

TẠP CHÍ



Y HỌC

VIỆT NAM

Năm thứ sáu mươi ba

VIETNAM MEDICAL JOURNAL



THÁNG 12 - SỐ 1
2017

TẬP 461

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.tonghoiylhoc.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

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH BỆNH LÝ HẸP TĨNH MẠCH CHẬU GỐC

Lê Đức Nam*, Hoàng Việt Dũng*, Nguyễn Quốc Dũng*

TÓM TẮT

Hẹp tắc tĩnh mạch (TM) chậu gốc là một trong những nguyên nhân gây huyết khối TM chi dưới. Trên thế giới thường đề cập nhiều về hội chứng May – Thurner hay Cockett với biểu hiện hẹp TM chậu gốc trái bị đè ép vào giữa động mạch (ĐM) chậu gốc phải và thân đốt sống thắt lưng L4-L5. Tuy nhiên bệnh lý này có thể xảy ra ở hai bên. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh (CĐHA), trong đó cắt lớp vi tính (CLVT) có vai trò quan trọng. Điều trị bệnh lý này có nhiều phương pháp gồm nội khoa, can thiệp mạch, PT. Nhân năm trường hợp được chẩn đoán hẹp TM chậu tại Bệnh viện Hữu Nghị, chúng tôi muốn tổng hợp lại ý kiến và rút ra một số kinh nghiệm trong chẩn đoán và hướng xử trí bệnh lý này.

Từ khóa: Hẹp TM chậu gốc, hội chứng May – Thurner, huyết khối TM chi dưới, CLVT.

SUMMARY

COMPUTER TOMOGRAPHY FINDINGS OF THE COMMON ILIAC VEIN STENOSIS DISEASE

Common iliac vein stenosis is one reason for lower deep vein thrombosis. May-Thurner syndrome also known as Cockett syndrome has been well described, consists of stenosis of the left common iliac vein due to compress by right common iliac vein and the underlying vertebral body L4-L5. However, common iliac vein stenosis may occur on bilateral of lower extremity. The diagnosis can be confirmed with symptoms, ultrasound and computer tomography. The treatment depends on location and type of stenosis, and the patient condition. We report five cases of common iliac vein stenosis which were diagnosed in Huu Nghi Hospital, subsequently to review the literature and contribute some knowledge of diagnosis, treatment and prevention.

Keyword: Common iliac vein stenosis, May – Thurner Syndrome, DVT, CT scanner.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp tắc TM chậu gốc (CIVS – common iliac vein stenosis) là một trong những nguyên nhân gây ra huyết khối TM chi dưới (DVT- deep vein thrombosis). Trên thế giới thường đề cập nhiều về hội chứng May – Thurner hay Cockett với biểu hiện hẹp TM chậu gốc trái bị đè ép vào giữa ĐM chậu gốc phải (RCIA – Right common iliac

artery) và thân đốt sống thắt lưng L4-L5 [1]. CIVS có thể xảy ra ở hai bên, thường không có triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán thường tình cờ hoặc khi BN có biến chứng. Nguyên nhân thường do bẩm sinh, thứ phát sau chấn thương hay can thiệp, một số trường hợp không rõ nguyên nhân [4]. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng và CĐHA, trong đó CLVT có vai trò quan trọng. Điều trị bệnh lý này có nhiều phương pháp gồm nội khoa, can thiệp mạch, phẫu thuật. Chiến lược điều trị phụ thuộc vào vị trí tổn thương, loại tổn thương, tình trạng BN. Trên thế giới có rất ít bài báo cáo về CIVS, chủ yếu vẫn là những báo cáo ca bệnh. Tại Việt Nam, đến nay vẫn chưa có thông báo nào về bệnh lý này. Nhân năm trường hợp được chẩn đoán hẹp TM chậu tại Bệnh viện Hữu Nghị, chúng tôi muốn tổng hợp ý kiến và rút ra một số kinh nghiệm trong chẩn đoán và hướng xử trí bệnh lý này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Trường hợp 1: BN nam, 79 tuổi, tiền sử THA, ĐTD, suy thận độ IIIb có lọc máu chu kỳ 2 lần/ tuần. BN vào viện vì phù toàn bộ chân phải, diễn biến 2-3 năm với các đợt phù chi rồi tự khỏi, đợt này khoảng 2 tuần, xuất hiện phù trắng, mềm, ấn lõm, nổi rõ các TM nông, không thấy loét chân, da chi dưới khô và các móng chân khô, dễ gãy. Chẩn đoán sơ bộ phù do nguyên nhân huyết khối TM sâu. Siêu âm Doppler mạch chi dưới, không thấy huyết khối TM nông và sâu, giảm vận tốc dòng chảy hệ TM. CLVT 64 dãy: không có huyết khối, không có u chèn vào mạch máu. Trên ảnh dựng hình: TM chậu gốc phải bị hẹp ngay trước hội lưu TM chủ dưới, trên đoạn dài 38,8 mm, chỗ hẹp nhất 4mm. TM chậu gốc phải bị ĐM chậu trong và ĐM chậu ngoài chèn ép tại ngã ba, thành ĐM chậu sát TM xơ vữa, dày thành không đều (4mm) kèm thâm nhiễm mỡ xung quanh. Nhiều nhánh TM bàng hệ chân phải. BN được phẫu thuật (PT) bắc cầu TM chậu ngoài phải và TM chủ dưới. Chẩn đoán trong mổ nguyên nhân gây hẹp TM chậu gốc phải do sự đè ép bởi ĐM chậu gốc phải kết hợp với viêm quanh ĐM. Sau mổ BN hết phù chi, siêu âm Doppler cho thấy dòng chảy TM trở về bình thường, BN ra viện sau mổ 1 tháng với chân phải gần như hết phù (Hình 1).

*Bệnh viện Hữu Nghị, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Nam

Email: namxoanle.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/10/2017

Ngày phản biện khoa học: 1/11/2017

Ngày duyệt bài: 12/11/2017



Hình 1: TH1 với hẹp TM chậu gốc phải trên MSCT và phù chân phải trước - sau điều trị.

- **Trường hợp 2:** BN nam, 55 tuổi, vào viện vì phù chân trái, bệnh kéo dài khoảng 2 năm, tiến triển từng đợt rồi tự khỏi. Lần này vào viện vì phù chân trái tăng dần, diễn biến khoảng 2 tuần, phù trắng, mềm, không thấy nổi các TM nông dưới da, không thấy loét. Lâm sàng chẩn đoán sơ bộ phù chân do suy giãn TM. Siêu âm Doppler mạch chi dưới bên trái, không thấy huyết khối TM, cho thấy hình ảnh suy TM chi dưới bên trái. BN được điều trị nội khoa nhưng không cải thiện, phù chân trái tăng lên. CLVT 64 dây không thấy huyết khối hay khối u đè ép vào

mạch máu. Trên ảnh dựng hình hệ TM: hình ảnh hẹp TM chậu gốc phải do bị đè ép bởi ĐM chậu trong và ĐM chậu ngoài ngay vị trí ngã ba chậu gốc- chậu trong – chậu ngoài, trên đoạn dài 41mm, chỗ hẹp nhất 5mm. Bất thường giải phẫu với nhánh nối giữa TM chậu trong phải và trung tâm TM chậu gốc trái. Không thấy hình ảnh các nhánh TM bàng hệ chân phải và trái. Hệ ĐM: Thành ĐM đều, không thấy dày thành bất thường hay thâm nhiễm mỡ ngang đoạn TM bị hẹp. BN tiến hành điều trị đốt nhiệt suy TM, cải thiện lâm sàng và ra viện sau 2 tuần (Hình 2).



Hình 2: TH2. Hẹp TM chậu gốc phải kết hợp bất thường bẩm sinh nhánh nối TM chậu trong phải và TM chậu gốc trái (Bất thường nhóm 5a theo phân loại Mack shin 2015)

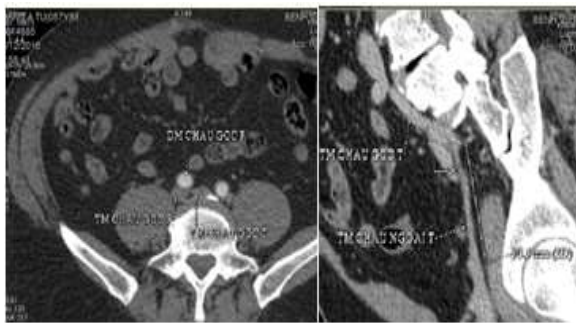
- **Trường hợp 3:** BN nam, 71 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, vào viện sau chấn thương vùng bụng dưới và hông. Siêu âm ổ bụng bình thường. Ngày thứ 3 sau tai nạn, BN đau hố chậu phải tăng dần. CLVT 64 dây ổ bụng và tiểu khung phát hiện khối máu tụ đang dịch hóa ngoài phúc mạc vùng hố chậu bên phải, kích thước ~ 80x100mm, gây đè ép vào bó mạch chậu gốc, làm hẹp nặng TM chậu gốc bên phải trên đoạn dài ~ 49mm, đường kính (ĐK) ngang chỗ hẹp nhất 5mm, không thấy ổ dị dạng hay phình mạch, không thấy huyết khối TM đùi. CLVT loại trừ hoàn toàn các chấn thương tạng đặc và tạng rỗng trong ổ bụng, chấn thương khung chậu (Hình 3). BN được điều trị nội khoa.



Hình 3: TH3- Hẹp TM chậu gốc phải do chèn ép bởi khối máu tụ (Hình sao)

- **Trường hợp 4:** BN nam, 55 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, vào viện vì phù chân trái trong 5 năm với nhiều đợt phù chân trái trắng, mềm, ấn lõm, không thấy loét chân. Siêu âm TM chi dưới

có kết quả bình thường. CLVT 64 dãy có dựng hình mạch máu thấy hẹp nặng TM chậu gốc bên trái gần sát chỗ đổ vào TM chủ dưới do sự đè ép của ĐM chậu gốc phải với nền là thân đốt L5 phía sau. Trên ảnh CLVT có dựng mạch còn cho thấy TM chậu ngoài hẹp nặng trên đoạn dài 70mm đến gần chỗ đổ của TM đùi, chỗ hẹp nhất đo được 4mm. Không thấy huyết khối TM chi dưới, không thấy dị dạng mạch hay tuần hoàn bàng hệ. Hệ ĐM hoàn toàn bình thường (Hình 4). BN được chẩn đoán là hội chứng May – Turner, điều trị nội khoa và theo dõi định kì.



Hình 4: TH4- Hội chứng May - Turner bên trái

- **Trường hợp 5:** BN nam 80 tuổi, tiền sử tăng huyết áp và đái tháo đường nhiều năm, vào viện vì xuất hiện phù chân trái nhiều năm nay, diễn biến nhiều đợt, tính chất phù mềm toàn bộ chân trái, trắng, mềm, ấn lõm, nổi rõ các TM dưới da, không thấy loét chân. Siêu âm Doppler mạch không thấy huyết khối, thấy các TM nông và sâu có dòng chảy chậm. CLVT 64 dãy thấy hình ảnh hẹp TM chậu gốc bên trái do ĐM chậu gốc bên phải đè ép kèm theo hình hẹp dài TM chậu ngoài. Hình nhiều TM bàng hệ dưới da ở chân trái dẫn lưu về TM chậu gốc bên phải. ĐM chủ chậu hai bên xơ vữa rải rác (Hình 5). Chẩn đoán được đặt ra là hội chứng May – Turner. BN điều trị nội khoa.



Hình 5: TH5- Hội chứng May - Turner trái và tuần hoàn TM bàng hệ đùi trái

2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu và tổng kết nhóm BN.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Chúng tôi tổng kết năm trường hợp được chẩn đoán hẹp TM chậu gốc với 3 trường hợp hẹp bên phải và hai trường hợp bên trái. Hẹp TM chậu gốc khi ĐK ngang bé hơn ĐM đi cùng mức, theo tác giả Jin Hyun Joh (2013) nghiên cứu trên 1229 người Hàn Quốc thì ĐK ngang ĐM chậu gốc từ 10-15mm [5]. Các trường hợp chúng tôi báo cáo, hẹp TM chậu gốc đều mức độ nặng với ĐK ngang chỗ hẹp nhất 5-6mm. Trên thế giới thường nói về hội chứng May – Turner hay Cockett với biểu hiện hẹp TM chậu gốc trái bị đè ép vào giữa ĐM chậu gốc phải (RCIA – Right common iliac artery) và thân đốt sống thắt lưng L4-L5 [1]. CIVS gặp khoảng 2-5% ở những BN có bệnh lý TM chi dưới, là một trong những nguyên nhân gây ra bệnh lý huyết khối TM sâu chi dưới, nghiên cứu cho thấy những BN CIVS bên trái có thể làm tăng khả năng DVT lên 18-49%. Bệnh lý này hay gặp ở độ tuổi trung niên hoặc người già, tỷ lệ nữ hay gặp hơn nam giới [6]. Trong 5 BN của chúng tôi, độ tuổi đều từ 55 tuổi trở lên và đều là nam giới.

Nguyên nhân hẹp TM chậu gốc do bẩm sinh, nguyên phát, thứ phát hay không rõ nguyên nhân [4]. Trong năm BN chúng tôi báo cáo, nguyên nhân đều là thứ phát, có 4/5 trường hợp CIVS do sự đè ép của ĐM chậu gốc đi cùng, có 1 trường hợp do khối máu tụ lân cận đè ép vào.

Diễn biến bệnh thâm lặn, nhiều khi không triệu chứng, và có thể tái diễn nhiều đợt trước khi vào viện, 4/5 BN của chúng tôi đều có diễn biến bệnh trên 2 năm, trong một số trường hợp có thể gây ra tổn thương đến da và móng chân (trường hợp 1), điều này phù hợp với cơ chế của bệnh lý là thường từ từ do sự đè ép của hệ ĐM lân cận, tuy nhiên trong một số trường hợp thì diễn biến bệnh thường cấp tính như trường hợp BN thứ 3 của chúng tôi, hẹp TM chậu gốc phải do đè ép bởi khối máu tụ sau chấn thương 3 ngày [6]. Triệu chứng phù chi dưới hay gặp, thường phù chi cùng bên với TM hẹp, và diễn biến tái diễn nhiều đợt, mức độ phụ thuộc mức độ hẹp của TM cũng như tuần hoàn bàng hệ với TM đối bên. Trong số 5 BN chúng tôi báo cáo thì có 4/5 trường hợp có phù chi dưới. Như vậy, với một BN phù chi dưới một bên thì nên nghĩ đến hẹp TM chậu gốc. CDHA rất có giá trị trong chẩn đoán bệnh lý hẹp TM chậu gốc ở những BN phù chi dưới một bên, các phương pháp thường dùng là siêu âm Doppler mạch, CLVT, cộng hưởng từ.

Siêu âm Doppler màu thường được chỉ định đầu tiên, tuy nhiên việc xác định dấu hiệu trực tiếp vị trí hẹp TM chậu gốc trên siêu âm là rất khó vì TM chậu gốc nằm sâu trong tiểu khung, bị che lấp bởi bàng quang, hơi trong các quai ruột và thành bụng dày cũng là một hạn chế. Theo một số tác giả thì các dấu hiệu gián tiếp trên siêu âm giúp ích cho lâm sàng là: 1, tốc độ dòng chảy (Flow volume) của TM chậu gốc bên phải cao hơn ~ 40% so với bên trái; 2, là tỷ lệ vận tốc đỉnh (peak velocity) của TM chậu gốc trái so với TM chậu gốc phải bé hơn 0,9. Ngoài ra, siêu âm tìm huyết khối và tăng áp lực TM chi [6]. Cộng hưởng từ có giá trị xác định chẩn đoán nhưng giá thành cao và cần BN phối hợp tốt. Chụp TM số hóa xóa nền (DSA) là tiêu chuẩn để chẩn đoán, nhưng đây là thủ thuật xâm lấn và khó áp dụng rộng rãi, thường chỉ áp dụng khi BN có xu hướng điều trị bằng can thiệp mạch đặt Stent. CLVT đã được dùng từ lâu để chẩn đoán các bệnh lý TM chi dưới nói chung và bệnh lý hẹp TM chậu gốc. CLVT đa dãy với tái tạo hình ảnh ở ba mặt phẳng là phương pháp không xâm lấn như DSA, thời gian thăm khám ngắn nhưng đánh giá được toàn bộ đường đi TM, điều mà siêu âm hạn chế. CLVT xác định chính xác vị trí hẹp, nguyên nhân hẹp, liên quan các cấu trúc giải phẫu xung quanh, đánh giá tuần hoàn bàng hệ, đây là điều mà các PT viên và bác sỹ can thiệp mạch cần trong việc điều trị. CLVT xác định huyết khối TM chi dưới, đây là biến chứng hay gặp và có thể gây ra huyết khối ĐM phổi [6]. Tuy nhiên, CLVT vẫn có những hạn chế là phải sử dụng thuốc cản quang và không dùng cho phụ nữ có thai. Nhóm BN chúng tôi báo cáo đều được làm siêu âm Doppler mạch nhưng không phát hiện được CIVS, tuy nhiên trên CLVT 64 dãy thì được chẩn đoán một cách dễ dàng

Trường hợp BN thứ 2 của chúng tôi nguyên nhân hẹp TM chậu gốc phải tương tự như trường hợp tác giả Molloy S nhưng kết hợp thêm dị dạng nhánh nối giữa TM chậu ngoài bên phải và TM chậu gốc trái, do đó bệnh cảnh chủ yếu là phù chân trái. Dị dạng TM chậu có nhiều tác giả báo cáo, theo tác giả theo Mack Shin và cộng sự năm 2015 hồi cứu khoảng 2488 phim chụp MSCT cho thấy tỷ lệ dị dạng tĩnh mạch chậu khoảng 20,9% tổng số ca (521/2488), được chia thành 8 nhóm gồm nhóm 1, 2(a,b), 3(a,b), 4(a,b), 5(a,b,c,d), 6(a,b,c,d,e), 7, 8(a,b) [3]. Bệnh nhân chúng tôi báo cáo thuộc nhóm 5a với nhánh nối từ tĩnh mạch chậu trong phải đến tĩnh mạch chậu gốc trái kết hợp với tình trạng hẹp nặng tĩnh mạch chậu gốc phải (Hình 2), nhóm 5a

chiếm 6,8%, ở Việt Nam thì chưa có nghiên cứu về nhóm bệnh lý này.

Nhiều tác giả đều đồng ý rằng, việc điều trị CIVS có khả năng giảm DVT và triệu chứng gây ra bởi CIVS nên được điều trị. Khuyến cáo cho thấy việc giải phóng nguyên nhân chèn ép trong CIVS là một trong những ưu tiên hàng đầu [6].

Trên thế giới, PT điều trị CIVS có nhiều báo cáo, các phương pháp PT bắc cầu, đặt lại đường đi ĐM chậu hay thay đoạn TM trong CIVS và đạt hiệu quả tốt [6]. BN thứ nhất của chúng tôi cho thấy hiệu quả của việc điều trị PT bắc cầu rất tốt. Ngày nay, áp dụng kỹ thuật can thiệp mạch trong điều trị CIVS được sử dụng rộng rãi và có nhiều kết quả khả quan. Sau điều trị giải phóng chèn ép thì việc sử dụng thuốc chống đông được khuyến cáo [6]. Trong số 5 BN chúng tôi báo cáo, chỉ có một trường hợp BN thứ nhất được điều trị PT và đem lại kết quả tốt, còn 4 trường hợp khác đều được điều trị nội khoa. Chúng tôi thấy rằng, việc điều trị CIVS phụ thuộc nhiều vào tình trạng BN, biến chứng và độ tuổi, ở những BN trung niên, hẹp tắc mạn tính việc điều trị PT nên được cân nhắc.

IV. KẾT LUẬN

Bệnh lý hẹp TM chậu gốc là bệnh lý hiếm gặp, đặc biệt là hẹp TM chậu gốc phải. Diễn biến bệnh thường không triệu chứng lâm sàng và một số trường hợp có thể diễn biến cấp tính. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào CTĐHA. Điều trị hẹp TM chậu gốc tùy thuộc vào từng BN cụ thể. Qua 5 trường hợp chúng tôi báo cáo và kết hợp với y văn thế giới, chúng tôi muốn đóng góp kinh nghiệm trong chiến lược chẩn đoán cũng như điều trị bệnh lý này và hy vọng trong thời gian sắp tới sẽ có báo cáo với số lượng lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. May R, Thurner J. (1957). The cause of the predominately sinister occurrence of thrombosis of the pelvic veins. *Angiology*; 8:419-27.
2. Kibbe MR, et al. (2004). Iliac vein compression in an asymptomatic patient population. *J Vasc Surg*; 937-943.
3. Mack Shin et al. (2015). Multidetector computed tomography of iliac vein variation: prevalence and classification. *Surg Radiol Anat*; 37:303-309
4. Porter JM, Moneta GL. (1995). Reporting standards in venous disease: an update. International Consensus Committee on Chronic Venous Disease. *J Vasc Surg*; 21:635-45
5. Jin Hyun Joh. (2013). Reference Diameters of the Abdominal Aorta and Iliac Arteries in the Korean Population. *Yonsei Med J* 54(1):48-54.
6. Leonardo P. Cavalcante et al. (2015). Iliac vein compression syndrome: literature review. *J Vas Bras* 14(1): 78-83.

7. **Raju S.**(2013). Best management options for chronic iliac vein stenosis and occlusion. J Vasc Surg.;57(4):1163-9.

ĐÁNH GIÁ SỰ THAY ĐỔI NHẬN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ VÀNG DA SƠ SINH CỦA CÁC SẢN PHỤ SAU CAN THIỆP GIÁO DỤC SỨC KHỎE TẠI KHOA PHỤ SẢN BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KHÁNH HÒA

Nguyễn Thế Dũng*, Trần Hạnh Bắc*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng nhận thức, thái độ về vàng da sơ sinh của các sản phụ trước can thiệp giáo dục sức khỏe và đánh giá sự thay đổi nhận thức, thái độ về vàng da sơ sinh của các sản phụ sau can thiệp giáo dục sức khỏe tại khoa Phụ Sản bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp trên một nhóm sản phụ có so sánh trước-sau sinh. Nghiên cứu được thực hiện trên 80 sản phụ khám thai định kỳ vào tuần thứ 35 và đăng ký sinh con tại khoa Phụ Sản bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa từ tháng 01-6/2017. Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0 **Kết quả:** Chỉ có 8,8% sản phụ có nhận thức đúng và 17,5% sản phụ có thái độ tốt về vàng da sơ sinh trước can thiệp giáo dục sức khỏe. Sau can thiệp giáo dục sức khỏe tỷ lệ các sản phụ có nhận thức đúng tăng 38,7%, thái độ tốt tăng 47,5%. Điểm số trung bình về nhận thức trước can thiệp giáo dục sức khỏe là $7,4 \pm 2,4$ và sau can thiệp là $11,5 \pm 2,9$ với $p < 0,05$. Điểm số trung bình về thái độ trước can thiệp giáo dục sức khỏe là $2,5 \pm 1,0$ và sau can thiệp là $4,6 \pm 0,6$, với $p < 0,05$.

Từ khóa: Giáo dục sức khỏe, vàng da sơ sinh, kiến thức, thái độ.

