với chuẩn của Bộ GDĐT là 1:35).

Các yếu tố ảnh hưởng trong công tác YTTH ở các trường Tiểu học và trường Trung học cơ sở tại thành phố Mỹ Tho, tỉnh Tiền Giang năm 2017

Tại các trường có cán bộ được đào tạo chuyên ngành y tế, phối hợp tốt cùng giáo viên: Cơ bản đội ngũ giáo viên đoàn kết tâm huyết với chuyên môn, thường xuyên quan tâm đến sức khỏe học sinh. Phối hợp tốt với cán bộ YTTH khi phát hiện học sinh có biểu hiện sức khỏe kém. Tuân thủ tốt việc lồng ghép các nội dung tuyên truyền giáo dục sức khỏe trong các giờ dạy chính khóa. Liên hệ với cán bộ YTTH để được tư vấn về việc xử trí các học sinh mắc các bệnh truyền nhiễm tại lớp. "Y sĩ có chuyên môn nên có thể thăm khám các triệu chứng và các bệnh thông thường, có thể đánh giá và tiên lượng tình hình sức khỏe của học sinh khi có bệnh. Ban giám hiệu và đồng nghiệp có ủng hộ. Có sự phối hợp của giáo viên Sinh học và giáo viên Giáo dục công dân lồng ghép các nội dung

tuyên truyền và Giáo dục sức khỏe vào các giờ giảng chính khóa" (ý kiến cán bộ YTTH trường Tiểu học Thái Sanh Hạnh và Trường THCS Trung An)

Thiếu cán bộ chuyên trách YTTH được đào tạo về chuyên ngành y tế tại các trường là khó khăn trong hoạt động YTTH: Khó khăn lớn nhất hiện nay là không có nhân lực YTTH chuyên trách và chuyên môn ngành Y, rất khó khăn trong việc sơ cấp cứu cho học sinh. Kinh phí dành cho YTTH rất khó khăn không đủ tiền hợp đồng với 1 Y sĩ chuyên trách để làm công tác YTTH. Giáo viên kiêm nhiệm nên việc thực hiện công tác YTTH là rất khó khăn. Không có chuyên môn ngành y nên khó khăn trong việc trang bị tủ thuốc đúng quy.

Nhân lực cho công tác quản lý của cấp tỉnh còn thiếu: TTYTDP tỉnh chủ trì các đợt kiểm tra công tác YTTH có mời cán bộ phụ trách công tác YTTH của Sở GDĐT, TTYT thành phố, phòng GDĐT đi cùng, chỉ đi được một số trường lớn, thông thường đến một trường thuận lợi, một

trường khó khăn nhất, còn những trường nhỏ giao cho trạm y tế xã/phường cùng với nhà trường thành lập đoàn giám sát, đánh giá công tác YTTH tại các trường học. Vì vậy chất lượng kiểm tra, giám sát công tác YTTH còn hạn chế. Thông thường một năm tổ chức kiểm tra, giám sát một lần và đầu học kỳ 2 của năm học.

Các trường có kinh phí cho hoạt động YTTH rất hạn hẹp: Kinh phí hạn hẹp tùy theo từng loại trường và số lượng học sinh của trường mà kinh phí nhiều hay ít khác nhau. Ngân sách được cấp chủ yếu từ quỹ bảo hiểm y tế của học sinh phải chi khám sức khỏe đầu năm là 20.000 đồng/học sinh cho đơn vị y tế khám sức khỏe, ngoài ra còn phải chi nhiều khoản khác nữa như sơ cấp cứu, chi mua thuốc nhỏ mắt natriclorid 0,9% mua bông băng cotton gạc, chi mua tài liệu cho hoạt động truyền thông đồ dùng tối thiểu, tập huấn chuyên môn, mua và sửa chữa máy lọc nước.

Công tác vận động tham gia BHYT: Công tác vận động tham gia BHYT rất khó khăn, những trường hợp phụ huynh quá khó khăn không tham gia được nhà trường sẽ thực hiện xã hội hóa từ trợ giúp của địa phương hoặc các mạnh thường quân tài trợ. Do đặc điểm tại các trường hợp khó khăn chủ yếu Phụ huynh học sinh là người lao động có ít kiến thức không hiểu nhiều về BHYT kết hợp với khó khăn về kinh tế chủ yếu là lo mưu sinh không quan tâm đến chăm sóc sức khỏe nên vận động tham gia BHYT là rất khó khăn. "Việc BHYT cấp thẻ trẻ gây nhiều khó khăn cho hoạt động y tế tại trường và ảnh hưởng đến học sinh. Có trường hợp đồng ý cấp thẻ miễn phí từ tháng 8 nhưng mãi đến tháng 12 mới cấp thẻ và thời hạn tính từ tháng 12, có nghĩa học sinh đã mất từ 3 đến 4 tháng" (theo ý kiến cán bộ YTTH phòng GDĐT).

Cơ chế chính sách: Đánh giá công tác YTTH chưa phù hợp: do có nhiều tiêu chí đánh giá là do yếu tố khách quan (tiếng ồn, khói bụi, mùi hôi ô nhiễm...), nhà trường không thay đổi được do được cấp, các trường không đồng ý những tiêu chí này nhưng trừ điểm đành chịu. Đưa ra các tiêu chí kiểm tra, đánh giá, nhưng không có biện pháp khắc phục do đó chưa phù hợp (các tiêu chí: bàn ghế, khói bụi, mùi hôi, tiếng ồn...).

Cơ chế phối hợp: Sự phối hợp giữa các ban ngành trong công tác YTTH còn nhiều khó khăn. Đa số các ý kiến đều thống nhất hiện tại chỉ có ngành Y tế và Giáo dục, nhà trường là tham gia chủ yếu vào công tác YTTH, còn chính quyền, đoàn thể ít tham gia. Các đối tượng cũng cho

biết ngành Y tế tham gia khám sức khỏe ban đầu, cấp cứu và khám chữa bệnh cho học sinh, phối hợp và tham gia công tác vệ sinh môi trường tại trường học còn ngành Giáo dục chủ yếu tổ chức, phối hợp cụ thể bằng các văn bản, chỉ đạo. Mặc dù có sự ủng hộ của phụ huynh nhưng mức độ phối hợp các bên chưa tốt chủ yếu là đưa học sinh đi điều trị chuyên khoa khi có thông báo từ nhà trường.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại các trường Tiểu học và Trung học cơ sở tại thành phố Mỹ Tho tỉnh Tiền Giang với 35 Trường được nghiên cứu, trong đó có 24 trường Tiểu học và 12 trường THCS. Về đặc điểm cán bộ làm công tác Y tế trường học tại địa bàn nghiên cứu trong đó tỷ lệ nữ cao hơn nam với 82,86% là nữ và 17,14% nam, có 14 cán bộ chuyên trách công tác YTTH chiếm 40%. Tuy nhiên chỉ có 9 cán bộ là Y sĩ chiếm 25,7% với số năm kinh nghiệm công tác trung bình là 13,29 năm trong đó kinh nghiệm làm Y tế trường học trung bình là 6,5 năm.

Các yếu tố ảnh hưởng trong công tác YTTH ở các trường Tiểu học và trường Trung học cơ sở tại thành phố Mỹ Tho, tỉnh Tiền Giang năm 2017

Cơ chế chính sách: Theo thông tư 35/2006/TTLT-BGDĐT-BNV ngày 23/8/2006 của Bộ trưởng Bộ Giáo dục và Đào tạo và Bộ Nội vụ hướng dẫn định mức biên chế viên chức ở các cơ sở giáo dục phổ thông công lập, đối với các trường THCS. Mỗi trường được bố trí 3 biên chế: 1 văn thư và thủ quỹ, 1 kế toán, 1 YTTH và cũng tại khoản a, mục 2 Điều 8 của thông tư liên tịch số 13/2016/TTLT-BGDĐT-BYT ngày 12/5/2016 của Bộ Giáo dục và Đào tạo và Bộ Y tế quy định rõ nhân viên làm công tác YTTH phải có trình độ Y sĩ thuộc biên chế chính thức của nhà trường hoặc phải ký hợp đồng với Trạm y tế xã/phường nhưng hiện nay tỉnh Tiền Giang chưa bố trí được biên chế cho nhân viên YTTH có trình độ Y sĩ theo quy định. Đây cũng là một khó khăn lớn nhất cho việc triển khai các hoạt động YTTH nói chung và các trường trên địa bàn thành phố Mỹ Tho nói riêng.

Nguồn nhân lực: Thiếu và không chuyên: cụ thể chỉ có 9 nhân viên YTTH là chuyên môn Y sĩ chuyên trách. Nhân viên kiêm nhiệm không có chuyên môn y nên rất khó khăn trong việc sơ cấp cứu, phát hiện các bệnh học đường hoặc các bệnh thông thường, họ chỉ làm công tác hành chính là chủ yếu, chỉ có khả năng tham gia hỗ

trợ các hoạt động YTTH hoặc làm với sự hỗ trợ, không tự thực hiện các hoạt động YTTH.

Mặt khác, không có tiền bồi dưỡng cho các nhân viên kế toán và giáo viên làm kiêm nhiệm công tác YTTH, đây cũng là điểm hạn chế, không động viên khích lệ tinh thần làm việc hết mình cho công tác YTTH, bên cạnh đó quyền lợi về thi đua khen thưởng hàng năm cũng bị hạn chế do xếp ở vị trí rất thấp (chỉ trên bảo vệ và phục vụ). Hầu hết các nhân viên YTTH hiện tại là làm "trái nghề" chuyên môn Y chiếm tỷ lệ không cao, chỉ có 25,7% số nhân viên YTTH có chuyên môn Y sĩ và do kiêm nhiệm nên họ không có đủ thời gian cần thiết dành cho công tác YTTH. Kết quả nghiên cứu của các tác giả khác cũng cùng quan điểm này.

Cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc thiết yếu phục vụ cho YTTH: Thiếu trang thiết bị, chưa có phòng y tế riêng, thiếu thuốc là những ý kiến thường được nêu khi phỏng vấn sâu các đối tượng. Đa số, các đối tượng đều thống nhất ý kiến là hiện tại cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc dành cho công tác YTTH còn thiếu thốn, chưa đảm bảo phục vụ chăm sóc sức khỏe cho học sinh tại trường.

Kết quả cho thấy chỉ có trường TH Mỹ Hòa, TH Long Hòa, TH Thới Sơn và THCS Thới Sơn là chưa có phòng Y tế riêng biệt. Các trường khác đều đã trang bị được phòng Y tế (mặc dù có một số trường dùng chung với phòng Đoàn hoặc Kế toán nhưng vẫn đảm bảo diện tích phòng 12 m², có một giường bệnh, 1 bàn làm việc, 1 tủ thuốc nhưng không có thuốc thiết yếu. Có 100% nhà trường có tủ thuốc nhưng các tủ thuốc này rất sơ sài (chỉ có bông băng cotton gạc, dầu gió, thuốc nhỏ mắt natriclorid 0.9%) không có đủ thuốc thiết yếu theo quy định của Bộ Y tế đối với một tủ thuốc học đường. Nhà trường có tủ thuốc nhưng không được mua thuốc vì không có chuyên môn y tế, đa số nhân viên YTTH là kế toán, sư phạm, theo Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24/11/2014 của Bộ Y tế và Bộ Tài chính nếu không có chuyên môn Y sĩ trở lên thì không được thanh quyết toán tiền mua thuốc.

Nguồn kinh phí: Kết quả cho thấy kinh phí dành cho YTTH còn rất hạn hẹp. Ngân sách bình quân mỗi trường/năm học 2016-2017 là 26.685.865 đồng, bình quân cho 1 học sinh/năm học 2016-2017 là 31.300 đồng. Trong tổng số 31.300 đồng thì phải chi khám sức khỏe ban đầu cho đơn vị y tế khám sức khỏe thực hiện còn lại phải chi rất nhiều khoản chi khác. Theo kết quả phỏng vấn hiệu trưởng, nhân viên y tế trường

học tại các trường trên địa bàn thành phố Mỹ Tho cho biết, kinh phí hoạt động cho YTTH chủ yếu là được trích từ Bảo hiểm y tế học sinh. Khoảng kinh phí được trích lại trường mỗi năm là 7% tiền BHYT học sinh tham gia. Trong khi đó, với nguồn kinh phí hạn hẹp cần phải chi trả cho các hoạt động chuyên môn chăm sóc, bảo vệ, tư vấn sức khỏe cho học sinh (sơ cấp cứu, chỉ mua thuốc, tổ chức khám sức khỏe định kỳ, chỉ mua tài liệu cho hoạt động truyền thông, mua trang thiết bị y tế, đồ dùng tối thiểu, tập huấn chuyên môn cho cán bộ y tế...); chi trả tiền lương, phụ cấp cho cán bộ YTTH. Điều này là một trong những yếu tố khó khăn, khiến các hoạt động của YTTH chưa được triển khai thường xuyên, hoạt động lẻ tẻ, hiệu quả chưa cao [3], [4]. Kinh phí từ Bảo hiểm y tế cấp cho các trường thường muộn, không đáp ứng kịp thời để nhà trường tổ chức khám sức khỏe định kỳ cho học sinh, do vậy đã ảnh hưởng đến công tác quản lý, chăm sóc sức khỏe học sinh [5].

Các bên liên quan: Chủ yếu là phối hợp giữa ngành y tế và giáo dục:

Sở Giáo dục và Đào tạo: có trách nhiệm chỉ đạo, triển khai các hoạt động YTTH trên địa bàn tỉnh như Chỉ đạo các phòng Giáo dục và Đào tạo, các đơn vị trên địa bàn tỉnh thực hiện công tác y tế, vệ sinh trường học. Phối hợp Sở Y tế trong việc: đào tạo mới và đào tạo lại đội ngũ cán bộ YTTH, kiểm tra, giám sát, đánh giá công tác y tế trong các đơn vị trường học trên địa bàn tỉnh;

Sở Y tế: có trách nhiệm chủ trì, phối hợp Sở GDĐT trong việc kiểm tra, giám sát, đánh giá việc thực hiện công tác YTTH trên địa bàn tỉnh. Giao cho TTYTDP tỉnh là đầu mối trong việc phối hợp, tham mưu thực hiện về công tác YTTH theo quy định của Bộ Y tế. Thông thường một năm tổ chức đi kiểm tra, giám sát một lần vào đầu năm học; TTYTDP tỉnh cũng là đầu mối trong công tác đào tạo, đào tạo lại, bồi dưỡng cán bộ YTTH, thông thường một năm tổ chức tập huấn 1 lần vào cuối tháng 9 hoặc tháng 10 (PVS cán bộ YTTH của phòng Giáo dục và Đào tạo thành phố). Kết quả phân tích ở trên cho thấy sự phối hợp liên ngành trong công tác Y tế trường học còn thiếu và yếu. Khó khăn lớn nhất cho các trường khi thực hiện công tác YTTH là không có hành lang pháp lý thực hiện.

Phụ huynh học sinh: Việc phối hợp của phụ huynh là chưa tốt do ý thức chưa cao nên việc phối hợp chưa tích cực. Do điều kiện thời gian và kinh phí có hạn nên chúng tôi chưa đo được diện tích các phòng học; chiều cao của các bàn, ghế học sinh; chưa tính được hệ số chiều cao giữa

bàn và ghế xem có phù hợp với chiều cao của học sinh THCS hay không? Mặt khác cũng chưa đo được hệ số chiếu sáng, độ bụi xem có đạt tiêu chuẩn theo quy định? Chưa kiểm tra, đánh giá được hết hệ thống vệ sinh công cộng tại các trường. Đây cũng là điểm hạn chế của đề tài.

V. KẾT LUẬN

Cơ chế chính sách: Có nhiều văn bản pháp lý đã đề cập về vai trò của các Bộ, ban ngành trong thực hiện công tác YTTH. Hiện nay chủ yếu thực hiện theo Thông tư liên tịch số 13/TTLT-BYT-BGDĐT quy định về thực hiện công tác YTTH tuy nhiên còn có một số nội dung đánh giá còn nhiều bất cập về các tiêu chí về phòng học, phòng học bộ môn, bàn ghế, nhà ăn, căng tin, nhà bếp, kho chứa thực phẩm.

Nguồn nhân lực: 25,71% cán bộ YTTH có trình độ chuyên môn Y sĩ đáp ứng theo quy định hiện hành. Nguồn nhân lực chủ yếu là giáo viên, kế toán, văn thư... kiêm nhiệm không có chuyên môn Y.

Cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc thiết yếu phục vụ cho YTTH: Chủ yếu là trang bị các phòng y tế theo quy định nhưng chưa hoạt động hiệu quả theo yêu cầu do hạn chế về kinh phí và chuyên môn nên rất khó khăn trong việc mua sắm trang thiết bị, thuốc thiết yếu theo quy định để phục vụ công tác sơ cấp cứu và chăm sóc sức khỏe cho học sinh.

Nguồn kinh phí: Nguồn kinh phí chủ yếu từ việc trích lại của BHYT cho hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu cho học sinh.

Các bên liên quan: Sự phối hợp giữa ngành Y tế và ngành giáo dục còn mờ nhạt. Chưa vận động được sự ủng hộ và tham gia tích cực của địa phương. Hoạt động phối hợp chủ yếu là trường và Trạm Y tế địa phương, kể đến là phối

hợp giữa TTYTDP tỉnh, TTYT thành phố với phòng GDĐT thành phố. Các hoạt động phối hợp còn phụ thuộc vào ngành y tế và nguồn tài trợ. Phụ huynh học sinh chưa tích cực tham gia cùng với nhà trường để chăm lo sức khỏe cho học sinh. Hoạt động chủ yếu là đưa học sinh đi khám chuyên khoa khi được thông báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Giáo dục và Đào tạo và Bộ Y tế (2011)**, Thông tư liên tịch số 18/2011/TTLT-BGDĐT-BYT ngày 28/4/2011 của Bộ GDĐT và Bộ Y tế quy định các nội dung đánh giá công tác Y tế trường học tại các trường học, ngày 28/4/2011.
2. **Bộ Giáo dục và Đào tạo và Bộ Y tế (2016)**, Thông tư liên tịch số 13/2016/TTLT-BGDĐT-BYT ngày 12/5/2016 của Bộ GDĐT và Bộ Y tế quy định các nội dung đánh giá công tác Y tế trường học tại các trường học, ngày 12/5/2016.
3. **Chu Văn Thắng (2009)**, Nghiên cứu thực trạng công tác y tế trường học ở Việt Nam và đề xuất mô hình quản lý phù hợp, Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp Bộ.
4. **Lê Thị Thanh Hương (2008)**, Nghiên cứu thực trạng công tác y tế trường học phổ thông tại huyện Tam Nông tỉnh Phú Thọ năm học 2007-2008, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Lưu Văn Dũng (2016)**, Đánh giá việc triển khai một số hoạt động Y tế trường học ở các trường trung học cơ sở tại thành phố Tuyên Quang tỉnh Tuyên Quang năm 2016, Luận văn chuyên khoa II Tổ chức và Quản lý y tế, đại học Y tế công cộng HN.
6. **Nguyễn Cảnh Phú (2013)**, Nghiên cứu thực trạng công tác Y tế trường học tại thành phố Vinh, tỉnh Nghệ An, Tạp chí Y học thực hành (872)-Số 6/2013, tr 25-27.
7. **Nguyễn Đình Sơn, Trần Bá Thanh, Hồ Thị Thanh Hiếu và cộng sự (2012)**, Nghiên cứu đánh giá yếu tố vệ sinh trường học tại các trường tiểu học, trung học cơ sở và trung học phổ thông tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2012, Trung tâm Y tế dự phòng Thừa Thiên Huế, Trung tâm Y tế huyện Phú Lộc, Trung tâm Y tế học đường.

HẠCH TOÁN CHI PHÍ TRƯỜNG HỢP ĐỀ THƯỜNG VÀ MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN, HÀ NỘI (2012-2014)

Chu Phúc Thi¹, Phạm Lê Tuấn², Hoàng Hải¹

TÓM TẮT

Kết quả hạch toán chi phí trường hợp đề thường và mổ lấy thai tại bệnh viện Thanh Nhàn, 2012-2014 đã cho thấy chi phí hạch toán một trường hợp đề

thường tính đủ, theo các năm 2012, 2013 và 2014 lần lượt là 1.605.150 đồng, 1.748.519 đồng, và 1.921.626 đồng; mức hạch toán khấu trừ ngân sách nhà nước cấp là 1.153.267 đồng, 1.275.436 đồng và 1.482.667 đồng. Chi phí hạch toán tính đủ một trường hợp mổ lấy thai, lần lượt theo các năm 2012, 2013 và 2014 là 3.188.427 đồng; 3.656.601 đồng và 4.053.877 đồng và mức hạch toán khấu trừ ngân sách nhà nước cấp là 2.286.389 đồng, 2.676.883 đồng, và 3.104.881 đồng. Chi phí cho nhân lực, thuốc/VTYT, và chi phí các xét nghiệm/PTTT đi kèm là các câu phần chi lớn nhất so với tổng chi phí. Phần chi cho bảo dưỡng, duy tu trang thiết bị chỉ chiếm gần 2% so với tổng chi phí.

¹Học viện Quân y

²Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Chu Phúc Thi

Email: thichu70@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.10.2017

Ngày duyệt bài: 6.11.2017

Từ khóa: hạch toán chi phí, đẻ thường, mổ lấy thai, bệnh viện Thanh Nhàn

SUMMARY

COST ACCOUNTING FOR NORMAL DELIVERY AND CESAREAN SECTION AT THANH NHAN HOSPITAL, HANOI (2012-2014)

The results of research on the cost accounting for normal delivery and cesarean section cases at Thanh Nhan Hospital, 2012-2014, showed that the cost accounting for a vaginal delivery (at full cost), for the years of 2012, 2013 and 2014 is VND 1,605,150, VND 1,748,519, and VND 1,921,626, respectively; and the cost after excluding state budget grant is VND 1,153,267, VND 1,275,436, and VND 1,482,667. The cost accounting for a cesarean section (at full cost), for the years of 2012, 2013 and 2014 is VND 3,188,427; VND 3,656,601 and VND 4,053,877, respectively and the cost after excluding state budget grant is VND 2,286,389, VND 2,676,883, and VND 3,104,881. Expenditures for human resources, drugs/materials, lab tests and procedure costs accounted for the largest proportion of the total costs. Maintaining equipment costs only accounted for nearly 2% of total cost.

Keywords: cost accounting, normal delivery, cesarean section, Thanh Nhan Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đổi mới phương thức chi trả phí dịch vụ bệnh viện nhằm đạt mục tiêu công bằng, hiệu quả và nâng cao sức khỏe của người dân là ưu tiên của ngành Y tế [4], [5]. Để thực hiện mục tiêu này, Bộ Y tế, thông qua Dự án "Đổi mới phương thức chi trả" đang nghiên cứu và thí điểm phương thức chi trả trọn gói.

Hạch toán chi phí là yêu cầu bắt buộc và cần thực hiện thường xuyên khi áp dụng phương thức chi trả trọn gói [6]. Việc hạch toán một cách khoa học về chi phí dịch vụ y tế đóng vai trò quan trọng trong hoạt động quản lý của bệnh viện, tạo cơ sở bằng chứng cho các chính sách tài chính dịch vụ y tế, đặc biệt là đối với việc điều chỉnh giá dịch vụ y tế theo hướng tính đúng, tính đủ [1], [6]. Tuy nhiên việc hạch toán chi phí cho các trường hợp bệnh vẫn là một thách thức ở trên thế giới và Việt Nam [7], các nghiên cứu về hạch toán chi phí tại Việt Nam

chưa nhiều. Xuất phát từ các lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Hạch toán chi phí trường hợp đẻ thường và mổ lấy thai tại bệnh viện Thanh Nhàn, Hà Nội, 2012-2014" với các mục tiêu: 1) Hạch toán chi phí trường hợp đẻ thường và mổ lấy thai (tính đủ và khấu trừ kinh phí nhà nước cấp); 2) phân tích cơ cấu chi phí trường hợp đẻ thường và mổ lấy thai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và vật liệu nghiên cứu: Trường hợp đẻ thường/mổ lấy thai; Số liệu chi phí tài chính sẵn có.

2.2. Địa điểm và thời gian: Bệnh viện Thanh Nhàn, từ tháng 1/2012 đến tháng 12/2014.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu phân tích chi phí bệnh viện

2.4. Quan điểm chi phí: từ phía người cung cấp dịch vụ (bệnh viện)

2.5. Nội dung:

- Chi phí tính đủ cho một trường hợp đẻ thường/mổ lấy thai
- Chi phí sau khi khấu trừ ngân sách nhà nước cho trường hợp đẻ thường/mổ lấy thai
- Cơ cấu chi phí của trường hợp đẻ thường/mổ lấy thai

2.6 Phương pháp và các mục chi phí hạch toán: Phối hợp giữa hai phương pháp: 1) hạch toán chi phí nguồn (chi phí thuốc/VTTT); 2) phân bổ chi phí (chi phí vận hành; duy tu bảo dưỡng tài sản cố định; nhân lực; khấu hao tài sản cố định; và chi phí bộ phận gián tiếp/chi phí khác). Chi phí các xét nghiệm và thủ thuật đi kèm tính theo mức giá dịch vụ áp dụng thực tế tại bệnh viện (khấu trừ chi phí điện/nước và duy tu, bảo dưỡng tài sản)

2.7 Thu thập và xử lý số liệu: Các báo cáo viện phí nội trú, viện phí ngoại trú, chi tiêu hàng năm của bệnh viện Thanh Nhàn qua các năm 2012, 2013, 2014 được thu thập từ phần mềm viện phí và hệ thống sổ sách kế toán của bệnh viện. Số liệu được làm sạch và nhập vào bảng tính Excel. Sử dụng các công thức và thuật toán của phần mềm Microsoft Excel 2007 để hạch toán chi phí.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Hạch toán chi phí trường hợp đẻ thường/mổ lấy thai tính đủ

Bảng 1: Hạch toán chi phí trường hợp đẻ thường/mổ lấy thai, tính đủ, bệnh viện Thanh Nhàn, 2012- 2014

TT	Cấu phần chi phí	Đẻ thường			Mổ lấy thai		
		2012	2013	2014	2012	2013	2014
1	Thuốc, hóa chất, vật tư tiêu hao...	448.564	456.586	445.328	1.288.292	1.454.417	1.446.641

2	Thủ thuật + Xét nghiệm đi kèm	410.183	441.963	502.966	410.183	441.963	502.966
3	Điện, nước, nhiên liệu, XLCT, VSMT	16.986	44.370	45.040	33.908	91.887	97.374
4	Chi phí duy tu, BDTs cố định	36.709	19.040	46.388	73.278	39.430	100.286
5	Tiền lương, phụ cấp, các khoản đóng góp...	622.611	685.371	741.176	1.242.840	1.419.348	1.602.366
6	Khấu hao tài sản cố định	31.975	45.213	53.358	63.828	93.633	115.356
7	Chi phí của bộ phận gián tiếp, chi phí khác để vận hành	38.121	55.977	87.370	76.097	115.924	188.887
8	Tổng chi phí	1.605.150	1.748.519	1.921.626	3.188.427	3.656.601	4.053.877

XLCT, VSMT: Xử lý chất thải, vệ sinh môi trường; BDTs: Bảo dưỡng tài sản

Tiến hành hạch toán chi phí nguồn và phân bổ các chi phí, với số ngày điều trị chuẩn là 3 ngày (đẻ thường) và 5 ngày (mổ lấy thai), tính đủ theo 6 cấu phần chi phí và chi phí các thủ thuật/xét nghiệm đi kèm, từ năm 2012 đến năm 2014, cho kết quả tổng chi phí cho một trường hợp đẻ thường lần lượt là 1.605.150 đồng, 1.748.519 đồng, và 1.921.626 đồng; chi phí cho một trường hợp mổ lấy thai là 3.188.427 đồng;

3.656.601 đồng và 4.053.877 đồng. Nhìn chung, chi phí theo các cấu phần đều tăng qua các năm, trừ chi phí cho thuốc và vật tư tiêu hao giảm ở năm 2014 (chủ yếu do giá đấu thầu thuốc giảm); chi phí xét nghiệm và các thủ thuật đi kèm tăng từ 7,75% đến 13,8% một năm; chi phí tiền lương, phụ cấp, các khoản đóng góp tăng khoảng 8,14% đến 10,08%/năm; chi phí của các bộ phận gián tiếp tăng trên 46%/năm; chi phí duy tu, bảo dưỡng tài sản, khấu hao tài sản cũng có xu hướng tăng.

3.2. Hạch toán chi phí trường hợp đẻ thường/mổ lấy thai khấu trừ kinh phí nhà nước cấp

Bảng 2: Hạch toán chi phí trường hợp đẻ thường/mổ lấy thai, khấu trừ kinh phí nhà nước cấp, bệnh viện Thanh Nhàn, 2012- 2014

Đơn vị: đồng

TT	Cấu phần chi phí	Đẻ thường			Mổ lấy thai		
		2012	2013	2014	2012	2013	2014
1	Thuốc, hóa chất, vật tư tiêu hao...	448.564	456.586	445.328	1.288.292	1.454.417	1.446.641
2	Thủ thuật + Xét nghiệm đi kèm	410.183	441.963	502.966	410.183	441.963	502.966
3	Điện, nước, nhiên liệu, XLCT, VSMT	13.844	37.779	33.043	27.635	78.238	71.437
4	Chi phí duy tu, BDTs cố định	28.451	19.040	46.388	56.794	39.430	100.286
5	Tiền lương, phụ cấp, các khoản đóng góp...	183.209	221.159	324.968	365.718	458.004	702.556
6	Khấu hao tài sản cố định	30.918	42.932	48.731	61.719	88.909	105.354
7	Chi phí của bộ phận gián tiếp, chi phí khác để vận hành	38.097	55.977	81.243	76.048	115.924	175.642
8	Tổng chi phí	1.153.267	1.275.436	1.482.667	2.286.389	2.676.883	3.104.881

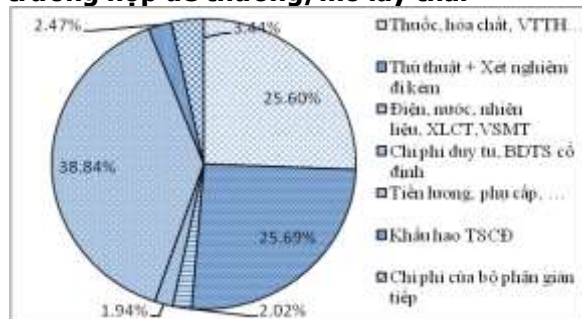
*Cấu phần 1,2: bằng 100% chi phí hạch toán

**Cấu phần 3-7: bằng mức phân bổ - kinh phí nhà nước đã cấp

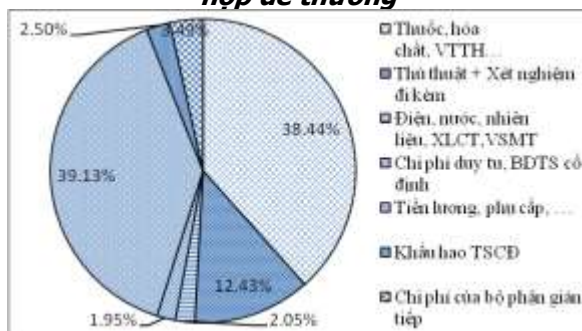
Theo kết quả trình bày tại bảng 2, mức hạch toán khấu trừ khoản kinh phí nhà nước cấp, cho trường hợp đẻ thường là 1.153.267 đồng, 1.275.436 đồng và 1.482.667 đồng; cho trường hợp mổ

lấy thai là 2.286.389 đồng, 2.676.883 đồng, và 3.104.881 đồng, lần lượt theo các năm 2012, 2013 và 2014.

3.3. Phân tích cơ cấu chi phí tính đủ trường hợp đẻ thường/mổ lấy thai



Biểu đồ 1: Cơ cấu chi phí hạch toán trường hợp đẻ thường



Biểu đồ 2: Cơ cấu chi phí hạch toán trường hợp mổ lấy thai

Phân tích cơ cấu chi phí trường hợp đẻ thường tính đủ, trung bình cho cả ba năm 2012-2014, cho thấy chi phí cho lương, phụ cấp và các khoản đóng góp chiếm 38,84% so với tổng chi phí; chi phí xét nghiệm và thủ thuật chiếm tỷ lệ 25,69%; thuốc và VTTH chiếm 25,60%, các cấu phần chi khác (vận hành; bảo dưỡng/sửa chữa trang thiết bị; khấu tài sản cố định; quản lý...) chiếm tỷ lệ từ 1,94% đến 3,44% (Biểu đồ 1).

Phân tích cấu trúc chi phí trường hợp mổ lấy thai cũng cho thấy chi phí lương, phụ cấp và các khoản đóng góp chiếm tỷ lệ cao nhất 39,13%, tiếp đến là chi phí thuốc/VTTH chiếm 38,44%, chi phí xét nghiệm và thủ thuật đi kèm chiếm tỷ lệ 12,43% (Biểu đồ 2).

IV. BÀN LUẬN

Từ năm 2005, Chính phủ đã khẳng định việc cần thiết phải "Đổi mới chế độ viện phí trên cơ sở từng bước tính đúng, tính đủ các chi phí trực tiếp phục vụ bệnh nhân"[4]. Thống kê viện phí hiếm khi phản ánh chi phí thực tế của việc cung cấp dịch vụ và thường chỉ mang tính tham khảo về chi phí, và việc hạch toán chi phí có thể là

cách tốt nhất để tính đúng/đủ chi phí cho một dịch vụ [7]. Hơn nữa, phương pháp hạch toán chi phí bằng cách phối hợp cả hai phương pháp phân bổ và tính chi phí nguồn (bottom up) là phù hợp với tình hình của Việt Nam [6].

Kết quả hạch toán cho thấy chi phí trường hợp đẻ thường tính đủ tăng 8,93% năm 2013, 9,90% năm 2014, và 19,72% từ 2012 đến 2014; chi phí trường hợp mổ lấy tính đủ tăng 14,68% năm 2013, 10,86% năm 2014, và 27,14% từ 2012 đến 2014.

Nhà nước hàng năm cấp cho bệnh viện Thanh Nhân một số kinh phí để trả một phần chi phí lao động, vận hành bệnh viện, bảo dưỡng tài sản cố định... Theo quy định, cơ quan BHXH cũng như người bệnh tự trả phí dịch vụ không phải trả các chi phí này. Do vậy, các chi phí do nhà nước cấp cần được khấu trừ ra khỏi mức chi phí hạch toán tính đủ, để trở thành mức phí trọn gói.

Mức hạch toán chi phí trường hợp đẻ thường đã khấu trừ kinh phí nhà nước cấp tăng 10,59% năm 2013, 16,25% năm 2014, và 28,56% từ 2012 đến 2014; chi phí trường hợp mổ lấy đã khấu trừ tăng 17,08% năm 2013, 15,99% năm 2014, và 35,80% từ 2012 đến 2014. Như vậy, việc điều chỉnh tăng mức chi trả trọn gói thêm 10%/năm (áp dụng cho trường hợp đẻ thường trong giai đoạn thí điểm tại bệnh viện Thanh Nhân) chưa đáp ứng được mức biến đổi các chi phí; việc hạch toán chi phí dịch vụ cũng cần tính toán phần kinh phí để bù đắp khoản ngân sách nhà nước cắt giảm theo lộ trình. Phát hiện này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Renee Y Hsia (2014) chỉ ra sự khác nhau giữa mức thu phí và mức hạch toán chi phí càng trầm trọng hơn do việc cập nhật chi phí một cách đơn giản, dưới hình thức tăng cùng mức tỷ lệ phần trăm cho tất cả các loại dịch vụ.

Một số nghiên cứu ở nước ngoài tiến hành tính toán chi phí cho các ca sinh đẻ, tuy nhiên, do áp dụng các phương pháp hạch toán chi phí khác nhau, điều kiện kinh tế và giá cả ở các nước có khác nhau nên cho kết quả khác nhau. Mức chi trả trường hợp đẻ thường theo DRG tại Thái Lan năm 2010 là 3462 бат Thái Lan (2.192.000 đồng) [5].

Các nghiên cứu trong nước về cơ cấu chi phí có kết quả khác với nghiên cứu này do khác nhau về loại bệnh nghiên cứu và cách phân chia các cấu phần chi phí. Nghiên cứu chi phí điều trị nội trú tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai năm

2010 cho thấy chi phí thuốc dịch/máu chiếm 31,9% so với tổng chi phí, phẫu thuật chiếm 21% [2]. Nghiên cứu phân tích chi phí trường hợp mổ lấy thai tại bệnh viện Thanh Oai năm 2009 cho kết quả chi phí thuốc và VTYT chiếm 48,7% so với tổng chi phí; thủ thuật chiếm 19,2%; tiền giường chiếm 27,3%; xét nghiệm chiếm 4,5% [3]. Một vấn đề cần quan tâm là chi phí cho duy tu, bảo dưỡng tài sản cố định cần phải được bổ sung (hiện chỉ chiếm khoảng 2% trong khi mức khuyến cáo tối thiểu là 5%).

V. KẾT LUẬN

Hạch toán chi phí cho một trường hợp đẻ thường tính đủ là 1.605.150 đồng, 1.748.519 đồng, và 1.921.626 đồng lần lượt theo các năm 2012, 2013 và 2014; chi phí cho một trường hợp mổ lấy thai là 3.188.427 đồng; 3.656.601 đồng và 4.053.877 đồng. Mức hạch toán khấu trừ ngân sách nhà nước cấp đối với trường hợp đẻ thường là 1.153.267 đồng, 1.275.436 đồng và 1.482.667 đồng; đối với trường hợp mổ lấy thai là 2.286.389 đồng, 2.676.883 đồng, và 3.104.881 đồng. Chi phí cho lương, phụ cấp và các khoản đóng góp, chi phí thuốc/VTTH, và chi phí xét nghiệm/PTTT đi kèm là các cấu phần chi lớn nhất so với tổng chi phí. Phần chi cho duy tu, bảo dưỡng tài sản chỉ chiếm khoảng 2% so với tổng chi phí. Việc điều chỉnh tăng 10%/năm mức chi trả trọn gói trường hợp đẻ thường chưa đáp ứng được mức biến đổi các chi phí thực tế;

KHUYẾN NGHỊ

Công tác hạch toán chi phí nên được thực thường xuyên làm cơ sở cho việc xây dựng giá dịch vụ y tế theo hướng tính đúng tính đủ. Chi phí cho việc duy tu, bảo dưỡng tài sản và trang thiết bị cần được bổ sung để đạt mức tối thiểu 5% so với tổng chi phí.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế, Bộ Tài chính** (2012), *Thông tư liên bộ Ban hành mức tối đa khung giá một số dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước*. Số 04/2012/TTLT-BYT-BTC
2. **Hồ Thanh Phong và cộng sự** (2011), "Nghiên cứu chi phí điều trị nội trú của người bệnh có bảo hiểm y tế tại Khoa Ngoại Bệnh viện đa khoa tỉnh Đồng Nai", *Tạp chí Y học Thực hành*, 774 (7/2011), 63-67.
3. **Hoàng Văn Minh, Nguyễn Mai An** (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*, 876 (7/2013), 147-150.
4. **Phạm Lê Tuấn** (2012), *Đổi mới cơ chế tài chính đáp ứng mục tiêu bảo phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân. Hội nghị khoa học Kinh tế Y tế lần thứ II*, Hà Nội, 11/2012, Bộ Y tế, 25-43.
5. **Sarah Bales** (2010), *Đổi mới phương thức chi trả và phát triển bảo hiểm y tế toàn dân: Bài học từ Thái Lan. Hội nghị khoa học Kinh tế Y tế lần thứ I*, Hà Nội, 12/2010, Bộ Y tế, 78-82.
6. **Vũ kế hoạch, Bộ Y tế** (2007). *Phí dịch vụ bệnh viện, Phương thức thanh toán trọn gói theo trường hợp bệnh*.
7. **Fawsitt Christopher G.** (2013), "At What Price? A Cost-Effectiveness Analysis Comparing Trial of Labour after Previous Caesarean versus Elective Repeat Caesarean Delivery", *PLOS ONE*, 8 (3/2013), 1-8.

NGHIÊN CỨU CẢI TIẾN QUY TRÌNH TỔNG HỢP MEMANTIN HYDROCLORID

Phan Đình Châu¹, Trần Văn Hùng², Ngô Xuân Trình²,
Phạm Văn Huy³, Nghiêm Hữu Thành⁴, Vũ Bình Dương²

TÓM TẮT

Memantin hydroclorid là dược chất có tác dụng chống co thắt, tăng trương lực, chống Parkinson đã và đang được sử dụng phổ biến trong điều trị. Tuy nhiên, hiện tại trong nước chưa có cơ sở nào nghiên cứu, sản

xuất hoạt chất này. Trong nghiên cứu này tiến hành khảo sát, cải tiến và xây dựng quy trình tổng hợp memantin hydroclorid tiến tới có thể ứng dụng trong thực tế sản xuất. Kết quả đã nghiên cứu cải tiến thành công quy trình tổng hợp memantin hydroclorid từ 1,3-dimetyl-adamantan và formamid trong hỗn hợp acid sulfuric 96-98% và acid nitric 65% qua hợp chất N-formyl-1-amino-3,5-dimetyl adamantan, sau đó deformyl hoá và tạo muối thu được sản phẩm. Quy trình vừa có số bước ngắn (hai bước) vừa ít gây ô nhiễm môi trường (không sử dụng các nguyên liệu, hoá chất độc hại); vừa có thao tác đơn giản, tiêu tốn hóa chất, dung môi ít nhất, hiệu suất sản phẩm thu được của cả quá trình tương đối cao (hiệu suất tổng gộp là 82,16%).

¹Đại học Bách khoa Hà Nội

²Học viện Quân y

³Bệnh viện TƯ Quân đội 108

⁴Bệnh viện Châm cứu Trung ương.

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Bình Dương

Email: vbduong2978@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.10.2017

Ngày duyệt bài: 9.11.2017

SUMMARY

STUDY ON IMPROVED SYNTHESIS PROCESS OF MEMANTINE HYDROCHLORIDE

Memantine hydrochloride is an antispasmodic, antitussive, antipyretic, anti-Parkinson's agent, and has been widely using in treatment. However, at present, there aren't any a factories or institutes to study and produce this active ingredient. This study investigated, improved and set up a simple synthesis procedure of memantin hydrochloride and can be applied for manufacturing of this compound. The results of this study have improved the synthesis of memantine hydrochloride from 1,3-dimethyladamantane and formamide in mixture of 96-98% sulfuric acid and 65% nitric acid via N-formyl-1-amino-3,5-dimethyl adamantane, followed by deformylation and salting to get final product. The procedure is short and simple (two steps) and less polluting environment (without using toxic materials or chemicals); at the same time with simple operations, less consuming of chemical and organic solvents, the yield of the whole process is relatively high (the combined yiled is 82.16%).

Keywords: Memantine hydrochloride, 1,3-dimethyladamantane, formamide, anti-Alzheimer's drug, Parkinson's disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Memantin hydroclorid (tên khoa học 3,5-dimethyltricyclo [3.3.1.1^{3,7}] decan-1-amine hydroclorid) là chất có tác dụng chống co thắt (antispasmodic), tăng trương lực (myotonolytic), chống Parkinson (antiparkinsonian), giãn cơ (muscle relaxant) [2], được sử dụng trong điều trị bệnh Alzheimers và Parkinson với các biệt dược Akatinol (Merc), Namenda (Mỹ), Ebixa (Hà lan), A-xura...vv. Memantin được FDA phê chuẩn để đưa vào điều trị Alzheimers vào năm 2003.

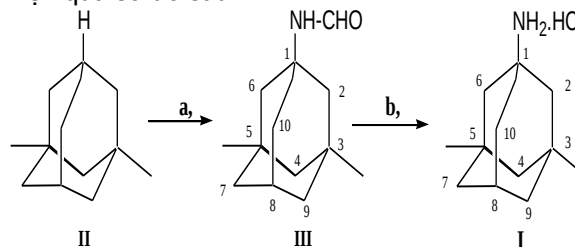
Về mặt kỹ thuật triển khai phản ứng, các phương pháp này có thể phân thành hai nhóm: nhóm thứ nhất là thực hiện quá trình tổng hợp trên cơ sở sử dụng phản ứng Ritter hoặc kiểu Ritter để đưa nhóm amino vào khung 1,3-dimethyladamantan đi qua dẫn xuất amid; nhóm thứ hai là đưa nhóm amino vào khung 1,3-dimethyladamantan bằng phương pháp amino hóa trực tiếp. Nhìn chung các phương pháp đều đi qua dẫn xuất 1-halogeno-3,5-dimethylamantadin và nhìn chung quá trình tổng hợp memantin hydroclorid được thực hiện trong 2 đến 5 bước, mà các hợp chất dẫn xuất halogeno này lại được điều chế từ 1,3-dimethyladamantan bằng cách halogeno hoá với brom lỏng hoặc chlor với lượng dư khá nhiều, hoặc tạo dẫn xuất với với oleum hoặc acid nitric bốc khói với lượng dư khá lớn, những vấn đề này gây nên sự ô nhiễm môi trường trầm trọng, đó là điều không thể tránh khỏi khi triển khai sản

xuất ở quy mô lớn. Trong bài báo trước chúng tôi đã nghiên cứu tổng hợp memantine hydroclorid dựa trên phương pháp của P. R. Schrelner theo 2 giai đoạn phản ứng [1]. Tuy nhiên để thuận lợi hơn và có thể ứng dụng trong sản xuất lớn, chúng tôi tiếp tục cải tiến quy trình tổng hợp. Vì vậy, chúng tôi đặt vấn đề "*Nghiên cứu cải tiến quy trình tổng hợp memantin hydroclorid*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Nguyên vật liệu: Adamantan 98%, acid nitric 64%, acid sulfuric 96%, formamid, ethanol, propylen glycol, methanol, acid clohydric, natri hydroxyd, memantin hydroclorid chuẩn (Wako Pure Chemical Industries, Ltd., Japan).

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Trên cơ sở nghiên cứu các tài liệu đã công bố, chúng tôi thấy rằng phương pháp tổng hợp memantin hydroclorid đi từ 1,3-dimetyl-amantadin, formamid trong hỗn hợp acid sulfuric và acid nitric kỹ thuật (loại công nghiệp) do Peter R. Schreiner và CS [3] công bố là phương pháp có tính khả thi cao nhất trong sản xuất ở quy mô lớn. Chúng tôi tiến hành cải tiến quy trình tổng hợp nhằm giảm bớt công đoạn, hạn chế, giảm sử dụng các điều kiện khắc nghiệt và hóa chất dung môi độc hại. Quá trình tổng hợp được thể hiện qua sơ đồ sau:



*Tác nhân và điều kiện:

a, H₂SO₄+HNO₃

b, dung dịch HCl 6N

Theo đó quy trình được tiến hành như sau: cho 1,3-dimetyl-adamantan (II) tác dụng với formamid trong môi trường của hỗn hợp acid sulfuric và acid nitric đều là loại kỹ thuật thông dụng để được N-formyl-1-amino-3,5-dimethyladamantan (III) ở nhiệt độ 20-55°C, sau đó tiến hành deformyl hoá hợp chất mới tạo thành trong dung dịch acid HCl để được sản phẩm memantin hydroclorid (I) mà không cần tách loại sản phẩm trung gian III.

- Theo dõi tiến trình phản ứng tổng hợp bằng SKLM. Sơ bộ kiểm tra độ tinh khiết của các sản phẩm bằng SKLM và đo nhiệt độ nóng chảy. SKLM tiến hành trên bản mỏng silica gel

Kieselgel 60 F254 (Merck), đèn soi sắc ký UV hai bước sóng 254 và 360 nm. nhiệt độ nóng chảy đo trên máy Stuart, SMP-10.

- Xác định cấu trúc của memantin hydroclorid tổng hợp được dựa trên kết quả phân tích phổ hồng ngoại (IR), phổ khối lượng (MS), phổ cộng hưởng từ hạt nhân ($^1\text{H-NMR}$ và $^{13}\text{C-NMR}$). Phổ IR ghi trên máy GX-PerkinElmer-USA, phổ MS ghi trên máy AutoSpec Primer, phổ NMR ghi trên máy Bruker-AV500 tại Phòng Phân tích cấu trúc – Viện Hóa học – Viện Hàn lâm Khoa học Công nghệ Việt Nam.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tổng hợp N-formyl-1-amino-3,5-dimethyl-adamantan (III) từ 1,3-dimethyl adamantan (II)

Trong bình cầu 2 cổ có khuấy từ, ở nhiệt độ 20–25°C lần lượt cho 15ml (27,64g; 0,2705mol) dung dịch H_2SO_4 96%, và 6,2 ml (5,49g; 0,03mol) 1,3-dimethyl adamantan 98% vào. Tiếp theo lấy 1,4ml (2,114g; 0,0218 mol) dung dịch HNO_3 65% vừa khuấy vừa nhỏ từ từ vào hỗn hợp trên trong thời gian 30 phút. Sau khi nhỏ hết acid HNO_3 duy trì ở các khoảng nhiệt độ trên cho đến khi phản ứng kết thúc (sau 6,5 giờ, theo dõi điểm kết thúc phản ứng bằng SKLM: hệ dung môi: clorofom : metanol với tỷ lệ là 9:1, soi đèn UV ở bước sóng 256nm; hiện màu chất tạo thành trong quá trình phản ứng bằng thuốc thử Dragendorff) → thu được hỗn hợp A. Sau đó nhỏ giọt từ từ 3ml (3,4g; 0,075mol) formamid vào hỗn hợp A, thời gian 30 phút ở nhiệt độ 20–25°C, sau khi nhỏ hết tiến hành nâng nhiệt độ lên 50–55°C và duy trì ở nhiệt độ này trong thời gian là 90 phút, sau đó làm lạnh hỗn hợp này xuống 5°C. tiếp đó đổ từ từ hỗn hợp sau phản ứng này vào 25ml H_2O đá, chiết hỗn hợp này với 50ml diclorometan, lấy phần dịch hữu cơ, phần nước được chiết lại với 20ml diclorometan. Gộp dịch chiết phần hữu cơ lại và tiếp tục được rửa với H_2O 3 lần, mỗi lần 10ml, ở lần chiết thứ 2 điều chỉnh pH về khoảng 8 – 9 bằng dung dịch NH_4OH 25%. Dịch hữu cơ được làm khan với Na_2SO_4 , lọc loại Na_2SO_4 dịch hữu cơ được cô cạn đến khô ta được (6,06g, 97,47%) N-formyl-1-amino-3,5-dimethyl adamantan, dịch sánh màu nâu đỏ (sắc ký khí %). để lạnh đông rắn lại, điểm chảy 62–66°C, sản phẩm đạt tiêu chuẩn làm nguyên liệu cho giai đoạn tiếp theo mà không cần tinh chế gì thêm (tài liệu [4] tinh chế sản phẩm bằng sắc ký cột SiO_2 , hệ dung môi CHCl_3 :aceton (20:1), hiệu suất là 89,3%)

IR (KBr), (cm^{-1}): 3450,65–3199,91 (N-H);

2947,23–2846,93 (C-H); 1693,50 (C=O).

MS (m/z): 208,16[M+1] $^{+}$. **$^1\text{H-NMR}$** (500 MHz, CDCl_3), δ (ppm): 8,23 (d, J=12,5 Hz, 1H, NH) 7,99 (s, 1H, CHO); 6,23 và 5,25 (br, s, 1H); 2,12–2,17 (m, 1H); 1,83(s, 1H); 1,61–1,67 (m, 2H); 1,40–1,48 (m, 2H); 1,25–1,37 (m, 4H); 1,12–1,17 (m, 2H); 0,83–0,85 (m, 6H, 2 CH_3).

$^{13}\text{C-NMR}$ (125 MHz, CDCl_3), δ (ppm): 162,26/160,33(CHO); 53,69/52,31(C_1) 50,19–50,55(2C, C_2 và C_9); 47,77(C_4); 42,55/42,70(C_6); 42,23(C_{10}); 40,36(C_7); 32,40–32,50(2C, C_3 và C_5); 30,07/30,01(C_8); 29,92(C_{11}); 29,89(C_{12}).

3.2. Tổng hợp memantin hydroclorid (I) từ N-formyl-1-amino-3,5-dimethyl adamantan (III)

Cho hỗn hợp gồm 22 ml H_2O và 24 ml (9,66g, 0,264 mol) HCl 36% vào 6,31g (0,03 mol) N-formyl-1-amino-3,5-dimethyl adamantan (III) thu được ở trên và làm nóng lên đến hồi lưu và duy trì ở nhiệt độ này trong thời gian 1 giờ, tiếp đó cất loại bớt 1/2 thể tích dung môi, cho thêm vào hỗn hợp trên 10ml n-hexan, đun sôi tiếp 0,5 giờ, thu được nhũ dịch. Nhũ dịch được làm lạnh xuống 5–10°C trong thời gian 1 giờ, tủa tạo ra được lọc và kết tinh lại trong hỗn hợp metanol-etylacetat. Sau đó sấy khô ở tủ sấy chân không nhiệt độ 60°C được 5,39g memantin hydroclorid, hiệu suất 83,36%, sản phẩm đến 360°C vẫn chưa chảy.

IR (KBr), (cm^{-1}): 3441,45 (N-H); 2943,45, 2900,65 (CH); 1364,38 (C-N);

MS, m/z: 180,17 [M-HCl] $^{+}$ (dạng base tự do).

$^1\text{H-NMR}$ (500 MHz, CDCl_3), δ (ppm): 8,34 (s, 3H, $\text{NH}_2\cdot\text{HCl}$); 2,20 (m, 1H, $\text{C}_7\text{-H}$); 1,89 (s, 2H); 1,74 (d, J=11,5, 2H); 1,68 (d, J=11,5, 2H); 1,42 (d, J=12,5, 2H); 1,31 (d, J=12,5, 2H); 1,22 (d, J=12,5Hz, 1H); 1,16 (d, J=12,5Hz, 1H); 0,86 (s, 6H, 2 CH_3)

$^{13}\text{C-NMR}$ (125 MHz, CDCl_3), δ (ppm): 54,38 (C_1); 49,79 (2C, C_2 và C_9); 46,38 (C_4); 41,81 (2C, C_6 và C_{10}); 39,17 (C_7); 32,59 (C_3 và C_5); 29,78 (C_8); 29,59 (2C, C_{11} và C_{12});.

3.3. Tổng hợp memantin hydroclorid (I) từ 1,3-dimethyl adamantan (II)

Trong bình cầu 2 cổ có khuấy từ, ở nhiệt độ 20–25°C lần lượt cho 30ml (55,28g; 0,5,4 mol) dung dịch H_2SO_4 96%, và 12,5 ml (11,0g; 0,06mol) 1,3-dimethyl adamantan 98% vào. Tiếp theo lấy 3,0 ml (4,3g; 0,043mol) dung dịch HNO_3 65% vừa khuấy vừa nhỏ từ từ vào hỗn hợp trên trong thời gian 30 phút. Sau khi nhỏ hết acid HNO_3 duy trì ở nhiệt độ trên cho đến khi phản ứng kết thúc (sau 6,5 giờ) → thu được hỗn hợp A (theo dõi điểm kết thúc phản ứng bằng SKLM:

hệ dung môi: clorofom: metanol với tỷ lệ là 9:1, soi đèn UV ở bước sóng 256nm; hiện màu chất tạo thành trong quá trình phản ứng bằng thuốc thử Dragendorff). Sau đó vừa khuấy vừa nhỏ giọt từ từ 6ml (6,8g; 0,15mol) formamid vào hỗn hợp A, thời gian 30 phút ở nhiệt độ 20-25°C, sau khi nhỏ hết tiến hành nâng nhiệt độ lên 50-55°C và duy trì ở nhiệt độ này trong thời gian là 90 phút, làm lạnh hỗn hợp này xuống 5°C. Sau đó đổ từ từ hỗn hợp sau phản ứng vào 50ml H₂O đá, chiết hỗn hợp này với 100ml diclorometan, lấy phần dịch hữu cơ, phần nước được chiết lại với 20ml diclorometan. Gộp dịch chiết phần hữu cơ lại và tiếp tục được rửa với H₂O 3 lần, mỗi lần 10ml, ở lần chiết thứ 2 điều chỉnh pH về khoảng 8 – 9 bằng dung dịch NH₄OH 25%, dịch hữu cơ được cô quay đến khô thu được N-formyl-1-amino-3,5-dimetyl adamantan (**III**), dịch sánh màu nâu đỏ.

Cho vào hợp chất **III** vừa thu được ở trên 44 ml H₂O và 48 ml (0,53 mol) HCl 36% và làm nóng lên đến hồi lưu và duy trì ở nhiệt độ này trong thời gian 1 giờ, tiếp đó cất loại bớt ½ thể tích dung môi, cho thêm vào hỗn hợp trên 20 ml n-hexan, đun sôi tiếp 0,5 giờ, thu được nhũ dịch. Nhũ dịch được làm lạnh xuống 5-10°C trong thời gian 1 giờ, tủa tạo ra được lọc và kết tinh lại trong hỗn hợp metanol-etylacetat. Sau đó sấy khô ở tủ sấy chân không nhiệt độ 60°C được 10,91g memantin hydroclorid, hiệu suất 82,16%, sản phẩm đến 360°C vẫn chưa chảy (vì đây là dạng muối hydroclorid nên không tìm thấy nhiệt độ nóng chảy).

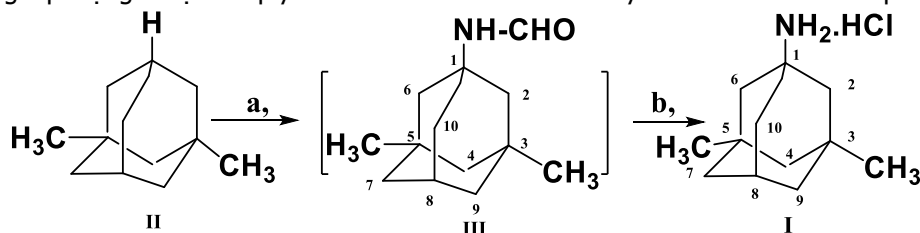
IV. BÀN LUẬN

Có nhiều phương pháp để tổng hợp memantin hydroclorid (**I**) đã được công bố, đi từ nhiều nguồn nguyên liệu khác nhau như 1,3-dimetyl-adamantan[3-7], 1-halogeno-3,5-dimetyl-adamantan, 1-hydroxy-3,5-dimetyl-adamantan, thậm chí xuất phát từ cùng một loại nguyên liệu như nhau nhưng phương pháp triển khai, sử dụng các tác nhân khác nhau, cách thức xử lý tinh chế khác nhau thì kết quả thu được sản phẩm có hiệu suất cũng hoàn toàn khác xa nhau [3-7]. Trên cơ sở nghiên cứu các tài liệu đã công bố, chúng tôi thấy rằng phương pháp tổng hợp memantin hydroclorid đi từ 1,3-dimetyl-amantadin, formamid trong hỗn hợp acid sulfuric và acid nitric kỹ thuật (loại công nghiệp) do Peter R. Schreiner và CS [4] công bố là phương pháp có tính khả thi cao nhất trong sản xuất ở quy mô lớn và có lẽ do tính ưu việt về mặt triển

thực tế này của phương pháp mà nhiều nhóm tác giả khác cũng lần lượt công bố một loạt các sáng chế khác nhau liên quan về phương pháp tổng hợp này [5,6], duy nhất có một điều tò mò với chúng tôi là trong tất cả các công bố này, ở bước tạo N-formyl-1-amino-3,5-dimetyl adamantan (**III**) thì giai đoạn cho 1,3-dimetyl-adamantan tác dụng với hỗn hợp acid sulfuric và acid nitric đều phải thực hiện phản ứng ở nhiệt độ thấp (0°C hoặc 0-5°C) trong thời gian rất dài (duy trì qua đêm → đòi hỏi phải có thiết bị điều chỉnh) mà không có công bố nào thực hiện ở nhiệt độ khác! Liệu đây có phải là điều kiện đặc biệt bất di bất dịch của của giai đoạn này không hay cũng có thể thay đổi được? Ngoài ra trong giai đoạn này các công bố còn hàm chứa một số nhược điểm như: lượng acid sulfuric và formamid dùng với lượng thừa quá nhiều; có tài liệu tinh chế hợp chất **III** phải sử dụng sắc ký cột [4]; Giai đoạn defomyl hoá với dung dịch HCl có nồng độ khác nhau thì cần thời gian khác nhau và hiệu suất sản phẩm **I** thu được cũng khác nhau. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu cải tiến quy trình tổng hợp memantin hydroclorid (**I**) nhằm đưa ra một quy trình tổng hợp có nhiều điểm ưu việt, đơn giản, hiệu suất cao, có tính khả thi triển khai trong quy mô sản xuất với các nội dung sau: giảm số bước cho quy trình sản xuất; giảm tiêu tốn nguyên liệu và tối ưu hoá các điều kiện tổng hợp (không thực hiện phản ứng ở nhiệt độ cao hoặc nhiệt độ thấp); đơn giản hoá các công đoạn để có thể phù hợp hơn với điều kiện sản xuất của nước ta. Theo đó quy trình được tiến hành như sau: cho 1,3-dimetyl-adamantan (**II**) tác dụng với formamid trong môi trường của hỗn hợp acid sulfuric và acid nitric đều là loại kỹ thuật thông dụng để được N-formyl-1-amino-3,5-dimetyl adamantan (**III**) ở nhiệt độ 20-55°C, sau đó tiến hành defomyl hoá hợp chất mới tạo thành trong dung dịch acid HCl để được sản phẩm memantin hydroclorid (**I**). Quy trình này so sánh với các công bố khác về tổng hợp hợp chất **I** thì có những ưu điểm là: bên cạnh ưu điểm về mặt bảo vệ môi trường (nguyên liệu sử dụng là loại kỹ thuật và thông dụng, ít gây ô nhiễm môi trường: không sử dụng brom lỏng, không sử dụng các loại acid đặc bốc khói lượng dư lớn), không phải thực hiện phản ứng ở nhiệt độ thấp trong thời gian kéo dài (0-5°C, khuấy qua đêm) hoặc nhiệt độ cao; quá trình tổng hợp sản phẩm **I** có số bước ít nhất (chỉ hai bước phản ứng nhưng có thể thực hiện ngay trong một bình "one-pot"), nhờ thế hiệu suất tổng gộp

của cả quá trình đạt được là rất cao (82,16%), có khả năng áp dụng được ở quy mô lớn. Do

vậy, chúng tôi đề xuất quy trình tổng hợp memantin hydroclorid theo sơ đồ phản ứng sau:



*Tác nhân và điều kiện:

a, H₂SO₄+HNO₃/20-25°C/ 6,5giờ/ formamid/ 50-55°C/ 2giờ;

b, dung dịch HCl 6N/100°C/1 giờ

Quá trình gồm hai bước phản ứng:

Bước a: Bản chất của phản ứng này là phản ứng formamido hoá liên kết C-H trên carbon bậc ba chứa trong phân tử 1,3-dimethyladamantan (**II**), bằng formamid trong hỗn hợp acid sulfuric và acid nitric loại kỹ thuật (vừa là tác nhân vừa là môi trường) và formamid (trong phản ứng vừa là tác nhân vừa là dung môi) để được hợp chất trung gian N-formyl-1-amino-3,5-dimethyl-adamantan

(**III**). Qua khảo sát chúng tôi thấy rằng các yếu tố: nhiệt độ thực hiện phản ứng; thời gian tiến hành phản ứng; tỷ lệ mol giữa 1,3-dimethyladamantan (**II**): acid sulfuric: acid nitric: formamid; có ảnh hưởng lớn đến sự hình thành sản phẩm cũng như hiệu suất phản ứng. Kết quả nghiên cứu cho thấy: nhiệt độ thực hiện phản ứng lúc đầu là 20-25°C trong 6,5 giờ, sau đó ở 50-55°C là 2,0 giờ cho hiệu suất **III** là cao nhất (không phải tiến hành ở 0-5°C trong thời gian dài (để khuấy qua đêm >15-18 giờ như các tài liệu đã công bố [4-7]), tỷ lệ mol tối ưu giữa 1,3-dimethyladamantan (**II**): acid sulfuric: acid nitric: formamid sử dụng trong phản ứng là 1:9: 0,7:2,5 (thay cho tỷ lệ này trong công bố của [5] là 1: 22,9: 1,42 : 62,5); lúc này cho hiệu suất sản phẩm N-formyl-1-amino-3,5-dimethyl-adamantan (**III**) là 97,47% (sản phẩm này có chất lượng đạt yêu cầu cho bước tiếp theo mà không cần tinh chế bằng sắc ký cột như trong [4] mô tả).

Bước b: Bản chất của giai đoạn này là đồng thời thực hiện hai phản ứng: deformyl hoá hợp chất **III** thành memantin và tạo muối để cho memantin hydroclorid (**I**) trong acid clohydric (acid clohydric vừa là xúc tác vừa là tác nhân để tạo muối). Qua khảo sát thấy rằng phản ứng deformyl hoá có thể thực hiện được cả trong môi kiềm lẫn trong môi trường acid nhưng trong acid ưu việt hơn (đặc biệt là acid clohydric) vì sau khi deformyl hoá xong thì thu ngay được sản phẩm

I mà không cần thêm bước phản ứng tạo muối với HCl thể khí, thời gian thực hiện lại nhanh. Chúng tôi tiến hành phản ứng deformyl hoá và tạo muối này trong dung dịch HCl khoảng 6N ở nhiệt độ hồi lưu (100°C) chỉ trong 1 giờ, hiệu suất đạt 83,36% (thay cho thủy phân với dịch HCl 15%, hồi lưu trong 24 giờ, hiệu suất 80% [5]).

V. KẾT LUẬN

Đã nghiên cứu cải tiến thành công quy trình tổng hợp memantin hydroclorid (**I**) từ 1,3-dimethyl-adamantan (**II**) và formamid trong hỗn hợp acid sulfuric 96-98% và acid nitric 65% qua hợp chất N-formyl-1-amino-3,5-dimethyl adamantan (**III**), sau đó deformyl hoá và tạo muối thu được **I**. Quy trình tổng hợp này có những ưu điểm sau: vừa có số bước ngắn nhất (hai bước) vừa ít gây ô nhiễm môi trường (không sử dụng các nguyên liệu, hoá chất độc hại); vừa có thao tác đơn giản, vừa tiêu tốn hóa chất, dung môi ít nhất, hiệu suất sản phẩm thu được của cả quá trình là tương đối cao (hiệu suất tổng gộp là 82,16%), qui trình có khả năng triển khai ở quy mô lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Đình Châu, Trần Văn Hùng, Ngô Xuân Trình, Vũ Bình Dương (2017); "Nghiên cứu về các dẫn chất của adamantan. Phần XI: Tổng hợp memantin hydroclorid", *Tạp chí dược học*, 496, trang 47-49.
2. Klemm A; Engel J (2000). *Pharm. substances*; Stuttgart, Germany, Georg Thieme Verlag, 2000, 1238.
3. Srinivasu Kilaru, Nagarajan Periyandi, Rajamannar Thennati (2005); *Novel process for the preparation of aminoadamantane derivatives*; WO 2005062724 A2.
4. Peter R. Schreiner, Andrey A. Fokin, Lukas Wanka, Derek M. Wolfe (2007) Verfahren zur herstellung von 1-formamido-3,5-dimethyladamantan; WO 2007101536 A1.
5. Peter R. Schreiner; Andrey A. Fokin; Lukas Wanka; Derek M. Wolfe (2012); *Method producing 1-formamido-3,5-dimethyladamantan*; U.S.pat.8,138,375 B2.
6. Peter R. Schreiner, Andrey A. Fokin, Lukas Wanka, Derek M. Wolfe (2009):

- Method for Producing 1-Formamido-3,5-Dimethyladamantane*; US.pat. 20090299097 A1.
7. **Faveri Carla De, Giorgio Gallo, Florian Anton Martin Huber** (2009): *Process for the manufacture of memantine and intermediate product*; EP 2103597 A1.

NGHIÊN CỨU QUY TRÌNH THỦY PHÂN THU NHẬN ACID AMIN TỪ LỘC NHUNG BẰNG ENZYM (*Cornu Cervi Pantotrichum*)

Lê Minh Hoàng¹, Phạm Văn Hiến², Võ Quang Hợp²,
Đặng Trường Giang², Hồ Bá Ngọc Minh², Ngô Xuân Trình²,
Bùi Thị Bích Vân², Vũ Bình Dương², Nguyễn Duy Bắc^{2*}

TÓM TẮT

Lộc nhung là vị dược liệu quý có nhiều tác dụng sinh học quý như kích thích sinh tinh, bổ sung nội tiết tố nam, tăng cường miễn dịch, kích thích tạo máu, tăng chuyển hóa glucose, chống ung thư và tăng lực. Tuy nhiên, hiện nay đa phần dược liệu lộc nhung vẫn sử dụng ở các dạng truyền thống, chưa có các nghiên cứu về thủy phân thu nhận các acid amin. Đề tài đã khảo sát các yếu tố ảnh hưởng tới hiệu suất thủy phân từ đó xây dựng được quy trình thủy phân thu nhận acid amin bằng enzyme với các điều kiện cụ thể sau: Tỷ lệ dung môi/cơ chất: 2/1; thời gian thủy phân là 24 giờ; nhiệt độ thủy phân 40°C; tỷ lệ enzym/cơ chất: 1/50. Với các điều kiện tìm được hiệu suất của quá trình thủy phân đạt 88,22%.

Từ khóa: thủy phân, lộc nhung (*Cornu cervi pantotrichum*), tối ưu hóa.

SUMMARY

OPTIMIZATION OF DEER ANTLER VELVET (*CORNU CERVI PANTOTRICHUM*) HYDROLYSIS PROCEDURE TO GETTING ACID AMINE USING ENZYME AGENT

Velvet antler is a precious medicine that has many biological effects such as sperm stimulation, male hormone supplementation, immune enhancement, hematopoietic stimulation, increased glucose metabolism, anti-cancer and tonic. However, most of this medicinal herbs still used in traditional forms, without the studies on hydrolysis of amino acids. Our study investigated the factors affecting the hydrolysis efficiency, from which the hydrolysis of amino acid using enzyme was developed with the following specific conditions: Solvent/substrate ratio: 2/1; hydrolysis time is 24 hours; hydrolysis temperature 40°C; enzyme/substrate ratio: 1/50. The yield of hydrolysis was 88.22%.

Keywords: Hydrolysis, deer antler velvet (*Cornu cervi pantotrichum*), optimization.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lộc nhung (*Cornu Cervi Pantotrichum*) là sừng non, có lông nhung và chưa bị xương hóa của hươu, nai đực, là một vị thuốc quý dùng để

bồi bổ cơ thể. Theo y học cổ truyền, lộc nhung có công dụng bổ thận, tráng dương, ích tinh huyết, mạnh gân cốt, trừ nhọt độc [3], giúp vết thương mau lành, lợi tiểu [5],[6]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy lộc nhung có nhiều tác dụng tốt như: kích thích sinh tinh, bổ sung nội tiết tố nam [4], tác dụng trên hệ thống miễn dịch [7], hệ thống máu, chuyển hóa xương, chuyển hóa glucose, chống ung thư [1], chống mệt mỏi. Lộc nhung chứa nhiều hoạt chất có giá trị như các yếu tố vi lượng, các hormon nội tiết tố và các acid amin. Trong đó có tới gần 20 acid amin thiết yếu và không thiết yếu đặc biệt là một số acid amin ít gặp trong các hợp chất tự nhiên như L-arginin... có tác dụng bồi bổ, tăng cường sinh lực, hướng tác dụng cải thiện chức năng sinh lý nam giới [4]. Để thu được các acid amin thì thủy phân bằng enzym đặc hiệu là phương pháp mới được áp dụng và chưa có nhiều nghiên cứu. Việc xây dựng quy trình thủy phân thu nhận acid amin từ lộc nhung tào nguyên liệu bào chế các sản phẩm góp phần nâng cao hiệu quả sử dụng, tăng độ ổn định cũng như dễ dàng vận chuyển bảo quản sản phẩm thu được. Trong bài báo này, chúng tôi thông báo kết quả xây dựng quy trình thủy phân thu acid amin từ Lộc nhung bằng enzym

II. NGUYÊN LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Hóa chất, dung môi, thiết bị nghiên cứu

- Lộc nhung (*Cornu Cervi Pantotrichum*) được thu hoạch tháng 2-3/2016 tại huyện Hương Sơn, Hà Tĩnh do công ty dược liệu Sơn lâm cung cấp có phiếu kiểm nghiệm kèm theo đạt tiêu chuẩn ĐBVN IV. Lộc nhung sau khi sơ chế được sấy ở 40°C đến khô, nghiền nhỏ thành bột và rây qua rây 355/180. Tiến hành chiết siêu âm với ethanol 70% trong 60 phút (dịch chiết còn sẽ được xử lý cùng với dịch thủy phân acid amin trong giai đoạn bào chế bột cao khô). Lộc lấy bã và đem sấy ở 40°C đến khô sau đó nghiền và rây lại qua rây 355/180 và đóng gói trong túi nilong hai lớp.

- Enzym Protamex (hoạt độ 1,5 AU (Anson Units)/g) do công ty Novozyme của Đan Mạch cung cấp.

- Chuẩn Leucin 99,14% (số lô: 0100080, Viện

¹ Đại học Y Dược Cần Thơ

² Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Bình Dương

Email: nguyenduybac76@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 6.11.2017

Ngày duyệt bài: 14.11.2017

kiểm nghiệm - Bộ y tế)

- Ninhhydrin, BP 2009, Trung Quốc
- Và một số hoá chất, thuốc thử khác dùng trong phòng thí nghiệm.
- Cần phân tích Meller độ chính xác 0,1mg.
- Máy đo hàm ẩm tự động SHIMADZU, model MOC 63u, Nhật.

- Máy đo quang phổ UV-VIS Biochrom Libra S70 PC, Anh.

- Các dụng cụ khác đạt tiêu chuẩn thí nghiệm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp định lượng acid amin tổng số bằng UV-VIS: Tiến hành theo "Phương pháp phân tích acid amin" (Phụ lục 10.11 - ĐDVNIV). Tiến hành đo quang theo ĐDVN IV tại bước sóng 570nm.

- Phương pháp thủy phân[2]: Cân chính xác khoảng 1,0g bột lộc nhung vào ống nghiệm sạch có nút vặn, thủy phân với dung môi và enzym thích hợp. Tiến hành khảo sát và tối ưu hóa các yếu tố ảnh hưởng tới hiệu suất thủy

phân gồm: pH thủy phân, tỷ lệ enzym/cơ chất, tỷ lệ dung môi thủy phân/cơ chất, thời gian thủy phân, nhiệt độ thủy phân. Hiệu suất thủy phân thu acid amin tổng số trong dịch thủy phân được tính theo công thức:

$$\text{Hiệu suất (\%)} = \frac{m_{\text{acidamin}}}{M_{\text{acidamin}}} \times 100$$

Trong đó:

- m_{acidamin} : Khối lượng acid amin tổng số trong dịch chiết (μg).

- M_{acidamin} : Khối lượng acid amin trong dược liệu (μg).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả xác định hàm lượng acid amin tổng số trong dược liệu lộc nhung

Mẫu lộc nhung được xác định hàm lượng acid amin tự do theo phương pháp của ĐDVN. Kết quả thu được thể hiện ở bảng 1.

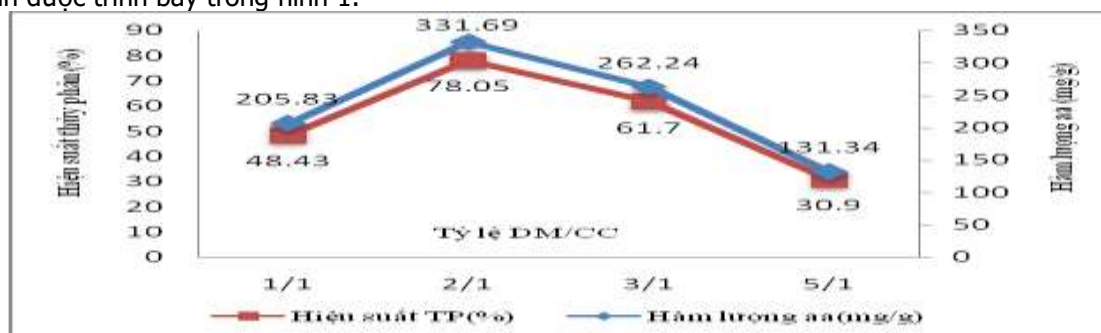
Bảng 1. Kết quả xác định hàm lượng acid amin tổng số trong lộc nhung

Mẫu số	KL dược liệu (mg)	Độ hấp thụ	Nồng độ acid amin	Hàm lượng acid amin (g/g)
1	1,005	0,640	7,549	0,402
2	1,032	0,681	8,704	0,451
3	1,050	0,667	8,310	0,423
Trung bình $\pm$ SD				0,425 $\pm$ 0,025

Kết quả cho thấy hàm lượng acid amin tổng số trong lộc nhung là $0,425 \pm 0,025 \text{mg/g}$ tính theo khối lượng dược liệu khô kiệt. Chúng tôi sử dụng kết quả này để căn cứ tính hiệu suất thủy phân trong quá trình khảo sát lựa chọn các điều kiện khi thủy phân thu nhận acid amin từ lộc nhung.

3.2. Kết quả khảo sát lựa chọn tỷ lệ dung môi thủy phân/cơ chất

Cân chính xác khoảng 1,0 g bột lộc nhung (đã được chiết testosterone và sấy khô). Thêm enzym Protamex theo tỷ lệ enzym/cơ chất 1/100. Thêm đệm phosphate pH6,8 với các tỷ lệ dung môi/cơ chất lần lượt là 1/1; 2/1; 3/1; 5/1, đem thủy phân ở 40°C trong 22 giờ. Kết quả xác định hiệu suất thủy phân được trình bày trong hình 1.



Hình 1. Kết quả khảo sát ảnh hưởng của tỷ lệ dung môi/cơ chất tới hiệu suất thủy phân lộc nhung

Kết quả hình 1 cho thấy: Tỷ lệ dung môi ảnh hưởng đến nhiều hiệu suất thủy phân. Với tỷ lệ dung môi 1/1 có thể lượng dung môi không đủ để thấm đều hết dược liệu nên enzym không được tiếp xúc hết với cơ chất do vậy hiệu suất

thủy phân chỉ đạt 48,43%. Với tỷ lệ dung môi 2/1 vừa đủ thấm đều dược liệu và phân tán enzym khắp khối dược liệu vì vậy hiệu suất thủy phân đạt cao nhất 78,05%. Khi tỷ lệ dung môi tăng lên đồng nghĩa với nồng độ enzym bị pha

loãng do vậy hiệu suất thủy phân giảm dần xuống 61,70% ở tỷ lệ dung môi 3/1 và thấp nhất 30,90% ở tỷ lệ 5/1. Do vậy chúng tôi lựa chọn tỷ lệ dung môi/cơ chất là 2/1 cho thủy phân thu nhận acid amin từ lộc nhung.

3.3. Kết quả khảo sát lựa chọn thời gian thủy phân. Tiến hành thủy phân các mẫu lộc

nhung với tỷ lệ enzym cơ chất 1/100 ở 40°C trong các khoảng thời gian khác nhau: 6 giờ, 12 giờ, 18 giờ, 24 giờ, 48 giờ. Khi si kết thúc thủy phân tiến hành định lượng xác hàm lượng acid amin từ đó tính được hiệu suất thủy phân. Kết quả được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2. Kết quả khảo sát ảnh hưởng của thời gian tới hiệu suất thủy phân (n=3)

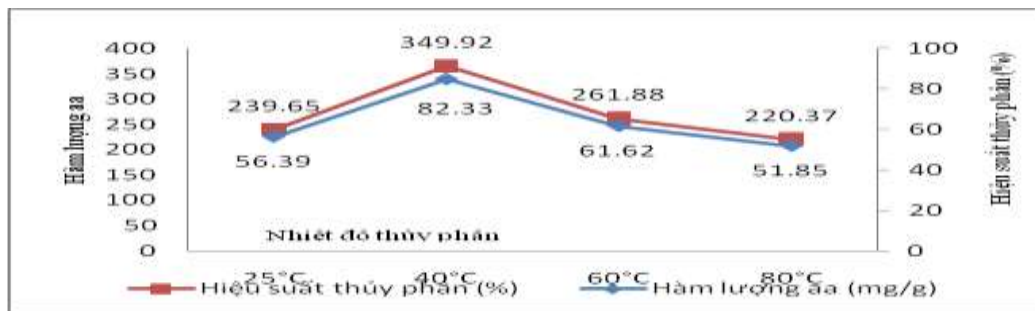
Thời gian thủy phân	6 giờ	12 giờ	18 giờ	24 giờ	48 giờ
Hàm lượng aa (mg/g)	139,79 ± 0,69	173,88 ± 0,20	225,51 ± 2,54	347,85 ± 2,31	226,84 ± 1,16
Hiệu suất thủy phân (%)	32,89	40,91	53,06	81,84	53,37

Kết quả bảng 2 cho thấy: Thời gian ảnh hưởng nhiều đến hiệu suất thủy phân. Hiệu suất thủy phân tăng lên khi tăng thời gian thủy phân, tuy nhiên khi thời gian thủy phân quá dài thì hiệu suất thủy phân giảm, nguyên nhân có thể do các acid amin bị phân hủy một phần. Cụ thể hiệu suất thủy phân từ 32,89% khi thủy phân 6 giờ tăng lên đến cao nhất 81,84% khi thủy phân trong 24 giờ và sau đó giảm xuống còn 53,37%

khi thủy phân 48 giờ. Do vậy, lựa chọn thời gian thủy phân trong 24 giờ để thực hiện các khảo sát tiếp theo.

3.4. Kết quả khảo sát ảnh hưởng của nhiệt độ đến hiệu suất thủy phân

Tiến hành thủy phân các mẫu ở nhiệt độ khác nhau: 25°C, 40°C, 60°C, 80°C. Mẫu sau khi thủy phân được xử lý mẫu theo quy trình đã nêu ở mục 2.2. Kết quả được trình bày ở hình 2



Hình 2. Kết quả ảnh hưởng của nhiệt độ tới hiệu suất thủy phân

Kết quả hình 2 cho thấy: Nhiệt độ thủy phân có ảnh hưởng không nhỏ tới hiệu suất thủy phân. Trong khoảng nhiệt độ từ 40°C-60°C enzym hoạt động tốt hơn so với nhiệt độ thấp (25°C). Khi nhiệt độ quá cao (80°C), enzym bị giảm hoạt tính nên dẫn đến hiệu suất thủy phân giảm xuống 51,85%. Hiệu suất cao nhất ở 40°C đạt 84,77%. Điều này là phù hợp với khoảng hoạt động tối ưu của các enzym sinh học. Do vậy, chọn nhiệt độ thủy phân 40°C cho các nghiên cứu tiếp theo.

3.5. Kết quả khảo sát ảnh hưởng của tỷ lệ enzym/cơ chất tới hiệu suất thủy phân

Tiến hành thủy phân các mẫu trong cùng điều kiện nhưng ở các tỷ lệ enzyme cơ chất khác nhau: 1/200; 1/100; 1/50; 1/25. Mẫu sau khi thủy phân được xử lý mẫu theo quy trình đã mô tả ở mục 2.2. Kết quả được thể hiện ở bảng 3.

Bảng 3. Kết quả khảo sát ảnh hưởng của

tỷ lệ enzym/cơ chất tới hiệu suất thủy phân (n=3)

Tỷ lệ Enzym/cơ chất	1: 200	1: 100	1:50	1:25
Hàm lượng aa (mg/g)	300,96 ± 0,22	348,74 ± 9,11	372,70 ± 5,17	309,54 ± 0,79
Hiệu suất (%)	70,82	82,06	87,69	72,83

Kết quả bảng 3 cho thấy: Tỷ lệ enzym/cơ chất 1/50 cho hiệu suất thủy phân thu acid amin cao nhất 87,69%, với tỷ lệ 1/100 cho hiệu suất khá cao 81,84%, trong khi tỷ lệ enzym/cơ chất cao quá 1/25 hoặc thấp quá 1/200 đều cho hiệu suất thủy phân thấp. Vì vậy đề tài lựa chọn tỷ lệ enzym/cơ chất 1/50 cho các khảo sát tiếp theo.

3.6. Kết quả khảo sát ảnh hưởng của pH dung môi đến hiệu suất thủy phân

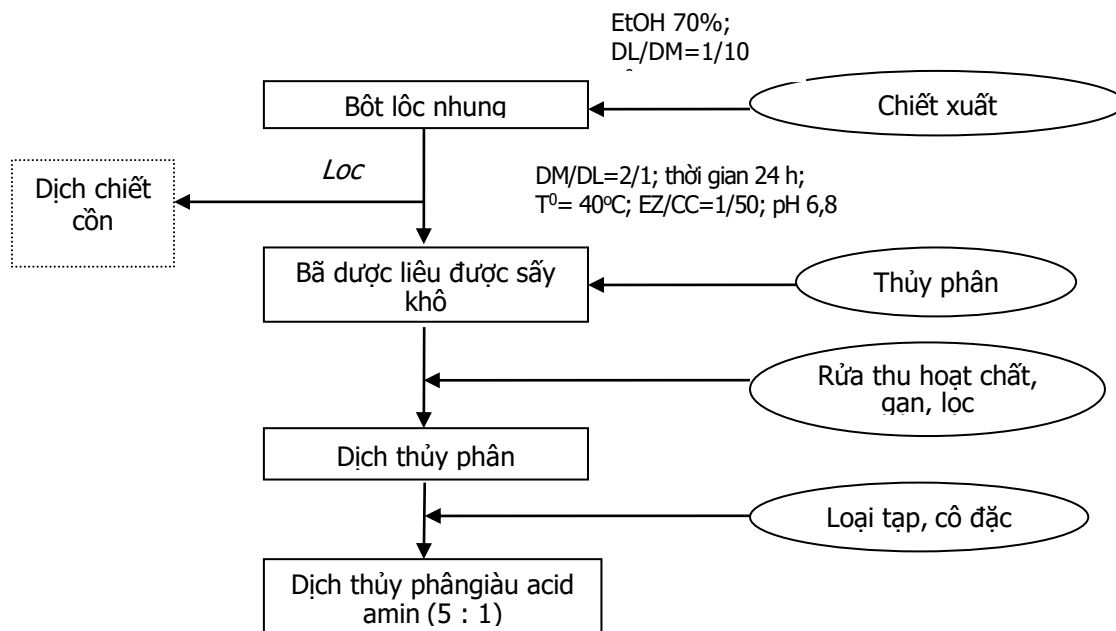
Tiến hành thủy phân các mẫu trong cùng điều kiện nhưng ở các dung môi có pH khác nhau: pH 3; pH 5; pH 6,8; pH 9. Mẫu được xử lý theo quy trình đã mô tả ở mục 2.2. Kết quả xác định hàm lượng acid amin và hiệu suất thủy phân của các mẫu được trình bày ở bảng 4.

Bảng 4. Kết quả ảnh hưởng của pH dung môi đến hiệu suất thủy phân (n=3)

pH dung môi	3	5	6,8	9
-------------	---	---	-----	---

Hàm lượng aa (mg/g)	108,12 ± 10,18	266,15 ± 7,05	374,93 ± 5,63	270,71 ± 2,03
Hiệu suất (%)	25,44	62,62	88,22	63,7

Kết quả bảng 4 cho thấy: Với pH thấp thì hiệu suất thủy phân thấp (đạt 25,44% ở pH = 3), với khoảng pH từ 5-9 thì hiệu suất cao hơn đặc biệt ở pH 6,8 hiệu suất đạt cao nhất 88,22%. Do vậy, chúng tôi lựa chọn Ph 6.8 để thủy phân lọc nhưng thu nhận acid amin.



Hình 3: Quy trình thủy phân thu nhận acid amin từ lộc nhung

Từ các khảo sát trên, quy trình thủy phân thu nhận acid amin từ lộc nhung (hình 3) với các điều kiện sau: Tỷ lệ dung môi/cơ chất: 2/1; thời gian thủy phân là 24 giờ; nhiệt độ thủy phân 40°C; tỷ lệ enzym/cơ chất: 1/50, với các điều kiện tìm được hiệu suất thủy phân thu nhận acid amin tương đối cao đạt 88,22%.

V. KẾT LUẬN

Đã khảo sát và lựa chọn được các thông số tối ưu của quy trình thủy phân thu nhận acid amin bằng enzym với các điều kiện bao gồm: Tỷ lệ dung môi/cơ chất: 2/1; thời gian thủy phân là 24 giờ; nhiệt độ thủy phân 40°C; tỷ lệ enzym/cơ chất: 1/50. Với các điều kiện tìm được hiệu suất của quá trình thủy phân đạt 88,22%. Quy trình có thể ứng dụng trong sản xuất thu nhận acid amin sử dụng trong bào chế các chế phẩm thuốc, thực phẩm bảo vệ sức khỏe.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. A. Fraser et al (2010), "Deer velvet supplementation decreases the grade and metastasis of azoxymethane-induced colon cancer in the male rat", *Food and Chemical Toxicology*. 48, pp. 1288-1292.
2. Bjørn Liaset et al (2002), "Studies on the nitrogen recovery in enzymic hydrolysis of Atlantic salmon (*Salmo salar*, L.) frames by Protamex™ protease", *Process Biochemistry*. 37, pp. 1263-1269.
3. Bộ y tế (2009), *Dược điển Việt Nam IV*, Nhà xuất bản Hà Nội.
4. Byongtae Jeona et al (2008), "Effect of antler growth period on the chemical composition of velvet antler in sika deer (*Cervus nippon*)", *Mammalian biology*.
5. Đỗ Tất Lợi (2004), *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, tr.937 - 940.
6. Enhui Zha et al (2012), "Wound healing by a 3.2 kDa recombinant polypeptide from velvet antler of *Cervus nippon* Temminck", *Biotechnol Lett.* 34, pp. 789-793.
7. IARC (1972), *Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans*,

World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, Geneva

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU BẰNG ROPIVACAINE 0,075% KẾT HỢP FENTANYL BƠM LIÊN TỤC QUA CATHETER NGOÀI MÀNG CỨNG SAU PHẪU THUẬT BỤNG TRÊN

Lâm Thị Hằng¹, Nguyễn Hữu Tú²

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả giảm đau và các tác dụng không mong muốn của ropivacaine 0,1% và 0,075% kết hợp với fentanyl 2 µg/ml sau phẫu thuật (PT) bụng trên bằng phương pháp truyền liên tục ngoài màng cứng (NMC). **Phương pháp nghiên cứu:** Can thiệp lâm sàng có so sánh trên 60 bệnh nhân (BN) phẫu thuật bụng trên sử dụng bơm liên tục ropivacaine qua catheter NMC cho giảm đau sau mổ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 03 – 8/2017 được chia thành hai nhóm, mỗi nhóm có 30 BN: nhóm 1 sử dụng ropivacaine 0,1% + fentanyl 2 µg/ml; nhóm 2 sử dụng ropivacaine 0,075% + fentanyl 2 µg/ml. Đánh giá hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS ở ba trạng thái: nghỉ, vận động (vd), ho và các tác dụng không mong muốn khi sử dụng thuốc ở hai nhóm. Số lần cần điều chỉnh thuốc giảm đau, tổng thể tích thuốc, lượng fentanyl và thuốc tê tiêu thụ ở mỗi nhóm cũng được ghi nhận. **Kết quả:** Tổng thể tích thuốc, lượng fentanyl ở nhóm 2 cao hơn so với nhóm 1 ($p < 0,05$). Số lần điều chỉnh tốc độ bơm thuốc và dùng liều bolus ở nhóm này cũng cao hơn nhóm 1. Tuy nhiên lượng thuốc tê tiêu thụ ở nhóm 2 thấp hơn so với nhóm 1 ($p < 0,05$). Điểm VAS ở cả ba trạng thái: nghỉ, vận động và ho khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Cả hai nhóm không có BN nào bị ức chế vận động. Tỷ lệ các tác dụng không mong muốn không có sự khác biệt giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Nhóm 1 có 01 BN tụt huyết áp, 01 BN suy hô hấp nhẹ, ngứa 6,7%; nôn và buồn nôn 10%, chóng mặt 01 BN. Nhóm 2 có 01 BN suy hô hấp nhẹ, ngứa 3,3%; nôn và buồn nôn 6,7%, không có bệnh nhân nào tụt huyết áp và chóng mặt. **Kết luận:** Ropivacaine 0,1% và 0,075% phối hợp fentanyl 2 µg/ml cho hiệu quả giảm đau tốt sau phẫu thuật bụng trên bằng bơm liên tục NMC.

Từ khóa: Giảm đau ngoài màng cứng, ropivacaine, phẫu thuật bụng trên.

SUMMARY

THE EFFICACY OF 0.075% ROPIVACAINE IN COMBINATION WITH FENTANYL FOR CONTINUOUS INFUSION EPIDURAL ANALGESIA AFTER UPPER ABDOMINAL SURGERY

Objectives: to compare the effectiveness of ropivacaine 0,075% versus 0,1% continuous infusion epidural analgesia (CIEA) at different concentrations in

combination with 2 µg/ml fentanyl for patients undergoing upper abdominal surgery. **Methods:** A randomized comparative trial. In total, 60 patients who had received continuous infusion epidural analgesia after upper abdominal surgery was divided randomly into two groups. The number of patients in each was 30: group 1, ropivacaine 0.1%/fentanyl 2 µg/ml; group 2, ropivacaine 0.075%/fentanyl 2 µg/ml. Visual analog scale (VAS) pain scores at rest, on moving and coughing, adverse events and motor block were recorded on 1, 2, 3, 6, 12, 24, 36, 48, 72 hours after surgery. The total volume, the amount of analgesic solutions and the number of adjustments in infusion rate and bolus dose were also measured.

Results: The total volume of analgesic and the quantity of fentanyl in group 2 were higher than in group 1 ($p < 0,05$). The number of adjustments in infusion rate and bolus dose in this group were also more than in group 1. Nevertheless, the amount of ropivacaine consumed in this group was significantly less than in group 1 ($p < 0,05$). There were no differences among two groups in VAS scores ($p > 0,05$). No patient experienced motor block in both groups. There was no difference in adverse effects among two groups. Patients who suffered from hypotension, respiratory depression and dizziness were insignificant. The incidence of pruritus, nausea and vomiting among two groups were similar (group 1, 6.7% and 10%; group 2, 3.3% and 6.7%, respectively). **Conclusions:** Both 0.1% and 0.075% ropivacaine in combination with 2 µg/ml fentanyl provide good postoperative pain control after upper abdominal surgery.

Keywords: Epidural analgesia, ropivacaine, upper abdominal surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tầng bụng trên là một PT lớn, gây đau nhiều ở giai đoạn hậu phẫu. Gây tê NMC được xem là phương pháp tối ưu để giảm đau sau PT này. Có nhiều loại thuốc tê đang được dùng ở phương pháp này ở các nồng độ khác nhau: bupivacaine, levobupivacaine... Ropivacaine là một loại thuốc gây tê thuộc họ amino amid đã được sử dụng trên thế giới từ năm 1996 với những ưu điểm nổi trội hơn bupivacaine như: ổn định hơn về huyết động, ít độc với tim mạch và thần kinh hơn [1]. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về ropivacaine để vô cảm trong mổ, giảm đau sau mổ, giảm đau trong chuyển dạ bằng gây tê ngoài màng cứng. Tại Việt Nam, thuốc mới được đưa vào sử dụng năm 2014 nên chưa có nhiều nghiên cứu ứng dụng thuốc này

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Thị Hằng

Email: lamthihang85@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.11.2017

Ngày duyệt bài: 14.11.2017

và cũng chưa có nghiên cứu nào đưa ra được nồng độ phù hợp dùng để giảm đau sau PT bụng trên. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: So sánh hiệu quả giảm đau và các tác dụng không mong muốn của ropivacain 0.1 % và 0.075% kết hợp với fentanyl 2µg/ml sau phẫu thuật bụng trên bằng truyền liên tục qua catheter NMC.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu (NC) được sự đồng ý của Bệnh viện Trường Đại học Y Hà Nội. 60 BN đủ tiêu chuẩn lựa chọn tự nguyện tham gia NC, chia thành hai nhóm theo phương pháp thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh, thời gian từ tháng 3 - 8/2017 tại Bệnh viện trường Đại học Y Hà Nội: nhóm 1 dùng ropivacain 0,1% + fentanyl 2µg/ml; nhóm 2 dùng ropivacain

0,075% + fentanyl 2µg/ml. Tất cả BN tham gia vào NC đều được gây tê NMC trước khi gây mê nội khí quản, đặt tốc độ duy trì trong mức 2ml/h. Sau mỗi BN tự lượng giá điểm đau theo thang điểm VAS 100, khi VAS > 40 đặt tốc độ bơm ban đầu 6ml/h. BN được tăng tốc độ bơm (1ml/h/lần), hỗ trợ thêm liều bolus (3ml/lần) nếu VAS vẫn > 40 khi đã dùng tốc độ duy trì. Điểm VAS lúc nghỉ, vỗ, ho, số lần cần điều chỉnh tốc độ thuốc, số lần cần bolus, tổng thể tích thuốc giảm đau, lượng fentanyl, thuốc tê và các biến số nghiên cứu khác được ghi nhận tại các thời điểm trong thời gian lưu catheter là 72h. Số liệu thu thập được xử lý trên phần mềm SPSS 16.00, sử dụng các thuật toán thống kê y học. $P < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu, phẫu thuật và gây tê NMC

Bảng 1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu, phẫu thuật và gây tê NMC

Thông số	Nhóm 1	Nhóm 2	P
Giới tính (nam/nữ)	18/12	17/13	$p > 0,05$
ASA (I/II)	10/20	5/25	
Tuổi	53,1 ± 10,18	55,1 ± 12,00	
Chiều cao (cm)	160,47 ± 7,14	159,53 ± 6,13	
Cân nặng (kg)	53,87 ± 7,68	52,07 ± 6,39	
Vị trí đặt catheter: D 8-9 D 9-10	24 6	21 9	

Nhận xét: Kết quả ở bảng cho thấy không có sự khác biệt giữa hai nhóm về các chỉ số nhân trắc và vị trí gây tê NMC ($p > 0,05$).

2. Hiệu quả giảm đau

Bảng 2. Đặc điểm về sự tiêu thụ thuốc giảm đau trong 72h

Thông số	Nhóm 1 (n=30)	Nhóm 2 (n=30)	P
Thể tích thuốc (ml)	520,98 ± 56,86	660,03 ± 43,37	$p < 0,01^{(*)}$
Fentanyl (µg)	1042 ± 113,72	1318,40 ± 90,24	$p < 0,01^{(*)}$
Ropivacain (mg)	520,98 ± 56,86	495,06 ± 32,54	$p < 0,05^{(*)}$
Số lần cần bolus	33	49	
Số lần điều chỉnh bơm thuốc	67	80	

Nhận xét: Tổng thể tích thuốc, lượng fentanyl, nhu cầu bổ sung thuốc giảm đau ở nhóm 2 cao hơn nhóm 1 nhưng lượng ropivacain ở nhóm 2 thấp hơn so với nhóm 1 ($p < 0,05$).

Bảng 3. Điểm VAS lúc nghỉ, vận động, ho

Thời điểm	Nhóm 1			Nhóm 2			P
	VAS nghỉ	VAS vỗ	VAS ho	VAS nghỉ	VAS vỗ	VAS ho	
T1	35,7 ± 4,7	41,0 ± 4,3	41,2 ± 8,1	34,2 ± 5,4	40,3 ± 4,7	40,2 ± 3,8	$p > 0,05$
T2	29,2 ± 4,8	36,8 ± 5,5	33,0 ± 6,6	27,7 ± 4,5	34,8 ± 5,5	33,7 ± 4,3	
T3	24,7 ± 4,5	31,3 ± 6,0	27,3 ± 5,8	22,8 ± 5,4	29,5 ± 5,3	27,8 ± 3,6	
T6	20,7 ± 3,9	26,0 ± 5,5	24,5 ± 5,3	18,8 ± 5,2	24,8 ± 4,0	24,0 ± 3,8	
T12	13,2 ± 5,8	21,2 ± 5,2	27,0 ± 5,4	14,8 ± 4,5	23,5 ± 4,8	28,2 ± 5,2	
T24	17,2 ± 8,0	24,0 ± 9,5	27,3 ± 10,7	17,8 ± 7,0	23,8 ± 8,2	28,0 ± 8,6	
T36	20,0 ± 5,3	25,7 ± 4,7	27,8 ± 4,3	19,8 ± 5,7	24,8 ± 6,1	28,0 ± 5,9	
T48	21,0 ± 3,1	22,2 ± 7,6	24,3 ± 8,2	21,0 ± 3,3	22,7 ± 4,6	25,0 ± 6,0	
T72	16,0 ± 4,6	21,3 ± 5,4	21,7 ± 5,6	17,0 ± 3,9	22,5 ± 5,4	23,2 ± 4,0	

1. Tác dụng không mong muốn**Bảng 4. Các tác dụng không mong muốn**

Thông số	Nhóm 1 (n=30)	Nhóm 2 (n=30)
Tụt huyết áp	1	0
Suy hô hấp (R0/R1/R2/R3)	29/1/0/0	29/1/0/0
Nôn và buồn nôn	1	2
Ngứa	2	3
Chóng mặt	1	0

IV. BÀN LUẬN

Kết quả NC của chúng tôi chỉ ra rằng ropivacain ở cả hai nồng độ 0,075% và 0,1% phối hợp với fentanyl 2 µg/ml giảm đau hiệu quả sau phẫu thuật tăng bụng trên bằng phương pháp bơm liên tục NMC. Điểm VAS trung bình ở cả ba trạng thái nghỉ, vận động và ho qua các thời điểm NC không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Kết quả bảng 2 cho thấy mặc dù thể tích thuốc giảm đau, lượng fentanyl, số lần cần thêm thuốc ở nhóm 2 cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm 1 nhưng lượng thuốc tiêu thụ ở nhóm 2 lại giảm hơn so với nhóm 1 ($p < 0,05$). Theo kết quả của một số NC ở nhóm sử dụng nồng độ thấp hơn nhu cầu về thể tích thuốc tê cao hơn nhóm nồng độ cao nhưng có một sự giảm có ý nghĩa về lượng thuốc tê được tiêu thụ trong nhóm nồng độ thấp. Kết quả của Shen-Chih Wang giảm được khoảng 38% và R. Whiteside giảm được 24% lượng thuốc tê ở nhóm nồng độ thấp, trong khi chúng tôi giảm được khoảng 5% [2], [3].

Trong khoảng thời gian 3h đầu kể từ khi tiến hành giảm đau, điểm VAS ở cả hai nhóm cao hơn các thời điểm về sau. Tuy nhiên, trong khoảng 3h đầu kết quả cho thấy điểm VAS trung bình trong cả hai nhóm khi nghỉ cũng đạt được trong khoảng 24 - 35 ở nhóm 1 và từ 23 - 34 ở nhóm 2, khi ho và vận động từ 28 - 42 ở cả hai nhóm. Không có bệnh nhân nào chịu mức độ giảm đau kém kể cả khi ho và vận động. Trong một nghiên cứu tương tự dùng ropivacain 0,1%, kết quả của S.A. Schug VAS trung bình trong khoảng 4h khi nghỉ là 15, khi ho và vận động là 44, kết quả của Shen-Chih Wang VAS trung bình trong khoảng 12h khi nghỉ là < 20, khi ho và vận động từ 30 - 40. Như vậy điểm VAS ở cả 3 trạng thái trong nghiên cứu của chúng tôi không khác biệt nhiều so với các nghiên cứu của các tác giả trên. Với. Tác giả S.A. Schug cho rằng dùng ropivacain 0.1% đạt mức giảm đau rất tốt khi bệnh nhân nghỉ ngơi nhưng khi vận động và ho

cần nồng độ cao hơn thì mới giảm đau đủ trong những giờ đầu sau mổ. Chúng tôi cũng đưa ra nhận xét tương tự cho cả hai nồng độ 0,075% và 0,1% trong nghiên cứu này. Chính vì vậy trong NC, chúng tôi cần dùng thêm liều bolus và điều chỉnh tốc độ bơm thuốc để bệnh nhân nhanh chóng đạt được mức giảm đau tốt kể cả khi ho và vận động. Kết quả của chúng tôi cũng ghi nhận 100% BN cần điều chỉnh tốc độ bơm so với tốc độ ban đầu và cần thêm liều bolus ở cả hai nhóm nhưng ở nhóm 2 cao hơn so với nhóm 1. NC của Shen-Chih Wang cho kết quả tương tự.

Tại các thời điểm từ 6h VAS trung bình ở cả hai nhóm đạt < 25 khi nghỉ và < 30 khi ho và vận động. Mức độ giảm đau duy trì ổn định qua các thời điểm và hầu hết bệnh nhân đạt chất lượng giảm đau khá và tốt trong suốt thời gian NC. Điểm VAS khi ho và vận động ở các thời điểm này trong NC của chúng tôi tương đương với kết quả của tác giả Shen-Chih Wang (≤ 30) và thấp hơn so với kết quả của S.A. Schug (từ 33 - 42) [2], [4]. Tuy nhiên hai tác giả trên đã không ủng hộ dùng ropivacain 0.1% để giảm đau sau phẫu thuật tăng bụng trên dù bằng phương pháp PCEA hay truyền liên tục qua catheter NMC. Bởi vì các tác giả cho rằng ở nồng độ này ropivacain không đủ giảm đau cho bệnh nhân ở trạng thái ho và vận động, mặc dù tác dụng giảm đau khi nghỉ ngơi rất tốt ($VAS < 15$). Có sự khác biệt này có thể là do tính tương đối của phương pháp lượng giá đau và thiết kế nghiên cứu khác nhau của từng tác giả. Bên cạnh đó, trong nghiên cứu của Shen-Chih Wang liều fentanyl phối hợp giảm một nửa so với trong nghiên cứu của chúng tôi, còn S.A. Schug thì dùng thuốc tê đơn thuần. Nhiều NC đã chứng minh, khi phối hợp thuốc tê với thuốc giảm đau dòng họ morphin, tăng hiệu quả giảm đau sau mổ, kéo dài thời gian tác dụng, giảm được liều lượng thuốc tê [5], [6]. Hyun Chul Jung sử dụng ropivacain 0,075% phối hợp fentanyl 2 µg/ml bằng PCEA cho các bệnh nhân sau phẫu thuật phụ khoa hiệu quả giảm đau tốt và không có sự khác biệt giữa hai nhóm [7]. Không có sự khác biệt về tỷ lệ của các tác dụng không mong muốn ở cả hai nhóm ($p > 0,05$). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu ở trên.

V. KẾT LUẬN

Ropivacain 0,1% và 0,075% phối hợp với fentanyl 2µg/ml truyền liên tục qua catheter NMC cho hiệu quả giảm đau tốt sau phẫu thuật tăng bụng trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wheatley R.G., Schug S.A., and Watson D. (2001). Safety and efficacy of postoperative epidural analgesia. *Br J Anaesth*, **87**(1), 47–61.
2. Wang S.-C., Chang Y.-Y., Chang K.-Y., et al. (2008). Comparison of Three Different Concentrations of Ropivacaine for Postoperative Patient-controlled Thoracic Epidural Analgesia After Upper Abdominal Surgery. *Acta Anaesthesiol Taiwan*, **46**(3), 100–105.
3. Whiteside R., Jones D., Bignell S., et al. (2000). Epidural ropivacaine with fentanyl following major gynaecological surgery: the effect of Volume and concentration on pain relief and motor impairment. *Br J Anaesth*, **84**, 720–4.
4. Schug S.A., Scott D.A., Payne J., et al. (1996). Postoperative analgesia by continuous extradural infusion of ropivacaine after upper abdominal surgery. *Br J Anaesth*, **76**(4), 487–491.
5. Lee W.-K., Yu K.-L., Tang C.-S., et al. (2003). Ropivacaine 0.1% With or Without Fentanyl for Epidural Postoperative Analgesia: A Randomized, Double-Blind Comparison. *Kaohsiung J Med Sci*, **19**(9), 458–462.
6. Singh A.P., Singh D., Singh Y., et al. (2015). Postoperative analgesic efficacy of epidural tramadol as adjunct to ropivacaine in adult upper abdominal surgeries. *Anesth Essays Res*, **9**(3), 369–373.
7. Jung H.C., Seo H.J., Lee D.H., et al. (2017). A comparison of 0.075% and 0.15% of ropivacaine with fentanyl for postoperative patient controlled epidural analgesia after laparoscopic gynecologic surgery. *Yeungnam Univ J Med*, **34**(1), 37.

NỒNG ĐỘ MICROALBUMIN NIỆU VÀ MỘT SỐ CHỈ SỐ HÓA SINH MÁU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA THÁI NGUYÊN

Lê Thị Minh Hiền¹, Nguyễn Thị Hoa¹, Vũ Thị Hoài Thu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1) Mô tả nồng độ microalbumin niệu và một số chỉ số hóa sinh máu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2. 2) Phân tích mối liên quan giữa nồng độ microalbumin niệu và một số yếu tố khác. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, cắt ngang trên 110 bệnh nhân (BN) đái tháo đường (ĐTĐ) typ 2 đang được điều trị ngoại trú tại bệnh viện trường Đại học Y khoa Thái Nguyên. **Kết quả:** 1) Nồng độ microalbumin niệu (MAU), glucose, HbA1c tương ứng là $65,0 \pm 38,7$ mg/L, $7,7 \pm 2,2$ mmol/L và $6,3 \pm 1,2\%$. Có 31/110 BN ĐTĐ có MAU (+) chiếm tỷ lệ 28,2%. 2) Có mối liên quan giữa MAU (+) với vòng bụng (VB), những trường hợp VB tăng trên 90 cm ở nam và tăng trên 80 cm ở nữ có nguy cơ MAU (+) cao gấp 4,5 lần những trường hợp ở ngưỡng bình thường ($p < 0,05$). Có mối liên quan giữa glucose, HbA1c và MAU, nhóm BN có nồng độ glucose ≥ 7 mmol/L có nguy cơ MAU (+) cao gấp 2,8 lần so với nhóm BN có nồng độ glucose < 7 mmol/L và nhóm BN có HbA1c $\geq 6,5\%$ có nguy cơ MAU (+) cao gấp 1,2 lần so với nhóm BN có HbA1c $< 6,5\%$ ($p < 0,05$). Kết luận: 1) Tỷ lệ BN ĐTĐ typ 2 có MAU (+) là 28,2%. 2) Có mối liên quan giữa MAU với VB. Ở nhóm BN ĐTĐ không kiểm soát tốt nồng độ glucose có nguy cơ MAU (+) cao hơn có ý nghĩa so với nhóm BN ĐTĐ kiểm soát tốt nồng độ glucose ($p < 0,05$).

Từ khóa: Microalbumin niệu, đái tháo đường.

SUMMARY

THE CONCENTRATION OF MICROALBUMINURIA AND SOME BLOOD BIOCHEMISTRY PARAMETERS IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN THAI NGUYEN MEDICAL COLLEGE HOSPITAL

Objective: 1) Describe concentration of microalbuminuria and some blood biochemistry parameters in type 2 diabetes mellitus. 2) Analyze the correlation between microalbuminuria and another factors. Method: a cross-sectional study of 110 type 2 diabetes mellitus who are receiving outpatient treatment at Thai Nguyen medical college hospital. **Result:** The mean concentration of microalbuminuria (MAU), glucose, HbA1c respectively were 65.0 ± 38.7 mg/L, 7.7 ± 2.2 mmol/L and $6.3 \pm 1.2\%$. There were 31/110 diabetic patients who had microalbuminuria positive (MAU+) 28,2%. There was a correlation between MAU(+) and waist circumference, with cases of waist circumference over 90 cm in men and over 80 cm in women had MAU (+) was 4.5 times higher than normal levels ($p < 0.05$). There was a correlation between glucose, HbA1c and MAU, concentration of glucose ≥ 7 mmol/L had MAU (+) was 2.8 times higher than glucose < 7 mmol/L and with diabetic patients had HbA1c $\geq 6.5\%$ had MAU (+) was 1.2 times higher than HbA1c $< 6.5\%$ ($p < 0.05$). **Conclusion:** 1) The percentage of diabetic patients who had MAU (+) was 28.2%. 2) There was a correlation between MAU and waist circumference. In diabetic patients with poor glycemic control, MAU (+) was significantly higher than good glucose control group ($p < 0.05$).

Key word: Microalbuminuria, diabetes.

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Minh Hiền

Email: leminhhien143@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.11.2017

Ngày duyệt bài: 15.11.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một bệnh mạn tính và cần được chăm sóc y tế dài hạn để hạn chế các biến chứng nghiêm trọng của bệnh. Tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ ngày càng gia tăng trên toàn thế giới. Theo báo cáo của Trung tâm kiểm soát dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC) ước tính khoảng gần 26 triệu người mắc ĐTĐ và khoảng 79 triệu người tiền ĐTĐ ở nước này. Tại Việt Nam, tỷ lệ ĐTĐ là 5,7%, con số này ngày càng gia tăng và dự báo sẽ tăng gấp đôi vào năm 2020 [1]. ĐTĐ gây ra nhiều biến chứng mạn tính ảnh hưởng đến cuộc sống của người bệnh như: biến chứng tim mạch, thận, thần kinh và nhiễm khuẩn. Trong đó biến chứng thận là một biến chứng nghiêm trọng thường gặp gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Tiên lượng của biến chứng thận do ĐTĐ là rất trầm trọng thường tiến triển đến lọc máu hoặc ghép thận. Cả hai phương pháp điều trị can thiệp này đều rất tốn kém và có nhiều biến chứng. Vì vậy, việc phát hiện sớm biến chứng thận do ĐTĐ có ý nghĩa rất quan trọng và mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân ĐTĐ [5]. Trong thời gian gần đây, có nhiều nghiên cứu nhằm phát hiện biến chứng thận do bệnh ĐTĐ týp 2, trong đó xét nghiệm microalbumin niệu (MAU-Albmin niệu vi thể) được nhiều nhà nghiên cứu nhận định là một yếu tố giúp đánh giá và theo dõi biến chứng thận ở bệnh nhân ĐTĐ. Albumin niệu vi thể là dấu hiệu sớm của tổn thương vi mạch cầu thận, tức bệnh thận khởi đầu. Ở giai đoạn này, nếu điều trị tốt như kiểm soát glucose, HbA1c, huyết áp và các yếu tố nguy cơ khác thì albumin niệu vi thể biến mất hoặc ngăn chặn suy thận tiếp diễn. Để đánh giá vai trò của microalbumin niệu trong chẩn đoán biến chứng thận ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả nồng độ microalbumin niệu và một số chỉ số hóa sinh máu ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2.*

2. *Phân tích mối liên quan giữa nồng độ microalbumin niệu và một số yếu tố khác.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định đái tháo đường týp 2 theo hướng dẫn chẩn đoán của Bộ Y Tế 2015, tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh ĐTĐ của WHO, IDF 2012 và đang điều trị ngoại trú tại khoa Khám bệnh- Bệnh viện trường ĐH Y khoa Thái Nguyên.

- Tiêu chuẩn loại trừ: nhóm bệnh lý bị loại trừ khi tình trạng sinh lý hay bệnh lý ảnh hưởng đến microalbumin niệu trên bệnh nhân đái tháo đường như:

+ Tiểu máu vi đại thể hoặc albumin niệu đại thể.

+ Suy gan, suy thận, viêm thận, nhiễm trùng đường tiểu.

+ Hôn mê toan ceton hoặc hôn mê tăng áp lực thẩm thấu.

+ Mất nước nặng, có thai, không hợp tác nghiên cứu.

2.2. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2017 - 10/2017.

2.3. Địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Trường ĐH Y khoa Thái Nguyên.

+ Khoa Xét nghiệm, Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên.

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

2.5. Thiết bị nghiên cứu: Máy xét nghiệm sinh hóa tự động OLYMPUS AU480. Hóa chất do hãng BECKMAN COULTER cung cấp.

2.6. Chỉ tiêu nghiên cứu

*Định lượng nồng độ microalbumin niệu bằng phương pháp miễn dịch đo độ đục.

+ Tiêu chuẩn đánh giá xác định có microalbumin niệu dương tính (MAU +) khi MAU nằm trong khoảng 30mg/L đến 300mg/L. MAU(-) hoặc bình thường khi < 30mg/L.

*Định lượng nồng độ glucose, HbA1C, cholesterol TP, triglycerid, HDL-C, LDL-C huyết tương theo qui trình chuẩn.

*Chỉ tiêu lâm sàng: tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể (BMI), thời gian phát hiện bệnh, vòng bụng, huyết áp.

2.7. Kỹ thuật thu thập số liệu: Thu thập số liệu theo mẫu phiếu điều tra.

2.8. Phương pháp xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 18.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Một số đặc điểm lâm sàng ở đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị trung bình $\bar{X} \pm SD$ (n %)
Tuổi	59,4 $\pm$ 6,8
Giới (nam/nữ)	42/68 (38,2/61,8%)
Thời gian phát hiện bệnh (năm)	5,7 $\pm$ 3,9
BMI (Kg/m ²)	23,8 $\pm$ 2,8

Vòng bụng (cm)	87,5± 8,6
HA tâm thu (mmHg)	131,6± 12,9
HA tâm trương (mmHg)	79,4± 7,3
Tỷ lệ tăng huyết áp (THA)	41 (37,3%)

Nhận xét: Đa số bệnh nhân ở lứa tuổi trung niên, nữ giới chiếm ưu thế, thời gian phát hiện bệnh khá lâu, tỉ lệ bệnh nhân ĐTĐ có tăng huyết áp chiếm 37,3%.

Bảng 3.2. Một số đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm	Giá trị trung bình $\bar{X} \pm SD$
Glucose (mmol/L)	7,7 ± 2,2
HbA1c (%)	6,3 ± 1,2
Cholesterol (mmol/L)	5,3 ± 1,2
Triglycerid (mmol/L)	3,0 ± 1,9
HDL-C (mmol/L)	1,1 ± 0,3
LDL-C (mmol/L)	2,9 ± 1,1
MAU (mg/L)	65,0 ± 38,7

Nhận xét: Nồng độ Glucose huyết tương cao hơn so với giá trị bình thường.

Bảng 3.3. Tỷ lệ MAU ở bệnh nhân ĐTĐ type 2

Chỉ số	MAU (-)	MAU (+)
n	79	31
Tỷ lệ (%)	71,8	28,2

Nhận xét: Có 31/110 bệnh nhân đái tháo đường có microalbumin niệu (+) chiếm tỷ lệ 28,2%.

3.2. Môi liên quan giữa microalbumin niệu với một số đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.4. Môi liên quan giữa microalbumin niệu với một số đặc điểm lâm sàng

Chỉ số	MAU (-) n=79	MAU (+) n=31	OR, CI95%, p
BMI <23	28	10	OR=1,2 CI95% (0,47-2,79) p >0,05
BMI ≥23	51	21	
VB bình thường	19	2	OR=4,5 CI95% (1,0-21,06) p <0,05
VB tăng	60	29	
HA bình thường	50	19	OR= 1,1 CI95% (0,46-2,56) p >0,05
Tăng HA	29	12	

Nhận xét: MAU (+) có liên quan với vòng bụng, những trường hợp VB tăng trên 90 cm ở nam và tăng trên 80 cm ở nữ có nguy cơ MAU (+) cao gấp 4,5 lần những trường hợp ở ngưỡng bình thường (p<0,05).

Chưa thấy mối liên quan giữa chỉ số BMI, tăng HA với nồng độ MAU (p>0,05).

3.3. Môi liên quan giữa microalbumin niệu và một số chỉ số hóa sinh máu

Bảng 3.5. Môi liên quan giữa microalbumin niệu và glucose, HbA1c huyết tương

Chỉ số	MAU(-) n=79	MAU(+) n=31	OR, CI95%,p
Glucose <7 mmol/L	37	5	OR = 2,8 CI95% (1,59-3,15) p <0,05
Glucose ≥7 mmol/L	42	26	
HbA1c <6,5 %	45	10	OR = 1,2 CI95% (1,16-6,67) p <0,05
HbA1c ≥6,5 %	34	21	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa glucose, HbA1c và MAU ở đối tượng nghiên cứu, những trường hợp glucose ≥7mmol/L có nguy cơ MAU (+) cao gấp 2,8 lần những trường hợp glucose <7 mmol/L và những trường hợp HbA1c ≥6,5% có nguy cơ MAU (+) cao gấp 1,2 lần những trường hợp HbA1c <6,5 % (p <0,05).

Bảng 3.6. Môi liên quan giữa microalbumin niệu và các thành phần lipid máu

Chỉ số	MAU (-) n=79	MAU (+) n=31	OR, CI95%, p
Cholesterol <5,2 mmol/L	45	13	OR = 1,8 CI95% (0,79-4,25) p >0,05
Cholesterol ≥5,2mmol/L	34	18	
Triglycerid <2,3 mmol/L	42	12	OR = 1,7 CI95% (0,77-4,19) p >0,05
Triglycerid ≥2,3 mmol/L	37	19	
LDL-C <3,4mmol/L	53	20	OR = 1,2 CI95% (0,53-2,90) p >0,05
LDL-C ≥3,4 mmol/L	26	11	
HDL-C ≥1,0 mmol/L	50	18	OR = 1,1 CI95% (0,47-2,68) p >0,05
HDL-C <1,0 mmol/L	29	13	

Nhận xét: chưa thấy có mối liên quan giữa một số thành phần lipid máu với MAU (p>0,05)

IV. BÀN LUẬN

ĐTĐ là một bệnh mạn tính, ảnh hưởng tới hàng triệu người kể cả nam lẫn nữ, mọi lứa tuổi, mọi tầng lớp xã hội và mọi trình độ văn hóa khác nhau. Nghiên cứu của chúng tôi có 110 bệnh nhân đái tháo đường type 2 thấy rằng tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 59,4± 6,8. Đây cũng là độ tuổi thường gặp trong các nghiên cứu Hồ Hữu Hóa 60,3±9,7, Nguyễn Đức Ngọ, Lê Thị Diệu Hồng 61,1±9,25, [2], [4], [5].

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi gồm 42 nam (chiếm tỉ lệ 38,2%) và 68 nữ (chiếm tỉ lệ 61,8%) cho thấy tỉ lệ nữ giới mắc bệnh cao hơn nam giới. Trong nghiên cứu của tác giả Hồ Xuân Sơn, nữ giới mắc bệnh ĐTD chiếm 69,8%, trong khi đó nam giới chiếm 30,2% [5]. Về thời gian phát hiện bệnh, nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân ĐTD có thời gian phát hiện trung bình là $5,7 \pm 3,9$. Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian mắc bệnh cao hơn vì đối tượng của chúng tôi chủ yếu cán bộ hưu trí [6].

Các đặc điểm khác của nhóm nghiên cứu như chỉ số BMI, vòng bụng, tỷ lệ tăng huyết áp, kết quả của chúng tôi thu được có BMI là $23,8 \pm 2,8$ hơi tăng so với bình thường, tăng HA chiếm 37,3% và có tăng vòng bụng. Kết quả này cũng phù hợp cả về sinh lý bệnh và cũng như các nghiên cứu khác vì béo phì là yếu tố trung tâm của hội chứng chuyển hóa và đề kháng insulin, nó làm tăng đào thải albumin ra nước tiểu. Trong nghiên cứu của Nguyễn Đức Ngo, Lê Thị Diệu Hồng cho thấy nhóm ĐTD có BMI ≥ 23 , vòng bụng cao và tăng HA có MAU (+) cao hơn nhóm không có béo phì và không tăng HA ($p < 0,05$) [4]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi thì chưa tìm thấy mối liên quan giữa chỉ số BMI, huyết áp với nồng độ MAU nhưng lại thấy có mối liên quan giữa vòng bụng với MAU, những trường hợp VB tăng trên 90 cm ở nam và tăng trên 80 cm ở nữ có nguy cơ MAU (+) cao gấp 4,5 lần những trường hợp ở ngưỡng bình thường ($p < 0,05$). Chỉ số vòng bụng là một yếu tố nguy cơ độc lập của bệnh ĐTD, tăng vòng bụng là yếu tố ảnh hưởng tới những khó khăn trong kiểm soát glucose máu cũng như làm tăng tỷ lệ tăng HA và biến chứng thận ở bệnh nhân ĐTD type 2 ở Việt Nam, nguyên nhân là do béo bụng dẫn đến sự tích tụ quá mức các mô mỡ trong nội tạng. Chính các tế bào mỡ trong nội tạng cơ thể làm thay đổi các chất cytokines trong cơ thể và hậu quả làm tăng glucose và triglycerid trong máu. Nhận định này của chúng tôi cũng giống như nhiều tác giả trong nước và nước ngoài khác.

Bệnh ĐTD gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm trong đó biến chứng thận là một trong những biến chứng vi mạch thường gặp và cũng là nguyên nhân gây suy thận mạn ở bệnh nhân ĐTD tại các nước phát triển. Hiện nay, xét nghiệm microalbumin niệu có thể phát hiện bệnh thận ở giai đoạn rất sớm nên bác sĩ có thể chỉ định trong những trường hợp nghi ngờ bệnh thận, giúp điều trị kịp thời và chính xác.

Tỉ lệ bệnh nhân ĐTD có MAU (+) trong nghiên cứu của chúng tôi là 28,2% thấp hơn so với một số nghiên cứu của các tác giả khác sự khác biệt này có thể do cách lựa chọn bệnh nhân, phương pháp đánh giá thuộc loại định tính, bán định lượng hay định lượng. Trong nghiên cứu của Hồ Hữu Hóa, MAU được xác định bằng phương pháp bán định lượng bằng test Clinitek [2], còn trong nghiên cứu của Nguyễn Khoa Diệu Vân sử dụng kỹ thuật định lượng MAU [7]. Nghiên cứu của chúng tôi định lượng MAU bằng phương pháp miễn dịch đo độ đục với máy hóa sinh tự động OLYMPUS AU 480.

Bảng 4.1. So sánh nghiên cứu về tỉ lệ bệnh nhân ĐTD có microalbumin niệu so với một số tác giả khác trong nước

Tác giả	Số bệnh nhân nghiên cứu	Tỉ lệ % MAU (+)
Hồ Xuân Sơn [4]	64	39,06
Hồ Hữu Hóa [2]	116	45,7
Trần Xuân Trường và Nguyễn Chí Dũng [6]	68	33,8
Nguyễn Đức Ngo và Lê Thị Diệu Hồng [3]	168	32,2
Lê Thị Minh Hiền và cs	110	28,2

Khi tìm hiểu về nồng độ microalbumin niệu và một số chỉ số hóa sinh máu ở bệnh nhân ĐTD type 2 chúng tôi thấy nồng độ glucose huyết tương cao hơn so với bình thường $7,7 \pm 2,2$ mmol/L, tỷ lệ HbA1c là $6,3 \pm 1,2\%$. Đồng thời tìm hiểu về mối liên quan của glucose, HbA1c giữa nhóm đái tháo đường MAU (-) và có MAU (+), chúng tôi thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,05$) giữa 2 nhóm, nhóm bệnh nhân có nồng độ glucose máu lúc đói ≥ 7 mmol/l có nguy cơ MAU (+) cao gấp 2,8 lần so với nhóm bệnh nhân có nồng độ glucose máu bình thường. Nhóm bệnh nhân có tỷ lệ HbA1c $\geq 6,5\%$ có nguy cơ MAU (+) cao gấp 1,2 lần so với nhóm bệnh nhân HbA1c bình thường. Vì vậy, có thể những bệnh nhân này vẫn chưa quan tâm nhiều đến tình trạng bệnh tật của mình. Như vậy, có thể thấy kiểm soát glucose máu ở các bệnh nhân đái tháo đường nói chung và bệnh nhân đái tháo đường MAU (+) đều chưa tốt. Đây cũng là thực trạng chung của các bệnh nhân đái tháo đường Việt Nam. Nguyên nhân chính có thể do vẫn còn khoảng cách giữa hướng dẫn điều trị và việc tuân thủ phương pháp điều trị của bác sĩ, cũng như thiếu chiến lược quản lý tốt để giúp người bệnh đạt mục tiêu kiểm soát glucose máu.

Bảng 3.6 cho thấy không có mối liên quan giữa MAU với các thành phần lipid máu. Nghiên cứu của Hồ Xuân Sơn cũng cho kết quả tương tự [4]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của Hồ Hữu Hóa cho thấy: tăng triglycerid và giảm HDL-C làm tăng nguy cơ MAU (+) [2].

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ bệnh nhân ĐTD typ 2 có MAU (+) là 28,2%. Nồng độ glucose huyết tương cao hơn so với giá trị bình thường.

2. Có mối liên quan giữa MAU với vòng bụng. Ở nhóm bệnh nhân ĐTD không kiểm soát tốt nồng độ glucose có nguy cơ MAU (+) cao hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân ĐTD kiểm soát tốt nồng độ glucose ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình (2002)**. "Dịch tễ học bệnh ĐTD, các yếu tố nguy cơ và các vấn đề liên quan đến quản lý bệnh nhân ĐTD trong phạm vi toàn quốc". *Một số công trình nghiên cứu khoa học tiêu biểu của các dự án Quốc gia thực hiện tại viện Nội tiết từ năm 1969-2003*, trang 339-351.
2. **Hồ Hữu Hóa (2009)**. *Chẩn đoán sớm biến chứng*

thân bằng xét nghiệm microalbumin niệu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.

3. **Nguyễn Thị Thanh Nga (2009)**. "Tỷ lệ và đặc điểm tổn thương thận ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị tại bệnh viện Nguyễn Trãi thành phố Hồ Chí Minh". *Tạp chí Y học thực hành*, số 2 (644 + 645).
4. **Nguyễn Đức Ngo, Lê Thị Diệu Hồng (2009)**. "Microalbumin niệu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2, mối liên quan với các thành phần của hội chứng chuyển hóa". *Tạp chí Y học thực hành*, Số 2(644+645), trang 1-4.
5. **Hồ Xuân Sơn (2007)**. *Nghiên cứu tỷ lệ albumin niệu vi thể ở bệnh nhân đái tháo đường typ 1 và typ 2*. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
6. **Trần Xuân Trường, Nguyễn Chí Dũng và Phan Sỹ An (2008)**. "Nghiên cứu nồng độ microalbumin niệu chẩn đoán sớm chứng thận trên bệnh nhân đái tháo đường typ 2". *Tạp chí Y học thực hành*, số 1 (594-595), trang 34-37.
7. **Nguyễn Khoa Diệu Vân, Nguyễn Đạt Anh, Trần Đức Thọ và Tạ Văn Bình (2005)**. "Đặc điểm lâm sàng, sinh hoá và các xét nghiệm thăm dò bệnh nhân đái tháo đường typ 2 mới phát hiện". *Tạp chí y học Việt Nam*, tập 315, trang 8-14.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH NGỰC Ở BỆNH NHÂN LAO PHỔI MỚI AFB ÂM TÍNH

Phạm Thị Ánh Tuyết¹, Vũ Quang Diễn¹

Từ khóa: Lao phổi mới AFB âm tính, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ngực ở bệnh nhân lao phổi mới AFB âm tính. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu và hồi cứu, mô tả ở 71 bệnh nhân lao phổi mới AFB âm tính [AFB(-)], nằm điều trị tại Bệnh viện 74 Trung ương. Bệnh nhân nghiên cứu được chẩn đoán xác định dựa theo tiêu chuẩn của Chương trình chống lao Quốc gia. Thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2014 đến tháng 12/2015. **Kết quả và kết luận:** Tổng số 71 bệnh nhân lao phổi mới AFB(-): Tuổi trung bình: $43,6 \pm 17,5$, nam: 81,7%, nữ: 18,3%. Các triệu chứng lâm sàng hay gặp: Sốt: 71,8%, sốt về chiều: 62,0%, mệt mỏi: 73,2%, ho: 95,8%, ho khạc đờm: 60,6%, ho kéo dài: 84,5%. Trung bình bạch cầu ở giới hạn bình thường, trung bình tốc độ máu lắng tăng. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ngực: Tổn thương dạng: Nốt: 95,4%, thâm nhiễm: 61,5%, đông đặc: 18,5%, hang: 26,2%, xơ vôi: 47,7%, thùy trên: 89,2%, thùy dưới: 66,2%, thùy giữa: 44,6%. Tổn thương ở phổi phải: 49,2%, phổi trái: 15,4%.

¹Bệnh viện 74 Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Ánh Tuyết

Email: phamtuyetqptb@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.8.2014

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2017

Ngày duyệt bài: 31.10.2017

SUMMARY

THE CLINICAL, PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS AND COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGING IN THE NEWLY SMEAR – NEGATIVE PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS

Objectives: To describe the clinical, para-clinical characteristics and computed tomography imaging in the newly smear-negative pulmonary tuberculosis (SNPTB) patients. **Method:** A retrospective and prospective, cross-sectional descriptive study was conducted in 71 newly SNPTB, who hospitalized in the Central 74 Hospital. All subjects of the study were diagnosed base on criterion of National Tuberculosis Control Programme. Research time from Jan (2014) to Dec (2015). **Results and conclusion:** A total of 71 newly SNPTB patients: Average age: $43,6 \pm 17,5$, male: 81,7%, female: 18,3%, fever: 71,8%, slight fever at evening: 62,0%, fatigue: 73,2%, cough: 95,8%, productive cough: 60,6%, chronic cough: 84,5%. Average WBC were normal, average ESR were elevated. CT imaging: node: 95,4%, infiltrate: 61,5%, consolidation: 18,5%, cavity: 26,2%, fibre- calcification: 47,7%, upper lobe: 89,2%, lower

lobe: 66,2%, middle lobe: 44,6%, right lung: 49,2, left lung: 15,4%.