SUMMARY

EVALUATION OF CHANGES IN PATIENTS' AWARENESS AND ATTITUDES ABOUT NEWBORN JAUNDICE AT OBGYN DIVISION OF KHANH HOA GENERAL HOSPITAL

Purpose: To describe the perception and attitudes of maternal women toward hyper bilirubinemia in newborns before the health education intervention; and to evaluate the changes of their understanding and attitudes toward the condition after that intervention. **Method:** Intervention research on a maternal group with pre-post partum comparison. The study was conducted on 80 women who are having regular ante natal care at 35 weeks of pregnancy and registered at the Obstetrics and Gynecology Division of Khanh Hoa General Hospital from January, 2017 to June, 2017. The collected data were analyzed by SPSS 22.0 software. **Result:** Before the health education, only 8.8% of the women have the right knowledge and 17.5% have good attitudes toward neonatal jaundice. After the intervention of health education, the number of women with proper awareness has

increased to 38.7% and with good attitudes has increased to 47.5%. The mean score for the awareness before the health education intervention is 7.4 ± 2.4 and after the intervention is 11.5 ± 2.9 with $p < 0.05$. The mean score of the attitudes before the health education intervention is 2.5 ± 1.0 and after the intervention is 4.6 ± 0.6 with $p < 0.05$.

Keywords: Health education intervention, newborn jaundice, awareness, attitudes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vàng da xảy ra ở 50-60% trẻ sơ sinh đủ tháng và 80% trẻ sơ sinh non tháng và là nguyên nhân hàng đầu gây nhập viện sau sinh hoặc tái nhập viện trong tuần đầu tiên của cuộc sống ở trẻ sơ sinh [5]. Hậu quả nặng nề nhất của tăng bilirubin máu ở trẻ sơ sinh là tổn thương não mạn tính (vàng da nhân) dẫn đến 10% tử vong và 70% di chứng thần kinh; và tổn thương não cấp tính dẫn đến 51,67% giảm thính lực hoặc điếc ở trẻ sơ sinh [2]. Tuy nhiên, quản lý và điều trị kịp thời có thể đảm bảo an toàn cho sức khỏe của trẻ dựa trên cơ sở bilirubin chỉ nguy hiểm khi vượt quá ngưỡng não trẻ [1]. Ngày nay, sự quá tải xảy ra ở hầu hết các bệnh viện đã dẫn đến sự phổ biến của tình trạng cho các sản phụ (SP) xuất viện sớm sau sinh. Việc rút ngắn thời gian theo dõi trẻ sau sinh và giám sát trẻ sau xuất viện đã đặt ra thách thức lớn cho đội ngũ y tế trong công tác quản lý vàng da sơ sinh (VDSS) và trách nhiệm của các sản phụ về nhận định vàng da ở trẻ sẽ tăng lên. Do đó, nhận thức và thái độ của các sản phụ đóng một vai trò quan trọng trong kết quả cuối cùng của bệnh VDSS. Nhằm đánh giá hiệu quả của công tác giáo dục sức khỏe (GDSK) ngay từ giai đoạn tiền sản để nâng cao nhận thức, thái độ cho các sản phụ về VDSS, giúp các sản phụ chủ động, tự tin trong trực tiếp chăm sóc, xử lý VDSS ở trẻ, góp phần giảm thiểu yếu tố nguy cơ đối với trẻ, chúng tôi nghiên cứu đề tài: "Đánh giá sự thay đổi nhận thức, thái độ về vàng da sơ sinh của các sản phụ sau giáo dục sức khỏe tại khoa Phụ Sản bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa năm 2017" nhằm các mục tiêu:

- Mô tả thực trạng nhận thức, thái độ trước can thiệp giáo dục sức khỏe về vàng da sơ sinh của các sản phụ tại khoa Phụ Sản bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa năm 2017.

*Trường Cao đẳng Y tế Khánh Hòa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Dũng

Email: anmypy1954@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/10/2017

Ngày phản biện khoa học: 5/11/2017

Ngày duyệt bài: 15/11/2017

- Đánh giá sự thay đổi nhận thức, thái độ sau can thiệp giáo dục sức khỏe về vàng da sơ sinh của các sản phụ tại khoa Phụ Sản bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các sản phụ (SP) đang mang thai ở tuần thứ 35 thực hiện khám thai định kỳ và đăng ký sinh tại khoa Phụ Sản bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa từ tháng 01/2017- 6/2017.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn vào: SP mang thai ở tuần thứ 35 và thực hiện khám thai định kỳ tại khoa Phụ Sản bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa. SP sinh sống tại Khánh Hòa và đăng ký sinh tại khoa Phụ Sản bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa. SP đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: SP không có khả năng giao tiếp trong sinh hoạt bình thường và không biết chữ. SP có con đã hay đang điều trị tại khoa Sơ sinh bệnh lý. SP từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp so sánh trước - sau trên cùng một nhóm.

2.3. Cỡ mẫu: Được tính theo công thức nghiên cứu can thiệp so sánh trước - sau trên cùng một nhóm: $n = 2 \times 10,51 \times (1-0,6) / (0,4)^2 = 53$. Nhằm đảm bảo hiệu lực mẫu và tránh nguy cơ mất mẫu, chúng tôi tiến hành lấy mẫu 80 sản phụ.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu: Sử dụng cùng một bộ công cụ khảo sát để thu thập số liệu trước và sau can thiệp GDSK. Giải thích trực tiếp, rõ ràng mục đích nghiên cứu cho các đối tượng, nếu các SP đồng ý tham gia nghiên cứu ký tên vào phiếu.

2.5. Xử lý số liệu thống kê: Sử dụng phần mềm SPSS for Windows 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng nhận thức, thái độ về VDSS của các sản phụ trước can thiệp GDSK

3.1.1. Đặc điểm dịch tễ học của đối tượng nghiên cứu

Tổng số SP: 80, trong đó <35 tuổi có 66 SP chiếm 82,5%; ≥35 tuổi có 14 SP chiếm 17,5%.

Tuổi trung bình (TB) của các SP tham gia nghiên cứu là $27,9 \pm 5,6$. Tỷ lệ các SP sống ở nông thôn chiếm 58,8%, thành thị chiếm 41,2%. Nghề nghiệp phân bố cao nhất ở lĩnh vực công chức, viên chức chiếm 48,8%, nông dân chiếm 6,2%. Tỷ lệ các SP có trình độ học vấn từ cấp III trở xuống là 48,8% và trên cấp III là 51,2%. Phần lớn các SP có tình trạng kinh tế ở

mức nghèo hoặc trung bình 80%, chỉ có 20% từ khá trở lên. Về đặc điểm sản khoa: hầu hết các SP sinh con ở tuần thứ 37 trở lên, chỉ có 5% SP sinh con dưới 37 tuần, sinh con lần hai chiếm 53,8% và 46,2% SP sinh con lần đầu.

3.1.2. Nhận thức về VDSS của các sản phụ trước can thiệp GDSK

Các SP còn thiếu nhận thức hoặc có nhận thức chưa đúng về VDSS chiếm 91,2%, trong khi chỉ có 8,8% các SP có nhận thức tốt.

*Nhận thức về khái niệm VDSS của các SP trước can thiệp GDSK: có 83,8% các SP biết VDSS là triệu chứng của da, niêm mạc và kết mạc mắt xuất hiện màu vàng, đây cũng là dấu hiệu xảy ra phổ biến ở hầu hết trẻ sơ sinh (61,2%). Có 60% các SP biết VDSS có thể là triệu chứng sinh lý song cũng có thể là bệnh lý ở trẻ sơ sinh.

*Nhận thức về nhận biết VDSS của các SP trước can thiệp GDSK: có 53,8% các SP có nhận thức tốt về cách quan sát màu sắc da trẻ để phát hiện vàng da, vẫn còn 46,2% chưa tốt; 47,5% các SP có nhận thức tốt về vàng da xuất hiện sớm trong 36 giờ đầu sau sinh là dấu hiệu nguy hiểm của vàng da bệnh lý, 52,5% chưa tốt.

*Nhận thức về vàng da kéo dài hơn 2 tuần ở trẻ sơ sinh là dấu hiệu của vàng da bệnh lý có 47,5% SP nhận thức tốt, 52,5% SP nhận thức chưa tốt.

*Nhận thức về nguyên nhân gây VDSS của các SP trước can thiệp GDSK: có 11,2% các SP có nhận thức tốt về trẻ bú kém có nguy cơ bị VDSS, 56,2% các SP có nhận thức tốt về trẻ sinh thiếu tháng có nguy cơ bị VDSS cao hơn các trẻ khác, 38,8% các SP có nhận thức tốt về nhiễm trùng là một trong những nguyên nhân gây VDSS, 35% các SP có nhận thức tốt về mẹ ăn những loại thức ăn có màu vàng không phải là nguyên nhân gây VDSS, 37,5% các SP có nhận thức tốt về bất đồng nhóm máu là nguyên nhân phổ biến gây VDSS.

*Nhận thức về xử trí khi phát hiện VDSS của các SP trước can thiệp GDSK: có 80% các SP cho rằng nên đưa trẻ đi khám ngay khi phát hiện trẻ bị vàng da, 37,5% các SP có nhận thức về chiếu đèn chuyên dụng là phương pháp điều trị VDSS hiệu quả và an toàn cho trẻ.

*Nhận thức về biến chứng khi không điều trị VDSS kịp thời của các SP trước can thiệp GDSK: có 10% các SP biết trẻ sơ sinh vàng da nặng nếu không điều trị kịp thời có thể có nguy cơ tử vong, 31,2% các SP có nhận thức tốt VDSS bệnh lý nếu không được điều trị kịp thời có thể gây tổn thương não cho trẻ, 43,8% các SP có nhận

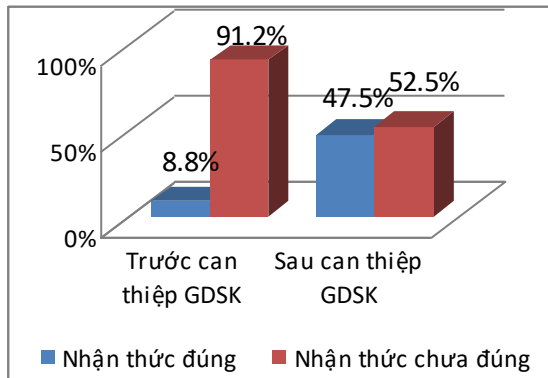
thức tốt về VDSS bệnh lý có thể gây di chứng điếc, giảm thính lực ở trẻ.

*Điểm TB theo nhóm nhận thức về VDSS của các SP trước can thiệp GDSK là $7,4 \pm 2,4$.

3.1.3. Thái độ về vàng da sơ sinh của các sản phụ trước can thiệp GDSK

Có 82,5% các SP có thái độ chưa đúng về VDSS. Điểm TB thái độ về VDSS của các SP trước can thiệp GDSK là $2,5 \pm 1,0$.

3.2. Hiệu quả can thiệp GDSK đối với thay đổi kiến thức về VDSS của các sản phụ:



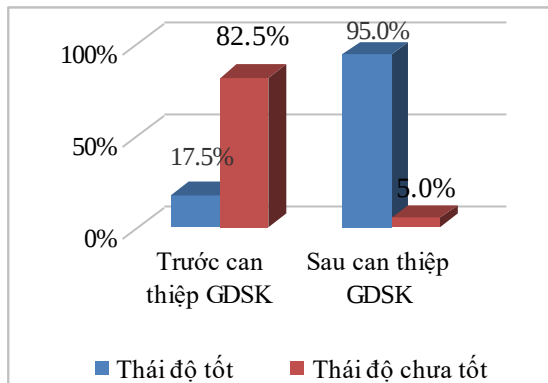
Biểu đồ 3.2: Kết quả chung nhận thức về VDSS của các SP trước và sau can thiệp GDSK

*Thay đổi nhận thức về VDSS của các SP: Trước can thiệp GDSK, tỷ lệ các SP có nhận thức đúng và chưa đúng lần lượt là 8,8% và 91,2%. Sau can thiệp GDSK, tỷ lệ các SP có nhận thức đúng chiếm 47,5%, và 52,5% các SP có nhận thức chưa đúng.

*Sau can thiệp GDSK các SP có sự cải thiện nhiều về điểm số nhận thức tăng từ 50% trở lên so với số điểm nhận thức ban đầu chiếm 32,5% và < 50% chiếm 67,5%.

*Sự cải thiện điểm số nhận thức chung về VDSS trước-sau can thiệp GDSK có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3. Hiệu quả can thiệp GDSK đối với thay đổi thái độ về VDSS của các sản phụ:



Biểu đồ 3.3. Kết quả chung thái độ về VDSS của các SP trước và sau can thiệp GDSK

*Trước can thiệp GDSK tỷ lệ các SP có thái độ tốt và chưa tốt lần lượt là 17,5% và 82,5%. Sau can thiệp GDSK, tỷ lệ các SP có thái độ tốt là 95% (tăng 77,5%), vẫn còn 5% các SP có thái độ chưa tốt về VDSS. Các SP có sự cải thiện nhiều về điểm số thái độ tăng $\geq 50\%$ so với số điểm thái độ ban đầu chiếm 30% và < 50% chiếm 70%. Có sự khác biệt về điểm số thái độ chung về VDSS trước- sau can thiệp GDSK, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.4. Một số yếu tố tác động đến hiệu quả của GDSK trong thay đổi nhận thức, thái độ về VDSS của các sản phụ:

*Mối liên quan giữa đặc điểm sản khoa và sự thay đổi nhận thức đúng của các SP sau can thiệp GDSK có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

*Mối liên quan giữa nguồn thông tin về VDSS và sự thay đổi nhận thức của các SP sau can thiệp GDSK không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

*Mối liên quan giữa đặc điểm sản khoa và sự thay đổi thái độ của các SP sau can thiệp GDSK không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

*Mối liên quan giữa nguồn thông tin về VDSS và sự thay đổi thái độ của các bà mẹ sau can thiệp GDSK không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng nhận thức về VDSS của các sản phụ trước can thiệp GDSK

Trong nhóm nhận thức về khái niệm VDSS, có 83,8% các SP biết vàng da là hiện tượng da, phần trắng của mắt có màu vàng ở trẻ sơ sinh và 61,2% các SP biết vàng da xảy ra phổ biến ở hầu hết trẻ sơ sinh, kết quả này tương ứng với kết quả nghiên cứu của Phạm Diệp Thủy Dương [1] là 56% hay Boo Nem Yun [4] là 63%. Chỉ có 8,8% SP có nhận thức đúng và 91,2% SP còn thiếu nhận thức về VDSS trước can thiệp GDSK. Tại các nước phát triển, hệ thống y tế phát triển rộng khắp đặc biệt y tế gia đình, nhân viên y tế được đào tạo chuyên sâu và có kinh nghiệm sẽ chịu trách nhiệm theo dõi, phát hiện VDSS sau xuất viện hậu sản qua thăm khám sức khỏe tại nhà. Song, ở Việt Nam sau khi trẻ được xuất viện hậu sản theo mẹ, công việc chăm sóc và theo dõi sát tình trạng sức khỏe của trẻ phụ thuộc chính vào trách nhiệm của các bà mẹ, do đó việc cung cấp thông tin, hướng dẫn chi tiết, cụ thể để theo dõi, phát hiện vàng da đúng ở trẻ sơ sinh đóng vai trò rất quan trọng.

Về nguyên nhân gây vàng da ở trẻ sơ sinh: có 11,2% SP biết trẻ bú kém có thể là nguyên nhân

gây VDSS; có 56,2% các SP cho rằng trẻ sinh thiếu tháng có nguy cơ bị vàng da cao hơn các trẻ khỏe mạnh, kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Ling Zhang [7] là 32,96%. Chỉ có 37,5% các SP biết bắt đồng nhóm máu mẹ con là nguyên nhân phổ biến gây VDSS, cao hơn kết quả của Hoàng Thị Lân [3] là 16% nhưng thấp hơn kết quả nghiên cứu của Ling Zhang [7] là 62,16%. Có 65% các SP vẫn tin rằng mẹ ăn thức ăn có màu vàng sẽ làm con bị vàng da, kết quả này thấp hơn kết quả của Phạm Diệp Thùy Dương [1] là 73%. Chỉ có 31,2% các SP biết vàng da nặng có thể gây tổn thương não ở trẻ sơ sinh và 43,8% các SP biết điều trị chậm trễ vàng da nặng có thể để lại di chứng diếc cho trẻ về sau, kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Phạm Diệp Thùy Dương [1] là 5%, và thấp hơn kết quả nghiên cứu của Ling Zhang [7] là 38,27%. Điều này chứng tỏ các SP chúng tôi nghiên cứu còn chưa được cung cấp đầy đủ thông tin về nguyên nhân gây VDSS, việc cung cấp thông tin về nguyên nhân gây VDSS sẽ giúp các SP lưu ý hơn đến đặc điểm sức khỏe sau sinh của trẻ để có chế độ chăm sóc phù hợp, kịp thời báo với nhân viên y tế để theo dõi và có hướng xử trí hợp lý, tránh những niềm tin sai lệch trong việc mẹ kiêng khem ăn một số loại thực phẩm, dẫn đến chậm trễ đưa trẻ đi khám điều trị vàng da.

4.2. Thực trạng thái độ về vàng da sơ sinh của các sản phụ trước GDSK

Trước can thiệp GDSK, chỉ có 17,5% các SP có thái độ tốt và có đến 82,5% các SP có thái độ chưa tốt về VDSS. Kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Phạm Diệp Thùy Dương [1] là 60,2%. Sự khác biệt này có thể do thời điểm thu thập số liệu, nghiên cứu của chúng tôi tại lần khám thai định kỳ tuần thứ 35 của các SP chưa can thiệp GDSK, trong khi đó nghiên cứu của Phạm Diệp Thùy Dương thu thập số liệu ở thời kỳ hậu sản.

4.3. Hiệu quả can thiệp GDSK trong thay đổi nhận thức, thái độ về VDSS của các sản phụ

4.3.1. Thay đổi nhận thức: Tỷ lệ các SP có nhận thức đúng sau can thiệp GDSK là 47,5%, tăng 38,7% so với trước can thiệp GDSK, trong đó các SP có sự thay đổi nhiều về điểm nhận thức ($\geq 50\%$ so với điểm số ban đầu) chiếm 32,5%. Điểm TB nhận thức chung về VDSS trước can thiệp GDSK là $7,4 \pm 2,4$ điểm và sau can thiệp GDSK tăng lên $11,5 \pm 2,9$ điểm. Tất cả các nội dung cụ thể trong phần nhận thức của các SP sau can thiệp GDSK đều tăng lên và sự khác

biệt đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong đó, điểm nhận thức về việc "biết nguyên nhân của VDSS" sau can thiệp tăng lên $3,1 \pm 1,6$ điểm so với $1,8 \pm 1,8$ điểm trước can thiệp GDSK vì GDSK được tiến hành ngay từ giai đoạn tiền sản nhằm nhấn mạnh tầm quan trọng trong dự phòng cho trẻ sau sinh và quản lý sức khỏe SP ngay từ giai đoạn thai nghén giúp các SP có nhận thức để tự xác định nhóm nguy cơ và dự phòng cho từng điều kiện cá nhân. Tiếp đến là điểm nhận thức "biết về biến chứng của VDSS", sau can thiệp GDSK tăng lên $1,9 \pm 1,0$ điểm so với $0,9 \pm 0,9$ điểm. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Mandana Kashaki [6] cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm số nhận thức VDSS giữa hai nhóm SP có can thiệp GDSK và nhóm chứng. Điều này cho thấy GDSK của điều dưỡng đã giúp cải thiện đáng kể nhận thức về VDSS cho các SP ngay từ giai đoạn tiền sản và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.3.2. Thay đổi thái độ: Sau can thiệp GDSK, chúng tôi lượng giá lại và ghi nhận có đến 95% SP có thái độ tốt đối với VDSS so với 47,5% trước can thiệp GDSK. Điểm TB thái độ chung về VDSS trước can thiệp GDSK là $2,5 \pm 1,0$ điểm và sau can thiệp GDSK là $4,6 \pm 0,6$ điểm. Trong đó, các nội dung lo lắng về trẻ có nguy cơ bị VDSS và thái độ xử trí khi trẻ bị VDSS có sự cải thiện điểm số cao nhất. Trước - sau can thiệp GDSK lần lượt là $0,4 \pm 0,5$ điểm và $0,4 \pm 0,5$ điểm tại thời điểm trước can thiệp và $0,9 \pm 0,4$ điểm và $0,9 \pm 0,3$ điểm tại thời điểm sau can thiệp. Điều này chứng tỏ có sự cải thiện thái độ của các SP về VDSS trước - sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.3.3. Những yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả can thiệp GDSK trong thay đổi nhận thức và thái độ:

Điểm TB của mức độ thay đổi nhận thức sau can thiệp GDSK là $4,10 \pm 2,9$, nên chúng tôi chọn ngưỡng 4 điểm làm điểm cắt, nếu độ thay đổi nhận thức ≥ 4 điểm là thay đổi nhận thức nhiều, dưới 4 điểm là thay đổi nhận thức ít. Chúng tôi tiến hành đánh giá sự ảnh hưởng của đặc điểm sản khoa so với sự cải thiện điểm số nhận thức và thái độ về VDSS của các SP. Kết quả cho thấy có mối liên quan giữa số lần sinh và mức độ cải thiện điểm số nhận thức, các SP sinh con lần hai, lần ba có mức độ cải thiện điểm nhận thức sau can thiệp GDSK cao hơn so với các SP sinh con lần đầu với $p = 0,02$; không có mối liên quan với mức độ cải thiện điểm số thái độ với $p > 0,05$. Điều này chứng tỏ, nhận thức có được là sự trau dồi của mỗi cá

nhân không chỉ qua việc học tập mà còn từ kinh nghiệm bản thân, do đó để tăng mức độ cải thiện điểm số về nhận thức, GDSK không những cần cung cấp thông tin một cách dễ hiểu, tích cực cho các SP qua GDSK trực tiếp mà còn cần dẫn dắt từng trường hợp cụ thể. Ngoài ra, nguồn thông tin các SP tiếp xúc ngoài can thiệp GDSK không có mối liên quan với mức độ cải thiện điểm số nhận thức, thái độ với $p > 0,05$. Điều này chứng tỏ có sự đồng đều giữa các lượng thông tin được cung cấp cho mỗi bà mẹ.

V. KẾT LUẬN

1. Thực trạng nhận thức, thái độ của các sản phụ trước can thiệp GDSK về vàng da sơ sinh:

- **Nhận thức:** Chỉ có 8,8% các SP có nhận thức đúng và 91,2% SP thiếu nhận thức về VDSS trước thiệp GDSK. Điểm nhận thức TB là $7,4 \pm 2,4$ điểm.

- **Thái độ:** Trước can thiệp, chỉ có 17,5% SP có thái độ tốt và có đến 82,5% SP có thái độ chưa tốt về VDSS. Điểm thái độ TB là $2,5 \pm 1,0$ điểm.

2. Sự thay đổi nhận thức, thái độ của các sản phụ sau can thiệp GDSK về vàng da sơ sinh:

- **Sự thay đổi nhận thức:** Tỷ lệ các SP có nhận thức đúng sau can thiệp GDSK tăng 38,7% so với trước can thiệp GDSK. Điểm TB nhận thức sau can thiệp GDSK cao hơn so với trước can thiệp ($11,5 \pm 2,9$, từ 6 đến 16 điểm so với $7,4 \pm 2,4$, từ 2 đến 13 điểm, với $p < 0,001$).