Keywords: Newly smear-negative pulmonay tuberculosis, CT imaging

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao gây bệnh cho hàng triệu người mỗi năm, là nguyên nhân hàng thứ 2 gây tử vong trong các nguyên nhân nhiễm trùng. Việt Nam: 14 trong 20 nước có số người mắc lao cao nhất toàn cầu [1]. Ở Việt Nam, khoảng từ 30-45% các trường hợp lao ở người lớn là lao phổi AFB(-) được báo cáo [1]. Chẩn đoán xác định lao phổi mới AFB(-) dựa vào kết quả nuôi cấy là một thách thức với các thầy thuốc vì kết quả nuôi cấy thường phải tốn thời gian khá lâu. Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ngực giúp định hướng chẩn đoán sớm, đưa ra quyết định điều trị sớm cho bệnh nhân lao phổi AFB(-) là hết sức cần thiết. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ngực ở bệnh nhân lao phổi mới AFB(-).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 71 bệnh nhân lao phổi mới AFB(-), điều trị tại Bệnh viện 74 Trung ương. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2014 đến tháng 12/2015. Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên. Được chẩn đoán là lao phổi mới AFB(-), thỏa mãn đầy đủ các tiêu chuẩn của CTCLQG [1]: Loại trừ bệnh nhân có HIV(+), không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả ca bệnh, hồi cứu kết hợp với tiến cứu. Chọn mẫu không xác suất với mẫu thuận tiện.

2.3. Phương pháp thu thập, xử lý số liệu

Thu thập hồ sơ lưu trữ, phỏng vấn, thăm khám bệnh nhân. Xét nghiệm vi sinh lao theo hướng dẫn của CTCLQG [1]. Xét nghiệm công thức bạch cầu máu ngoại vi, tốc độ lắng máu. Chụp X-quang, CT-scanner ngực, phân tích hình ảnh theo tổn thương cơ bản của lao phổi [1]. Số liệu được phân tích trên chương trình SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Các chỉ số	Số bệnh nhân (n = 71)	Tỷ lệ (%)
Nam	58	81,7
Nữ	13	18,3
Tuổi trung bình	43,6	17,5

($\bar{X} \pm SD$)		
Sốt	51	71,8
Sốt kéo dài	21	29,6
Sốt về chiều	44	62,0
Mệt mỏi	52	73,2
Chán ăn	36	50,7
Gầy sút cân	37	52,1
Ra mồ hôi đêm	11	15,5
Ho	68	95,8
Ho khạc đờm	43	60,6
Ho ra máu	14	19,7
Ho kéo dài	60	84,5
Rale nổ	17	23,9
Rale ẩm	37	52,1

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân: $43,6 \pm 17,5$. Nam giới chiếm tỷ lệ chủ yếu: 81,7%. Bệnh nhân có sốt chiếm tỷ lệ cao (71,8%), trong đó sốt về chiều: 62,0%. Mệt mỏi: 73,2%, chán ăn, gầy sút cân: 50,7% và 52,1%. Ho: 95,8%, trong đó ho khạc đờm: 60,6%, ho ra máu: 19,7%, ho kéo dài: 84,5%. Nghe phổi thấy ran ẩm: 52,1%, ran nổ: 23,9%.

Bảng 3.2. Trung bình bạch cầu và tốc độ lắng máu

Chỉ số	$\bar{X} \pm SD$
Số lượng bạch cầu (G/l)	$7,3 \pm 2,9$
Tốc độ lắng máu giờ 1 (mm)	$19,9 \pm 13,7$
Tốc độ lắng máu giờ 2(mm)	$30,4 \pm 15,6$
Tổng	71

Nhận xét: Bạch cầu trung bình ở trong giới hạn bình thường. Tốc độ lắng máu trung bình giờ thứ nhất và giờ thứ hai tăng trên bình thường.

3.2. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ở bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.3. Hình ảnh tổn thương

Hình ảnh	Số bệnh nhân (n = 65)	Tỷ lệ (%)
Nốt	62	95,4
Nốt kê	4	6,2
Thâm nhiễm	40	61,5
Đám đông đặc	12	18,5
Hang	17	26,2
Xơ vôi	31	47,7

Nhận xét: Bệnh nhân có các tổn thương xen kẽ. Tổn thương nốt chiếm tỷ lệ cao: 95,4%, thâm nhiễm: 61,5%, hang: 26,2%, đông đặc: 18,5%, xơ vôi: 47,7%.

Bảng 3.4. Vị trí tổn thương

Vị trí	Số bệnh nhân (n = 65)	Tỷ lệ (%)
Thùy trên	58	89,2
Thùy giữa	29	44,6
Thùy dưới	43	66,2
Phổi phải	32	49,2
Phổi trái	10	15,4

Nhận xét: Bệnh nhân nghiên cứu có tổn thương ở nhiều thùy. Tổn thương ở thùy trên chiếm tỷ lệ cao: 89,2%, thùy dưới: 66,2%, thùy giữa: 44,6%. Tổn thương ở phổi phải: 49,2%, phổi trái: 15,4%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nghiên cứu: Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của nhiều nghiên cứu với xu hướng mắc lao trẻ hóa. Bệnh viện 74 Trung ương trong những năm gần đây đã phát triển nội soi chải, rửa phế quản giúp tăng tỷ lệ phát hiện lao phổi, điển hình là đối tượng người cao tuổi. Nam giới chiếm tỷ lệ chủ yếu trong nghiên cứu: 81,7%, kết quả này phù hợp với báo cáo của WHO hàng năm. Tỷ lệ nam/nữ mắc lao phổi mới ở Việt Nam ước tính là 3/1 [1].

Ho là triệu chứng hay gặp nhất trong nghiên cứu (95,8%), trong đó ho kéo dài chiếm 84,5%, tiếp đến là mệt mỏi (73,2%), sốt (71,8%), trong đó sốt về chiều: 62,0%. Nakanishi và cộng sự cũng báo cáo với ho là triệu chứng hay gặp nhất trong lao phổi AFB(-), chiếm 83,0% tổng số bệnh nhân nghiên cứu [5]. Trong khuyến cáo của CTCLQG, những người có ho khạc ≥ 2 tuần cần đi xét nghiệm chẩn đoán lao phổi [1]. Các triệu chứng toàn thân hay gặp ở bệnh nhân lao phổi là: Sốt nhẹ về chiều, chán ăn, mệt mỏi, gầy sút cân, ra mồ hôi đêm. Các triệu chứng này thường diễn biến kéo dài trước khi bệnh nhân nhập viện [1]. Tayfun và cộng sự [6] cho thấy bạch cầu trung bình bình thường: $8,22 \pm 2,61$, tốc độ lắng máu trung bình tăng: $14,72 \pm 18,17$ ở bệnh nhân lao phổi mới AFB(-). Azadeh và cộng sự [2]: 25,0% nhóm AFB(-) có tốc độ lắng máu > 50 . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trước.

4.2. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ngực

Tổn thương dạng nốt chiếm tỷ lệ cao: 95,4%, đông đặc có 18,5%, hang: 26,2%, dạng xơ vôi: 47,7%. Tổn thương ở thùy trên chiếm tỷ lệ cao: 89,2%, tiếp đến là thùy dưới: 66,2%, có 44,6% tổn thương ở thùy giữa. Tổn thương ở phổi phải chiếm tỷ lệ cao hơn phổi trái (49,2% so với 15,4%). Hình ảnh HRCT ở bệnh nhân lao phổi hoạt động bao gồm: Các nốt lớn, nhỏ, cây ra nụ, đông đặc phổi, kính mờ và hang [3]. Matsuoka [4] phát hiện liên quan giữa hình ảnh CT với lao phổi hoạt động và số lượng AFB trong đờm thấy tần suất các nốt nhỏ và nốt lớn không khác biệt giữa lao phổi AFB âm và dương tính, ngược lại tần suất đông đặc và hang tăng tỷ lệ thuận với

số lượng AFB. Kosaka [3] phát hiện thấy đông đặc, hang và kính mờ hay gặp hơn ở nhóm lao phổi AFB(+) so với AFB(-), trong khi nốt không khác biệt giữa hai nhóm. Tozkoparan [7] cho thấy HRCT rất có giá trị trong phát hiện lao phổi hoạt động AFB(-) với độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, độ chính xác lần lượt là 88,0%, 88,0%, 92,0% và 88,0%. Nakanishi và cộng sự [5] thấy các dạng tổn thương trên HRCT tăng nguy cơ cho lao phổi gồm: nốt lớn, cây ra nụ, đông đặc thùy và tổn thương ở phân thùy 1, 2 và 6. Có 2 tiêu chuẩn cho độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán là 85,0%, 74,0%, và 3,27%, có 3 tiêu chuẩn tương đương với 40,0%, 97,0% và 13,3%. Vai trò của HRCT cho chẩn đoán lao phổi hoạt động cao với tổn thương thâm nhiễm phổi không rõ nguyên nhân ở bệnh nhân AFB(-). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 71 bệnh nhân lao phổi mới AFB(-), chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Tuổi trung bình: $43,6 \pm 17,5$, nam: 81,7%, nữ: 18,3%. Các triệu chứng lâm sàng hay gặp: Sốt: 71,8%, sốt về chiều: 62,0%, mệt mỏi: 73,2%, ho: 95,8%, ho khạc đờm: 60,6%, ho kéo dài: 84,5%. Trung bình bạch cầu ở giới hạn bình thường, trung bình tốc độ máu lắng tăng. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ngực: Tổn thương dạng: Nốt: 95,4%, thâm nhiễm: 61,5%, đông đặc: 18,5%, hang: 26,2%, xơ vôi: 47,7%, thùy trên: 89,2%, thùy dưới: 66,2%, thùy giữa: 44,6%. Tổn thương ở phổi phải: 49,2%, phổi trái: 15,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế-CTCLQG, (2015), "Chẩn đoán lao phổi", *Hướng dẫn quản lý bệnh lao*, NXB y học, trang 10-27.
2. Azadeh E., Mahyar M., Godratallah N. (2014), "Comparison of Chest X-Ray Findings of Smear Positive and Smear Negative Patients with Pulmonary Tuberculosis", *Iranian Journal of Radiology*, 11(4), pp. 13575.
3. Kosaka N., Sakai T., Uematsu H., et al (2005), "Specific high-resolution computed tomography findings associated with sputum smear-positive pulmonary tuberculosis", *J Comput Assist Tomogr*, 29, pp. 801-4.
4. Matsuoka S., Chiyama K. U., Shima H., et al (2004), "Relationship between CT findings of pulmonary tuberculosis and the number of acid-fast bacilli on sputum smears", *Clin. Imaging*, 28, pp. 119-123.
5. Nakanishi M., Demura Y., Ameshima S., et al (2010), "Utility of high-resolution computed tomography for predicting risk of sputum smear-negative pulmonary tuberculosis", *Eur J Radiol*, 73, pp. 545-50.

6. Tayfun C., Tuncer O., Serkan A., et al (2014), "High resolution computed tomography findings in smear-negative pulmonary tuberculosis patients according to their culture status", *J Thorac Dis*, 6(6), pp. 706–712.

7. Tozkoparan E., Deniz O., Ciftci F., et al (2005), "The roles of HRCT and clinical parameters in assessing activity of suspected smear negative pulmonary tuberculosis", *Arch. Med. Res*, 36, pp. 166-170.

TÌNH TRẠNG STRESS CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ KHOA CẤP CỨU, HỒI SỨC MỘT SỐ BỆNH VIỆN TRÊN ĐỊA BÀN HÀ NỘI

Nguyễn Ngọc Sao¹, Lê Thị Bình¹,
Lê Đỗ Mười Thương², Huỳnh Văn Sơn³

TÓM TẮT

Stress là tình trạng sức khỏe tâm thần có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và năng suất lao động của con người. Trong môi trường y tế tình trạng stress của các y, bác sĩ ảnh hưởng đến sức khỏe của bản thân họ và cả sức khỏe cũng như tính mạng của bệnh nhân. Nghiên cứu này cho thấy tình trạng stress của nhân viên y tế tại 5 bệnh viện trên địa bàn thành phố Hà Nội năm 2017. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có tình trạng stress mức độ nhẹ chiếm 9,4%; mức độ vừa chiếm 6,7%, mức độ nặng chiếm 2,9% và 0,6% có tình trạng stress rất nặng. Trong đó tình trạng stress hay xảy ra nhất là *cảm giác bản thân suy nghĩ quá nhiều* (75,4% đối tượng) hay *Cảm thấy bản thân khó nghỉ ngơi* (72,7%). Mô hình hồi quy cho thấy các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng stress của đối tượng nghiên cứu bao gồm tôn giáo, ngành nghề, thu nhập tài chính của đối tượng nghiên cứu, tình trạng làm việc quá tải, ảnh hưởng của các mối quan hệ ở nơi công tác và các áp lực xã hội khác.

SUMMARY

STRESS OF MEDICAL STAFF IN INTENSIVE CARE UNITS AND EMERGENCY DEPARTMENTS OF SELECTED HOSPITALS IN HA NOI

Stress is a mental health condition that affects the quality of life and human productivity. In healthcare environment, the stress of healthcare worker not only affects their own health but also the health and well-being of patients. This study was conducted at five hospitals in Hanoi in 2017 and the results showed that healthcare worker in these hospitals are all experiencing stress in their work environment. Research results show 9.4% survey respondents had mild stress, 6.7% experienced moderate level of stress, 2.9% and 0.6% had high to severe level of stress, correspondingly. The two most common

response to DASS emotional states survey is "using a lot of nervous energy" (75.4%) and "hard to wind down" (72.7%). The regression analysis suggests several factors that affecting the stress of research subjects, such as their religion, occupation, financial, overwork condition, relations at work and other social pressures.

Từ khóa: Stress, nhân viên y tế.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Stress là một phương thức mà cơ thể đáp ứng với các thách thức. Sau một sự kiện áp lực, cách cơ thể đáp ứng với căng thẳng là thông qua sự kích hoạt hệ thần kinh giao cảm dẫn đến đáp ứng căng thẳng [1]. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy tình trạng stress ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống và năng suất lao động của con người [2-4].

Trong hệ thống bệnh viện, khoa hồi sức cấp cứu là những khoa có vị trí quan trọng, mọi quyết định của nhân viên y tế đều ảnh hưởng trực tiếp đến tính mạng của bệnh nhân. Chính vì vậy nhân viên y tế tại đây luôn cần đạt được trạng thái tinh thần tốt nhất, đặc biệt là luôn cần có sự tỉnh táo, tập trung. Tình trạng stress của nhân viên y tế không những ảnh hưởng đến sức khỏe của bản thân họ mà còn ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình điều trị và chăm sóc bệnh nhân.

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá tình trạng stress của nhân viên y tế khoa Hồi sức, Cấp cứu tại 5 bệnh viện trên địa bàn thành phố Hà Nội bao gồm bệnh viện Vinmec, bệnh viện Đức Giang, bệnh viện Đống Đa, bệnh viện Thanh Nhàn, bệnh viện Bạch Mai. Nghiên cứu cho phép cung cấp một cách nhìn tổng quan về tình trạng stress và những yếu tố liên quan của đối tượng nghiên cứu. **Mục tiêu:**

1. *Mô tả tình trạng stress của nhân viên y tế khoa hồi sức, cấp cứu một số bệnh viện trên địa bàn thành phố Hà Nội.*

2. *Xác định các yếu tố liên quan đến tình trạng stress của nhân viên y tế khoa hồi sức, cấp cứu một số bệnh viện trên địa bàn thành phố Hà Nội.*

¹Trường Đại Học Thăng Long

²Trường Đại Học Y Hà Nội

³Đại học y dược Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Sao

Email: ngocsaonn@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.10.2017

Ngày duyệt bài: 8.11.2017

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các nhân viên y tế thuộc khoa Hồi sức, Cấp cứu tại 5 bệnh viện trên địa bàn thành phố Hà Nội bao gồm: Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec, bệnh viện Thanh Nhàn, bệnh viện Bạch Mai, bệnh viện Đức Giang, bệnh viện Đống Đa.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

Các nhân viên không có năng lực để trả lời câu hỏi phỏng vấn.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 8 năm 2016 đến tháng 8 năm 2017.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang có phân tích.

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

- Cỡ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ

- Cách chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ đích các nhân viên y tế đang công tác tại khoa Hồi sức,

Cấp cứu 5 bệnh viện. Tổng số nhân viên y tế được chọn vào điều tra là 341 người.

2.5. Phương pháp thu thập thông tin: Sử dụng bộ câu hỏi DASS được phát triển bởi quỹ tâm lý Úc để đánh giá tình trạng stress của cán bộ y tế kết hợp với bộ câu hỏi soạn sẵn để thu thập thông tin dân số học, các yếu tố môi trường làm việc của đối tượng nghiên cứu.

2.6. Kỹ thuật thu thập số liệu: Số liệu được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp thông qua tập huấn cho điều tra viên.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập số liệu bằng Epidata, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

2.8. Vấn đề đạo đức nghiên cứu.

- Đối tượng nghiên cứu tham gia hoàn toàn tự nguyện và được giải thích rõ về mục đích của cuộc khảo sát.

- Mọi thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu đều được bảo mật.

III. KẾT QUẢ

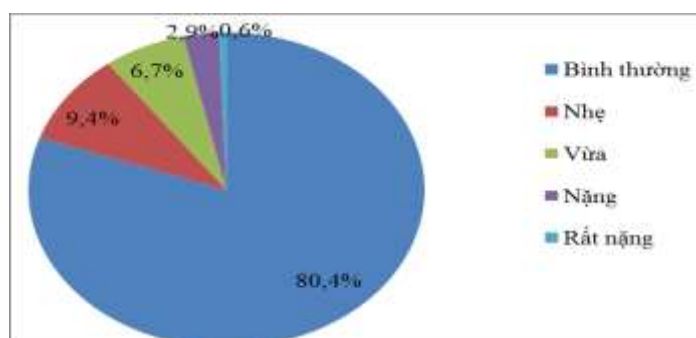
Bảng 3. Đặc điểm dân số học và áp lực công việc của đối tượng nghiên cứu (n=341).

Đặc điểm	Giá trị	Số lượng	Tỷ lệ %
Độ tuổi	18- 30 tuổi	198	58,1
	31-45 tuổi	127	37,2
	46-60 tuổi	16	4,7
Giới tính	Nam	172	50,4
	Nữ	169	49,6
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	112	32,8
	Sống chung với vợ/chồng	224	65,7
	Khác	5	1,5
Ngành nghề	Bác sĩ	67	19,6
	Điều dưỡng	274	80,4
Số năm công tác trong ngành y	≤ 5 năm	161	47,2
	Từ 6 đến 10 năm	109	32,0
	>10 năm	71	20,8
Thu nhập bình quân từ bệnh viện	< 5 triệu/tháng	73	21,4
	Từ 5 đến 10 triệu /tháng	241	70,4
	>10 triệu/tháng	27	7,9
Áp lực do môi trường làm việc	Thấp	101	29,6
	Trung bình	135	39,6
	Cao	105	30,8
Áp lực từ các mối quan hệ với cấp trên, đồng nghiệp	Thấp	284	83,3
	Trung bình	39	11,4
	Cao	18	5,3
Áp lực từ bệnh nhân/người nhà bệnh nhân	Thấp	44	12,9
	Trung bình	140	41,4
	Cao	157	46,0
Áp lực từ khối lượng công việc	Thấp	163	47,8
	Trung bình	113	33,1
	Cao	65	19,1
Áp lực từ thời gian làm việc	Thấp	160	46,9
	Trung bình	131	38,4

	Cao	50	14,7
	Thấp	182	53,4
Áp lực ngoài công việc	Trung bình	118	34,6
	Cao	41	12,0

Bảng 4. Thực trạng stress của đối tượng nghiên cứu theo từng câu hỏi cụ thể (n=341).

Câu hỏi	Mức độ xảy ra		Không xảy ra		Thỉnh thoảng		Thường xảy ra		Xảy ra thường xuyên	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Tôi nhận thấy khó mà nghỉ ngơi	93	27,3	200	58,7	41	12,0	7	2,1		
Tôi có xu hướng phản ứng thái quá với mọi tình huống	186	54,5	140	41,1	13	3,8	2	0,6		
Tôi thấy mình đang suy nghĩ quá nhiều	84	24,6	173	50,7	60	17,6	24	7,0		
Tôi thấy dễ bị kích động	182	53,4	127	37,2	28	8,2	4	1,2		
Tôi thấy khó thư giãn được	137	40,2	161	47,2	35	10,3	8	2,3		
Không chấp nhận được việc gì đó xen vào công việc đang làm	134	39,3	170	49,9	30	8,8	7	2,1		
Tôi thấy dễ phật ý, tự ái	213	62,5	107	31,4	17	5,0	4	1,2		

**Biểu đồ 1. Thực trạng stress chung của đối tượng nghiên cứu (n=341).****Bảng 3. Các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng stress của đối tượng nghiên cứu (n=341)**

Yếu tố	OR	Khoảng tin cậy 95%	p
Giới tính (Nam so với nữ)	0,85	0,50 – 1,45	0,55
Tôn giáo (So với không có tôn giáo): Phật giáo	5,86	2,70 – 12,68	<0,05
Khác	2,74	0,98 – 7,69	0,06
Ngành nghề (Bác sĩ với điều dưỡng)	0,54	0,29 – 0,99	<0,05
Công việc chuyên môn (Cấp cứu so với hồi sức)	0,75	0,44 – 1,29	0,30
Áp lực từ môi trường làm việc (So với áp lực thấp)			
Áp lực trung bình	2,21	0,98 – 4,99	0,06
Áp lực cao	4,90	2,21 – 10,87	<0,05
Áp lực từ tài chính (So với áp lực thấp)			
Áp lực trung bình	1,21	0,39 – 3,72	0,75
Áp lực cao	6,32	2,11 – 18,93	<0,05
Áp lực từ các mối quan hệ trong cơ quan (So với áp lực thấp): Áp lực trung bình	1,98	0,92 – 4,26	0,08
Áp lực cao	5,04	1,90 – 13,38	<0,05
Áp lực từ bệnh nhân/người nhà (So với áp lực thấp)	2,02	0,57 – 7,20	0,28
Áp lực trung bình	5,66	1,67 – 19,22	<0,05

Áp lực cao			
Áp lực từ khối lượng công việc (So với áp lực thấp)	2,95	1,42 – 6,11	<0,05
Áp lực trung bình	10,52	4,98 - 22,21	<0,05
Áp lực cao			
Áp lực từ thời gian làm việc (So với áp lực thấp)	2,22	1,09 – 4,51	<0,05
Áp lực trung bình	15,64	7,11 – 34,40	<0,05
Áp lực cao			
Áp lực xã hội ngoài công việc (So với áp lực thấp)	3,47	1,86 – 6,46	<0,05
Áp lực trung bình	4,45	2,00 – 9,92	<0,05
Áp lực cao			

IV. BÀN LUẬN

Các câu hỏi riêng lẻ trong bộ câu hỏi DASS21 phản ánh các khía cạnh của tình trạng stress. Các cảm giác stress mà đa số đối tượng cảm nhận được bao gồm: "*Cảm thấy bản thân suy nghĩ quá nhiều*" hoặc "*Cảm thấy bản thân khó mà nghỉ ngơi*". Tỷ lệ đối tượng không có tình trạng trên chỉ chiếm lần lượt là 24,6% và 27,3% tổng số các đối tượng. Các cảm giác mà đối tượng ít gặp nhất là "*Có xu hướng phản ứng thái quá với mọi tình huống*" và "*cảm thấy bản thân dễ phật ý, tự ái*", các đối tượng hoàn toàn không có tình trạng này lần lượt chiếm tỷ lệ 54,5% và 62,5%. Có thể thấy các cảm giác stress chiếm tỷ lệ cao thường là những cảm giác dễ bị chi phối bởi hoàn cảnh môi trường còn những cảm giác chiếm tỷ lệ thấp là những cảm giác phần lớn phụ thuộc vào bản chất, khó thay đổi.

Số đối tượng trong nghiên cứu có tình trạng stress nhẹ chiếm 9,4%, stress vừa chiếm 6,7%, stress nặng chiếm 2,9% và 0,6% số đối tượng có tình trạng stress rất nặng. Kết quả của nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Rahil Ghorbani Nia khi tỷ lệ stress nặng của nhân viên khoa Cấp cứu lên tới 10,7% [5]. Nghiên cứu của Huỳnh Văn Sơn và cộng sự về tình trạng sử dụng Smartphone và các yếu tố tâm thần cho thấy tỷ lệ stress của sinh viên trường cao đẳng y tế Quảng Nam lần lượt là 13,6% stress mức độ nhẹ; 10,7% stress mức độ vừa; 2,9% stress mức độ nặng và 0,3% stress mức độ rất nặng [6]. Tình trạng stress chung trong nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Ngô Thị Kiều My khi tỷ lệ điều dưỡng có stress trong nghiên cứu là 18,1% [7].

Các yếu tố dân số học ảnh hưởng đến tình trạng stress của đối tượng nghiên cứu bao gồm: Tôn giáo, ngành nghề. Những người theo phật giáo có nguy cơ Stress cao hơn so với nhóm không theo tôn giáo (OR= 5,86; 95%CI: 2,70 – 12,68; p<0,05). Điều này có lẽ là do các quan niệm phật giáo và các trải nghiệm về bệnh tật,

chết chóc trong bệnh viện làm cho nhóm đối tượng nghiên cứu này có tình trạng Sstress cao hơn so với nhóm không theo tôn giáo. Nhóm bác sĩ có nguy cơ stress thấp hơn so với nhóm điều dưỡng lâm sàng (OR=0,54; 95%CI: 0,29 – 0,99; p<0,05), có thể tình trạng stress giữa hai nhóm này chịu sự chi phối lớn của vị trí và tính chất công việc của mỗi nhóm.

Tùy từng mức áp lực mà các nhóm yếu tố của áp lực trong công việc ảnh hưởng ít nhiều đến sự thay đổi mức độ stress của đối tượng nghiên cứu. Các yếu tố ảnh hưởng lớn nhất đến tình trạng stress của đối tượng nghiên cứu bao gồm áp lực từ thời gian làm việc, áp lực từ khối lượng công việc. Áp lực càng cao thì nguy cơ stress của đối tượng nghiên cứu càng tăng. Trong khi đó các yếu tố như môi trường làm việc, áp lực từ tài chính, áp lực từ các mối quan hệ trong công việc, áp lực từ bệnh nhân/người nhà bệnh nhân chỉ khi ở mức áp lực cao mới ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê so với nhóm áp lực thấp, các áp lực trung bình không làm tăng nguy cơ stress của đối tượng nghiên cứu (p>0,05). Cuối cùng, các áp lực ngoài công việc cũng là yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng stress của đối tượng nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Tình trạng stress của đối tượng nghiên cứu khá cao chiếm 19,6% tổng số đối tượng nghiên cứu. Các tình huống stress thường xảy ra là cảm thấy khó nghỉ ngơi, cảm thấy suy nghĩ quá nhiều hay khó chấp nhận được việc gì đó xen ngang cản trở công việc bản thân. Mô hình hồi quy cho thấy các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng stress của đối tượng nghiên cứu bao gồm tôn giáo, ngành nghề, thu nhập tài chính của đối tượng nghiên cứu, tình trạng làm việc quá tải, ảnh hưởng của các mối quan hệ ở nơi công tác và các áp lực xã hội khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fiona Jones and Et al (2001).** *Stress: myth, theory, and research*, Pearson Education,
2. **Dhande KK. Et al (2011).** Influence of shift work in process industry on workers' occupational health, productivity, and family and social life: an ergonomic approach. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing & Service Industries*, 21, 260-268.
3. **Bootzin RR (2011).** Understanding and Treating Insomnia. In: Nolen Hoeksema S, Cannon TD, Widiger T, eds. *Clinical Psychology*, Palo Alto: Annual Reviews,
4. **Ohayon MM. Et al (2004).** Metaanalysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*, 27, 1255 - 1274.
5. **Rahil Ghorbani Nia (2015).** Evaluating the Degree of Stress, Anxiety, and Depression among the Emergency Personnel in Kerman University of Medical Sciences *Journal of Scientific Research and Essays*, 2 (1), 1-6.
6. **Huỳnh Văn Sơn và cộng sự (2016).** Ảnh hưởng của smartphone lên một số yếu tố tâm lý của sinh viên trường cao đẳng y tế Quảng Nam. *tạp chí y học thực hành*, 1005, 373.
7. **Ngô Thị Kiều My (2014).** *Đánh giá tình trạng Stress, lo âu, trầm cảm của Điều dưỡng và hộ sinh khối lâm sàng bệnh viện phụ sản-nhĩ Đà Nẵng*, Luận văn thạc sĩ, Đại học Y tế công cộng Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN NHIỄM *CANDIDA* MÁU TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thị Mai Hương¹, Nguyễn Gia Bình¹, Đào Xuân Cơ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định đặc điểm nhiễm *Candida* máu trên BN nằm tại khoa HSTC. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu trên 32 BN có kết quả cấy máu dương tính với *Candida* được điều trị tại khoa HSTC - bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2015 đến tháng 06/2017. **Kết quả:** Căn nguyên gây nhiễm *Candida* máu đứng đầu là *Candida. tropicalis* (46,9%) và *Candida. albicans* (37,5%). Có nhiều yếu tố nguy cơ của nhiễm *Candida* máu ở BN HSTC như sử dụng KS phổ rộng (100%), nuôi dưỡng đường tĩnh mạch (34,4%), nhiều thủ thuật xâm lấn (100%), thở máy (87,5%), catheter TM (93,8%) một số bệnh lý mạn tính: đái tháo đường (21,9%), dùng Corticoid kéo dài (34,3%). Đặc điểm lâm sàng không đặc hiệu, khó phân biệt với nhiễm khuẩn huyết. Các loài *Candida* vẫn còn nhạy với các thuốc kháng nấm thuộc nhóm azoles và polyenes. Tỷ lệ tử vong do nhiễm *Candida* máu là 68,8%. **Kết luận:** Tỷ lệ tử vong của BN nhiễm *Candida* máu tại khoa HSTC - bệnh viện Bạch Mai còn cao. Xác định các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng góp phần đưa ra chiến lược điều trị phù hợp.

Từ khóa: nhiễm nấm máu, *Candida* máu, Candidemia.

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL AND TREATMENT RESULTS OF CANDIDEMIA IN ICU - BACH MAI HOSPITAL

¹Khoa HSTC - bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Hương

Email: huongicubm@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 31.10.2017

Ngày duyệt bài: 10.11.2017

The most common cause of Candidemia is *Candida. tropicalis* (46,9%) and *Candida. albicans* (37,5%). There are many risk factors for Candidemia in ICU induced patients such as broad-spectrum antibiotics treatment (100%), invasive procedures (100%), central venous catheters (93,8%), mechanical ventilations (87,5%), parenteral nutritions (34,3%), long-term corticosteroids usage (34,3%), and chronic diseases e.g diabetes melitus (21,9%). Clinical presentations are not apparent and difficult to differentiate from bacteremia. *Candida* species are still susceptible to azole and polyenes antifungals. Mortality rate in Candidemia is 68,8%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay các trường hợp nhiễm *Candida* xuất hiện ngày càng nhiều ở BN không giảm BC hạt tại các khoa Hồi sức. Đây là các BN đang trong tình trạng phối hợp nhiều bệnh lý nặng, hệ thống miễn dịch suy giảm nặng và cấp tính, nhiều thủ thuật xâm lấn, nên nguy cơ nhiễm nấm cơ hội cũng tăng lên gấp nhiều lần [1],[2] Tỷ lệ nhiễm *Candida* máu ước tính từ 0,24 đến 34,3 BN/ 1000 BN vào khoa ICU [3]. Tỷ lệ tử vong của các trường hợp nhiễm *Candida* máu cần điều trị tại khoa Hồi sức cao gấp hai lần so với nhóm các BN ở các khoa khác trong bệnh viện [1]. Do đó nỗ lực kiểm soát nhiễm nấm *Candida* cũng như điều trị kháng nấm phù hợp kịp thời là những biện pháp quan trọng giúp cải thiện tiên lượng của các BN này [3].

Tuy nhiên, chẩn đoán nhiễm *Candida* máu trên lâm sàng thường khó, triệu chứng nghèo nàn, không đặc hiệu. Vì vậy chúng tôi tiến hành

nguyên cứu này với mục tiêu: *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị ở BN nhiễm Candida máu tại khoa HSTC bệnh viện Bạch Mai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 32 BN được chẩn đoán nhiễm *Candida* máu tại khoa HSTC, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2015 đến tháng 06/2017.

Tiêu chuẩn chọn BN nghiên cứu:

- BN có dấu hiệu nhiễm trùng trên lâm sàng
- BN có kết quả cấy máu dương tính với nấm *Candida*.

2. Phương pháp nghiên cứu:

2.1. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả, không can thiệp

Các bước tiến hành: thu thập thông tin bằng cách khai thác hồ sơ bệnh án

- + Đặc điểm chung của BN nghiên cứu:
 - Tuổi, giới, địa chỉ
 - Thời gian vào viện
 - Tiền sử bệnh mạn tính nặng.
- + Lý do vào khoa HSTC
- + Chẩn đoán bệnh chính
- + Mức độ nặng của bệnh khi vào khoa HSTC: Thang điểm APACHE II
- + Mức độ nặng tại thời điểm cấy máu: Thang điểm SOFA
- + Khai thác các đặc điểm lâm sàng tại thời điểm cấy máu
 - Các thủ thuật: nội khí quản, mở khí quản, catheter TMTT, catheter lọc máu, catheter động mạch
 - Lọc máu liên tục, lọc máu ngắt quãng, thay huyết tương - Số lần.
 - Các phẫu thuật: loại phẫu thuật - ống dẫn lưu (vị trí - thời gian).
- + Các thông số cận lâm sàng cần thu thập:
 - Công thức máu: số lượng BC, số lượng TC.
 - Các xét nghiệm hóa sinh máu: ure, creatinin, bilirubin toàn phần, procalcitonin, lactat, pH, PaO₂, PaCO₂, HCO₃ máu và A-a DO₂, PaO₂/ FiO₂.

- + Các thông số về dữ kiện vi sinh cần thu thập:
 - Ngày cấy dương tính đầu tiên - loại nấm định danh. Kết quả kháng nấm đồ
 - Nhiễm khuẩn đồng thời - vị trí- tên VK (nếu có)

2. Một số yếu tố nguy cơ của BN nhiễm *Candida* máu

Bảng 2: Một số yếu tố nguy cơ

Các yếu tố nguy cơ	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Sử dụng KS phổ rộng	32	100%
Đặt catheter TMTT	30	93,8%
Đặt catheter lọc máu	17	53,1%
Đặt catheter động mạch	9	28,1%
Lọc máu cấp cứu (CVVH & TNT)	20	62,5%

- + Các thông số về điều trị cần thu thập

- Nuôi dưỡng tĩnh mạch - loại dịch dinh dưỡng - số ngày.
- Điều trị Corticoid - số ngày - liều dùng.
- Điều trị thuốc ức chế miễn dịch - số ngày - liều dùng.
- Điều trị kháng sinh - loại thuốc - liều dùng - số ngày.
- + Kết quả điều trị *Candida* máu:
 - Tên thuốc kháng nấm - liều dùng - số ngày.
 - Thời gian từ lúc cấy máu đến cho thuốc.
 - Thời gian từ lúc dùng thuốc đến cấy máu âm tính.
 - Thời gian từ lúc dùng thuốc đến kết quả cấy máu dương tính.
 - Kết quả điều trị:
 - Khỏi: khi kết quả cấy máu âm tính với nấm, tình trạng BN tốt lên sau điều trị thuốc chống nấm.
 - Nhiễm nấm máu dai dẳng: cấy máu dương tính ở thời điểm > 7 ngày sau khi tiến hành cấy máu dương tính đầu tiên [2].
 - Tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày.
 - Tử vong: tình trạng tử vong chung.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung

Bảng 1 : Đặc điểm chung

Đặc điểm	Giá trị trung bình	Min - Max
Tuổi	59,5 ± 14,76	23 - 79
Điểm APACHE II	17 ± 7,2	4 - 30
Điểm SOFA	8,4 ± 4,02	2 - 19
Tỷ lệ Nam/Nữ	2,6/1	
Tiền sử bệnh mạn tính	Đái tháo đường	7 (21,9%)
	Ung thư	1 (3,1%)
	Suy thận mạn	7 (21,9%)
	Suy gan mạn	3 (9,4%)
	Bệnh máu ác tính	3 (9,4%)

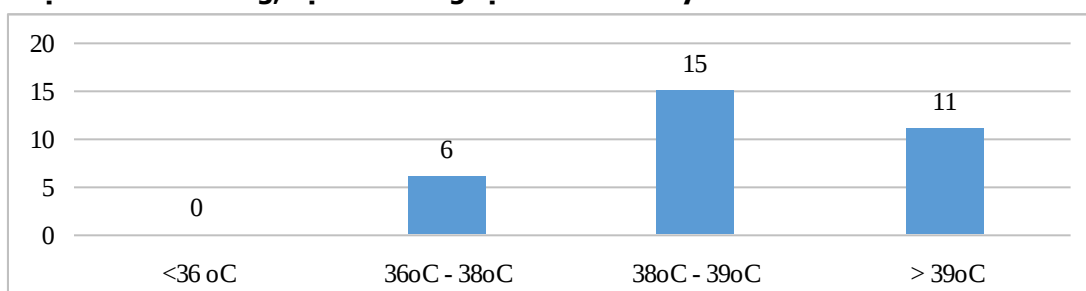
Nhận xét: Độ tuổi trung bình là 59,5 ± 14,76, độ tuổi hay gặp nhất là 55 - 64.

Tỷ lệ nam/ nữ: 2,6/1. Điểm APACHE II khi vào khoa là 17 ± 7,2, nhiều nhất từ 10-29. Điểm SOFA tại thời điểm cấy máu 8,4 ± 4,02, nhiều nhất từ 4-10.

Nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn		11	34,4%
Thở máy qua NKQ & MKQ		28	87,5%
Dùng Corticoid kéo dài		11	34,3%
Giảm BC hạt		4	12,5%
Điểm Candida ≥ 3		18	56,2%
Phẫu thuật (n = 18)	PT ổ bụng	8	25%
	PT thần kinh	2	6,3%
	PT lồng ngực	1	3,1%
	PT khác	3	9,4%

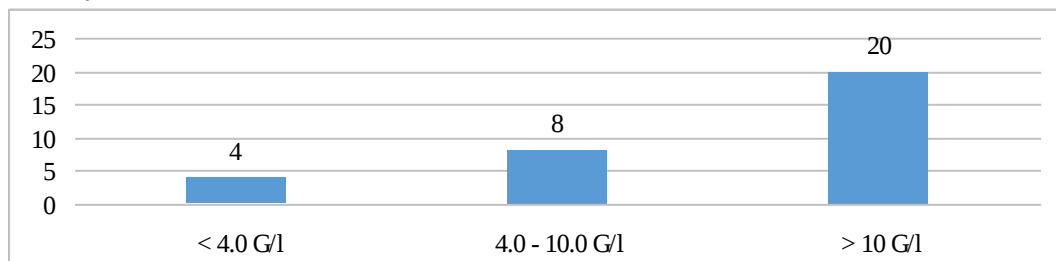
Nhận xét: 100% các BN nhiễm *Candida* máu được điều trị kháng sinh phổ rộng phối hợp trước đó (Carbapenem+Colistin, Carbapenem+Amikacin....). 100% các BN có sử dụng các thủ thuật xâm lấn như: catheter TMTT (93,8%), catheter lọc máu (53,1%), catheter ĐM (28,1%). 28/32 BN thở máy trước khi được chẩn đoán nhiễm nấm (87,5%). 4/32 BN có tình trạng giảm BC hạt trước khi được chẩn đoán nhiễm *Candida* máu

3. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tại thời điểm cấy máu



Biểu đồ 1: Thân nhiệt tại thời điểm cấy máu

Nhận xét: Thân nhiệt trung bình tại thời điểm cấy máu là $38,9 \pm 0,7$. Hầu hết các BN có sốt tại thời điểm cấy máu.



Biểu đồ 2: Giá trị BC tại thời điểm cấy máu

Nhận xét: Chủ yếu các BN đều có tình trạng tăng BC tại thời điểm cấy máu.

Bảng 3 : Đặc điểm vi sinh

Loài	Số lượng	Tỷ lệ %
<i>Candida. tropicalis</i>	15	46,9%
<i>Candida. albicans</i>	12	37,5%
<i>Candida. glabrata</i>	2	6,3%
<i>Candida. guilliermondii</i>	1	3,1%
<i>Candida. haemulonii</i>	1	3,1%
<i>Candida. sp</i>	1	3,1%

Nhận xét: Chủng nấm hay gặp nhất là *Candida. tropicalis* và *Candida. albicans*.

Bảng 4: Kết quả kháng nấm đồ (n = 17)

Kháng sinh	Kết quả (n, %)	
	Nhạy cảm (S)	Kháng (R)

Amphotericin B	16 (94,1 %)	1 (5,9 %)
Fluconazol	16 (94,1 %)	1 (5,9 %)
Voriconazol	17 (100 %)	0 (0 %)
Caspofungin	17 (100 %)	0 (0 %)
Micafungin	17 (100 %)	0 (0 %)

Nhận xét: - Tất cả các chủng nấm *Candida* đều còn nhạy cảm với Voriconazol, Caspofungin, Micafungin.

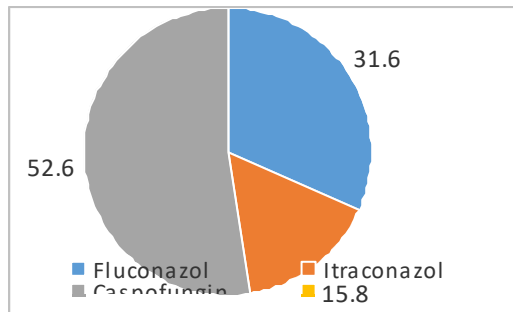
- Có 1 chủng nấm *C.haemulonii* kháng Amphotericin B (3,1%), MIC với Amphotericin B là 8

- Có 1 chủng nấm *C.tropicalis* kháng Fluconazol (3,1%), MIC với Fluconazol là 32

4. Kết quả điều trị: Có 19 BN được điều trị thuốc kháng nấm. Các BN còn lại tử vong hoặc

tình trạng nặng gia đình xin ra viện trước khi kết quả cấy máu trả về.

Thời gian trung vị từ khi cấy máu đến khi điều trị thuốc kháng nấm là 3 ngày. Chỉ có khoảng một phần ba số BN được dùng thuốc trước khi có kết quả.



Biểu đồ 3: Các nhóm thuốc kháng nấm được sử dụng trên BN

Ghi chú: (*) liều lượng của Fluconazol: Ngày đầu 800mg (12mg/kg)

Ngày thứ 2 trở đi 400mg/ngày

(**)Liều lượng Itraconazol: 2 ngày đầu 200mg/12h

Ngày thứ 3 trở đi 200mg/24h

(***)Liều lượng Caspofungin: Ngày đầu 70mg

Ngày thứ 2 trở đi 50mg/ngày hoặc 35mg/ngày (với BN suy thận)

Nhận xét: Số BN được chỉ định caspofungin là nhiều nhất.

Bảng 5: Kết quả điều trị

Kết quả	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Khỏi	18	94,7%
Nhiễm nấm dai dẳng	1	5,3%
Tổng	19	100%

Nhận xét: Hầu hết các trường hợp nhiễm *Candida* máu đều đáp ứng với điều trị thuốc chống nấm. Chỉ có 1 trường hợp nhiễm nấm dai dẳng.

Bảng 6: Tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày

Kết quả	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tử vong	22	68,8%
Sống	10	31,2%
Tổng	32	100%

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày là rất cao.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị

Đặc điểm chung: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của nhóm BN là $59,5 \pm 14,76$, thấp nhất là 23, cao nhất là 79 tuổi. Độ tuổi trung bình tương tự trong nghiên cứu của Stijn [5] và cao hơn nghiên cứu của Arunaloake

[2]. Điểm APACHE II trung bình là $17 \pm 7,2$ (4 - 30). Điểm SOFA trung bình là $8,4 \pm 4,02$ (2 - 19). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Arunaloake. Các bệnh lý mạn tính nặng gặp nhiều nhất là đái tháo đường (21,9%), suy thận mạn (21,9%), suy gan mạn (9,4%). Kết quả này cũng tương tự với kết quả của Kanitha [5].

Các yếu tố nguy cơ: Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% các BN trong nghiên cứu được sử dụng KS phổ rộng trước đó. 93,8% BN có catheter TMTT, kết quả này cao hơn nghiên cứu của Arunaloake [2]. Nuôi dưỡng tĩnh mạch gặp trong 34,4% trường hợp. Chủ yếu đây là các BN sau phẫu thuật ổ bụng hoặc là viêm tụy cấp. Trong nghiên cứu cũng gặp 25% BN bị nhiễm *Candida* máu có phẫu thuật ổ bụng trước đây. Kết quả cũng phù hợp với nghiên cứu của Kanitha [5]. Tình trạng thở máy qua NKQ và MKQ của chúng tôi là 87,7%. Các nghiên cứu đều chỉ ra rằng dùng corticoid kéo dài là một yếu tố nguy cơ dẫn đến nhiễm nấm máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ này gặp 34,3%. Điểm *Candida* trung bình là $2,8 \pm 0,91$. Có 56,2% BN có điểm *Candida* ≥ 3 . Kết quả này tương tự như giá trị Leon đã nghiên cứu [4].

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Thân nhiệt trung bình của các BN trong nghiên cứu là $38,7 \pm 0,82$, cao nhất là $40,7^\circ\text{C}$. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 80% BN sốt khi được chẩn đoán nhiễm *Candida* máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 37,5% BN có giá trị procalcitonin $> 10\text{ng/l}$, đặc biệt có 12,5% trường hợp có procalcitonin $\geq 100\text{ng/l}$. Giá trị BC cũng thay đổi nhiều giữa các BN, giá trị BC trung bình là $11,8 \pm 6,25\text{ G/l}$. Giá trị thấp nhất là $0,17\text{G/l}$, cao nhất là $22,08\text{G/l}$. Có 4/32 BN (12,5%) có tình trạng giảm BC $< 4\text{ G/l}$. Theo Kanitha và cộng sự (2005) có 19,5% BN giảm BC [5].

Đặc điểm vi sinh và tính nhạy cảm với các thuốc kháng nấm

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hai loài nấm gặp nhiều nhất là *Candida. tropicalis* (46,9%) và *Candida. albicans* (37,5%). Kết quả nghiên cứu cũng giống như kết quả hầu hết các nghiên cứu của Việt Nam và thế giới như Meyer [3].

Có 18 ca được làm kháng nấm đồ, hầu hết các loài nấm đều còn nhạy cảm với các thuốc kháng nấm hiện nay trên thị trường.

Kết quả điều trị thuốc kháng nấm: Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 19/32 BN (59,4%) được điều trị thuốc kháng nấm. Nguyên nhân là do các BN đó tử vong hoặc là trong tình trạng nặng, gia đình xin ngừng điều trị. Thời

gian từ khi nghi ngờ nhiễm nấm máu (thời điểm cấy máu) đến khi điều trị còn muộn (trung vị là 3 ngày). Theo Matthew (2005) trì hoãn điều trị nhiễm nấm máu trên 48 giờ sẽ làm tăng tỷ lệ tử vong lên gấp 2 lần [6]. Tất cả các BN đều được dùng thuốc kháng nấm đường truyền tĩnh mạch. Có 6/19 BN được điều trị bằng Fluconazol, 10 BN điều trị bằng Caspofungin, Itraconazol được sử dụng cho 3 BN còn lại. Trong số 19 BN được điều trị có 18 BN khỏi (94,7%), 1 BN nhiễm nấm dai dẳng. Hầu hết các BN này tử vong do tình trạng sốc nhiễm trùng. Tỷ lệ tử vong chung sau 30 ngày điều trị là 68,8%. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Kanitha [5].

V. KẾT LUẬN

Căn nguyên gây nhiễm nấm máu chủ yếu là *Candida. tropicalis* (46,9%) và *Candida. albicans* (37,5%).

Các yếu tố nguy cơ dự đoán là sử dụng KS phổ rộng trước đó (100%), Catheter TMTT (92,5%), thở máy qua NKQ & MKQ (87,5%), nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn (32,5%), tiền sử bệnh mạn tính nặng (đái tháo đường, suy thận mạn, suy gan mạn).

Đặc điểm LS và CLS của BN nhiễm *Candida* máu không đặc hiệu. Chẩn đoán xác định dựa vào kết quả cấy máu.

Hầu hết các loài *Candida* còn nhạy cảm với các thuốc chống nấm thuộc nhóm azoles,

polyenes và echinocadin. Tuy nhiên đã bắt đầu xuất hiện chủng *Candida. tropicalis* kháng fluconazol.

Tỷ lệ tử vong cao (68,8%), nguyên nhân chủ yếu là do suy đa tạng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Elizabeth S. Dodds Ashley (2006). "Fungal Infections in the Intensive care unit". PSAP-VII-Critical and Urgent Care, pp 61-73.
2. Arunaloake Chakrabarti, et al (2015). "Incidence, characteristics and outcome of ICU-acquired candidemia in India". Intensive Care Med 2015; 41:285-295
3. Meyer E, et al. (2013) "No increase in primary nosocomial candidemia in 682 German intensive care units during 2006-2011. Euro Surveill 18 (24): 20505.
4. Cristóbal León et al (2006). "A bedside scoring system ("Candida score") for early antifungal treatment in nonneutropenic critically ill patients with *Candida* colonization". Crit Care Med 2006 Vol. 34, No. 3
5. Kanitha Tritipwanit, et al (2005). "Epidemiology of Candidemia at King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thailand". J Infect Dis Antimicrob Agents 2005 Vol 22, No 2.
6. Matthew Morrell, et al (2005). "Delaying the Empiric Treatment of Candida Bloodstream Infection until Positive Blood Culture Results Are Obtained: a Potential Risk Factor for Hospital Mortality". Antimicrobial Agents And Chemotherapy. 2005.Vol. 49, No. 9

GIÁ TRỊ VISUAL FIELD INDEX TRONG CHẨN ĐOÁN CÁC GIAI ĐOẠN GLÔCÔM

Bùi Thị Hương Giang¹, Phạm Thị Kim Thanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát khoảng giá trị của VFI (Visual Field Index) trong các giai đoạn khác nhau của bệnh glôcôm. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 103 mắt của 58 bệnh nhân glôcôm có tổn thương ở tất cả các giai đoạn tại phòng khám và khoa Glôcôm, bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 11 năm 2014 đến tháng 10 năm 2015. Tất cả bệnh nhân được tiến hành làm thị trường 24-2 trên máy Humphrey. Giá trị VFI được tính toán tự động bằng phần mềm Statpac trên máy. **Kết quả:** Dựa theo sự phân bố giá trị VFI, ranh giới giữa 2 giai đoạn là bách phân vị thứ 95 của giai

đoạn nặng hơn. Giá trị VFI ở nhóm chưa có tổn thương thị trường $\geq 98\%$, ở nhóm có tổn thương giai đoạn sớm từ 90% đến 97%, giai đoạn trung bình từ 74% đến 89%, giai đoạn nặng từ 51% đến 74%, giai đoạn trầm trọng $\leq 50\%$. Giá trị VFI không có sự khác nhau giữa 2 nhóm đục và không đục thể thủy tinh ($p > 0,05$). **Kết luận:** Giá trị VFI góp phần chẩn đoán chính xác giai đoạn glôcôm đặc biệt là ở những mắt có kèm đục thể thủy tinh.

Từ khóa: VFI, thị trường

SUMMARY

EVALUATION THE VISUAL FIELD INDEX IN DIAGNOSTIC STAGES OF GLAUCOMA

Purpose: To evaluate the VFI in different stages of glaucoma. **Methods:** This cross-sectional study included 103 eyes of 58 patients with mild to severe glaucoma and with ocular hypertension from 11/2014 to 10/2015 in the. Each subject performed 24-2 SITA-standard test. VFI was calculated automatically by

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hương Giang

Email: huonggiangbui0412@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2017

Ngày duyệt bài: 8.11.2017

Statpac software. **Results:** Based on the distribution of VFI values, the limit between two stages is the 95th percentile of VFI value in the more severe group. VFI value in the group without defect in visual field is $\geq 98\%$, in the early group is from 90% to 97%, moderate group is from 74% to 89%, in the severe group is from 51% to 74%, in the advance group $\leq 50\%$. *There was no statistically significant difference in VFI value between group no cataract and group cataract ($p > 0,05$).* **Conclusions:** VFI may contribute to the accurate diagnosis the stages of glaucoma, especially in the eyes with cataracts.

Keywords: VFI, visual fields

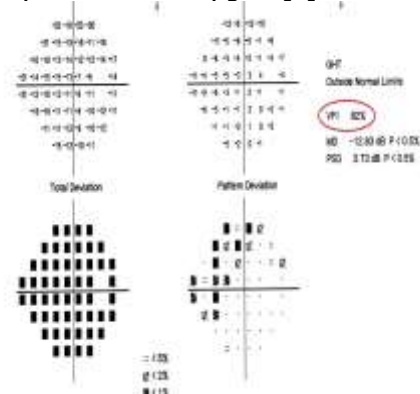
I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một trong những bước quan trọng trong chẩn đoán glôcôm là chẩn đoán chính xác giai đoạn bệnh. Các phân loại giai đoạn bệnh glôcôm dựa vào tổn thương của thị trường được áp dụng trên lâm sàng hiện nay tương đối phức tạp và khó nhớ và chủ yếu dựa vào giá trị MD (Mean Deviation). Tuy nhiên giá trị MD không chỉ phản ánh tổn thương khu trú do glôcôm mà còn phản ánh các tổn thương tỏa lan như đục thể thủy tinh [1]. Phân loại giai đoạn glôcôm dựa vào giá trị VFI (Visual Field Index) là một trong những cách giúp cho việc phân loại giai đoạn glôcôm dễ dàng hơn.

Visual Field Index (VFI) là 1 chỉ số thị trường được biểu diễn theo phần trăm từ 0% (thị trường mù) đến 100% (thị trường bình thường) được Bengtsson B và Heijl A giới thiệu năm 2008 [2]. Nó được tính toán tự động bằng phần mềm Statpac cài trên máy phân tích thị trường Humphrey (Humphrey^R Field Analyzer II – 750i series). $VFI = [\text{Mức nhạy cảm của từng điểm tính theo phần trăm} \times \text{hệ số của theo vị trí điểm}] / \text{số điểm}$. Để tránh ảnh hưởng của đục thể thủy tinh, người ta sử dụng thang độ lệch khu trú để xác định những mức nhạy cảm của từng điểm theo 3 mức: bình thường (100%), điểm có độ nhạy cảm tuyệt đối dưới 0 dB (0%) và điểm giảm nhạy cảm tương đối. Với những điểm giảm nhạy cảm tương đối, mức nhạy cảm theo phần trăm sẽ được tính toán dựa vào thang độ lệch toàn bộ theo công thức: $100 - [(độ lệch toàn bộ / ngưỡng người bình thường cùng lứa tuổi) \times 100] (\%)$.

Hệ số theo vị trí điểm được lấy cơ sở từ mô hình phóng đại giả định vỏ não thùy chẩm phản ánh mật độ tế bào hạch và số lượng tế bào thần kinh trong một khu vực vỏ não thị giác chịu trách nhiệm tạo ra các kích thích thị giác tương ứng với các vị trí trên thị trường [3]. Các điểm kiểm

tra trên thị trường được chia thành 5 vòng tròn đồng tâm tính từ trung tâm ra, hệ số của các điểm này giảm dần từ trong ra ngoài theo thứ tự 3.29, 1.28, 0.79, 0.57 tới 0.45. Do đó giá trị VFI không chỉ phản ánh mức độ nặng của các điểm tổn thương mà còn loại bỏ tổn thương tỏa lan do đục thể thủy tinh đi kèm do dựa trên thang độ lệch khu trú và nhấn mạnh các điểm vùng trung tâm có vai trò quan trọng hơn các điểm ngoại vi đối với việc hình thành thị giác [2].



Hình 1: Thị trường của bệnh nhân glôcôm kèm đục thể thủy tinh

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang trên 103 mắt của 58 bệnh nhân glôcôm nguyên phát hoặc tăng nhãn áp được theo dõi và điều trị tại khoa Glôcôm của Bệnh viện Mắt Trung Ương từ tháng 11 năm 2014 đến tháng 10 năm 2015. Bệnh nhân đã được loại trừ tất tật khúc xạ cầu trên 5D, loạn thị trên 3D và các bệnh lý đáy mắt gây các tổn thương thị trường. Tất cả bệnh nhân đều được khám để chẩn đoán xác định glôcôm, chẩn đoán hình thái glôcôm, đánh giá mức độ đục thể thủy tinh, đo thị trường Humphrey test SITA 24-2. Tất cả các bản ghi thị trường phải đạt được độ tin cậy với lỗi mất định thị, dương tính giả và âm tính giả dưới 20%.

Giai đoạn glôcôm được phân loại theo Hodapp E., Parrish R.K., Anderson D.R.(1993) dựa vào MD và 1/3 tiêu chuẩn. Đánh giá tình trạng đục thể thủy tinh theo phân loại LOCS III.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong 103 mắt nghiên cứu, có 38 mắt chưa có tổn thương trên thị trường (36,2%), 65 mắt có tổn thương thị trường theo 4 giai đoạn: sớm (16 mắt – 15,5%), trung bình (21 mắt – 20,4%), nặng (11 mắt – 10,7%), trầm trọng (17 mắt – 16,5%) theo phân loại của Hodapp E., Parrish R.K., Anderson D.R. (1993). Đánh giá tình trạng

thể thủy tinh có 58 mắt (56,3%) không đục thể thủy tinh và 45 mắt (43,7%) có đục thể thủy tinh với các mức độ từ đục thể thủy tinh độ 1 đến độ 3. Trong hầu hết các bản ghi thị trường, các lỗi mắt định thị và dương tính giả đều dưới 10%, chỉ có 13 mắt có lỗi âm tính giả > 10%, phần lớn là những mắt có thị trường tổn thương giai đoạn trầm trọng, ngưỡng cảm thụ võng mạc của bệnh nhân giảm. Đó là do bệnh nhân được giải thích kỹ và được làm thử trước khi tiến hành đo thị trường. Giá trị trung bình của chỉ số VFI trong nghiên cứu là 78,76% với giá trị thấp nhất là 1% và cao nhất là 100% (ở những mắt chưa có tổn thương thị trường).

Giá trị VFI trung bình ở các nhóm tuổi dưới

40, từ 40 đến 59 và từ 60 trở lên tương ứng là 73,8%; 80,46% và 79,89%. Chúng tôi nhận thấy rằng giá trị VFI ở 3 nhóm tuổi không có sự khác biệt với $p = 0,617 > 0,05$. Như vậy, giá trị VFI không bị ảnh hưởng bởi sự khác biệt về tuổi tác. Đó là do trong công thức tính VFI, phần trăm của mỗi một điểm tương ứng trên thị trường đều đã được quy đổi dựa trên giá trị ngưỡng nhạy cảm của người bình thường cùng lứa tuổi. Bệnh glôcôm là bệnh tiến triển lâu dài, diễn biến bệnh cần phải được theo dõi trong thời gian dài, có khi đến vài chục năm [4]. Do đó, giá trị VFI không bị ảnh hưởng bởi lứa tuổi được coi là giá trị khách quan để theo dõi tổn thương thị trường của bệnh nhân qua thời gian.

Bảng 1: Giá trị trung bình VFI theo giai đoạn glôcôm

Giai đoạn	GD 0	GD sớm	GD trung bình	GD nặng	GD trầm trọng
VFI trung bình (%)	98,76 ± 0,88	94,56 ± 2,53	84,48 ± 6,04	66,27 ± 10,11	20,06 ± 11,89
VFI ở bách phân vị 95 (%)		97	89	73	50
VFI giảm (%)	1	2	2	2	16
Số mắt	38	16	21	11	17

Giá trị trung bình của VFI ở các giai đoạn tổn thương của bệnh khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Giá trị trung bình VFI ở những mắt chưa có tổn thương thị trường trong nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự như trong nghiên cứu của Marvasti AH (2013), giá trị trung bình VFI ở mắt người bình thường là $99,1 \pm 1,2\%$ [5]. Theo định nghĩa về VFI, Bengtsson B và Heijl A (2008) đã quy định khi VFI 100% là tương ứng với thị trường bình thường.

Lấy giá trị VFI ở vị trí bách phân vị thứ 95 của nhóm có tổn thương nặng hơn là mốc phân chia giới hạn giữa nhóm đó và nhóm có tổn thương ngay trước. Nhìn vào bảng trên bách phân vị thứ 95 của nhóm tổn thương sớm là 97% do đó những thị trường có giá trị VFI lớn hơn 97% được phân loại vào nhóm chưa có tổn thương, bách phân vị thứ 95 của nhóm tổn thương trung bình là 89% do đó những thị trường có giá trị VFI lớn hơn 89% và từ 97% trở xuống được phân loại vào nhóm tổn thương sớm, bách phân vị thứ 95 của nhóm tổn thương nặng là 73% do đó những thị trường có giá trị VFI lớn hơn 73% và từ 89% trở xuống được phân loại vào nhóm tổn thương trung bình, bách phân vị thứ 95 của nhóm tổn thương trầm trọng là 50% do đó những thị trường có giá trị VFI lớn hơn 50% và từ 73% trở xuống được phân loại vào nhóm tổn thương nặng. Những thị trường có giá trị VFI từ 50% trở xuống được xếp vào nhóm có tổn

thương trầm trọng. Khoảng giá trị VFI ở các giai đoạn trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với giá trị VFI được các tác giả ở đại học São Paulo đề xuất năm 2009 [6]. Các tác giả này đã tính toán giá trị trung bình của VFI và đưa ra cách phân loại tổn thương thị trường mới theo VFI là: tổn thương giai đoạn sớm có VFI trên 91%, giai đoạn trung bình từ 78% đến 91%, giai đoạn nặng dưới 78%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, những mắt có thị trường tổn thương giai đoạn sớm thường có giá trị VFI từ 90% đến 97%, với thị trường có tổn thương giai đoạn trung bình thường có giá trị VFI từ 74% đến 89%. Tuy nhiên với những thị trường có VFI thấp hơn giá trị 74% chúng tôi lại tiếp tục chia tổn thương thị trường thành giai đoạn nặng và trầm trọng. Thị trường khi tổn thương ở giai đoạn nặng có giá trị VFI từ 51% đến 74%, giai đoạn trầm trọng có giá trị VFI dưới 50%. Với cách phân loại giai đoạn dựa trên chỉ số VFI này sẽ góp phần giúp các bác sĩ lâm sàng xác định giai đoạn bệnh nhanh và dễ dàng hơn so với tiêu chuẩn phân loại giai đoạn dựa vào MD.

Sự thay đổi giá trị VFI giữa các giai đoạn từ giai đoạn sớm sang trung bình và từ trung bình sang nặng không rõ ràng, thấp nhất chỉ 2%. Như vậy, việc đánh giá chuyển giai đoạn với những trường hợp glôcôm tổn thương ở giai đoạn sớm bằng cách dựa vào sự thay đổi giá trị VFI sẽ khó hơn. Lúc đó chúng ta phải dựa vào sự

xuất hiện số điểm tổn thương mới và mức độ tổn hại của các điểm cũng như dựa vào sự mỏng đi của lớp sợi thần kinh trên chụp OCT. Tuy nhiên, giá trị VFI giữa giai đoạn nặng và giai đoạn trầm trọng thay đổi tương đối lớn. Từ giai đoạn nặng chuyển sang giai đoạn trầm trọng giá trị VFI phải thay đổi ít nhất 16%. Như vậy, khoảng dao động của giá trị VFI ở giai đoạn muộn này là tương đối lớn và có ý nghĩa. Ở những trường hợp glôcôm giai đoạn muộn có thể kèm theo tình trạng đục thể thủy tinh, giá trị MD thay đổi sẽ không phản

ánh chính xác sự tiến triển của bệnh. Chiều dày lớp sợi thần kinh đo được trên OCT bao gồm lớp tế bào hạch và lớp thần kinh đệm. Tổn thương lớp sợi thần kinh trong glôcôm chủ yếu là tổn thương lớp tế bào hạch. Trong giai đoạn muộn gần toàn bộ tế bào hạch đã bị chết, do đó bệnh glôcôm có tiếp tục tiến triển thêm thì lớp sợi thần kinh cũng ít thay đổi [1]. Khi đó việc theo dõi đánh giá sự tiến triển và chuyển giai đoạn dựa vào sự biến đổi giá trị VFI sẽ tốt hơn.

Bảng 2: Giá trị trung bình VFI theo mức độ đục thể thủy tinh (TTT)

Mức độ đục TTT	0	Độ 1	Độ 2	Độ 3
VFI trung bình (%)	83 ± 27,39	79,22 ± 23,58	80,86 ± 23,8	62,72 ± 33,08
VFI trung bình (%)	83 ± 27,39	73,24 ± 29,83		
Số mắt	58	18	14	13

Giá trị trung bình của VFI của 2 nhóm bệnh nhân không đục thể thủy tinh ($83 \pm 27,39$) và có đục thể thủy tinh ($73,24 \pm 29,83$) không có sự khác biệt với $p = 0,28$ ($> 0,05$). Giá trị trung bình của VFI giữa các mắt có mức độ đục thể thủy tinh khác nhau cũng không có sự khác biệt $p = 0,057$ ($> 0,05$).

Bảng 3: Giá trị trung bình VFI theo giai đoạn bệnh glôcôm trên mắt có hay không có đục thể thủy tinh

	PLGD	0	sớm	t bình	nặng	t/trọng
	Đục TTT					
VFI (%)	Không đục	98,73 ± 0,96 (26)	95,7 ± 1,77 (10)	86,11 ± 6,97 (9)	69,8 ± 14,65 (5)	20,75 ± 14,43 (8)
	Đục TTT	98,83 ± 0,72 (12)	92,67 ± 2,58 (6)	83,25 ± 5,21 (12)	63,33 ± 3,14 (6)	19,44 ± 9,98 (9)
	P	0,09	0,39	0,21	0,14	0,32

Ở mỗi giai đoạn tổn thương thị trường, chúng tôi xét giá trị trung bình VFI ở 2 nhóm có và không có đục thể thủy tinh thấy rằng, giá trị VFI giữa 2 nhóm có đục thể thủy tinh và không đục thể thủy tinh ở từng giai đoạn glôcôm đều không khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Như vậy, giá trị VFI không bị ảnh hưởng bởi mức độ đục thể thủy tinh. Nhận định này của chúng tôi cũng tương đồng với nhận định của các tác giả khác trên thế giới [7]. Theo Bengtsson B và Heijl A, tốc độ tiến triển glôcôm tính toán dựa trên chỉ số VFI ở 3 nhóm bệnh nhân (không đục thể thủy tinh, đục thể thủy tinh và đã thay thể thủy tinh nhân tạo) chậm hơn so với tốc độ tiến triển được tính toán dựa trên chỉ số MD cũng ở 3 nhóm bệnh nhân trên. Tác giả kết luận VFI phản ánh chính xác tình trạng tổn thương glôcôm hơn do nó không bị ảnh hưởng bởi tiến triển của đục thể thủy tinh. Năm 2009, tác giả Casas-Llera P cũng đưa ra nhận định, phân tích VFI để theo dõi tốc độ tiến triển glôcôm dường như chính xác hơn so với phân tích dựa trên MD. Điều này được lý giải là do VFI được tính toán dựa trên thang độ lệch khu trú nhằm loại trừ các tổn thương tỏa lan trên thang

độ lệch toàn bộ.