- **Sự thay đổi thái độ:** Tỷ lệ các SP có thái độ

tốt đối với VDSS sau can thiệp GDSK tăng 47,5% so với trước can thiệp. Điểm TB thái độ sau can thiệp GDSK cao hơn so với trước can thiệp ($4,6 \pm 0,6$, từ 3 đến 5 điểm so với $2,5 \pm 1,0$, từ 1 đến 4, với $p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Diệp Thùy Dương (2014).** Kiến thức, thái độ, thực hành về vàng da sơ sinh của bà mẹ và nhân viên y tế Sản Nhi tại thành phố Hồ Chí Minh, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Nguyễn Bích Hoàng (2015).** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá sự phát triển ở trẻ sơ sinh đủ tháng vàng da phải thay máu, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Hoàng Thị Làn (2013).** Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng vàng da tăng bilirubin tự do nặng ở trẻ sơ sinh và kiến thức, thái độ, thực hành của các bà mẹ, Luận án Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hải Phòng.
4. **Boo Nem Yun, Gan CY, Gian YW et al (2011).** Malaysian mothers' knowledge and practices on care of neonatal jaundice. Medical Journal Malaysia, 66(3), 239-243.
5. **Bryan L.Burke, James M.Robbins, Mac T.Bird et al (2009).** Trends in hospitalizations for neonatal jaundice and kernicterus in the United States, 1988-2005. Pediatrics, 123(2), 524-532.
6. **Mandana Kashaki, Mohammad Kazemian, Abolfazl Afjeh et al (2016).** Effect of educational intervention on the knowledge and practice among parents of newborns with jaundice. International journal of pediatrics, 4(9), 3441-3447.
7. **Ling Zhang, Peng Hu, Jian Wang et al (2015).** Prenatal training improves new mothers' understanding of jaundice. Medical science monitor, 21, 1668-1673.

NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG CÔNG NGHỆ THỰC TẠI ẢO VÀO PHÁT TRIỂN HỆ THỐNG ATLAS GIẢI PHẪU 3D HỆ XƯƠNG TRONG GIẢNG DẠY Y HỌC

Trịnh Xuân Đàn*, Nguyễn Văn Huân**

TÓM TẮT

Để đào tạo được những bác sĩ giỏi phục vụ cho việc chăm sóc sức khỏe, chữa trị bệnh,... các cơ sở đào tạo cần chú trọng nhiều tới việc giảng dạy thực hành. Nhưng do đối tượng nghiên cứu trong lĩnh vực này lại là con người, nên trong thực tế nhà khoa học, các bác sĩ trong các bệnh viện hay các cơ sở đào tạo về y tế khó có thể nào đem một con người sống/cơ thể sống ra làm các phương tiện, công cụ thực hành,

thí nghiệm. Gần đây, các cơ sở đào tạo cũng đã nghiên cứu áp dụng những phương pháp giảng dạy tiên tiến, hiện đại như thiết kế các bài giảng điện tử, các hệ thống mô phỏng các bộ phận trên cơ thể con người vào làm nguồn học liệu giảng dạy và đảm bảo bám sát với hệ thống Atlas giải phẫu trong y học. Tuy nhiên, trong việc xây dựng bài giảng điện tử cũng như trong các Atlas việc gán nhãn cho các chi tiết là một vấn đề phức tạp thường được làm thủ công, tốn kém thời gian, do số mốc giải phẫu không những nhiều, gần nhau và lại có rất nhiều thông tin kèm theo như: danh pháp, vị trí, đặc điểm, chức năng v.v... Như vậy, việc gán nhãn cho các mốc chi tiết trong giải phẫu luôn là một vấn đề được đặt ra. Bài báo đề xuất việc ứng dụng công nghệ thực tại ảo vào phát triển hệ thống atlas giải phẫu 3D hệ xương người và gán nhãn các mốc chi tiết trong giải phẫu.

Từ khóa: Giải phẫu, mô phỏng 3D, công nghệ thông tin, phần mềm, phần cứng máy tính.

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

**Trường Đại học Công nghệ Tt & Truyền thông

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Xuân Đàn

Email: trinxuandan@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/10/2017

Ngày phản biện khoa học: 2/11/2017

Ngày duyệt bài: 15/11/2017

SUMMARY

STUDY ON APPLICATION OF VIRTUAL TECHNOLOGY IN THE DEVELOPMENT OF 3D BONE ANATOMY ATLAS SYSTEM IN MEDICAL TEACHING

Training to be good doctors to serve the health care, medical treatment, ... the training institutions should focus more to the teaching practice. But the objects in this field are human, in reality scientists, doctors in hospitals or medical institutions are hardly able to bring a living person/body living as a means, a tool for practice, experiment. Recently, the training institutions have also studied the application of modern teaching methods such as the design of electronic lectures, simulators of parts of the human body as a source of learning. The teaching and assurance of adherence to the surgical Atlas system in medicine. However, in the construction of electronic lectures as well as in the Atlas, the labeling of details is a complex matter that is often handcrafted, time consuming, because the landmark is not so much, near And there is a lot of information included: nomenclature, location, characteristics, functions, etc. As such, labeling of detailed anatomical landmarks is always a problem. The article proposes the application of virtual reality technology to the development of the 3D anatomy of the human skeletal system and the labeling of detailed histories in surgery.

Keywords: Anatomy, 3D simulation, information technology, software, computer hardware.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, hầu hết các trường Y của nước ta đào tạo về giải phẫu vẫn chủ yếu dựa trên 4 nguồn tài liệu chính là: Giáo trình giải phẫu học, Atlas giải phẫu người, xác người và một số dạng mô hình học cụ khác. Nhưng những nguồn tài liệu này đang cho thấy nhiều bất cập và hạn chế: thứ nhất là do sự thiếu thốn, nghèo nàn, hoặc không đủ chất lượng của xác cũng như các mô hình. Nhằm khắc phục được sự thiếu xác này, trên thế giới các trường đại học, viện nghiên cứu về y tế họ đã nghiên cứu và phát triển các ứng dụng công nghệ mô phỏng thực tại ảo vào xây dựng các xác ảo (cơ thể ảo) làm công cụ thực hành, thí nghiệm cho sinh viên, giảng viên và các bác sĩ. Còn ở Việt Nam, thực trạng cho thấy xác người thiếu một cách trầm trọng trong các trường Đại học Y Dược [1,2].

Một trong những cách tiếp cận cho việc giải quyết bài toán thiếu xác là ứng dụng công nghệ thông tin nhằm xây dựng xác ảo. Ở Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về lĩnh vực ứng dụng công nghệ mô phỏng thực tại ảo vào y học [1,2,3] và đã cho ra phần mềm "Trình diễn cơ thể ảo", trong đó bộ xương đã được đưa vào giảng dạy trực tiếp. Ngoài việc giảng dạy trực tiếp trên bộ xương ảo như là một giáo cụ trực quan, việc xây

dựng các bài giảng điện tử theo các giáo trình đã và đang được sử dụng nhiều năm qua như các Atlas giải phẫu là một thực tế đặt ra. Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên và Đại học Y Dược Huế đã xây dựng nhiều bài giảng theo tiếp cận này và tỏ ra hiệu quả trong việc giảng dạy.

Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi đề xuất việc phát triển ứng dụng công nghệ thực tại ảo vào xây dựng hệ thống giải phẫu 3D hệ xương người và gán nhãn các mốc chi tiết trong giải phẫu phục vụ cho giảng dạy là cần thiết nhằm trang bị thêm công cụ, phương tiện thực hành, thí nghiệm trong giảng dạy, đổi mới phương pháp giảng dạy giải phẫu học, nâng cao chất lượng đào tạo trong các trường đại học về y học, các bệnh viện [4,5,6].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

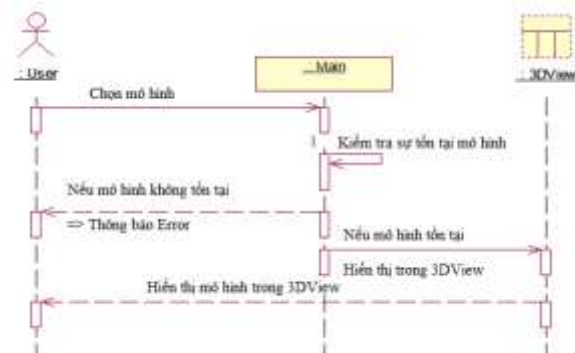
2.1. Mô hình hóa mô hình 3D bộ xương

Việc mô hình hóa và mô hình 3D bộ xương người, chúng tôi sử dụng các công cụ đồ họa 3D như 3Ds max và Maya [6,7] để thiết kế và mô hình hóa các bộ phận xương. Các bước để mô hình hóa mô hình 3D bao gồm: Lựa chọn xương cần mô hình hóa;

- Đưa mô hình xương vào hệ thống phần mềm
- Thiết kế mô hình hóa xương
- Tinh chỉnh xương cho phù hợp
- Lưu trữ dưới dạng file và cơ sở dữ liệu

2.2. Phân tích và thiết kế chức năng đọc và hiển thị mô hình 3D bộ xương

Trên cơ sở các mô hình xương 3D về các bộ phận xương, chúng ta cần đọc vào hệ thống để hiển thị. Việc đọc và hiển thị mô hình xương 3D vào chương trình được thực hiện theo quy trình sau:



Hình 1. Mô hình quy trình đọc và hiển thị mô hình 3D xương vào hệ thống

2.3. Phân tích và thiết kế chức năng gán nhãn xương: Trên cơ sở hệ thống đã đọc và hiển thị mô hình 3D xương, tương tác với mô hình xương, chúng ta tiếp tục thực hiện chức năng xác định vị trí nhãn, gán nhãn và chuẩn hóa vị trí gán nhãn.

Với hệ thống gán nhãn:

Yêu cầu chức năng: Cung cấp các chức năng gán nhãn cho mô hình 3D.

Tính tin cậy: Thông tin gán nhãn phải được hiển thị và lưu trữ đầy đủ, chính xác.

Tính dễ dùng: Thao tác đơn giản, thiết kế hợp lý, thân thiện.

Hiệu năng: Cung cấp công cụ và thông tin hỗ trợ cho việc dạy và học giải phẫu.

Khả năng hỗ trợ: Hệ thống tích hợp sẵn tài liệu hướng dẫn sử dụng, phim hướng dẫn sử dụng để người dùng có thể tra cứu ngay khi gặp khó khăn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Mục đích của hệ thống: Xây dựng chương trình mô phỏng các bộ xương trên cơ thể người, phục vụ cho việc giảng dạy và nghiên cứu.

3.2. Yêu cầu của hệ thống: Hệ thống cung cấp cho người sử dụng một công cụ mô phỏng cơ thể ảo 3D, cho phép quan sát, tương tác và tra cứu các cơ quan, bộ phận chính của cơ thể người trên máy tính với nhãn kèm theo. Các yêu cầu của hệ thống bao gồm:

+ Đọc các mô hình 3D theo cấu trúc VRML (Virtual reality modeling language)

+ Cho phép hiển thị mô một cách riêng rẽ.

+ Cho phép xoay, phóng to, thu nhỏ, dịch chuyển, ẩn, hiện, lựa chọn mô hình.

+ Cho phép hiển thị thông tin nhãn cho từng đối tượng cụ thể được lựa chọn

Đối với nhãn hiển thị: tập trung một số quy tắc và tiêu chuẩn cơ bản được thiết lập trước đây, đặc biệt trong tài liệu của Imhof hay Yoeli. Theo các công trình này, chất lượng ghi nhãn được đánh giá theo những luật cơ bản sau đây:

+ Không có sự chồng chéo giữa các nhãn, các

đối tượng trong hình vẽ.

+ Cung cấp đủ không gian cho nhãn để có thể đọc được chúng.

+ Hạn chế sự chồng chéo giữa các đường nối.

3.3. Cài đặt hệ thống: Bài báo phát triển chương trình thực nghiệm "Hệ thống ATLAS giải phẫu 3D bộ xương người dựa trên kỹ thuật gán nhãn tự động" trên nền tảng Visual C++ 2013 với sự trợ giúp của thư viện mã nguồn mở Open Scene Graph. Đầu vào của hệ thống là các tệp mô hình 3D được lưu trữ, mô tả theo cấu trúc VRML.

*Yêu cầu phần cứng của hệ thống goomg; Chíp tính toán (CPU) 2.40 GHz; Bộ nhớ trong (RAM) 512 MB; Bộ nhớ ngoài (HDD) 1GB.

*Yêu cầu file phần mềm có đầy đủ các file: AutoLabel - Solution. zip; Visual C++ Redistributable Package

3.4. Các tính năng chính của chương trình

- **Đọc mô hình 3D:** Chương trình cho phép người sử dụng đọc các mô hình 3D các hệ xương của cơ thể người vào chương trình, cho phép xoay, di chuyển mô hình 3D của các bộ xương ở các vị trí và các góc độ khác nhau để quan sát và nghiên cứu.

- **Lựa chọn, hiển thị thông tin các thành phần trong mô hình 3D:** Chương trình hỗ trợ việc lựa chọn và hiển thị thông tin trong mô hình 3D của các bộ xương trong cơ thể.

3.5. Kết quả thử nghiệm mô hình hóa các bộ xương người: Với những thông tin thu nhận được về các bộ xương từ nhiều nguồn khác nhau và nhóm thực hiện đề tài đã tiến hành chọn lọc, phân loại và sử dụng phương pháp dựng mô hình từ ảnh thông thường để dựng mô hình 3D cho các bộ xương ở người. Dưới đây là một số kết quả dựng mô hình.

Một số hình ảnh mô hình Atlas giải phẫu 3D bộ xương người đã dựng



Mô hình xương hộp sọ



Mô hình xương vùng hộp sọ xương ức



Mô hình các xương



Mô hình các xương sườn, xương cột sống, vùng đầu mặt

Hình 5. Mô hình hệ xương trực cơ thể người

3.6. Kết quả thử nghiệm hệ thống: Chương trình cho phép người sử dụng đọc các mô hình 3D hệ xương của cơ thể người vào chương trình, cho phép xoay, di chuyển mô hình 3D hệ xương ở các vị trí và các góc độ khác nhau để quan sát và nghiên cứu. Đồng thời, hỗ trợ việc lựa chọn và hiển thị thông tin nhấn các đối tượng trong mô hình 3D của các hệ cơ quan trong cơ thể. Sử dụng tổ hợp phím (Ctrl + trái chuột) để hiển thị hay ẩn đi thông tin nhấn.



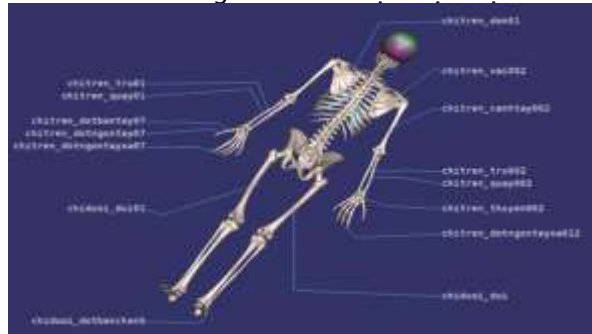
Đọc và hiển thị mô hình 3D hệ xương



Các thông tin nhấn được hiển thị



Vị trí mới của nhãn mới khi mô hình được xoay khoảng 20 độ



Vị trí nhãn được cập nhật mới khi mô hình được xoay ra mặt sau 40 độ

Hình 6. Mô hình xương và nhãn đã được gán

Khi mô hình được xoay các vị trí khác nhau, kết quả cho thấy vị trí mới của nhãn vẫn đảm bảo dễ đọc, dễ xác định, không bị chồng chéo, và không bị cắt vào mô hình.

3.7. Đánh giá hệ thống: Kết quả thực nghiệm cho thấy hệ thống được xây dựng cung cấp một atlas giải phẫu 3D bộ xương được thể hiện dưới dạng điện tử, cho phép tương tác với người dùng để hiển thị những thông tin (nhãn) theo yêu cầu thay vì hiển thị toàn bộ mọi thông tin. Kết quả trong các thí nghiệm cho thấy phương pháp đánh nhãn tự động được xây dựng thỏa mãn:

- Không có sự chồng chéo giữa các nhãn, các đối tượng trong hình vẽ.
- Mỗi nhãn có thể dễ dàng được xác định là của đối tượng nào trong hình vẽ.
- Cung cấp đủ không gian cho nhãn để có thể đọc được chúng.
- Hạn chế sự chồng chéo giữa các đường nối.

Hệ thống đó đáp ứng được yêu cầu là công cụ để các chuyên gia, các giảng viên dạy môn

giải phẫu soạn ra các bài giảng, phục vụ quá trình giảng dạy và học tập.

IV. KẾT LUẬN

Việc bài toán đặt ra đã được giải quyết bằng việc áp dụng công nghệ thực tại ảo vào phát triển hệ thống atlas giải phẫu 3D hệ xương người có sử dụng kỹ thuật gán nhãn tự động những thông tin, vị trí, chức năng của từng mốc giải phẫu nhằm phục vụ cho giảng dạy và nghiên cứu.

Hệ thống phần mềm Atlas giải phẫu đã hỗ trợ xây dựng *bài giảng điện tử cho Atlas giải phẫu* người nhằm đổi mới phương pháp giảng dạy và nâng cao chất lượng đào tạo. Việc xây dựng được hệ thống Atlas thực tại ảo về bộ xương người sẽ giúp cho sinh viên, giảng viên và bác sỹ sẽ có được những mô hình về xương người trực quan hơn, bên cạnh đó, kèm theo những nhãn thông tin về vị trí, chức năng, danh pháp,... của từng xương. Do sử dụng công nghệ thực tại ảo để xây dựng hệ thống nên người dùng có thể hiển thị nhãn thông tin hay mô hình xương một

cách trực quan, quan sát dưới mọi góc độ khác nhau. Đây là kết quả của quá trình thực hiện đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ mã số B2015-TN06-01.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Xuân Đàn, Đỗ Năng Toàn (2013)**, "Nghiên cứu phát triển hệ thống thực tại ảo xây dựng bộ xương người trưởng thành phục vụ cho việc giảng dạy và tra cứu" *Tạp chí Y học Việt Nam*, 411(10), tr. 241-247.
2. **Trịnh Xuân Đàn, Nguyễn Văn Thắng; Phạm Bá Mây, Hồ Xuân Nhàn (2014)**, "Mô hình 3 chiều

và xây dựng mô hình hệ hô hấp cơ thể người", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 415 (01), tr. 102-108.

3. **Frank A. Netter** - Dịch giả: Nguyễn Quang Quyền, Phạm Đăng Diệu (2012), *Atlas giải phẫu người - NXB Y học (tái bản lần thứ tư)*.
4. **Video Bài giảng hướng dẫn học 3DSMAX** của trung tâm đồ họa Nami, tại website <http://www.hoc3d.com/>
5. **Character-Animation Tutorials**, Autodesk 3DSMAX 2010
6. **Max VS. (2005)** *Maya A direct comparison and analysis for Usage of Workplace*, Josh Robinson, October, 11 2004.
7. **Imhof E. (1975)**, "Positioning names on maps", *The American Cartographer*, 2(2), pp. 128-144.

NGHIÊN CỨU CÁC RỐI LOẠN NHỊP TIM BẰNG HOLTER ĐIỆN TÂM ĐỒ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÀ TĨNH TỪ THÁNG 1/2016-12/2016

Lê Văn Dũng*, Phạm Hữu Đà*, Lê Chí Hường*

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định tần suất và đặc điểm các rối loạn nhịp tim trên các bệnh nhân được ghi Holter điện tâm đồ 24 giờ tại khoa Tim mạch bệnh viện Đa khoa Hà Tĩnh từ 1/2016-12/2016. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Trên bản ghi Holter điện tâm đồ của 115 bệnh nhân có chỉ định đeo Holter trong thời gian từ tháng 01/2016 - 12/2016 tại phòng Holter điện tâm đồ khoa Tim Mạch - bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Tĩnh. **Kết quả nghiên cứu:** tuổi trung bình của bệnh nhân là: $47,43 \pm 16,90$. tỷ lệ rối loạn nhịp tim có ý nghĩa bệnh lý: 71,4%. tỷ lệ gặp ít nhất một loại rối loạn nhịp tim trên Holter là 92,2%; ngoại tâm thu trên thất: 66,9%; nhịp nhanh nhĩ: 12,2%; rung, cuồng nhĩ: 4,3%; block nhĩ thất: 2,6%; rối loạn nhịp xoang: 20%; nhịp chậm xoang: 11,3%; suy nút xoang: 3,5%; nhịp xoang không đều: 2,6%; Nhịp nhanh xoang: 2,6%; ngoại tâm thu thất: 44,3%; nhịp nhanh thất: 5,2%. **Kết luận:** Holter điện tâm đồ 24 phát hiện các biến đổi nhịp tim trong suốt 24, đặc biệt những thay đổi nhịp tim nguy hiểm xảy ra nhất thời mà điện tâm đồ bề mặt không bắt được, từ đó có chỉ định điều trị phù hợp và hiệu quả cho người bệnh.

Từ khóa: Rối loạn nhịp tim, Holter, điện tâm đồ.

SUMMARY

STUDY ARRHYTHMIAS IN PATIENTS WITH HOLTER ELECTROCARDIOGRAM (24-HOUR ECG) AT THE DEPARTMENT OF CARDIOLOGY OF HA TINH GENERAL HOSPITAL FROM 1/2016-12/2016

Objective: To determine the frequency and characteristics of arrhythmias in patients with Holter

electrocardiogram (24-hour ECG) at the Department of Cardiology of Ha Tinh General Hospital from 1/2016-12/2016. **Subjects and methods:** Descriptive research. On Holter electrocardiogram of 115 patients with Holter indications for the period from January 2016 to December 2016 in the Holter electrocardiogram department of the Ha Tinh provincial general hospital. **Results:** Mean age of patients was: 47.43 ± 16.90 . Rate of cardiac dysrhythmia was 71.4%. The incidence of at least one type of arrhythmias on the Holter was 92.2%: extra ventricular arrhythmias: 66.9%; Atrial fibrillation: 12.2%; vibration, tachycardia: 4.3%; At the block: 2.6%; sinus arrhythmias: 20%; slow heart rate: 11.3%; failure of the sinus node: 3.5%; sinus irregularities: 2.6%; Rapid heartbeat: 2.6%. Loss of interest: 44.3%; Ventricular tachycardia: 5.2%. **Conclusions:** Holter electrocardiography 24 detected rhythmias variations during 24, especially transient cardiovascular events that were not acquired by electrocardiographic current, From there it is indicated appropriate and effective treatment for patients.

Keywords: Arrhythmias, Holter, electrocardiogram.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn nhịp tim (RLNT) là một triệu chứng bệnh lý hay gặp trong tất cả các chuyên khoa, đặc biệt là trong chuyên khoa tim mạch. Theo Nguyễn Mạnh Phan tỷ lệ mắc ít nhất một rối loạn nhịp tim trên Holter điện tâm đồ (ĐTĐ) ở người Việt Nam bình thường lứa tuổi 45-73 là 41,8%

Điện tâm đồ 12 chuyển đạo là phương pháp đơn giản, hữu hiệu trong chẩn đoán các loại RLNT, nhưng hạn chế lớn nhất là không ghi lại được hình ảnh loạn nhịp xảy ra nhất thời trong ngày. Holter ĐTĐ là phương pháp ghi lại toàn bộ nhịp tim xảy ra trong 24h, phân tích tổng hợp tăng loại RLNT giúp các bác sỹ lâm sàng chẩn

*Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Dũng

Email: dungbvdkt@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 2/10/2017

Ngày phản biện khoa học: 29/10/2017

Ngày duyệt bài: 13/11/2017

đoán chính xác và có biện pháp điều trị phù hợp. Tại Hà Tĩnh hiện chưa có nghiên cứu các rối loạn nhịp tim bằng Holter ĐTĐ nên chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *xác định tần suất và đặc điểm các rối loạn nhịp tim trên các bệnh nhân được ghi Holter điện tâm đồ 24 giờ tại khoa Tim mạch bệnh viện Đa khoa Hà Tĩnh năm 2016.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bản ghi Holter điện tâm đồ của 115 bệnh nhân có chỉ định đeo Holter trong thời gian từ tháng 01/2016 - 12/2016 tại phòng Holter điện tâm đồ khoa Tim Mạch - Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Tĩnh.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bản ghi Holter điện tâm đồ không thể phân tích được vì lý do kỹ thuật.

2. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả, hồi cứu.

Chọn mẫu: trên 500 bản ghi Holter ĐTĐ từ 01/2016-12/2016, chúng tôi chọn ra 115 bản ghi với phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống với $k = 4$.

Thu thập số liệu: phân tích chẩn đoán các RLNT được từ các bản ghi Holter.

Tiêu chuẩn chẩn đoán một số rối loạn nhịp

- Nhịp nhanh xoang: tần số tim > 100 chu kì/phút.
- Nhịp chậm xoang: tần số tim < 60 chu kì/phút.
- Hội chứng nút xoang bệnh lý: gồm một hoặc nhiều dấu hiệu: nhịp chậm xoang nặng nề, ngừng xoang có hoặc không có nhịp thoát bộ nối, block xoang nhĩ, hội chứng nhịp nhanh nhịp chậm.
- Cường nhĩ: Sóng P thay bởi sóng F tần số khoảng 300/phút, rất đều nhau.

- Rung nhĩ: Sóng P thay bởi sóng f, tần số sóng f nhanh chậm không đều.

- Tim nhanh thất: chuỗi 3 ngoại tâm thu liên tiếp trở lên

- Bloc nhĩ thất:

Bloc nhĩ thất cấp 1: PQ dài trên 0,2s

Bloc nhĩ thất cấp 2: kiểu chu kỳ Wenckebach (Mobitz 1) và kiểu Mobitz 2

Bloc nhĩ thất cấp 3: giữa nhĩ và thất không có liên hệ gì với nhau

- Nhịp bộ nối: tần số: 40- 50 ck/phút, P(-) ở D2, D3, aVF, dương ở aVR

- Ngoại tâm thu thất (NTT/T): nhát bóp đến sớm, Q'R'S' giãn rộng, bình thường: dưới 50 tuổi: < 100 NTT/T trong 24 giờ. trên 50 tuổi: < 200 NTT/T trong 24 giờ.

- NTT trên thất: P' đến sớm và biến dạng, QRS của NTT giống nhịp cơ sở bình thường: từ 20-40 tuổi: < 10 NTT/N trong 24 giờ. Từ 40-60 tuổi: < 100 NTT/N trong 24 giờ. trên 60 tuổi: < 1000 NTT/N trong 24 giờ.

- Ngừng xoang: Bình thường không $> 2s$ với người > 30 tuổi, không $> 2,5$ giây ở người < 30 tuổi.

3. Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 16.0

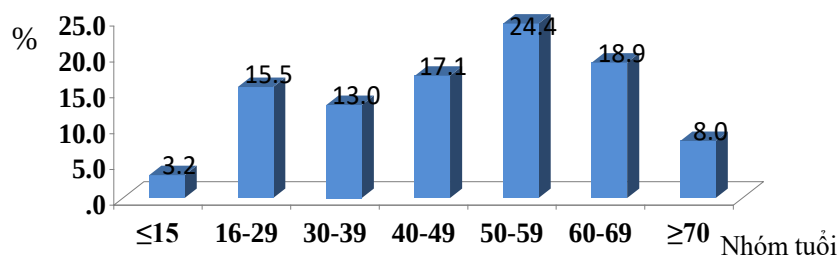
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố giới tính

Giới tính	Số BN	Tỷ lệ %
Nam	44	38,3
Nữ	71	61,7
Tổng	115	100

Tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm 61,7%, bệnh nhân nam chiếm 38,3% ($p < 0,05$). tỷ lệ nữ:nam $\approx 1,6:1$.



Biểu đồ 1. Phân bố nhóm tuổi

Tuổi trung bình: $47,43 \pm 16,90$. nhóm tuổi 50-59 chiếm cao nhất: 24,4%.

2. Tỷ lệ xuất hiện các rối loạn nhịp tim trên Holter điện tâm đồ

Bảng 2: tỷ lệ xuất hiện ít nhất một rối loạn nhịp tim.

Loại RLNT	Số BN	Tỷ lệ %
Chỉ có rối loạn nhịp trên thất	54	47

Chỉ có rối loạn nhịp thất	17	14.8
BN có cả 2 loại rối loạn nhịp	35	30.4
Không có RLNT	9	7,8
Tổng	106	92.2

Tỷ lệ bệnh nhân mắc ít nhất một loại rối loạn nhịp tim là 92,2%. rối loạn nhịp trên thất là 47%

gặp nhiều rối loạn nhịp thất 14,8%.

Bảng 3: tỷ lệ xuất hiện rối loạn nhịp tim có ý nghĩa bệnh lý

Loại RLNT	Số BN	Tỷ lệ %
Chỉ có rối loạn nhịp trên thất	41	35,7
Chỉ có rối loạn nhịp	29	25,2

thất		
BN có cả 2 loại rối loạn nhịp	12	10,4
Bình thường	33	28,7
Tổng	115	100

Tỷ lệ gặp rối loạn nhịp tim có ý nghĩa bệnh lý là 71,4%.

Bảng 4. Rối loạn nhịp xoang

RLNX	Chung (n= 115)		Nam (n= 44)		Nữ (n= 71)		P
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Nhịp chậm xoang	13	11,3	7	15,9	6	8,5	< 0,007
Nhịp xoang không đều	3	2,6	2	4,2	1	1,4	< 0,049
Suy nút xoang	4	3,5	2	4,2	2	2,8	< 0,042
Nhịp nhanh xoang	3	2,6	1	2,3	2	2,8	> 0,05

Nhịp chậm xoang chiếm tỷ cao: 11,3%. các rối loạn nhịp khác ít gặp

Bảng 5. Tỷ lệ rối loạn nhịp trên thất

Rối loạn nhịp trên thất	Chung (n= 115)		Nam (n= 44)		Nữ (n= 71)		P
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
NTT trên thất	77	66,9	30	68,2	47	66,2	> 0,05
NNN	14	12,2	7	15,9	7	9,8	> 0,05
Rung, cuồng nhĩ	5	4,3	2	4,5	3	4,2	> 0,05
Biểu nhĩ thất	3	2,6	1	2,2	2	2,8	> 0,05
RLNX	23	20	12	27,2	11	15,5	<0,001
WPW	0	0	0	0	0	0	

NTT trên thất chiếm tỷ lệ cao nhất 66,9%, các rối loạn nhịp tim khác ít gặp

Bảng 6. Rối loạn nhịp thất

Rối loạn nhịp thất	Chung (n= 115)		Nam (n= 44)		Nữ (n= 71)		P
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
NTT/T	51	44,3	17	38,6	34	47,8	> 0,05
NNT	6	5,2	2	4,5	4	5,6	> 0,05

NTT/T chiếm tỷ lệ cao nhất: 44,3%, nhịp nhanh thất: 5,2%

IV. BÀN LUẬN

Bảng 1, nam 44 (38,3%) và 71 nữ (61,7%). Tỷ lệ nữ cao hơn nam có ý nghĩa thống kê. Điều này có thể do phụ nữ khá nhạy cảm và dễ bị ảnh hưởng bởi các yếu tố tâm lý xã hội hay bị triệu chứng hồi hộp trống ngực nên đi khám nhiều hơn nam. Tương tự với Irfan G, tỷ lệ nữ là 54% cao hơn nam (46%).

Tuổi trung bình: $47,43 \pm 16,90$. gặp chủ yếu là các bệnh nhân có tuổi trên 40 (68,4%). tuổi từ 50 trở lên chiếm: (51,3%), đây là lứa tuổi nằm trong nhóm đối tượng có nguy cơ cao về tim mạch đặc biệt là các rối loạn nhịp tim.

Tỷ lệ xuất hiện ít nhất một loại rối loạn nhịp tim ở (Bảng 2) là 92,2%. vì hể có xuất hiện nhịp bất thường là máy ghi nhận ngay. Cao hơn Jeldis S. M và cs (1980): RLNT là 82%, Irfan G và cs (2009): RLNT là 82%.

Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn nhịp tim có ý nghĩa là 71,4% (Bảng 3). gồm các rối loạn nhịp trên thất và các rối loạn nhịp thất. Thấp hơn so với kết quả của Hoàng Phương: tỷ lệ RLNT là 80%. Có thể do tác giả nghiên cứu trên bệnh nhân có bệnh lý tim mạch, độ tuổi trung bình cũng cao hơn của chúng tôi.

Trong nhóm rối loạn nhịp tỷ lệ bệnh nhân chỉ có rối loạn nhịp trên thất, chỉ có rối loạn nhịp thất và có cả hai loại rối loạn nhịp lần lượt: 35,7%; 25,2% và 10,4%. Cao hơn so với Nguyễn Mạnh Phan, tỷ lệ mắc ít nhất một ở người Việt Nam bình thường lứa tuổi 45-73 là 41,8%.

Tỷ lệ phát hiện ít nhất một NTT/N và NTT/T trong nghiên cứu của chúng tôi là 66,9% và 44,6%. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Phương thì tỷ lệ phát hiện NTT/N là 80%, NTT/T là 55,6%.

Ngoài ra tỷ lệ phát hiện các rối loạn nhịp khác của chúng tôi: nhịp nhanh nhĩ (12,2%); block nhĩ thất (2,6%); nhịp chậm xoang (11,3%); nhịp nhanh xoang (2,6%); nhịp nhanh thất (5,2%) cũng thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả này.

Tỷ lệ rung nhĩ trong nghiên cứu của chúng tôi là 4,3% tương tự với các tác giả: Hoàng phương và cs; Jeldis S M và cs.

V. KẾT LUẬN

Holter điện tâm đồ 24 giờ phát hiện được các rối loạn nhịp tim chính xác và toàn diện, trên 115 bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi thấy: tỷ lệ rối loạn nhịp tim có ý nghĩa bệnh lý: 71,4%. tỷ lệ gặp ít nhất một loại rối loạn nhịp tim trên là 92,2%, ngoại tâm thu trên thất: 66,9%, nhịp nhanh nhĩ: 12,2%, rung, cuồng nhĩ: 4,3%, block nhĩ thất: 2,6%, rối loạn nhịp xoang: 20%; nhịp chậm xoang: 11,3%; suy nút xoang: 3,5%; nhịp xoang không đều: 2,6%; nhịp nhanh xoang: 2,6%, ngoại tâm thu thất: 44,3%; nhịp nhanh thất: 5,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Văn Minh (2009), "Holter điện tâm đồ 24 giờ trong bệnh lý tim mạch", NXBĐHH, Huế.
2. Nguyễn Mạnh Phan và cs (1994), "Nhận xét loạn nhịp tim ở người Việt Nam trưởng thành khỏe mạnh bằng kỹ thuật ghi điện tâm đồ liên tục theo phương pháp của Holter", *Tạp chí tim mạch học Việt Nam*, số 1, tr. 53-54.
3. Hoàng Phương và cs (2005), "Áp dụng điện tim đồ holter liên tục 24 giờ phát hiện các rối loạn nhịp tim", *Tạp chí tim mạch học Việt Nam*, số 40, tr. 30 - 34.
4. Trần Đỗ Trinh, Trần Văn Đông (2007), "Hướng dẫn đọc điện tim", NXBYH, Hà Nội
5. ACC/AHA guidelines for ambulatory electrocardiography (1999), *JACC*, 13 (1), pp. 249 - 58. rfan G, Ahmad M, Khan A. R. (2009),
6. "Association between symptoms and frequency of arrhythmias on 24-hour monitoring", *J Coll Physicians Surg Pak*, 19, pp. 686-9.
7. Jeldis S.M, et al (1980), "Cardiovascular complaints. Correlation with cardiac arrhythmias on 24-hour electrocardiographic monitoring", *Chest*, 78 (3), pp. 456 - 61.

ĐÁNH GIÁ MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA ĐIỆN NÃO SỐ HÓA VÀ NỒNG ĐỘ PHẾ NANG TỐI THIỂU TRONG GÂY Mê DÒNG THẤP ĐỂ PHẪU THUẬT BỤNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Phạm Thị Lan*, Công Quyết Thắng**, Tống Xuân Hùng***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối tương quan giữa điện não số hóa và nồng độ phế nang tối thiểu trong gây mê dòng thấp để phẫu thuật bụng ở người cao tuổi. **Đối tượng phương pháp:** 40 bệnh nhân, tuổi ≥ 65 , ASA I,II, được phẫu thuật mở bụng, duy trì mê bằng phương pháp gây mê dòng thấp với FGF 1L/ phút, FiO₂ 50%, Trong mổ BN được theo dõi MAC, Entropy, nhịp tim, HATB, SPO₂, EtCO₂, SPI, TOF. **Kết quả và kết luận:** RE với MAC tương quan tuyến tính nghịch, mạnh và rất chặt chẽ với $r = -0,9234$ và $p < 0,001$. SE với MAC tương quan tuyến tính nghịch, mạnh và rất chặt chẽ với $r = -0,920$ và $p < 0,001$. Hiệu số $\Delta (RE - SE) < 3$ ở giai đoạn gây mê dòng thấp cho biết MAC-sevofluran phù hợp với kích thích của phẫu thuật và độ mê ổn định khi gây mê dòng thấp.

Từ khóa: Điện não số hóa, nồng độ phế nang, phẫu thuật bụng.

SUMMARY

THE CORRELATION BETWEEN ENTROPY (RE, SE) AND MINIMUM ALVEOLAR CONCENTRATION DURING LOW FLOW ANESTHESIA IN ABDOMINAL SURGERY IN ELDERLY PATIENTS

Object: Evaluating the correlation between entropy (RE, SE) and minimum alveolar concentration during low flow anesthesia in abdominal surgery in elderly patients. **Materials and methods:** 40 patients, ASA I, II, aged ≥ 65 years undergoing opening abdominal surgery were included. The inhalation anesthetic maintenance was done with low flow at FGF 1L /min, FiO₂ 50%. A standardized anesthetic monitorings (MAC-Sevofluran, entropy, heart rate, MAP, SPO₂, EtCO₂, SPI, TOF) were utilized. **Results and conclusions:** The good negative linear correlations between MAC/RE ($r = -0,9234$, $p < 0,001$) and MAC/SE ($r = -0,920$, $p < 0,001$) were found. A good negative linear relationship between MAC and SE with $r = -0,920$ và $P < 0,001$. The $\Delta (RE - SE)$ has been consistently maintained through the low flow anesthesia, which also proved at stable anesthetic levels were achieved with MAC regulations.

Keywords: Entropy (RE, SE), minimum alveolar concentration, abdominal surgery.

*ĐH Y Dược Thái Nguyên

**Đại học Y Hà Nội

***Bệnh viện TWQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Lan

Email: Drphanlam86@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/9/2017

Ngày phản biện khoa học: 20/10/2017

Ngày duyệt bài: 6/11/2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây mê hô hấp là phương pháp gây mê toàn thân sử dụng thuốc mê qua đường hô hấp, được dùng đầu tiên để gây mê cho bệnh nhân. Gây mê dòng thấp là kỹ thuật tiên tiến trong gây mê hô hấp hiện đại với nhiều ưu điểm: tiết kiệm, giảm thiểu ô nhiễm môi trường, ổn định thân nhiệt và giữ được độ ẩm khí thở vào. Tuy nhiên khi sử dụng phương pháp này có nguy cơ tích lũy các khí không mong muốn trong hệ thống thở gây sai liều thuốc mê bay hơi làm sai lệch độ mê, đặc biệt trên những đối tượng có nguy cơ cao như người cao tuổi, trẻ em. Người cao tuổi với những thay đổi sinh lý bệnh trong quá trình tăng tuổi và bệnh lý kèm theo rất nhạy cảm với thuốc mê và quá trình trao đổi khí là thách thức lớn với người làm Gây mê hồi sức trong việc đánh giá độ mê. Do vậy, một số trường hợp gây mê quá sâu để lại các biến chứng trầm trọng cho bệnh nhân, một số trường hợp gây mê không đủ sâu dẫn đến tình trạng thức tỉnh trong mổ để lại các sang chấn nặng nề về tinh thần.

Theo dõi độ sâu trong gây mê dòng thấp vẫn còn là vấn đề thách thức với người làm gây mê hồi sức. Hiện nay, một số dấu hiệu khách quan được áp dụng để đánh giá độ mê như nồng độ phế nang tối thiểu (MAC). Tuy nhiên, trên cùng một MAC thì mỗi BN lại có những đáp ứng lâm sàng khác nhau. Đánh giá độ mê dựa trên điện não số hóa (Entropy) ra đời là một bằng chứng khách quan đánh giá độ mê nhạy hơn và chính xác hơn MAC, nhưng chi phí cao và mới chỉ ở một số cơ sở gây mê hiện đại. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

Đánh giá mối tương quan giữa điện não số hóa và nồng độ phế nang tối thiểu trong gây mê dòng thấp để phẫu thuật bụng ở người cao tuổi

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu gồm các BN ≥ 65 tuổi được chỉ định phẫu thuật mở vùng bụng theo chương trình dưới gây mê hô hấp tại bệnh viện Hữu Nghị, trong thời gian từ tháng 10/2016 đến tháng 9/2017.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn*

Thể trạng: đối tượng được đánh giá ASA I, II. Thời gian phẫu thuật dự kiến > 60 phút.

BN có năng lực nhận thức tốt, đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được bác sĩ giải thích.

- *Tiêu chuẩn loại trừ*

Béo phì (BMI > 25) hoặc gầy (BMI < 18).

Bệnh nhân có các bệnh hô hấp, tuần hoàn: COPD, suy tim, rối loạn nhịp tim...

- *Tiêu chuẩn đưa ra khỏi nghiên cứu*

Các trường hợp không đặt được NKQ.

Thời gian phẫu thuật < 60 phút.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp mô tả, Thiết kế cắt ngang

- Cỡ mẫu: chọn toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian từ tháng 10/2016 đến tháng 9/2017

2.3. Chỉ số nghiên cứu

2.3.1. Đặc điểm chung

Đặc điểm của bệnh nhân về tuổi, chiều cao, cân nặng

Phân bố bệnh nhân theo giới, ASA, cơ quan phẫu thuật

Phân bố bệnh nhân theo cơ quan phẫu thuật
Đặc điểm bệnh nhân trong gây mê: HATB, nhịp tim, SPO₂, EtCO₂, SPI, TOF

2.3.2. Mối tương quan giữa MAC và RE, SE tại các thời điểm nghiên cứu

Giá trị của MAC, RE, SE, Δ (RE – SE) tại các thời điểm nghiên cứu

Tương quan giữa các thông số điện não số hóa (RE) với nồng độ phế nang tối thiểu (MAC) của sevofluran tại các thời điểm nghiên cứu.

Tương quan giữa các thông số điện não số hóa (SE) với nồng độ phế nang tối thiểu (MAC) của sevofluran tại các thời điểm nghiên cứu.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được phân tích và xử lý bằng các thuật toán thống kê y học cơ bản (tỷ lệ %, giá trị trung bình, chạy tương quan); nhập liệu trên excel và phân tích số liệu trên phần mềm SPSS 21.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1: Đặc điểm của bệnh nhân về tuổi, chiều cao, cân nặng

Đặc điểm	Min	Max	X $\pm$ SD
Tuổi (năm)	65	84	72,53 $\pm$ 5,82
Chiều cao (cm)	150	170	160,58 $\pm$ 4,89
Cân nặng (kg)	45 21,8	73 24,5	56,32 $\pm$ 8,13
BMI	16,53	31,11	21,84 $\pm$ 3,51

Nhận xét: Tuổi, BMI của bệnh nhân đều phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu

Bảng 3.2: Phân bố bệnh nhân theo giới, ASA, cơ quan phẫu thuật

Đặc điểm	N	%
Giới: Nam	36	90,0
Nữ	4	10,0
ASA: I	06	15
II	34	85

Nhận xét: Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ

giới, ASA của các bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu là II (chiếm 85%).

Bảng 3.3: Phân bố bệnh nhân theo cơ quan phẫu thuật

Cơ quan phẫu thuật	N	%
Dạ dày	20	50,0
Đại - trực tràng	14	35,0
Gan - mật	6	15,0

Nhận xét: Tạng phẫu thuật chủ yếu là dạ dày (50%), phẫu thuật gan mật ít nhất (15%)

Bảng 3.4: Đặc điểm bệnh nhân trong gây mê

Chỉ số	Min	Max	X±SD
HATB	78,22	95,0	85,92±5,86

(mmHg)			
Nhịp tim (lần/phút)	67,22	86,22	76,09±5,95
SPO ₂ (%)	98,00	99,67	99,02±0,48
EtCO ₂ (mmHg)	33	40,14	36,08±2,16
SPI	27,86	55,43	42,87±8,49
TOF	0,0	3,14	1,05±1,06

Nhận xét: Các giá trị trung bình của HATB, nhịp tim, SPO₂, EtCO₂, SPI, TOF của bệnh nhân trước gây mê, trong gây mê dòng thấp và sau khi rút ống NKQ đều nằm trong giới hạn bình thường.

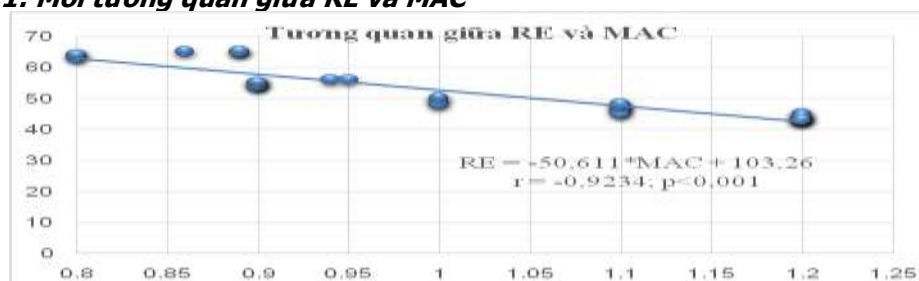
3.2. Môi tương quan giữa MAC và RE, SE tại các thời điểm nghiên cứu

Bảng 3.5: Giá trị của MAC, RE, SE, Δ (RE – SE) tại các thời điểm nghiên cứu

Thời điểm	MAC (%) X±SD	RE X±SD	SE X±SD	Δ (RE – SE) X±SD
T0		97,05±2,78	89,0±5,03	8,02±3,03
T1	1,04±0,18	50,75±4,71	50,3±4,80	0,44±0,75
T2	1,035±0,21	50,40±4,77	49,6±4,87	0,82±0,68
T3	1,03±0,17	50,75±5,04	50,4±5,07	0,36±0,67
T4	1,07±0,19	49,65±3,06	49,2±2,84	0,46±0,60
T5	1,08±0,21	49,60±3,12	49,1±3,03	0,51±0,60
T6	1,11±0,21	48,65±3,94	48,24±3,96	0,36±0,67
T7	1,10±0,22	49,45±3,51	48,9±3,55	0,54±0,60
T8		95,45±2,18	90,35±1,79	5,05±3,08

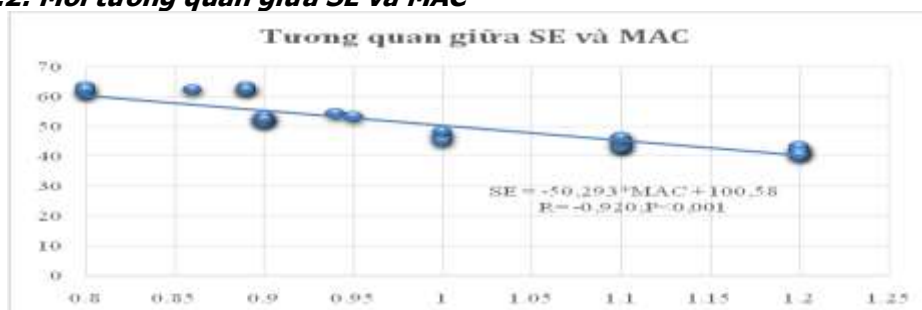
Nhận xét: Giá trị MAC trung bình tại các thời điểm đều phù hợp với gây mê người cao tuổi. RE và SE trong gây mê dòng thấp nằm trong mức gây mê lâm sàng đủ sâu. Hiệu số RE-SE < 3 ở các thời điểm gây mê cho biết MAC-sevofluran phù hợp với kích thích của phẫu thuật trong gây mê dòng thấp

Hình 3.1: Môi tương quan giữa RE và MAC



Nhận xét: Môi tương quan giữa RE với MAC là tương quan tuyến tính, nghịch, mạnh và rất chặt r = -0,9234 với p < 0,001.