V. KẾT LUẬN

Giá trị VFI không bị ảnh hưởng bởi độ tuổi, tình trạng đục thể thủy tinh. Giá trị VFI góp phần chẩn đoán chính xác giai đoạn glôcôm đặc biệt trên những mắt kèm tổn thương đục thể thủy tinh. Khoảng giá trị VFI ở các giai đoạn glôcôm sớm, trung bình, nặng và trầm trọng tương ứng là từ 90% đến 97%, 74% đến 89%, 51% đến 73% và từ 50% trở xuống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Giaconi J.A. và cộng sự (2010)**, Pearls of Glaucoma management, Springer.
2. **Bengtsson B. and Heijl A. (2008)**, "A visual field index for calculation of glaucoma rate of progression", *Am J Ophthalmol.* **145**, 343–353.
3. **Dennis M. Levi, Stanley A. Klein và Aitsebaomo A.P. (1985)**, "Vernier Acuity, Crowding and Cortical Magnification", *Vision Res.* **25**, 963-977.
4. **Advanced Glaucoma Intervention Study. 2.** (1994), Visual field test scoring and reliability, Vol. 101, Ophthalmology.
5. **Amir H. Marvasti, Andrew J. Tatham, Linda M. Zangwill và cộng sự (2013)**, "The Relationship between Visual Field Index and Estimated Number

- of Retinal Ganglion Cells in Glaucoma", *PLoS ONE*. **8**(10), 76590.
6. **Remo Susanna Jr.** và Roberto M. Vessani (2009), "University of São Paulo Glaucoma Visual Field Staging System (USP-GVFSS): A New Way to Stage Visual Field in Glaucoma", *Investigative Ophthalmology & Visual Science*. **50**, 5287.
7. **Rao H.L., Kumar A.U.,** Babu J.G. và cộng sự (2013), "Effect of cataract extraction on Visual Field Index in glaucoma", *J Glaucoma*. **22**(2), 164-168.

THỰC TRẠNG NHIỄM NẤM DA VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN NHỮNG BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM DA LIỄU TẠI BỆNH VIỆN 19-8 THÁNG 4-5/2017

Nguyễn Thị Hoài*, Lê Văn Thêm*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ nhiễm nấm da và những yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm da trên những bệnh nhân đến khám da liễu Bệnh viện 19-8 từ 4/2017-5/2017. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 226 bệnh nhân đến khám da liễu. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm nấm da ở những bệnh nhân đến khám tại khoa da liễu có kết quả xét nghiệm soi tươi nấm chiếm 45,1%. Tỷ lệ nhiễm nấm da tại vị trí thân mình 26,5%, bẹn mông 24,8%, chân 22,1%, tay 14,2%, đầu mặt cổ 12,4%. Tình trạng nhiễm nấm da có mối liên quan với một số yếu tố ($p < 0,05$) như điều kiện sống, hành vi hay mặc quần áo ẩm ướt, tiền sử nấm da, tiền sử sử dụng corticoid. và không có mối liên quan đến một số yếu tố ($p > 0,05$) như tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi ở, mặc quần áo chật.

SUMMARY

CURRENT STATUS OF DERMATOPHYTOSIS AND RELATING FACTORS ON PATIENTS WHO CAME TO 19-8 HOSPITAL FOR SKIN EXAMINATION FROM APRIL TO MAY, 2017

Purpose: To determine the rate of dermatophytosis and relating factors of dermatophytosis on patient who came to 19-8 Hospital for a dermatology examination from April to May 2017. **Methods:** Descriptive cross sectional study on 226 patients who came to hospital for dermatology examination. **Results:** The rate of dermatophytosis of patients was 45.1%. The rate of dermatophytosis at body area was 26.5% and groin- buttock area at 24.8%, lower limbs area at 22.1%, upper limbs at 14.2%, head-face- neck area at 12.4%. Dermatophytosis situation had a relationship with following factors: life quality, often wear wet clothes, history of dermatophytosis, and using corticoid ($p < 0.05$). Dermatophytosis did not related to following factors: age, gender, occupation, living area, wearing narrow clothes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nấm da là một trong những bệnh nấm tương đối phổ biến trên thế giới, tỷ lệ mắc trong cộng đồng có thể tới 20-25% [7]. Đặc biệt ở những đất nước đang phát triển, điều kiện vệ sinh kém, nhà cửa chật chội. Nấm tồn tại khắp

mọi nơi: môi trường đất, nước, không khí, ở thực vật, động vật và trên cả cơ thể người. Bệnh gặp ở mọi giới, mọi lứa tuổi, có thể gặp ở cả người lớn và trẻ em. Bên cạnh đó, việc sử dụng thuốc một cách bừa bãi và thiếu kiểm soát, kèm theo một số bệnh lý gây suy giảm miễn dịch như: Nhiễm HIV/AIDS, ung thư, rối loạn chuyển hóa... Trong nhân dân, bệnh có tỷ lệ cao hàng thứ hai sau bệnh chàm. Trong quân đội, nấm da chiếm tỷ lệ cao nhất trong các bệnh da, trung bình từ 7-10%, có thể tăng cao 40%. Tỷ lệ tăng cao vào mùa hè, trong điều kiện luyện tập chiến đấu lao động vất vả [2]. Nấm da tuy không gây nguy hiểm đến tính mạng nhưng thường gây ngứa nhiều, ảnh hưởng đến thẩm mỹ, sinh hoạt, lao động của bệnh nhân. Đối với tập thể, nhất là trong môi trường sống và làm việc của các chiến sỹ là một môi trường sống tập trung với cường độ tập luyện cao, đây là điều kiện thuận lợi để bệnh nấm da dễ phát triển và lây lan. Bệnh phải điều trị nhiều ngày, ảnh hưởng tới quân số, luyện tập và sẵn sàng chiến đấu. Bệnh viện 19-8 với đặc thù là Bệnh viện hàng đầu phục vụ khám và chữa bệnh chủ yếu cho các cán bộ chiến sỹ trong ngành công an. Vì vậy việc phòng chống bệnh nấm da là một trong những nhiệm vụ quan trọng. Để góp phần cho công tác chẩn đoán và phòng bệnh nấm da đạt hiệu quả cao hơn chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này với các mục tiêu sau:

1. *Xác định tỷ lệ nhiễm nấm da trên những bệnh nhân đến khám da Bệnh viện 19-8 tháng 4-5/2017.*

2. *Xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm da trên những bệnh nhân đến khám da liễu Bệnh viện 19-8 tháng 4-5/2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 226 bệnh nhân đến khám tại khoa da liễu được chỉ định làm xét nghiệm nấm da tại khoa Vi Sinh- Bệnh viện 19-8 Bộ Công An. Thời gian nghiên cứu: Từ 1/4 -31/5/2017.

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu thu thập từ phiếu phỏng vấn và kết quả lâm sàng, xét nghiệm được thống kê trên phần mềm Microsoft office Excel 2007, SPSS 20.0.

*Trường Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thêm

Email: themlv2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.10.2017

Ngày duyệt bài: 6.11.2017

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Phân bố đối tượng theo tuổi

Độ tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dưới 20 tuổi	20	8,9
Từ 20 đến 40 tuổi	116	51,3
Từ 41 đến 60 tuổi	56	24,8
Trên 60 tuổi	34	15,0
Tổng	226	100

Nhận xét: Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 20 đến 40 tuổi chiếm 51,3%. Nhóm tuổi có tỷ lệ gặp ít nhất là dưới 20 tuổi chiếm 8,9%.

Bảng 3.2: Phân bố đối tượng theo giới

Giới	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nam	153	67,7
Nữ	73	32,3
Tổng	226	100

3.3. Các yếu tố liên quan tình trạng nhiễm nấm da

Bảng 3.4: Liên quan giữa tuổi và nhiễm nấm da

Nhóm tuổi	Nhiễm nấm		Không nhiễm nấm		Tổng
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
<20	8	40,0	12	60,0	20
20 đến 40	57	49,1	59	50,9	116
>40 đến 60	23	41,1	33	58,9	56
> 60	14	41,2	20	58,8	34
Tổng số	102		124		226
p	p > 0,05				

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm nấm cao nhất gặp ở độ tuổi từ 20 đến 40 tuổi chiếm tỷ lệ 49,1%. Thấp nhất ở độ tuổi dưới 20 tuổi 40,0%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.5: Liên quan giữa giới và nhiễm nấm da

Giới tính	Nhiễm nấm		Không nhiễm nấm		Tổng
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Nam	75	49,0	78	51,0	153
Nữ	27	37,0	46	63,0	73
Tổng	102		124		226
p	p = 0,089				

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm nấm ở nam giới 49,0 % cao hơn ở nữ giới 37,0%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.6: Liên quan giữa nghề nghiệp và nhiễm nấm da

Nghề nghiệp	Có nhiễm nấm		Không nhiễm nấm		Tổng
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Cán bộ, chiến sỹ	50	49,0	52	51,0	102
Công nhân, viên chức	30	42,3	41	57,7	71
Khác	22	41,5	31	58,5	53
Tổng	102		124		226
p	p = 0,565				

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm nấm da ở đối tượng cán bộ chiến sỹ chiếm tỷ lệ cao nhất 49,0% thấp nhất ở nhóm bệnh nhân có nghề nghiệp khác 41,5%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.7: Liên quan giữa nơi ở và nhiễm nấm da

Nơi ở	Có nhiễm nấm		Không nhiễm nấm		Tổng
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	

Nhận xét: Qua bảng 3.2 cho thấy trong tổng số bệnh nhân tỷ lệ bệnh nhân nam (67,7%) cao hơn bệnh nhân nữ (32,3%)

Bảng 3.3: Phân bố đối tượng theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cán bộ chiến sỹ	102	45,1
Công nhân viên chức	71	31,4
Khác	53	23,5
Tổng	226	100

Nhận xét: Bệnh nhân là cán bộ chiến sỹ chiếm tỷ lệ cao nhất 45,1% và thấp nhất là nhóm bệnh nhân có nghề nghiệp khác chiếm 23,5%.

3.2. Tỷ lệ nhiễm nấm da trên những bệnh nhân đến xét nghiệm nấm

- Trong tổng số 226 bệnh nhân có 102 bệnh nhân bị nhiễm nấm da chiếm tỷ lệ 45,1%.

- Vị trí tổn thương nấm da thường gặp nhất là thân mình (26,5%), sau đó là bẹn mông (24,8%) và chân (22,1%).

Thành thị	64	44,1	81	55,9	145
Nông thôn	38	46,9	43	53,1	81
Tổng	102		124		226
p	p > 0,05				

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm nấm da ở nông thôn 46,9% cao hơn ở thành thị 44,1%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Bảng 3.8: Liên quan giữa điều kiện sống và nhiễm nấm da

Điều kiện sống	Có nhiễm nấm		Không nhiễm nấm		Tổng
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Sống tập thể	40	61,5	25	38,5	65
Không sống tập thể	62	38,5	99	61,5	161
Tổng	102		124		226
p	p = 0.002				

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm nấm ở bệnh nhân sống tập thể (61,5%) cao hơn những bệnh nhân không sống tập thể (38,5%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.9: Liên quan giữa thói quen mặc quần áo chật và nhiễm nấm da

Thói quen mặc quần áo chật	Có nhiễm nấm		Không nhiễm nấm		Tổng
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Có	34	55,7	27	44,3	61
Không	68	41,2	97	58,8	165
Tổng	102		124		
p	p = 0,051				

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm nấm ở bệnh nhân có thói quen mặc quần áo chật 55,7% cao hơn ở bệnh nhân không có thói quen mặc quần áo chật 41,2%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.10: Liên quan giữa thói quen mặc quần áo ẩm ướt và nhiễm nấm da

Hay mặc quần áo ẩm ướt	Có nhiễm nấm		Không nhiễm nấm		Tổng
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Có	44	63,8	25	36,2	69
Không	58	36,9	99	63,1	157
Tổng	102		124		226
p	p < 0.001				

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm nấm da ở bệnh nhân hay mặc quần áo ẩm ướt (63,8%) cao hơn nhóm không hay mặc quần áo ẩm ướt 36,9%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.11: Liên quan giữa tiền sử bị bệnh nấm và nhiễm nấm da

Tiền sử bị nấm da	Có nhiễm nấm		Không nhiễm nấm		Tổng
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Có	28	71,8	11	28,2	39
Không	74	39,6	113	60,4	187
Tổng	102		124		226
p	p < 0.001				

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm nấm ở những bệnh nhân có tiền sử nhiễm nấm da 71,8% cao hơn những bệnh nhân không có tiền sử nhiễm nấm da 39,6%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.12: Liên quan giữa tiền sử sử dụng corticoid và nhiễm nấm da

Tiền sử dùng corticoid	Nhiễm nấm		Không nhiễm nấm		Tổng
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Có sử dụng	20	62,5	12	37,5	32
Không sử dụng	82	42,3	112	57,7	194
Tổng	102		124		226
p	p = 0.033				

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm nấm ở những bệnh nhân sử dụng corticoid 62,5% cao hơn ở những bệnh nhân không sử dụng corticoid. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ nhiễm nấm da tại khoa Da liễu Bệnh viện 19-8 Bộ Công An

4.1.1. Tỷ lệ nhiễm nấm da

Qua kết quả nghiên cứu trên 226 bệnh nhân có 102 bệnh nhân nhiễm nấm da chiếm tỷ lệ

45,1%. Tỷ lệ nhiễm nấm da này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thái Dũng và CS tại Trung tâm chống phong Da liễu Nghệ An có 42,4% bệnh nhân nhiễm nấm da [3] và kết quả nghiên cứu của Agarwalla tại Nepal (2001) với tỷ lệ nhiễm nấm da là 43,0%. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu này thấp hơn hẳn so với kết quả nghiên cứu của Khúc Xuyên (1994) trên công nhân viên chức mỏ Cẩm Phả là 68,02% và công nhân hầm lò là 83,67%. Giải thích cho sự khác biệt này là do nghiên cứu của Khúc Xuyên trên nhóm đối tượng làm việc tại hầm mỏ, thường xuyên phải làm việc trong môi trường có nồng độ khói bụi và độ ẩm cao là điều kiện thuận lợi cho bệnh nấm da phát triển. Mặt khác kết quả nghiên cứu này lại cao hơn hẳn so với kết quả nghiên cứu của Phạm Văn Hiến nghiên cứu tại khu công nghiệp Thượng Đình là 1,6% [4]. Có lẽ sự khác biệt này là do mùa nghiên cứu của Phạm Văn Hiến vào 3 tháng mùa đông nhiệt độ thấp hơn nên tỷ lệ nấm da thấp hơn. Trong khi nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành vào mùa hè có nhiệt độ, độ ẩm không khí cao, cơ thể ra nhiều mồ hôi làm sức đề kháng của lớp tế bào sừng giảm đi là điều kiện tốt cho vi nấm phát triển.

4.1.2. Tỷ lệ nhiễm nấm theo vị trí tổn thương: Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì vị trí hay gặp nhất là vùng thân mình 26,5%, vùng bẹn mông là 24,8%. Có thể những vùng da này là vùng ẩm ướt, mồ hôi ra nhiều kèm theo quần áo không thoáng, không rộng rãi làm cho vi nấm dễ phát triển. Ngoài ra nấm cũng hay gặp tại các chi, ở chân với tỷ lệ 22,1% và tay là 14,2%. Nấm ở chân chủ yếu ở các kẽ gặp ở những người đi giày nhiều như cán bộ chiến sỹ, bàn chân luôn ẩm do mồ hôi. Nấm ở tay thường gặp ở những người phụ nữ nội trợ, những người bán hàng ăn, thực phẩm (cá, tôm, đậu...) do bàn tay luôn ẩm ướt thường xuyên tiếp xúc với các chất tẩy rửa là điều kiện thuận lợi cho vi nấm phát triển. Vị trí ít gặp nhất là đầu mặt cổ chiếm 12,4%, có thể vị trí này có nhiều tuyến bã nên tiết ra nhiều các acid béo ức chế sự phát triển của nấm.

4.2. Các yếu tố liên quan đến nhiễm nấm da

4.2.1. Liên quan giữa giới, tuổi, nghề nghiệp và nhiễm nấm da

Về giới tính: Qua kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nhiễm nấm ở nam giới 49,0% cao hơn nhiều so với ở nữ giới là 37,0% (nam/nữ = 1,32). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Có lẽ nhiễm nấm da hầu như không liên quan đến giới tính mà chỉ

ảnh hưởng bởi vùng da (ẩm ướt, khô ráo), độ pH, nội tiết, nhiệt độ.

Qua bảng 3.4 cho thấy nhiễm nấm da gặp ở mọi lứa tuổi với tỷ lệ nhiễm khá cao đều trên 40%. Tỷ lệ nhiễm nấm da cao nhất là ở độ tuổi từ 20 đến 39 tuổi chiếm 49,1%. Có lẽ đây là độ tuổi lao động nhiều, tiếp xúc, giao tiếp với cộng đồng thường xuyên nên dễ nhiễm nấm da hơn. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Lê Trần Anh tại bệnh viện Quân Y 103 > 50% nhiễm nấm trong độ tuổi 20 đến 39 tuổi [2]. Tiếp theo là độ tuổi trên 60 tuổi 41,2%, từ 40 đến 60 tuổi 41,1% cuối cùng là độ tuổi dưới 20 tuổi chiếm 40,0%. Tuy nhiên sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm nấm da và độ tuổi không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Về nghề nghiệp: Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm nấm là cán bộ chiến sỹ chiếm tỷ lệ cao nhất 49,0%, sau đó là công nhân viên chức 42,3% và nghề nghiệp khác 41,5% cũng tương đối cao. Sự khác biệt tỷ lệ này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Có thể là do đặc thù nghề nghiệp của cán bộ chiến sỹ là phải thường xuyên luyện tập, chiến đấu với cường độ cao làm tăng lượng mồ hôi trên cơ thể tạo môi trường ẩm ướt trên da tạo điều kiện cho vi nấm xâm nhập và phát triển.

4.2.2. Liên quan giữa nơi ở, điều kiện sống và nấm da

Qua bảng 3.7 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nhiễm nấm ở nông thôn là 46,9% cao hơn ở thành thị 44,1%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Điều này có thể do sự khác nhau giữa điều kiện sống ở nông thôn và thành thị. Ở nông thôn người dân đời sống kinh tế xã hội còn khó khăn, điều kiện sống còn thiếu thốn, hiểu biết về phòng chống nấm còn hạn chế nhiều người còn tự ý đi mua thuốc ngoài về dùng mà không theo sự hướng dẫn của bác sỹ, mặt khác người dân thường xuyên phải tiếp xúc với môi trường ẩm thấp không hợp vệ sinh: làm việc trên ruộng đất, vẫn còn có nơi tắm giặt trên ao, hồ.

Về điều kiện sống: Nấm da có thể lây truyền trực tiếp qua tiếp xúc giữa người bệnh và người lành, nhưng chủ yếu là lây nhiễm gián tiếp do người nhiễm các bào tử đốt trong vảy da có trong đồ dùng chung như quần áo, khăn lau... Nhiều vụ dịch nấm bẹn là hậu quả của điều kiện sống đông đúc, dùng chung nhà tắm trong doanh trại quân đội, các đội thể thao tù nhân. Sống trong điều kiện tập thể, dùng chung đồ dùng (lược, bàn chải, mũ, đồ dùng công cộng...) là điều kiện thuận lợi cho nấm da lan rộng [6].

Do đó điều kiện sống tập thể liên quan đến nhiễm nấm da là phù hợp ($p < 0,05$) với kết quả nghiên cứu là tỷ lệ nhiễm nấm da ở những người sống tập thể 61,5% cao hơn nhiều so với những bệnh nhân không sống tập thể 38,5%.

4.2.3. Liên quan giữa mặc quần chật, mặc quần áo ẩm ướt và nhiễm nấm da

Qua bảng 3.9 cho thấy tỷ lệ nhiễm nấm ở những bệnh nhân hay mặc quần áo chật 55,7% cao hơn tỷ lệ nhiễm nấm ở những bệnh nhân không hay mặc quần áo chật. Sự khác biệt giữa tỷ lệ nhiễm nấm da và thói quen hay mặc quần áo chật không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Có thể là ở những bệnh nhân hay mặc quần áo chật, đặc biệt là đồ lót chật những vùng kín như: bẹn, mông, nách, sẽ khiến cơ thể bị cọ xát khi hoạt động dẫn đến tình trạng trầy xước, tổn thương da thêm vào đó những vùng này sẽ bị bí lại tạo môi trường yếm khí ảnh hưởng đến pH của da mà chỉ số pH của da cũng có vai trò trong chống đỡ vi nấm. Bình thường pH của da khoảng 5,4 – 5,9; phụ thuộc vào nhiều yếu tố nội sinh (tuổi, vị trí da, tuyến bã...) và yếu tố ngoại sinh trong đó có yếu tố mặc quần áo chật [6].

Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm nấm da ở đối tượng bệnh nhân hay mặc quần áo ẩm 63,8% cao hơn ở đối tượng bệnh nhân nhiễm nấm da không hay mặc quần áo ẩm 36,9%. Nấm da phát triển phụ thuộc nhiều vào độ ẩm của không khí và độ ẩm của da người. Nấm da phát triển mạnh ở nhiệt độ bề mặt da (25 - 28°C) và ở điều kiện da ẩm áp và ẩm ướt [7]. Mặc quần áo ẩm ướt làm tăng độ ẩm tại chỗ tạo điều kiện cho nấm da phát triển đặc biệt là những vùng kín như vùng bẹn mông. Do đó hành vi mặc quần áo ẩm ướt liên quan đến nhiễm nấm da là phù hợp với $p < 0,05$.

4.2.4. Liên quan giữa tiền sử nhiễm nấm, dùng corticoid và nhiễm nấm da

Về tiền sử nhiễm nấm da: Bệnh nấm da mặc dù ảnh hưởng đến thẩm mỹ nhưng ít ảnh hưởng đến sức khỏe nên bệnh nhân sẽ ít đi khám chủ yếu là tự điều trị nếu bệnh chưa trở nặng, dần trở nên mạn tính, khó điều trị. Còn nhiều người bệnh trong quá trình điều trị chưa tuân thủ theo nguyên tắc trong điều trị và sử dụng thuốc nấm dẫn đến tình trạng không điều trị được triệt để nấm da tái đi tái lại nhiều lần. Do đó giữa tiền sử nhiễm nấm da có liên quan đến nhiễm nấm da là phù hợp với $p < 0,05$. Tỷ lệ nhiễm nấm da trên những bệnh nhân có tiền sử bệnh nấm da 71,8% cao hơn ở những bệnh nhân nhiễm nấm không có tiền sử nhiễm nấm da 39,6%.

Qua bảng 3.12 cho thấy tỷ lệ nhiễm nấm da trên những bệnh nhân có tiền sử dùng corticoid 62,5% cao hơn ở những bệnh nhân nhiễm nấm da không có tiền sử dùng corticoid, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Mặt khác do hiểu biết về công dụng và cách sử dụng về thuốc của người dân nói chung còn nhiều hạn chế dẫn đến tình trạng lạm dụng thuốc corticoid. Nhưng việc sử dụng corticoid kéo dài làm giảm sức đề kháng tại chỗ, đồng thời ức chế sự phát triển của vi khuẩn, do đó nấm có điều kiện và cơ hội để phát triển.

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ nhiễm nấm da

- Tỷ lệ nhiễm nấm da ở những bệnh nhân đến khám tại khoa da liễu có kết quả xét nghiệm soi tươi nấm chiếm 45,1%.

- Tỷ lệ nhiễm nấm da tại vị trí thân mình 26,5%, bẹn mông 24,8%, chân 22,1%, tay 14,2%, đầu mặt cổ 12,4%.

2. Các yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm nấm da

- Kết quả nghiên cứu cho thấy tình trạng nhiễm nấm da có mối liên quan với một số yếu tố ($p < 0,05$): điều kiện sống, hành vi hay mặc quần áo ẩm ướt, tiền sử nấm da, tiền sử sử dụng corticoid.

- Ngoài ra tình trạng nhiễm nấm da không có mối liên quan đến một số yếu tố ($p > 0,05$): Tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi ở, mặc quần áo chật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Trần Anh, Vũ Văn Tiến (2014), "Một số yếu tố ảnh hưởng bệnh nấm da trên bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 (2013 - 2014)", *Tạp chí phòng chống Sốt rét và các Bệnh ký sinh trùng*, số 5, Tr.62 - 68.
2. Nguyễn Cảnh Cầu (1989), *Nghiên cứu thuốc chống nấm, thuốc phòng nấm và thực hiện mô hình vệ sinh tại một số đơn vị để phòng chống nấm da*, Đề tài nghiên cứu cấp Bộ.
3. Nguyễn Thái Dũng, Lê Trần Anh, Nguyễn Khắc Lực (2016), "Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ nhiễm nấm da trên bệnh nhân đến khám tại trung tâm chống phong da liễu Nghệ An", *Tạp chí Y- Dược học quân sự*, 2, tr.118-125.
4. Phạm Văn Hiến (1996), "Đặc điểm bệnh ngoài da tại khu công nghiệp Thượng Đình Hà Nội, ảnh hưởng của môi trường sống đến mô hình bệnh tật", *Nội san Da liễu*, 3, tr. 6 - 13.
5. Trương Thị Minh Hương (1998), "Xác định tỉ lệ bệnh nấm da và cơ cấu nấm gây bệnh ở 1 đơn vị bộ đội", *Nội san Da liễu*, 1, tr.44-46.
6. Nguyễn Ngọc Thụy, Lê Trần Anh, *Bệnh nấm y học*, NXB Quân đội Nhân dân, Hà Nội, 2004.
7. Havlickova B, Czaika VA, Friedrich M. Epidemiological trends in skin mycoses worldwide. *Mycoses*.2008;51 (Suppl 4), pp.2-15.

ĐỐI CHIẾU KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ XOANG BướM CÓ SỬ DỤNG ĐỊNH VỊ TỪ VÀ RÚT RA KINH NGHIỆM ĐỂ CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

Mai Hồng Vân*, Cao Minh Thành**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi mở xoang bướm là một phương pháp hữu ích trong điều trị các bệnh lý nội tại của xoang bướm và cũng là một phương pháp hiệu quả để tiếp cận các bệnh lý thuộc nền sọ. Sử dụng hệ thống định vị trong phẫu thuật nội soi mở xoang bướm giúp cho phẫu thuật viên đánh giá chính xác hơn các mốc giải phẫu từ đó làm giảm biến chứng trong phẫu thuật và nâng cao hiệu quả phẫu thuật. **Mục tiêu:** 1. Đánh giá kết quả nội soi, CT scan trên bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật mở xoang bướm. 2. Đối chiếu kết quả phẫu thuật nội soi mở xoang bướm sử dụng định vị từ với hình ảnh bệnh lý trên phim CT scan và rút ra kinh nghiệm chỉ định phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 37 bệnh nhân với 58 xoang bướm được phẫu thuật có sử dụng định vị từ tại khoa bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Phương pháp mô tả từng trường hợp có can thiệp. **Kết quả:** Trong 58 xoang bướm được nghiên cứu, tổn thương trên phim CLVT chủ yếu gặp 32,8% xoang bướm mở hoàn toàn, 19,0% xoang bướm mở một phần, có 8,6% xoang bướm bị đè đẩy. Đối chiếu với phẫu thuật có 13,8% có dị hình vách ngăn, 10,3% có xoang hơi cuốn giữa, 15,5% có lỗi động mạch cảnh trong, 6,9% có lỗi TK thị và 13,8% có tế bào Onodi. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi mở xoang bướm có sử dụng định vị từ là phương pháp điều trị rất hiệu quả trong các trường hợp: mổ lại, có bất thường giải phẫu, polyp nặng hoặc các khối u xoang bướm, đặc biệt là tiếp cận các bệnh lý thuộc nền sọ như u tuyến yên.

Từ khóa: định vị từ, phẫu thuật mở xoang bướm

SUMMARY

COLLATE THE RESULTS OF ENDOSCOPIC SPHENOIDOTOMY USING NAVIGATION SYSTEM AND DRAWING EXPERIENCE FOR SURGICAL INDICATIONS

Endoscopic sphenoidotomy is not only a method used with success in the treatment of the sphenoid sinus diseases but also an effective method for approaching diseases abutting the skull base. Under the assistance of the navigation system, the surgeon with enhanced anatomic localization during endoscopic procedures offers the potential for fewer intraoperative complications and improved clinical

outcomes. **Objectives:** 1. Evaluation of endoscopic and CT scan results in patients with endoscopic sphenoidotomy. 2. Collate the results of endoscopic sphenoidotomy using navigation system with pathological images on CT scan and draw experience for surgical indications. **Subjects and methods:** a prospective study with intervention was designed for 37 patients with 58 sphenoid sinuses undergoing endoscopic sphenoidotomy using navigation system at Hanoi Medical University Hospital. **Result:** CT scan results: 32,8% complete opacification, 19,0% mucosal thickening, 8,6% bone thrust. Surgery results: 13,8% nasal septal deviation, 10,3% concha bullosa, 15,5% internal carotid artery protrusion, 6,9% optic nerve protrusion and 13,8% Onodi cells. **Conclusion:** Indications of endoscopic sphenoidotomy using navigation system: revision surgery, distorted sinus anatomy, extensive sino-nasal polyposis, sphenoid tumors and diseases abutting the skull base.

Keywords: navigation, endoscopic sphenoidotomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xoang bướm là xoang nằm sâu nhất trong số các xoang cạnh mũi, chiếm vị trí trung tâm của nền sọ nên có những liên quan quan trọng. Xoang bướm có thể bị ảnh hưởng bởi một loạt các bệnh lý nội tại cũng như các bệnh lý lân cận...[1]. Ngày nay, phẫu thuật nội soi mở xoang bướm đã được chỉ định trong việc giải quyết các bệnh lý nội tại của xoang bướm và cũng là một phương pháp hiệu quả để tiếp cận các bệnh lý thuộc nền sọ [2]. Hệ thống hướng dẫn hình ảnh định vị (IGS/IGNS) bắt đầu được sử dụng trong PTNSMX tại Mỹ vào giữa những năm của thập niên 1990 và ngày càng được ứng dụng rộng rãi. Việc sử dụng hệ thống hướng dẫn hình ảnh định vị đã góp phần khắc phục những mặt hạn chế của PTNSMX, giúp xác định và tránh làm tổn thương các cấu trúc giải phẫu quan trọng như xương gẫy, ổ mắt, sàn sọ, thần kinh thị, động mạch cảnh trong từ đó làm cuộc mổ trở nên an toàn và triệt để hơn [3].

Từ năm 2014, tại bệnh viện Đại học y Hà Nội cũng đã áp dụng phương pháp phẫu thuật nội soi có sử dụng định vị từ trong phẫu thuật nội soi mở xoang bướm. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Đối chiếu kết quả phẫu thuật nội soi mở xoang bướm có sử dụng định vị từ và rút ra kinh nghiệm để chỉ định phẫu thuật" với 2

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Cao Minh Thành

Email: thanhcaominh@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.11.2017

Ngày duyệt bài: 10.11.2017

mục tiêu:

1. *Đánh giá kết quả nội soi, CT scan trên bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật mở xoang bướm.*

2. *Đổi chiếu kết quả phẫu thuật nội soi mở xoang bướm sử dụng định vị từ với hình ảnh bệnh lý trên phim CT scan và rút ra kinh nghiệm chỉ định phẫu thuật.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 37 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi mở xoang bướm có sử dụng định vị từ với tổng số 58 xoang bướm, tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2016 đến tháng 10/2017.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Có chỉ định phẫu thuật mở xoang bướm
- Được nội soi và chụp cắt lớp vi tính mũi xoang
- Được chụp cắt lớp vi tính 64 dãy mũi xoang sử dụng định vị từ có in đĩa.
- Được phẫu thuật nội soi mở xoang bướm sử dụng định vị từ.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đủ các tiêu chuẩn trên.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả từng ca có can thiệp

2.2.2. Các biến số nghiên cứu

- Thông tin chung: tuổi, giới
- Kết quả nội soi: đặc điểm khe giữa, dịch tiết, ngách bướm sàng.
- Kết quả chụp CLVT mũi xoang: Đặc điểm xoang bướm và các thành phần liên quan.
- Kết quả phẫu thuật: lỗ thông xoang, đặc điểm tổn thương xoang bướm trong phẫu thuật.

2.2.3. Phương tiện nghiên cứu

- Dụng cụ phẫu thuật: gồm dụng cụ nội soi chung và dụng cụ chuyên dụng cho phẫu thuật nội soi qua xoang bướm.

- Phim và đĩa CD kỹ thuật số MSCT mũi xoang trước mổ.

- Hệ thống hướng dẫn hình ảnh định vị từ Fusion ENT Surgical Navigation

2.2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu

Bệnh nhân được khám lâm sàng, nội soi tai mũi họng, chụp phim CLVT mũi xoang, chụp phim CLVT định vị từ. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi mở xoang bướm có sử dụng định vị từ. Đánh giá các thông số nghiên cứu.

2.2.5. Thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm bằng SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả nội soi và CT scan trên bệnh nhân có chỉ định mở xoang bướm.

3.1.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Trong 37 bệnh nhân nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $44,7 \pm 11,8$, nhỏ nhất là 20 tuổi và lớn nhất là 67 tuổi. Trong đó nam là 51,4%, nữ là 48,6%. Đa số các bệnh nhân nhập viện vì đau đầu (62,2%) hoặc ngạt tắc mũi (54,1%). Có 18,9% bệnh nhân đã có tiền sử phẫu thuật mũi xoang trước đó.

3.1.2. Kết quả nội soi

Bảng 1: Kết quả nội soi (N=58)

Vị trí	Hình ảnh	n	%
Vách ngăn	Bình thường	50	86,2
	Lệch vẹo	8	13,8
Cuốn giữa	Bình thường	43	74,1
	Nề mộng	6	10,3
	Quá phát/polyp	6	10,3
	Xoang hơi	2	3,4
	Dính cuốn	1	1,7
Mòm móc	Bình thường	51	87,9
	Quá phát	5	8,6
	Đảo chiều	2	3,4
Dịch tiết	Không có dịch	29	50,0
	Dịch trong loãng	12	20,7
	Dịch nhầy đục	15	25,9
	Dịch lẫn máu	2	3,4
Polyp	Không có	41	70,7
	Trong phạm vi khe giữa	8	13,8
	Vượt quá khe giữa	9	15,5

Tổn thương hay gặp với cuốn giữa là cuốn giữa nề hoặc cuốn giữa quá phát/thoái hóa polyp, đều gặp 10,3%. Xoang hơi cuốn giữa gặp 3,4% trường hợp. Mòm móc quá phát gặp 8,6% trường hợp, có 3,4% bên có mòm móc đảo chiều. Phần lớn mũi nghiên cứu không có dịch (chiếm 50%), dịch nhầy đục chiếm 25,9%; dịch trong loãng chiếm 20,7%. Polyp mũi gặp trong 29,3%, trong đó polyp vượt quá khe giữa là 15,5%.

3.1.3. Kết quả chụp CT scan mũi xoang

Bảng 2: Đặc điểm xoang bướm trên CLVT

Dấu hiệu CLVT	N	%
Bình thường	21	36,2
Mờ một phần xoang	11	19,0
Mờ hoàn toàn xoang	19	32,8
Đè đẩy thành xoang	5	8,6
Ổ tăng sinh xương	2	3,4
An mòn xương	0	0

Trong 58 xoang nghiên cứu, xoang bướm bình thường gặp ở 36,2% trường hợp. Các tổn

thường thường gặp trên CLVT lần lượt là xoang bướm mờ một phần (chiếm 19,0%), xoang bướm mờ hoàn toàn (chiếm 32,8%), xoang

3.2. Đối chiếu kết quả phẫu thuật với hình ảnh trên CT scan

3.2.1. Đối chiếu đặc điểm xoang bướm trong phẫu thuật và CLVT

Bảng 3: Đối chiếu đặc điểm xoang bướm (N=58)

Đặc điểm		PT		CLVT	
		n	%	n	%
Lỗ thông xoang	Tự nhiên	46	79,3		
	Không có lỗ thông	12	20,7		
Vách ngăn xoang phụ	Không	35	60,3	35	60,3
	Có	23	39,7	23	39,7
Tổn thương trong xoang	Bình thường	26	44,8	25	43,1
	Mủ	7	12,1	11	19,0
	Viêm dày	4	6,9	12	20,7
	Polyp	15	25,9	5	8,6
	Nấm	4	6,9	0	0
	U	5	8,6	5	8,6

Xác định được lỗ thông xoang bướm trong phẫu thuật chiếm 79,3%. Có 39,7% xoang bướm có vách ngăn xoang phụ. Tổn thương xoang bướm thường gặp trên phim CLVT là xoang bướm viêm dày và ứ dịch, lần lượt chiếm 20,7% và 19,0%.

3.2.2. Đối chiếu một số dị hình giải phẫu trong phẫu thuật và CLVT

Bảng 4: Đối chiếu một số dị hình giải phẫu (N=58)

Đặc điểm	Phẫu thuật		CLVT	
	n	%	n	%
Xoang hơi cuốn giữa	6	10,3	3	5,1
Dị hình vách ngăn	8	13,8	8	13,8
Tế bào Onodi	8	13,8	5	8,6
Lỗi động mạch cảnh trong	9	15,5	9	15,5
Lỗi thần kinh thị	4	6,9	4	6,9

Các dị hình giải phẫu trên phim CLVT đều phát hiện được trong phẫu thuật. Trong đó tỷ lệ phát hiện các bất thường như xoang hơi cuốn giữa, tế bào Onodi trong phẫu thuật thường cao hơn trên phim CLVT.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả nội soi và CT scan: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình là $44,7 \pm 11,8$, tuổi thấp nhất là 20, tuổi cao nhất là 67 tuổi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Andrzej trên 32 bệnh nhân tuổi từ 21 đến 63, tuổi trung bình là 44,3 [4]. Trong đó bệnh nhân nam nhiều hơn, chiếm 51,4%. Trong số 37 bệnh nhân có 18,9% bệnh nhân có phẫu thuật u tuyến yên hoặc phẫu thuật mũi xoang trước đó. Trong những trường hợp này, các mốc giải phẫu không còn hoặc khó xác định, khi đó việc sử dụng định vị từ là rất cần thiết giúp phẫu thuật viên đánh giá chính xác các mốc giải phẫu để tiếp cận với xoang bướm.

Các triệu chứng thực thể qua nội soi không chỉ có giá trị trong chẩn đoán các bệnh lý tại chỗ của mũi xoang mà còn giúp đánh giá tình trạng của hốc mũi, định hướng cho phẫu thuật, đặc biệt trong phẫu thuật mở xoang bướm. Nghiên cứu của chúng tôi có 29,3% có polyp mũi, trong đó có 15,5% trường hợp polyp nằm ngoài phạm vi khe giữa (độ III, IV). Polyp lớn có thể gây biến dạng các cấu trúc giải phẫu, gây cản trở cho nội soi cũng như phẫu thuật tiếp cận xoang bướm. Một số bất thường giải phẫu gây cản trở phẫu thuật có thể được phát hiện qua nội soi là lệch vẹo vách ngăn (13,8%), xoang hơi cuốn giữa (3,4%), mỏm móc đảo chiều (3,4%).

Chụp CT scan mũi xoang là rất cần thiết để xác định những hiện tượng bệnh lý mà ta không thể phát hiện được qua thăm khám lâm sàng, thậm chí cả khám bằng nội soi đặc biệt với những bệnh lý ở vùng phức hợp lỗ thông khe giữa, hoặc bệnh lý của sàng sau và xoang bướm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả chụp CLVT mũi xoang cho thấy 36,2% xoang bướm không có tổn thương, 32,8% xoang bướm mờ hoàn toàn; 19,0% xoang bướm mờ một phần, có 8,6% xoang bướm bị đè đẩy và 3,4% có ổ tăng sinh xương trong xoang bướm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 13,8% có dị hình vách ngăn, 5,1% có xoang hơi cuốn giữa, 8,6% gặp tế bào Onodi, 15,5% có lỗi động mạch cảnh trong vào trong xoang bướm và 6,9% có lỗi TK thị. Dây thần kinh thị giác lỗi vào trong lòng xoang bướm chiếm tỷ lệ 6,6%.

4.2. Đối chiếu kết quả phẫu thuật với phim CLVT: Lỗ thông xoang bướm nằm phía

trên vách bướm sàng khoảng 1,5 cm, đôi khi bị che phủ bởi niêm mạc. Đối chiếu trong phẫu thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi, 79,3 % xác định được lỗ thông xoang bướm. Những trường hợp không xác định được lỗ thông xoang bướm nên sử dụng định vị từ để có thể vào được xoang bướm an toàn và chính xác.

Cả phim CLVT và trong phẫu thuật đều cho thấy có 39,7% trường hợp có vách ngăn phụ trong xoang bướm. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Hữu Dũng, 59% trường hợp có vách ngăn phụ. Trong phẫu thuật các vách ngăn phụ này có thể gây cản trở trong việc bộc lộ và lấy hết bệnh tích trong xoang. Bên cạnh đó vách ngăn phụ có thể có vị trí bám bất thường như bám vào lõi động mạch cảnh trong và lõi thần kinh thị. Cần chú ý trong phẫu thuật để tránh làm tổn thương các cấu trúc quan trọng này.

Trong phẫu thuật ở nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy bệnh tích trong xoang bướm thường gặp là viêm xoang bướm với 25,9% có polyp trong xoang, 12,1% trường hợp có mũ trong xoang, 6,9% niêm mạc viêm dày. Ngoài ra có 8,6% tổn thương là u và 6,9% là nấm. Với các trường hợp u tuyến yên thường không phát hiện thấy tổn thương trong xoang bướm, một số trường hợp u có kích thước lớn có thể gây đè đẩy thành xương xoang bướm, chiếm 8,6%.

Một số dị hình giải phẫu như xoang hơi cuốn giữa hoặc mào vách ngăn, vẹo vách ngăn có thể làm hẹp phẫu trường. Đối chiếu với phẫu thuật, tỉ lệ xoang hơi cuốn giữa khoảng 10,3 % cao hơn so với trên phim CLVT tĩnh. Tuy nhiên trong số 58 xoang bướm được phẫu thuật, chúng tôi không có trường hợp nào phải cắt cuốn giữa để làm rộng phẫu trường, không có bệnh nhân nào phải chỉnh hình vách ngăn trong mổ. Không có bệnh nhân nào phải cắt cuốn trên để bộc lộ rõ thành trước xoang bướm và xác định lỗ thông xoang bướm.

Trong phẫu thuật cũng đã phát hiện lõi động mạch cảnh trong và lõi thần kinh thị tương ứng trên phim CLVT và phát hiện thêm 3 trường hợp có tế bào Onodi so với phim CLVT tĩnh, chiếm 13,8%, tương đồng với nghiên cứu của Anusa (14,3%) [6]. Khi tế bào Onodi bị quá phát sẽ trù lên dây thần kinh thị giác, trong trường hợp này ống thần kinh thị giác có thể lồi lên trên thành bên của tế bào Onodi, ĐMCT cũng có thể lồi lên ở thành bên của tế bào này. Đôi khi với những phẫu thuật viên ít kinh nghiệm có thể nhầm tế bào này với xoang bướm. Để tránh những biến chứng gây mù mắt và tổn thương động mạch cảnh trong, phẫu thuật viên cần phải

đánh giá chính xác tế bào Onodi trên phim chụp CLVT và trong quá trình phẫu thuật luôn bám sát phần trong, dưới của thành trước xoang bướm. Đặc biệt khi phẫu thuật vào trong xoang bướm cần tránh các động tác cặp, kéo các phần mềm trong xoang bướm khi chưa xác định rõ ràng, khi không xác định rõ ràng có thể sử dụng máy định vị từ để xác định vị trí các cấu trúc giải phẫu quan trọng nhờ đó tránh làm tổn thương chúng một cách tối đa.

V. KẾT LUẬN

5.1. Kết quả nội soi và CT scan

- Tuổi trung bình $44,7 \pm 11,8$. Nam/nữ $\approx 1/1$
- Triệu chứng cơ năng thường gặp là đau đầu (62,2%), ngạt mũi (54,1%).

- Kết quả nội soi:

- + Dị hình giải phẫu hay gặp là lệch vẹo vách ngăn (13,8%), cuốn giữa nề hoặc quá phát/thoái hóa polyp (10,3%). 50% mũi có dịch, trong đó dịch nhầy đục chiếm 25,9% và dịch trong loãng chiếm 20,7%. Polyp mũi gặp trong 29,3% trường hợp.

- + Không đánh giá được xoang bướm và các dị hình của xoang bướm.

- Phim CT scan:

- + Là cách duy nhất để xác định được các dị hình của xoang bướm.

- + Xoang bướm bình thường gặp ở 36,2%. Các tổn thương thường gặp trên CLVT lần lượt là xoang bướm mờ hoàn toàn (32,8%), mờ một phần (19,0%).

5.2. Đối chiếu phẫu thuật với CT scan và rút ra chỉ định phẫu thuật

- Đối chiếu phẫu thuật và CT scan

- + Đặc điểm xoang bướm: Tổn thương thường gặp trên CLVT là xoang bướm viêm dày (20,7%) và ứ dịch (19,0%). Trong khi đó trên phẫu thuật tổn thương hay gặp là polyp (25,9%) và dịch trong xoang (12,1%).

- + Các dị hình giải phẫu trên phim CLVT đều phát hiện được trong phẫu thuật. Trong đó tỷ lệ phát hiện các bất thường như xoang hơi cuốn giữa, tế bào Onodi trong phẫu thuật thường cao hơn trên phim CLVT.

- Phẫu thuật nội soi xoang bướm sử dụng định vị từ giúp phẫu thuật viên biết xác định đúng vị trí của xoang bướm, các cấu trúc giải phẫu liên quan, giúp định vị chính xác dụng cụ mổ trong cấu trúc đó, tương quan với các cấu trúc lân cận. Chỉ định phẫu thuật nội soi mở xoang bướm sử dụng định vị từ sẽ hạn chế các biến chứng ở mức tối đa và rút ngắn thời gian phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Moeller CW và Welch KC (2010).** Prevention and management of complications in sphenoidotomy. *Otolaryngol Clin North Am.* 43, 839 - 854.
2. **Alejandro Vazquez MD, James K. Liu MD và J. A. Eloy (2014).** Endoscopic Endonasal Surgery of the Sphenoid Sinus. *Operative Techniques in Otolaryngology.*
3. **Costa D.J và Sindwani R (2009).** Advances in surgical navigation. *Otolaryngol Clin North Am.* 42(5), 799-811.
4. **Andrzej S, Tomasz L (2011).** Isolated sphenoid sinus pathologies - the problem of delayed diagnosis. *Med sci monit.* 17(3), 179-183.
5. **Trần Thị Thu Hằng (2013).** Nghiên cứu hình ảnh xoang bướm trên phim cắt lớp vi tính đa dãy. Kỷ yếu hội nghị Tai - Mũi - Họng toàn quốc.
6. **B. Anusha, A. Baharudin, R. Philip và các cộng sự. (2015).** Anatomical variants of surgically important landmarks in the sphenoid sinus: a radiologic study in Southeast Asian patients. *Surg Radiol Anat.*
7. **Nguyễn Hữu Dũng (2008).** *Phẫu thuật nội soi điều trị tổn thương trong xoang bướm.* Luận án Tiến sĩ Y học, ĐHY Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

TÁC DỤNG CHỐNG VIÊM GIẢM ĐAU VÀ TÁC DỤNG HẠ AXIT URIC MÁU CỦA BÀI THUỐC “TỬ VẬT ĐÀO HỒNG THANG” TRÊN CHUỘT CỐNG TRẮNG THỰC NGHIỆM

Nguyễn Vinh Quốc*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá tác dụng chống viêm cấp tính, tác dụng giảm đau và tác dụng hạ axit uric máu của bài thuốc cổ phương “Tử vật đào hồng thang” trên mô hình động vật thực nghiệm gây gút cấp và tăng axit uric máu. **Phương pháp nghiên cứu:** chuột cống trắng được uống nước sắc bài thuốc “Tử vật đào hồng thang” liều 7,2g/kg thể trọng/ ngày để đánh giá tác dụng giảm đau và tác dụng hạ axit uric máu trên mô hình thực nghiệm gây tăng axit uric máu và viêm khớp kiểu gút bằng tiêm phúc mạc dung dịch axit oxonic và tiêm khớp cổ chân chuột dung dịch MSU. **Kết quả:** Tử vật đào hồng thang có tác dụng làm giảm axit uric trên mô hình chuột cống trắng thực nghiệm; làm tăng thời gian đáp ứng phản ứng đau từ 7,90 lên 9,9 (giây), giảm thể tích phù bàn chân chuột từ 27,99% xuống còn 2,14%, cải thiện tình trạng vận động của chuột. Các tác dụng này tương đương nhóm dùng thuốc đối chứng dùng tân dược với $p > 0,05$. **Kết luận:** Tử vật đào hồng thang có tác dụng chống viêm, giảm đau và hạ axit uric máu trên thực nghiệm.

Từ khóa: Tử vật đào hồng thang; chống viêm, hạ axit uric.

SUMMARY

THE EFFECT OF ANTI-INFLAMMATORY AND LOWERING URIC ACID OF “TU VAT DAO HONG THANG” ON EXPERIMENTAL RATS

Objective: The study aims at evaluating acute anti-inflammation effect, analgesic effect and blood uric acid reduction effect of the traditional remedy of “Tu vat dao hong thang” on experimental of white rats

with acute gout and hyperuricemia. **Method:** “Tu vat dao hong thang” in dose 7.2g per body weight per day were used to study acute anti-inflammation effect, analgesic effect and blood uric acid reduction effect by injecting oxonic acid into peritoneal combining with injecting MSU crystals into ankle of the rats. **Results:** “Tu vat dao hong thang” reduced the uric acid causing hyperuricemia on experimental of white rats, increased pain threshold from 7.90 up to 9.90 seconds; inhibitory effect paw edema of rat's feet from 27.26 down to 2.14 percents; improve the status of the rats movement. The difference compared with modern medicine analgesic group were significant with $p > 0.05$. **Conclusions:** “Tu vat dao hong thang” had effect anti-inflammation and hypouricemia on experimental rats.

Keywords: Tu vat dao hong thang, anti-inflammation, lowering uric acid.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gút (thống phong) là bệnh lý gây ra do sự lắng đọng các tinh thể Monosodium urat (MSU) trong tổ chức quanh khớp gây triệu chứng viêm điển hình trên lâm sàng với các biểu hiện sưng - nóng - đỏ - đau tại các khớp. Cơ gút cấp tính điển hình trên lâm sàng biểu hiện bằng hai triệu chứng đặc trưng là viêm khớp và tăng axit uric máu. Tăng axit uric (AU) máu và bệnh gút có thể để lại hậu quả rất nặng nề: giảm khả năng lao động, có thể gây các biến chứng nguy hiểm đối với thận, tăng huyết áp, tử vong do các biến chứng suy thận, nhiễm khuẩn cơ hội, suy mòn...[1].

“Tử vật đào hồng thang” là bài thuốc cổ phương được nhiều thầy thuốc y học cổ truyền lựa chọn để điều trị thống phong. Để có đánh giá khách quan về hiệu quả tác dụng, làm cơ sở khoa học cho việc ứng dụng bài thuốc trên lâm

*Viện Y học cổ truyền Quân đội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vinh Quốc

Email: quocnguyenvinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.8.2017

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2017

Ngày duyệt bài: 30.10.2017

sàng, chúng tôi đặt vấn đề nghiên cứu bài thuốc Tứ vật đào hồng thang trên mô hình chuột cống trắng thực nghiệm nhằm mục tiêu:

1. *Đánh giá tác dụng hạ axit uric máu của bài thuốc trên mô hình chuột cống trắng thực nghiệm gây tăng axit uric cấp.*

2. *Đánh giá tác dụng chống viêm giảm đau của bài thuốc trên thực nghiệm.*

II. NGUYÊN LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Động vật thực nghiệm: Chuột cống trắng Wistar 40 con, toàn đực, trọng lượng 200 ± 20 g (tương đương 8 tuần tuổi) được cung cấp bởi Ban chăn nuôi (Học viện Quân y). Các chuột thực nghiệm được nuôi trong điều kiện phòng thí nghiệm tại Khoa Nghiên cứu thực nghiệm/Viện Y học cổ truyền Quân đội bằng thức ăn tiêu chuẩn, nước uống tự do.

2.2. Bài thuốc cổ phương: "Tứ vật đào hồng thang"[2]

Thực địa: 12g; Đương quy: 09g; Bạch thược: 09g; Xuyên khung: 06g; Đào nhân: 09g; Hồng hoa: 06g. Bài thuốc được sắc và cô đến tỷ lệ 3/1 (3gam dược liệu lấy 1ml cao)

2.3. Hoá chất, Trang thiết bị

- Hóa chất: dung dịch MSU, dung dịch axit Oxonic 3% được điều chế theo công thức.

- Trang thiết bị: Máy sinh hóa TC 84 plus (Teco Diagnostics); Máy đo độ phù chân chuột

Plethysmometer của hãng Ugo Basile; Máy đo ngưỡng đau Analgesy – Meter của hãng Ugo Basile;

2.4. Phương pháp tiến hành

- Đánh dấu, cân nặng chuột làm thực nghiệm, xét nghiệm AU trước khi tiến hành nghiên cứu. Chuột chia ngẫu nhiên thành 3 lô:

+ Lô 1 (n=10): uống nước muối sinh lý (NMSL) - nhóm đối chứng âm.

+ Lô 2 (n=20): nhóm đối chứng dương, trong đó: *(n=10) uống Allopurinol liều 10mg/kg (thuốc đối chứng tăng AU).

*(n=10) uống Indomethacin liều 10mg/kg (thuốc đối chứng chống viêm, giảm đau).

+ Lô 3 (n=10): uống nước sắc bài thuốc "Tứ vật đào hồng thang" liều 7,2g/kg thể trọng (tương đương liều lâm sàng, tính theo hệ số 7 cho chuột cống). Chuột ở các lô được uống nước và các thuốc thử vào 8 giờ sáng hàng ngày liên tục trong 10 ngày.

- Ngày thứ 10, sau uống thuốc: Tiêm phúc mạc chuột dung dịch axit oxonic 3% liều 0,3 ml/100g thể trọng. Sau tiêm 15 phút dùng bơm tiêm tiêm 0,2 ml dung dịch MSU vào vị trí khớp cổ chân chuột.

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 tỷ lệ phần trăm (%); tính số trung bình; tính độ lệch chuẩn (SD); so sánh 2 giá trị trung bình dùng test t - student.

III. KẾT QUẢ

3.1. Kết quả đánh giá trạng thái vận động của chuột

Bảng 1. Điểm đánh giá trạng thái vận động của chuột ($\bar{x} \pm SD$)

Nhóm chuột	Số lượng	Thời điểm đánh giá			
		Sau tiêm 1h	Sau tiêm 4h	Sau tiêm 24h	Sau tiêm 48h
NMSL	10	$3.80 \pm 1.39^*$	$4.10 \pm 0.85^{*\Delta}$	$2.40 \pm 0.84^*$	$2.80 \pm 0.63^{*\Delta}$
Indomethacin	10	2.30 ± 0.67	1.60 ± 0.52	1.61 ± 0.52	1.40 ± 0.52
Tứ vật đào hồng thang	10	$4.30 \pm 1.25^*$	2.60 ± 1.34	$2.40 \pm 0.69^*$	1.50 ± 0.71

Chú thích: *: $p < 0,05$ khi so với nhóm dùng Indomethacin tại cùng thời điểm.

Δ : $p < 0,05$ khi so sánh với nhóm uống Tứ vật đào hồng thang tại cùng thời điểm.

Nhận xét: Sau tiêm dung dịch MSU 2 phút, ở các nhóm chuột thấy xuất hiện tình trạng khớp cổ chân sưng - nóng - đỏ rất rõ, chuột đi lại tập tễnh, co chân đau không tiếp xúc với mặt đất. Mức độ cải thiện vận động của chuột ở nhóm đối chứng âm uống NMSL và nhóm dùng Tứ vật đào hồng thang tại thời điểm 1giờ sau tiêm không khác biệt và đều kém hơn so với nhóm chuột uống Indomethacin ($p < 0,05$). Mức độ cải thiện vận động của chuột ở nhóm dùng Indomethacin và nhóm chuột uống Tứ vật đào hồng thang tại các thời điểm 4 giờ; 24 giờ và 48 giờ sau tiêm khác biệt không có ý nghĩa ($p > 0,05$).

3.2. Kết quả đánh giá tác dụng giảm đau

Bảng 2. Thời gian đáp ứng với phản ứng đau các nhóm chuột nghiên cứu ($\bar{x} \pm SD$)

Nhóm	n	Thời gian đáp ứng (giây)				
		Trước NC	Sau tiêm 01 giờ	Sau tiêm 04 giờ	Sau tiêm 24 giờ	Sau tiêm 48 giờ
NMSL	10	10.46 ± 2.77	$4.82 \pm 1.57^*$	$5.23 \pm 1.48^{*\Delta}$	$5.90 \pm 1.66^{*\Delta}$	$6.17 \pm 1.26^{*\Delta}$

Indomethacine	10	11.40±3.71	7.90±2.58	8.75±2.82	9.80±2.92	9.85±2.92
Tứ vật đào hồng thang	10	11.05±3.02	4.18±1.43*	7.90±1.39	8.70±2.06	9.90±2.14

Chú thích: *: $p < 0,05$ khi so với nhóm dùng Indomethacine tại cùng thời điểm;

^Δ: $p < 0,05$ khi so sánh với nhóm uống Tứ vật đào hồng thang tại cùng thời điểm.

Nhận xét: thời gian đáp ứng với phản ứng đau của các chuột thời điểm trước khi tiến hành nghiên cứu là tương đương ($p > 0,05$). Thời gian đáp ứng với phản ứng đau của chuột ở nhóm uống bài thuốc Tứ vật đào hồng thang tại thời điểm 1 giờ sau tiêm dung dịch MSU khớp cổ chân ngắn hơn so với nhóm chuột uống Indomethacine ($p < 0,05$). Tuy nhiên tại các thời điểm 4 giờ, 24 giờ và 48 giờ sau tiêm, thời gian đáp ứng với phản ứng đau của chuột ở nhóm uống bài thuốc Tứ vật đào hồng thang tương đương nhóm chuột uống Indomethacine ($p > 0,05$).

3.3. Kết quả đánh giá tác dụng chống viêm cấp trên mô hình gây phù viêm chân chuột cống

Bảng 3. Mức độ tăng thể tích phù chân chuột ($\bar{x} \pm SD$)

Nhóm chuột	n	Mức độ tăng thể tích (%)				
		Sau tiêm 01 giờ	Sau tiêm 04 giờ	Sau tiêm 08 giờ	Sau tiêm 24 giờ	Sau tiêm 48 giờ
NMSL	10	35.06±10.85 ^Δ	34.55±10.86 ^Δ	34.97±13.52 ^Δ	26.67±13.67 ^Δ	9.63±5.64 ^Δ
Indomethacin	10	19.72±7.50	14.93±6.92	12.21±6.48	10.81±7.36	3.46±3.78
Tứ vật đào hồng thang	10	27.26±6.99*	13.11±5.34	6.94±2.71*	4.38±1.53*	2.14±0.81

Chú thích: *: $p < 0,05$ khi so với nhóm dùng Indomethacine tại cùng thời điểm.

^Δ: $p < 0,05$ khi so sánh với nhóm uống Tứ vật đào hồng thang tại cùng thời điểm.

Nhận xét: mức độ tăng thể tích phù chân chuột cống trắng trên mô hình gây phù viêm cấp ở các nhóm chuột nghiên cứu đều có xu hướng giảm dần trong thời gian theo dõi 48 giờ của thực nghiệm. Từ thời điểm 1 giờ tới 48 giờ sau tiêm dung dịch MSU khớp cổ chân chuột, thể tích phù chân chuột ở nhóm đối chứng âm uống NMSL đều tăng so với nhóm đối chứng dương uống Indomethacine và nhóm uống bài thuốc Tứ vật đào hồng thang ($p < 0,05$). Thể tích phù chân chuột ở nhóm uống bài thuốc Tứ vật đào hồng thang tương đương nhóm đối chứng dương uống Indomethacine tại thời điểm 4 giờ và 48 giờ sau tiêm ($p > 0,05$).

3.4. Kết quả xét nghiệm AU máu

Bảng 4. Kết quả xét nghiệm axit uric máu của các nhóm chuột ($\bar{x} \pm SD$)

Nhóm chuột	Số lượng	AU ($\mu\text{mol/l}$)		
		Trước NC	Sau tiêm 1 giờ	Sau tiêm 24 giờ
NMSL	10	55.62±6.36	137.19±19.78 ^Δ	59.88±6.32
Allopurinol	10	52.34±5.35	75.73±7.38	54.63±5.02
Tứ vật đào hồng thang	10	56.33±8.74	79.91±7.09	59.93±9.18

Chú thích: *: $p < 0,05$ khi so với nhóm dùng Allopurinol tại cùng thời điểm.

^Δ: $p < 0,05$ khi so sánh với nhóm uống Tứ vật đào hồng thang tại cùng thời điểm.

Nhận xét: nồng độ AU máu ở tất cả các nhóm chuột nghiên cứu có xu hướng tăng cao tại thời điểm 1 giờ sau tiêm dung dịch MSU khớp cổ chân chuột. Nồng độ AU máu ở nhóm chuột uống thuốc đối chứng dương Allopurinol và nhóm chuột uống bài thuốc cổ phương Tứ vật đào hồng thang tại thời điểm 1 giờ sau tiêm là tương đương và thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm đối chứng uống NMSL ($p < 0,05$). Sau 24 giờ theo dõi, nồng độ AU máu ở tất cả các nhóm chuột nghiên cứu không khác biệt với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong thực nghiệm này chúng tôi đã sử dụng phương pháp tiêm phúc mạc dung dịch axit oxonic và tiêm dung dịch MSU vào khớp cổ chân để gây nên tình trạng tăng AU máu và cơn gút cấp trên chuột cống trắng.

Về phương diện Y học cổ truyền, các y gia qua các thời đại đã có nhiều những luận thuyết

đối với bệnh lý thống phong. Chức năng tạng phủ suy giảm, chính khí hư, đã làm cho quá trình chuyển hóa bị rối loạn, đàm ẩm nội sinh. Đàm ẩm sinh ra sẽ theo khí lưu hành trong lòng mạch, lâu ngày ngưng đọng lại thành trọc độc [1]. Sách "Cảnh nhạ toàn thư" cho rằng nguyên nhân gây ra thống phong là do "ứ trọc ngưng tụ" và chỉ rõ chứng phong tý mà ngày nay gọi là thống phong có nguyên nhân là do bế, tắc, khí

huyết bị tà bít lại, không thông hành được gây nên. Đối với mô hình gây bệnh mà chúng tôi thực hiện, việc tiêm phúc mạc dung dịch axit oxonic và tiêm dung dịch MSU vào khớp cổ chân chuột có thể coi là nhân tố đóng vai trò như sự xâm nhập của tà độc làm bế tắc kinh mạch, cản trở sự lưu thông khí huyết, từ đó gây ra huyết ứ.

Với chứng huyết ứ, điều trị phải dùng thuốc hoạt huyết hóa ứ để khơi thông chỗ bế tắc, lưu thông khí huyết. "Tứ vật đào hồng thang" được xây dựng trên cơ sở bài thuốc "Tứ vật thang" gia thêm Đào nhân, Hồng hoa. Trong đó "Tứ vật thang" là bài cơ bản để dưỡng huyết, hoạt huyết, Đào nhân và Hồng hoa là 2 vị thuốc chủ yếu có tác dụng hoạt huyết, tán ứ. Vì thế Tứ vật đào hồng thang là bài thuốc có hoạt, có dưỡng, vừa hoá ứ vừa sinh huyết mới [1], [2].

Kết quả nghiên cứu thu được tại bảng 2, bảng 3 cho thấy thời gian đáp ứng với phản ứng đau của chuột nhóm uống bài thuốc Tứ vật đào hồng thang kém hơn so với nhóm chuột đối chứng dương uống thuốc chống viêm giảm đau Indomethacin tại thời điểm 1 giờ sau tiêm dung dịch MSU khớp cổ chân chuột ($p < 0,05$). Tại các thời điểm 4 giờ, 24 giờ và 48 giờ sau tiêm dung dịch MSU, thời gian đáp ứng với phản ứng đau của chuột nhóm uống bài thuốc Tứ vật đào hồng thang đã tăng từ 7.90 ± 1.39 (giây) lên 9.90 ± 2.14 (giây), tương đương với nhóm chuột đối chứng dương ($p > 0,05$). Thể tích phù chân chuột cống trắng trên mô hình gây phù viêm cấp của chuột nhóm uống bài thuốc Tứ vật đào hồng thang đã giảm từ $27.26 \pm 6.99\%$ sau tiêm 1 giờ xuống còn $2.14 \pm 0.81\%$ sau tiêm 24 giờ, thấp hơn có ý nghĩa so với chuột nhóm đối chứng âm uống NMSL và tương đương với nhóm chuột đối chứng dương uống Indomethacin ($p > 0,05$). Kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu về tác dụng chống viêm của từng vị thuốc riêng rẽ và tác dụng của các bài thuốc "hoạt huyết" theo được lý học hiện đại, trong thành phần bài thuốc Tứ vật đào hồng thang có nhiều (5/6) vị thuốc có hoạt chất β sitosterol và daucosterol có tác dụng chống viêm giảm đau rất tốt [1],[2], Đào nhân có tác dụng ức chế kết tập tiểu cầu, kháng viêm [5],[6]. Trên lâm sàng, kết quả nghiên cứu tại bảng 1 cho thấy mức độ cải thiện trạng thái vận động của nhóm chuột được uống bài thuốc Tứ vật đào hồng thang đã giảm từ 4.30 ± 1.25 điểm xuống 1.50 ± 0.71 điểm, tương đương nhóm chuột đối chứng dương uống Indomethacin ($p > 0,05$). Như vậy, có thể nhận định bài thuốc Tứ vật đào hồng thang đã thể hiện tác dụng chống viêm giảm đau.