Hình 3.2: Môi tương quan giữa SE và MAC



Nhận xét: Mỗi tương quan giữa SE với Ce là tương quan tuyến tính, nghịch, mạnh và rất chặt $r = -0,920$ với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tiêu chí chung

- Tuổi: Tuổi thấp nhất là 65 cao nhất là 84, phù hợp với tiêu chuẩn người cao tuổi của WHO.

- Cân nặng: Cân nặng trung bình của bệnh nhân là $56,32 \pm 8,13$, chiều cao trung bình của bệnh nhân là $160,58 \pm 4,89$. Chiều cao, cân nặng của bệnh nhân đã được lựa chọn theo chỉ số của người bình thường dựa theo chỉ số khối cơ thể (BMI nằm trong khoảng 18 – 25).

- Giới: Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (90%) do đặc điểm bệnh viện Hữu nghị chủ yếu là các bệnh nhân nam giới.

- ASA: Bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu có ASA II (85%), còn lại là ASA I (15%) phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Tạng phẫu thuật: Chủ yếu là dạ dày, tuy nhiên, các phẫu thuật trong nhóm nghiên cứu là những loại phẫu thuật đau nhiều, mức độ đau tương đương nhau. Do vậy sự khác biệt giữa các loại phẫu thuật trong bảng 3.3 không ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu

- Các giá trị trung bình của HATB, nhịp tim, SPO₂, EtCO₂, SPI, TOF của bệnh nhân trước gây mê, trong gây mê dòng thấp, sau khi rút ống NKQ đều ổn định. Bệnh nhân không bị rối loạn huyết động, thiếu oxy hay thừa CO₂, độ giãn cơ và độ đau phù hợp trong giai đoạn phẫu thuật.

4.2. Mỗi tương quan giữa MAC và RE, SE tại các thời điểm nghiên cứu

- Kết quả bảng 3.6 cho thấy tại T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7 là thời điểm gây mê dòng thấp, RE và SE đều nằm trong giới hạn 40 – 60, tương ứng với độ mê lâm sàng đủ sâu, phù hợp với các kích thích của phẫu thuật. Kết quả này phù hợp với tác giả Gorban VI và cộng sự [1].

- Hình 3.1 thể hiện mỗi tương quan tuyến tính nghịch và chặt chẽ của RE với MAC với $r = -0,9234$ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. MAC tập trung thành 2 vùng rõ rệt: với MAC < 0,85% tương ứng với RE > 60 và MAC nằm trong khoảng 0,9% – 1,2% tương ứng với RE < 60. Tương tự, hình 3.2 thể hiện mỗi tương quan tuyến tính nghịch và chặt chẽ của SE với MAC với $r = -0,920$ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tương quan này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả trong nước và nước ngoài:

Hoàng Văn Bách (2012) nghiên cứu điều chỉnh độ mê theo điện não số hóa bằng nồng độ phổ nang tối thiểu của thuốc mê, thấy RE với MAC có mỗi tương quan tuyến tính nghịch và

chặt chẽ của với $r = -0,861$, SE với MAC có mỗi tương quan tuyến tính nghịch và chặt chẽ với $r = -0,852$.

McKay và cộng sự (2006) sử dụng điện não (SE) để đánh giá độ mê của sevofluran, thấy có mỗi tương quan chặt chẽ giữa MAC và SE, MAC tăng thì SE giảm. Tuy nhiên, khi MAC > 3% thì mỗi tương quan này không còn chặt chẽ [3].

Smith và Dannhauser (2006) nghiên cứu chỉ số SE và đáp ứng của tuần hoàn đối với phẫu thuật trong thời gian gây mê bằng sevofluran cho thấy có mỗi tương quan chặt chẽ giữa MAC với SE, MAC > 1% không sợ có sự thức tỉnh trong gây mê, MAC > 2 % và SE < 60 không đủ bằng chứng để kết luận về thay đổi tuần hoàn là do kích thích đau [4].

Thomas và cộng sự (2004) nghiên cứu sự tương quan giữa MAC với chỉ số Entropy và BIS, kết quả cho thấy có mỗi tương quan tốt giữa MAC với SE và với BIS [5].

V. KẾT LUẬN

- RE với MAC tương quan tuyến tính nghịch, mạnh và rất chặt chẽ với $r = -0,9234$ và $p < 0,001$

- SE với MAC tương quan tuyến tính nghịch, mạnh và rất chặt chẽ với $r = -0,920$ và $P < 0,001$

- Hiệu số RE-SE < 3 ở các thời điểm trong gây mê cho biết MAC-sevofluran phù hợp với kích thích của phẫu thuật trong gây mê dòng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gorban VI, Shchegolev AV, Kharitonov DA. (2016), "Entropy monitoring during low-flow inhalation anesthesia: tribute to fashion or necessity". *Anesteziol Reanimatol*, Mar-Apr; 61(2):95-100.
2. Hoàng Văn Bách (2012). "Nghiên cứu điều chỉnh độ mê theo điện não số hóa bằng nồng độ đích tại não hoặc nồng độ phổ nang tối thiểu của thuốc mê". Luận án tiến sĩ y học.
3. McKay I. D., Voss L. J., Sleight J. P. and Johannsen E. K. (2006), "Pharmacokinetic-pharmacodynamic modelling the hypnotic effect of sevoflurane using the spectral Entropy of the electroencephalogram", *Anesth Analg*, 102 (1), pp. 91-7.
4. Smith F. J. and Dannhauser E. (2006), "Spectral Entropy and haemodynamic response to surgery during sevoflurane anaesthesia", *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia*, March, pp. 21
5. Thomas W. B., Benjamin K., Volker Hand Peter M. S. (2004), "The relationship between end-tidal sevoflurane concentrations and spectral Entropy/ Bispectral index", *Anesthesiology*, 101, pp. 498.

KẾT QUẢ BAN ĐẦU ĐIỀU TRỊ BỔ SUNG TESTOSTERON DẠNG GEL TRÊN BỆNH NHÂN GIẢM DỰ TRỮ BUỒNG TRỨNG

Nguyễn Việt Hà*, Hồ Sỹ Hùng**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng và so sánh kết quả thụ tinh trong ống nghiệm giữa hai nhóm có và không sử dụng testosterone dạng gel. **Đối tượng và phương pháp:** 44 bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng chia thành 2 nhóm, nhóm nghiên cứu được sử dụng 12,5mg testosterone dạng gel bôi ngoài da trong 21 ngày trước khi kích thích buồng trứng, nhóm chứng không sử dụng testosterone. Tiêu chuẩn lựa chọn: (1) Có ít nhất một chu kỳ kích thích buồng trứng chọc hút < 3 noãn, (2) Số lượng nang thứ cấp ≤ 7 nang và AMH < 1,5ng/ml. Phương pháp nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh. Tiêu chuẩn đánh giá: số noãn chọc hút, số noãn trưởng thành, số phôi thu được, tỷ lệ β-Hcg (+) ở 2 nhóm bệnh nhân. **Kết quả:** 1- Các bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng có tuổi trung bình 35,1±4,5, chủ yếu ở độ tuổi >35 (44,2%), BMI trung bình 21,5±2,1, xét nghiệm FSH, LH, E2 nằm trong giới hạn bình thường. Có sự tương đồng giữa các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng. 2- Nhóm bệnh nhân có dùng testosterone trước khi kích thích buồng trứng có số noãn chọc hút (5,52 ± 3,0) cao hơn nhóm chứng (3,09 ± 1,66), số noãn trưởng thành (4,67 ± 3,18) cao hơn nhóm chứng (2,64 ± 1,71) và tỷ lệ β-hCG(+) (50,0%) cao hơn nhóm chứng (22,7%) với p<0,05. **Kết luận:** Sử dụng testosterone dạng gel trước khi kích thích buồng trứng làm cải thiện kết quả thụ tinh ống nghiệm của bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng.

Từ khóa: Giảm dự trữ buồng trứng, testosterone dạng gel, thụ tinh trong ống nghiệm.

SUMMARY

INITIAL RESULT OF TRANSDERMAL TESTOSTERONE GEL PRE-TREATMENT ON INVITRO FERTILIZATION IN PATIENTS WITH POOR OVARIAN RESERVE

Objectives: (1) Describe clinical, laboratory features of patients with diminished ovarian reserve and (2) Compare in-vitro fertilization result between transdermal testosterone group and trial group. **Material and method:** 44 patients divided into 2 groups: research group used 12,5mg transdermal

testosterone gel per day in 21 days before ovarian stimulation and trial group with no treatment. Selection criteria: (1) at least 1 previous IVF cycle with <3 oocytes retrieved or (2) AFC ≤ 7 and AMH <1,5ng/ml. Method: randomized clinical trial. Result based on number of oocytes retrieved, number of mature oocytes, number of embryo and β-hCG positive rate. **Result:** 1. Mean age 35,1±4,5, mainly in 35 years and older, mean BMI 21,5±2,1, basal FSH, LH, E2 in normal range. No significant difference between transdermal testosterone group and trial group. 2. The numbers of oocytes retrieved, mature oocytes and β-hCG positive rate are significant higher in the transdermal testosterone group. Number of embryos is higher in transdermal testosterone group with no statistic significance. **Conclusion:** Pretreatment with transdermal testosterone may be beneficial in improving IVF outcome in patients with diminished ovarian reserve.

Keywords: Diminished ovarian reserve, transdermal testosterone, IVF

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thụ tinh trong ống nghiệm là phương pháp điều trị vô sinh tích cực, phát triển nhanh chóng trong những thập kỷ gần đây. Khâu quan trọng của thụ tinh trong ống nghiệm là kích thích buồng trứng giúp cải thiện kết quả thụ tinh trong ống nghiệm. Tuy nhiên, một trong những khó khăn trong kích thích buồng trứng là số nang noãn thu được ít do dự trữ buồng trứng giảm và đáp ứng buồng trứng kém. Cho đến nay, giảm dự trữ buồng trứng vẫn là thách thức đối với các nhà lâm sàng, nó làm giảm tỷ lệ có thai và tăng chi phí điều trị.

Giảm dự trữ buồng trứng thường gặp ở những phụ nữ trên 35 tuổi và trên một số bệnh nhân vô sinh. Đánh giá dự trữ buồng trứng dựa vào tuổi của phụ nữ, xét nghiệm hormon hướng sinh dục đầu chu kỳ kinh, AMH, siêu âm số lượng nang thứ cấp (AFC) và một số thăm dò khác. Trong sự phát triển nang noãn, testosterone là tiền chất của estrogen, được tạo ra nhờ enzym vòng thơm xúc tác dưới sự kích thích của FSH. Ở mức độ phân tử, testosterone còn có tác dụng làm tăng tác dụng của FSH, kích thích phát triển nang noãn [7].

Các biện pháp điều trị bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng còn ít hiệu quả. Trong đó, sử dụng testosterone dưới dạng gel bôi ngoài da đã được

*Trường Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Hà

Email: nvha1991@gmail.com

Ngày nhận bài: 2/10/2017

Ngày phản biện khoa học: 25/10/2017

Ngày duyệt bài: 10/11/2017

một số nghiên cứu ở nước ngoài chứng minh làm tăng số noãn thu được, tăng tỷ lệ có thai lâm sàng và tăng tỷ lệ trẻ sơ sinh sống ở các phụ nữ đáp ứng kém với kích thích buồng trứng [2], [6], [5]. Mặt khác, các nghiên cứu này cho thấy sử dụng testosterone an toàn và không có tác dụng phụ đáng kể ở liều điều trị [4]. Ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về sử dụng testosterone dạng gel ở bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng, do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

- 1- *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng*
- 2- *So sánh kết quả thụ tinh trong ống nghiệm giữa nhóm có sử dụng testosterone dạng gel với nhóm không sử dụng testosterone dạng gel.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 44 bệnh nhân được lựa chọn và chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm: nhóm nghiên cứu và nhóm chứng. Mỗi nhóm có 22 người.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân có ít nhất 1 trong các tiêu chuẩn sau và đồng ý tham gia nghiên cứu: (1) Có ít nhất một chu kỳ kích thích buồng trứng chọc hút < 3 noãn, (2) Số lượng nang thứ cấp ≤ 7 nang và AMH < 1,5ng/ml.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp xin noãn; bệnh lý tuyến giáp; suy giảm chức năng gan, thận; bất thường cơ quan sinh dục.

2.1.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 10/2016 đến tháng 6/2017 tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản BV Phụ sản Trung Ương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh.

2.2.2. Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Chúng tôi lấy tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu và 44 bệnh nhân được chọn. Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được phân nhóm ngẫu nhiên vào hai nhóm nghiên cứu bằng bốc thăm.

2.2.3. Các biến số nghiên cứu:

- Tuổi, BMI, tiền sử IVF
- Dự trữ buồng trứng (FSH, LH, E₂, AMH và Testosterone), AFC.
- Kết quả kích thích buồng trứng: nồng độ E₂, niêm mạc tử cung, số lượng noãn chọc hút
- Số lượng phôi, tỷ lệ thụ tinh, số lượng phôi chuyển, hCG

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của các đối tượng nghiên cứu

	Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	P
Tuổi (năm)	34,68 ± 4,47	35,18 ± 4,70	>0,05

2.2.4. Phương tiện nghiên cứu

- Thuốc testosterone dạng gel (biệt dược Androgel) hàm lượng 50mg mỗi gói của hãng Besin Healthcare

- Phiếu thu thập số liệu nghiên cứu

2.2.5. Các bước tiến hành

- Nhóm nghiên cứu (nhóm 1): 22 bệnh nhân được sử dụng Androgel bôi vào da bụng vùng quanh rốn 12,5mg mỗi ngày trong 3 tuần. Mỗi lần bệnh nhân lấy ¼ gói bôi vào da bụng vùng quanh rốn bằng cách hút gel vào bơm tiêm sau đó bơm ¼ lượng thuốc ra sử dụng và chờ cho thuốc khô hết sau 3-5 phút. Các bệnh nhân nhóm 1 được kích thích buồng trứng khi có kinh sau khi đã sử dụng đủ testosterone trong 3 tuần. Được định lượng testosterone trước và sau khi dùng thuốc 3 tuần.

- Nhóm chứng (nhóm 2): 22 bệnh nhân không sử dụng thuốc Androgel bôi vào da bụng hàng ngày. Bệnh nhân sẽ được kích thích buồng trứng ngay khi có kinh.

- Cả 2 nhóm bệnh nhân được kích thích buồng trứng bằng phác đồ Antagonist với FSH tái tổ hợp (biệt dược: Fostimon hoặc Puregon), liều khởi đầu >300 IU/ngày.

- Theo dõi kích thước và số lượng nang noãn vào ngày 2, ngày 6 của chu kỳ kinh nguyệt sau đó theo hên dựa trên kết quả siêu âm nang noãn và nồng độ E₂ huyết thanh.

- Siêu âm niêm mạc tử cung, kích thước các nang noãn và xét nghiệm E₂, progesteron huyết thanh vào ngày tiêm hCG.

- Chuyển phôi tươi ngày 3.

- Các bệnh nhân của cả 2 nhóm đều được theo dõi đến sau khi chuyển phôi 2 tuần bằng xét nghiệm định lượng β -hCG máu.

2.2.6. Kỹ thuật thu thập số liệu: Thu thập số liệu bằng phiếu thu thập số liệu được thiết kế sẵn, lấy thông tin bằng phỏng vấn và kết quả xét nghiệm trong hồ sơ bệnh án.

2.2.7. Phân tích và xử lý số liệu: Các số liệu được thu thập và xử lý trên chương trình SPSS 21.0. Tính các tỷ lệ, các giá trị trung bình được biểu diễn dưới dạng $X \pm SD$. So sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ bằng test *chi* bình phương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng

3.1.1. Đặc điểm lâm sàng

Nhóm tuổi	≤ 25	0 (0%)	1(4,5%)	>0,05
	26 – 30	5 (22,7%)	3(13,6%)	
	31 – 35	9 (40,9%)	7(31,8%)	
	> 35	8 (36,4%)	11(50,0%)	
BMI		21,39 ± 2,36	21,59 ± 1,78	> 0,05

Nhận xét: Tuổi trung bình, chỉ số khối cơ thể(BMI) của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng tương tự như nhau, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của các đối tượng nghiên cứu

	Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	P
Nồng độ FSH(IU/l)	8,32 ± 2,39	8,04 ± 3,11	> 0,05
Nồng độ LH(IU/l)	3,77 ± 1,63	3,60 ± 1,52	> 0,05
Nồng độ E2(pg/ml)	47,64 ± 24,32	42,87 ± 23,95	> 0,05
Nồng độ AMH(ng/ml)	1,11 ± 0,54	0,91 ± 0,36	> 0,05
AFC(nang)	5,91 ± 2,60	5,36 ± 1,84	> 0,05

Nhận xét: 2 nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu không có sự khác biệt về đặc điểm cận lâm sàng. Các kết quả xét nghiệm cho thấy nồng độ FSH, LH và E2 trong giới hạn bình thường. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2. Kết quả thụ tinh trong ống nghiệm giữa hai nhóm có và không sử dụng testosterone dạng gel

3.2.1. Kết quả kích thích buồng trứng

Bảng 3. Kết quả kích thích buồng trứng

	Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	P
Liều FSH khởi đầu(IU)	344,32 ± 68,11	354,55 ± 44,75	> 0,05
Số ngày dùng FSH(ngày)	9,09 ± 0,81	8,73 ± 0,99	> 0,05
Tổng liều FSH(IU)	3151,14 ± 699,95	3111,36 ± 626,82	> 0,05
Nồng độ E2 ngày tiêm hCG(pg/ml)	2920,67 ± 1462,12	2274,36 ± 1360,45	> 0,05
Độ dày NMTC ngày chuyển phôi (mm)	10,99 ± 2,86	10,31 ± 2,50	> 0,05
Số noãn chọc hút (nang)	5,52 ± 3,02	3,09 ± 1,66	< 0,05
Số noãn trưởng thành (nang)	4,67 ± 3,18	2,64 ± 1,71	< 0,05

Nhận xét: Liều khởi đầu FSH, số ngày sử dụng FSH và tổng liều FSH là tương đương nhau ở 2 nhóm bệnh nhân. Nồng độ E2 ngày tiêm hCG và độ dày niêm mạc tử cung ngày chuyển phôi ở nhóm bệnh nhân có sử dụng testosterone có cao hơn ở nhóm chứng, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Ở nhóm có sử dụng testosterone trước khi kích thích buồng trứng có số noãn chọc hút và số noãn trưởng thành cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.2. Kết quả thụ tinh trong ống nghiệm

Bảng 4. Kết quả thụ tinh trong ống nghiệm

	Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	P
Tổng số phôi	4,05 ± 2,22	2,41 ± 1,65	> 0,05
Số phôi chuyển	2,24 ± 1,22	2,00 ± 1,41	> 0,05
Số phôi đông	1,52 ± 2,13	0,29 ± 0,78	> 0,05
Tỷ lệ β-hCG (+)	11 (50%)	5 (22,7%)	< 0,05

Nhận xét: Ở nhóm có sử dụng testosterone, số phôi thu được cao hơn nhóm chứng, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ có thai sinh hóa nhóm nghiên cứu có sử dụng testosterone (50%) cao hơn ở gấp 2 lần ở nhóm chứng (22,7%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng

Tiêu chuẩn chẩn đoán giảm dự trữ buồng trứng trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 2 tiêu chuẩn: (1) Có ít nhất một chu kỳ kích thích buồng trứng chọc hút được < 3 noãn, (2) Số lượng nang thứ cấp ≤ 7 nang và AMH < 1,5ng/ml. Các tiêu chuẩn này tương tự với tiêu chuẩn của đồng thuận Bologna năm 2011 về bất thường dự trữ buồng trứng [3]. Các tiêu chuẩn của chúng tôi có sự khác biệt với tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu của tác giả Kim và cộng sự [6], Fabregues và cộng sự [2]. Các tác giả này lựa chọn đối tượng nghiên cứu dựa vào số noãn chọc hút được < 3 noãn.

Tuổi: Nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu có tuổi thấp nhất là 27 và cao nhất là 45, nhóm

chúng có tuổi thấp nhất là 25 và cao nhất là 43. Như vậy giữa hai nhóm có sự tương đồng về tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Fabregues và cộng sự [2] với nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình là $36,5 \pm 12,5$, nhóm chúng là $36,4 \pm 2$. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Ngược lại, tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ($35,1 \pm 4,5$) thấp so với kết quả nghiên cứu Kim và cộng sự ($37,9 \pm 3$) [6], sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Nhóm tuổi: Phần lớn bệnh nhân ở cả 2 nhóm trong nghiên cứu này có độ tuổi >30 , đặc biệt là >35 tuổi. Điều này phù hợp với yếu tố tuổi >35 là nguy cơ của giảm dự trữ buồng trứng.

Nồng độ FSH cơ bản: cả 2 nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu có sự tương đồng về nồng độ FSH ngày 2 của chu kỳ kinh nguyệt. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với nhóm sử dụng testosterone trong nghiên cứu của tác giả Kim và cộng sự. Giá trị FSH nằm trong giới hạn bình thường cho thấy nồng độ FSH có giá trị dự báo không cao với giảm dự trữ buồng trứng.

Nồng độ LH cơ bản: có sự tương tự giữa 2 nhóm bệnh nhân. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nhóm bệnh nhân dùng testosterone trong nghiên cứu của tác giả Kim và cộng sự [6], tuy nhiên kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Fabregues và cộng sự [2]. Kết quả này cho thấy nồng độ LH cơ bản ít có liên quan với dự trữ buồng trứng.

Nồng độ E2: Nồng độ E2 cơ bản trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nhau giữa 2 nhóm bệnh nhân và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cũng tương tự với kết quả của các tác giả Kim và cộng sự [6], Fabregues và cộng sự [2]. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

AFC: Số nang thứ cấp ở 2 nhóm bệnh nhân là tương đương nhau, nhưng kết quả của chúng tôi cao hơn so với kết quả của Kim và cộng sự [6] và Fabregues và cộng sự [2]. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.2. Kết quả thụ tinh trong ống nghiệm giữa nhóm có sử dụng testosterone dạng gel với nhóm không sử dụng testosterone dạng gel

Phác đồ kích thích buồng trứng: Phác đồ kích thích buồng trứng trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với phác đồ trong các nghiên cứu của các tác giả Kim và cộng sự [6].

Số ngày dùng FSH trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của 2 tác giả Kim và cộng sự [6], Fabregues và cộng

sự [2] và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tổng liều FSH của chúng tôi tương tự với tác giả Fabregues và cộng sự [2] và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tuy nhiên, tổng liều FSH của chúng tôi cao hơn tổng liều FSH của tác giả Kim và cộng sự [6] và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tổng số noãn chọc hút và số noãn trưởng thành ở nhóm sử dụng testosterone cao hơn ở nhóm chúng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Kim và cộng sự [6]. Số noãn chọc hút, số noãn trưởng thành ở nhóm dùng testosterone trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với kết quả của các tác giả Kim và cộng sự [6]. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Số phôi của nhóm bệnh nhân dùng testosterone cao hơn so với nhóm chúng, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Số phôi của nhóm sử dụng testosterone dạng gel trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả của tác giả Kim và cộng sự [6] và cao hơn so với tác giả Fabregues và cộng sự [2]. Số phôi chuyển trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với 2 nghiên cứu trên.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng: Các bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng có tuổi trung bình $35,1 \pm 4,5$, chủ yếu ở độ tuổi >35 (44,2%), BMI trung bình $21,5 \pm 2,1$, xét nghiệm FSH, LH, E2 nằm trong giới hạn bình thường. Có sự tương đồng giữa các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chúng.

2. Kết quả thụ tinh trong ống nghiệm giữa hai nhóm có sử dụng testosterone dạng gel và nhóm chúng: Nhóm bệnh nhân có dùng testosterone trước khi kích thích buồng trứng có cải thiện về số noãn chọc hút, số noãn trưởng thành và tỷ lệ β -hCG(+) cao gấp 2 lần so với nhóm bệnh nhân không dùng testosterone. Số phôi thu được ở các bệnh nhân có sử dụng testosterone trước khi kích thích buồng trứng cao hơn so với bệnh nhân không dùng thuốc, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đoàn Thị Hằng, Nguyễn Thị Mai, Quân Hoàng Lâm. Hiệu quả sử dụng Androgel bôi da trên bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm có đáp ứng buồng trứng kém. Tạp chí y - dược học quân sự số 4 - 2017. 2017:69 - 75.

2. Fabregues F, Penarrubia J, Creus M, Manau D, Casals G, Carmona F, et al. Transdermal testosterone may improve ovarian response to gonadotrophins in low-responder IVF patients: a randomized, clinical trial. *Hum Reprod.* 2009;24(2):349-59.
3. Ferraretti AP, La Marca A, Fauser BC, Tarlatzis B, Nargund G, Gianaroli L, et al. ESHRE consensus on the definition of 'poor response' to ovarian stimulation for in vitro fertilization: the Bologna criteria. *Hum Reprod.* 2011;26(7):1616-24.
4. Goldstat R, Briganti E, Tran J, Wolfe R, Davis SR. Transdermal testosterone therapy improves well-being, mood, and sexual function in premenopausal women. *Menopause.* 2003;10(5):390-8.
5. Kim C-H, Ahn J-W, Moon J-W, Kim S-H, Chae H-D, Kang B-M. Ovarian Features after 2 Weeks, 3 Weeks and 4 Weeks Transdermal Testosterone Gel Treatment and Their Associated Effect on IVF Outcomes in Poor Responders. *Development and Reproduction.* 2014;18(3):145-52.
6. Kim CH, Howles CM, Lee HA. The effect of transdermal testosterone gel pretreatment on controlled ovarian stimulation and IVF outcome in low responders. *Fertility and sterility.* 2011;95(2):679-83.
7. Weil S, Vendola K, Zhou J, Bondy CA. Androgen and Follicle-Stimulating Hormone Interactions in Primate Ovarian Follicle Development. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.* 1999;84(8):2951-6.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM RUỘT HOẠI TỬ Ở TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Phạm Duy Hiền*

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm ruột hoại tử ở trẻ sơ sinh tại bệnh viện Nhi Trung Ương. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ nam chiếm 62%. Triệu chứng thường gặp nhất là quai ruột giãn. Triệu chứng khí trong tĩnh mạch cửa có tỷ lệ tử vong là 100%, bên cạnh đó triệu chứng khí tự do trong ổ bụng có tỷ lệ tử vong là 66,7%. Đa số bệnh nhân có giảm huyết sắc tố (67,4%), giảm albumin (77,4%) và giảm glucose máu (72,2%). aPTT kéo dài chiếm 55,9%, 22,2% bệnh nhân bị toàn máu, toan máu kết hợp kiềm máu chiếm 18,5%. 14 bệnh nhân có cấy máu dương tính với vi khuẩn *Klebsiella*. **Kết luận:** Biểu hiện trên phim XQ rất đa dạng, thường gặp nhất là quai ruột giãn. Tỷ lệ trẻ tử vong nếu có hình ảnh khí tĩnh mạch cửa là 100%. Ngoài ra, 66,7% trẻ có khí tự do ổ bụng tử vong. Phần lớn các bệnh nhân bị giảm Hct, albumin và đường máu.

Từ khóa: Viêm ruột, trẻ sơ sinh

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF NEONATAL NECROTIZING ENTEROCOLITIS AT NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS

Aim: This study aims to evaluate clinical and subclinical characteristic of neonates diagnosed with neonatal necrotizing enterocolitis at the National hospital of Pediatrics. **Results:** 62% of the 89 patients were male. The most common sign was distended

bowel loop which observed in 82% of patients. 67.4 % of patients were anemic. 44.9% had a decrease in platelets and a decrease of WBC was seen in 22.5%. Prolonged aPTT observed in 55.9% of patients. 22.2% of cases had acidosis in arterial blood gas, whereas acidosis combined with alkalosis were seen in 18.5%. 14 patients had a positive blood culture with *Klebsiella* sp. **Conclusion:** There was a wide variety of X-ray presentations. Portal venous gas on X-ray had a 100% mortality rate whereas 66.7% of patients with free gas in abdominal cavity died. The majority of patients had a reduction of Hct, albumin and blood glucose. NEC has complicated presentations and fast progressing with high mortality rate at advance stage.

Keywords: NEC, neonates, pediatrics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột hoại tử (VRHT) là một trong những cấp cứu tiêu hóa thường gặp nhất ở trẻ sơ sinh. Tỷ lệ trẻ sơ sinh bị VRHT thay đổi theo từng nghiên cứu, tuy nhiên có nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trẻ sơ sinh bị VRHT lên đến 28% [1]. Ngày nay viêm ruột hoại tử (VRHT) đã được chẩn đoán và điều trị sớm, tuy nhiên tỷ lệ tử vong vẫn khá cao đặc biệt là trẻ sơ sinh có cân nặng thấp dưới 1000gram [2]. VRHT do nhiều yếu tố gây nên, cơ chế bệnh sinh chưa thực sự rõ ràng. Tiên lượng bệnh phụ thuộc vào nhiều yếu tố trong đó quan trọng nhất là giai đoạn của bệnh [2]. Sự cân nhắc giữa điều trị nội khoa và ngoại khoa nhiều khi rất khó khăn do triệu chứng lâm sàng ở trẻ sơ sinh không đặc hiệu và diễn biến âm thầm đến khi rất nặng thậm chí đã ở trong tình trạng suy đa tạng, sốc. Đã có nhiều công trình đề cập tới vấn đề chẩn đoán hoặc tiên lượng bệnh, tuy nhiên cho tới thời điểm hiện tại

*Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Duy Hiền

Email: duyhien1976@gmail.com.

Ngày nhận bài: 15/9/2017

Ngày phản biện khoa học: 10/10/2017

Ngày duyệt bài: 1/11/2017

vẫn chưa có nhiều công trình nghiên cứu đề cập theo dõi kết quả điều trị của VRHT ở trẻ sơ sinh. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài "*Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm ruột hoại tử ở trẻ sơ sinh tại bệnh viện Nhi Trung Ương*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân từ 0 - 28 ngày tuổi được chẩn đoán và phân loại VRHT theo phân loại Bell cải tiến.

2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu: 1/2010 đến 1/2014.

2.3 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu hồ sơ bệnh án.

2.4 Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện: Chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được chẩn đoán VRHT và phân loại theo Bell cải tiến.

2.5 Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập và phân tích bằng SPSS 16.0. Các biến số định tính được trình bày theo tỷ lệ %. Đối với biến định lượng: Tính trị số trung bình, phương sai/độ lệch chuẩn.

2.6 Đạo đức nghiên cứu: Gia đình BN được thông báo rõ về mục tiêu, nội dung, phương pháp nghiên cứu. Gia đình BN tình nguyện tham gia. Sau khi khám lại, gia đình BN được tư vấn về các vấn đề liên quan tới sức khỏe của BN.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 89 bệnh nhân, số bệnh nhân là trai chiếm 62%.

Bảng 1. Các triệu chứng X-Quang ổ bụng hay gặp

Triệu chứng	n	%
Quai ruột giãn	73	82,0
Mờ ổ bụng	14	15,7
Mức nước mức hơi	12	13,4
Khí thành ruột	11	12,4
Khí tự do trong ổ bụng	10	11,2
Khí trong tĩnh mạch cửa	3	3,3
Bình thường	10	11,3

Nhận xét: Triệu chứng quai ruột giãn được gặp với tỷ lệ cao nhất là 82,0%. Ngoài ra chúng tôi gặp các hình ảnh đặc trưng cho từng giai đoạn, tuy nhiên tần suất biểu hiện không đều nhau. Có 11,3% BN có hình ảnh X quang ổ bụng bình thường.

Bảng 2. Xét nghiệm công thức máu

Thông số	Giá trị	n	%
Bạch cầu (G/l) n=89	>20	20	22,5
	5-20	63	70,8
	<5	6	6,7
Hồng cầu (T/l) n=89	<3,5	54	60,7
	3,5 - 5,1	34	38,2
	>5,1	1	1,1
Hematocrit	<39	58	65,2

(%) n=89	>39	31	34,8
Lượng huyết sắc tố (gram) n=89	<140	60	67,4
	140 -190	29	32,6
	>190	0	0
Tiểu cầu (G/l) n=89	<150	40	44,9
	>150	49	55,1

Nhận xét: BN bị thiếu máu chiếm tỷ lệ cao (lượng huyết sắc tố < 140gram/l chiếm 67,4%). Ngoài ra có 44,9% BN có tiểu cầu giảm < 150G/l và 22,5% BN có bạch cầu tăng > 20G/l

Bảng 3. Xét nghiệm đông máu

Thông số	Chỉ số	n	%
PT (%) n=68	<60	36	53,0
	>60	32	47,1
aPTT (ratio) n=68	0,85-1,15	30	44,1
	>1,15	38	55,9
Fibrinogen (gram) n=68	<1,5	8	11,8
	1,5-3,0	43	63,2
	>3,0	17	25,0

Nhận xét: aPTT kéo dài chiếm tỷ lệ cao nhất với 55,9%, tiếp theo đó là % tiêu thụ PT giảm dưới 60% với tỷ lệ là 53,0%.

Bảng 4. Xét nghiệm khí máu

Thông số	n	%
Toan chuyển hóa	12	22,2
Kiểm chuyển hóa	10	18,5
Toan, kiểm hỗn hợp	10	18,5
Toan hô hấp	6	11,1
Kiểm hô hấp	4	7,4
Không rối loạn	12	22,3
Tổng	54	100

Nhận xét: Toan chuyển hóa chiếm tỷ lệ cao nhất với 22,2%, bên cạnh đó gặp kiểm chuyển hóa và toan kiểm hỗn hợp đều với 18,5%. Kiểm hô hấp chiếm tỷ lệ thấp nhất với 7,4%.

Bảng 5. Xét nghiệm vi sinh

Kết quả nuôi cấy	n	%
Dương tính	14	25,9
Âm tính	40	74,1
Tổng	54	100

Nhận xét: Trong 14 BN được cấy máu dương tính có 8 BN dương tính với Klebsiella, ngoài ra 40BN có kết quả nuôi cấy máu âm tính.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng quai ruột giãn gặp ở 63BN (chiếm 70,7%) đây là triệu chứng hay gặp nhất tỷ lệ này của chúng tôi tương đương với kết quả của Niyaz A với 71,4% [3], nhưng thấp hơn kết quả của Almoutaz A với 74,2%. Việc chụp X quang mỗi 6-8giờ/ lần góp phần theo dõi tiến triển của bệnh và phát hiện sớm các triệu chứng nặng hơn như thủng ruột. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy sự thay đổi

của tất cả các thành phần trong công thức máu ở BN bị VRHT, có 58BN (chiếm 65,2%) có giảm huyết sắc tố, 54BN (chiếm 60,7%) có giảm số lượng hồng cầu, bên cạnh đó gặp 22,5% BN có tăng bạch cầu trên 20G/l đặc biệt có 13% BN bạch cầu tăng >30G/l. Chúng tôi gặp 40BN (45,0%) có tiểu cầu hạ dưới 150G/l trong đó có 25BN (28,1%) có hạ tiểu cầu dưới 100G/l, kết quả của chúng tôi thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Hutter JJ và Hathaway có kết quả 35/40 BN (87,5%) bị VRHT có tiểu cầu thấp dưới 150G/l [4].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ BN có thay đổi nồng độ glucose trong máu chiếm khá cao với 70BN (chiếm 78,7%) trong đó hạ glucose máu là 59BN (chiếm 66,3%), 11BN (chiếm 12,4%) có tăng glucose máu. Theo nghiên cứu của Hall NJ, trên 95 BN bị VRHT, tỷ lệ tăng đường huyết khá cao với 69,0% cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu của ông cũng cho thấy sự tăng glucose có liên quan đến độ nặng của bệnh. Sự khác biệt này có thể đến từ mô hình bệnh nhân. Bên cạnh đó vấn đề tăng hoặc hạ glucose máu có thể liên quan đến việc nhịn ăn và nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn cho BN. Rối loạn điện giải cũng thấy ở các BN trong đó Na⁺ giảm chiếm tỷ lệ khá cao với 51,7%, tỷ lệ này thấp hơn trong nghiên cứu của bệnh viện Nhi đồng II với 57,5% [5]. Chúng tôi gặp 14/54BN được cấy máu dương tính với vi sinh vật, trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là dương tính với Klebsiella là 8 BN. Tỷ lệ cấy máu dương tính trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Niyaz với 53,3%, trong đó

Klebsiella là 22,2%, E.Coli là 16,6%, S.Areus là 16,6% [3]. Như vậy VRHT vẫn là nhóm bệnh liên quan chủ yếu tới vi khuẩn Gram (-).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 89 bệnh nhân cho thấy kết quả như sau: Các triệu chứng X quang đa dạng: Triệu chứng khí trong tĩnh mạch cửa có tỷ lệ tử vong là 100%, bên cạnh đó triệu chứng khí tự do trong ổ bụng có tỷ lệ tử vong là 66,7%. Đa số bệnh nhân có giảm huyết sắc tố (67,4%), giảm albumin (77,4%) và giảm glucose máu (72,2%). Bệnh VRHT biểu hiện rất phức tạp và diễn biến nhanh chóng, tỷ lệ tử vong trong giai đoạn nặng vẫn khá cao, bên cạnh đó việc tổn thương trong thời gian được điều trị có sự ảnh hưởng ở nhiều mức độ khác nhau tới hệ tiêu hóa của trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Siu YK et al.** Double blind, randomised, placebo controlled study of oral vancomycin in prevention of necrotising enterocolitis in preterm, very low birthweight infants. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 1998. 79(2): F105-9.
2. **Hsueh W, et al.** Neonatal necrotizing enterocolitis: clinical considerations and pathogenetic concepts. Pediatr Dev Pathol, 2003. 6(1): 6-23.
3. **Niyaz A Buch, Mushtaq Ahmad, et al.** Neonatal necrotizing enterocolitis: a clinical study and outcome. JK-Practitioner, 2001. 8(4): 237-239.
4. **Hutter JJ, WE Hathaway, and ER Wayne.** Hematologic abnormalities in severe neonatal necrotizing enterocolitis. J Pediatr, 1976. 88(6): 1026-31.
5. **Nguyễn Thị Kim Anh, Lê Nguyễn Nhật Trung.** Đặc điểm viêm ruột hoại tử ở trẻ sơ sinh tại bệnh viện Nhi đồng II. Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2012. 16(4).

KHẢO SÁT MỨC ĐỘ ĐỘC LẬP TRONG SINH HOẠT HẰNG NGÀY CỦA NGƯỜI BỆNH SAU ĐỘT QUY TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ YÊN NĂM 2017

TÓM TẮT

Nhằm đánh giá mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Yên năm 2017. **Phương pháp:** Cắt ngang mô tả từ tháng 2/2017 đến 5/2017 bằng bộ

Nguyễn Thế Dũng*, Trần Thị Quốc Bảo*

câu hỏi soạn sẵn để đánh giá tình trạng nhận thức của người bệnh theo thang điểm kiểm tra ngắn về trạng thái tâm thần (MMSE) và đánh giá các hoạt động trong sinh hoạt hằng ngày theo thang điểm Barthel. Phân tích thống kê được thực hiện, sử dụng phép kiểm Chi-Square, phân tích hồi quy tuyến tính đa biến sử dụng phương pháp Bayesian Model Averaging. **Kết quả:** Qua nghiên cứu 98 bệnh nhân đột quỵ điều trị tại khoa Nội Tim mạch - Lão học bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Yên cho thấy nam chiếm 58,2%, nữ 41,8%, phần lớn từ 75 tuổi trở lên (41,8%). Điểm Barthel trung bình độc lập trong sinh hoạt hằng ngày $61,17 \pm 24,62$ điểm. Tỷ lệ bệnh nhân độc lập hoàn toàn trong sinh hoạt hằng ngày 15,3%, tỷ lệ bệnh

**Trường Cao đẳng Y tế Khánh Hòa*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Dũng

Email: anmypy1954@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/10/2017

Ngày phản biện khoa học: 6/11/2017

Ngày duyệt bài: 16/11/2017

nhân cần trợ giúp 58,2% và phụ thuộc hoàn toàn 26,5%. Phân tích mô hình tuyến tính đa biến cho thấy biến số giới tính và tình trạng yếu liệt có ảnh hưởng đáng kể đến hoạt động độc lập trong sinh hoạt hằng ngày. **Kết luận:** Điểm Barthel trung bình độc lập trong sinh hoạt hằng ngày $61,17 \pm 24,62$ điểm. Tỷ lệ bệnh nhân độc lập hoàn toàn trong sinh hoạt hằng ngày là 15,3%, tỷ lệ bệnh nhân cần trợ giúp là 58,2% và phụ thuộc hoàn toàn là 26,5%. Mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của nam cao hơn nữ với $p < 0,01$. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày theo thang điểm Barthel với tình trạng yếu liệt với $p < 0,05$.

Từ khóa: Hoạt động sinh hoạt hằng ngày (Activities of daily living - ADL), đột quỵ.

SUMMARY

STUDY OF THE DEGREE OF INDEPENDENCE IN DAILY ACTIVITIES OF PATIENTS AFTER THEIR STROKE AT PHU YEN GENERAL HOSPITAL IN 2017

An assessment of the degree of independence in patients' daily activities after their stroke at Phu Yen General Hospital in 2017. **Methods:** From 02/2017 to 05/2017, a cross-sectional study prepared by using a set of questionnaires was used to assess the patients' cognition status on MMSE scale and to evaluate activities of daily living (ADL) on Barthel scale. Statistical analysis was then performed by using the Chi-Square test and by the multiple linear regression analysis of Bayesian Model Averaging. **Results:** In the study of 98 stroke patients being treated at Internal Cardiovascular and Geriatrics Department at Phu Yen General Hospital, there were 58.2% male and 41.8% female patients, mostly from 75 years of age or older. The average Barthel score of calculating the independence in ADL was 61.17 ± 24.62 . The percentage of the patients completely independent in ADL was 15.3%; the percentage of the patients requiring assistance in ADL was 58.2%; and the percentage of the patients totally dependent in ADL was 26.5%. The multiple linear regression analysis showed that gender variables and the severity of weakness and disability after stroke greatly influenced the patients' independence degree of ADL. **Conclusion:** The average Barthel score of the patients' independence in ADL was 61.17 ± 24.62 . The percentage of the patients completely independent in ADL was 15.3%; the percentage of the patients requiring assistance in ADL was 58.2%; and the percentage of the patients totally dependent in ADL was 26.5%. The independence degree in ADL of male patients was higher than that of female patients ($p < 0.01$). According to the Barthel scale, there was statistically significant difference between the degree of independence in ADL and the severity of patients' post-stroke conditions ($p < 0.05$).

Keywords: Activities of daily living (ADL), stroke.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ là một trong những bệnh lý thường gặp ở người cao tuổi và là nguyên nhân tử vong

đứng hàng thứ hai trên thế giới sau các bệnh lý về tim mạch. Đột quỵ cũng là nguyên nhân phổ biến gây nên tình trạng tàn tật của người bệnh sau khi xuất viện khiến cho người bệnh phải phụ thuộc vào sự trợ giúp của người khác trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày.

Với sự tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, tỷ lệ tử vong do đột quỵ trong những năm gần đây có giảm nhưng vẫn còn ở mức cao. Việt Nam bước đầu đã thành công trong việc điều trị và cứu sống người bị đột quỵ, cải thiện tỷ lệ tử vong do đột quỵ gây ra, việc này đồng nghĩa với sự gia tăng tỷ lệ người bệnh sống sót sau đột quỵ với nhiều mức độ phụ thuộc do di chứng sau đột quỵ đặc biệt là các di chứng về vận động, các khiếm khuyết về chức năng vận động tay, chân làm cho họ trở nên phụ thuộc vào người khác trong các sinh hoạt hằng ngày, sức khỏe bị hạn chế, giảm tuổi thọ, không có việc làm, giảm thu nhập và trở nên nghèo đói. Mức độ phục hồi và khả năng tự chăm sóc của người bệnh tại thời điểm ra viện đóng vai trò quan trọng trong chương trình giáo dục sức khỏe nhằm nâng cao khả năng tái hòa nhập cộng đồng của người bệnh đột quỵ trong giai đoạn sau khi xuất viện. Để đánh giá mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của bệnh nhân và các yếu tố ảnh hưởng, từ đó xác định được khả năng tự chăm sóc của bệnh nhân, các yếu tố liên quan đến khả năng tự chăm sóc nhằm xây dựng chương trình hỗ trợ phù hợp với tình trạng của người bệnh chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Khảo sát mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Yên năm 2017*" nhằm các mục tiêu:

1. *Xác định tỷ lệ mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Yên năm 2017 theo thang điểm Barthel.*

2. *Xác định được các yếu tố liên quan đến mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Yên năm 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bệnh nhân (BN) bị đột quỵ được điều trị tại khoa Nội Tim mạch- Lão học bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Yên, từ tháng 2/2017 đến tháng 5/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Cắt ngang mô tả.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

2.3.1. Tiêu chuẩn chọn vào: BN được chẩn đoán đột quỵ theo tiêu chuẩn lâm sàng của Tổ chức Y tế thế giới [7]. Có hình ảnh tổn thương não do đột quỵ trên kết quả chụp cắt lớp vi tính hay chụp cộng hưởng từ sọ não. BN đã được điều trị qua giai đoạn cấp cứu, tình trạng bệnh ổn định và có kế hoạch chuẩn bị xuất viện. BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ: BN chuyển bệnh viện khác điều trị tiếp và/hoặc các trường hợp chuyển khoa, chuyển nhà dưỡng lão. BN được bệnh viện cho về hoặc gia đình xin về do tiến triển bệnh quá nặng, có tiên lượng tử vong. BN không có khả năng giao tiếp. BN rối loạn ngôn ngữ ảnh hưởng đến việc đánh giá chức năng nhận thức. BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu:

Bước 1: Xây dựng, thử nghiệm hoàn thiện bộ công cụ khảo sát

Xây dựng xong, chúng tôi tiến hành khảo sát thử nghiệm 20 người bệnh sau đột quỵ để điều chỉnh, bổ sung, hoàn thiện nội dung sát với tình hình thực tiễn trước khi điều tra chính thức.

Bước 2: Tiến hành điều tra: Nghiên cứu được tiến hành điều tra từ tháng 2/2017 đến tháng 5/2017 bằng cách phỏng vấn trực tiếp người bệnh theo nội dung phiếu khảo sát đã được in sẵn.