Về tác dụng hạ AU máu, kết quả bảng 4 cho thấy, nồng độ AU máu ở nhóm chuột dùng bài thuốc Tứ vật đào hồng thang tương đương nhóm đối chứng dương uống Allopurinol tại thời điểm sau 1 giờ sau tiêm dung dịch MSU khớp cổ chân và dần trở về ngưỡng bình thường sau 24 giờ. Nồng độ AU giảm dần về bình thường sau 24 giờ thực nghiệm có thể do trong cơ thể động vật có vú đã có sẵn men urate oxydase có tác dụng thúc đẩy quá trình phân giải AU từ đó bài xuất ra khỏi cơ thể, kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu đã được thực hiện trước đây của chúng tôi [7]. Kết quả này có thể giúp gợi ý tới một số cơ chế tác dụng hạ AU máu của bài thuốc theo Y học hiện đại như sau: bài thuốc có tác dụng hạn chế quá trình đông máu trong lòng mạch, do đó đã làm tăng lưu lượng và chất lượng dòng máu đến các tổ chức mô, khôi phục lại khả năng cung cấp oxy cho tổ chức mô của máu, lập lại cân bằng trong chuyển hoá năng lượng, giảm lượng tổng hợp AU do rối loạn chuyển hoá gây ra; bài thuốc làm tăng khả năng hoạt hoá của các enzym phân huỷ AU, tăng lượng máu đến thận, từ đó làm tăng quá trình thải AU qua thận.

V. KẾT LUẬN

1. Bài thuốc Tứ vật đào hồng thang có tác dụng làm giảm axit uric trên mô hình chuột cống trắng thực nghiệm gây tăng axit uric cấp.
2. Bài thuốc Tứ vật đào hồng thang có tác dụng chống viêm giảm đau trên mô hình thực nghiệm động vật, cụ thể làm tăng ngưỡng phản ứng đau; tác dụng giảm phù bàn chân chuột; cải thiện tình trạng vận động của chuột tương đương nhóm dùng thuốc đối chứng chống viêm giảm đau Indomethacin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Minh Hà (2011). *Thông phong (bệnh gút), Đông - Tây y chẩn đoán và điều trị*, NXB Y học, Hà Nội.
2. 段富津 (2002). *方剂学*, 上海科学技术出版社, 上海. Đoạn Phú Tân (2002). *Phương tễ học*. Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật Thương Hải.
3. 李元建 (2003). *医学研究方法*, 人民卫生出版社, 北京. Lý Nguyên Kiến (2003). *Phương pháp nghiên cứu trong y học*. Nhà xuất bản Y học - Bắc kinh.
4. Walker K.M, Urban L (2003). The VR1 Antagonist Capsazepine Reverses Mechanical Hyperalgesia in Models of Inflammatory and Neuropathic Pain. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics (JPET)*, 304 (1), 56-62.
5. 王雄君, 李洁 (1998). 桃仁抑制 血小板聚集作用的研究. *活血化瘀研究*, 210-212. Vương Hùng Quân, Lý Kiệt (1998). Nghiên cứu tác dụng ức chế kết tập tiểu cầu của Đào nhân. *Tạp chí nghiên cứu hoạt huyết hóa ứ*, 210-212.

6. 姜春华 (1990). 新编活血化瘀研究, 上海中医药出版社, 上海. Khương Xuân Hoa. Nghiên cứu hoạt huyết hóa ứ tân biên (1990), Nhà xuất bản Trường Đại học Trung y dược Thượng Hải.
7. Nguyễn Vinh Quốc, Nguyễn Minh Hà (2013). Mô hình gây viêm khớp gút cải tiến trên động vật thực nghiệm. *Tạp chí Y học thực hành*, 7, 16-19.

NGHIÊN CỨU HOẠT TÍNH ANDROGEN CỦA RỄ CÂY CÔNGSÊLÊN (*PRISMATOMERIS MEMECYCLOIDES*) TRÊN CHUỘT CỐNG ĐỰC

Nguyễn Mạnh Cường¹, Trần Thu Hương¹,
Phạm Ngọc Khanh¹, Tô Đạo Cường¹, Đậu Thùy Dương²,
Trần Quỳnh Trang², Nguyễn Trần Thị Giáng Hương²

TÓM TẮT

Mục tiêu và Phương pháp: Cây Côngsêlên (*Prismatomeris memecycloides*) là cây thuốc được đồng bào dân tộc tỉnh Sơn La dùng để điều trị thiếu năng sinh dục nam. Trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá hoạt tính androgen của 4 mẫu (cao nước – PMW, cao EtOH 70% - PME, phân đoạn PM1 và PM2 của cao EtOH 70%) của rễ cây Côngsêlên bằng phương pháp Hershberger trên chuột cống đực non thiếu và không thiếu. **Kết quả:** Trên mô hình chuột cống đực non thiếu cho thấy: cao nước – PMW không thể hiện hoạt tính androgen ở liều 210- 630mg/kg/ngày, cao EtOH 70%-PME không thể hiện hoạt tính androgen ở liều 210mg/kg/ngày, có hoạt tính androgen ở liều 630mg/kg/ngày; phân đoạn PM1 và PM2 của cao EtOH 70% có hoạt tính androgen ở liều 150 -750mg/kg/ngày. Phân đoạn PM2 thể hiện hoạt tính androgen mạnh nhất trong bốn mẫu nghiên cứu thông qua việc làm tăng khối lượng cơ quan sinh dục phụ và tăng nồng độ testosterone trong mẫu ở cả 2 liều nghiên cứu ($p<0,05$). **Kết luận:** Các mẫu cao EtOH 70% (PME) ở liều 630mg/kg/ngày, phân đoạn PM1 và PM2 ở hai liều nghiên cứu 150-750mg/kg/ngày có hoạt tính androgen trên mô hình chuột cống đực non thiếu.

Từ khóa: androgen, Hershberger, *Prismatomeris memecycloides*

SUMMARY

STUDY ON THE ANDROGENIC PROPERTIES OF THE ROOT OF *PRISMATOMERIS* *MEMECYCLOIDES* ON MALE RATS

Aims and Methods: *Prismatomeris memecycloides* Craib (Rubiaceae) is a medicinal plant traditionally used by ethnic minorities in Vietnam for the treatment of erectile dysfunction (ED). Androgenic activities of the roots of *P. memecycloides* were evaluated by the Hershberger bioassay in the castrated and immature male rats. **Results:** Within the dose range of 210-630 mg/kg/day, the aqueous decoction and the ethanol 70% extract of the root of *P. memecycloides* were studied. The result indicated that the ethanol 70% extract at the dose of 630 mg/kg/day presented the androgen activity in castrated rats. Furthermore, the

other study with the dose range of 150; 750 mg/kg/day, two fractions PM1 and PM2 of the ethanol 70% extract were tested for their androgen activity in the both castrated and immature male rats. The fraction PM1 and PM2 possessed androgenic activities in castrated rats but not in immature male rats. Especially, the fractions PM2 had significantly increased the weight of male accessory sex organs and serum testosterone level in comparison with the control group ($p<0,05$). **In conclusion:** The products (PME, PM1, PM2) from ethanol 70% extract *P. memecycloides* presented the androgen activity in castrated rats.

Key word: androgen, hershberger bioassay, *Prismatomeris memecycloides*.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Androgen là hormon sinh dục nam, gây biệt hoá giới tính, có tác dụng gây nam hoá và tăng chuyển hoá. Nó cần thiết để hình thành và duy trì đặc tính sinh dục nam thứ phát, ảnh hưởng trực tiếp đến hoạt động tình dục và gián tiếp đến khả năng sinh sản. Vì vậy, trong việc thử nghiệm phát hiện thuốc có tác dụng lên chức năng sinh sản nam thì đánh giá hoạt tính androgen là bước quan trọng để đánh giá tác dụng của thuốc. Hiện nay, phương pháp thường qui dùng đánh giá hoạt tính androgen là phương pháp Hershberger trên hai mô hình chuột cống đực non thiếu (OECD 441) và chuột cống đực non không thiếu (OECD 115) [1, 2]. *Prismatomeris memecycloides* Craib. (tên thường gọi là "Côngsêlên") là cây thuốc được sử dụng khá phổ biến trong bài thuốc dân tộc của đồng bào Thái, H'Mong, Mường ở vùng núi phía Bắc như Sơn La, Lai Châu, Hòa Bình Việt Nam để điều trị thiếu năng sinh dục nam và nâng cao sức khoẻ. Cây Côngsêlên lần đầu tiên được BS. Phạm Xuân Khu nghiên cứu và phát hiện cao chiết rễ cây có tác dụng tăng testosterone trên chuột đực thiếu, có tác dụng điều trị rối loạn cương dương trên lâm sàng [5-6]. Cho tới nay, chưa có đánh giá nào về tác dụng androgen của loài *Prismatomeris memecycloides* trên động vật. Trong bài báo này chúng tôi đánh giá tác dụng androgen của một số cao chiết và phân đoạn từ rễ cây *P. memecycloides*, nhằm xác định khả năng hỗ trợ điều trị bệnh thiếu năng sinh dục nam của loài cây này.

¹Viện Hàn lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Cường

Email: nmcuong_inpc@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 25.8.2017

Ngày phản biện khoa học: 31.10.2017

Ngày duyệt bài: 6.11.2017

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Rễ cây Côngsêlên (*P. memecycloides*) được thu ở xã Chiềng An, tỉnh Sơn La. Mẫu được thu hái vào tháng 3/2015 và tên cây do nhà thực vật Ngô Văn Trại – Viện Dược liệu giám định tên khoa học. Tiến hành ngâm chiết rễ cây *P. memecycloides* bằng dung môi EtOH 70° ở nhiệt độ thường và đun với nước sôi, thu được cao chiết EtOH 70°(PME) và cao nước (PMW). Tiếp tục tiến hành chiết phân đoạn cao EtOH 70° (PME) thu được phân đoạn PM1 và phân đoạn PM2.

2.2. Động vật thí nghiệm: Chuột cống trắng chủng Wister, đực non, khỏe mạnh, do Học viện Quân y cung cấp. Các chuột non được nuôi từ 20 đến 34 ngày tuổi với chuột không thiên nghiên cứu hoạt tính androgen trên chuột và từ 42 đến 50 ngày tuổi với chuột non thiên. Trước và trong suốt quá trình nghiên cứu, chuột được uống nước tự do và được nuôi bằng thức ăn chuẩn do Viện Vệ sinh dịch tễ trung ương cung cấp.

2.3 Mô hình nghiên cứu đánh giá hoạt tính androgen

2.3.1. Phương pháp hoạt tính androgen trên mô hình chuột cống đực non thiên:

Nghiên cứu được tiến hành theo hướng dẫn OECD 441 (2006) [1]. Chuột cống đực non được nuôi ổn định trong môi trường phòng thí nghiệm trong 5 ngày. Chia chuột ngẫu nhiên thành 7 lô như sau: + Lô 1: uống nước với thể tích 10 ml/kg/ngày; + Lô 2 (mô hình thiên): uống nước với thể tích 10ml/kg/ngày; + Lô 3: tiêm dưới da da đùi dung dịch testosterone propionat với liều 0,4mg/kg/ngày; + Lô 4: uống mẫu PMW liều 210 mg/kg/ngày; + Lô 5: uống mẫu PMW liều 630 mg/kg/ngày; + Lô 6: uống mẫu PME liều 210 mg/kg/ngày; + Lô 7: uống mẫu PME liều 630 mg/kg /ngày. Chuột được dùng thuốc trong vòng 10 ngày liên tục. Đến ngày thứ 11, cân trọng lượng chuột, sau đó, giết chuột. Lấy máu chuột, định lượng testosterone. Bóc tách các cơ quan sinh dục phụ bao gồm: túi tinh, tuyến Cowper, cơ nâng hậu môn, tuyến tiền liệt, đầu dương vật. Sau đó cân ngay trên cân phân tích, riêng túi tinh được ép nhẹ cho hết tinh dịch rồi mới cân.

Kết quả được tính theo trọng lượng cơ quan sinh dục phụ (mg)/100 g trọng lượng cơ thể chuột. Thí nghiệm được tiến hành tương tự với mẫu PM1 ở liều 150mg/kg/ngày, 750mg/kg/ngày và PM2 ở liều 150mg/kg/ngày, 750mg/kg/ngày.

2.3.2. Phương pháp nghiên cứu hoạt tính androgen trên mô hình chuột cống đực non không thiên:

Nghiên cứu được tiến hành theo hướng dẫn OECD 115 (2009)[2]. Chuột cống đực non 20 đến 34 ngày tuổi được nuôi ổn định trong môi trường phòng thí nghiệm trong 5 ngày. Chia chuột ngẫu nhiên thành 6 lô. Chuột được cho dùng thuốc thử hoặc nước mỗi ngày 1 lần vào buổi sáng, trong 10 ngày như sau: + Lô 1: uống nước với thể tích 10 ml/kg /ngày; + Lô 2: tiêm dưới da da đùi dung dịch testosterone propionat với liều 1,0 mg/kg/ngày; + Lô 3: uống PMW liều 210 mg/kg/ngày; + Lô 4: uống PMW liều 630 mg/kg/ngày; + Lô 5: uống PME liều 210 mg/kg/ngày; + Lô 6: uống PME liều 630 mg/kg/ngày. Đến ngày thứ 11, cân trọng lượng chuột, sau đó, giết chuột. Lấy máu chuột, định lượng testosterone. Bóc tách các cơ quan sinh dục tinh hoàn, túi tinh, tuyến Cowper, tuyến tiền liệt, mào tinh hoàn, cơ nâng hậu môn – hành hang. Sau đó, cân từng cơ quan, riêng túi tinh được ép nhẹ cho hết tinh dịch rồi cân. Kết quả được tính theo trọng lượng cơ quan (mg)/100 g trọng lượng cơ thể chuột. So sánh giữa các lô với nhau. Thí nghiệm được tiến hành tương tự với hai mẫu PM1 ở liều 150mg/kg/ngày, 750mg/kg /ngày và PM2 ở liều 150mg/kg/ngày, 750mg/kg /ngày.

2.3.3. Phương pháp xử lý số liệu: Dữ liệu được lưu trữ và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0 và được biểu diễn dưới dạng giá trị trung bình $\pm$ sai số chuẩn ($M \pm SE$). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

3.1. Kết quả xác định hoạt tính androgen của mẫu PMW và PME trên mô hình chuột cống đực non thiên:

Cao nước (PMW) và cao EtOH 70° (PME) được thử nghiệm hoạt tính androgen trên hai mô hình chuột cống đực non thiên. Kết quả được trình bày tại bảng 1.

Bảng 1: Kết quả thử hoạt tính androgen của PMW và PME trên chuột cống đực non thiên

Ký hiệu mẫu	Trọng lượng cơ quan sinh dục mg/100 g trọng lượng					testosterone nmol/l
	túi tinh	tuyến tiền liệt	đầu dương vật	tuyến cowper	cơ nâng hậu môn	
Lô 1: Đối chứng sinh	26,00 $\pm$	22,23 $\pm$	32,51 $\pm$	7,31 $\pm$	69,87 $\pm$	1,40 $\pm$

học	2,64	2,64	2,90	0,82	6,15	0,51
Lô 2: Chứng mô hình	7,31 ± 0,74	8,20 ± 0,94	21,48 ± 1,73	1,87 ± 0,16	45,20 ± 2,79	0,13 ± 0,02
p ₂₋₁	< 0,001	< 0,001	< 0,01	< 0,001	< 0,001	< 0,01
Lô 3: testosterone-0.4mg/kg/ngày	82,42 ± 12,82	36,41 ± 4,16	42,24 ± 1,33	10,98 ± 1,81	139,64 ± 9,56	3,32 ± 0,38
p ₃₋₂	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Lô 4: PMW-210mg/kg/ngày	8,32 ± 1,84	9,12 ± 1,63	21,49 ± 2,20	1,91 ± 0,07	38,35 ± 4,74	0,14 ± 0,02
p ₄₋₂	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Lô 5: PMW-630mg/kg/ngày	9,95 ± 1,79	8,97 ± 1,01	22,40 ± 1,41	1,62 ± 0,19	37,93 ± 3,37	0,16 ± 0,02
p ₅₋₂	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Lô 6: PME-210mg/kg/ngày	7,20 ± 1,07	8,97 ± 1,01	19,41 ± 0,88	1,96 ± 0,32	42,95 ± 3,25	0,10 ± 0,01
p ₆₋₂	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Lô 7: PME -630mg/kg/ngày	28,74 ± 4,03	7,64 ± 1,11	20,91 ± 1,30	2,12 ± 0,25	48,51 ± 4,53	0,24 ± 0,05
p ₇₋₂	< 0,001	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Kết quả cho thấy với liều thử nghiệm 210 mg/kg/ngày và 630 mg/kg/ngày, mẫu cao nước (PMW) chưa thể hiện hoạt tính androgen, mẫu cao EtOH 70^o (PME) không có hoạt tính androgen ở liều 210mg/kg/ngày và có thể hiện hoạt tính androgen ở liều 630mg/kg/ngày. Ở liều 630mg/kg/ngày mẫu PME làm tăng rõ rệt trọng lượng túi tinh (p<0,001), trọng lượng tuyến cowper (p>0,05), và có xu hướng tăng nồng độ testosterone trong máu (p>0,05).

3.2. Kết quả xác định hoạt tính androgen của mẫu PMW và PME trên mô hình chuột cống đực non không thiến

Bảng 2: Kết quả thử hoạt tính androgen của PMW và PME trên chuột cống đực non không thiến

Ký hiệu mẫu	Trọng lượng cơ quan sinh dục mg/100 g trọng lượng						testosterone nmol/l
	túi tinh	tuyến tiền liệt	tuyến cowper	cơ năng hậu môn	mào tinh	tinh hoàn	
Lô 1: chứng sinh học	19,27 ± 1,31	21,77 ± 1,49	6,09 ± 0,80	60,82 ± 4,50	115,23 ± 10,35	552,68 ± 121,80	0,30 ± 0,12
Lô 2: testosterone 1mg/kg/ngày	156,19 ± 22,30	74,41 ± 10,32	20,28 ± 1,82	234,44 ± 19,30	269,77 ± 28,77	1348,83 ± 143,87	2,31 ± 0,38
p ₂₋₁	< 0,001	< 0,001	< 0,01	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,01
Lô 3: PMW -210 mg/kg/ngày	21,44 ± 2,14	21,54 ± 2,83	6,85 ± 1,00	63,52 ± 5,56	119,93 ± 15,48	568,36 ± 51,03	0,31 ± 0,12
p ₃₋₁	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Lô 4: PMW- 630 mg/kg/ngày	20,33 ± 2,39	19,31 ± 2,11	6,52 ± 0,62	64,31 ± 6,65	116,78 ± 14,48	579,88 ± 65,53	0,16 ± 0,02
p ₄₋₁	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Lô 5: PME -210 mg/kg/ngày	23,83 ± 2,99	24,08 ± 2,98	6,06 ± 0,65	65,52 ± 6,78	121,05 ± 15,10	528,83 ± 60,10	0,18 ± 0,03
p ₅₋₁	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Lô 6: PME -630 mg/kg/ngày	22,50 ± 3,45	25,76 ± 3,74	6,56 ± 0,47	64,76 ± 5,57	120,99 ± 10,29	573,80 ± 52,63	0,22 ± 0,06
p ₆₋₁	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Kết quả xác định hoạt tính androgen trên mô hình chuột cống đực non không thiến (Bảng 2) cho thấy, hai mẫu cao nước (PMW), cao EtOH 70^o (PME) ở liều thử nghiệm (210 mg/kg/ngày, 630mg/kg/ngày) không thể hiện hoạt tính androgen.

3.3. Kết quả xác định hoạt tính androgen của mẫu PM1 và PM2 trên mô hình chuột cống đực non thiến

Hai mẫu phân đoạn PM1 và PM2 được tách chiết ra từ cao EtOH 70⁰ (PME) được thử nghiệm hoạt tính androgen trên mô hình chuột cống đực non thuần. Kết quả ở bảng 3:

Bảng 3: Kết quả thử hoạt tính androgen của mẫu PM1 và PM2 trên mô hình chuột cống đực non thuần

Ký hiệu mẫu	Trọng lượng cơ quan sinh dục mg/100g trọng lượng					testosterone nmol/l
	túi tinh	tuyến tiền liệt	đầu dương vật	tuyến Cowper	cơ nang hậu môn	
Lô 1: Đối chứng sinh học	6,54 ± 0,97	7,04 ± 1,69	22,0 ± 2,05	0,97 ± 0,34	32,86 ± 3,67	0,98 ± 0,26
Lô 2: Chứng mô hình	1,95 ± 0,15	1,78 ± 0,13	16,28 ± 1,56	0,25 ± 0,02	18,43 ± 1,29	0,14 ± 0,04
p ₂₋₁	< 0,001	< 0,01	< 0,05	< 0,05	< 0,01	< 0,01
Lô 3: testosterone 0.4mg/kg/ngày	87,41 ± 9,84	42,55 ± 4,78	62,27 ± 6,82	12,88 ± 1,69	151,20 ± 13,07	1,95 ± 0,33
p ₃₋₂	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Lô 4: PM1-150mg/kg/ngày	5,81 ± 0,49	5,43 ± 1,10	29,96 ± 8,48	0,94 ± 0,25	36,95 ± 6,62	0,23 ± 0,07
p ₄₋₂	< 0,001	< 0,01	> 0,05	< 0,01	< 0,01	> 0,05
Lô 5: PM1 - 750mg/kg/ngày	5,70 ± 0,74	4,12 ± 0,99	24,99 ± 2,58	1,13 ± 0,22	33,62 ± 4,14	0,26 ± 0,03
p ₅₋₂	< 0,01	< 0,05	< 0,05	< 0,01	< 0,01	< 0,05
Lô 6: PM2-150mg/kg/ngày	6,65 ± 0,77	5,98 ± 0,75	21,97 ± 2,33	1,64 ± 0,34	26,24 ± 4,72	0,41 ± 0,10
p ₆₋₂	< 0,001	< 0,001	> 0,05	< 0,01	> 0,05	< 0,05
Lô 7: PM2 - 750mg/kg/ngày	9,12 ± 1,64	8,96 ± 1,55	31,63 ± 2,75	2,39 ± 0,32	31,57 ± 4,59	0,77 ± 0,25
p ₇₋₂	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,05	< 0,05

Kết quả trên cho thấy: ở liều nghiên cứu 150mg/kg/ngày và 750mg/kg/ngày, phân đoạn PM1 và PM2 đều thể hiện hoạt tính androgen. Trong đó, phân đoạn PM2 làm tăng đáng kể khối lượng các cơ quan sinh dục phụ và nồng độ testosterone trong máu còn phân đoạn PM1 mới chỉ làm tăng khối lượng cơ quan sinh dục phụ chưa làm tăng đáng kể lượng testosterone trong máu ($p < 0,05$).

3. 4. Kết quả xác định hoạt tính androgen của mẫu PM1 và PM2 trên mô hình chuột cống đực non không thuần

Kết quả xác định hoạt tính androgen trên chuột cống đực non không thuần của các mẫu phân đoạn PM1 và PM2 được trình bày ở bảng 4.

Bảng 4: Kết quả xác định hoạt tính androgen của mẫu PM1 và PM2 trên mô hình chuột cống đực non không thuần

Ký hiệu mẫu	Trọng lượng cơ quan sinh dục mg/100 g trọng lượng						testosterone nmol/l
	túi tinh	tuyến tiền liệt	tuyến Cowper	cơ nang hậu môn	mào tinh	tinh hoàn	
Lô 1: chứng sinh học	19,24 ± 4,15	27,38 ± 3,96	5,12 ± 0,70	63,16 ± 11,84	162,77 ± 18,58	817,60 ± 147,39	0,20 ± 0,05
Lô 2: testosterone 1mg/kg/ngày	93,21 ± 9,03	59,25 ± 6,95	9,64 ± 1,39	103,56 ± 18,96	149,59 ± 15,92	440,07 ± 136,51	3,72 ± 0,78
p ₂₋₁	< 0,001	< 0,001	< 0,01	> 0,05	> 0,05	> 0,05	< 0,01
Lô 3: PM1-150 mg/kg/ngày	29,18 ± 7,79	25,78 ± 6,78	6,10 ± 1,66	67,10 ± 11,27	127,53 ± 25,51	935,48 ± 243,73	0,19 ± 0,04
p ₃₋₁	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Lô 4: PM1-750	16,61 ±	29,69 ±	7,79 ±	57,68 ±	121,60 ±	714,06 ±	0,14 ±

mg/kg/ngày	3,75	6,97	2,83	9,22	12,17	172,31	0,03
p ₄₋₁	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Lô 5: PM2-150 mg/kg/ngày	31,09 ± 14,05	19,20 ± 4,92	4,01 ± 1,37	81,56 ± 14,41	129,22 ± 30,82	873,81 ± 218,80	0,20 ± 0,04
p ₅₋₁	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Lô 6: PM2 750 mg/kg/ngày	24,52 ± 4,40	23,12 ± 5,29	4,11 ± 1,30	60,05 ± 16,78	128,20 ± 25,50	816,63 ± 177,79	0,25 ± 0,06
p ₆₋₁	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Kết quả được nêu trong bảng 4 cho thấy, hai mẫu thử nghiệm chưa thể hiện hoạt tính androgen trên mô hình chuột cống đực non không thiếu ở hai liều nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này đánh giá hoạt tính androgen của 2 mẫu cao chiết và 2 mẫu phân đoạn của rễ cây Công sêlên (*Prismatomeris memecycloides*) theo phương pháp Hershberger trên 2 mô hình chuột cống đực non thiếu và không thiếu. Các chỉ số nghiên cứu để đánh giá hoạt tính androgen là trọng lượng các cơ quan sinh dục phụ và nồng độ testosterone trong máu. Trong nghiên cứu này có thể thấy rõ ở các lô chuột dùng testosterone (lô chứng dương), trọng lượng các cơ quan sinh dục tăng rất rõ rệt trên cả chuột cống đực non thiếu và không thiếu.

Đánh giá hoạt tính androgen của mẫu nghiên cứu trên chuột cống đực non thiếu

Nghiên cứu này đánh giá hoạt tính androgen của rễ cây Côngsêlên bằng phương pháp Hershberger theo hướng dẫn của OECD 441 (2006). Thuốc thử được đánh giá là có hoạt tính androgen khi ít nhất 2 trong 5 cơ quan đích có trọng lượng tăng có ý nghĩa thống kê so với lô mô hình. Qua các thử nghiệm đánh giá hoạt tính androgen trên mô hình chuột cống đực cho thấy các sản phẩm từ cao EtOH 70^o (PME, PM1, PM2) từ rễ cây Côngsêlên (*P. memecycloides*) đều thể hiện hoạt tính androgen. Tuy nhiên, cao nước (PMW) đều chưa thể hiện hoạt tính androgen trên mô hình này. Cao EtOH 70^o thể hiện hoạt tính androgen phụ thuộc vào liều, ở liều thấp 210mg/kg/ngày không thể hiện hoạt tính androgen và chỉ có hoạt tính ở liều cao 630mg/kg/ngày. Đặc biệt, quá trình xử lý chiết phân đoạn từ cao EtOH 70^o đã tạo ra hai phân đoạn PM1 và PM2 có hoạt tính androgen mạnh hơn cao tổng EtOH 70^o. Trong đó, phân đoạn PM2 thể hiện hoạt tính androgen rõ rệt hơn phân đoạn PM1.

Đánh giá hoạt tính androgen của mẫu nghiên cứu trên chuột cống đực non không thiếu:

Kết quả nghiên cứu cho thấy cả 4 mẫu nghiên cứu đều không thể hiện hoạt tính androgen do chưa làm tăng trọng lượng các cơ quan sinh dục phụ bao gồm tinh hoàn, túi tinh,

tuyến Cowper, tuyến tiền liệt, mào tinh hoàn, cơ nâng hậu môn – hành hang; cũng như chưa làm tăng nồng độ testosterone trong máu.

V. KẾT LUẬN

Các mẫu cao chiết và phân đoạn của rễ cây Côngsêlên chưa thể hiện hoạt tính androgen trên mô hình chuột cống đực non không thiếu. Trên mô hình chuột cống đực non thiếu, ba mẫu cao EtOH 70^o (PME), phân đoạn PM1 và PM2 từ cao EtOH 70^o có thể hiện hoạt tính androgen và cao nước (PMW) chưa thể hiện hoạt tính trên mô hình này. Đặc biệt, phân đoạn PM2 thể hiện hoạt tính androgen rõ rệt thông qua làm tăng trọng lượng cơ quan sinh dục phụ và nồng độ testosterone trong máu. Đây là cơ sở để phát triển sản phẩm PM2 từ cao EtOH 70^o rễ cây Côngsêlên thành các dạng sản phẩm thực phẩm chức năng sau này trong việc hỗ trợ điều trị yếu sinh lý ở nam giới.

Lời cảm ơn: Nghiên cứu này được thực hiện nhờ sự hỗ trợ kinh phí từ đề tài độc lập trẻ cấp Viện hàn lâm Khoa học Việt Nam mã số: VAST.DLT.0/ 15-16.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **OECD 441 (2006)**, "OECD guidelines for the testing of chemicals: Hershberger Bioassay in Rats: A Short-term Screening Assay for (Anti)Androgenic Properties."
2. **OECD 115 (2009)**, "OECD guidelines for the testing of chemical: Hershberger Bioassay in Rats: A Short – term Screening Assay for (Anti) Androgenic Properties".
3. **N.H. Abdullah (2014)**, *Chemicals Constituents of Prismatomeris Malayana Ridley and Quantitative Structure Activity Relationship Study on Anti-inflammatory and Their Analogues*, (Doctoral thesis) University of Malaya, Kuala Lumpur
4. **T.T. Hường, N.N. Hiếu, V.T. Hà, N.V. Cường, T.Đ. Cường, N.T. Sơn, Đ.T. Văn, N.T. Nhân, P.N. Khanh, and N.M. Cường (2015)**, *Bước đầu nghiên cứu Thành phần hóa học rễ loài Côngsêlên (Prismatomeris memecycloides)*. Tạp chí Hóa học, 53(6e1,2): tr. 342-346.
5. **Phạm Hoàng Hộ (1999)**, *Cây cỏ Việt nam*, Nhà xuất bản Trẻ, Hồ Chí Minh, tập 3, tr.217

6. **N.X. Khu (2006)**, *Điều tra nghiên cứu tác dụng bài thuốc nam của dân tộc Thái tỉnh Sơn La điều trị thiếu năng sinh dục nam. Báo cáo khoa học 2005- 2006.*

TÁC DỤNG HẠ GLUCOSE MÁU CỦA GERANIIN TRÊN CHUỘT NHẮT ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2

Vũ Thị Ngọc Thanh¹, Nguyễn Thị Thanh Hà¹, Phạm Thị Vân Anh¹
Hoàng Thân Hoài Thu², Đỗ Quốc Hương³

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện nhằm: *Đánh giá tác dụng hạ glucose máu của geraniin trên chuột nhắt đái tháo đường typ 2*. Geraniin, một polyphenol, là thành phần chính có hoạt tính sinh học, được tách chiết từ vỏ quả chôm chôm (*Nephelium Lappaceum* L.). Nghiên cứu được thực hiện trên chuột nhắt ĐTĐ typ 2 gây bởi chế độ ăn béo 8 tuần kết hợp STZ. Các thuốc nghiên cứu gồm có: STZ tiêm màng bụng liều 100mg/kg thể trọng, gliclazid 80mg/kg thể trọng, geraniin 100mg/kg thể trọng, 300mg/kg thể trọng uống liên tục 2 tuần. Geraniin 100mg/kg có tác dụng hạ glucose máu trên chuột đái tháo đường sau 2 tuần uống thuốc ($p < 0,01$), geraniin 300mg/kg không thể hiện tác dụng này.

Từ khóa: chuột nhắt đái tháo đường typ 2, chế độ ăn béo, geraniin, STZ, glucose máu

SUMMARY

THE HYPOGLYCEMIC ACTION OF GERANIIN IN TYPE 2 DIABETIC MICE

The aim of this research was to investigate the hypoglycemic action of geraniin in type 2 diabetic mice. Geraniin, an ellagitannin, was identified as the major bioactive compound isolated from the *Nephelium lappaceum* L. rind extract. The research was conducted by combining high fat diet for 8 weeks and low dose STZ induced type 2 diabetes in mice. The chemicals used were STZ 100mg/kg bw i.p route, gliclazid 80mg/kg bw, geraniin 100mg/kg, 300mg/kg bw, oral route, during 2 weeks. Geraniin 100mg/kg bw had the glucose – lowering effect in type 2 diabetic mice for 2 weeks treatment ($p < 0,01$), geraniin 300mg/kg bw had no effect on blood glucose in type 2 diabetic mice.

Key words: type 2 diabetic mice, high fat diet, geraniin, STZ, blood glucose

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh rối loạn chuyển hóa mạn tính đặc trưng bởi nồng độ glucose máu tăng do thiếu insulin tuyệt đối hoặc tương đối. Các thuốc y học hiện đại có hiệu quả điều trị tốt nhưng lại gây nhiều tác dụng không

mong muốn và có nhiều chống chỉ định, chi phí cao. Một trong các hướng đi mới hiện nay là sử dụng chế phẩm có nguồn gốc y học cổ truyền, hạn chế được các tác dụng không mong muốn lại thích hợp cho điều trị kéo dài. Geraniin là tinh chất được phân lập từ vỏ quả chôm chôm (*Nephelium Lappaceum* L.), được đánh giá là nguồn nguyên liệu mới sử dụng trong điều trị bệnh tiểu đường typ 2 [1] [2] [3]. Đề tài được thực hiện nhằm mục tiêu: Đánh giá tác dụng hạ glucose máu của Geraniin trên chuột nhắt ĐTĐ typ 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Nguyên liệu dùng trong nghiên cứu là geraniin, tinh chất được phân lập từ vỏ quả chôm chôm (*Nephelium Lappaceum* L.), tại phòng thí nghiệm trọng điểm công nghệ lọc, hóa dầu, Bộ Công thương. Geraniin được sử dụng trong nghiên cứu với 2 liều: 100mg/kg và 300mg/kg.

Hóa chất, dụng cụ phục vụ nghiên cứu

- Hóa chất phục vụ nghiên cứu: Streptozotocin (STZ) lọ 1g của hãng Sigma-Aldrich, Singapore, Diamicon (gliclazid) viên nén 30mg do hãng Servier (France) sản xuất, kit đo triglycerid, HDL-C, cholesterol huyết thanh của hãng Hospitex Diagnostic (Italy) và hãng DIALAB GmbH (Áo), Kit định lượng glucose On Call Plus của hãng ACON Biotech, Mỹ, dung dịch đệm Citrat pH 4.5

- Máy thử đường huyết On Call EZII của hãng ACON Biotech, Mỹ

- Máy sinh hóa bán tự động XC-55 của hãng Chemistry Analyzer, Trung Quốc

2.3. Động vật thực nghiệm: Chuột nhắt trắng chủng *Swiss*, khỏe mạnh, giống đực, trọng lượng trung bình 25 ± 2 g do Viện Vệ sinh dịch tễ trung ương cung cấp. Động vật thực nghiệm được nuôi 7 ngày trước khi nghiên cứu và trong suốt thời gian nghiên cứu bằng thức ăn chuẩn, nước uống tự do.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành theo 2 bước:

***Gây mô hình ĐTĐ typ 2:** theo phương pháp của Fabiola và Srinivasan [4] [5].

Chuột được chia làm 2 nhóm. Tất cả chuột ở 2 nhóm được lấy máu đuôi, định lượng glucose máu lần 1 khi bắt đầu tham gia nghiên cứu (nhịn đói qua đêm). Chuột ở nhóm 1 được nuôi bằng

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Phòng Công nghệ Hóa học dầu

³Trường Đại học Y Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Hà

Email: hanguyen8676hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.10.2017

Ngày duyệt bài: 6.11.2017

chế độ ăn NFD (normal fat diet), chuột ở nhóm 2 được nuôi bằng chế độ HFD (high fat diet) trong 8 tuần liên tục. Sau 8 tuần, tất cả chuột được lấy máu đuôi, định lượng glucose máu lần 2 (nhìn đói qua đêm). Tiêm STZ liều 100mg/kg cho các chuột ở nhóm 2, riêng chuột ở nhóm 1 được tiêm dung dịch đệm citrat pH 4.5 là dung môi pha STZ. 72 giờ sau tiêm STZ và dung dịch đệm, định lượng glucose máu lần 3, chọn các chuột ở nhóm tiêm STZ bị đái tháo đường (có mức glucose lúc đói trên 10mmol/l) để tham gia nghiên cứu.

***Thử tác dụng hạ glucose máu của geraniin:** Chuột ở nhóm 1 được đưa vào lô 1 (lô chứng sinh học). Các chuột đạt tiêu chuẩn đái tháo đường ở nhóm 2 được chia thành 4 lô. Các lô thí nghiệm cụ thể như sau:

Lô 1 (n=10): uống nước cất

Lô 2 (n=10): uống nước cất

Lô 3 (n=10): uống gliclazid liều 80 mg/kg

Lô 4 (n=10): uống Geraniin liều 100mg/kg/ngày.

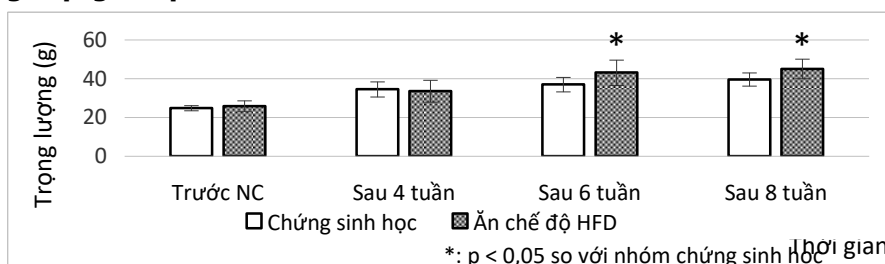
Lô 5 (n=10): uống Geraniin liều 300mg/kg/ngày.

Chuột lô 1 và 2 được uống nước cất liên tục trong 2 tuần. Chuột lô 3 đến 5 uống thuốc thử liên tục trong 2 tuần. Sau 2 tuần chuột được nhịn ăn qua đêm, lấy máu toàn phần từ đuôi chuột, tiến hành định lượng glucose máu, các chỉ số lipid máu tại các thời điểm to (chưa uống thuốc), t₁(sau 1 tuần uống thuốc), t_c (sau 2 tuần uống thuốc), đồng thời mổ chuột lấy gan, tụy để đánh giá cân nặng, đại thể, vi thể 30% số chuột mỗi lô.

2.4. Phân tích thống kê: Số liệu được nhập và xử lý bằng phương pháp và thuật toán thống kê y sinh học trên phần mềm Excel 2010, số liệu được biểu diễn dạng: $\bar{x} \pm SD$. Kiểm định các giá trị bằng t-test Student hoặc test Avant – Apres. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

3.1. Trọng lượng chuột sau 8 tuần nuôi béo



Biểu đồ 1. Trọng lượng của chuột qua các thời điểm

Biểu đồ 1 cho thấy: Sau 4 tuần, 6 tuần, 8 tuần trọng lượng chuột ở tất cả các lô đều tăng so với trước nghiên cứu. Trọng lượng của chuột ở lô ăn thức ăn giàu chất béo ở thời điểm sau 6 tuần và 8 tuần đã tăng rõ rệt so với lô chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2. Nồng độ glucose máu của chuột ĐTĐ typ 2

Bảng 1. Sự biến đổi nồng độ glucose máu của chuột ĐTĐ typ 2

Thời gian	Glucose máu (mmol/l) n = 10 ($\bar{X} \pm SD$)		P so với lô 1
	Chứng sinh học	Mô hình ĐTĐ typ 2	
Trước nghiên cứu	5,50 ± 0,87	5,99 ± 1,07	> 0,05
Sau 8 tuần	5,54 ± 0,37	5,20 ± 1,17	> 0,05
Sau tiêm STZ 72 ^h	4,91 ± 0,72	16,35 ± 5,95 ^(ΔΔΔ)	< 0,001

(ΔΔΔ): $p < 0,001$; p so với thời điểm sau 8 tuần

Nồng độ glucose máu ở tất cả các thời điểm nghiên cứu của chuột ở nhóm chứng sinh học thay đổi không có sự khác biệt. Sau khi ăn thức ăn giàu chất béo 8 tuần, nồng độ glucose máu của chuột ở nhóm mô hình chưa có sự khác biệt so với nồng độ glucose máu của chuột nhóm chứng ($p > 0,05$). Sau 72 giờ tiêm STZ, nồng độ glucose máu ở lô mô hình đã tăng cao rõ rệt so với lô chứng ($p < 0,001$).

3.3. Ảnh hưởng của thuốc thử lên nồng độ glucose máu của chuột ĐTĐ typ 2

Bảng 2. Ảnh hưởng của geraniin lên nồng độ glucose máu của chuột nhắt trắng ĐTĐ typ 2 sau 2 tuần uống thuốc

Lô chuột	Nồng độ glucose máu mmol/l ($\bar{X} \pm SD$)		
	T ₀	T ₁	T _c
Lô 1: Chứng sinh học	4,52 ± 0,44	5,12 ± 0,84	6,75 ± 1,12
Lô 2: Mô hình	15,53 ± 5,38***	18,10 ± 6,24***	17,99 ± 3,24***
Lô 3: Gliclazid 80mg/kg	14,55 ± 4,27***	17,31 ± 4,42***	15,11 ± 2,86***++

% giảm so với mô hình		4,4	16,0
Lô 4: Geraniin 100mg/kg	15,06 ± 5,35***	14,87 ± 4,27***	12,23 ± 3,14****
% giảm so với mô hình		17,8	32,0
Lô 5: Geraniin 300mg/kg	14,82 ± 3,99***	15,84 ± 6,87***	17,35 ± 5,74***
% giảm so với mô hình		12,5	3,6

***: $p < 0,001$ so với lô chứng sinh học, **: $p < 0,01$ so với lô mô hình

Geraniin liều 100mg/kg thể trọng chuột, uống liên tục trong 2 tuần có tác dụng làm hạ glucose máu rõ rệt ($p < 0,01$), geraniin liều 300mg/kg uống liên tục trong 2 tuần không thể hiện tác dụng hạ glucose máu so với lô mô hình ($p > 0,05$). Tác dụng của geraniin liều 100mg/kg tốt hơn so với gliclazid 80mg/kg ($p < 0,05$).

3.4. Ảnh hưởng của thuốc thử lên nồng độ lipid máu của chuột ĐTĐ typ 2

Bảng 3. Ảnh hưởng của geraniin lên nồng độ lipid máu của chuột nhắt trắng đái tháo đường typ 2 sau 2 tuần uống thuốc

Lô chuột	Nồng độ lipid máu mmol/l (X ± SD)			
	TC	TG	HDL-C	LDL-C
Lô 1: Chứng sinh học	2,16 ± 0,14	0,54 ± 0,08	1,67 ± 0,09	0,25 ± 0,11
Lô 2: Mô hình	2,67 ± 0,18***	0,66 ± 0,21	1,94 ± 0,13***	0,44 ± 0,16**
Lô 3: Gliclazid 80mg/kg	2,51 ± 0,26**	0,62 ± 0,11	2,03 ± 0,26***	0,19 ± 0,04*** +++
Lô 4: Geraniin 100mg/kg	2,59 ± 0,23***	0,61 ± 0,11	1,98 ± 0,17***	0,33 ± 0,13 ⁺
Lô 5: Geraniin 300mg/kg	2,83 ± 0,30***	0,76 ± 0,12***	2,11 ± 0,32***	0,38 ± 0,14*

*, **, ***: $p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$ so với lô chứng sinh học, +, +, +: $p < 0,05$, $p < 0,001$ so với lô mô hình

Nồng độ cholesterol máu toàn phần, LDL-C, HDL-C của chuột ở các lô có chế độ ăn giàu lipid tăng cao rõ rệt so với lô chứng ($p < 0,05$, $p < 0,01$ và $p < 0,001$). Gliclazid liều 80mg/kg và geraniin liều 100mg/kg uống liên tục trong 2 tuần làm giảm nồng độ LDL-C rõ rệt so với lô mô hình ($p < 0,05$ và $p < 0,001$) nhưng không có tác dụng điều chỉnh sự rối loạn nồng độ TC, TG, so với lô mô hình ($p > 0,05$). Geraniin liều 300mg/kg không thể hiện tác dụng điều chỉnh sự rối loạn

nồng độ TC, TG, LDL-C so với lô mô hình ($p > 0,05$).

3.2. Ảnh hưởng của thuốc thử lên cấu trúc gan, tụy của chuột ĐTĐ typ 2

Kết quả giải phẫu bệnh gan và tụy chuột sau 2 tuần uống thuốc: Ở các lô uống gliclazid 80mg/kg và geraniin liều 100mg/kg, gan có biểu hiện ít bị nhiễm mỡ hơn so với lô mô hình, ở lô uống geraniin liều 300mg/kg, gan chưa có sự cải thiện tình trạng nhiễm mỡ so với lô mô hình. Tụy ở các lô uống thuốc có sự hồi phục, đảo tụy nhiều tế bào, các cấu trúc tổn thương nhẹ hơn so với lô mô hình.

- Giải phẫu vi thể gan (HE x 400)



- Giải phẫu vi thể tụy (HE x 400)



IV. BÀN LUẬN

Chế độ ăn giàu chất béo kết hợp tiêm STZ liều thấp được sử dụng phổ biến trong các nghiên cứu để gây mô hình đái tháo đường typ 2 [4] [5]. Fructose là một loại đường đơn được

chuyển hóa chủ yếu tại gan để sinh năng lượng, sự dư thừa fructose sẽ làm tăng quá trình tổng hợp triglycerid tại gan, ảnh hưởng đến quá trình chuyển hóa glucose và lipid, giảm sự thu nhận và sử dụng glucose ở cơ vân dẫn đến tình trạng kháng insulin [4]. STZ liều thấp tiêm cho chuột

được nuôi bằng chế độ ăn giàu chất béo để gây phá hủy một phần tế bào beta của tụy, không phải phá hủy hoàn toàn. Mô hình này thích hợp cho nghiên cứu các thuốc có khả năng điều trị đái tháo đường không chỉ theo cơ chế tăng sự nhạy cảm của các cơ quan với insulin mà còn theo cơ chế kích thích giải phóng insulin.

Từ thời điểm sau 6 tuần, trọng lượng chuột ở nhóm ăn giàu chất béo tăng cân rõ rệt so với nhóm chứng ($p < 0,05$). Sau 8 tuần ăn béo, nồng độ glucose máu ở chuột chưa có sự thay đổi so với nhóm chứng sinh học, chỉ sau khi tiêm STZ liều 100mg/kg, nồng độ glucose máu mới tăng cao một cách rõ rệt. Nồng độ glucose máu không chỉ duy trì mà còn tăng cao sau 2 tuần tiêm STZ, từ đó có thể thấy tình trạng béo phì kháng insulin cao kết hợp STZ liều thấp gây ra sự tăng glucose máu từ từ và kéo dài. Kết quả này tương tự kết quả của các nghiên cứu trước đó [6] [7].

Bảng 2 cho thấy: Ở thời điểm 1 tuần sau khi uống thuốc thử, nồng độ glucose máu ở lô uống gliclazid 80mg/kg và các lô uống geraniin đều giảm nhưng sự giảm này chưa khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Đến thời điểm sau 2 tuần thì sự giảm glucose máu đã rõ rệt so với lô mô hình. Gliclazid 80mg/kg làm giảm nồng độ glucose máu 16% so với lô mô hình. Gliclazid là thuốc thuộc nhóm sulfonylure có cơ chế chính là kích thích tế bào β đảo tụy tiết insulin làm giảm nồng độ glucose máu. Chuột uống geraniin liều 100mg/kg sau 2 tuần có nồng độ glucose máu giảm một cách rõ rệt so với lô mô hình (giảm 32%), mạnh hơn khi so với gliclazid 80mg/kg ($p < 0,05$). Trong khi đó, geraniin liều 300mg/kg không thể hiện tác dụng này, mức giảm rất thấp, hầu như không đáng kể (giảm 3,6%), có thể thấy, tác dụng hạ glucose máu của geraniin không tỷ lệ thuận theo liều. Nghiên cứu của Subramaniam và cộng sự tiến hành đánh giá tác dụng hạ glucose máu của dịch chiết ethanol từ vỏ chôm chôm (có chứa $33,0 \pm 0,2$ mg geraniin/g dịch chiết) ở chuột cống được gây mô hình đái tháo đường typ 2 bằng chế độ ăn giàu chất béo kết hợp tiêm STZ liều thấp và nicotinamid, cho thấy, dịch chiết ethanol từ vỏ chôm chôm liều 2000mg/kg thể hiện tác dụng tốt nhất, liều này tương đương $66,0 \pm 0,4$ mg geraniin/kg thể trọng chuột cống [1]. Mức liều này cũng tương đương với geraniin 100mg/kg thể trọng chuột nhắt khi sử dụng hệ số ngoại suy với chuột cống là 8 và chuột nhắt là 12, hiện chưa thấy có nghiên cứu sử dụng liều geraniin cao hơn để so

sánh với liều 300mg/kg thể trọng chuột nhắt trong nghiên cứu này.

Nghiên cứu sâu hơn về cơ chế tác dụng của geraniin, một số tác giả đã công bố dịch chiết từ vỏ chôm chôm có tác dụng ức chế hoạt động của enzym alpha glucosidase, làm giảm hấp thu glucose ở ruột [1] [2], đồng thời geraniin cũng có khả năng ngăn chặn sự tạo thành các AGEs (advanced glycosylated end products) – sản phẩm glycat hóa bền vững, là các protein hoặc chất béo bị glycat hóa sau khi tiếp xúc với glucose, xuất hiện nhiều ở bệnh nhân tiểu đường, gây ra một loạt tổn thương cho hệ thần kinh, tim mạch, mắt, thận, từ đó, có tác dụng ngăn ngừa các biến chứng trên bệnh nhân tiểu đường [2] [3].

Sau 2 tuần uống thuốc, nồng độ TC, TG, LDL-C của lô chuột ĐTĐ typ 2 vẫn tăng cao rõ rệt so với lô chứng sinh học (bảng 3). Có sự liên quan mật thiết giữa bệnh đái tháo đường với tình trạng tăng lipid máu, giảm được nồng độ lipid máu sẽ có lợi cho bệnh nhân tiểu đường, đặc biệt giảm tình trạng béo phì và kháng insulin [4]. Trong nghiên cứu này, gliclazid 80mg/kg và geraniin liều 100mg/kg thể hiện tác dụng giảm LDL- C rõ so với lô mô hình, geraniin liều 300mg/kg có xu hướng làm giảm LDL- C nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Các thuốc thử đều không thể hiện tác dụng điều chỉnh nồng độ TC, TG, HDL - C so với lô mô hình. Tác dụng điều chỉnh lipid máu của geraniin vẫn chưa được khẳng định rõ ràng, nghiên cứu của Subramaniam trên chuột cống đái tháo đường typ 2 cho thấy dịch chiết ethanol từ vỏ chôm chôm liều 2000mg/kg không có tác dụng điều chỉnh nồng độ lipid máu [1]. Trong khi đó, một nghiên cứu khác của Muhtadi và cộng sự, đánh giá tác dụng điều chỉnh nồng độ lipid máu của dịch chiết vỏ chôm chôm liều 500mg/kg thể trọng chuột cống trên mô hình gây tăng lipid máu bằng PTU kết hợp chế độ ăn giàu chất béo, kết quả cho thấy thuốc thử có tác dụng làm giảm đáng kể nồng độ cholesterol toàn phần của chuột sau hai tuần uống thuốc liên tục. Như vậy, cần thiết phải tiến hành thêm các thử nghiệm để đánh giá chính xác tác dụng điều chỉnh rối loạn lipid máu của geraniin.

Cấu trúc gan, tụy của các lô uống gliclazid 80mg/kg, geraniin 100mg/kg cũng phục hồi tốt so với lô mô hình, riêng geraniin 300mg/kg chưa thể hiện được tác dụng phục hồi tế bào gan. Kết quả này phù hợp với sự giảm nồng độ glucose máu và LDL-C tương ứng của các thuốc thử, góp

phần cải thiện cấu trúc gan và giảm bớt gánh nặng cho tụy.

V. KẾT LUẬN

Geraniin liều 100mg/kg có tác dụng giảm nồng độ glucose máu trên chuột nhắt đái tháo đường typ 2, ngoài ra có tác dụng giảm nồng độ LDL-C và cải thiện cấu trúc gan, tụy chuột. Geraniin liều 300mg/kg chưa thể hiện tác dụng giảm nồng độ glucose máu, điều chỉnh rối loạn lipid máu và cải thiện cấu trúc gan, tụy trên chuột nhắt đái tháo đường typ 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shonia Subramaniam**, Ammu Radhakrishnan, Srikumar Chakravarthi et al (2015), Antihyperglycemic effects of *Nephelium lappaceum* rind extract in high fat-induced diabetic rats, *Intern J of Pharmacology*, **11(6)**, 542-551
2. **Uma Palanisamy**, Thamilaani Manaharan, Ling Lai Teng et al (2011), Rambutan rind in the management of hyperglycemia, *Food Research International*, **44(7)**, 2278-2282
3. **Uma D. Palanisamy**, Lai Teng Ling, Thamilaani Manaharan (2011), Rapid isolation of geraniin from *Nephelium lappaceum* rind waste and its anti-hyperglycemic activity, *Food Chemistry*, **127(1)**, 21-27.
4. **Rivera R.F., Escalona C.N.**, Garduno S.L. et al (2011), Antiobesity and hypoglycaemic effects of aqueous extract of *Ibervillea sonora* in mice fed a high fat diet with fructose, *Journal of Biomedicine and Biotechnology*, Epub 2011 Nov 17, doi: 10.1155/2011/968984.
5. **Srinivasan K., Ramarao P.** (2007), Animal models in type 2 diabetes research: An over view, *Indian Journal of Medicine Research*, **125**, 451 – 472.
6. **Nguyễn Thị Thanh Hà (2013)**, *Nghiên cứu độc tính và tác dụng hạ glucose máu của bài thuốc Bối mẫu qua lâu trên thực nghiệm*, Hà Nội, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Ji Hong Lian, Youqing X.**, Lei G. et al (2007), The use of High Fat/Carbohydrate Diet-Fed and Streptozotocin-Treated Mice as a Suitable Animal Model of Type 2 Diabetes Mellitus, *Scand. J. Lab. Anim. Sci.*, **34(1)**, pp21-29.

PHẪU THUẬT NỘI SOI MỘT VẾT MỔ QUA RỖN ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỤNG Ở TRẺ EM

Trần Ngọc Sơn*, Hoàng Văn Bảo*

Trần Văn Quyết*, Nguyễn Thị Hồng Vân*

TÓM TẮT

Mục đích: Giới thiệu kỹ thuật và báo cáo kết quả phẫu thuật nội soi một vết mổ qua rốn (PTNSMVMQR) điều trị thoát vị bẹn (TVB) ở trẻ em. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu trên loạt bệnh nhi (BN) bị TVB tại bệnh viện Xanh Pôn từ tháng 6 năm 2016 đến tháng 4 năm 2017. Chúng tôi đặt 2 trocar 3-5mm qua một vết mổ 10mm ở rốn. Ống phúc tinh mạc (OPTM) được khâu đóng kín tại lỗ bẹn sâu bằng chỉ không tiêu với kim xuyên từ ngoài da đi ngoài phúc mạc. **Kết quả:** Có 258 BN thuộc diện nghiên cứu, 71,7% trẻ nam, 28,3% trẻ nữ với tuổi trung vị 32 tháng (từ 1 tháng tới 12 tuổi). TVB bên phải gặp ở 48,4%, bên trái 46,1% và 2 bên 5,4%. Trong số 244 BN bị thoát vị bẹn 1 bên, trong mổ phát hiện thấy còn ống phúc tinh mạc bên đối diện ở 42,2%. Thời gian mổ trung vị là 21 phút cho OPTM 1 bên và 30 phút cho OPTM 2 bên. Theo dõi sau mổ 3-12 tháng, có 1,9% BN bị TVB tái phát. Kết quả thẩm mỹ là rất tốt, không BN nào còn thấy sẹo mổ. **Kết luận:** PTNSMVMQR có tính khả thi, an toàn, có khả năng kiểm tra xử lý được OPTM bên đối

diện và tính thẩm mỹ cao. Kỹ thuật này có thể là một lựa chọn mới trong điều trị TVB ở trẻ em.

SUMMARY

TRANS-UMBILICAL LAPAROENDOSCOPIC SINGLE SITE SURGERY FOR INGUINAL HERNIA IN CHILDREN

Objectives: To introduce our surgical technique and report the outcome of trans-umbilical laparo-endoscopic single site surgery (TULESS) for inguinal hernia in children. **Methods:** Prospective study was conducted on children with inguinal hernia at Saint Paul Hospital between June 2016 and April 2017. For TULESS, we used 2 trocars 3-5mm at a 10mm single umbilical incision. Processus vaginalis was closed at internal inguinal ring by percutaneous extraperitoneal needle with non-absorbable suture. **Results:** 258 patients were enrolled, 71.7% were boys and 28.3% - girls, with median age 32 months (ranged 1 month to 12 years). 48,4% of inguinal hernias were on the right side, 46,1% - on the left side and 5,4% - bilateral. In 244 patients with unilateral hernia, persistent contralateral processus vaginalis was noted in 42,2%. Median operative time was 21 minutes and 30 minutes for unilateral and bilateral PV closure. At follow up 3-12 months recurrent hernia occurred in 1.9%. Postoperative cosmesis was excellent as all patients were virtually scarless. **Conclusions:** TULESS for inguinal hernia in children is feasible, safe, with ability of management of persistent contralateral PV and with

*Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn, Hà nội
Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Sơn
Email: drtranson@yahoo.com
Ngày nhận bài: 28.8.2017
Ngày phản biện khoa học: 30.10.2017
Ngày duyệt bài: 6.11.2017

excellent postoperative cosmesis. This technique and can be a new choice in treatment of inguinal hernia in children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn (TVB) là một trong những bệnh lý ngoại khoa phổ biến nhất ở nhỏ và sự tồn tại của ống phúc tinh mạc (OPTM) là nguyên nhân chính gây nên bệnh lý này [1]. Nguyên tắc điều trị TVB ở trẻ em là đóng lại OPTM tại lỗ bẹn sâu [1]. Cho đến nay mổ mở đường bẹn đóng lại OPTM tại lỗ bẹn sâu vẫn là phương pháp kinh điển để điều trị TVB ở trẻ em [1]. Gần đây phẫu thuật nội soi (PTNS) đã phát triển nhanh chóng và đã được ứng dụng trong điều trị nhiều bệnh lý ở trẻ em, trong đó có TVB [2,3]. Ca TVB ở trẻ em đầu tiên được điều trị thành công bằng PTNS 3 trocar khâu trong ổ bụng được Montupet và Esposito thông báo năm 1999[4]. Kể từ đó đã có rất nhiều kỹ thuật nội soi khác nhau được phát triển để điều trị TVB ở trẻ em [1,3-6]: PTNS khâu trong phúc mạc, PTNS khâu ngoài phúc mạc với kim chuyên dụng, dùng 3 trocar, 2 trocar, 1 trocar... Tuy nhiên cho tới nay vẫn đề lựa chọn phương pháp mổ nội soi hay mổ mở đường bẹn trong điều trị TVB ở trẻ em vẫn còn nhiều tranh luận [7].

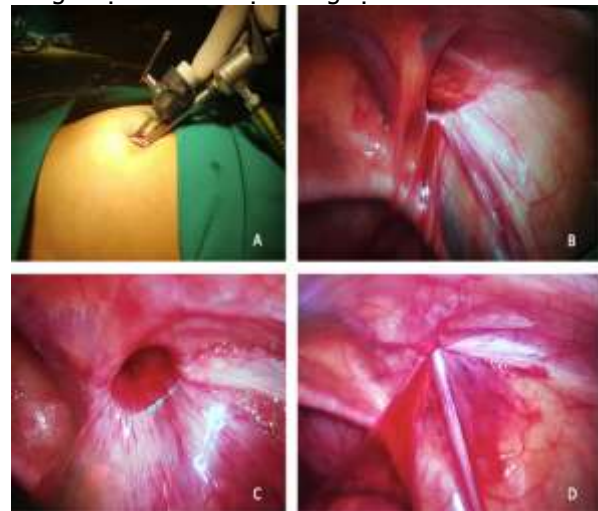
Chúng tôi đã triển khai phẫu thuật nội soi 1 vết mổ qua rốn (PTNSMVMQR) với kỹ thuật riêng của mình. Đây là hướng tiếp cận mới của phẫu thuật nội soi trong điều trị TVB ở trẻ em. Theo tìm hiểu của chúng tôi, ở Việt Nam cũng như trên thế giới cho tới nay vẫn chưa có nghiên cứu nào về phương pháp này được báo cáo. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả kỹ thuật mổ và báo cáo kết quả bước đầu trong ứng dụng PTNSMVMQR điều trị TVB ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu tiến cứu trên loạt bệnh nhi (BN) bị TVB tại bệnh viện Xanh Pôn từ tháng 6 năm 2016 đến tháng 4 năm 2017. Các BN được mổ theo phương pháp phẫu thuật nội soi một vết mổ qua rốn kết hợp với kim xuyên từ ngoài da khâu đóng OPTM ngoài phúc mạc với nút chỉ buộc ngoài ở dưới da. Chúng tôi sử dụng kim dùng khâu đóng OPTM là kim chọc tủy sống 17G có nòng, kết hợp với sợi chỉ thép để thao tác lấy đầu chỉ từ phía trong bụng ra ngoài.

Kỹ thuật mổ: Trẻ tư thế nằm ngửa, gây mê nội khí quản kết hợp gây tê cùng cụt. Phẫu thuật viên (PTV) đứng bên phải BN, phụ mổ giữ camera đứng bên trái PTV hoặc có thể đứng bên trái BN nếu là TVB phải. Màn hình đặt ở phía

dưới bên trái BN. Rạch da dọc tại rốn 10mm, tách da rốn ra khỏi tổ chức dưới da. Đặt 1 trocar 5,5 mm ở giữa rốn, bơm hơi áp lực ổ bụng được duy trì từ 8 đến 12mmHg. Tiến hành nội soi chẩn đoán sự tồn tại OPTM ở từng bên (hình 1B). Đặt tiếp 1 trocar 3mm trong đường rạch da rốn cách trocar 5 khoảng 5- 6mm (Hình 1 A). Tiếp theo dùng dao rạch da 1,5mm vị trí tương ứng trên lỗ bẹn sâu. Xuyên kim 17 G qua vết rạch da qua cân cơ tới phúc mạc, luồn kim đi ngoài phúc mạc tách phúc mạc ra khỏi bó mạch tinh và ống dẫn tinh rồi đâm thủng phúc mạc vào ổ bụng. Luồn 1 sợi chỉ thép qua lòng kim vào ổ bụng sao cho tạo thành thông lọng. Dùng panh 3mm đưa 1 sợi chỉ không tiêu 2/0 hoặc 3/0 vào ổ bụng rồi dùng thông lọng chỉ thép kéo 1 đầu chỉ đó ra ngoài. Tiếp dùng kim 17G lại đưa qua vị trí cũ, luồn kim dưới phúc mạc theo hướng ngược lại tới vị trí lỗ thủng phúc mạc lần đầu và đưa kim vào trong ổ bụng, luồn sợi chỉ thép qua lòng kim vào trong ổ bụng, kéo đầu còn lại của sợi chỉ ra ngoài. Kết quả sau 2 lần trên sợi chỉ đã được luồn 1 vòng quanh OPTM tại lỗ bẹn sâu (hình 1C). Phẫu thuật viên buộc chỉ thắt lại OPTM (hình 1D). Nếu thấy còn OPTM bên đối diện, ống bên đấy cũng được khâu kín lại tương tự.



Hình 1: (A) 2 trocar 3 và 5mm được đặt qua 1 vết rạch da rốn 10 mm. (B) ống phúc tinh mạc được quan sát trong nội soi. (C) một sợi chỉ 2/0 được luồn 1 vòng bên ngoài OPTM. (D) OPTM được đóng kín sau khi thắt chỉ.

Các dữ liệu được tập hợp và phân tích bao gồm đặc điểm bệnh nhân (tuổi, giới), biểu hiện lâm sàng, giải phẫu lỗ bẹn sâu 2 bên trong mổ, diễn biến trong và sau mổ, tai biến, biến chứng, thời gian nằm viện sau mổ, kết quả theo dõi sau ra viện. Các dữ liệu được thu thập tiến cứu theo

mẫu bệnh án thống nhất. Số liệu so sánh giữa các nhóm bệnh nhân với biến định tính dùng phương pháp Chi-square hoặc Fisher's exact test.

III. KẾT QUẢ

Có 258 BN thuộc diện nghiên cứu, 71,7% trẻ nam, 28,3% trẻ nữ với tuổi trung vị 32 tháng (từ 1 tháng tới 12 tuổi). TVB bên phải gặp ở 48,4%, bên trái 46,1% và 2 bên 5,4%. Trong số 244 BN bị thoát vị bẹn 1 bên, trong mổ phát hiện thấy còn ống phúc tinh mạc bên đối diện ở 42,2%. Thời gian mổ trung vị là 21 phút cho OPTM 1 bên và 30 phút cho OPTM 2 bên. Chỉ dùng để khâu đóng OPTM là chỉ không tiêu đơn sợi polypropylene ở 161 BN và chỉ không tiêu đa sợi polyester ở 97 BN. Theo dõi sau mổ 3-12 tháng, có 1,9% BN bị TVB tái phát, 1,6 % BN bị nhiễm trùng vết mổ rốn và 2,3% bị u hạt (granuloma) dưới da tại chỗ khâu chỉ. Trong số 5 ca TVB tái phát, 4 ca là dùng chỉ không tiêu đơn sợi polypropylene 3.0 hoặc 2.0 (tỷ lệ 4,1%), trong khi với chỉ không tiêu đa sợi (polyester) chỉ tái phát 1 ca (tỷ lệ 0,6%), sự khác biệt không đạt ý nghĩa thống kê ($p=0,066$). Các phản ứng u hạt có vẻ xảy ra nhiều hơn ở nhóm BN được dùng chỉ bện đa sợi không tiêu (tỷ lệ 3,1% so với 1,0% ở nhóm chỉ đơn sợi không tiêu, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p = 0,27$).

Không có BN nào bị teo tinh hoàn hay tràn dịch màng tinh hoàn. Kết quả thẩm mỹ là rất tốt, không BN nào còn thấy sẹo mổ.

IV. BÀN LUẬN

Một tỷ lệ không nhỏ trẻ sau mổ mở chữa TVB một bên lại bị TVB bên đối diện và phải mổ lần 2 khâu đóng OPTM bên đối diện vẫn còn sau lần mổ trước [1]. Phương pháp mổ mở kinh điển điều trị TVB ở trẻ em có nhược điểm lớn nhất là không có khả năng phát hiện và xử lý sự tồn tại OPTM bên đối diện [1]. Tỷ lệ TVB bên đối diện sau mổ TVB được báo cáo từ 5,6 – 30% [1]. PTNS điều trị TVB ở trẻ em giải quyết được vấn đề này. PTNS không những giúp phát hiện sự tồn tại của OPTM bên đối diện mà còn cho phép đóng lại OPTM này mà không cần thêm bất kỳ đường rạch nào khác.