2.5. Xử lý số liệu thống kê: Sử dụng phần mềm SPSS for Windows 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ học của đối tượng nghiên cứu: Tổng số BN: 98, trong đó nam chiếm 58,2%, nữ chiếm 41,8%. Tuổi trung bình

(TB) $71,52 \pm 12,53$ tuổi. BN ≥ 75 tuổi chiếm 41,8%. BN sống ở nông thôn 80,6%, thành thị 19,4%. Trình độ học vấn cấp I chiếm 49%; trên cấp III chiếm 7,1%. Có 25,5% BN đang làm việc, không làm việc chiếm 74,5%. BN có mức kinh tế nghèo, trung bình chiếm 59,2% và từ khá trở lên chiếm 40,8%. Quá trình nằm viện có người nhà chăm sóc chiếm 63,3%; vợ/chồng chăm sóc lẫn nhau chiếm 34,7%; tự chăm sóc chiếm 2%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

- **Tiền sử đột quỵ:** Không có tiền sử đột quỵ chiếm 68,4%; có tiền sử đột quỵ chiếm 31,6%.

- **Về loại tổn thương:** BN bị nhồi máu não chiếm 79,6%; xuất huyết não chiếm 20,4%.

- **Về tình trạng yếu liệt:** BN có yếu liệt chiếm 49% và không yếu liệt chiếm 51%. Trong đó, liệt nửa người phải chiếm 31,2%, liệt nửa người trái chiếm 67,8%, không có BN bị liệt cả 2 bên.

- **Về chức năng nhận thức:** Điểm TB về chức năng nhận thức của BN $27,04 \pm 3,06$ điểm. Trong đó, không có suy giảm nhận thức chiếm 85,7%, có suy giảm nhận thức chiếm 14,3%.

3.3. Mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của BN đột quỵ theo thang điểm Barthel

Bảng 3.1. Mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của BN đột quỵ theo thang điểm Barthel

Mức độ độc lập theo Barthel	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Điểm trung bình*: $61,17 \pm 24,62$		
Độc lập hoàn toàn	15	15,3
Cần trợ giúp	57	58,2
Phụ thuộc hoàn toàn	26	26,5

Điểm Barthel trung bình của nhóm bệnh nhân là $61,17 \pm 24,62$ điểm.

Bảng 3.2. Mức độ độc lập của 10 hoạt động sinh hoạt hằng ngày của BN đột quỵ theo thang điểm Barthel

Khả năng hoạt động	Độc lập hoàn toàn [n (%)]	Cần trợ giúp [n (%)]	Phụ thuộc HT [n (%)]
Ăn uống	32 (32,7)	50 (51,0)	16 (16,3)
Tắm rửa	38 (38,8)	0 (0)	60 (61,2)
Vệ sinh cá nhân	72 (37,5)	0 (0)	26 (26,5)
Mặc và thay quần áo	39 (39,8)	48 (49,0)	11 (11,2)
Kiểm soát đại tiện	78 (79,6)	15 (15,3)	5 (5,1)
Kiểm soát tiểu tiện	83 (84,7)	13 (13,3)	2 (2,0)
Sử dụng nhà vệ sinh	34 (34,7)	46 (46,9)	18 (18,4)
Di chuyển từ giường sang ghế/xe lăn và ngược lại	14 (14,3)	75 (76,5)	9 (9,2)
Di chuyển trên mặt phẳng bằng	10 (10,2)	69 (70,4)	19 (19,4)
Lên và xuống cầu thang	7 (7,1)	67 (68,4)	24 (24,5)

Tại thời điểm ra viện, phần lớn BN độc lập hoàn toàn trong các hoạt động kiểm soát tiểu tiện 84,7% và đại tiện 79,6%.

3.4. Liên quan giữa mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày với các yếu tố:

- Chỉ có liên quan giữa giới tính BN với mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Liên quan giữa nhóm tuổi, nơi cư trú, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế, người tham gia chăm sóc với mức

độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Liên quan giữa tình trạng yếu liệt với mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Liên quan giữa loại tổn thương não, vị trí liệt, tiền sử đột quỵ, tình trạng suy giảm nhận

thức với mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.5. Phân tích mô hình tuyến tính đa biến giữa các đặc điểm liên quan đến mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của BN đột quỵ theo thang điểm Barthel

Bảng 3.3. Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến mô hình liên quan giữa các yếu tố với mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày

Biến số	Giá trị biến	Điểm Barthel		Giá trị p, R ²		
		β	SE	p	R ²	R ² hiệu chỉnh
Giới tính	Nữ	Ref	—	—	0,21	0,19
	Nam	0,34	0,12	0,005		
Tình trạng yếu liệt	Không	Ref	—	—		
	Có	0,43	0,12	0,000		

Ref: Giá trị tham chiếu

Sử dụng phương pháp Bayesian Model Averaging lựa chọn mô hình phù hợp để phân tích tác động của các đặc điểm lâm sàng lên mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày theo thang điểm Barthel. Mô hình có 2 biến số giới tính và tình trạng yếu liệt tác động tốt nhất vào mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày, cả hai biến số đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của BN đột quỵ theo thang điểm Barthel

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ BN độc lập hoàn toàn trong sinh hoạt hằng ngày là 15,3%, tỷ lệ BN cần trợ giúp là 58,2% và phụ thuộc hoàn toàn là 26,5%. Điểm Barthel TB trong nghiên cứu là $61,17 \pm 24,62$ điểm. Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Hoàng Trọng Hanh (2015) [2] có điểm Barthel TB là $56,6 \pm 21,2$ điểm và của Li Pei (2016) [4] có điểm Barthel TB là $50,50 \pm 27,12$, nhưng so với Nakao S. (2010) [6] nghiên cứu tại bệnh viện Tokushima, Nhật Bản cho thấy mức độ độc lập hoàn toàn chiếm 34,6% và phụ thuộc hoàn toàn chiếm 56,4%. Sự khác biệt này có tính chất tương đối vì có thể do thang điểm Barthel có nhiều ngưỡng quy định về mức độ độc lập và phụ thuộc khác nhau nên việc so sánh giữa các kết quả nghiên cứu về tỷ lệ độc lập hay phụ thuộc trong sinh hoạt hằng ngày cũng có phần khác nhau và cũng có thể do mức độ đột quỵ nặng hay nhẹ của BN làm ảnh hưởng đến mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của BN.

4.2. Phân bố mức độ độc lập chức năng của 10 hoạt động sinh hoạt hằng ngày của BN đột quỵ theo thang điểm Barthel

Trong nghiên cứu, chúng tôi cũng mô tả mức độ độc lập chức năng của 10 hoạt động sinh

hoạt hằng ngày. Tại thời điểm ra viện, phần lớn BN độc lập hoàn toàn trong các hoạt động kiểm soát tiểu tiện chiếm 84,7% và đại tiện chiếm 79,6%. Hai hoạt động này chiếm tỷ lệ rất cao. Ngược lại, có rất ít BN độc lập trong các hoạt động di chuyển như tự đi lên/xuống cầu thang chiếm 7,1%; di chuyển trên mặt phẳng bằng chiếm 10,2% hay di chuyển từ giường sang ghế/xe lăn và ngược lại chiếm 14,3%. Những BN có mức độ cần trợ giúp chiếm tỷ lệ cao trong các hoạt động di chuyển từ giường sang ghế/xe lăn và ngược lại chiếm 76,5%; di chuyển trên mặt phẳng bằng chiếm 70,4%; lên và xuống cầu thang chiếm 68,4%. Điều này có thể do tình trạng tổn thương não ở mức độ nhẹ, được chẩn đoán điều trị kịp thời và thời gian phục hồi nhanh. Việc hiểu rõ các hoạt động nào trong sinh hoạt hằng ngày có mức độ độc lập cao hay thấp, hoạt động nào cần trợ giúp sẽ giúp người điều dưỡng cũng như BN và gia đình lập được kế hoạch tập luyện tốt cho BN sau khi xuất viện.

4.3. Liên quan giữa mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của BN đột quỵ theo thang điểm Barthel và đặc điểm lâm sàng

*Liên quan với loại tổn thương não

Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày theo thang điểm Barthel của nhồi máu não cao hơn xuất huyết não, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. So với kết quả nghiên cứu của Cao Minh Châu (2003) [1] không có sự khác biệt về mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày giữa nhồi máu não và xuất huyết não với $p > 0,05$. Tuy nhiên, theo nghiên cứu của tác giả Li Pei (2016) [4] có sự khác biệt về mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày giữa nhồi máu não và xuất huyết não với $p < 0,001$. Mỗi liên quan giữa mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày với nhồi máu não hay chảy máu não còn là vấn đề gây

tranh cãi vì vậy chúng tôi nghĩ cần có nhiều nghiên cứu sâu hơn cho vấn đề này. Mặc dù người điều dưỡng không thể tác động trực tiếp đến vấn đề này, tuy nhiên việc hiểu rõ tình trạng của BN là điều cần thiết khi lập kế hoạch chăm sóc tại nhà trước khi cho ra viện.

***Liên quan với tình trạng yếu liệt**

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy BN có yếu liệt thì mức độ phụ thuộc hoàn toàn trong sinh hoạt hằng ngày chiếm tỷ lệ cao hơn BN không yếu liệt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đột quỵ là một trong những nguyên nhân gây khiếm khuyết về chức năng vận động làm cho BN tàn tật vĩnh viễn. Vì vậy những BN có yếu liệt bị hạn chế khả năng độc lập trong sinh hoạt hằng ngày là điều tất yếu, đây là một trong những nguyên nhân cản trở BN hòa nhập với cộng đồng. Cho nên BN bị yếu liệt thường phụ thuộc hoàn toàn hoặc cần phải có sự hỗ trợ của người khác trong sinh hoạt hằng ngày.

***Liên quan với chức năng nhận thức**

Kết quả nghiên cứu cho thấy tình trạng suy giảm nhận thức với mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của BN không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. BN có suy giảm nhận thức thì mức độ phụ thuộc hoàn toàn chiếm tỷ lệ cao hơn BN không suy giảm nhận thức. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với kết quả nghiên cứu của Welmer AK (2007) cho rằng chức năng nhận thức có liên quan đến mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày. Điều này có thể do mức độ tổn thương não nhẹ và bệnh nhân bị đột quỵ cấp tính khả năng phục hồi nhanh.

4.4. Phân tích mô hình tuyến tính đa biến giữa các đặc điểm liên quan đến mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của BN đột quỵ theo thang điểm Barthel

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng phương pháp Bayesian Model Averaging lựa chọn mô hình phù hợp để phân tích tác động của các đặc điểm lâm sàng lên mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày theo thang điểm Barthel. Chúng tôi nhận thấy mô hình có 2 biến số là giới tính và tình trạng yếu liệt tác động tốt nhất vào mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày, trong đó cả hai biến số này góp phần giải thích 19% lên sự thay đổi mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày theo thang điểm Barthel và cả hai biến số đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Như vậy, cách tốt nhất để làm thay đổi mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày theo

hướng tốt hơn, người điều dưỡng cần lưu ý tác động 2 đặc điểm chính là giới tính và tình trạng yếu liệt. Điều này là hợp lý bởi vì người bệnh nam thường phơi nhiễm với nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến đột quỵ cao hơn so với nữ và thường cần sự giúp đỡ của người khác hơn.

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ về mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của BN đột quỵ theo thang điểm Barthel

- Điểm Barthel trung bình độc lập trong sinh hoạt hằng ngày là $61,17 \pm 24,62$.

- Tỷ lệ BN độc lập hoàn toàn trong sinh hoạt hằng ngày là 15,3%, tỷ lệ BN cần trợ giúp là 58,2% và phụ thuộc hoàn toàn là 26,5%.

2. Liên quan giữa mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày theo thang điểm Barthel

- Mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của nam cao hơn so với nữ giới ($p < 0,01$).

- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày theo thang điểm Barthel với tình trạng yếu liệt ($p < 0,05$).

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày với các yếu tố tuổi, nơi cư trú, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế, người tham gia chăm sóc ($p > 0,05$).

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày với các yếu tố như loại tổn thương não, vị trí liệt, tiền sử đột quỵ, chức năng nhận thức ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Minh Châu (2003). Đánh giá mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày ở bệnh nhân liệt nửa người sau đột quỵ tại cộng đồng. *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 22(2), tr. 54-59.
2. Hoàng Trọng Hanh (2015). *Nghiên cứu nồng độ protein S100 và NSE máu ở bệnh nhân nhồi máu não ở giai đoạn cấp*. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
3. Phạm Văn Phú, Ngô Đăng Thục & Trần Trọng Hải (2003). Đánh giá mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày sau đột quỵ tại cộng đồng. *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 7(4), tr. 69-72.
4. Li Pei & et al (2016). Factors associated with activities of daily living among the disabled elders with stroke. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(2016), pp. 29-34.
5. Mozaffarian D, Benjamin E.J & Go A.S (2016). Heart Disease and Stroke Statistics—2016 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 133, e2-e324.
6. Nakao S. & et al (2010). Relationship between Barthel Index scores during the acute phase of

rehabilitation and subsequent ADL in stroke patients. *The Journal of Medical Investigation*, 57(1, 2), pp. 81-88.

7. Sacco Ralph L., & et al. (2013), "An Updated

Definition of Stroke for the 21st Century : A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association", *Stroke*. 44, pp. 2064-2089.

KẾT QUẢ GIẢM LIỀU ALTEPLASE ĐƯỜNG TĨNH MẠCH TRONG ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUỴ NHỒI MÁU NÃO

Nguyễn Thanh Xuân*, Đặng Minh Đức**, Đỗ Đức Thuận**

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả điều trị đột quỵ nhồi máu não trong 4,5 giờ đầu bằng sử dụng alteplase đường tĩnh mạch liều 0,6mg/kg. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu tiền cứu trên 93 bệnh nhân (BN) đột quỵ nhồi máu não cấp được điều trị Alteplase đường tĩnh mạch, bệnh nhân được chọn ngẫu nhiên lần lượt vào 2 nhóm: nhóm I dùng liều thấp 0,6 mg/kg, nhóm II dùng liều chuẩn 0,9 mg/kg. **Kết quả:** Tỷ lệ hồi phục tốt sau 90 ngày với điểm Rankin sửa đổi ≤ 1 nhóm I là 44,2%, nhóm II là 50,0%, không có sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng chảy máu não: nhóm I là 6,1%, nhóm II là 5,3%. **Kết luận:** Sử dụng liều thấp Alteplase (0,6 mg/kg) đường tĩnh mạch có kết quả điều trị lâm sàng tương đương với liều khuyến cáo (0,9 mg/kg).

***Từ khóa:** Đột quỵ nhồi máu não cấp, tiêu sợi huyết, alteplase.

SUMMARY

RESULTS OF LOW DOSE OF INTRAVENOUS ALTEPLASE IN TREATMENT IN PATIENT WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE

Objectives: Evaluate the efficacy of intravenous alteplase dose 0,6 mg per kilogram of body weight in Acute Ischemic Stroke. **Methods:** we randomly assigned 83 patients who were eligible for thrombolytic therapy to Group I with dose 0,6 mg alteplase per kilogram of body weight or Group II with dose 0,9 mg per kilogram of body weight. **Results:** The good outcome at 90 days with modified Rankin Score ≤ 1 . Did not differ significantly between the two groups: Group I is 44.2%; Group is II 50,0% ($p>0,05$). Major symptomatic intracerebral hemorrhage occurred in 6,1% of the participants in Group I and in 5,3% of the participants in Group II. **Conclusion:** Use to low doses of intravenous Alteplase (0.6 mg/kg) has effects of clinical treatment equivalent to the recommendation dose (0.9 mg/kg).

Key words: Acute ischemic stroke, thrombolytic, low dose alteplase.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Alteplase cho đến nay vẫn là thuốc tiêu sợi huyết duy nhất được chấp thuận điều trị cho bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp tính. AHA/ASA 2013 khuyến cáo sử dụng alteplase

đường tĩnh mạch với liều 0,9mg/kg (tổng liều không quá 90mg) cho những bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp tính trong vòng 3 giờ đầu kể từ khi khởi phát và có thể kéo dài thời gian cửa sổ điều trị lên tới 4,5 giờ [5]. Trên thế giới và tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị của alteplase trong vòng 4,5 giờ kể từ khi khởi phát đều cho kết quả khả quan. Tuy nhiên, vẫn có tỷ lệ nhất định bệnh nhân xuất hiện biến chứng trong quá trình điều trị, đặc biệt là các biến chứng liên quan đến chảy máu nội sọ. Trong thực hành điều trị lâm sàng việc sử dụng thuốc cho bệnh nhân với liều thấp hơn liều khuyến cáo nhưng vẫn đạt được hiệu quả điều trị là mục tiêu được đặt ra và cần nghiên cứu. Trên thế giới, đã có nhiều tác giả công bố kết quả giảm liều sử dụng thuốc tiêu sợi huyết so với liều khuyến cáo nhằm giảm các biến chứng mà vẫn giữ được mục đích điều trị. Châu Á, tác giả T.Yamaguchi đã áp dụng liều alteplase 0,6mg/kg điều trị cho bệnh nhân [6]. Tuy nhiên đối với Việt nam chưa nhiều cơ sở điều trị đột quỵ não áp dụng và công bố kết quả điều trị khi giảm liều thuốc tiêu sợi huyết ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá: "Đánh giá hiệu quả điều trị đột quỵ nhồi máu não trong 4,5 giờ đầu bằng sử dụng alteplase đường tĩnh mạch liều 0,6mg/kg".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 93 bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não trong khoảng thời gian 4,5 giờ đầu, có chỉ định điều trị thuốc tiêu huyết khối tại Khoa Đột quỵ - Bệnh viện quân y 103 từ tháng 1/2016 đến tháng 6/2017.

- *Đối tượng nghiên cứu chia làm 02 nhóm:*

+ Nhóm I: điều trị alteplase liều thấp 0,6 mg/kg, bolus 15% tổng liều, 85% tổng liều được truyền tĩnh mạch trong 1 giờ.

+ Nhóm II: điều trị alteplase liều chuẩn 0,9 mg/kg, bolus 10% tổng liều, 90% tổng liều được truyền tĩnh mạch trong 1 giờ.

- *Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:* bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não trong vòng 4,5 giờ sau khởi phát; có khiếm khuyết thần kinh đáng kể, không quá nhẹ cũng không quá nặng (NIHSS từ 5-24 điểm), không có xuất huyết và không có các chống chỉ định khác; người đại

*Học viện Quân y,

**Bệnh viện Quân y 103,

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Xuân

Email: bsxuanhatay@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2017

Ngày duyệt bài: 24.11.2017

diện hợp pháp của bệnh nhân đồng ý điều trị thuốc tiêu sợi huyết.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có các triệu chứng của khởi phát đột quỵ não có dấu hiệu co giật; đột quỵ não nhẹ; hình ảnh cộng hưởng từ sọ não có nhồi máu não diện rộng (trên 1/3 diện tích phổi động mạch não giữa); điểm NIHSS trên 24; tiền sử đột quỵ não, chấn thương đầu mức độ nặng, nhồi máu cơ tim hoặc phẫu thuật sọ não trong vòng 3 tháng gần đây; tiền sử chảy máu não, chảy máu đường tiêu hóa hoặc đường tiết niệu trong vòng 21 ngày gần đây; có bệnh lý trong sọ (u tân sinh, dị dạng động-tĩnh mạch não, túi phình mạch não); Có bất thường về glucose máu (dưới 2,8mmo/l hoặc trên 22,2mmol/l). Số lượng tiểu cầu dưới 100,000/mm³; huyết áp không kiểm soát được (huyết áp tâm thu trên 180mmHg; huyết áp tâm trương trên 110mmHg); điều trị thuốc chống đông gần đây với tỷ lệ INR trên 1,5 lần chứng;

người đại diện hợp pháp của bệnh nhân không đồng ý điều trị thuốc tiêu sợi huyết.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu mô tả can thiệp có đối chứng và theo dõi dọc. Bệnh nhân được khám lâm sàng, cận lâm sàng, trong đó được chụp cộng hưởng từ khuếch tán xác định tổn thương nhồi máu não trong những giờ đầu sau khởi phát; các xét nghiệm cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh được thực hiện tại Bệnh viện quân y 103. Bệnh nhân được chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não trong vòng 4,5 giờ đầu sau khởi phát. Dữ liệu được thu thập ngay tại thời điểm phân loại bệnh nhân, 24 giờ và 72 giờ sau điều trị thuốc tiêu huyết khối. Tiếp tục thu thập dữ liệu tại ngày thứ 7 (hoặc ngày bệnh nhân xuất viện nếu xuất viện trước 7 ngày), ngày thứ 30 và ngày thứ 90. Chẩn đoán hình ảnh cộng hưởng từ được thực hiện tại thời điểm trước điều trị, 24 giờ sau điều trị và khi bệnh nhân có diễn biến bất thường nghi ngờ chảy máu nội sọ.

- Thang điểm Rankin sửa đổi:

Điểm	Định nghĩa
0	Không có triệu chứng
1	Không có sự tổn thương đáng kể. Có thể làm tất cả các hoạt động thông thường mặc dù có một số triệu chứng
2	Mất chức năng nhẹ. Có thể chăm sóc bản thân mà không cần hỗ trợ nhưng không thể làm tất cả các hoạt động trước đây
3	Mất chức năng trung bình. Cần có sự trợ giúp nhưng có thể đi lại không cần giúp đỡ.
4	Mất chức năng trung bình nặng. Không thể đáp ứng các nhu cầu của bản thân mà không có trợ giúp và không thể tự đi lại.
5	Mất chức năng nặng. Cần có sự chăm sóc và chú ý thường xuyên, nằm liệt giường và mất chủ động
6	Chết

Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1 Đặc điểm bệnh nhân

Từ tháng 1/2015 đến tháng 6/2016, có 93 bệnh nhân được phân loại ngẫu nhiên và điều trị, 62 bệnh nhân được điều trị liều alteplase 0,6mg/kg (nhóm I) và 31 bệnh nhân được điều trị liều 0,9mg/kg (nhóm II).