Phẫu thuật nội soi dựa trên nguyên tắc giống với mổ mở truyền thống là thắt lại OPTM tạo vị trí lỗ bẹn sâu. Dựa trên nguyên tắc này các kỹ thuật nội soi khác nhau đã xuất hiện. Các kỹ thuật này có thể được chia thành 2 loại chính là PTNS khâu đóng OPTM trong phúc mạc và PTNS hỗ trợ đóng OPTM ngoài phúc mạc. PTNS đóng OPTM trong phúc mạc là phương pháp nội soi đầu tiên được ứng dụng trong điều trị TVB ở trẻ

em. Phương pháp này sử dụng 3 trocar tại các vị trí khác nhau để có thể khâu chỉ quanh OPTM [4]. Tuy nhiên do thao tác khâu và buộc chỉ khó khăn, tính thẩm mỹ không cao nên ngày càng ít được sử dụng. Trong khi đó, kỹ thuật nội soi hỗ trợ đóng OPTM ngoài phúc mạc được sử dụng ngày càng nhiều [3]. Kỹ thuật này được mô tả như sau [3]: một trocar được đặt qua rốn để cho camera nội soi hỗ trợ quan sát; một kim chuyên dụng để luồn chỉ được đưa qua da và các lớp thành bụng tới phúc mạc tại vị trí tương ứng trên lỗ bẹn sâu; dưới quan sát của nội soi kim chuyên dụng đưa chỉ đi ở ngoài phúc mạc từ một phía của OPTM và được lấy ra ở phía bên kia qua cùng một vị trí đưa kim ở trên da; OPTM được buộc thắt lại bằng việc buộc chỉ ở bên ngoài ổ bụng. OPTM bên đối diện nếu có cũng sẽ được thắt lại tương tự; quá trình luồn chỉ có thể được hỗ trợ bởi việc sử dụng thêm một chiếc phanh 3mm được đặt tại vị trí thích hợp hoặc dùng nước muối sinh lý bơm vào khoang ngoài phúc mạc để tách phúc mạc ra khỏi các tổ chức xung quanh (thành bụng, ống dẫn tinh và bó mạch tinh) [3].

Dựa trên nguyên tắc kỹ thuật nội soi hỗ trợ đóng OPTM ngoài phúc mạc và tham khảo các kỹ thuật nội soi TVB ở trẻ em đã được báo cáo [1,3-6], chúng tôi đã phát triển một kỹ thuật nội soi mới: phẫu thuật nội soi một vết mổ qua rốn điều trị thoát vị bẹn ở trẻ em. Trong kỹ thuật của chúng tôi có 1 số điểm khác so với các kỹ thuật đã được báo cáo: (1) Thứ nhất: chúng tôi đặt trocar 3 và 5mm qua một vết mổ 10mm ở rốn thay vì đặt tại 2 vị trí khác nhau trên thành bụng của một số tác giả khác [1,2]. Việc sử dụng thêm 1 trocar 3mm cho dụng cụ hỗ trợ đã giúp cho thao tác luồn kim quanh OPTM được dễ dàng, an toàn hơn. Mặt khác nhờ có dụng cụ hỗ trợ này mà trong những trường hợp khó như: OPTM to, thoát vị nghẹt, mạc nối lớn dính vào bao thoát vị... có thể được xử lý tốt. Việc sử dụng 2 trocar qua 1 đường rạch da 10mm tại rốn giúp giảm được 1 vết rạch da cho dụng cụ hỗ trợ điều này làm cho kết quả thẩm mỹ sau mổ rất tốt (không để lại sẹo sau mổ). (2) Thứ hai: trong kỹ thuật này chúng tôi sử dụng kim chọc tủy sống 17G thay vì sử dụng các kim (móc) thương mại có giá thành cao [1-3]. Đặc điểm kim này là kim nhỏ 17G, thẳng, đầu vát mỏng và tù nên rất thuận tiện trong quá trình đưa kim đi ngoài phúc mạc và lách kim tách bó mạch tinh và ống dẫn tinh ra khỏi phúc mạc mà không cần phải bơm nước tách phúc mạc trước khi làm thủ thuật như một số tác giả khác [3], điều này giúp cho việc

quan sát mạch máu và ống dẫn tinh trong quá trình phẫu thuật tốt hơn, giảm nguy cơ làm tổn thương chúng. Thay vì có chốt hay lỗ cài chỉ ở đầu, chúng tôi dùng 1 sợi chỉ thép luồn qua lòng kim để lấy chỉ ra ngoài, sợi chỉ thép này có tính đàn hồi, sau khi đưa qua lòng kim vào trong ổ bụng thì nó sẽ tự tách ra để tạo sự dễ dàng đưa sợi chỉ khâu vào trong lòng của nó và kéo sợi chỉ khâu ra ngoài. Kỹ thuật luồn kim và lấy chỉ của chúng tôi tương tự như của Takehara [1].

Tỉ lệ phát hiện sự tồn tại ống phúc tinh mạc bên đối diện được báo cáo từ 20 – 66% [3,4], tỉ lệ này trong loạt ca bệnh của chúng tôi tỉ lệ này là 42,2%, trong một nghiên cứu trên 1878 BN được mổ nội soi TVB với tỉ lệ tồn tại OPTM bên đối diện là 47% [1]. Trong quá trình đánh giá sự tồn tại của ống phúc tinh mạc bên đối diện chúng tôi nghi nhận nhiều trường hợp OPTM có tồn tại nhưng lại được che bởi một nếp phúc mạc mỏng, những trường hợp này chỉ được phát hiện khi dùng panh nâng nhẹ nếp phúc mạc lên.

Thời gian phẫu thuật trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi là 21 phút cho OPTM 1 bên và 30 phút cho OPTM 2 bên kết quả này tương tự với các nghiên cứu gần đây cho thấy thời gian mổ đóng OPTM 1 bên từ 23 - 28,2 phút và 2 bên từ 28 - 40,2 phút [1,4,5,6]. Trong một nghiên cứu meta analysis so sánh giữa mổ nội soi và mổ mở trên 53 nghiên cứu thấy rằng thời gian mổ trung vị cho đóng OPTM 1 bên của nội soi là 23,7 phút, còn mổ mở là 30,1 phút, không có sự khác biệt đáng kể giữa 2 phương pháp ($p=0,33$). Tuy nhiên thời gian mổ đóng OPTM 2 bên của kỹ thuật nội soi (30,9 phút) ngắn hơn đáng kể so với mổ mở (46,1 phút) ($P=0,01$) [4].

Giảm tỷ lệ tái phát trong điều trị TVB là một trong những mục tiêu của các kỹ thuật mới. Tỷ lệ tái phát của kỹ thuật mổ mở trong điều trị TVB ở trẻ em được báo cáo từ 0 – 6%, tỉ lệ này trong mổ nội soi từ 0 – 5,5%[4]. Mặc dù theo lý thuyết phẫu thuật nội soi cho phép kiểm soát đóng kín OPTM tốt hơn so với mổ mở, tuy vậy tỉ lệ tái phát trung vị giữa 2 phương pháp này hiện vẫn không có sự khác biệt đáng kể (tỉ lệ tái phát trung vị của kỹ thuật nội soi là 1,4%, mổ mở là 1,6%, $P=0,66$) [4]. Phương pháp nội soi mà chúng tôi áp dụng trong nghiên cứu này OPTM được đóng kín hết hoàn bộ chu vi (bỏ mạch tinh và ống dẫn tinh được tách ra khỏi phúc mạc), tỉ lệ tái phát của phương pháp này là từ 0,2 – 1,3% [1,4], tỉ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,9%. Đáng chú ý là xu hướng tái phát cao hơn ở các bệnh nhân được khâu thắt OPTM bằng

chỉ đơn sợi so với đa sợi mặc dù sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê.

Tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ tại rốn của chúng tôi là 1,6%, tỉ lệ này tương tự so với một số báo cáo khác là 1,5% của mổ nội soi [3]. Lý giải về tỉ lệ nhiễm trùng rốn trong nghiên cứu của chúng tôi có thể là do vị trí vết rạch da tại chính giữa rốn, đây là vị trí khó có thể vệ sinh sạch, mặc dù trước khi rạch da, rốn đã được bộc lộ và vệ sinh sạch bằng povidone iodine và thời gian đầu chúng tôi không dùng kháng sinh dự phòng. Từ khi chúng tôi quyết định sử dụng 1 liều kháng sinh dự phòng trước mổ 30 phút, không thấy có trường hợp nào bị nhiễm trùng vết mổ được ghi nhận.

Tỉ lệ biến chứng xuất hiện u hạt (granuloma) dưới da tại chỗ khâu chỉ trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,3%. U hạt được nghi nhận xuất hiện từ 1 tháng cho tới 4 tháng với những mức độ khác nhau, mức độ nhẹ chỉ nhìn thấy tại vị trí khâu chỉ có 1 khối u nhỏ, sờ thấy bên dưới da có khối cứng kích thước 5 – 10mm, mức độ nặng hơn có thể thấy da vị trí khâu chỉ bị đùn lên giống 1 ổ áp xe. Tỉ lệ u hạt được nghi nhận trung vị 0,33% (0 - 4,9%) [3]. Đáng chú ý là xu hướng xảy ra u hạt có vẻ cao hơn ở các bệnh nhân được dùng chỉ đa sợi hơn là chỉ đơn sợi, tuy sự khác biệt này chưa đạt ý nghĩa thống kê. Như vậy cần có thêm các nghiên cứu đánh giá chỉ nào tối ưu cho PTNS chữa TV ben với kim khâu qua da sao cho vừa đạt tỷ lệ tái phát thấp nhất đồng thời giảm tối thiểu các phản ứng u hạt chỗ nút buộc chỉ dưới da.

V. KẾT LUẬN

PTNSMVMQR điều trị TVB ở trẻ em có tính khả thi, an toàn, có khả năng kiểm tra xử lý được OPTM bên đối diện và tính thẩm mỹ cao. Kỹ thuật này có thể là một lựa chọn mới trong điều trị TVB ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Masao Endo, Toshihiko Watanabe, Miwako Nakano, Fumiko Yoshida, Etsuji Ukiyama (2009). Laparoscopic completely extraperitoneal repair of inguinal hernia in children: a single-institute experience with 1,257 repairs compared with cut-down herniorrhaphy. *Surg Endosc*, 23: 1706–1712
2. David Juang, Jason D. Fraser, and George W. Holcomb (2016). The laparoscopic approach for repair of indirect inguinal hernias in infants and children. *Transl Pediatr*, 5(4): 222–226
3. Yi Chen, Furan Wang, Hongji Zhong, Junfeng Zhao, Yan Li, Zhan Shi (2017). A systematic review and meta-analysis concerning single-site laparoscopic percutaneous extraperitoneal closure for pediatric inguinal hernia and hydrocele. *Surg Endosc*, DOI 10.1007/s00464-017-5491-3

4. **Esposito C, St Peter SD, Escolino M, et al (2014).** Laparoscopic versus open inguinal hernia repair in pediatric patients: a systematic review. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 24: 811-818
5. **Yuk Him Tam, Kim Hung Lee, Jennifer Dart Yin Sihoe, Kin Wai Chan, Pui Yiu Wong, Sing Tak Cheung, Jennifer Wai Cheung Mou (2009).** Laparoscopic hernia repair in children by the hook method: a single-center series of 433 consecutive patients. *Journal of Pediatric Surgery*, 44: 1502-1505
6. **Boo YJ, Han HJ, Ji WB, et al (2012).** Laparoscopic hernia sac transection and intracorporeal ligation show very low recurrence rate in pediatric inguinal hernia. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 22: 720-723
7. **Zani A, Eaton S, Hoellwarth M, Puri P, Tovar J, Fasching G, Bagolan P, Lukac M, Wijnen R, Kuebler J, Cecchetto G, Rintala R, Pierro A (2014).** Management of pediatric inguinal hernias in the era of laparoscopy: results of an international survey. *Eur J Pediatr Surg*, 24(1): 9-13.

ĐẶC ĐIỂM CỦA TRẺ MẮC HỘI CHỨNG ALAGILLE TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Nguyễn Việt Trường*, Tạ Văn Trầm**, Nguyễn Anh Tuấn***

TÓM TẮT

Mở đầu: Hội chứng Alagille (HCA) là một rối loạn tính trội nhiễm sắc thể thường, ảnh hưởng nhiều đến gan, tim, mắt, cột sống và khuôn mặt. HCA xảy ra do đột biến một trong hai gen JAGGED1 (JAG1) hay NOTCH2 thuộc con đường tín hiệu Notch. Tỷ lệ mắc bệnh HCA là 1/70.000 trẻ và có hơn 90% trường hợp xảy ra là do đột biến gen JAG1. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các kiểu đột biến gen trẻ mắc hội chứng Alagille. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên tất cả bệnh nhi mắc hội chứng Alagille được điều trị tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi đồng 1 từ tháng 09/2014 đến tháng 09/2017. **Kết quả:** Qua nghiên cứu 30 trẻ HCA tại khoa Tiêu hóa Bệnh viện Nhi Đồng 1 cho thấy đa số trẻ đến các tỉnh thành khác ngoài thành phố Hồ Chí Minh, nhập viện chủ yếu là vàng da và không có sự khác biệt đáng kể về nhóm tuổi, giới tính. Các bất thường thường gặp nhất là gan (96,67%), cột sống (80%) và khuôn mặt (86,67%). Bất thường tim ít gặp hơn (76,67%), chủ yếu liên quan hẹp nhánh động mạch phổi (95,65%) và tỷ lệ bất thường mắt rất thấp (56,67%). Về đặc điểm cận lâm sàng, chỉ số Bilirubin TT, GGT tăng rất cao, lần lượt gấp 23,21 lần và 21,4 lần so với ngưỡng bình thường. Đột biến gen JAG1 (73,33%) được phát hiện ở hầu hết các trường hợp HCA và chủ yếu là đột biến vô nghĩa (36%). Đột biến xuất hiện hầu hết trên các Exon, nhiều nhất là Exon 4 (7 trường hợp). **Kết luận:** Bất thường gan, cột sống và khuôn mặt là thường gặp nhất ở trẻ HCA. Chỉ số Bilirubin TT, GGT tăng cao trong tất cả các trường hợp. Đột biến gen JAG1 là nguyên nhân chủ yếu gây HCA. Tuy nhiên, nghiên cứu này còn mới, cần có

nhiều nghiên cứu hơn về hội chứng Alagille được thực hiện tại Việt Nam.

Từ khóa: Hội chứng Alagille

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH ALAGILLE SYNDROME AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Background: Alagille syndrome (ALGS) is an autosomal dominant disorder that can affect liver, heart, eyes, vertebrae and face. ALGS is caused by mutations in either JAG1 or NOTCH2 belonging to Notch signaling pathway. The estimated prevalence of ALGS is 1 in 70.000 newborns. In more than 90 percent of cases, mutations in the JAG1 gene cause ALGS. **Objectives:** To determine ALGS children's clinical, subclinical and genetic mutations characteristics. **Material and method:** A cross-sectional study was carried on all ALGS children who are being treated at Gastroenterology department in Children's hospital 1 from September 2014 to September 2017. **Result:** Researching 30 ALGS's cases, most patients came from other provinces, admitted to hospital mainly due to jaundice, no significant difference of age group and sex. The results of clinical features showed 96.67% liver abnormalities, 80% skeletal abnormalities and 86.67% characteristic facial features. About subclinical features, direct bilirubin, GGT increase significantly. 73.33% cases are JAG1 mutations, included missense (32%), nonsense (36%), frameshift (23%) and splice site (9%). The most of mutation position is in Exon 4 (23.33%), the remainder is located almost in whole gene JAG1. **Conclusion:** Liver abnormalities, skeletal abnormalities and characteristic facial features are the most common in ALGS children. Direct bilirubin, GGT index highly increase in all cases. JAG1 mutation is main cause in ALGS. ALGS is novel in Vietnam, so more research should be done.

Keywords: Alagille syndrome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Alagille (HCA) là một rối loạn tính trội nhiễm sắc thể thường, ảnh hưởng chủ yếu đến gan, tim, mắt, cột sống và khuôn mặt[1].

*BV Nhi Đồng 1

** BVĐK Tiền Giang

*** Bộ môn Nhi - ĐHY Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Văn Trầm

Email: tavantram@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.11.2017

Ngày duyệt bài: 14.11.2017

Bệnh xảy ra do đột biến một trong hai gen Jagged1 (JAG1) hay NOTCH2 thuộc con đường tín hiệu Notch. Chẩn đoán HCA dựa vào sự hiện diện của gen đột biến cộng với một triệu chứng lâm sàng chính. Điều trị chủ yếu là nâng đỡ, chế độ dinh dưỡng hợp lý. Tiên lượng chủ yếu dựa vào bệnh lý của gan và tim.

Trên thế giới, có rất nhiều nghiên cứu khảo sát về đặc điểm lâm sàng của HCA được thực hiện. Ngoài ra, kết quả từ các nghiên cứu di truyền cũng giúp phát hiện được hơn 90% kiểu đột biến gen khác nhau từ các trường hợp chẩn đoán lâm sàng HCA[2, 4, 7]. Tuy nhiên, nếu chỉ dựa vào các biểu hiện lâm sàng, HCA thường dễ chẩn đoán nhầm với các nguyên nhân khác, nhất là teo đường mật trong giai đoạn nhũ nhi. Điều đó, dẫn đến hậu quả trẻ phải chịu các can thiệp không phù hợp làm ảnh hưởng đến tiên lượng của bệnh. Hiện tại, ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về HCA được thực hiện. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các kiểu đột biến gen của trẻ mắc HCA nhằm góp phần chẩn đoán sớm, chẩn đoán xác định, cũng như phát hiện các kiểu đột biến di truyền đặc trưng của trẻ mắc HCA tại Việt Nam. *Mục tiêu nghiên cứu: Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các kiểu đột biến gen của trẻ mắc hội chứng Alagille.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhi được chuẩn đoán lâm sàng hội chứng Alagille được điều trị tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi đồng 1 từ tháng 09/2014 đến tháng 09/2017.

Tiêu chí đưa vào: trẻ nhỏ hơn hoặc bằng 15 tuổi, có từ ba triệu chứng lâm sàng trở lên (bất thường gan, bất thường tim, bất thường mắt, bất thường cột sống và khuôn mặt đặc trưng).

Tiêu chí loại ra: trẻ có biểu hiện < 3 triệu chứng lâm sàng, đã được chẩn đoán do nguyên nhân khác như teo đường mật ngoài gan, người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Số liệu được nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng Stata 13.

2.3 Các bước tiến hành: Đầu tiên sẽ chọn những trẻ nhập khoa Tiêu hóa có các biểu hiện nghi ngờ. Sau đó, khám chuyên khoa và cho thực hiện các xét nghiệm. Trẻ đủ 3 triệu chứng lâm sàng trở lên sẽ được tiếp tục nghiên cứu. Cuối cùng là xét nghiệm di truyền học tìm đột biến gen JAG1 và NOTCH2.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc tính mẫu nghiên cứu

Bảng 1: Đặc tính mẫu nghiên cứu (N=30)

	Tuổi* (tháng)	Tần số (%)
Nhóm tuổi	≤ 1 tuổi	14 (46,67)
	>1 tuổi	16 (53,33)
Giới	Nữ	13 (43,33)
	Nam	17 (56,67)
Địa chỉ	Thành phố	7 (23,33)
	Tỉnh	23 (76,67)
Lý do nhập viện	Vàng da	19 (63,33)
	Ngứa	4 (13,33)
	Bảng bụng	4 (13,33)
	Khác	3 (0,1)
Tần suất xuất hiện	3 triệu chứng	7 (23,33)
	4 triệu chứng	17 (56,67)
	5 triệu chứng	6 (20)

**Mô tả bằng trung vị, tứ phân vị*

Nhận xét: Trung vị tuổi của trẻ là 8 tháng tuổi. Không có sự khác biệt đáng kể về nhóm tuổi trên dưới 1 tuổi và giới. Đa số trẻ đến từ các tỉnh ngoài TPHCM (76,67%). Lý do nhập viện chủ yếu là vàng da (63,33) và đa phần trẻ thường có 4 triệu chứng lâm sàng (56,67%).

3.2 Đặc điểm lâm sàng của trẻ HCA

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng (N=30)

		Tần số (%)
Bất thường gan	Không	1 (3,33)
	Có	29 (96,67)
Bất thường tim	Không	7 (23,33)
	Có	23 (76,67)
Bất thường cột sống	Không	6 (20)
	Có	24 (80)
Bất thường mắt	Không	13 (43,33)
	Có	17 (56,67)
Khuôn mặt đặc trưng	Không	4 (13,33)
	Có	26 (86,67)
Bất thường thận	Không	29 (96,67)
	Có	1 (3,33)

Nhận xét: Đa phần trẻ có biểu hiện bất thường gan, bất thường cột sống, khuôn mặt đặc trưng (≥80%). Bất thường tim chiếm 76,67% và thấp nhất là bất thường mắt (43,44%). Chỉ có 1 trường hợp bất thường thận.

Bảng 3. Bất thường gan (N=30)

		Tần số (%)
Ư mật mẫn tính	Không	1 (3,33)
	Có	29 (96,67)
Gan to	Không	21 (70)
	Có	9 (30)
Siêu âm bụng	Bình thường	10 (33,33)
	Gan to/ lách to	10 (33,33)
	Túi mật co nhỏ	3 (10)
	Xơ gan	5 (16,67)
	Bất thường khác	2 (6,67)

		Tần số(%)
Sinh thiết gan (n=9)	Thiếu sản ống mật trong gan	9 (30)

Nhận xét: Đa số trẻ biểu hiện ứ mật mãn tính (96,67%), 30% trẻ có gan to. Siêu âm bụng bất thường chủ yếu là gan to/lách to, có 1 trường hợp loạn sản thận hai bên và một trường hợp hemangioma gan. Sinh thiết gan 9 trường hợp đều biểu hiện thiếu sản ống mật trong gan.

Bảng 4. Bất thường tim (N=30)

		Tần số(%)
Am thổi tim	Không	10 (33,33)
	Có	20 (66,67)
Siêu âm tim	Hẹp nhánh ĐMP (T)	2 (8,7)
	Hẹp nhánh ĐMP (P)	1 (4,35)
	Hẹp 2 nhánh ĐMP	4 (17,39)
	Hẹp van ĐMP	1 (4,35)
	Hẹp ĐMP và khác	14 (60,87)
	Bất thường khác	1 (4,35)

Nhận xét: có 66,67% trẻ có âm thổi tim. Bất thường trên siêu âm tim chủ yếu là bất thường động mạch phổi, có một trường hợp tử chứng Fallot.

Bảng 4. Bất thường mắt và cột sống (N=30)

		Tần số (%)
Bất thường mắt	Không	13 (43,33)
	Vòng đục sau giác mạc	17 (56,67)
Bất thường cột sống	Không	6 (20)
	Đốt sống hình cánh bướm	24 (80)

Nhận xét: Có 17 trường hợp trẻ có vòng đục sau giác mạc và 24 trường hợp trẻ có đốt sống hình cánh bướm.

3.3 Đặc điểm cận lâm sàng của trẻ mắc HCA

Bảng 5: Xét nghiệm cận lâm sàng (N=30)

	TV (TPV)*	Cao hơn bình thường
Bilirubin TP (μmol/L)	146,97(59,3:206,2)	7,16
Bilirubin TT	79,4(32,6:108,5)	23,21

	TV (TPV)*	Cao hơn bình thường
(μmol/L)		
SGOT(U/L)	212,67(174,9:306,1)	3,54
SGPT (U/L)	197,6(97,6:302)	4,39
ALP (U/L)	476,4(393,6:759)	1,38
GGT (U/L)	470,9(230:1094,5)	21,4
Cholestero l (mmol/L)	6,2(5,31:10,9)	1,18
Triglycerid (mmol/L)	2,5(2,1:3,9)	1,45

*Mô tả bằng trung vị, tứ phân vị

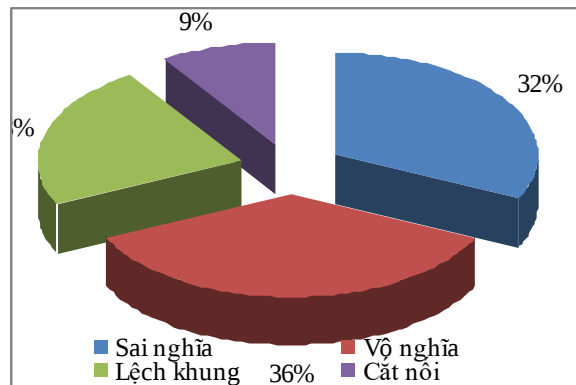
Nhận xét: Các chỉ số cận lâm sàng đều tăng hơn so với bình thường. Trung vị chỉ số GGT và Bilirubin trực tiếp tăng cao nhất lần lượt gấp 21,4 lần và 23,21 lần so với ngưỡng bình thường.

3.4 Đặc điểm di truyền trẻ mắc HCA

Bảng 6: Tỷ lệ đột biến(N=30)

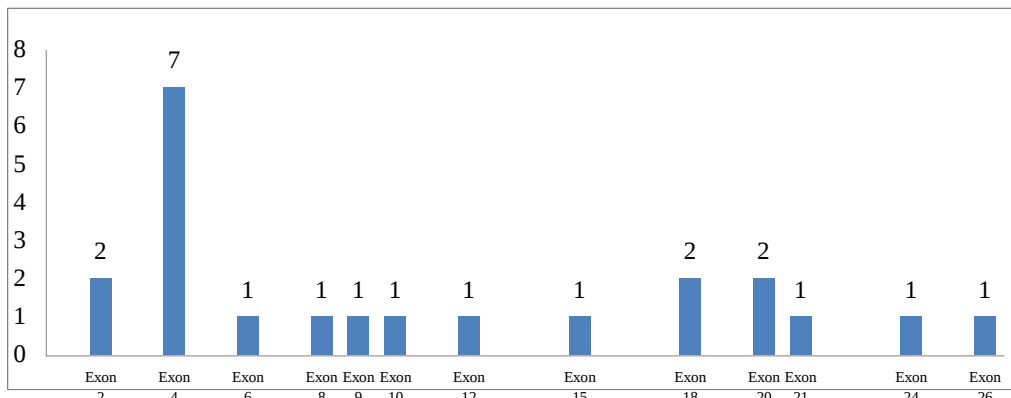
		Tần số (%)
Đột biến JAG1	Có	8 (26,67)
	Không	22 (73,33)

Nhận xét: 73,33% trẻ mắc HCA có đột biến JAG1.



Biểu đồ 1: Các kiểu đột biến (N=22)

Nhận xét: Kiểu đột biến chủ yếu là đột biến vô nghĩa (36%), đột biến sai nghĩa (32%). Đột biến cắt nối chiếm tỷ lệ ít nhất (9%).



Biểu đồ 2: Các vị trí đột biến (N=22)

Nhận xét: Đột biến phân bố hầu hết trên các Exon gen JAG1, trong đó Exon 4 là thường gặp nhất (7 trường hợp).

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu cho thấy trung vị tuổi của trẻ là 8 tháng tuổi và không có sự khác biệt đáng kể về giới và nhóm tuổi ≤ 1 tuổi và > 1 tuổi. Đa số các trẻ đến từ các tỉnh ngoài TPHCM. Trẻ nhập viện chủ yếu vì vàng da và đa phần trẻ có biểu hiện 4 triệu chứng lâm sàng chính của hội chứng HCA.

Về đặc điểm lâm sàng trẻ HCA, kết quả nghiên cứu cho thấy bất thường gan (96,67%), bất thường khuôn mặt (86,67%) thường gặp nhất. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Cho JM (2014) được thực tại Hàn Quốc với bất thường gan là 89% và bất thường khuôn mặt là 100%, tác giả Emerick KM (1999) với tỷ lệ lần lượt là 85% và 96%. Ngoài ra, nghiên cứu chúng tôi cho thấy bất thường cột sống (80%) tương đồng với tác giả Alagille Daniel (1987) là 87%, nhưng cao hơn nghiên cứu của tác giả Cho JM (2014) và Emerick KM (1999) với tỷ lệ lần lượt là 47% và 51%. Kết quả bất thường tim (76,67%) thấp hơn so với 3 tác giả trên, tương ứng Cho JM (95%). Còn lại về bất thường mắt thì kết quả (56,67%) tương tự với tác giả Cho JM (2014), nhưng thấp hơn nhiều so với 2 tác giả còn lại, với Emerick KM (78%) và Alagille Daniel (88%)[1,2,4]. Về bất thường khác, chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp bất thường thận thấp hơn nhiều so với tác giả Emerick KM là 40%. Qua đó, chúng tôi thấy rằng sự khác biệt tất cả các bất thường trên có thể là do khác nhau về cỡ mẫu, đối tượng nghiên cứu và vị trí địa lý.

Gần như tất cả trẻ bất thường gan đều có biểu hiện ứ mật mãn tính. Có khoảng 1/3 trẻ có biểu hiện gan to khi khám thực thể và trên siêu âm bụng. Ngoài ra, kết quả siêu âm bụng còn cho thấy rằng trẻ có túi mật co nhỏ (tương tự biểu hiện teo đường mật), biểu hiện xơ gan. Đặc biệt có 2 trường hợp: loạn sản thận2 bên và hemangioma. Khi tiến hành sinh thiết 9 trường hợp HCA cho thấy có thiếu sản ống mật trong gan.

Khi thăm khám lâm sàng, chúng tôi ghi nhận 20 trường hợp có âm thổi tim. Tất cả 30 trường hợp đều được thực hiện siêu âm tim, trong đó có 23 trường hợp là có bất thường. Bất thường chủ yếu là bất thường động mạch phổi (có thể là bất thường hẹp đơn độc nhánh T, nhánh P, cả 2 nhánh, hẹp van ĐMP hay hẹp ĐMP kết hợp với bất thường khác như thông liên thất, thông liên nhĩ, hẹp động mạch chủ, còn ống động mạch, hẹp hở van 2 lá, 3 lá). Ngoài ra, có một trường hợp là tứ chứng Fallot. Kết quả chúng tôi cho thấy chủ yếu là bất thường động mạch phổi kết hợp bất thường khác (60.87%), khác với tác giả Siberbach (1994) và tác giả Emerick (1999) với bất thường thường gặp là hẹp động mạch phổi ngoại biên đơn độc (lần lượt là 71% và 67%). Chỉ có 1 trường hợp tứ chứng Fallot, thấp hơn nhiều so với hai tác giả trên (Siberbach 8% và Emerick 11%). Sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về cỡ mẫu. Tương tự các nghiên cứu trước đây, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bất thường mắt thường gặp là vòng đục sau giác mạc và bất thường cột sống là hình ảnh đốt sống hình cánh bướm trên X-quang cột sống thẳng.

Kết quả nghiên cứu về các chỉ số cận lâm sàng cho thấy giá trị Bilirubin TP, Bilirubin TT, SGOT, SGPT, ALP, GGT, Cholesterol, Triglycerid đều tăng so với ngưỡng bình thường. Trong đó, Bilirubin TT, GGT tăng rất cao. Điều này phù hợp với tình trạng ứ mật mãn tính của trẻ HCA.

Về đặc điểm di truyền chúng tôi phát hiện được 73,33% trẻ HCA có đột biến gen JAG1. Tỷ lệ này tương đương với các tác giả Li L (2015), Jurkiewicz D (2014), Cho JM (2014), Crosnier C (1999) và Krantz ID (1998)[2,3,5-7].

Về đặc điểm kiểu đột biến gen JAG1, các dạng đột biến trong gen như đột biến sai nghĩa, vô nghĩa, lệch khung, cắt nối xuất hiện tương tự như các nghiên cứu của các tác giả đã thực hiện trước đây.

Đột biến	Sai nghĩa	Vô nghĩa	Cắt nối	Lệch khung
Li L(2015)	6 (9,4%)	16 (22,9%)	8 (11,4%)	35 (50%)
JurkiewiczD(2014)	4 (15,4%)	5 (19,2%)	2 (7,7%)	7 (26,9%)
Cho JM(2014)	3 (21,4%)	3 (21,4%)	0	8 57,2%
Crosnier C(1999)	13(18,8%)	14 (20,3%)	11 (16%)	31 (44,9%)
Krantz ID(1998)	2 (6%)	9 (26%)	4 (11,4%)	20 (57%)

Tuy nhiên, theo các tác giả trên thì đột biến thường gặp nhất là đột biến lệch khung. Còn nghiên cứu của chúng tôi đột biến thường gặp

nhất là vô nghĩa (36%). Ngoài ra, chúng tôi không phát hiện trường hợp nào đột biến mất đoạn. Trong khi đó, đột biến mất đoạn trong

ngiên cứu của Jurkiewicz D (2014) chiếm 30,7%[7]. Sự khác biệt này có thể là do cỡ mẫu nghiên cứu, kỹ thuật phân tích đột biến. Tương tự với các tác giả trên, các kiểu đột biến phân bố hầu hết trên các Exon gen JAG1. Trong đó, nhiều nhất là tập trung ở Exon 4.

V. KẾT LUẬN

-Về đặc điểm mẫu nghiên cứu, không có sự khác biệt đáng kể về nhóm tuổi, giới tính. Đa số ở các tỉnh thành khác ngoài thành phố Hồ Chí Minh và nhập viện chủ yếu là vàng da.

-Các bất thường thường gặp nhất là gan, cột sống và khuôn mặt. Bất thường tim ít gặp hơn, chủ yếu liên quan hẹp nhánh động mạch phổi và tỷ lệ bất thường mắt rất thấp.

-Về đặc điểm cận lâm sàng thì chỉ số Bilirubin TT, GGT tăng rất cao.

-Đột biến gen JAG1 được phát hiện ở hầu hết các trường hợp HCA và chủ yếu là đột biến vô nghĩa. Đột biến xuất hiện hầu hết trên các Exon, nhiều nhất là Exon 4.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alagille D, Estrada A, Hadchouel M, Gautier M, et al (1987) "Syndromic paucity of interlobular

bile ducts (Alagille syndrome or arteriohepatic dysplasia): review of 80 cases". *The Journal of pediatrics*, 110 (2), 195-200.

2. Cho JM, Oh SH, Kim HJ, et al (2015) "Clinical features, outcomes, and genetic analysis in Korean children with Alagille syndrome". *Pediatrics international*, 57 (4), 552-7.
3. Crosnier C, Driancourt C, Raynaud N, et al (1999) "Mutations in JAGGED1 gene are predominantly sporadic in Alagille syndrome". *Gastroenterology*, 115 (5), 1141-8.
4. Emerick KM, Rand EB, Goldmuntz E, et al (1999) "Features of Alagille syndrome in 92 patients: frequency and relation to prognosis". *Hepatology*, 29 (3), 822-829.
5. Jurkiewicz D, Gliwicz D, Ciara E, et al (2014) "Spectrum of JAG1 gene mutations in Polish patients with Alagille syndrome". *Journal of applied genetics*, 55 (3), 329-336.
6. Krantz ID, Colliton RP, Genin A, et al (1998) "Spectrum and frequency of jagged1 (JAG1) mutations in Alagille syndrome patients and their families". *American journal of human genetics*, 62 (6), 1361-9.
7. Li L, Dong J, Wang X, et al (2015) "JAG1 Mutation Spectrum and Origin in Chinese Children with Clinical Features of Alagille Syndrome". *PLoS ONE* 10 (6), e0130355.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ÁP DỤNG QUY TRÌNH CHUYÊN MÔN TRƯỜNG HỢP MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN, HÀ NỘI, 2014

Chu Phúc Thi*, Phạm Lê Tuấn**, Hoàng Hải*

TÓM TẮT

Nghiên cứu đánh giá kết quả áp dụng quy trình chuyên môn (QTCM) trường hợp mổ lấy thai tại bệnh viện Thanh Nhàn, 2014. Kết quả so sánh giữa hai nhóm mổ lấy thai có và không áp dụng quy trình chuyên môn cho thấy: trung bình số ngày điều trị nội trú thấp hơn 0,14 ngày (2,6%, 5,27 ngày so với 5.13 ngày); trung bình chi phí thuốc thấp hơn 55.424 đồng (7,83%); trung bình chi phí vật tư y tế cao hơn 168.443 đồng (34,11%), trung bình chi phí PTTT tương đương nhau (1.268.581 đồng so với 1.261.150 đồng); trung bình tổng chi phí (không bao gồm xét nghiệm) tương đương giữa hai nhóm (2.777.495 đồng và 2.769.512 đồng). Sự khác biệt giữa hai nhóm đều không có ý nghĩa thống kê ở mức $p=0.05$. Áp dụng quy trình chuyên môn cho các trường hợp bệnh là cần thiết nhằm khuyến khích sử dụng thuốc, vật tư y tế và các thủ thuật hợp lý cho bệnh nhân và bảo đảm chất

lượng dịch vụ điều trị bệnh nhân. Các cán bộ lâm sàng ủng hộ việc áp dụng quy trình chuyên môn.

Từ khóa: quy trình chuyên môn, chi trả trọn gói, mổ lấy thai, bệnh viện Thanh Nhàn.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF APPLYING CARE PATHWAY FOR CESAREAN SECTION CASES AT THANH NHAN HOSPITAL, HANOI, 2014

This study evaluated the results on application of the care pathway for cesarean section cases at Thanh Nhan Hospital, 2014. The results of comparison between two groups of cesarean section with and without care pathway showed that: The group with care pathway has the average number of inpatient days was less than 0.14 days that of other group (2.6%, 5.27 days vs. 5.13 days); The average drug cost was lower than VND 55,424 (7.83%); the average cost of medical supplies was higher VND 168,443 (34.11%), the average cost of procedures was equal (1,268,581 VND compared to VND 1,261,150); The average total cost (excluding lab tests) was also similar between the two groups (VND 2,777,495 vs. VND 2,769,512). The differences between the two groups were not statistically significant at $p = 0.05$. Application of care pathway is

*Học viện Quân y

**Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Chu Phúc Thi

Email: thichu70@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.11.2017

Ngày duyệt bài: 9.11.2017

necessary to encourage reasonable use of medicines, medical supplies and procedures for patients and ensure the quality of patient treatment. Clinicians advocate the adoption of professional procedures.

Keywords: care pathway, case base payment, cesarean section, Thanh Nhan Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bộ Y tế đã áp dụng thí điểm phương thức chi trả trọn gói tại bệnh viện Thanh Nhân nhằm thực hiện mục tiêu đổi mới cơ chế hoạt động và quản lý tài chính y tế. Áp dụng Quy trình chuyên môn (QTCM) là điều kiện bắt buộc khi triển khai phương thức chi trả trọn gói. QTCM hạn chế cung cấp dịch vụ không cần thiết (kiểm soát chi phí) đồng thời bảo đảm chất lượng dịch vụ. QTCM mổ lấy thai mới được hội đồng chuyên môn của Bộ Y tế phê duyệt và áp dụng thí điểm tại một số bệnh viện, do đó cần được nghiên cứu, đánh giá kết quả một cách khoa học để có kết luận chính xác. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả áp dụng quy trình chuyên môn trường hợp mổ lấy thai tại bệnh viện Thanh Nhân, 2014 với các mục tiêu: 1) so sánh trung bình thời gian nằm viện và chi phí giữa hai nhóm sản phụ mổ lấy thai có và không áp dụng QTCM; 2) đánh giá tính chấp nhận đối với việc áp dụng quy trình chuyên môn mổ lấy thai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, thời gian: Bệnh viện Thanh Nhân từ tháng 8 đến tháng 10 năm 2014.

2.2. Đối tượng và cỡ mẫu: Chọn toàn bộ các sản phụ mổ lấy thai tại bệnh viện Thanh Nhân từ tháng 8 đến tháng 10 năm 2014.

- Chọn toàn bộ các sản phụ mổ lấy thai tại bệnh viện Thanh Nhân có áp dụng Quy trình chuyên môn mổ lấy thai thuộc Dự án Đổi mới phương thức chi trả, Vụ Kế hoạch – Tài chính, Bộ Y tế.

- Lựa chọn có chủ đích để phỏng vấn sâu 01 lãnh đạo bệnh viện, 02 cán bộ lâm sàng tại khoa sản, 01 cán bộ giám định bảo hiểm y tế.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu phân tích chi phí bệnh viện, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính

Bảng 2: So sánh chi phí giữa nhóm có và không áp dụng QTCM, trường hợp mổ lấy thai, bệnh viện Thanh Nhân, 2014

Câu phần CP	Thông kê	Không áp dụng QTCM (n = 421)	Có áp dụng QTCM (n = 31)	So sánh (%; p)
CP thuốc, dịch	Trung bình $\pm$ SD	708.136 $\pm$ 231.571	652.712 $\pm$ 226.944	-7,83%; p>0.05
	Trung vị	684.821	627.734	
CP VTYT	Trung bình $\pm$ SD	493.834 $\pm$ 532.594	662.277 $\pm$ 655.333	34,11%;p>0.05
	Trung vị	332.877	551.542	

2.4. Quan điểm chi phí: Thu phí của bên cung cấp dịch vụ (bệnh viện)

2.5. Nội dung nghiên cứu: So sánh trung bình ngày điều trị nội trú, trung bình chi phí thuốc, chi phí vật tư tiêu hao, trung bình chi phí phẫu thuật/thủ thuật, trung bình tổng thu phí giữa hai nhóm

- Đánh giá sự chấp nhận khi áp dụng QTCM của bên cung cấp dịch vụ

2.7 Thu thập và xử lý số liệu: Số liệu viện phí nội trú được trích xuất từ phần mềm viện phí năm 2014. Sử dụng phần mềm MSSQR để ghép mã bệnh án mổ lấy thai với các mục thu phí và số ngày điều trị, xuất số liệu ra bảng tính Excel để làm sạch; sau đó số liệu được nhập, quản lý và phân tích bằng phần mềm thống kê Epi Info.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đánh giá kết quả áp dụng quy trình chuyên môn trường hợp mổ lấy thai

Bảng 1: So sánh trung bình ngày điều trị giữa nhóm có và không áp dụng QTCM, trường hợp mổ lấy thai, bệnh viện Thanh Nhân, 8-10/2014.

Đơn vị: ngày

Thông kê	Không áp dụng QTCM (n = 421)	Có áp dụng QTCM (n = 31)	So sánh (%; p)
Trung bình $\pm$ SD	5,27 $\pm$ 0,91	5,13 $\pm$ 0,50	-2,6%; p> 0,05
Trung vị	5	5	

Bảng 1 so sánh giữa hai nhóm có và không áp dụng QTCM trường hợp mổ lấy thai cho thấy trung bình số ngày điều trị nội trú của nhóm có áp dụng QTCM (5,13 ngày) thấp hơn trung bình ngày điều trị của nhóm không áp dụng quy trình chuyên môn (5,27 ngày) ở mức 2,6%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

So sánh trung bình chi phí (CP) sử dụng thuốc và dịch giữa nhóm có và không áp dụng QTCM của trường hợp mổ lấy thai cho thấy chi phí trung bình thuốc của nhóm không áp dụng QTCM (708.136 đồng) cao hơn trung bình thuốc của nhóm có áp dụng quy trình chuyên môn (652.712 đồng) ở mức 7.83% và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05 (bảng 2).

PTTT	Trung bình $\pm$ SD	1.261.150 $\pm$ 92.074	1.268.581 $\pm$ 58.351	+0,59%;p>0.05
	Trung vị	1.225.000	1.225.000	
Tổng CP	Trung bình $\pm$ SD	2.769.512 $\pm$ 543.819	2.777.495 $\pm$ 760.111	+0.29%;p>0.05
	Trung vị	2.643.195	2.612.515	

So sánh trung bình chi phí vật tư y tế (VTYT) giữa nhóm có và không áp dụng QTCM trường hợp mổ lấy thai cho thấy trung bình chi phí VTYT của nhóm có áp dụng QTCM (662.277 đồng) cao hơn 34% so với trung bình chi phí VTYT của nhóm không áp dụng quy trình chuyên môn (493.834 đồng), tuy nhiên sự khác biệt này không có giá trị thống kê ($p > 0,05$). Tìm hiểu chi tiết cho thấy trung bình sử dụng VTYT cao hơn ở nhóm áp dụng QTCM do tỷ lệ số trường hợp mổ lấy thai mổ lấy thai lần 2 so với mổ lấy thai lần 1 ở nhóm có áp dụng QTCM cao hơn (12/31) và (131/421). Kết quả tại bảng 2 cho thấy các phẫu thuật thủ thuật (PTTT) được sử dụng ở cả hai nhóm là tương đương do vậy trung bình chi phí các thủ thuật ở hai nhóm có áp dụng QTCM chuẩn và nhóm không áp dụng QTCM tương đương (bảng 2).

3.2 Tính chấp nhận của phía cung cấp dịch vụ về áp dụng Quy trình chuyên môn

Cán bộ thực hiện áp dụng thí điểm thể hiện sự ủng hộ cho việc áp dụng quy trình chuyên môn do có một số lợi ích về mặt chuyên môn và thực hành, mặc dù vẫn còn có một số điểm cần cải thiện để việc áp dụng được triển khai trên diện rộng cùng với phương thức chi trả trọn gói. *"Nhân viên y tế người ta theo dõi bệnh nhân được kỹ hơn, đấy. Cứ theo cái mục đấy thì bắt buộc người ta phải theo dõi cái mục đấy. Trước kia thì tự theo dõi, theo chỉ định của bác sỹ thì người ta không thể nắm hết được, chủ yếu chỉ mạch nhiệt độ, huyết áp thôi. Còn cái kia người ta phải theo dõi tất cả các thứ thì thứ nhất kiến thức người ta nhớ được lại, mình cũng được nhắc nhở một lần kiến thức, thứ hai là người ta cũng theo dõi sát bệnh nhân hơn, và cái thứ ba là thủ tục hành chính nó nhanh gọn hơn".*

Góp ý của cán bộ áp dụng cho thấy các loại thuốc, VTYT đề xuất trong QTCM cần phải được đề cập ở nhiều loại (sử dụng các thuốc có cùng tác dụng điều trị, đảm bảo ý nghĩa về mặt lâm sàng nhưng với chi phí hợp lý hơn) và có thể thay thế cho nhau để khi việc áp dụng được linh hoạt hơn, lý do là thuốc và VTYT sử dụng tại các khoa phòng phụ thuộc và giá và loại thuốc, VTYT sẵn có tại BV thông qua đấu thầu. Sự biến động về giá vật tư, thuốc khiến cho chi phí thực tế tăng hoặc giảm, chất lượng và tác dụng của mỗi loại thuốc cũng khác nhau, do vậy cán bộ lâm sàng có quyền lựa chọn loại thuốc, VTYT phù

hợp nhất cho sản phụ. Các yêu cầu kỹ thuật trong QTCM cần phải cập nhật thường xuyên, dựa trên thực tế lâm sàng/kết quả điều trị để hạn chế các khó khăn cho cán bộ nếu áp dụng phương thức chi trả trọn gói cho trường hợp mổ lấy thai.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả so sánh giữa hai nhóm mổ lấy thai có và không áp dụng QTCM cho thấy, trung bình số ngày điều trị nội trú thấp hơn 0,14 ngày (2,6%, 5,27 ngày so với 5.13 ngày); trung bình chi phí thuốc thấp hơn 55.424 đồng (7,83%); trung bình chi phí vật tư y tế cao hơn 34,11% (662.277 đồng so với 493.834 đồng), trung bình chi phí PTTT tương đương nhau (1.268.581 đồng so với 1.261.150 đồng). Các kiểm định thống kê so sánh giá trung bình giữa hai nhóm có và không áp dụng QTCM không có ý nghĩa thống kê ở mức 0,05.

Như vậy, việc áp dụng quy trình chuyên môn có hiệu quả giảm số ngày điều trị trung bình, mặc dù chưa có ý nghĩa thống kê nhưng cũng có thể mang lại lợi ích cho cả bệnh nhân và bệnh viện. Kết quả này phản ánh việc áp dụng QTCM có thể giúp các cán bộ lâm sàng xem xét và lưu ý đến việc cho sản phụ xuất viện đúng thời gian, tránh lãng phí thời gian và chi phí cho cả BV và sản phụ mổ lấy thai.

Nhìn ở góc độ chuyên môn, số ngày điều trị trung bình thấp hơn nhưng tổng chi phí lại cao hơn trong nhóm có áp dụng QTCM, là do quy trình chuyên môn có các quy định về kỹ thuật đầy đủ hơn, và như vậy bệnh nhân nằm viện ít thời gian hơn nhưng lại được hưởng một gói dịch vụ đầy đủ hơn về mặt kỹ thuật và chuyên môn.

Xét về chi phí, trung bình chi phí theo các cấu phần và tổng chi phí trong nhóm có áp dụng QTCM cho thấy không có hiện tượng lạm dụng sử dụng thuốc, các thủ thuật nhằm tăng nguồn thu; bằng chứng là tổng chi phí trung bình không vượt quá mức phí hạch toán chi phí. Chi phí trung bình ở nhóm có áp dụng QTCM cũng không nhất thiết phải thấp hơn chi phí tương ứng của nhóm không tham gia QTCM do việc áp dụng QTCM không nhằm giảm chi phí, mà là để quản lý chất lượng. Hơn nữa, chi phí cao hơn trong nhóm sản phụ áp dụng quy trình chuyên môn cho thấy sản phụ đã nhận được gói dịch vụ đầy đủ hơn. Các phân tích thống kê đều không có ý nghĩa thống kê, do vậy cần có đánh giá đầy

đủ hơn trong tương lai khi áp dụng chi trả trọn gói đối với trường hợp mổ lấy thai.

Việc sử dụng các quy trình chuyên môn trong PTCT trọn gói là hết sức quan trọng, QTCM khuyến khích sự phối hợp giữa các cán bộ chuyên môn, nhằm hạn chế những dịch vụ không cần thiết, hạn chế bỏ sót công việc, và kết quả là giúp cải thiện về chất lượng lâm sàng. Việc ghi chép và phân tích những thay đổi trong thực hành lâm sàng so với quy trình chuyên môn giúp các bệnh viện hoàn thiện và chuẩn hóa để có được những quy trình hiệu quả hơn về lâm sàng và kinh tế [6],[7]. Do mới chỉ thí điểm áp dụng QTCM và chưa áp giá trọn gói đối với trường hợp mổ lấy thai, các cán bộ lâm sàng thực hiện theo quy trình chuyên môn, ghi lại đầy đủ các thuốc, vật tư y tế thực tế đã sử dụng và các thủ thuật cho sản phụ, chưa có động cơ cân nhắc sử dụng tối giảm các thuốc và vật tư y tế.

Nghiên cứu tại BV huyện Thanh Oai Hà Nội năm 2009 cho thấy chi phí cho mổ đẻ thường là 3.908.453. Thuốc và chi phí khâu hao chiếm một tỷ lệ lớn trong tổng chi phí điều trị ngoại khoa [1]. Đề tài nghiên cứu của Lưu Viết Tĩnh về phương thức thanh toán chi phí KCB bảo hiểm y tế theo nhóm chẩn đoán đối với nhóm bệnh tăng huyết áp đã cho thấy chi phí KCB BHYT trong nhóm bệnh nhân tăng huyết áp có áp dụng QTCM giảm rõ rệt. Chi phí trung bình một đợt điều trị THA là 2.633 nghìn đồng, trong khi chi phí trung bình ở nhóm có áp dụng QTCM giảm còn 1.320 nghìn đồng [2].

Nghiên cứu tiền cứu thử nghiệm lâm sàng so sánh kết quả điều trị thay khớp háng và khớp gối tại BV Melbourne, Australia giữa hai nhóm bệnh nhân có áp dụng quy trình không áp dụng quy trình chuyên môn, cho thấy nhóm bệnh nhân có áp dụng quy trình chuyên môn có thời gian nằm viện trung bình ngắn hơn (7,1 ngày so với 8,6 ngày), ra khỏi giường sớm hơn (1,9 so với 3,4 ngày), và đi được sớm hơn (2,2 so với 3,6 ngày) so với số bệnh nhân ở nhóm chứng. Kết quả

cũng chỉ ra rằng tỷ lệ biến chứng ít hơn ở nhóm bệnh nhân có áp dụng quy trình chuyên môn [3].

V. KẾT LUẬN

Trung bình số ngày điều trị nội trú ở nhóm mổ lấy có áp dụng quy trình chuyên môn là 5,13 ngày và trong nhóm không áp dụng QTCM là 5,27 ngày; trung bình chi phí thuốc thấp hơn 55.424 đồng; trung bình tổng chi phí (không bao gồm xét nghiệm) ở nhóm mổ lấy thai có áp dụng QTCM là 2.777.495 đồng và trong nhóm không áp dụng QTCM là 2.769.512 đồng. Áp dụng Quy trình chuyên môn cho các trường hợp bệnh là cần thiết nhằm khuyến khích sử dụng thuốc, vật tư y tế và các thủ thuật hợp lý cho bệnh nhân và bảo đảm chất lượng dịch vụ điều trị bệnh nhân. Các cán bộ lâm sàng ủng hộ việc áp dụng phương thức chi trả trọn gói.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Văn Minh, Nguyễn Mai An** (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*, 876 (7/2013), 147-150.
2. **Lưu Viết Tĩnh** (2012), Nghiên cứu phương thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế theo nhóm chẩn đoán đối với nhóm bệnh tăng huyết áp, *Thư viện Quốc gia Việt Nam*, Luận án tiến sĩ y tế công cộng
3. **Dowsey MM., Kilgour ML., Santamaria NM. et al.** (1999). Clinical Pathways in Hip and Knee Arthroplasty: a Prospective Randomized Controlled Study. *Med J Aust.* (170), 59 – 62.
4. **Fawsitt Christopher G.** (2013), "At What Price? A Cost-Effectiveness Analysis Comparing Trial of Labor after Previous Caesarean versus Elective Repeat Caesarean Delivery", *PLOS ONE*, 8 (3/2013), 1-8.
5. **Hsia Renee Y. et al** (2014), "Analysis of variation in charges and prices paid for vaginal and caesarean section births: a cross-sectional study", *BMJ Open*, 4 (1/2014), 1-10.
6. **Rotter T, Kinsman L** (2010), *Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs*. The Cochrane Collaboration, 2010, Issue 7.
7. **Schrijvers Guus et al** (2012), "The care pathway: concepts and theories: an introduction", *Research and theory*. Vol. 12, Special Edition Integrated Care Pathways.

MÔ HÌNH BỆNH TẬT TẠI BỆNH VIỆN QUẬN TÂN PHÚ NĂM 2016

Lương Văn Sinh¹, Đinh Thanh Hưng¹, Nguyễn Văn Tập²

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Quận Tân Phú, TP HCM

²Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lương Văn Sinh

Email: drsinh2001@yahoo.com

Ngày nhận bài: 13.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.11.2017

Ngày duyệt bài: 9.11.2017

Mục tiêu. Xác định mô hình bệnh tật tại bệnh viện Quận Tân Phú, thành phố Hồ Chí Minh năm 2016. **Phương pháp.** Khảo sát 15.861 hồ sơ bệnh án từ 01/01/2016-31/12/2016 tại bệnh viện quận Tân Phú, thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả.** Tổng số lượt bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện quận Tân Phú năm 2016 là 15.681 lượt người, trong đó tỷ lệ điều trị các bệnh không lây là 75,5%; bệnh lây là 18,4% và điều trị hậu quả của tai nạn, ngộ độc, chấn thương 6,1%. Phần lớn thuộc nhóm bệnh truyền nhiễm ký sinh trùng, bệnh hệ tuần hoàn, bệnh hô hấp và bệnh tiêu hóa, tỷ lệ lần lượt là 19,5%; 6,6%; 23,7%; 9,2%. Ngoài ra, tỷ lệ thuộc nhóm bị ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe và tiếp xúc dịch vụ y tế là 5,6%; chữa, đẻ và sau đẻ là 5,4%; chấn thương, ngộ độc, nguyên nhân bên ngoài 5,2%. Mười bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất trong toàn viện gồm sốt xuất huyết D 9,3%; viêm phổi do vi khuẩn 6,2%; khám thai 5,2%; nhiễm trùng đường ruột 3,9%; viêm phế quản 3,8%; rối loạn tiền đình 3,6%; chuyển dạ/sinh 3,2%; hen phế quản 3,1% sốt siêu vi 2,9% và bệnh lý rối loạn tiêu hóa 2,7%.

Từ khóa: mô hình bệnh tật, bệnh viện quận Tân Phú.

SUMMARY

MODEL OF DISEASES AT TAN PHU HOSPITAL, 2016

Objective. Determined model of diseases at Tan Phu, Ho Chi Minh city 2016. **Methods.** Survey of 15,861 patient records from January 01, 2016 to January 31, 2016 at Tan Phu District Hospital, Ho Chi Minh City. **Results.** Total number of inpatient hospitalized at Tan Phu district hospital in 2016 was 15,681, of which non-communicable disease treatment rate is 75.5%; Communicable disease is 18.4% and treat the consequences of accident, poisoning, injury 6.1%. Mostly parasitic infectious diseases, circulatory system, respiratory diseases and gastrointestinal diseases, the rate is 19.5%; 6.6%; 23.7%; 9.2%. In addition, the proportion of people affected to health status and access to health services was 5.6%; birth, delivery and postpartum 5.4%; injury, poisoning, external causes 5.2%. Ten diseases with the highest incidence in the whole hospital, including dengue fever D 9.3%; bacterial pneumonia 6.2%; antenatal care 5.2%; intestinal infection 3.9%; bronchitis 3.8%; 3.6% vestibular disorders; labor/birth 3.2%; bronchial asthma 3.1% viral fever 2.9% and gastrointestinal disorders 2.7%.

Keywords. disease model, Tan Phu hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô hình bệnh tật là sự phản ánh tình hình sức khỏe, tình hình kinh tế - xã hội của một cộng đồng, là yếu tố quan trọng giúp xây dựng kế hoạch chăm sóc sức khỏe nhân dân hiệu quả và toàn diện. Xã hội ngày càng phát triển, mô hình bệnh tật ở mỗi giai đoạn khác nhau, đòi hỏi cập nhật liên tục tình hình bệnh tật.

Bệnh viện quận Tân Phú là bệnh viện hạng 2, đã có nhiều sự phát triển trong những năm qua,

chất lượng ngày càng được nâng cao. Kết quả tổng kết hoạt động năm 2016 tại bệnh viện Quận Tân Phú cho thấy ở các khoa đều vượt chỉ tiêu giường bệnh, số lượng bệnh nhân ngày càng tăng lên [1], đòi hỏi cần có nhiều cải tiến chất lượng cũng như các định hướng phát triển chiến lược nhằm phục vụ người dân tốt nhất và nâng cao hiệu quả khám chữa bệnh. Nhằm cung cấp các cơ sở để tham mưu cho bệnh viện về các hoạt động trong kế hoạch phát triển bệnh viện, cung cấp tổng quan về tình hình bệnh tật tại bệnh viện tuyến quận/huyện tại thành phố Hồ Chí Minh, nghiên cứu này với mục tiêu: "xác định mô hình bệnh tật ở người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện Tân Phú năm 2016".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng: Tất cả bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện Quận Tân Phú.

Cỡ mẫu: Nghiên cứu này tiến hành thu thập thông tin từ tất cả hồ sơ bệnh án bao gồm 15.861 người bệnh đến khám và điều trị nội trú, hoặc được cấp cứu tại bệnh viện quận Tân Phú từ ngày 01/01/2016 đến 31/12/2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Nội dung nghiên cứu. Tiến hành thống kê và phân tích các dữ liệu từ hồ sơ bệnh án được lưu trữ tại phòng Kế hoạch Tổng hợp, bệnh viện Quận Tân Phú về tình hình bệnh tật, tỷ lệ và các đặc điểm của người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện năm 2016.

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...; mô hình bệnh tật được mô tả qua tỷ lệ % của mười bệnh thường gặp theo ICD-10, tỷ lệ các chương bệnh theo ICD-10 ở các bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện trong năm 2016, cơ cấu bệnh tật theo khoa, giới tính, nhóm tuổi...

2.3. Xử lý và phân tích dữ liệu. Các dữ liệu được nhập và quản lý bằng phần mềm EXCEL 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 Ban Lãnh đạo và Hội đồng khoa học công nghệ bệnh viện Quận Tân Phú.

III. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm của người bệnh nội trú năm 2016: Tỷ lệ bệnh nhân giới nữ cao hơn là 58,1% so với nam với 41,9%. Tỷ lệ nhóm 15-dưới 60 tuổi chiếm hơn 1/2 tổng số lượt bệnh, tiếp đến nhóm từ 60 tuổi trở lên 20,6%; nhóm dưới 6 tuổi 19,5% và nhóm 6 – dưới 15 tuổi là 8,0%. Về nghề nghiệp, chủ yếu là trẻ em và học sinh sinh viên chưa đi làm, tỷ lệ 31,8%; tỷ lệ người già là 15,6%; nhóm công nhân, nông dân 6,3%; tự do kinh doanh và nội trợ đều là 5,3%; 1,8% là cán bộ viên chức, còn lại 33,9% thuộc các ngành nghề khác. Về nơi cư trú, tỷ lệ hiện đang sinh sống trên địa bàn quận Tân Phú là 57,5%; ngoài ra tại quận Bình Tân là 12,3% và Tân Bình 7,2%; còn lại 23,0% hiện đang cư trú tại các quận huyện hoặc tỉnh thành khác.

Có 78,0% người bệnh có bảo hiểm y tế. Tỷ lệ điều trị nội trú tại khoa Nội cao nhất với 33,7%; tiếp đến là khoa Nhi với 27,1%; khoa Ngoại 14,4%; khoa Sản 12,5% và Hồi sức Cấp cứu 10,2%; các chuyên khoa Mắt 1,3% và Tai Mũi Họng 0,8%.

3.2. Cơ cấu bệnh tật của người bệnh điều trị nội trú năm 2016 trong toàn viện

Bảng 1. Mô hình bệnh tật của người bệnh nội trú theo nhóm bệnh (n=15.659)

Nhóm bệnh	Số lượng	Tỷ lệ %
Lây	3.045	19,5
Không lây	11.655	74,4
Tai nạn, ngộ độc và chấn thương	959	6,1

Tỷ lệ mắc các bệnh không lây là 75,5%; mắc bệnh lây là 18,4% và 6,1% được điều trị hậu quả của tai nạn, ngộ độc, chấn thương.

Bảng 2. Mô hình bệnh tật theo 21 chương bệnh (n=15.659)

Chương bệnh	Số lượng	Tỷ lệ %
I: Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng.	3.045	19,5
II: Khối u (Bướu tân sinh).	267	1,7
III: Bệnh máu, cơ quan tạo máu, rối loạn liên quan cơ chế miễn dịch.	114	0,7
IV: Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa.	328	2,1
V: Rối loạn tâm thần và hành vi.	153	1,0
VI: Bệnh của hệ thần kinh.	357	2,3
VII: Bệnh mắt và phần phụ.	205	1,3
VIII: Bệnh tai và xương chũm.	658	4,2
IX: Bệnh của hệ tuần hoàn.	1.034	6,6
X: Bệnh hệ hô hấp.	3.719	23,7
XI: Bệnh hệ tiêu hóa.	1.439	9,2
XII: Bệnh da và mô dưới da.	262	1,7
XIII: Bệnh cơ xương khớp và mô liên kết.	437	2,8
XIV: Bệnh hệ tiết niệu và sinh dục.	358	2,3
XV: Chứa, đẻ và sau đẻ.	848	5,4
XVI: Một số bệnh xuất phát trong thời kỳ sơ sinh.	100	0,6
XVII: Di tật, dị dạng bẩm sinh, bất thường nhiễm sắc thể.	47	0,3
XVIII: Triệu chứng, dấu hiệu và những phát hiện lâm sàng, cận lâm sàng bất thường không phân loại ở nơi khác.	456	2,9
XIX: Chấn thương, ngộ độc và hậu quả do nguyên nhân bên ngoài.	959	6,1
XX: Nguyên nhân bên ngoài của bệnh tật và tử vong.	0	0,0
XXI: Các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe và tiếp xúc y tế.	873	5,6

Hầu hết thuộc nhóm bệnh truyền nhiễm ký sinh trùng, bệnh hệ tuần hoàn, bệnh hô hấp và bệnh tiêu hóa (chương I, IX, X, XI), tỷ lệ lần lượt là 19,5%; 6,6%; 23,7%; 9,2%. Ngoài ra, tỷ lệ thuộc nhóm bị ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe và tiếp xúc dịch vụ y tế là 5,6%; chứa, đẻ và sau đẻ là 5,4%; chấn thương, ngộ độc, nguyên nhân bên ngoài 5,2%.

Bảng 3. Mười bệnh thường gặp nhất trong toàn viện theo ICD-10 (n=15.861)

STT	Tên bệnh	ICD-10	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Sốt xuất huyết Dengue	A91	1.467	9,3
2	Viêm phổi do vi trùng	J15	988	6,2
3	Theo dõi mang thai	Z34	832	5,2
4	Nhiễm trùng đường ruột	A04	621	3,9
5	Viêm phế quản	J20	606	3,8
6	Rối loạn tiền đình	H81	570	3,6

7	Chuyển dạ/sinh	O80	503	3,2
8	Hen phế quản	J45	497	3,1
9	Sốt siêu vi	A96.2	470	2,9
10	Rối loạn tiêu hóa	K30	434	2,7

Mười bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất trong toàn viện gồm sốt xuất huyết D 9,3%; viêm phổi do vi khuẩn 6,2%; khám thai 5,2%; nhiễm trùng đường ruột 3,9%; viêm phế quản 3,8%; rối loạn tiền đình 3,6%; chuyển dạ/sinh 3,2%; hen phế quản 3,1% sốt siêu vi 2,9% và bệnh lý rối loạn tiêu hóa 2,7%.

Bảng 4. Kết quả điều trị các loại bệnh trong toàn viện (n=15.643 người)

Kết quả điều trị	Số lượng	Tỷ lệ %
Khỏi hẳn	166	1,1
Đỡ, giảm	13.243	84,7
Không thay đổi	2.110	13,5
Nặng hơn	88	0,5
Tử vong	36	0,2

Hầu hết sau điều trị bệnh thuyên giảm với 84,7%; khỏi hẳn là 1,1%. Tuy vậy tỷ lệ không thay đổi là 13,5%.

Một số bệnh thường gặp ở người bệnh nội trú theo nhóm bệnh

Bảng 5. Một số bệnh thường gặp của nhóm bệnh lây theo ICD-10 (n=3.045)

STT	Tên bệnh	ICD-10	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Sốt xuất huyết Dengue	A91	1.466	42,4
2	Nhiễm trùng đường ruột	A04	626	18,1
3	Sốt siêu vi	A96.2	470	13,6
4	Viêm dạ dày ruột do Salmonella	A02.2	165	5,4
5	Tay chân miệng	B08.4	78	2,6

Một số bệnh lây thường gặp là sốt xuất huyết D 42,4%; nhiễm trùng đường ruột 18,1%; sốt siêu vi 13,6%; viêm dạ dày ruột do Salmonella 5,4% và tay chân miệng 2,6%.

Bảng 6. Mười bệnh thường gặp nhóm bệnh không lây theo ICD-10 (n=11.655)

STT	Tên bệnh	ICD 10	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Viêm phổi	J15	988	8,5
2	Theo dõi mang thai bình thường	Z34	832	7,3
3	Rối loạn tiền đình	H81	643	5,6
4	Viêm phế quản cấp	J20	606	5,2
5	Hen phế quản	J45	497	4,3
6	Chuyển dạ/sinh	O80	503	4,3
7	Rối loạn tiêu hóa	K30	434	3,7
8	Tăng huyết áp	I10	389	3,3
9	Viêm tiểu phế quản cấp	J21	333	2,9
10	Viêm dạ dày tá tràng	K29	300	2,6

Một số bệnh thường gặp nhất trong nhóm bệnh không lây nhiễm gồm viêm phổi 8,5%; khám thai 7,3%; rối loạn tiền đình 5,6%; viêm phế quản cấp tính 5,2%; hen phế quản 4,3%; chuyển dạ hoặc sinh 4,3%; rối loạn tiêu hóa

3,7%; tăng huyết áp 3,3%; viêm tiểu phế quản cấp tính 2,9% và viêm dạ dày tá tràng 2,6%.

Bảng 7. Mười bệnh thường gặp nhóm tai nạn, ngộ độc, thương tích (n=959 người)

STT	Tên bệnh	ICD-10	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Tổn thương nông ở đầu	S00	149	15,5
2	Tổn thương nông ở cẳng chân	S80	140	14,6
3	Tổn thương ở tay và bàn tay	S60	132	13,4
4	Các đa chấn thương chưa xác định	T14.9	72	7,5
5	Vết thương hở ở đầu	S01	66	6,9
6	Tổn thương ở chân, bàn chân	S90	48	5,0

Một số bệnh thường gặp trong nhóm tai nạn, thương tích, ngộ độc hầu hết là các chấn thương, vết thương nông do va chạm giao thông, tai nạn nghề nghiệp sinh hoạt.

Một số bệnh thường gặp ở người bệnh nội trú theo giới tính:

Ở nữ gồm khám thai 9,0%; sốt xuất huyết D 7,9%; chuyển dạ/sinh 5,5%; viêm phổi 5,3%; rối loạn tiền đình 5,0%; nhiễm trùng đường ruột 4,0%; viêm phế quản cấp 3,5%; tăng huyết áp 2,9%; sốt siêu vi 2,8% và rối loạn tiêu hóa 2,7%.

Ở nam gồm viêm phổi 7,6%; viêm phế quản cấp 4,2%; nhiễm trùng đường ruột 3,8%; hen phế quản 3,8%; bệnh phổi nghẽn tắc mạn tính 3,7%; sốt siêu vi 3,2%; viêm tiểu phế quản cấp 2,8%; sốt cao chưa rõ nguyên nhân 2,2% và viêm họng cấp 2,1%.

Một số bệnh thường gặp theo nhóm tuổi:

Dưới 6 tuổi: viêm phổi 24,8%; viêm tiểu phế quản cấp 10,8%; hen phế quản 9,8%; viêm phế quản cấp 5,4%; viêm họng cấp 5,0%; rối loạn tiêu hóa 4,3%; sốt cao co giật 3,9%; sốt xuất huyết D 3,4%; nhiễm salmonella 3,4% và nhiễm trùng đường ruột 3,1%.

Từ 6-15 tuổi: sốt xuất huyết D 39,3%; hen phế quản 7,3%; viêm phổi 5,7%; nhiễm trùng đường ruột 5,2%; rối loạn tiêu hóa 5,0%; sốt siêu vi 4,0%; viêm họng cấp 3,6%; viêm phế quản cấp 3,1%; nhiễm salmonella khu trú 2,0%.

Từ 16-60 tuổi: khám thai 10,1%; sốt xuất huyết D 10,1%; chuyển dạ/sinh 6,1%; nhiễm trùng đường ruột 4,2%; rối loạn tiền đình 4,0%; sốt siêu vi 3,1%; viêm dạ dày tá tràng 1,9%; viêm phế quản cấp 1,8% và xuất huyết tiêu hóa trên 1,8%.

Người cao tuổi: tăng huyết áp 7,6%; viêm phế quản cấp 7,6%; rối loạn tiền đình 7,4%; bệnh phổi nghẽn tắc mạn tính 6,2%; đục thể thủy tinh 4,2%; nhiễm trùng đường ruột 3,6%; viêm phổi không do vi khuẩn 3,3%; viêm phổi do vi khuẩn 2,8%; cơn đau thắt ngực 2,8% và viêm dạ dày tá tràng 2,7%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tình hình bệnh tật của người bệnh nội trú

Bảng 8. Nhóm tuổi liên quan đến nhóm bệnh

Nhóm tuổi	Bệnh lây		Bệnh không lây		Chấn thương, ngộ độc		Tổng cộng	p
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	
Dưới 6 tuổi	503	17,1	2.427	82,4	15	0,5	3.094	<0,05
6 – dưới 15	663	54,0	523	42,6	42	3,4	1.272	
15 – dưới 60	1.606	19,5	5.839	71,1	769	9,4	8.223	
Trên 60 tuổi	273	8,4	2.866	87,6	133	4,1	3.272	
Tổng cộng	3.045	19,5	11.655	74,4	959	6,1	15.861	

Nhóm trẻ dưới 6 tuổi chủ yếu mắc bệnh không lây với 82,5%; bệnh lây là 17,1%. Nhóm 6-15 tuổi, tỷ lệ bệnh lây 54,0%; không lây là 42,6% và chấn thương, ngộ độc chỉ 3,4%. Ở nhóm 15-60 tuổi, tỷ lệ mắc bệnh không lây cao là 71,1%; bệnh lây 19,5% và chấn thương ngộ độc cao nhất trong các nhóm tuổi với 9,4%. Ở nhóm người cao tuổi, hầu hết mắc các bệnh không lây với 87,6%, tỷ lệ bệnh lây 8,4% và chấn thương ngộ độc 4,1%. Những sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 9. Nơi cư trú liên quan đến nhóm bệnh

Nơi cư trú	Bệnh lây		Bệnh không lây		Chấn thương, ngộ độc		Tổng cộng	p
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	
Quận Tân Phú	1.659	18,7	6.806	75,5	513	5,8	9.010	<0,05
Quận Tân Bình	238	21,2	802	71,4	84	7,5	1.124	
Quận Bình Tân	431	22,4	1.369	71,2	124	6,4	1.924	
Nơi khác	685	19,0	2.678	74,4	238	6,6	3.601	
Tổng cộng	3.045	19,5	11.655	74,4	959	6,1	15.861	

Hầu hết người bệnh hiện đang cư trú tại quận Tân Phú, trong số này có 75,5% mắc bệnh lây, 18,7% mắc bệnh không lây và 5,8% bệnh tật do tai nạn, chấn thương ngộ độc; trong khi đó, tỷ lệ người bệnh tại quận Tân Bình điều trị 3 nhóm bệnh này lần lượt là 71,4%; 21,2% và 7,5%; tại quận Bình Tân là 71,2%; 22,4% và 6,4%; các vùng khác là 74,4%; 19,0% và 6,6%. Như vậy tỷ lệ bệnh lây ở người bệnh các vùng lân cận không thuộc quận Tân Phú cao hơn và ngược lại, bệnh không lây thấp hơn ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của người bệnh điều trị nội trú: Tỷ lệ bệnh nhân giới nữ cao hơn là 58,1% so với nam với 41,9%. Tỷ lệ nhóm 15-dưới 60 tuổi chiếm hơn 1/2 tổng số lượt bệnh phù hợp với cơ cấu dân số, hơn 40% người bệnh là trẻ em hoặc người cao tuổi. Về nơi cư trú, tỷ lệ hiện đang sinh sống trên địa bàn quận Tân Phú là 57,5% trong khi tại 2 quận giáp ranh là Bình Tân là 12,3% và Tân Bình 7,2%; còn lại 23,0% hiện đang cư trú tại các quận huyện hoặc

tỉnh thành khác. Điều này thể hiện rằng chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện quận Tân Phú ngày càng được nâng cao, được nhiều người dân địa phương và các vùng lân cận tin tưởng sử dụng dịch vụ. Có 78,0% người bệnh có bảo hiểm y tế, tỷ lệ này là phù hợp, theo báo cáo của Bộ Y tế và Nhóm đối tác Y tế, tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế tăng từ 60,0% năm 2010 lên 75,3% dân số năm 2015 [2]. Phần lớn người bệnh được điều trị tại khoa Nội và khoa Nhi với 33,7% và 27,1% phù hợp với cơ cấu nhóm tuổi của người bệnh nội trú, tỷ lệ điều trị tại khoa Ngoại 14,4%; khoa Sản 12,5% và Hồi sức Cấp cứu 10,2%; các chuyên khoa Mắt 1,3% và Tai Mũi Họng 0,8%; kết quả này gợi ý việc đầu tư, phát triển các chuyên khoa tại bệnh viện nói chung.

4.2. Cơ cấu bệnh tật của người bệnh điều trị nội trú: Tỷ lệ điều trị các bệnh không lây tại bệnh viện quận Tân Phú là 75,5% cao hơn rất nhiều so với bệnh lây với 18,4% và tai nạn, ngộ độc, chấn thương 6,1%. Kết quả này thể hiện sự chuyển dịch nhanh chóng về cơ cấu gánh nặng bệnh tật của người dân nói chung, theo khảo sát của nhóm đối tác Y tế và Bộ Y tế,

xu hướng gia tăng và dần chiếm ưu thế của các bệnh không lây trong cơ cấu gánh nặng bệnh tật và tử vong, từ năm 1990, bệnh không lây nhiễm đã vượt qua bệnh lây nhiễm để chiếm tỷ trọng lớn nhất trong tổng gánh nặng bệnh tật tính theo số năm sống mất đi sau khi hiệu chỉnh theo mức độ tàn tật (DALY). Gánh nặng do các bệnh không lây nhiễm đã tăng từ 45,5% năm 1990 lên 58,7% năm 2000, 60,1% năm 2010 và 66,2% năm 2012 [2].

Khảo sát cho thấy phần lớn người bệnh điều trị nhóm bệnh truyền nhiễm ký sinh trùng, bệnh hệ tuần hoàn, bệnh hô hấp và bệnh tiêu hóa (chương I, IX, X, XI), tỷ lệ lần lượt là 19,5%; 6,6%; 23,7%; 9,2%. Đây cũng là đặc điểm chung về tình hình bệnh tật trong cộng đồng [2],[5],[4] qua đó thể hiện được việc thực hiện các chức năng nhiệm vụ của bệnh viện, đúng với phân tuyến kỹ thuật. Ngoài ra, tỷ lệ thuộc nhóm bị ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe và tiếp xúc dịch vụ y tế là 5,6%; chữa, đẻ và sau đẻ là 5,4%; chấn thương, ngộ độc, nguyên nhân bên ngoài 5,2%. Mười bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất trong toàn viện gồm sốt xuất huyết Dengue 9,3%; viêm phổi do vi khuẩn 6,2%; khám thai 5,2%; nhiễm trùng đường ruột 3,9%; viêm phế quản 3,8%; rối loạn tiền đình 3,6%; chuyển dạ/sinh 3,2%; hen phế quản 3,1% sốt siêu vi 2,9% và bệnh lý rối loạn tiêu hóa 2,7%, đây là các bệnh thường gặp nhất trong cộng đồng nói chung, đáng lưu ý về tỷ lệ cao người bệnh điều trị bệnh sốt xuất huyết.

Kết quả cho thấy một số bệnh lây thường gặp là sốt xuất huyết Dengue 42,4%; nhiễm trùng đường ruột 18,1%; sốt siêu vi 13,6%; viêm dạ dày ruột do Salmonella 5,4% và tay chân miệng 2,6%. Một số bệnh thường gặp nhất trong nhóm bệnh không lây nhiễm gồm viêm phổi 8,5%; khám thai 7,3%; rối loạn tiền đình 5,6%; viêm phế quản cấp tính 5,2%; hen phế quản 4,3%; chuyển dạ hoặc sinh 4,3%; rối loạn tiêu hóa 3,7%; tăng huyết áp 3,3%; viêm tiểu phế quản cấp tính 2,9% và viêm dạ dày tá tràng 2,6%.

Về kết quả điều trị, tỷ lệ kết quả sau điều trị bệnh thuyên giảm với 84,7%; khỏi hẳn là 1,1%, tuy vậy tỷ lệ không thay đổi là 13,5%, các trường hợp này đều được chuyển viện lên tuyến trên phù hợp. Cần nâng cao hơn nữa về năng lực chuyên môn cũng như các phương tiện kỹ thuật nhằm tăng tỷ lệ điều trị giảm hoặc khỏi.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến tình hình bệnh tật của người bệnh nội trú

Nhóm trẻ dưới 6 tuổi chủ yếu mắc bệnh không lây với 82,5%; bệnh lây là 17,1% trong

khi nhóm 6-15 tuổi, tỷ lệ bệnh lây 54,0%; không lây là 42,6% và chấn thương, ngộ độc chỉ 3,4%. Ở nhóm 15-60 tuổi, tỷ lệ mắc bệnh không lây cao là 71,1%; bệnh lây 19,5% và chấn thương ngộ độc cao nhất trong các nhóm tuổi với 9,4%. Ở người cao tuổi, hầu hết mắc các bệnh không lây với 87,6%, tỷ lệ bệnh lây 8,4% và chấn thương ngộ độc 4,1%.

Một số bệnh thường gặp ở nhóm dưới 6 tuổi gồm viêm phổi; viêm tiểu phế quản cấp; hen phế quản; viêm phế quản cấp; viêm họng cấp; rối loạn tiêu hóa; sốt cao co giật; sốt xuất huyết D; nhiễm salmonella và nhiễm trùng đường ruột. Ở nhóm từ 6-15 tuổi gồm sốt xuất huyết Dengue; hen phế quản; viêm phổi; nhiễm trùng đường ruột; rối loạn tiêu hóa; sốt siêu vi; viêm họng cấp; viêm phế quản cấp; nhiễm salmonella khu trú. Ở nhóm từ 16-60 tuổi gồm khám thai; sốt xuất huyết Dengue; chuyển dạ/sinh; nhiễm trùng đường ruột; rối loạn tiền đình; sốt siêu vi; viêm dạ dày tá tràng; viêm phế quản cấp và xuất huyết tiêu hóa trên. Ở nhóm người cao tuổi gồm tăng huyết áp; viêm phế quản cấp; rối loạn tiền đình; bệnh phổi nghẽn tắc mạn tính; đục thể thủy tinh; nhiễm trùng đường ruột; viêm phổi không do vi khuẩn; viêm phổi do vi khuẩn; cơn đau thắt ngực và viêm dạ dày tá tràng.

Hầu hết người bệnh hiện đang cư trú tại quận Tân Phú, trong số này có 75,5% mắc bệnh lây, 18,7% mắc bệnh không lây và 5,8% bệnh tật do tai nạn, chấn thương ngộ độc; trong khi đó, tỷ lệ người bệnh tại quận Tân Bình điều trị 3 nhóm bệnh này lần lượt là 71,4%; 21,2% và 7,5%; tại quận Bình Tân là 71,2%; 22,4% và 6,4%; các vùng khác là 74,4%; 19,0% và 6,6%. Như vậy tỷ lệ bệnh lây ở người bệnh các vùng lân cận không thuộc quận Tân Phú cao hơn và ngược lại, bệnh không lây thấp hơn.

V. KẾT LUẬN

Tổng số lượt bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện quận Tân Phú năm 2016 là 15.681 lượt người, trong đó tỷ lệ điều trị các bệnh không lây là 75,5%; bệnh lây là 18,4% và điều trị hậu quả của tai nạn, ngộ độc, chấn thương 6,1%. Phần lớn thuộc nhóm bệnh truyền nhiễm ký sinh trùng, bệnh hệ tuần hoàn, bệnh hô hấp và bệnh tiêu hóa, tỷ lệ lần lượt là 19,5%; 6,6%; 23,7%; 9,2%. Ngoài ra, tỷ lệ thuộc nhóm bị ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe và tiếp xúc dịch vụ y tế là 5,6%; chữa, đẻ và sau đẻ là 5,4%; chấn thương, ngộ độc, nguyên nhân bên ngoài 5,2%. Mười bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất trong toàn viện gồm sốt xuất huyết D 9,3%; viêm phổi do vi

khuẩn 6,2%; khám thai 5,2%; nhiễm trùng đường ruột 3,9%; viêm phế quản 3,8%; rối loạn tiền đình 3,6%; chuyển dạ/sinh 3,2%; hen phế quản 3,1% sốt siêu vi 2,9% và bệnh lý rối loạn tiêu hóa 2,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Quận Tân Phú (2016)** Báo cáo tổng kết hoạt động năm 2016, bệnh viện Quận Tân Phú.
2. **Bộ Y Tế (2015)** Báo cáo chung tổng quan ngành y tế Việt Nam năm 2015, Nhà xuất bản Y học, HN.
3. **Nguyễn Văn Vinh Châu (2016)** Cập nhật sốt xuất huyết Dengue năm 2016, Ban chỉ đạo Quốc gia Phòng chống Sốt xuất huyết.
4. **Phạm Thị Tâm, Bùi Quang Nghĩa (2017)** "Nghiên cứu mô hình bệnh tật tại các trạm y tế xã

phường tỉnh Vĩnh Long năm 2014". *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, (9), 28-34.

5. **Phan Văn Linh, Phạm Thị Tâm (2017)** "Nghiên cứu mô hình bệnh tật tại các bệnh viện tỉnh Vĩnh Long trong 5 năm từ 2010 đến 2014". *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, (số 9/2017), 14-20.
6. **Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh (2015)** Khuyến cáo tăng cường triển khai hoạt động quản lý kế đơn và quản lý tuân thủ phác đồ điều trị, Ban hành kèm theo công văn số 2737/SYT-HDQLCLBV ngày 7 tháng 5 năm 2015.
7. **Võ Văn Ty, Trần Mạnh Hùng, Võ Thị Xuân Đài, Lê Sỹ Tâm (2012)** "Khảo sát mô hình bệnh tật và tử vong tại bệnh viện Thống Nhất năm 2010". *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 16 (Phụ bản số 1), 11-17.

NHU CẦU CHĂM SÓC SỨC KHỎE TẠI NHÀ CỦA BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN QUẬN TÂN PHÚ

Trương Thị Mai Huyền¹, Đinh Thanh Hưng¹,
Dương Thị Trang¹, Đinh Văn Quỳnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu. Xác định tỷ lệ có nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà của người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện Quận Tân Phú, thành phố Hồ Chí Minh năm 2016. **Phương pháp.** Điều tra ngang 306 người bệnh ngẫu nhiên đang điều trị nội trú tại các khoa Nội, Ngoại, Sản, Nhi bệnh viện Quận Tân Phú từ tháng 7/2016 đến 4/2017. **Kết quả.** Tỷ lệ người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện quận Tân Phú là cao với 37,3% và dự báo tăng trong tương lai cho thấy rằng việc triển khai các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà là cần thiết, có hiệu quả cao góp phần nhiều trong việc giảm tải bệnh viện. Cần tăng cường nguồn lực và quản lý hoạt động phòng khám bác sĩ gia đình, và thực hiện nhiều cải tiến chất lượng nhằm đáp ứng nhu cầu này của người dân. Một số yếu tố liên quan đến nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà gồm giới tính, khoa điều trị, có bảo hiểm y tế và sự hài lòng với các dịch vụ y tế tại bệnh viện.

Từ khóa. Nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà, bệnh viện Quận Tân Phú.

SUMMARY

HOME HEALTH CARE DEMAND OF INPATIENT TREATMENT AT TAN PHU DISTRICT HOSPITAL

Object. Determined proportion of home health care demand of inpatient treatment at Tan Phu District

Hospital, Ho Chi Minh City 2016. **Methods.** A cross-sectional survey of 306 randomized inpatients at the department of Boarding, Surgery, Obstetric, Pediatrics Tan Phu Hospital in Ho Chi Minh city, 2016.

Results. Proportion of home health care demand of inpatient treatment at Tan Phu District Hospital is high with 37,3%, forecasting that it will increase, that indicates that the deployment of home health care services is necessary, highly effective, contributing to reducing hospital discharge. Needing to increase resources and manage family doctor's clinic and make quality improvements to response this demand. Some of factors are related to the home health care demand include sex, treatment, health insurance and satisfaction with hospital services.

Keywords. Home health care demand, Tan Phu district Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng tăng cao, dẫn đến tình trạng quá tải xảy ra thường xuyên ở nhiều bệnh viện. Đã có một số chương trình giảm quá tải bệnh viện nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ đã được triển khai [4]; bên cạnh việc đầu tư mở rộng cơ sở vật chất, nâng cao chất lượng nhân lực, tăng cường quản lý, thì việc cải tiến chất lượng và phát triển mô hình phòng khám bác sĩ gia đình đang được quan tâm đặc biệt gần đây [2]. Năm 2016, Bộ Y tế phê duyệt kế hoạch nhân rộng và phát triển mô hình phòng khám bác sĩ gia đình trên toàn quốc nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản, toàn diện, liên tục cho cá nhân, gia đình và cộng đồng, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe ban đầu và giảm tải bệnh viện [3].

¹Bệnh viện Quận Tân Phú

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Mai Huyền

Email: huyentruongthimai@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.11.2017

Ngày duyệt bài: 10.11.2017

Những kết quả bước đầu triển khai mô hình này đã cho thấy hiệu quả cao, tuy vậy việc nhân rộng và phát triển mô hình còn gặp nhiều khó khăn. Kết quả tổng kết hoạt động năm 2014 tại bệnh viện Quận Tân Phú cho thấy ở các khoa đều vượt chỉ tiêu giường bệnh, số lượng bệnh nhân ngày càng tăng lên [1]. Nhằm cung cấp các cơ sở để tham mưu cho bệnh viện về lập kế hoạch và triển khai, phát triển mô hình phòng khám bác sĩ gia đình, nghiên cứu này được thực với mục tiêu: Xác định tỷ lệ có nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà và một số yếu tố liên quan của người bệnh điều trị nội trú, tại bệnh viện Tân Phú, 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả người bệnh đang điều trị nội trú tại Bệnh viện quận Tân Phú.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

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

Cỡ mẫu. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu

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

$Z^2_{1-\alpha/2}=1,96$ là trị số từ phân phối chuẩn với độ tin cậy 95%; $p=0,304$ là tỷ lệ có nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà theo nghiên cứu của Nguyễn Huỳnh Trang [6]. $d=0,06$ là sai số cho phép. Vậy cỡ mẫu tối thiểu $n=226$. Thực tế chọn 306 người bệnh.

Chọn mẫu. Chọn mẫu theo phương pháp rút thăm ngẫu nhiên 306 người từ những người bệnh đang điều trị nội trú từ tháng 7/2016 đến tháng 4/2017 tại các khoa Nội, Ngoại, Sản, Nhi thỏa những điều kiện đủ năng lực hành vi dân sự, đồng ý tham gia nghiên cứu, ngoại trừ trường hợp bệnh rất nặng hoặc đang trong tình trạng cấp cứu hoặc điều trị hồi sức tích cực.

Thu thập dữ liệu. Phỏng vấn trực tiếp 306 người bệnh theo bộ câu hỏi cấu trúc soạn sẵn đã được tu chỉnh từ các nghiên cứu trước. Bộ câu hỏi đã được nghiệm và cho thấy tính giá trị và tin cậy cao.

2.3. Quản lý và phân tích dữ liệu. Các dữ liệu được nhập liệu, quản lý bằng phần mềm Epidata 3.1 và được phân tích bằng phần mềm Stata 13. Thống kê mô tả qua các chỉ số là tỷ lệ %, điểm số trung bình và độ lệch chuẩn, sử dụng các kiểm định Chi bình phương và hồi quy logistic với xác suất sai lầm loại I là $\alpha=0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Quyền lợi và mọi thông tin của người tham gia nghiên cứu được đảm bảo theo đúng các quy định của Hội đồng đạo đức, nghiên cứu được sự chấp thuận của

ban giám đốc, được Hội đồng Khoa học Công nghệ của bệnh viện Tân Phú thông qua.

III. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm của người bệnh được nghiên cứu. Tỷ lệ giới nam là 59,8% cao hơn giới nữ với 40,2%. Tỷ lệ nhóm tuổi 25-55 cao nhất là 45,8%; tiếp đến nhóm 0-16 tuổi là 23,2%; nhóm >55 tuổi là 16,0% và thấp nhất là nhóm 17-24 tuổi với 15,0%. Tỷ lệ có học vấn ở bậc trung học phổ thông là cao nhất với 38,6%; tiếp đến là trung học cơ sở 34,0%; trung học phổ thông là 18,2% và thấp nhất là bậc tiểu học với 9,2%. Tỷ lệ có việc làm tại khu vực doanh nghiệp/cơ sở tư nhân cao nhất là 29,4%; cơ quan nhà nước là 7,2%; tự do sản xuất kinh doanh là 20,6%; nhóm khu vực khác là 16,7%. Ngoài ra tỷ lệ này ở nhóm nội trợ là 22,5% và hưu trí là 3,6%. Phần lớn cách bệnh viện từ 2-5km là 64,4%, tiếp đến là từ 6-10km là 20,6%; trên 10 km là 9,8% và < 2km chỉ có 5,2%. Về thu nhập bình quân của cả gia đình, tỷ lệ cao nhất ở nhóm trên 13 triệu đồng/tháng là 40,2%; tiếp đến là nhóm 9-13 triệu đồng/tháng 32,4% và nhóm 3,5-9 triệu đồng/tháng là 25,8%.

Về sự hài lòng người bệnh đối với các dịch vụ y tế tại bệnh viện Tân Phú, hầu hết người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện tự đánh giá hài lòng mức độ 70-80% với tỷ lệ là 36,6%; mức độ 90-100% là 34,3% và dưới 70% chỉ là 4,6%.

Bảng 1. Một số đặc điểm y tế của người bệnh (n=306 người bệnh)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Số ngày nằm viện	< 6 ngày	87
	6 - 15 ngày	206
	16 - 30 ngày	12
	> 30 ngày	1
Bảo hiểm y tế	Có	254
	Không	52
Tình trạng bệnh tật	Nhẹ	212
	Vừa	87
	Nặng	7

Hầu hết người bệnh có bảo hiểm y tế, tỷ lệ 83,0%. Tỷ lệ tình trạng bệnh tật mức nhẹ cao nhất là 69,3%; mức vừa 28,4%; mức nặng là 2,3%.

4.2. Nhu cầu của người bệnh về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà

Bảng 2. Tỷ lệ nhu cầu của người bệnh về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà

Nhu cầu chăm sóc	Tần số	Tỷ lệ %
------------------	--------	---------

sức khỏe tại nhà		
Có	114	37.3
Không	192	62.7
Tổng cộng	306	100.0

Tỷ lệ người bệnh, hoặc thân nhân người bệnh điều trị nội trú có nhu cầu sử dụng dịch vụ khám bệnh và chăm sóc sức khỏe tại nhà là 37,3%.

Bảng 3. Tỷ lệ nhu cầu về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà theo khoa

Khoa	Có nhu cầu		Không có nhu cầu		Tổng cộng
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	
Khoa Nội	12	14,6	70	85,4	82
Khoa Ngoại	63	77,8	18	22,2	81
Khoa Sản	15	20,3	59	79,7	74
Khoa Nhi	24	34,8	45	65,2	69

Tỷ lệ người bệnh hoặc thân nhân người bệnh có nhu cầu khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe tại nhà cao nhất tại khoa Ngoại với 77,8%; tại khoa Nhi là 34,8%; tại khoa Sản là 20,3% và thấp nhất tại khoa Nội với 14,6%.

4.5. Một số yếu tố liên quan đến nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà

Bảng 4. Một số đặc điểm dân số xã hội liên quan đến nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà của người bệnh nội trú

Đặc điểm	Có nhu cầu		Không có nhu cầu		OR (CI 95%)	p
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %		
Giới tính						
Nam	57	46,3	66	53,7	1,91 (1,16-0,15)	0,007
Nữ	57	31,2	126	68,8	1	0,007
Nhóm tuổi						
0 - 16	24	38,8	47	66,2	1	
17 - 24	18	39,1	28	60,9	1,26 (0,58-2,72)	0,63
25 - 55	56	60,0	84	40,0	1,31 (0,72-2,37)	0,49
> 55	16	67,4	33	32,6	0,95 (0,44-2,06)	0,91
Trình độ học vấn						
Dưới tiểu học/tiểu học	8	28,6	20	71,4	1	
THCS	39	37,5	65	62,5	1,50 (0,60-3,73)	0,48
THPT	42	35,6	76	64,4	1,38 (0,56-3,40)	0,57
Trên THPT	25	44,6	31	55,4	2,02 (0,76-5,34)	0,16

Tỷ lệ có nhu cầu khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe tại nhà ở giới nam là 46,3% cao hơn ở giới nữ với 31,2% (OR=1,91; p<0,05).

Bảng 5. Thu nhập bình quân gia đình liên quan đến nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà của người bệnh nội trú

Thu nhập hộ gia đình	Có nhu cầu		Không có nhu cầu		OR (CI 95%)	p
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %		
< 3,5 triệu	0	0	5	100,0	-	-
3,5 – 9 triệu	26	35,1	48	64,9	1	
9 – 13 triệu	34	34,0	66	66,0	0,95 (0,51-1,78)	0,87
> 13 triệu	54	42,5	73	57,5	1,36 (0,75-2,47)	0,30

Nhóm có thu nhập hộ gia đình dưới 3,5 triệu tỷ lệ có nhu cầu là 0,0%; nhóm thu nhập 3,5-9 triệu vnd/tháng là 35,1%; nhóm 9-13 triệu vnd/tháng là 42,5% (p>0,05).

Bảng 6. Một số đặc điểm y tế liên quan đến nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà của người bệnh nội trú

Đặc điểm	Có nhu cầu		Không có nhu cầu		OR (CI 95%)	p
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %		
Khoa điều trị: Nội	12	14,6	70	85,4	1	
Ngoại	63	77,8	18	22,2	20,4 (9,12-45,7)	<0,01
Sản	15	20,3	59	79,7	1,68 (0,64-3,41)	0,35
Nhi	24	34,8	45	65,2	3,11 (1,42-6,84)	<0,01
Số ngày nằm viện						
Dưới 6 ngày	28	32,2	59	67,8	1	
6-15 ngày	79	38,3	127	61,7	1,31 (0,77-2,22)	0,31

16-30 ngày	7	58,3	5	41,7	2,95 (2,86-10,1)	0,08
> 30 ngày	0	0,0	1	100,0	-	-
Bảo hiểm y tế; Có	105	41,3	149	58,7	3,37 (1,52-8,17)	<0,01
Không	9	17,3	43	82,7	1	
Tình trạng sức khỏe						
Nặng	2	28,6	5	71,4	0,55 (0,10-2,91)	0,48
Vừa	23	26,4	64	73,6	0,50 (0,28-0,86)	0,01
Nhẹ	89	42,0	123	58,0	1	

Tỷ lệ có nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người bệnh hoặc thân nhân người bệnh điều trị nội trú tại khoa Ngoại là 77,8%; khoa Nhi là 34,8%; cao hơn nhiều so với ở khoa Nội là 14,6% và khoa sản là 20,3% (OR so với khoa Nội là 20,4 và 30,11; $p < 0,05$). Tỷ lệ có nhu cầu ở nhóm có bảo hiểm y tế là 41,3% cao hơn nhiều so với nhóm không có bảo hiểm y tế với 17,3% (OR=3,37; $p < 0,05$).

Bảng 7. Sự hài lòng về dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện liên quan đến nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà

Tự đánh giá hài lòng	Có nhu cầu		Không có nhu cầu		OR (CI 95%)	p
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %		
< 70%	3	21,4	11	78,6	1	
70% – 80%	19	52,8	17	47,2	4,10 (0,97-17,2)	0,054
80% – 90%	45	52,9	40	47,1	4,12 (1,07-15,8)	0,04
90% – 100%	47	27,5	124	72,5	1,40 (0,37-5,20)	0,62

Tỷ lệ người bệnh hoặc thân nhân có nhu cầu chăm sóc sức khỏe ở nhóm tự đánh giá mức độ hài lòng 80-90% là 52,9%; cao hơn nhiều so với nhóm đánh giá hài lòng dưới 70% với tỷ lệ 21,4% (OR=4,12; $p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của người bệnh được khảo sát: Tỷ lệ người bệnh được khảo sát chủ yếu thuộc nhóm tuổi lao động; Phần lớn có học vấn ở bậc trung học cơ sở và trung học phổ thông và thấp nhất là bậc tiểu học với 9,2%. Tỷ lệ có việc làm tại khu vực doanh nghiệp/cơ sở tư nhân hoặc tự kinh doanh sản xuất là 50,0%; nội trợ là 22,5%. Phần lớn cách bệnh viện từ 2-5 km. Về thu nhập bình quân của cả gia đình, tỷ lệ cao nhất ở nhóm trên 13 triệu đồng/tháng là 40,2%; tiếp đến là nhóm 9-13 triệu đồng/tháng 32,4% và nhóm 3,5-9 triệu đồng/tháng là 25,8%. Tỷ lệ có bảo hiểm y tế cao; tình trạng bệnh tật mức nặng chỉ là 2,3%.

4.2. Nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà của người bệnh: Kết quả nghiên cứu này tại bệnh viện Quận Tân Phú, tỷ lệ người bệnh có nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà là 37,3%. Tỷ lệ nhu cầu là cao cho thấy rằng việc triển khai các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà là cần thiết, có hiệu quả cao góp phần nhiều trong việc giảm tải bệnh viện. Kết quả này là cao phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Huyền Trang trong kết luận thống kê về nhu cầu chăm sóc sức khỏe ở Hải Dương năm 2012, tỷ lệ người dân có nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà là 30,24% [6]. Theo Nguyễn Văn Sỹ, về thực trạng và nhu cầu chăm sóc sức khỏe hộ gia đình tại tỉnh Yên Bái năm 2009, người dân chỉ đi khám sức khỏe khi

có vấn đề về bệnh tật chiếm 42,7%, khi có ốm đau họ tự chữa ở nhà với tỷ lệ 21,9% sau đó mới đến các cơ sở y tế khác, như vậy tỷ lệ nhu cầu chăm sóc tại nhà cao phù hợp với kết quả nghiên cứu này[7]. Theo Bùi Thùy Dương, tỷ lệ nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngoài giờ và tại nhà của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2010 là cao từ 53,3% đến 90,3%; kết quả này cao, khác biệt kết quả nghiên cứu này, do những đặc điểm bệnh nhân và sự khác biệt phân tuyến kỹ thuật khác biệt so với tại bệnh viện Tân Phú. Nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà của người dân tại nhiều tỉnh thành là cao nhưng sự đáp ứng các dịch vụ y tế chưa đầy đủ [5].

Như vậy, nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà của người điều trị nội trú tại bệnh viện Quận Tân Phú là cao và dự báo gia tăng nhiều trong thời gian tới, Cần tăng cường nguồn lực và quản lý hoạt động phòng khám bác sỹ gia đình, và thực hiện nhiều cải tiến chất lượng nhằm đáp ứng tốt nhu cầu này của người dân.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà của người bệnh

Kết quả nghiên cứu này cho thấy một số yếu tố liên quan đến nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà của người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện quận Tân Phú gồm giới tính, khoa điều trị, có bảo hiểm y tế và sự hài lòng với các dịch vụ y tế tại bệnh viện.

Tỷ lệ có nhu cầu khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe tại nhà ở giới nam là 46,3% cao hơn ở giới nữ với 31,2%; ở người bệnh tại khoa Ngoại là 77,8%; khoa Nhi là 34,8%; cao hơn nhiều so với ở khoa Nội là 14,6% và khoa sản là 20,3%; ở nhóm có bảo hiểm y tế là 41,3% cao hơn nhiều so với nhóm không có bảo hiểm y tế với 17,3%. Tỷ lệ người bệnh ở khoa Ngoại có nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà là rất cao, những gánh nặng về tình trạng sức khỏe, tài chính là có thể là nguyên nhân chính dẫn đến việc người bệnh mong muốn được chăm sóc hậu phẫu tại gia đình, tuy vậy việc triển khai chăm sóc sức khỏe tại nhà đối với những người bệnh có tình trạng bệnh nặng, liên quan đến ngoại khoa có thể gặp nhiều khó khăn do điều kiện cơ sở vật chất và nguồn lực.

Trong nghiên cứu này, về sự hài lòng với các dịch vụ y tế tại bệnh viện mà trong đó có dịch vụ phòng khám gia đình, tỷ lệ tự đánh giá hài lòng ở mức độ trên 80% đạt chưa cao là 58,8%; tỷ lệ có nhu cầu ở nhóm tự đánh giá mức độ hài lòng 80-90% là 52,9%; cao hơn nhiều so với nhóm đánh giá hài lòng dưới 70% với tỷ lệ 21,4%. Sự hài lòng về dịch vụ y tế tại bệnh viện ảnh hưởng nhiều đến nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà của người bệnh nói riêng và người dân nói chung, việc cải tiến chất lượng không chỉ làm tăng cường hiệu quả, chất lượng dịch vụ mà góp phần giảm tải bệnh viện, đặc biệt đó là yếu tố thuận lợi cho triển khai dịch vụ phòng khám bác sĩ gia đình. Bệnh viện quận Tân Phú triển khai Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà là phù hợp với thực tiễn, khoa học và định hướng phát triển hiện nay và trong tương lai của ngành y tế.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện quận Tân Phú là cao với 37,3% và dự báo tăng trong tương lai cho thấy rằng việc triển khai các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà là cần thiết, có hiệu quả cao góp phần nhiều trong việc giảm tải bệnh viện. Cần tăng cường nguồn lực và quản lý hoạt động phòng khám bác sĩ gia đình, và thực hiện nhiều cải tiến chất lượng nhằm đáp ứng tốt nhu cầu này của người dân. Một số yếu tố liên quan đến nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà gồm giới tính, khoa điều trị, có bảo hiểm y tế và sự hài lòng với các dịch vụ y tế tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Quận Tân Phú (2014)** Báo cáo tổng kết hoạt động năm 2014, bệnh viện Quận Tân Phú.
2. **Bộ Y tế (2012)** Chỉ thị 05/CT-BYT ngày 10/9/2012 về việc tăng cường thực hiện các giải pháp nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh sau khi điều chỉnh giá dịch vụ y tế.
3. **Bộ Y tế (2016)** "Quyết định 1568/QĐ-BYT ngày 27/4/2016 phê duyệt kế hoạch nhân rộng và phát triển mô hình phòng khám bác sĩ gia đình tại Việt Nam, giai đoạn 2016-2020".
4. **Chính phủ Việt Nam (2013)** Quyết định số 92/QĐ-TTg ngày 09/01/2013 về Phê duyệt đề án giảm quá tải bệnh viện giai đoạn 2013 – 2020.
5. **Đặng Thị Lan Phương (2009)** Thực trạng và nhu cầu CSSK hộ gia đình tại tỉnh Kon Tum, Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Huyền Trang (2012)** Kết luận thống kê về nhu cầu chăm sóc sức khỏe ở Hải Dương, Trường Đại học Khoa học Tự nhiên.
7. **Nguyễn Văn Sỹ (2009)** Thực trạng nhu cầu chăm sóc sức khỏe hộ gia đình tại tỉnh Yên Bái, Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI PHÒNG KHÁM THEO YÊU CẦU, BỆNH VIỆN QUẬN BÌNH THẠNH, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2017

Nguyễn Quang Vinh¹, Bùi Quang Thái², Nguyễn Văn Tập²

TÓM TẮT

Mục tiêu. Xác định tỷ lệ hài lòng người bệnh tại phòng khám theo yêu cầu Bệnh viện Quận Bình Thạnh thành phố Hồ Chí Minh năm 2017. **Phương pháp.** Điều tra ngang 355 bệnh nhân có sử dụng dịch vụ

khám theo yêu cầu tại Bệnh viện Quận Bình Thạnh. **Kết quả.** Người dân rất hài lòng về dịch vụ phòng khám theo yêu cầu, điểm hài lòng trung bình chung đạt 6,05; về phương tiện hữu hình là 6,30; về khả năng đáp ứng dịch vụ là 6,07; về năng lực phục vụ của nhân viên y tế là 6,20; về danh tiếng, uy tín của bệnh viện là 5,84; về sự đồng cảm của nhân viên y tế là 5,55; về sự tin cậy là 6,16; về chi phí là 6,23. Có 97,2% người dân đồng ý tiếp tục sử dụng dịch vụ trong tương lai, 95,5% đồng ý sẽ giới thiệu dịch vụ cho người thân quen. Phòng khám theo yêu cầu đang thực hiện rất tốt vai trò cung cấp dịch vụ y tế. Cần tiếp tục duy trì và phát huy hơn nữa về chất lượng dịch vụ, đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của người dân.

¹ Bệnh viện Quận Bình Thạnh. TP. HCM

² Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Vinh

Email: vinh.nguoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.11.2017

Ngày duyệt bài: 10.11.2017

Từ khóa. HÀi lòng người bệnh, phòng khám theo yêu cầu, Bệnh viện Bình Thạnh.

SUMMARY

SATISFACTION OF PATIENTS AT THE REQUESTED DOCTOR CLINIC, HOSPITAL OF BINH THANH DISTRICT, HO CHI MINH CITY

Object. Evaluate satisfaction of patient using the Requested Doctor service at the hospital of Binh Thanh District, Ho Chi Minh city, 2017. **Methods.** Surveys of 355 patients using Requested Doctor service at the hospital of Binh Thanh District. **Results.** Patients are highly satisfied with the service of requested doctor clinic at Hospital of Binh Thanh District, overall satisfaction scores is 6,05; total average satisfaction score of specially on tangible medias is 6,30; about the public acknowledgement of the service is 6,07; about ability to response the service is 6,07, the capacity of the health care worker is 6,20; the sympathy of the medical staff is 5,55, the trust in the requested doctor is 6,16; about cost is 6,23. A high percentage of patients agree to continue using requested doctor services in the future at 97,2%; 95,5% agree to recommend services to relatives. The requested doctor clinic is playing an excellent role at providing medical service. It is necessary to maintain and improve the quality of the service, matching the raising standards of patients.

Keyword: Satisfaction of patient, requested doctor clinic; hospital of Binh Thanh district.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bác sĩ gia đình là bác sĩ đa khoa thực hành, chăm sóc toàn diện và liên tục cho người bệnh, có mối quan hệ lâu dài và bền vững với người bệnh, là những thầy thuốc gần với dân và gần dân nhất, là tuyến đầu trong công tác chăm sóc ban đầu. Với vai trò này, phòng khám bác sĩ gia đình sẽ góp phần làm giảm tải cho các bệnh viện tuyến trên thông. Hệ thống bác sĩ gia đình đã xuất hiện ở các nước phát triển từ rất lâu nhằm mục đích chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân. Tại Việt Nam, hệ thống phòng khám bác sĩ gia đình mới được triển khai theo hướng lồng ghép, tích hợp vào hệ thống y tế sẵn có từ trung ương đến địa phương để tăng hiệu quả, áp dụng bảo hiểm y tế cũng như chuyển tuyến hai chiều nhằm giảm quá tải bệnh viện một cách bền vững, đồng bộ. Để hệ thống phòng khám bác sĩ gia đình có thể thành công điều quan trọng nhất là luôn phải chú trọng chất lượng dịch vụ.

Sự hài lòng của người bệnh đóng vai trò quan trọng trong việc đo lường kết cục sức khỏe và chất lượng chăm sóc. Bệnh viện Bình Thạnh là một trong những nơi được triển khai mô hình phòng khám bác sĩ theo yêu cầu từ năm 2011, tuy vậy, chưa có các khảo sát, đánh giá chất lượng. Việc đánh giá chất lượng dịch vụ y tế là

cần thiết để làm cơ sở đưa ra những đề xuất cải thiện hướng tới phát triển một cách bền vững. Đánh giá sự hài lòng của người bệnh là biện pháp đánh giá chất lượng dịch vụ y tế trực tiếp và hiệu quả nhất[6], do đó, chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú đến khám và điều trị tại phòng khám bác sĩ theo yêu cầu và các yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân trên 18 tuổi khám ngoại trú tại phòng khám Bác Sĩ Theo yêu cầu, bệnh viện Quận Bình Thạnh, thành phố Hồ Chí Minh.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

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

Chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện với cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ là trị số của phân phối chuẩn với độ tin cậy 95%. $\alpha = 0,05$ là xác suất sai lầm loại I, chọn $d = 0,04$ là sai số cho phép. $p = 0,85$; dựa vào nghiên cứu "Tỷ lệ hài lòng của người bệnh ngoại trú về phòng khám bác sĩ gia đình tại phòng khám Nam Anh tỉnh Bình Dương, 2016" của tác giả Võ Thị Kim Anh, tỷ lệ hài lòng bệnh nhân là 85%[1]. Dự trừ mất mẫu 10%. Như vậy, cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 337 người dân. Thực tế khảo sát 355 người dân.

Phương pháp. Phỏng vấn người bệnh bằng phiếu khảo sát hài lòng người bệnh thiết kế sẵn.

Xử lý và phân tích số liệu. Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata-13. Mô tả và phân tích kết quả nghiên cứu qua các bảng và tính tỷ lệ phần trăm. Sử dụng kiểm định χ^2 để so sánh các tỷ lệ.

2.3. Chỉ số nghiên cứu. Mức độ hài lòng bệnh nhân được đánh giá theo 7 thành tố gồm phương tiện hữu hình, sự đáp ứng, sự đồng cảm, sự tin cậy, năng lực phục vụ, danh tiếng/uy tín, chi phí, dựa trên mô hình SERVQUAL[5]. Mức độ hài lòng được tính theo thang điểm 7 của Likert tương ứng với 7 mức độ (rất rất không hài lòng, rất không hài lòng, không hài lòng, trung lập, hài lòng, rất hài lòng, rất rất hài lòng)[4].

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Đảm bảo quyền lợi của bệnh nhân và bảo mật thông tin cá nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm của bệnh nhân sử dụng

dịch vụ khám bác sỹ theo yêu cầu

Đặc điểm của bệnh nhân sử dụng dịch vụ bác sĩ theo yêu cầu: Tỷ lệ giới nữ 55,5% và nam 45,5%. Đa số có học vấn trung học phổ thông với 83,9%; trung cấp, cao đẳng 11,4%; tỷ lệ đang hoặc đã từng có theo yêu cầu 75,4%.

Về số người thân tham tỷ lệ tham gia sử dụng dịch vụ khám bác sĩ theo yêu cầu cùng một số

người thân đạt 29,9%; cả theo yêu cầu sử dụng dịch vụ khám bác sĩ theo yêu cầu đạt 46,2%. Về nguồn thông tin giới thiệu đến với dịch vụ bác sĩ theo yêu cầu, tỷ lệ biết được dịch vụ bác sĩ theo yêu cầu từ người thân và bạn bè, hàng xóm là 22,7%; qua thông tin bệnh viện, tư vấn là 0,6%, qua các nguồn khác là 76,8%.

3.2 Hải lòng của người bệnh sử dụng dịch vụ khám bác sĩ theo yêu cầu**Bảng 1.** Mức độ hải lòng về phương tiện, trang thiết bị cơ sở vật chất bệnh viện (n=355)

Hải lòng về phương tiện hữu hình	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Trang thiết bị chẩn đoán hiện đại qua quảng cáo	6,14	0,85
Bác sĩ, y tá, nhân viên mặc đồng phục lịch sự	6,39	0,67
Khu vực công cộng sạch sẽ, không có rác	6,29	0,73
Nhà vệ sinh sạch sẽ, có nước và xà phòng	6,24	0,65
Giờ khám, chẩn đoán, xét nghiệm linh hoạt	6,29	0,89
Vị trí gần khu chẩn đoán, nhà thuốc	6,35	0,58
Có chỗ ngồi chờ khám cho bệnh nhân và thân nhân	6,37	0,58
Điểm hải lòng chung	6,30	0,60

Điểm hải lòng trung bình về phương tiện hữu hình đạt 6.30; trong đó về trang thiết bị chẩn đoán đạt 6.14 ± 0.85 ; về nhân viên y tế mặc đồng phục đạt 6.39 ± 0.67 ; về khu vực công cộng đạt 6.29 ± 0.73 ; về giờ khám, chẩn đoán, xét nghiệm đạt 6.29 ± 0.89 ; về vị trí khoa khám bệnh 6.24 ± 0.65 ; về vị trí gần khu chẩn đoán, nhà thuốc đạt 6.35 ± 0.58 ; về chỗ ngồi chờ khám đạt 6.37 ± 0.58 .

Bảng 2. Đánh giá của bệnh nhân về đáp ứng bệnh viện (n=423)

Hải lòng về đáp ứng của bệnh viện	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Khám ngay khi đến lượt	6,16	0,66
NVYT dành thời gian trả lời, hướng dẫn	6,06	0,99
Bác sĩ luôn giúp đỡ, tạo điều kiện thuận lợi	6,16	0,98
Bộ phận tiếp nhận trả lời điện thoại	5,88	1,06
Điểm hải lòng chung	6,07	0,73

Điểm hải lòng người bệnh trung bình về các đáp ứng của bệnh viện đạt 6.07; trong đó Hải lòng về việc được khám ngay khi đến lượt đạt 6.16 ± 0.66 ; nhân viên y tế dành thời gian trả lời, hướng dẫn đạt 6.06 ± 0.99 ; nhân viên y tế giúp đỡ, tạo điều kiện cho bệnh nhân 6.16 ± 0.98 ; về bộ phận tiếp nhận trả lời điện thoại đạt 5.88 ± 1.06 .

Bảng 3. Đánh giá của bệnh nhân về sự đồng cảm của nhân viên y tế (n=423)

Hải lòng về sự đồng cảm	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Bác sĩ khi khám ân cần, lắng nghe ý kiến	5,83	0,97
Bác sĩ luôn động viên, an ủi và giải thích kỹ lưỡng	6,19	0,91
Thường xuyên sinh hoạt câu lạc bộ	4,18	0,60
Không tự di chuyển được, bác sĩ đến khám tại nhà	5,46	1,07
Bác sĩ khám kỹ và cho lời khuyên phù hợp	6,09	0,90
Điểm hải lòng chung	5,55	0,54

Điểm hải lòng trung bình về sự đồng cảm của nhân viên y tế đạt 5,55; trong đó về việc bác sĩ khám ân cần, lắng nghe ý kiến đạt 5.83 ± 0.97 ; bác sĩ luôn động viên, an ủi và giải thích kỹ lưỡng đạt 6.19 ± 0.91 ; về sinh hoạt câu lạc bộ đạt 4.18 ± 0.60 ; về bác sĩ đến nhà khám bệnh đạt 5.46 ± 1.07 ; bác sĩ khám kỹ và đưa ra lời khuyên phù hợp đạt 6.09 ± 0.90 .

Bảng 4. Mức độ tin cậy của bệnh nhân đối với bệnh viện (n=423)

Tin cậy của bệnh nhân	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Thăm khám, nhận kết quả theo đúng lịch hẹn	6,34	0,79
Định kỳ tầm soát ung thư, bệnh mãn tính	6,23	0,80
Thắc mắc với nhân viên, đơn vị giải quyết thiện chí	6,08	0,92
Lập hồ sơ theo dõi ngay lần khám đầu tiên	6,28	0,76
Có xin lỗi khi nhân viên không đúng lịch khám	5,88	0,96
Điểm hải lòng chung	6,16	0,63

Điểm hài lòng trung bình về sự tin cậy của bệnh nhân với bệnh viện đạt 6,16; trong đó về việc được thăm khám, nhận kết quả đúng lịch hẹn đạt $6,34 \pm 0,79$; về định kỳ tầm soát ung thư, bệnh mãn tính đạt $6,23 \pm 0,80$; thắc mắc với nhân viên, đơn vị được giải quyết thiên chí đạt $6,08 \pm 0,92$; về lập hồ sơ theo dõi ngay lần khám đầu tiên đạt $6,28 \pm 0,76$; về được có thông báo lịch khám là $5,88 \pm 0,96$.

Bảng 5. Đánh giá của bệnh nhân về năng lực phục vụ của nhân viên y tế (n=423)

Hài lòng về năng lực phục vụ nhân viên y tế	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Bác sĩ tư vấn phương pháp điều trị và phòng bệnh	6,25	0,79
Bác sĩ xác định được các vấn đề ở giai đoạn sớm	6,17	0,86
Có lưu trữ hồ sơ đầy đủ và bảo mật	6,29	0,74
An cần, tươi cười chào hỏi bệnh nhân	6,02	0,99
Chuyển khám chuyên khoa nếu nghiêm trọng	6,26	0,72
Điểm hài lòng chung	6,20	0,63

Điểm hài lòng trung bình về năng lực phục vụ của nhân viên y tế đạt 6,20; trong đó về tư vấn cho bệnh nhân là $6,25 \pm 0,79$; về xác định vấn đề ở giai đoạn sớm đạt $6,17 \pm 0,86$; về lưu trữ hồ sơ bệnh án đầy đủ, bảo mật đạt $6,29 \pm 0,74$; về thái độ ân cần, tươi cười chào hỏi đạt $6,02 \pm 0,99$; về được chuyển khám chuyên khoa nếu nghiêm trọng đạt $6,26 \pm 0,72$.

Bảng 6. Danh tiếng, uy tín bệnh viện (n=423)

Hài lòng về danh tiếng, uy tín	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Thường xuyên tổ chức khám từ thiện	4,20	0,65
Đăng ký thăm khám dài hạn	4,20	0,64
Tham gia khám bệnh do người thân/bạn bè giới thiệu	6,32	0,63
Giới thiệu dịch vụ	6,21	0,71
Đường dây nóng, hộp thư góp ý	6,02	0,81
Điểm hài lòng chung	5,84	0,47

Điểm hài lòng trung bình về danh tiếng, uy tín bệnh viện đạt 5,84; trong đó, về tổ chức khám từ thiện đạt $4,20 \pm 0,65$; đăng ký khám dài hạn ở bệnh viện đạt $4,20 \pm 0,64$; về tham gia khám bệnh do người thân quen giới thiệu đạt $6,32 \pm 0,63$; về giới thiệu dịch vụ đạt $6,21 \pm 0,71$; về đường dây nóng góp ý đạt $6,02 \pm 0,81$.

Bảng 7. Đánh giá của bệnh nhân về chi phí điều trị (n=423)

Hài lòng về chi phí	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Thu phí khám, chẩn đoán phù hợp với điều kiện	6,34	0,64
Thanh toán phí khám, chẩn đoán linh hoạt	6,18	0,75
Mức tăng phí khám, chuẩn đoán hàng năm hợp lý	6,17	0,70
Có chính sách giảm phí cho hoàn cảnh đặc biệt	6,17	0,68
Có khám bảo hiểm y tế	6,31	0,51
Điểm hài lòng chung	6,23	0,53

Điểm hài lòng trung bình về chi phí đạt 6,23; trong đó về việc thu phí khám, chẩn đoán phù hợp đạt $6,34 \pm 0,64$; phương thức thanh toán linh hoạt đạt $6,18 \pm 0,75$; về mức tăng phí khám chữa bệnh hàng năm hợp lý đạt $6,17 \pm 0,70$; về chính sách giảm phí cho người có hoàn cảnh đặc biệt đạt $6,17 \pm 0,68$; về khám bảo hiểm y tế đạt $6,31 \pm 0,51$.

Bảng 8. Đánh giá hài lòng về chất lượng dịch vụ khám bác sĩ theo yêu cầu (n=355)

Nội dung	Tần số (n=355)	Tỷ lệ (%)
Tiếp tục sử dụng dịch vụ	345	97,2
Giới thiệu dịch vụ cho bạn bè, người thân	339	95,5

Tỷ lệ mong muốn tiếp tục sử dụng dịch vụ khám bác sĩ theo yêu cầu trong tương lai là 97,2%; quyết định sẽ giới thiệu dịch vụ cho người thân quen đạt 95,5%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả tỷ lệ nữ nhiều hơn nam (55,5% so với 45,5%). Tỷ lệ người đã kết hôn rất cao,

chiếm tới 78%. Về số người thân tham gia, có tới 76,1% người bệnh có người thân cùng tham gia, trong đó 46,2% người dân có cả nhà cùng tham gia sử dụng dịch vụ. Tỷ lệ người dân sử dụng BHYT đạt tới 93,5% cao hơn so với kết quả của nghiên cứu "*Khảo sát hiểu biết về bác sĩ theo yêu cầu và sự hài lòng của người dân đến khám tại phòng khám Y học theo yêu cầu Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh thuộc Bệnh viện Quận 2*" của Bùi Trí Dũng là 89,13%[2]. Điều này chứng tỏ người bệnh rất hài lòng với việc sử dụng BHYT trong việc khám chữa bệnh, cho thấy mô hình phòng khám bác sĩ theo yêu cầu đang đi đúng hướng trong việc khuyến khích người dân sử dụng bảo hiểm y tế trong khám chữa bệnh.

Hài lòng của bệnh nhân về phương tiện hữu hình. Điểm số trung bình về sự hài lòng của người bệnh về phương tiện hữu hình ở mức rất cao 6,30 điểm, trong đó, về trang thiết bị chẩn đoán đạt $6,14 \pm 0,85$; về nhân viên y tế mặc đồng phục đạt $6,39 \pm 0,67$; về khu vực công cộng đạt $6,29 \pm 0,73$; về giờ khám, chẩn đoán, xét nghiệm đạt $6,29 \pm 0,89$; về vị trí khoa khám bệnh $6,35 \pm 0,58$; về chỗ ngồi chờ khám đạt $6,37 \pm 0,58$. Kết quả này cho thấy sự cải thiện hiệu quả của mô hình phòng khám bác sĩ theo yêu cầu khi điểm số hài lòng của người bệnh trong nghiên cứu cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Trần Văn Khanh tại phòng khám bác sĩ theo yêu cầu bệnh viện Quận 2 đạt số điểm trung bình là 4,86[3].

Hài lòng của bệnh nhân về đáp ứng về dịch vụ khám bác sĩ theo yêu cầu: Điểm hài lòng người bệnh trung bình về các đáp ứng của bệnh viện tương đối cao đạt 6,07. Hài lòng về việc được khám ngay khi đến lượt đạt $6,16 \pm 0,66$; nhân viên y tế dành thời gian trả lời, hướng dẫn đạt $6,06 \pm 0,99$; nhân viên y tế giúp đỡ, tạo điều kiện cho bệnh nhân $6,16 \pm 0,98$. Kết quả cho thấy người dân hài lòng về khả năng đáp ứng này; sự hài lòng về bộ phận tiếp nhận trả lời điện thoại là thấp nhất điểm trung bình chỉ đạt $5,88 \pm 1,06$. Tuy vậy điểm trung bình này vẫn ở mức rất cao và cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Trần Văn Khanh chỉ đạt $3,22 \pm 0,56$ [3].

Hài lòng của bệnh nhân về đồng cảm của bác sĩ theo yêu cầu: Sự đồng cảm của NVYT tại phòng khám BSGĐ Bệnh viện Quận Bình Thạnh đạt điểm hài lòng thấp nhất trong tất cả các yếu tố 5,55. Điểm hài lòng trung bình về việc bác sĩ khám ân cần, lắng nghe ý kiến đạt $5,83 \pm 0,97$; bác sĩ luôn động viên, an ủi và giải thích kỹ lưỡng đạt $6,19 \pm 0,91$; về sinh hoạt câu lạc bộ chỉ đạt $4,18 \pm 0,60$; về bác sĩ đến nhà khám bệnh đạt $5,46 \pm 1,07$; bác sĩ khám kỹ và đưa ra lời khuyên phù hợp đạt $6,09 \pm 0,90$. Điểm trung bình thấp nhất ở 2 khía cạnh sinh hoạt câu lạc bộ và bác sĩ đến nhà khám đối với bệnh nhân không tự đi được tương tự như nghiên cứu của tác giả Võ Thị Kim Anh.

Bệnh nhân tin cậy ở bác sĩ theo yêu cầu

Điểm hài lòng trung bình về tin cậy của người dân với dịch vụ khám bác sĩ theo yêu cầu đạt 6,16; trong đó, về việc được thăm khám, nhận kết quả đúng lịch hẹn đạt $6,34 \pm 0,79$; về định kỳ tầm soát ung thư, bệnh mãn tính đạt $6,23 \pm 0,80$; về thái độ của NVYT khi giải đáp thắc mắc đạt $6,08 \pm 0,92$; về lập hồ sơ theo dõi ngay lần khám đầu tiên đạt $6,08 \pm 0,92$; về thông báo lịch khám

cho người bệnh đạt $5,88 \pm 0,61$. Mức độ hài lòng về khía cạnh tin cậy rất cao so với nghiên cứu của Trần Văn Khanh[3] chứng tỏ bệnh viện đã chiếm được lòng tin của người bệnh thông qua cải thiện chất lượng dịch vụ y tế để qua đó tăng sự tuân thủ điều trị cũng như sự gắn bó của bệnh nhân với cơ sở y tế.

Hài lòng của bệnh nhân về năng lực phục vụ:

Hài lòng của người dân về năng lực phục vụ tại phòng khám BS GD ở mức cao đạt 6,20 điểm, trong đó về tư vấn cho bệnh nhân là $6,25 \pm 0,79$; về xác định vấn đề ở giai đoạn sớm đạt $6,17 \pm 0,86$; về lưu trữ hồ sơ bệnh án đầy đủ, bảo mật đạt $6,29 \pm 0,74$; về thái độ ân cần, tươi cười chào hỏi đạt $6,02 \pm 0,99$; về được chuyển khám chuyên khoa nếu nghiêm trọng đạt $6,26 \pm 0,72$. Điểm trung bình về năng lực đạt kết quả rất cao, cao hơn so với nghiên cứu của Bùi Trí Dũng thực hiện tại bệnh viện Quận 2 Tp. Hồ Chí Minh[2]. Điều này cho thấy sự cải thiện trong năng lực phục vụ của nhân viên y tế tạo được sự an tâm cho người bệnh từ đó đạt được phản hồi rất tốt từ người dân.

Hài lòng của bệnh nhân về danh tiếng bệnh viện:

Điểm hài lòng trung bình về danh tiếng, uy tín bệnh viện ở mức cao đạt 5,84 điểm; trong đó một số khía cạnh đạt điểm cao, về tham gia khám bệnh do người thân quen giới thiệu đạt $6,32 \pm 0,63$; về giới thiệu dịch vụ đạt $6,21 \pm 0,81$; về đường dây nóng góp ý đạt $6,02 \pm 0,81$. Tuy nhiên, về vấn đề thường xuyên tổ chức khám từ thiện và đăng ký khám bệnh dài hạn thì người dân chỉ đánh giá là tạm hài lòng, điểm số đạt $4,2 \pm 0,65$ và $4,2 \pm 0,64$. Trong điều kiện xã hội hiện đại, người bệnh có thể dễ dàng tiếp xúc với các nguồn thông tin không đảm bảo về chăm sóc sức khỏe, việc thực hiện các buổi khám từ thiện không chỉ nâng cao danh tiếng của bệnh viện mà còn mang vai trò cung cấp những thông tin chính xác trong chăm sóc sức khỏe cho người dân.

Hài lòng của bệnh nhân về chi phí:

Kết quả điểm hài lòng trung bình về chi phí đạt cao ở mức 6,23 điểm, trong đó về việc thu phí khám, chẩn đoán phù hợp đạt $6,34 \pm 0,64$; phương thức thanh toán linh hoạt đạt $6,18 \pm 0,75$; về mức tăng phí khám chữa bệnh hằng năm hợp lý đạt $6,17 \pm 0,70$; về chính sách giảm phí cho người có hoàn cảnh đặc biệt đạt $6,17 \pm 0,68$; về khám bảo hiểm y tế đạt $6,31 \pm 0,51$. Mức hài lòng của bệnh nhân với chi phí rất cao có thể xuất phát từ việc tỷ lệ sử dụng BHYT đạt tới 93,5% giúp giảm chi phí khám chữa bệnh.

V. KẾT LUẬN

Điểm hài lòng trung bình của người dân ở mức tương đối cao, điểm hài lòng trung bình về phương tiện hữu hình đạt 6,30; về khả năng đáp ứng dịch vụ đạt 6,07; về sự đồng cảm của nhân viên y tế đạt 5,55; sự tin cậy vào bác sỹ theo yêu cầu đạt 6,16; về năng lực phục vụ của nhân viên y tế đạt 6,20; về danh tiếng, uy tín của bệnh viện đạt 5,84; về chi phí đạt 6,23. Có tới 97,2% người dân đồng ý tiếp tục sử dụng dịch vụ bác sỹ theo yêu cầu trong tương lai, 95,5% đồng ý sẽ giới thiệu dịch vụ cho người thân quen. Phòng khám bác sỹ theo yêu cầu bệnh viện Quận Bình Thạnh hiện đang thực hiện rất tốt vai trò khám chữa bệnh của mình, cần duy trì và tiếp tục phát huy để không ngừng nâng cao chất lượng và sự hài lòng của người dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Thị Kim Anh, Trần Văn Hưởng**, Phan Trọng Lân, Nguyễn Văn Tập (2016) "Sự hài lòng của người bệnh mạn tính điều trị ngoại trú tại phòng khám bác sĩ gia đình thuộc phòng khám đa khoa Nam Anh, tỉnh Bình Dương, 2015 - 2016". *Tạp chí Y học Dự phòng*, Tập 26 (số 13).
2. **Bùi Trí Dũng (2016)** *Khảo sát sự hiểu biết về bác sĩ gia đình và sự hài lòng của người dân đến khám tại phòng khám y học gia đình Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh thuộc bệnh viện Quận 2*, Luận án chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Dược TP.HCM.
3. **Trần Văn Khanh, Phạm Lê An**, Nguyễn Quỳnh Trúc, Đinh Văn Quỳnh (2016) "Sự hài lòng của người bệnh tại phòng khám bác sĩ gia đình bệnh viện Quận 2 thành phố Hồ Chí Minh".
4. **Jan Losby, Anna Wetmore (2012)** "Using Likert scale in evaluation survey work". *CDC*.
5. **Parasuraman A, B L.L Zeithaml V A (1988)** "Servqual. A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality". *Journal of Retailing*, 64, 12-40.
6. **Rashid Al-Abri, Amina Al-Balushi (2013)** "Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement".

HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU CỦA ĐIỆN CHÂM TRONG ĐIỀU TRỊ CHỨNG ĐAU CỔ DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ TẠI BỆNH VIỆN BÌNH THẠNH

TÓM TẮT

Đau cổ do thoái hóa cột sống cổ là triệu chứng thường gặp trong cuộc sống hàng ngày và ngày càng nhiều người trẻ mắc phải. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của phương pháp điện châm trong điều trị chứng đau cổ do thoái hóa cột sống cổ. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp trên 200 bệnh nhân được chẩn đoán đau cổ do thoái hóa cột sống cổ điều trị tại khoa Y học cổ truyền – Vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng, bệnh viện Bình Thạnh, thành phố Hồ Chí Minh, được chia thành 2 nhóm: nhóm điện châm gồm 100 bệnh nhân và nhóm châm cứu gồm 100 bệnh nhân. **Kết quả:** Sau 20 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm điện châm có kết quả điều trị tốt tăng từ 0% lên 15% ($p<0,05$), kết quả điều trị khá tăng từ 13% lên 31% ($p<0,05$, CSHQ=138,5%), kết quả điều trị trung bình giảm từ 40% xuống 22% ($p<0,05$, CSHQ=45%), kết quả điều trị kém giảm từ 47% xuống 32% ($p<0,05$, CSHQ=31,9%). Sự cải thiện về mức độ đau, tầm vận động cột sống cổ, các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày sau điều trị ở nhóm điện châm tốt hơn so với nhóm châm cứu ($p<0,05$). **Kết luận:** Điện châm có tác dụng tốt trong điều trị đau cổ do thoái hóa cột sống cổ.

*Bệnh viện Quận Bình Thạnh. TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thu Hằng

Email: hangtttt@bvbhinhthanh.org.vn

Ngày nhận bài: 15.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 31.10.2017

Ngày duyệt bài: 6.11.2017

Trần Thị Thu Hằng*, Dương Minh Hoàng*

Không thấy các tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị.

Từ khóa: Hiệu quả điều trị, điện châm, thoái hóa cột sống cổ.

SUMMARY

EFFECTIVE PAIN RELIEF OF ELECTROACUPUNCTURE THERAPY BY CERVICAL SPONDYLOSIS AT BINH THANH HOSPITAL, HO CHI MINH CITY

Neck pain caused by cervical spondylosis is a common symptom bothering people in daily life and more and more young people are affected.

Objectives: The research was aimed at assessing the effect of electroacupuncture on the treatment of low neck pain caused by cervical spondylosis. **Methods:** A clinical intervention study was carried out on 200 patients treated at department of traditional, rehabilitation and alternative medicine in Binh Thanh hospital, Ho Chi Minh City, was conducted on 2 groups: electroacupuncture group with 100 patients and 100 other patients in the acupuncture group who got the neck pain caused by cervical spondylosis.

Results: After 20 days of the treatment, the percentage of patients in the electroacupuncture group with good results increased from 0% to 15% ($p<0.05$), that of those whose satisfied results increased from 13% to 31% ($p<0.05$, effective index EI=138.5%), that of those whose moderate results decreased from 40% to 22% ($p<0.05$, EI=45%) and that of those whose dissatisfied results decreased from 47% to 32% ($p<0.05$, EI=31.9%). The improvement

of the level of pain, motion of the cervical spine, functional activities of daily living in the electroacupuncture group is better than the acupuncture group ($p < 0.05$).

Conclusion: Electroacupuncture is effective in the treatment of low neck pain by cervical spondylosis. There is no side-effects reported.

Keywords: Effective treatment, electroacupuncture, cervical spondylosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa cột sống cổ đứng hàng thứ hai sau thoái hóa cột sống thắt lưng 31% và chiếm 14% trong các bệnh thoái hóa khớp [1], [7]. Đau cột sống cổ do thoái hóa cột sống cổ là một loại hội chứng rất phổ biến, có thể xảy ra ở mọi người, không kể lứa tuổi, giới tính, tầng lớp xã hội và nghề nghiệp lao động nặng nhẹ nào, hầu như không một ai trong cuộc đời mình lại không có một lần đau cột sống cổ. Có nhiều phương pháp điều trị đau cột sống cổ bằng Tây y với mục đích trả bệnh nhân về với công việc và giải phóng bệnh nhân khỏi nỗi đớn đau, tránh đau kéo dài để trở thành đau mạn tính. Bên cạnh đó, nền y học phương Đông đã mô tả chứng kiên bối thống rất rõ ràng trong các y văn cổ và có nhiều phương pháp điều trị hiệu quả như thuốc đông y, xoa bóp bấm huyệt, châm cứu. Trong tình hình bệnh nhân đến điều trị tại khoa Y học cổ truyền – Vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng, bệnh viện Bình Thạnh ngày càng tăng, để đáp ứng nhu cầu phục vụ và đánh giá hiệu quả giảm đau của điện châm, vì vậy nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau của điện châm trong điều trị chứng đau cổ do thoái hóa cột sống cổ tại bệnh viện Bình Thạnh, thành phố Hồ Chí Minh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Can thiệp lâm sàng có đối chứng.

Thời gian nghiên cứu: Tháng 06/2015 đến tháng 09/2015.

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân từ 20 tuổi trở lên được chẩn đoán đau cột sống cổ do thoái hóa cột sống cổ điều trị tại khoa Y học cổ truyền – Vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng, bệnh viện Bình Thạnh, thành phố Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo y học hiện đại: Bệnh nhân được chẩn đoán đau cột sống cổ do thoái hóa cột sống cổ. X quang thường quy có hình ảnh thoái hóa cột sống cổ.

Sự cải thiện về mức độ đau ở nhóm điện châm và nhóm chứng

Bảng 1. Sự cải thiện về mức độ đau sau 10 ngày điều trị

Mức độ đau	Nhóm điện châm (n=100)				Nhóm chứng (n=100)				HQCT %
	TCT	SCT	p	CSHQ	TCT	SCT	p	CSHQ	

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo y học cổ truyền: Bệnh nhân đau cột sống cổ thể phong hàn thấp.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Bệnh nhân đau cổ kèm theo các bệnh mạn tính như lao, ung thư, suy tim, suy gan, suy thận, đái tháo đường, HIV/AIDS, các bệnh viêm nhiễm cấp tính, viêm da. Bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

Liệu trình điều trị: Nhóm chứng gồm 100 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp châm cứu 20 phút/lần/ngày trong 20 ngày. Nhóm can thiệp gồm 100 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp điện châm 20 phút/lần/ngày trong 20 ngày.

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả: *Tốt:* Hết đau hoặc đau ít, hết hạn chế tầm vận động khớp, hết ảnh hưởng chức năng. *Khá:* Đau mức ít, hạn chế tầm vận động khớp ít, ảnh hưởng chức năng ít. *Trung bình:* Đau mức vừa, hạn chế tầm vận động khớp mức trung bình, chức năng ảnh hưởng mức trung bình. *Kém:* Đau nhiều hoặc đau dữ dội, hạn chế tầm vận động khớp nhiều, chức năng ảnh hưởng nhiều hoặc rất nhiều.

Hiệu quả can thiệp được đánh giá bằng chỉ số hiệu quả (CSHQ):

$$\text{CSHQ \%} = \frac{|p_1 - p_2|}{p_1}$$

Với p_1 , p_2 là tỷ lệ chỉ số đánh giá ở thời điểm trước và sau can thiệp

Hiệu quả can thiệp (HQCT): $\text{HQCT (\%)} = \frac{\text{CSHQ can thiệp} - \text{CSHQ đối chứng}}{\text{CSHQ can thiệp}}$

Xử lý số liệu: Sử dụng các test thống kê, phân tích bằng phần mềm Epidata, Stata 10.

Đạo đức nghiên cứu: Đảm bảo quyền lợi của đối tượng tham gia nghiên cứu và bảo mật thông tin cá nhân. Bệnh nhân được giải thích rõ về tác dụng của phương pháp. Nếu có dấu hiệu bất thường hoặc nặng thêm đều được theo dõi, xử trí cho phù hợp.

III. KẾT QUẢ

Khảo sát 200 bệnh nhân, tỷ lệ nữ là 70%, nam là 30%. Về thời gian mắc bệnh, bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 1 tháng có tỷ lệ 5%, thời gian mắc bệnh từ 1 - 3 tháng có tỷ lệ 19%, thời gian mắc bệnh từ 3 - 6 tháng có tỷ lệ 40%, thời gian mắc bệnh trên 6 tháng có tỷ lệ 36%. Về hội chứng lâm sàng, bệnh nhân có hội chứng cột sống cổ có tỷ lệ 68% và hội chứng chèn ép rễ có tỷ lệ 32%.

	%	%		%	%	%		%	
Đau rất ít	0	10	<0,05	-	0	1	>0,05	-	-
Đau ít	0	16	<0,05	-	4	8	>0,05	100,0	-
Đau vừa	33	26	>0,05	21,2	39	40	>0,05	2,6	18,6
Đau nhiều	57	39	<0,05	31,6	47	42	>0,05	10,6	21,0
Đau dữ dội	10	9	>0,05	10,0	10	9	>0,05	10,0	0,0

Ở nhóm điện châm, sau 10 ngày điều trị mức độ đau của bệnh nhân có xu hướng giảm đi: tỷ lệ bệnh nhân đau nhiều giảm từ 57% xuống 39% ($p < 0,05$ và CSHQ=31,6, HQCT=21,0%), đau ít tăng từ 0% lên 16% ($p < 0,05$), đau rất ít tăng từ 0% lên 10% ($p < 0,05$). Ở nhóm chứng, sự thay đổi các mức độ đau của bệnh nhân không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 2. Sự cải thiện về mức độ đau sau 20 ngày điều trị

Mức độ đau	Nhóm điện châm (n=100)				Nhóm chứng (n=100)				HQCT
	TCT %	SCT %	p	CSHQ %	TCT %	SCT %	p	CSHQ %	
Đau rất ít	0	16	<0,05	-	0	1	>0,05	-	-
Đau ít	0	43	<0,05	-	4	8	>0,05	100,0	-
Đau vừa	33	38	>0,05	15,2	39	47	>0,05	20,5	-5,3
Đau nhiều	57	3	<0,05	94,7	47	42	>0,05	10,6	84,1
Đau dữ dội	10	0	<0,05	100,0	10	2	<0,05	80,0	20,0

Ở nhóm điện châm, sau 20 ngày điều trị mức độ đau của bệnh nhân có xu hướng giảm đi: tỷ lệ bệnh nhân đau dữ dội giảm từ 10% xuống 0% ($p < 0,05$ và CSHQ=100%), đau nhiều giảm từ 57% xuống 3% ($p < 0,05$, CSHQ=94,7%), đau ít tăng từ 0% lên 43%, đau rất ít tăng từ 0% lên 16%. Ở nhóm chứng, tỷ lệ bệnh nhân đau dữ dội giảm từ 10% xuống 2% ($p < 0,05$ và CSHQ=80,0%).

3.2 Sự cải thiện tâm vận động cột sống cổ

Bảng 3. Sự cải thiện tâm vận động cột sống cổ sau 10 ngày điều trị

Mức độ cải thiện tâm vận động cột sống cổ	Nhóm điện châm (n=100)				Nhóm chứng (n=100)				HQCT
	TCT %	SCT %	p	CSHQ %	TCT %	SCT %	p	CSHQ %	
Hạn chế nhiều	12	1	<0,05	91,7	9	6	>0,05	33,3	58,4
Hạn chế trung bình	49	13	<0,05	73,5	49	40	>0,05	18,4	55,1
Hạn chế ít	39	61	<0,05	56,4	42	54	>0,05	28,6	27,8
Không hạn chế	0	25	<0,05	-	0	0	-	-	-

Ở nhóm điện châm, sau 10 ngày điều trị tâm vận động cột sống cổ của bệnh nhân có xu hướng được cải thiện: tỷ lệ bệnh nhân hạn chế nhiều giảm từ 12% xuống 1% ($p < 0,05$, CSHQ=91,7%), hạn chế trung bình giảm từ 49% còn 13% ($p < 0,05$, CSHQ=73,5%), hạn chế ít tăng từ 39% lên 61% ($p < 0,05$, CSHQ=56,4%) và không hạn chế tăng từ 0% lên 25% ($p < 0,05$). Ở nhóm chứng, sự thay đổi các mức độ cải thiện tâm vận động cột sống cổ của bệnh nhân không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4. Sự cải thiện tâm vận động cột sống cổ sau 20 ngày điều trị

Mức độ cải thiện tâm vận động cột sống cổ	Nhóm điện châm (n=100)				Nhóm chứng (n=100)				HQCT
	TCT %	SCT %	p	CSHQ %	TCT %	SCT %	p	CSHQ %	
Hạn chế nhiều	12	0	<0,05	100,0	9	6	>0,05	33,3	66,7
Hạn chế trung bình	49	13	<0,05	73,5	49	41	>0,05	16,3	57,2
Hạn chế ít	39	57	<0,05	46,2	42	53	>0,05	26,2	20,0
Không hạn chế	0	30	<0,05	-	0	0	-	-	-

Ở nhóm điện châm, sau 20 ngày điều trị tâm vận động cột sống cổ của bệnh nhân có xu hướng được cải thiện: tỷ lệ bệnh nhân hạn chế nhiều giảm từ 12% xuống 0% ($p < 0,05$, CSHQ=100%), hạn chế trung bình giảm từ 49% còn 13% ($p < 0,05$, CSHQ=73,5%), hạn chế ít tăng từ 39% lên 57% ($p < 0,05$, CSHQ=46,2%) và không hạn chế tăng từ 0% lên 30% ($p < 0,05$). Ở nhóm chứng, sự thay đổi các mức độ cải thiện tâm vận động cột sống cổ của bệnh nhân không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.3 Sự cải thiện về các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày

Bảng 5. Sự cải thiện về các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày sau 10 ngày điều trị

Chức năng sinh hoạt	Nhóm điện châm (n=100)				Nhóm chứng (n=100)				HQCT
	TCT %	SCT %	p	CSHQ %	TCT %	SCT %	p	CSHQ %	
Không ảnh hưởng	0	10	<0,05	-	0	1	>0,05	-	-

Ảnh hưởng ít	0	16	<0,05	-	0	8	<0,05	-	-
Ảnh hưởng trung bình	39	26	>0,05	33,3	42	40	>0,05	4,8	28,5
Ảnh hưởng nhiều	49	39	>0,05	20,4	49	42	>0,05	14,3	6,1
Ảnh hưởng rất nhiều	12	9	>0,05	25,0	9	9	>0,05	0,0	25,0

Ở nhóm điện châm, sau 10 ngày điều trị các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân có xu hướng được cải thiện: tỷ lệ bệnh nhân không bị ảnh hưởng chức năng sinh hoạt tăng từ 0% lên 10% ($p < 0,05$), ảnh hưởng ít tăng từ 0% lên 16% ($p < 0,05$). Ở nhóm chứng, sự thay đổi các mức độ cải thiện về các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 6. Sự cải thiện về các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày sau 20 ngày điều trị

Chức năng sinh hoạt	Nhóm điện châm (n=100)				Nhóm chứng (n=100)				HQCT
	TCT %	SCT %	p	CSHQ %	TCT %	SCT %	p	CSHQ %	
Không ảnh hưởng	0	16	<0,05	-	0	1	>0,05	-	-
Ảnh hưởng ít	0	43	<0,05	-	0	19	<0,05	-	-
Ảnh hưởng trung bình	39	38	>0,05	2,6	42	44	>0,05	4,8	-2,2
Ảnh hưởng nhiều	49	3	<0,05	93,9	49	34	<0,05	30,6	63,3
Ảnh hưởng rất nhiều	12	0	<0,05	100,0	9	2	<0,05	77,8	22,2

Ở nhóm điện châm, sau 20 ngày điều trị các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân có xu hướng được cải thiện: ảnh hưởng ít tăng từ 0% lên 43% ($p < 0,05$), ảnh hưởng nhiều giảm từ 49% xuống 3% ($p < 0,05$, CSHQ=93,9%), ảnh hưởng rất nhiều giảm từ 12% xuống 0% ($p < 0,05$, CSHQ=100%). Ở nhóm chứng, tỷ lệ bệnh nhân ít bị ảnh hưởng chức năng sinh hoạt tăng từ 0 đến 19% ($p < 0,05$), ảnh hưởng nhiều giảm từ 49% xuống 34% ($p < 0,05$, CSHQ=30,6%), ảnh hưởng rất nhiều giảm từ 9% xuống 2% ($p < 0,05$, CSHQ=77,8%).

3.4 Kết quả điều trị chung

Bảng 7. Kết quả điều trị chung sau 10 ngày điều trị

Kết quả điều trị	Nhóm điện châm (n=100)				Nhóm chứng (n=100)				HQCT
	TCT %	SCT %	p	CSHQ %	TCT %	SCT %	p	CSHQ %	
Tốt	0	15	<0,05	-	0	1	>0,05	-	-
Khá	13	31	<0,05	138,5	16	23	>0,05	43,8	94,7
Trung bình	40	22	<0,05	45,0	43	40	>0,05	7,0	38,0
Kém	47	32	<0,05	31,9	41	36	>0,05	12,2	19,7

Ở nhóm điện châm, sau 10 ngày điều trị kết quả của bệnh nhân có xu hướng được cải thiện: tỷ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị tốt tăng từ 0% lên 15% ($p < 0,05$), kết quả điều trị khá tăng từ 13% lên 31% ($p < 0,05$, CSHQ=138,5%), kết quả điều trị trung bình giảm từ 40% xuống 22% ($p < 0,05$, CSHQ=45%), kết quả điều trị kém giảm từ 47% xuống 32% ($p < 0,05$, CSHQ=31,9%). Ở nhóm chứng, sự thay đổi kết quả điều trị ở bệnh nhân không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 8. Kết quả điều trị chung sau 20 ngày điều trị

Kết quả điều trị	Nhóm điện châm (n=100)				Nhóm chứng (n=100)				HQCT
	TCT %	SCT %	p	CSHQ %	TCT %	SCT %	p	CSHQ %	
Tốt	0	21	<0,05	-	0	1	>0,05	-	-
Khá	13	48	<0,05	269,2	16	27	>0,05	68,8	200,4
Trung bình	40	29	>0,05	27,5	43	44	>0,05	2,3	25,2
Kém	47	2	<0,05	95,7	41	28	>0,05	31,7	64,0

Ở nhóm điện châm, sau 20 ngày điều trị kết quả của bệnh nhân có xu hướng được cải thiện: tỷ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị tốt tăng từ 0% lên 15% ($p < 0,05$), kết quả điều trị khá tăng từ 13% lên 31% ($p < 0,05$, CSHQ=138,5%), kết quả điều trị trung bình giảm từ 40% xuống 22% ($p < 0,05$, CSHQ=45%), kết quả điều trị kém giảm từ 47% xuống 32% ($p < 0,05$, CSHQ=31,9%). Ở nhóm chứng, sự thay đổi kết quả điều trị ở bệnh nhân không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Sự cải thiện về mức độ đau ở nhóm điện châm và nhóm chứng. Việc điều trị đau cổ do thoái hóa cột sống cổ bằng điện châm và châm

cứu đều mang lại hiệu quả giảm đau. Sau 20 ngày điều trị, ở nhóm điện châm mức độ đau của bệnh nhân có xu hướng giảm đi rõ rệt: tỷ lệ bệnh nhân đau dữ dội giảm từ 10% xuống 0%

($p < 0,05$ và CSHQ=100%), đau nhiều giảm từ 57% xuống 3% ($p < 0,05$, CSHQ=94,7%), đau ít tăng từ 0% lên 43%, đau rất ít tăng từ 0% lên 16%; ở nhóm chứng, tỷ lệ bệnh nhân đau dữ dội giảm từ 10% xuống 2% ($p < 0,05$ và CSHQ = 80,0%). Kết quả này phù hợp với hiệu quả giảm đau mà điện châm mang lại trong điều trị đau cổ do thoái hóa cột sống cổ của một số nghiên cứu trong và ngoài nước [6]. Sở dĩ mức độ giảm đau của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn vì hầu hết các bệnh nhân đều cao tuổi, có thời gian bị bệnh trên 5 năm và bệnh nhân làm công việc chân tay nhiều, thời gian làm việc nhiều.

Sự cải thiện tầm vận động cột sống cổ.

Hạn chế tầm vận động cột sống cổ do thoái hóa cột sống cổ là hậu quả của triệu chứng đau, co cứng cơ, giảm độ đàn hồi bao khớp và dây chằng hoặc do các tổn thương gai xương, hẹp khe khớp... Sau 20 ngày điều trị, ở nhóm điện châm tầm vận động cột sống cổ của bệnh nhân có xu hướng được cải thiện: tỷ lệ bệnh nhân hạn chế nhiều giảm từ 12% xuống 0% ($p < 0,05$, CSHQ=100%), hạn chế trung bình giảm từ 49% còn 13% ($p < 0,05$, CSHQ=73,5%), hạn chế ít tăng từ 39% lên 57% ($p < 0,05$, CSHQ=46,2%) và không hạn chế tăng từ 0% lên 30% ($p < 0,05$); ở nhóm chứng, sự thay đổi các mức độ cải thiện tầm vận động cột sống cổ của bệnh nhân không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tương tự, nghiên cứu của tác giả Đặng Quỳnh Trúc và cộng sự (2016), tại bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương cũng cho thấy hiệu quả của phương pháp điện châm trong cải thiện tầm vận động cột sống cổ sau 3 tuần điều trị [7].

Sự cải thiện về các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày. Ở cả hai nhóm đều có sự cải thiện chức năng sinh hoạt nhưng ở nhóm điện châm sự cải thiện chức năng sinh hoạt tốt hơn. Sau 20 ngày điều trị, ở nhóm điện châm còn 3 bệnh nhân có chức năng sinh hoạt hàng ngày bị ảnh hưởng nhiều, các chức năng ảnh hưởng chủ yếu vẫn là đau, bệnh nhân tuy không đau nhiều nhưng cảm giác bắt đầu khó chịu, các triệu chứng này không kéo dài, đau đôi khi ảnh hưởng đến giấc ngủ. Khi ngồi đọc sách hoặc xem ti vi bệnh nhân vẫn còn mỏi cổ. Triệu chứng dị cảm về đêm vẫn còn, ngủ còn bị ảnh hưởng do đau và dị cảm. Tuy nhiên bệnh nhân vẫn tham gia các hoạt động sinh hoạt hàng ngày và xã hội hoàn toàn bình thường. Chức năng hoạt động của cột sống cổ bị ảnh hưởng bởi mức độ đau và tầm vận động cột sống cổ. Khi hai yếu tố này tốt lên thì chức năng hoạt động của cột sống cổ cũng sẽ được cải thiện.

Kết quả điều trị chung. Kết quả điều trị cho thấy nhóm bệnh nhân sử dụng phương pháp điện châm tốt hơn ở nhóm sử dụng phương pháp châm cứu. Theo lý luận của y học cổ truyền, đau là do kinh lạc bị bế tắc. Điện châm thông qua tác động vào huyết và kinh lạc có thể làm thông kinh lạc, hành khí, hoạt huyết do đó làm giảm đau. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kim Ngân và cộng sự (2012), khảo sát tại khoa Đông y bệnh viện quận 5, bệnh viện Y Học Cổ Truyền thành phố Hồ Chí Minh, bệnh viện Y Học Cổ Truyền tỉnh Bến Tre, sau 10 ngày điều trị bằng điện châm, tỷ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị kém 17,7%, kết quả điều trị trung bình 23,5%, kết quả điều trị khá 57,6%, kết quả điều trị tốt 1,2%; sau 20 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị kém 6,5%, kết quả điều trị trung bình 16,4%, kết quả điều trị khá 29,1%, kết quả điều trị tốt 48,0% [3].

Tác dụng không mong muốn. Tuy nhiên, sau 20 ngày điều trị, theo dõi trên lâm sàng chưa phát hiện các triệu chứng như mất ngủ, buồn nôn, chóng mặt, áp xe ở cả hai nhóm điện châm và châm cứu. Tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Gia Nhân (2010) tại bệnh viện An Bình thành phố Hồ Chí Minh [4] và Nguyễn Thị Kim Ngân (2012) tại bệnh viện quận 5, bệnh viện Y Học Cổ Truyền thành phố Hồ Chí Minh, bệnh viện Y Học Cổ Truyền tỉnh Bến Tre [3] đều cho thấy trong suốt quá trình điều trị và theo dõi bằng điện châm không có tác dụng phụ nào được ghi nhận. Như vậy, sử dụng phương pháp điện châm giúp bệnh nhân nhanh chóng trở lại với công việc, sinh hoạt hàng ngày và có thể áp dụng rộng rãi ở tuyến y tế cơ sở.

V. KẾT LUẬN

Sau 20 ngày bằng phương pháp điện châm, tỷ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị tốt tăng từ 0% lên 15% ($p < 0,05$), kết quả điều trị khá tăng từ 13% lên 31% ($p < 0,05$, CSHQ = 138,5%), kết quả điều trị trung bình giảm từ 40% xuống 22% ($p < 0,05$, CSHQ = 45%), kết quả điều trị kém giảm từ 47% xuống 32% ($p < 0,05$, CSHQ = 31,9%). Không thấy các tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2012), *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, NXB Giáo dục Việt Nam, tr.140-153.
2. Đỗ Thanh Liêm, Nguyễn Tuấn Bình (2015), "Điều trị đau do thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp điện châm". *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 434, Số 2, tr.4-8.
3. Nguyễn Thị Kim Ngân, Phan Quan Chí Hiếu (2012), "Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến điều trị giảm đau do thoái hóa cột sống cổ bằng điện

- châm". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 16, Số 1, tr.84-89.
4. **Phạm Gia Nhâm, Lưu Thị Hiệp (2010)**, "Hiệu quả giảm đau và cải thiện vận động của điện châm trong điều trị thoái hóa cột sống cổ". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 14, Số 2, tr.44-53.
 5. **Nguyễn Thị Thắm (2008)**, *Đánh giá hiệu quả điều trị đau vai gáy trong thoái hóa cột sống cổ bằng một số phương pháp vật lý kết hợp vận động trị liệu*, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
 6. **Nguyễn Tuyết Trang, Đỗ Thị Phương (2016)**, "Hiệu quả của phương pháp điện châm và cấy chỉ catgut trong điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ". *Tạp chí Nghiên cứu y học*, Tập 103, Số 5, tr.17-24.
 7. **Đặng Quỳnh Trúc, Nguyễn Thị Thu Hà, Dương Trọng Nghĩa (2016)**, "Tác dụng giảm đau và cải thiện tâm vận động cột sống cổ của bài thuốc "cát cần thang" kết hợp điện châm trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ". *Tạp chí Nghiên cứu y học*, Tập 103, Số 5, tr.48-55.

THỜI GIAN NGƯỜI BỆNH ĐƯỢC CHĂM SÓC BỞI ĐIỀU DƯỠNG TẠI KHOA NỘI VÀ KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN QUẬN TÂN PHÚ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2016

Dương Thị Trang*, Phạm Thị Thu An*,
Trần Ngọc Hoàng Khánh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định thời gian trung bình người bệnh được chăm sóc trực tiếp và gián tiếp do điều dưỡng tại khoa Nội, Ngoại bệnh viện Quận Tân Phú năm 2016. **Phương pháp:** Điều tra cắt ngang 300 người bệnh về thời gian chăm sóc người bệnh theo bảng khảo sát dựa trên 12 nhiệm vụ chăm sóc của điều dưỡng. **Kết quả:** Thời gian người bệnh được chăm sóc bởi điều dưỡng trung bình trong 24 giờ tại khoa Ngoại và khoa Nội tại bệnh viện Quận Tân Phú là 291,9 phút; trong đó, chăm sóc trực tiếp là 48,3 phút; gián tiếp là 243,5 phút. Chăm sóc trực tiếp tập trung vào việc thực hiện thuốc, chăm sóc người bệnh sau dùng thuốc là 18,6 phút, các kỹ thuật điều dưỡng là 9,7 phút, nhận định theo dõi người bệnh là 8,8 phút. Chăm sóc gián tiếp chủ yếu dành cho việc ghi chép hồ sơ bệnh án với 217,4 phút, thực hiện bảo đảm an toàn và phòng ngừa sai sót chỉ đạt 26,2 phút. Thời gian chăm sóc người bệnh trực tiếp theo phân cấp chăm sóc cấp I đạt 56 phút, cấp II là 46 phút, cấp III là 52 phút. Thời gian chăm sóc người bệnh gián tiếp theo phân cấp chăm sóc cấp I là với 235 phút, cấp II và cấp III là 244 và 243 phút. **Kết luận:** Cần có nhiều biện pháp cải tiến chất lượng tăng thời gian chăm sóc người bệnh, tăng thời gian chăm sóc trực tiếp, tiến tới áp dụng bệnh án điện tử, giảm thời gian ghi chép hồ sơ điều dưỡng.

Từ khóa: Thời gian chăm sóc người bệnh, điều dưỡng, bệnh viện Quận Tân Phú

SUMMARY

NURSING CARE TIME IN THE INTERNAL MEDICINE AND SURGERY DEPARTMENT TAN PHU DISTRICT HOSPITAL IN HO CHI MINH CITY

*Bệnh viện Quận Tân Phú Thành phố Hồ Chí Minh

**Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Dương Thị Trang

Email: anpham223@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 31.10.2017

Ngày duyệt bài: 14.11.2017

Purpose: Determine the mean time that patients received the nursing care directly and indirectly in Internal Medicine & Surgery Department at Tan Phu District Hospital in 2016. **Method:** A cross-sectional survey of 300 patients was conducted based on 12 nursing care tasks. **Result:** The average of 24-hour nursing care time in the Department of Internal Medicine and Surgery at Tan Phu District Hospital was 291.9 minutes that the direct and indirect nursing care time are 48.3 minutes and 243.5 minutes respectively. Direct nursing care focused on drug delivery, patient care after medication was 18.6 minutes, nursing techniques was 9.7 minutes, patient tracking was 8.8 minutes. Indirect care was primarily for completing medical records with 217.4 minutes, safety assurance and error prevention of only 26.2 minutes. The duration of direct level I, II and III care of the patients were 56 minutes, 46 minutes and 52 minutes respectively. The duration of indirect level I care for patients was 235 minutes, level II and III ones were 244 and 243 minutes. **Conclusion:** There should be more quality improvement measures to increase patient care time, increase direct care time that leads to electronic medical records in order to reduce the time of completing medical records.

Keywords: Nursing care time, Tan Phu District Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đời sống kinh tế xã hội ngày càng phát triển và chất lượng cuộc sống, chất lượng các dịch vụ ngày càng nâng cao, đòi hỏi những cải tiến chất lượng dịch vụ y tế, chăm sóc sức khỏe có hiệu quả. Trong chăm sóc y tế, người bệnh là trung tâm của công tác chăm sóc cần phải được chăm sóc toàn diện, liên tục, bảo đảm hài lòng, chất lượng, an toàn và điều dưỡng là người có vai trò quan trọng trong thực hiện nhiệm vụ này [3].

Tuy vậy, tại nhiều cơ sở y tế, công tác chăm sóc người bệnh toàn diện gặp nhiều khó khăn, chất lượng chưa thực sự đáp ứng được nhu cầu của người dân. Một trong những nguyên nhân

quan trọng là thời gian chăm sóc người bệnh của điều dưỡng chưa đầy đủ do tình trạng quá tải và thiếu nhân lực.

Bệnh viện Quận Tân Phú là bệnh viện hạng II với qui mô 350 giường. Kết quả tổng kết hoạt động năm 2014, các khoa đều vượt chỉ tiêu giường bệnh, số lượng bệnh nhân ngày càng tăng lên, nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhân dân đòi hỏi nâng cao chất lượng dịch vụ [1]. Vì vậy, cải thiện chất lượng chăm sóc của điều dưỡng là quan trọng trong việc nâng cao chất lượng bệnh viện. Nhằm đánh giá và đề xuất các giải pháp kịp thời nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh và quản lý nguồn nhân lực hiệu quả, chúng tôi tiến hành nghiên cứu khảo sát thời gian người bệnh được chăm sóc do điều dưỡng tại khoa Nội và khoa Ngoại bệnh viện Tân Phú năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân được điều trị nội trú tại khoa Nội, Ngoại bệnh viện Tân Phú 24 giờ trở lên sau khi nhập viện từ ngày 01/10/2016 đến ngày 31/12/2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang mô tả

Cỡ mẫu. Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{\partial^2}{d^2}}$$

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ là trị số từ phân phối chuẩn. $\partial = 40,0$ là độ lệch chuẩn ước tính. $d=5$ là sai số cho

phép. Vậy cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu này là 246 người bệnh. Thực tế nghiên cứu chọn 300 người bệnh.

2.3. Thu thập dữ liệu. Các dữ liệu được thu thập theo bảng khảo sát được xây dựng dựa trên 12 nhiệm vụ chăm sóc của điều dưỡng theo thông tư 07/2011/ TT – BYT [3].

2.4. Các chỉ số nghiên cứu. Thời gian người bệnh được chăm sóc trực tiếp: Gồm 09 nhiệm vụ là việc theo dõi đánh giá người bệnh, tư vấn, hướng dẫn GDSK, chăm sóc về tinh thần, chăm sóc vệ sinh cá nhân, chăm sóc dinh dưỡng, chăm sóc phục hồi chức năng, chăm sóc người bệnh có chỉ định thủ thuật, phẫu thuật, người bệnh dùng thuốc và được theo dõi, thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng.

Thời gian chăm sóc gián tiếp: Gồm 02 nhiệm vụ là ghi chép hồ sơ bệnh án, bảo đảm an toàn và phòng ngừa sai sót chuyên môn kỹ thuật trong chăm sóc.

Phân cấp chăm sóc người bệnh: Người bệnh cần chăm sóc cấp I, cấp II, cấp III.

2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu. Các dữ liệu được nhập, quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Mô tả các kết quả qua các chỉ số tỷ lệ %, trung bình và độ lệch chuẩn.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu này được sự chấp thuận và được Hội đồng Khoa học Kỹ thuật bệnh viện Quận Tân Phú thông qua. Quyền lợi và các thông tin của người bệnh được đảm bảo theo đúng nội quy về đạo đức trong nghiên cứu theo quy định của Bệnh viện.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Một số đặc điểm dân số xã hội của người bệnh (n=300 người bệnh)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	171
	Nữ	129
Nhóm tuổi	≤ 18 tuổi	5,0
	19 -35 tuổi	18,3
	35 -59 tuổi	25,0
	60 – 70 tuổi	21,7
	≥ 70 tuổi	30,0
Khoa điều trị	Nội	150
	Ngoại	150
Số bệnh được chẩn đoán	1 bệnh	36,3
	2 bệnh	43,3
	> 2 bệnh	20,3
Phân cấp chăm sóc	Cấp I	3,7
	Cấp II	63,7
	Cấp III	32,7

Tỷ lệ người bệnh nam là 57,0%, nữ là 43,0%. Tỷ lệ người bệnh được khảo sát được chẩn đoán mắc 2 bệnh là cao nhất với 43,3%. Tỷ lệ nhóm tuổi ≥ 70 tuổi cao nhất là 30,0% trong khi nhóm dưới 18 tuổi là 5,0%.

Bảng 2. Thời gian (phút) trung bình người bệnh được chăm sóc bởi điều dưỡng tại khoa Nội và khoa Ngoại trong 24 giờ (n=300 người).

Thời gian	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Tỷ lệ %
Chăm sóc trực tiếp	48,3	17,4	16,5
Chăm sóc gián tiếp	243,5	57,5	83,5
Tổng	291,9		100,0

Thời gian người bệnh được chăm sóc bởi điều dưỡng trung bình trong 24 giờ tại khoa Ngoại và khoa Nội tại bệnh viện Quận Tân Phú là 291,9 phút; trong đó, thời gian được chăm sóc trực tiếp là $48,3 \pm 17,4$ phút, chiếm 16,5% tổng thời gian được chăm sóc bởi điều dưỡng; chăm sóc gián tiếp qua các công việc ghi chép hồ sơ bệnh án, thực hiện bảo đảm an toàn và phòng ngừa sai sót là $243,5 \pm 57,5$ phút, chiếm 83,5% tổng thời gian được chăm sóc.

Bảng 3. Thời gian (phút) trung bình người bệnh được chăm sóc trực tiếp bởi điều dưỡng trong 24 giờ (n=300 người).

Nội dung người bệnh được chăm sóc	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Tỷ lệ %
A. Theo dõi đánh giá người bệnh	8,8	4,3	18,1
B. Tư vấn, hướng dẫn, giáo dục sức khỏe	3,3	4,2	6,9
C. Chăm sóc về tinh thần	2,4	3,0	4,9
D. Chăm sóc vệ sinh cá nhân	0,2	0,7	0,4
E. Chăm sóc dinh dưỡng	2,7	5,6	5,5
F. Chăm sóc phục hồi chức năng	0,2	0,6	0,4
G. Chăm sóc người bệnh có chỉ định thủ thuật, phẫu thuật	2,6	3,8	5,3
H. Người bệnh dùng thuốc và được theo dõi	18,6	10,2	38,4
I. Thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng	9,7	9,7	20,1
Tổng	48,3	17,4	100,0%

Tổng thời gian trung bình người bệnh được chăm sóc trực tiếp bởi điều dưỡng trong 24 giờ là $48,3 \pm 17,4$ phút, trong đó thời gian thực hiện thuốc chăm sóc người bệnh sau dùng thuốc là $18,6 \pm 10,2$ phút, chiếm tỷ lệ cao nhất là 38,4% thời gian chăm sóc trực tiếp; thời gian thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng khác là 9,7 phút, tỷ lệ >20%. Thời gian nhận định người bệnh, đánh giá kết quả can thiệp điều dưỡng là $8,8 \pm 4,3$ phút, chiếm 18,1% tổng số thời gian người bệnh được chăm sóc trực tiếp.

Bảng 4. Thời gian (phút) trung bình người bệnh được chăm sóc gián tiếp bởi điều dưỡng trong 24 giờ (n=300 người)

Nội dung người bệnh được chăm sóc	Thời gian trung bình	Độ lệch chuẩn	Tỷ lệ %
K. Ghi chép hồ sơ bệnh án	217,4	58,3	89,2
L. Bảo đảm an toàn và phòng ngừa sai sót chuyên môn	26,2	8,0	10,8
Tổng	243,5	57,5	100

Tổng thời gian chăm sóc gián tiếp của điều dưỡng là 243,5 phút. Trong đó việc ghi chép hồ sơ bệnh án của người bệnh do điều dưỡng thực hiện là $217,4 \pm 58,3$ phút, chiếm nhiều thời gian 89% thời gian chăm sóc gián tiếp; thời gian thực hiện bảo đảm an toàn và phòng ngừa sai sót chuyên môn như chuẩn bị xe tiêm, xe thay băng, khử khuẩn dụng cụ là $26,2 \pm 8,0$ phút, chiếm 10,8% tổng thời gian chăm sóc gián tiếp.

Bảng 5. Tỷ lệ người bệnh được phân cấp chăm sóc theo khoa (n=300 người).

Khoa	Cấp I		Cấp II		Cấp III	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Nội	11	7,3	90	60,0	49	32,7

Ngoại	0	0	101	67,3	49	32,7
-------	---	---	-----	------	----	------

Tại khoa Nội, tỷ lệ người bệnh chăm sóc cấp II là 60,0% cấp III là 32,7% và cấp I là 7,3%. Tại khoa Ngoại không có người bệnh phân cấp chăm sóc cấp I, tỷ lệ người bệnh được chăm sóc cấp II là 67,3% và cấp III là 32,7%.

Bảng 6. Thời gian trung bình người bệnh được chăm sóc theo phân cấp chăm sóc

Loại chăm sóc	Cấp I	Cấp II	Cấp III
Chăm sóc trực tiếp	56	46	52
Chăm sóc gián tiếp	235	244	243

Thời gian chăm sóc người bệnh trực tiếp theo phân cấp chăm sóc cấp I cao nhất là 56 phút; cấp III là 52 phút và cấp II là 46 phút thấp hơn cấp III. Thời gian chăm sóc người bệnh gián tiếp theo phân cấp chăm sóc cấp I là thấp nhất 235 phút; cấp II và cấp III gần bằng nhau là 244 và 243 phút.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân cấp chăm sóc người bệnh. Về phân cấp chăm sóc người bệnh, tỷ lệ người bệnh chăm sóc cấp II và cấp III là chủ yếu. Tại khoa Nội, tỷ lệ người bệnh chăm sóc cấp II và cấp III là 60,0% cấp III là 32,7%; tại khoa Ngoại không có người bệnh phân cấp chăm sóc cấp I, tỷ lệ

người bệnh được chăm sóc cấp II là 67,3% và cấp III là 32,7%. Kết quả này chưa thực sự phù hợp với tình hình thực tế, qua khảo sát cho thấy tại khoa Ngoại, có nhiều người bệnh thuộc nhóm sau hậu phẫu hoặc trường hợp nặng cần chăm sóc đặc biệt, tuy nhiên tỷ lệ phân cấp chăm sóc cấp II và III là chủ yếu.

4.2. Thời gian chăm sóc người bệnh. Kết quả nghiên cứu này cho thấy thời gian người bệnh được chăm sóc bởi điều dưỡng trung bình trong 24 giờ tại khoa Ngoại và khoa Nội tại bệnh viện Quận Tân Phú đạt 291,9 phút; trong đó, thời gian được chăm sóc trực tiếp chỉ chiếm 16,5% và chăm sóc gián tiếp chiếm 83,5% tổng thời gian được chăm sóc. Như vậy, thời gian người bệnh được chăm sóc trực tiếp là thấp hơn rất nhiều so với thời gian chăm sóc gián tiếp.

Thời gian chăm sóc trực tiếp trong nghiên cứu này là thấp và chưa toàn diện, các nội dung điều dưỡng chăm sóc chủ yếu là thực hiện thuốc theo y lệnh, thực hiện các kỹ thuật như theo dõi các dấu hiệu sinh tồn và tiền lượng người bệnh. Một số nội dung quan trọng như hướng dẫn, tư vấn giáo dục sức khỏe, chăm sóc về tinh thần chưa thực sự được quan tâm đúng mức. Về thời gian chăm sóc gián tiếp, công việc ghi chép hồ sơ bệnh án chiếm nhiều thời gian 89% thời gian chăm sóc gián tiếp; trong khi thời gian thực hiện bảo đảm an toàn và phòng ngừa sai sót chuyên môn như chuẩn bị xe tiêm, xe thay băng, khử khuẩn dụng cụ chỉ là 10,8%.

Theo báo cáo Phòng Điều dưỡng tiết chế thuộc Cục Quản lý khám, chữa bệnh tại 96 bệnh viện trong toàn quốc về công tác điều dưỡng chăm sóc toàn diện thời gian trực tiếp chăm sóc người bệnh 28%. Theo khảo sát của Thân Thị Thu Ba [6] tại các khoa lâm sàng, bệnh viện cấp cứu Trưng Vương năm 2015, Thời gian trung bình các hoạt động chăm sóc trực tiếp của điều dưỡng cao hơn nghiên cứu này tại Tân Phú, trong đó thời gian cho các kỹ thuật đưa thuốc vào cơ thể như tiêm truyền 9,5 phút, cho người bệnh uống thuốc 4,2 phút, truyền máu 30,7 phút, lấy mẫu máu làm xét nghiệm 10,8 phút, các kỹ thuật chăm sóc vết thương 13,4 phút, các thủ thuật xâm lấn như đặt ống thông dạ dày 21,1 phút, đặt thông tiểu 23,9 phút, hồi sinh tim phổi 46,7 phút, cho ăn qua sonde dạ dày 11,1 phút. Chuẩn bị người bệnh thực hiện các thủ thuật: chuẩn bị người bệnh phẫu thuật 15,1 phút, thực hiện các kỹ thuật theo dõi dấu sinh hiệu 5,4 phút, chăm sóc phòng ngừa loét giường 11,1 phút, chăm sóc máy thở 16,9 phút. Thời gian các hoạt động chăm sóc gián tiếp như nhận người bệnh mới 14,4 phút, kê khai viện phí 11,7

phút, ghi chép hồ sơ 8,7 phút, hoàn tất hồ sơ xuất viện 14,1 phút, tư vấn, hướng dẫn giáo dục sức khỏe 8,9 phút.

Kết quả nghiên cứu này về thời gian người bệnh được chăm sóc bởi điều dưỡng trong 24 giờ theo phân cấp chăm sóc, Thời gian chăm sóc người bệnh trực tiếp theo phân cấp chăm sóc cấp I là 56 phút; cấp III là 52 phút và cấp II là 46 phút thấp hơn cấp III. Thời gian chăm sóc người bệnh gián tiếp theo phân cấp chăm sóc cấp I là 235 phút; cấp II và cấp III gần bằng nhau là 244 và 243 phút. Các kết quả này là tương đối thấp, và chưa thực sự hợp lý, các bệnh nhân phân cấp chăm sóc cấp I cần được các điều dưỡng bố trí nhiều thời lượng chăm sóc, đặc biệt là thời gian chăm sóc trực tiếp. Theo khảo sát của Bùi Ngọc Tuyền tại khoa bệnh nhiệt đới - bệnh viện Chợ Rẫy, thời gian chăm sóc trung bình của người bệnh chăm sóc cấp I trong 24 là 452,3 phút trong đó thời gian chăm sóc trực tiếp là 328,3 phút và thời gian chăm sóc gián tiếp là 124 phút [4].

Kết quả nghiên cứu này tại bệnh viện Quận Tân Phú là thấp hơn và khác biệt so với các nghiên cứu trước, được giải thích bởi sự khác biệt về phân tuyến bệnh viện, thời gian nghiên cứu và đặc tính đối tượng nghiên cứu khác nhau, tuy vậy qua so sánh nhận thấy rằng cần có nhiều biện pháp cải tiến chất lượng nhằm tăng thời gian người bệnh được chăm sóc bởi điều dưỡng, tăng thời gian chăm sóc trực tiếp, giảm thời gian chăm sóc gián tiếp, đặc biệt tiến tới áp dụng bệnh án điện tử, giảm thời gian điều dưỡng phải ghi chép hồ sơ bệnh án, trong các giải pháp này cũng cần kể đến việc tăng chất lượng chuyên môn của điều dưỡng và giải pháp về nhân sự. Theo báo cáo số 22/BC – ĐD, tại khoa Nội số điều dưỡng trung bình/ số người bệnh chỉ đạt 1/10 và tại khoa Ngoại là 1/6.5 [2].

V. KẾT LUẬN

Thời gian người bệnh được chăm sóc bởi điều dưỡng trung bình trong 24 giờ tại khoa Ngoại và khoa Nội tại bệnh viện Quận Tân Phú là 291,9 phút; trong đó, chăm sóc trực tiếp là 48,3 phút; gián tiếp là 243,5 phút, chiếm 83,5%. Thời gian chăm sóc trực tiếp tập trung vào việc thực hiện thuốc, chăm sóc người bệnh sau dùng thuốc là 18,6 phút, các kỹ thuật điều dưỡng là 9,7 phút, nhận định theo dõi người bệnh là 8,8 phút. Thời gian chăm sóc gián tiếp chủ yếu dành cho việc ghi chép hồ sơ bệnh án với 217,4 phút, thời gian thực hiện bảo đảm an toàn và phòng ngừa sai sót chuyên môn chỉ đạt 26,2 phút. Thời gian chăm sóc người bệnh trực tiếp theo phân cấp

chăm sóc cấp I đạt 56 phút, cấp II là 46 phút thấp hơn cấp III. Thời gian chăm sóc người bệnh gián tiếp theo phân cấp chăm sóc cấp I là với 235 phút, cấp II và cấp III gần bằng nhau là 244 và 243 phút.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Bệnh viện Quận Tân Phú (2014)** Báo cáo tổng kết hoạt động năm 2014, bệnh viện Quận Tân Phú.
- 2. Bệnh viện Quận Tân Phú (2015)** Báo cáo số 22/BC – ĐD Về hoạt động chăm sóc người bệnh – Đánh giá các chỉ số chất lượng của Phòng Điều dưỡng.
- 3. Y tế Bộ (2011)** Thông tư 07/ 2011/ TT – BYT: Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện.
- 4. Bùi Ngọc Tuyên, Vương Nhật Lệ (2011)** "Thời gian trung bình chăm sóc một bệnh nhân chăm sóc cấp I tại khoa Bệnh nhiệt đới - Bệnh viện Chợ Rẫy". *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 15 (Phụ bản số 4), 362-365.
- 5. Nguyễn Thị Hồng Minh (2011)** "Công việc điều dưỡng khoa Ngoại, Nội tại hai bệnh viện Việt Nam". *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 17/2, tr. 364.
- 6. Thân Thị Thu Ba, Nguyễn Thị Mỹ Hạnh (2015)** Khối lượng công việc của điều dưỡng khoa lâm sàng Bệnh viện Cấp cứu Trưng Vương, Bệnh viện Cấp cứu Trưng Vương.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 460 - THÁNG 11 - SỐ 2 - 2017 VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^o2 - NOVEMBER- 2017

- 1 **Giá trị của PCT và CRP trong tiên lượng ở bệnh nhân đa chấn thương** 1
Prognostic value of serum procalcitonin and C-reactive protein level in polytrauma patients
**Nguyễn Trường Giang, Nguyễn Ngọc Thạch,
Lê Tiến Dũng, Nguyễn Trung Kiên**
- 2 **Khảo sát một số yếu tố liên quan đến kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát** 5
Some factors related to blood pressure control
Nguyễn Thanh Danh, Hoàng Văn Quang, Nguyễn Đức Công
- 3 **Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim mạn tại Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Khánh Hòa năm 2017** 8
Assesment of the quality of life of patients with chronic heart failure at Khanh Hoa General Hospital in 2017
Nguyễn Thế Dũng, Nguyễn Thị Ngọc Nhung
- 4 **Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi một lỗ trong điều trị viêm mũ màng phổi có biến chứng ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung Ương** 13
Early outcome of single incision thoracoscopic decortication for complex empyema
Phạm Duy Hiền
- 5 **Nhu cầu đào tạo của cán bộ truyền thông giáo dục sức khỏe tuyến huyện, xã của tỉnh Đồng Tháp năm 2016** 15
The information on training need for health educators at district and commune levels of Dong Thap Province
Trần Phú Điền, Nguyễn Nhật Linh, Nguyễn Thanh Hương
- 6 **Khảo sát tỉ lệ kiểm soát huyết áp theo mục tiêu của khuyến cáo JNC 8 ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát** 20
Blood pressure control rates according to JNC 8 guideline
Nguyễn Thanh Danh, Hoàng Văn Quang, Nguyễn Đức Công
- 7 **Khảo sát nồng độ acid uric máu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân thân nhân tạo chu kỳ tại khoa Thận nhân tạo, Bệnh viện Bạch Mai** 24
Survey of serum uric acid levels and its related factors in hemodialysis patients at hemodialysis department - Bach Mai Hospital
Hoàng Anh Trung, Đặng Thị Việt Hà, Nguyễn Hữu Dũng
- 8 **Giá trị của IL-6, IL-10 trong tiên lượng suy đa tạng ở bệnh nhân đa chấn thương** 28
Prognostic value of serum IL-6 and IL-10 level in polytrauma patients
**Nguyễn Trường Giang, Nguyễn Trung Kiên,
Mai Văn Bảy, Tô Vũ Khương, Vũ Xuân Nghĩa**
- 9 **Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm HBV, HCV ở người nghiện chích ma túy trong các Trung tâm cai nghiện tại Thành phố Hồ Chí Minh** 32
Study on the prevalence of hbv infection among injecting drug users in Ho Chi Minh City's drug detoxification centers
Phạm Hữu Quốc, Trần Việt Tú, Nguyễn Tấn Bình
- 10 **Cơ cấu bệnh tật về mắt tại khoa mắt Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Hậu Giang** 35
Model of eye diseases at department of eye, Hau Giang General Hospital
**Trịnh Quang Trí, Nguyễn Văn Lành,
Nguyễn Văn Tập, Võ Thị Kim Anh**

- 11 **Tình trạng dinh dưỡng và kiến thức về chế độ dinh dưỡng của bệnh nhân tăng huyết áp tại Trung tâm Tim Mạch Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Hải Dương 11/2016** 40
Situation of nutrition and knowledge about diet of hypertensive patients at cardiovascular center, Hai Duong Provincial general Hospital in november, 2016
Lê Văn Thêm, Trần Văn Việt
- 12 **Phẫu thuật nội soi điều trị xoắn túi mật ở trẻ em: Báo cáo ca bệnh** 44
Laparoscopic sugery for gallbladder torsion in children: A case report
Trần Anh Quỳnh, Phạm Duy Hiền, Trần Xuân Nam
- 13 **Biến thiên nhịp tim theo thời gian và phổ tần trong lao động ở nhân viên vận hành điện** 46
Hear rate variability of time-domain and frequency-domain in working time of electric operator
Nguyễn Thu Hà, Nguyễn Đức Sơn
- 14 **Mối liên quan triệu chứng bệnh hô hấp mạn tính với một số đặc điểm của công nhân thu gom rác thải công ty môi trường đô thị Hà Nội** 50
Relationship of symptoms of chronic respiratory disease with a number characteristic of workers of collection waste garbage
Nguyễn Văn Bằng, Nguyễn Thị Thảo, Trần Thu Thủy, Nguyễn Thúy Quỳnh
- 15 **Thực trạng và nhu cầu phục hồi chức năng của người khuyết tật là nạn nhân da cam/dioxin tại Huyện Tiên Hải tỉnh Thái Bình** 55
Current situation and needs of functional rehabilitation for disabled people affected by dioxin (agent orange) in Tienhai District, Thaibinh Province
Phạm Thị Tĩnh, Phan Thị Hường, Lê Đức Cường, Phạm Thị Dung
- 16 **Mối liên quan giữa kiểu gen, kiểu hình và các yếu tố liên quan đến tiên lượng bệnh gan của trẻ mắc hội chứng alagille tại Bệnh viện Nhi Đồng 1** 59
Genotype – phenotype correlation and the factors related to liver prognosis of children with alagille syndrome at Children’s Hospital 1
Nguyễn Việt Trường, Nguyễn Anh Tuấn, Tạ Văn Trâm
- 17 **Đặc điểm bệnh nhân ngừng tim ngừng thở trước nhập viện tại khoa cấp cứu Bệnh viện Quận Tân Phú** 64
Characteristics of cardio respiratory arrest cases were admitted to emergency department at Tan Phu Hospital
Lương Văn Sinh
- 18 **Tỷ lệ loãng xương ở người từ 40 tuổi trở lên tại Thành phố Vinh tỉnh Nghệ An** 68
The osteoporosis rate in people aged 40 and over in Vinh City, Nghệ An Provine
Cao Trường Sinh, Lê Thị Thanh Huyền
- 19 **Nhận xét mối liên quan giữa chỉ số bishop và chiều dài cổ tử cung đến thành công của khởi phát chuyển dạ** 71
To evaluate the relation between bishop score and cervical length to labourinduction
Phạm Thị Yến , Phạm Thị Thanh Hiền, Nguyễn Quảng Bắc
- 20 **Độ ổn định của mẫu huyết tương đông khô sử dụng trong kiểm tra chất lượng xét nghiệm định lượng hepatitis B virus DNA** 74
Stability testing of lyophilized human plasma for quality control of hepatitis B virus DNA quantification
Nguyễn Thị Thùy, Lê Ngọc Thúy, Đặng Quang Huy, Nguyễn Trần Phương, Tạ Thành Văn, Đặng Thị Ngọc Dung
- 21 **Can thiệp điều trị lối sống tới bệnh nhân tiền đái tháo đường típ 2 tại Khoái Châu Hưng Yên** 78
Intervention of lifestyle therapy to patient of pre diabetes typ 2 in Hung Yen
Nguyễn Thị Anh, Đinh Hồng Dương

- 22 **Đ**ánh giá kết quả bước đầu điều trị ung thư biểu mô vảy hạ họng giai đoạn III-IV (MO) bằng phác đồ
Cisplatin – taxane – 5 fu bổ trợ trước phẫu thuật evaluating the results of treatment of squamous cell carcinoma of the hypopharynx of phase III-IV (MO) with the pre-operation cisplatin – taxane – 5 fu protocol 82
**Phùng Thị Hòa, Tống Xuân Thắng
Phan Đức Chính, Vũ Trường Phong, Lê Minh Kỳ**
- 23 **H**ạn chế hoạt động sinh hoạt hằng ngày và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại phường Tân Dân, Việt Trì, Phú Thọ năm 2017 86
Dependence in activities of daily living and instrumental activities of daily living and related factors among older adults in Tan Dan Ward, Viet Tri City, Phu Tho Province in 2017
Trần Khánh Toàn, Phan Trọng Đức
- 24 **Đ**ánh giá thực trạng người khuyết tật tại xã Hưng Đạo, Huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương năm 2015 90
Evaluation of the personal disability status at Hung Dao ward, Chi Linh Strict, Hai Duong Province in 2015
Lê Văn Thêm, Phạm Thị Nguyên
- 25 **N**ghiên cứu đặc điểm kỹ thuật và kết quả ban đầu của phẫu thuật nội soi một đường rạch hỗ trợ điều trị dị tật hậu môn trực tràng ở trẻ em 94
The techniques and initial results of single-incision laparoscopic surgery assisted anorectal pull-through for anorectal malformations in children
**Trần Anh Quỳnh, Nguyễn Thanh Liêm, Phạm Duy Hiền,
Bùi Đức Hậu, Nguyễn Thị Ngọc Trân**
- 26 **N**ghiên cứu nồng độ pepsinogen huyết thanh trên bệnh nhân ung thư dạ dày có nhiễm vi khuẩn helicobacter pylori 97
Study serum pepsinogen concentration in gastric cancer patients with *helicobacter pylori* infection
**Nguyễn Thị Phương Thảo, Tạ Thành Văn,
Đặng Thị Ngọc Dung, Nguyễn Thị Thanh Hương**
- 27 **N**ghiên cứu biofilm trong viêm VA mạn tính được phẫu thuật 100
Study of biofilm in adenoidectomy
Nguyễn Sỹ Nguyên, Cao Minh Thành
- 28 **Đ**ặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ chuyển dạ đẻ non tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương trong hai giai đoạn 2011 và 2016 104
The clinical and laboratory characteristics of preterm laborers at Vietnam National obstetrics and gynecology Hospital in 2011 and 2016
Nguyễn Thị Hồng Gấm, Phạm Thị Thanh Hiền
- 29 **K**ết quả phẫu thuật nội soi điều trị u nang buồng trứng ở trẻ em 108
laparoscopic surgery for benign ovarian cystic tumor in children
Trần Ngọc Sơn, Trần Xuân Nam
- 30 **M**ột số yếu tố liên quan tới mức độ rối loạn cơ xương khớp ở công nhân thu gom rác thải năm 2017 111
A number of factor relationship with disorderly musculoskeletal level of workers of collection waste garbage in 2017
**Nguyễn Văn Bằng, Hoàng Thị Ngân,
Nguyễn Ngọc Bích, Nguyễn Thúy Quỳnh**

- 31 **Đặc điểm điều kiện lao động và một số chỉ tiêu tâm sinh lý ở nhân viên vận hành điện** 116
Working conditions and some psycho-physiological indices of electric operator
Nguyễn Đức Sơn, Nguyễn Thu Hà
- 32 **Đánh giá kiến thức, thực hành về chăm sóc trước sinh của phụ nữ có thai tại một số xã huyện Gia Lộc tỉnh Hải Dương** 120
Current situation of health care for pregnant women of health staff in Gia Loc District, Hai Duong Province in 2015
Nguyễn Văn Kiên, Phạm Thị Tĩnh, Vương Thị Hòa
- 33 **Đặc điểm bệnh nhân vô sinh nam đến xét nghiệm tinh dịch đồ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương** 124
Semenal analysis among infertile couples in the national Hospital of obstetrics and gynecology
Nguyễn Quảng Bắc
- 34 **Nghiên cứu thành phần hóa học và khả năng kháng khuẩn của cây ngọc am** 127
Research in chemical composition and antibacterial of amphibians
Hồ Ngọc Sơn, Nguyễn Đức Minh
- 35 **Tình hình chuyển viện tuyến trên tại Bệnh viện Quận Tân Phú, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2016** 130
Situation of hospital transfer from Tan Phu Hospital to higher level Hospitals, 2016
Lương Văn Sinh, Đinh Thanh Hưng, Nguyễn Văn Tập
- 36 **Các yếu tố ảnh hưởng đến công tác y tế trường học ở các trường tiểu học và trung học cơ sở tại Thành phố Mỹ Tho, Tỉnh Tiền Giang năm 2017** 134
Factors affecting the healthcare activities in elementary and junior high schools in My Tho City, Tien Giang Province, in 2017
Huỳnh Thiên Ân, Tạ Văn Trầm
- 37 **Hạch toán chi phí trường hợp đẻ thường và mổ lấy thai tại Bệnh viện Thanh Nhàn, Hà Nội (2012-2014)** 139
Cost accounting for normal delivery and cesarean section at Thanh Nhan Hospital, Hanoi (2012-2014)
Chu Phúc Thi, Phạm Lê Tuấn, Hoàng Hải
- 38 **Nghiên cứu cải tiến quy trình tổng hợp memantin hydroclorid** 143
Study on improved synthesis process of memantine hydrochloride
Phan Đình Châu, Trần Văn Hùng, Ngô Xuân Trình, Phạm Văn Huy, Nghiêm Hữu Thành, Vũ Bình Dương
- 39 **Nghiên cứu quy trình thủy phân thu nhận acid amin từ lộc nhung bằng enzym (*cornu cervi pantotrichum*)** 148
Optimization of deer antler velvet (*cornu cervi pantotrichum*) hydrolysis procedure to getting acid amine using enzyme agent
Lê Minh Hoàng, Phạm Văn Hiền, Võ Quang Hợp, Đặng Trường Giang, Hồ Bá Ngọc Minh, Ngô Xuân Trình, Bùi Thị Bích Vân, Vũ Bình Dương, Nguyễn Duy Bắc
- 40 **Đánh giá hiệu quả giảm đau bằng ropivacain 0,075% kết hợp fentanyl bơm liên tục qua catheter ngoài màng cứng sau phẫu thuật bụng trên** 152
The efficacy of 0.075% ropivacaine in combination with fentanyl for continuous infusion epidural analgesia after upper abdominal surgery
Lâm Thị Hằng, Nguyễn Hữu Tú

- 41 **Nồng độ microalbumin niệu và một số chỉ số hóa sinh máu ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên** 155
The concentration of microalbuminuria and some blood biochemistry parameters in type 2 diabetes mellitus in Thai Nguyen Medical College Hospital
Lê Thị Minh Hiền, Nguyễn Thị Hoa, Vũ Thị Hoài Thu
- 42 **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ngực ở bệnh nhân lao phổi mới AFB âm tính** 159
The clinical, para-clinical characteristics and computed tomography imaging in the newly smear – negative pulmonary tuberculosis patients
Phạm Thị Ánh Tuyết, Vũ Quang Diễn
- 43 **Tình trạng stress của nhân viên y tế khoa Cấp cứu, Hồi sức một số bệnh viện trên địa bàn Hà Nội** 162
Stress of medical staff in intensive care units and emergency departments of selected hospitals in Ha Noi
Nguyễn Ngọc Sao, Lê Thị Bình, Lê Đỗ Mười Thương, Huỳnh Văn Sơn
- 44 **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh nhân nhiễm *candida* máu tại khoa Hồi sức Tích cực - Bệnh viện Bạch Mai** 166
Clinical, subclinical and treatment results of candidemia in icu - Bach Mai Hospital
Nguyễn Thị Mai Hương, Nguyễn Gia Bình, Đào Xuân Cơ
- 45 **Giá trị visual field index trong chẩn đoán các giai đoạn glôcôm** 170
Evaluation the visual field index in diagnostic stages of glaucoma
Bùi Thị Hương Giang, Phạm Thị Kim Thanh
- 46 **Thực trạng nhiễm nấm da và các yếu tố liên quan trên những bệnh nhân đến khám da liễu tại Bệnh viện 19-8 tháng 4-5/2017** 174
Current status of dermatophytosis and relating factors on patients who came to 19-8 Hospital for skin examination from april to may, 2017
Nguyễn Thị Hoài, Lê Văn Thêm
- 47 **Đối chiếu kết quả phẫu thuật nội soi mở xoang bướm có sử dụng định vị từ và rút ra kinh nghiệm để chỉ định phẫu thuật** 179
Collate the results of endoscopic sphenoidotomy using navigation system and drawing experience for surgical indications
Mai Hồng Vân, Cao Minh Thành
- 48 **Tác dụng chống viêm giảm đau và tác dụng hạ axit uric máu của bài thuốc “tứ vật đào hồng thang” trên chuột cống trắng thực nghiệm** 183
The effect of anti-inflammatory and lowering uric acid of “tu vat dao hong thang” on experimental rats
Nguyễn Vinh Quốc
- 49 **Nghiên cứu hoạt tính androgen của rễ cây Côngsêlên (*prismatomeris memecycloides*) trên chuột cống đực** 187
Study on the androgenic properties of the root of *prismatomeris memecycloides* on male rats
Nguyễn Mạnh Cường, Trần Thu Hương, Phạm Ngọc Khanh, Tô Đạo Cường, Đậu Thùy Dương, Trần Quỳnh Trang, Nguyễn Trần Thị Giáng Hương

- 50 Tác dụng hạ glucose máu của geraniin trên chuột nhắt đái tháo đường typ 2 192
The hypoglycemic action of geraniin in type 2 diabetic mice
**Vũ Thị Ngọc Thanh, Nguyễn Thị Thanh Hà, Phạm Thị Vân Anh
Hoàng Thân Hoài Thu, Đỗ Quốc Hương**
- 51 Phẫu thuật nội soi một vết mổ qua rốn điều trị thoát vị bẹn ở trẻ em 196
Trans-umbilical laparoendoscopic single site surgery for inguinal hernia in children
**Trần Ngọc Sơn, Hoàng Văn Bảo
Trần Văn Quyết, Nguyễn Thị Hồng Vân**
- 52 Đặc điểm của trẻ mắc hội chứng alagille tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 200
characteristics of children with alagille syndrome at Children's Hospital 1
Nguyễn Việt Trường, Tạ Văn Trâm, Nguyễn Anh Tuấn
- 53 Đánh giá kết quả áp dụng quy trình chuyên môn trường hợp mổ lấy thai tại Bệnh 204
viện Thanh Nhàn, Hà Nội, 2014
Evaluating the results of applying care pathway for cesarean section cases at Thanh
Nhan Hospital, Hanoi, 2014
Chu Phúc Thi, Phạm Lê Tuấn, Hoàng Hải
- 54 Mô hình bệnh tật tại Bệnh viện Quận Tân Phú năm 2016 207
Model of diseases at Tan Phu Hospital, 2016
Lương Văn Sinh, Đinh Thanh Hưng
- 55 Nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại nhà của bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện 213
Quận Tân Phú
Home health care demand of inpatient treatment at Tan Phu District Hospital
**Trương Thị Mai Huyền, Đinh Thanh Hưng,
Dương Thị Trang, Đinh Văn Quỳnh**
- 56 Sự hài lòng của người bệnh tại phòng khám theo yêu cầu, Bệnh viện Quận Bình 217
Thạnh, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2017
Satisfaction of patients at the requested doctor clinic, Hospital of Binh Thanh District,
Ho Chi Minh City
Nguyễn Quang Vinh, Bùi Quang Thái, Nguyễn Văn Tập
- 57 Hiệu quả giảm đau của điện châm trong điều trị chứng đau cổ do thoái hóa cột sống 222
cổ tại Bệnh viện Bình Thạnh
Effective pain relief of electroacupuncture therapy by cervical spondylosis at Binh
Thanh Hospital, Ho Chi Minh City
Trần Thị Thu Hằng, Dương Minh Hoàng
- 58 Thời gian người bệnh được chăm sóc bởi điều dưỡng tại Khoa Nội Và Khoa Ngoại 227
Bệnh viện Quận Tân Phú Thành phố Hồ Chí Minh năm 2016
Nursing care time in the internal medicine and surgery department Tan Phu District
Hospital In Ho Chi Minh City
**Dương Thị Trang, Phạm Thị Thu An,
Trần Ngọc Hoàng Khánh**