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân khi nhập viện

Đặc điểm	Nhóm I (n=62)		Nhóm II (n= 31)		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
< 50 tuổi	17	27,4	6	19,4	p > 0,05
50 tuổi – 70 tuổi	26	41,9	17	54,8	
Tuổi ≥ 70	19	30,7	8	25,8	
Tuổi trung bình	73,4 ± 7,61		68,3 ± 8,72		p < 0,05
Nam giới	35	56,5	19	61,3	p > 0,05
Nữ giới	27	43,5	12	38,7	

Tỷ lệ nam giới trong nhóm I là 56,5% và nhóm II là 61,3%. Tuổi trung bình nhóm I là 73,4 ± 7,61 và nhóm II là 68,3 ± 8,72, trong đó

nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 50 đến 70 tuổi: 61,9% trong nhóm I và 65,9% trong nhóm II. Sự khác biệt giữa 2 nhóm bệnh nhân về đặc

điểm giới tính không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$, nhóm I có độ tuổi trung bình cao hơn so với nhóm II với $p < 0,05$. Việc điều trị thuốc tiêu sợi huyết cần tuân thủ chỉ định điều trị để làm giảm tối đa các biến chứng do dùng thuốc, do vậy áp dụng liều thấp hơn liều khuyến cáo mà đạt được hiệu quả điều trị tương đương là mục tiêu trong ứng dụng lâm sàng. Đối với người già thường có nhiều bệnh kết hợp và diễn biến trong điều trị khó lường hết được do đó lựa chọn điều trị liều thấp (sử dụng liều alteplase 0,6 mg/kg

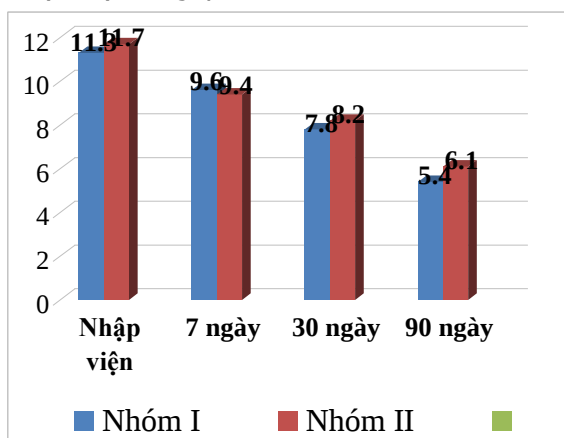
thấp hơn liều được khuyến cáo là alteplase 0,9mg/kg) đối với tiêu sợi huyết là xu hướng của các nhà lâm sàng. Đối với nghiên cứu sử dụng thuốc tiêu sợi huyết, tác giả Nguyễn Huy Thắng (2012) nghiên cứu sử dụng ở đối tượng tuổi trung bình là $60,5 \pm 12,2$, nam giới 59%, nữ giới 41% ở liều khuyến cáo [1]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ giới tính tương đương với tác giả Nguyễn Hữu Thắng, nhưng tuổi trung bình thì cao hơn.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng trước điều trị

Đặc điểm lâm sàng	Nhóm I (n=62)	Nhóm II (n=31)	p
Điểm NIHSS trung bình	$11,3 \pm 6,42$	$10,6 \pm 7,13$	$p > 0,05$
NIHSS ≥ 10	64,8%	55,9%	
Trọng lượng BN (kg)	$59,6 \pm 14,5$	$59,8 \pm 15,4$	
Thời gian khởi phát – điều trị (phút)	$165 \pm 31,5$	$156 \pm 41,3$	
Liều bolus (mg)	$6,2 \pm 1,17$	$6,4 \pm 1,21$	$p < 0,05$
Tổng liều (mg)	$40,7 \pm 6,16$	$61,5 \pm 8,33$	

Đánh giá tình trạng lâm sàng bệnh nhân chúng tôi sử dụng thang điểm đánh giá lâm sàng đột quỵ của các viện nghiên cứu sức khỏe Hoa Kỳ (NIHSS – National institute of Health Stroke Scale). Điểm NIHSS trung bình của nhóm I là $11,3 \pm 6,42$, nhóm II $10,6 \pm 7,13$ sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Bệnh nhân có tình trạng lâm sàng nặng (NIHSS ≥ 10) chiếm 64,8% trong nhóm I và 55,9% trong nhóm II ($p > 0,05$). Giữa 2 nhóm không có sự khác biệt về cân nặng trung bình của bệnh nhân, liều bolus, cũng như thời gian kể từ khởi phát – điều trị.

2. Kết quả điều trị: Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá tình trạng cải thiện lâm sàng của bệnh nhân dựa trên 2 thang điểm chính: thang điểm NIHSS tại thời điểm 7 ngày, 30 ngày, 90 ngày sau điều trị và thang điểm Rankin sửa đổi (mRS) tại ngày thứ 90.



Biểu đồ 1: Kết quả lâm sàng sau điều trị

Điểm NIHSS trung bình tại thời điểm trước điều trị đối với nhóm I là $11,3 \pm 6,52$ và nhóm II là $11,7 \pm 7,16$. Điểm NIHSS sau điều trị tiếp tục giảm ở cả 2 nhóm tại các mốc thời điểm ngày thứ 7, ngày thứ 30 và ngày thứ 90 (Biểu đồ 1). Sự khác biệt về điểm NIHSS tại các mốc thời điểm trên không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ cải thiện lâm sàng tốt trong 24 giờ đầu (điểm NIHSS sau 24 giờ bằng 0 hoặc giảm từ 4 điểm trở lên) chiếm 66,5% đối với nhóm điều trị liều 0,9mg/kg và 67,7% đối với nhóm điều trị liều thấp 0,6mg/kg. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ cải thiện lâm sàng tốt của cả 2 nhóm tương đương với nghiên cứu của Mai Duy Tôn 72,7%[3], Nguyễn Huy Thắng 59,2% [1]. Có sự tương đương về kết quả điều trị giữa nhóm sử dụng alteplase đường tĩnh mạch liều 0,6mg/kg và nhóm sử dụng liều chuẩn 0,9mg/kg cả về tỷ lệ hồi phục lâm sàng tốt sau 24 giờ cũng như cải thiện tại các thời điểm đánh giá tiếp theo.

Bảng 3. Kết quả sau điều trị 90 ngày theo Rankin sửa đổi

Điểm Rankin sửa đổi	Nhóm I (n=52)		Nhóm II (n=26)		p
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	
0 điểm	9	17,3	5	19,2	$p > 0,05$
1 điểm	14	26,9	8	30,8	
2 điểm	9	17,3	3	11,5	
3 điểm	7	13,5	4	15,4	
4 điểm	6	11,5	3	11,5	
5 điểm	4	7,7	1	3,9	
6 điểm	3	5,8	2	7,7	

Điểm Rankin sửa đổi (mRS) tại ngày thứ 90 không được ghi nhận với 10 trường hợp trong nhóm sử dụng liều 0,6mg/kg và 5 trường hợp trong nhóm sử dụng liều 0,9mg/kg (Bảng 3). Trong đó, mức độ hồi phục tốt không có di chứng hoặc di chứng rất nhẹ không ảnh hưởng đến sinh hoạt hằng ngày ($mRS \leq 1$) trong nhóm I là 44,2% và trong nhóm II là 50,0%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ tử vong trong nhóm I là 5,8% và nhóm II là 7,7%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Anderson [4], điểm mRS ≤ 1 tại ngày thứ 90 chiếm 46,8% trong nhóm điều trị liều thấp và 48,9% trong nhóm điều trị liều chuẩn; tỷ lệ tử vong ở 2 nhóm lần lượt là 8,7% và 10,6%.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi xác định biến chứng chảy máu não theo tiêu chuẩn của nghiên cứu SITS – MOST. Biến chứng chảy máu não sau điều trị thuốc tiêu huyết khối được định nghĩa là tình trạng chảy máu nội sọ trong vòng 36 giờ sau điều trị được phát hiện trên chẩn đoán hình ảnh kết hợp với tăng trên 4 điểm theo thang điểm NIHSS [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng chảy máu não sau điều trị đối với nhóm sử dụng liều chuẩn là 5,3% và nhóm điều trị liều thấp là 6,1% sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ cải thiện lâm sàng tốt trong 24 giờ đầu: nhóm điều trị liều 0,6mg/kg: 67,7%; nhóm điều trị liều 0,9mg/kg là 66,5% ($p > 0,05$).
- Cải thiện lâm sàng theo thang điểm NIHSS

tại thời điểm 7 ngày, 30 ngày và 90 ngày tương đương giữa 2 nhóm.

- Tỷ lệ hồi phục tốt ($mRS \leq 1$): nhóm I là 44,2%; nhóm II 50,0% ($p > 0,05$).
- Biến chứng chảy máu não: nhóm I là 6,1%, nhóm II là 5,3% ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Huy Thắng (2012), “Điều trị thuốc tiêu huyết khối rtPA đường tĩnh mạch trên bệnh nhân nhồi máu não cấp trong 3 giờ đầu”, Luận văn tiến sĩ y học, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh.
2. Lê Văn Thành, Nguyễn Thị Kim Liên, Phan Công Tân, Nguyễn Văn Tuấn (2010), “Điều trị tiêu huyết khối đường tĩnh mạch trên 121 bệnh nhân nhồi máu não cấp trong 3 giờ đầu tại Tp HCM”, Báo cáo tại Hội nghị đột quỵ Việt Nam tháng 10 năm 2010.
3. Mai Duy Tôn “Đánh giá hiệu quả điều trị đột quỵ nhồi máu não cấp trong vòng 3 giờ đầu bằng thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch Alteplase liều thấp”, Luận văn tiến sĩ y học, Trường Đại học y Hà Nội, Hà Nội.
4. C.S. Anderson, T. Robinson, R.I. Lindley, et al. (2016). “Low dose versus Standard dose Intravenous Alteplase in acute Ischemic stroke”. N Engl J Med 2016; 374:2313-2323.
5. Edward CJ, Jeffrey LS, Harold PA, et al. (2013). “Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke”, pp.898
6. T. Yamaguchi, E. Mori, K. Minematsu et al.(2006). “Alteplase at 0,6 mg/kg for acute ischemic stroke within 3 hours of onset: Japan Alteplase Clinical Trial (J-ACT)”, Stroke, 37, pp.1810
7. Wahlgren N, Ahmed N, Davalos A, et al “Thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke in the Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke-Monitoring Study (SITS-MOST): an observational study”. Lancet 2007; 369: 275-82.

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

Nguyễn Khoa Diệu Vân*

I. ĐỊNH NGHĨA ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) năm 1999, đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là tình trạng rối loạn dung nạp glucose ở bất kỳ mức độ nào, khởi phát hoặc được phát hiện lần đầu tiên trong lúc mang thai. Định nghĩa

này không loại trừ khả năng rối loạn dung nạp glucose có thể xảy ra từ trước khi mang thai nhưng không được phát hiện. Định nghĩa này được áp dụng bất kể insulin có cần được sử dụng để kiểm soát glucose máu hay không hoặc tình trạng này có tồn tại sau đẻ hay không.

II. TỶ LỆ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

2.1. Thế giới: ĐTĐTK là bệnh chuyển hóa phổ biến nhất của thai kỳ. Tỷ lệ ĐTĐTK thay đổi khắp nơi trên thế giới, cũng như giữa các nhóm chủng tộc và sắc tộc trong cùng một quốc gia. Tỷ lệ dao động từ 1 - 16% tùy thuộc vào phương

*BỘ môn Nội, Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Khoa Diệu Vân
Email: dieuvan62@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 9.10.2017
Ngày phản biện khoa học: 24.11.2017
Ngày duyệt bài: 30.11.2017

pháp sàng lọc, tuần thai sàng lọc, tiêu chuẩn chẩn đoán. Theo một số nghiên cứu cho thấy ở phụ nữ da trắng tỷ lệ ĐTĐTK thấp hơn so với nhóm phụ nữ người Mỹ gốc Phi, người Mỹ gốc Á, người Ấn Độ và thổ dân Canada.

2.2. Việt Nam: Năm 2002 - 2004 Tạ Văn Bình và cộng sự nghiên cứu 1611 thai phụ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương và Bệnh viện Phụ sản Hà Nội thấy tỷ lệ ĐTĐTK là 5,7%. Năm 2009 Vũ Bích Nga nghiên cứu 1327 thai phụ tại Khoa sản Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Phụ sản Trung ương cho thấy tỷ lệ ĐTĐTK là 7,8%.

III. CƠ CHẾ BỆNH SINH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

Trong ĐTĐTK, mức tăng đường huyết (ĐH) khác nhau rất nhiều, từ nồng độ ĐH đủ cao để chẩn đoán ĐTĐ ngoài thai kỳ, đến những nồng độ ĐH chỉ cao rất ít trên mức bình thường, không gây triệu chứng lâm sàng nhưng lại có liên quan tới tăng nguy cơ biến chứng cho thai. Tại hội thảo quốc tế lần thứ 5 về ĐTĐTK, các bằng chứng đưa ra đã chứng minh rằng tình trạng kháng insulin sinh lý do thai nghén đã bộc lộ ra các khiếm khuyết, có sẵn từ trước của tế bào beta đảo tụy, là cơ chế gây nên ĐTĐTK.

Về mặt chuyển hóa, thai nghén bình thường được coi là tình trạng kháng insulin sinh lý gây nên bởi các hormone rau thai, bắt đầu gần giữa thai kỳ và tiến triển suốt quý III của thai kỳ. Khi thai kỳ phát triển, có sự tăng tiết estradiol, prolactin, placental lactogen, cortisol và progesteron dẫn đến kháng insulin ở tổ chức và có thể đạt đến một độ kháng tương đương với độ kháng insulin ở người mắc ĐTĐ type 2. Các tế bào beta đảo tụy tăng tiết insulin để bù trừ tình trạng kháng Insulin. Tình trạng kháng insulin sinh lý đã làm lộ các khiếm khuyết về khả năng bù trừ của tế bào beta đảo tụy, dẫn tới thiếu insulin so với nhu cầu và ĐTĐTK xuất hiện.

Trong thai kỳ bình thường, về mặt chuyển hóa, thai kỳ chia làm 2 giai đoạn khác hẳn nhau. Trong nửa đầu thai kỳ, thời kỳ phát triển của phôi, chuyển hóa của mẹ thay đổi theo hướng tăng tích lũy năng lượng và chất dinh dưỡng để dành cho nửa sau thai kỳ là giai đoạn mà đơn vị rau-thai phát triển rất nhanh. Nửa đầu thai kỳ, ở mẹ có tăng sự thèm ăn và tăng độ nhạy insulin để tăng mạnh hấp thu glucose và lipid vào mô mỡ giúp tích lũy năng lượng dưới dạng mỡ vì thế ta thấy thai phụ có tăng các khối mỡ cơ thể trong giai đoạn đầu thai kỳ. Tuy nhiên, khi thai kỳ phát triển, đơn vị rau-thai phát triển nhanh, chuyển hóa của mẹ được chuyển hướng nhanh chóng, đặc trưng bởi sự tăng kháng insulin để

làm giảm sử dụng glucose trong các mô của mẹ với mục đích dành gần toàn bộ nguồn glucose để chuyển qua bánh rau sang cho thai, do nhu cầu glucose của thai giai đoạn này là rất cao, khoảng 30-50g glucose/ngày. Tất cả những biến đổi chuyển hóa trên người mẹ là nhờ tác dụng của các hormone rau thai. Trong quý I của thai kỳ, có sự tăng độ nhạy của insulin là do tăng tiết estrogen và progesteron. Trong phần sau quý II và đầu quý III, có sự suy giảm độ nhạy của insulin, liên quan đến một loạt các hormone khác như Human placental lactogen (HPL), leptin, prolactin và cortisol.

**Vai trò của kháng insulin sinh lý trong thai kỳ*

Nguồn cung cấp năng lượng chủ yếu của thai nhi là glucose và các acid amin. Glucose được vận chuyển qua nhau thai theo cơ chế khuếch tán thuận lợi, do đó phụ thuộc vào nồng độ glucose máu của mẹ.

Kháng insulin sinh lý của thai nghén bắt đầu tăng từ nửa sau của thai kỳ và tăng dần cho đến khi đẻ, tạo thuận lợi cho sự chuyển các chất dinh dưỡng từ mẹ sang thai nhi như sau. Sự gia tăng của kháng insulin làm tăng ly giải mỡ lúc đói – đây được gọi là hiện tượng “tăng đói” (accelerated starvation), dẫn đến tăng giải phóng và sử dụng acid béo, đi kèm với giảm hấp thụ và o-xy hóa glucose ở mẹ, tạo thuận lợi cho sự chuyển glucose và các acid amin từ mẹ sang thai nhi ở giai đoạn đói, xa bữa ăn trong ngày. Nồng độ glucose máu sau ăn có xu hướng tăng liên tục trong suốt thời kỳ mang thai cũng do tình trạng tăng kháng insulin, tạo thuận lợi cho sự chuyển glucose từ mẹ sang thai nhi ở giai đoạn sau ăn.

**Kháng insulin trong ĐTĐ thai kỳ:* Kháng insulin ở phụ nữ mắc ĐTĐTK cũng bắt đầu tăng từ nửa sau của thai kỳ và tăng dần cho đến trước khi đẻ. Các yếu tố gây kháng insulin trong thai nghén bình thường và ĐTĐ đường thai kỳ

• *Vai trò của các hormon.* Các hormon từ nhau thai như hormon kích thích tiết sữa từ nhau thai người (human placental lactogen - hPL), hormon tăng trưởng từ nhau thai người (human placental growth hormon - hPGH), estrogen và progesteron, hormon vỏ thượng thận cortisol đều được tăng sản xuất, bài tiết vào máu. Nồng độ huyết tương của các hormon tăng dần và đạt cực đại vào ba tháng thai cuối, cao gấp nhiều lần so với ở đầu thai kỳ. Các hormon này gây ra các hiệu ứng kháng insulin như tăng tân tạo glucose ở gan, ức chế hấp thụ glucose vào cơ vân và mô mỡ, tăng ly giải mỡ dẫn đến tăng acid béo tự do trong máu. Các cơ chế gây kháng insulin của các

hormon này thông qua tác động vào quá trình truyền tín hiệu insulin

- **Các adipokin:** TNF- α , leptin và adiponectin là các adipokin, nhưng không chỉ được bài tiết từ các tế bào mỡ mà còn được bài tiết từ các loại tế bào khác nhau và được bài tiết nhiều từ nhau thai. Nồng độ huyết tương của TNF- α tăng rõ rệt ở giai đoạn muộn của thai kỳ, của leptin tăng từ giai đoạn sớm và duy trì đến giai đoạn muộn của thai kỳ, còn của adiponectin lại giảm dần theo thời gian mang thai

TNF- α gây kháng insulin thông qua tác động làm tăng phosphoryl hóa serin IRS-1 và IRS-2, leptin gây kháng insulin do kích thích sản xuất TNF- α . Adiponectin làm giảm kháng insulin thông qua tác động hoạt hóa AMPK, yếu tố làm tăng vận chuyển glucose vào cơ vân và ức chế sản xuất glucose ở gan.

- **Tăng cân:** Các nghiên cứu cho thấy tăng cân ở phụ nữ mang thai có liên quan với tăng kháng insulin, thai phụ mắc ĐTĐTK có tăng cân nhiều hơn từ khi mang thai đến tuần thai 24 so với thai phụ không mắc ĐTĐTK và tăng cân nhiều ở phụ nữ mang thai làm tăng nguy cơ mắc ĐTĐTK thông qua cơ chế gây tăng kháng insulin.

IV. ẢNH HƯỞNG CỦA ĐTĐ ĐỐI VỚI MẸ VÀ THAI NHI

4.1. Đối với mẹ

4.1.1 Các biến chứng sớm, liên quan đến thai kỳ. Thai phụ ĐTĐ có nguy cơ cao mắc rất nhiều các biến chứng sản khoa. Các biến chứng thường gặp nhất là sảy thai, đẻ non, viêm thận-bể thận, đa ối, tăng HA và hai biến chứng liên quan trực tiếp đến kiểm soát chuyển hóa là hạ ĐH và nhiễm toan xê tôn. Các biến chứng này, cùng với các tổn thương mạch máu và tỷ lệ mổ lấy thai cao càng làm tăng hơn tỷ lệ chết và mắc các biến chứng sản khoa của các bà mẹ ĐTĐ.

- **Tử vong mẹ:** Sự xuất hiện insulin năm 1922 và được ứng dụng rộng rãi năm 1935 đã làm giảm tỷ lệ tử vong mẹ từ 45% xuống còn 2%. Nguyên nhân gây tử vong cho mẹ mắc ĐTĐ thường là nhồi máu cơ tim cấp trong mổ lấy thai, nhiễm khuẩn, chảy máu, nhiễm toan xê tôn, hạ ĐH, tăng HA và các biến chứng liên quan đến gây mê. Tỷ lệ chết cao nhất (có thể đến 65%) ở những người có bệnh mạch vành.

- **Nhiễm toan xê tôn:** Mặc dù chỉ chiếm khoảng 1% số thai phụ ĐTĐ, nhiễm toan xê tôn vẫn là một biến chứng nghiêm trọng nhất, có thể đe dọa tính mạng cả mẹ và thai. Bệnh có thể xuất hiện dưới tác động của Stress, nhiễm khuẩn, quên không dùng insulin, nôn nhiều do thai nghén. Sử dụng các thuốc giống ỏ giao cảm

ở thai phụ ĐTĐ, hoặc corticoid để tăng trưởng thành phổi cũng có thể gây ra nhiễm toan xê tôn. Nhiễm toan xê tôn ở thai phụ ĐTĐ có thể xảy ra ở mức ĐH thấp hơn (ví dụ dưới 200mg/dl) và nhanh hơn ở người không ĐTĐ. Thiếu insulin gây tăng ĐH và đường niệu. Lợi niệu thẩm thấu do đường niệu sẽ gây mất nước, mất natri và kali, làm trầm trọng thêm mức độ tăng ĐH do máu cô đặc. Thiếu insulin gây tăng phân hủy mỡ, làm tăng Oxy hóa các axit béo tại gan với sự hình thành lượng lớn các thể xê tôn (acetone, ỏ-hydroxybutyrate, and acetoacetate) gây nên nhiễm toan chuyển hóa là cơ chế bệnh sinh của biến chứng này.

- **Hạ ĐH:** Trong điều trị ĐTĐTK, khi mục tiêu kiểm soát ĐH quá chặt chẽ, hoặc nôn kéo dài trong phần đầu thai kỳ sẽ đặt thai phụ trước nguy cơ hạ ĐH. Nếu hạ ĐH nặng, cần phải nhập viện điều trị, thậm chí phải đưa vào phòng cấp cứu. Đối với thai, hạ ĐH nặng có thể gây quái thai (teratogenic) trong giai đoạn đầu thai kỳ và điều trị quá mức cần thiết dẫn đến nồng độ ĐH liên tục duy trì thấp hơn giới hạn bình thường sẽ khiến cho cân nặng lúc sinh thấp hơn so với tuổi thai.

- **Viêm thận-bể thận:** Tỷ lệ gặp từ 2,2% đến 4,9% và được đề nghị nên đưa vào nhóm những dấu hiệu tiên lượng xấu do làm tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong chu sinh của thai. Trong lâm sàng, người ta khuyên rằng nên cấy nước tiểu hàng loạt, tối thiểu mỗi quý một lần và điều trị triệt để cả những trường hợp có vi khuẩn niệu không triệu chứng vì sẽ chuyển thành viêm thận-bể thận thực sự nếu không được điều trị.

- **Đa ối:** Khả thường gặp trong ĐTĐ, tỷ lệ từng được báo cáo thay đổi từ 3%-32%, gấp 30 lần không ĐTĐ. ĐTĐ là nguyên nhân hàng đầu của đa ối, sau đó mới đến do bất thường hệ thần kinh trung ương và bất thường hệ tiêu hóa của thai. Cơ chế đa ối do ĐTĐ không rõ ràng. Các giả thiết có thể do tăng độ thẩm thấu của dịch ối do tăng glucose, giảm uống nước ối của thai, tắc ống tiêu hóa cao, thai dái nhiều thứ phát do tăng đường máu thai. Tuy nhiên, thực nghiệm đã không cung cấp bằng chứng đủ mạnh cho tất cả những lý do kể trên, kể cả lý do được cho là đúng nhất là tăng bài niệu của thai cũng không được chứng minh bằng đo thể tích bàng quang liên tục theo thời gian.

- **Sảy thai:** Tỷ lệ sảy thai tự nhiên trên thai phụ mắc ĐTĐ từ trước khác nhau rất nhiều giữa các báo cáo, từ 6% đến 29% điều này liên quan đến kiểm soát ĐH kém và không thấy tăng tỷ lệ sảy thai ở thai phụ ĐTĐ được kiểm soát ĐH tốt.

▪ **Đẻ non:** Tỷ lệ đẻ non ở thai phụ ĐTĐ cao gấp ba lần không ĐTĐ thường là do thầy thuốc chủ động cho đẻ sớm vì lo ngại về ĐTĐ, kiểm soát ĐH kém, từ chối điều trị ĐTĐ, không yên tâm về tình trạng thai là những lý do chính làm tăng tỷ lệ đẻ non. Corticosteroid phải được cho nếu có chỉ định, tùy theo mức độ nguy cơ của đẻ non và cần theo dõi sát chuyển hóa vì nguy cơ gây tăng ĐH. Sử dụng insulin nếu cần. Cũng nên bắt đầu cho kháng sinh dự phòng.

▪ **Bệnh vồng mạc do ĐTĐ:** Tăng sinh vồng mạc là biểu hiện phổ biến nhất của bệnh lý mạch máu do ĐTĐ. Đây cũng là nguyên nhân hàng đầu gây mù ở người trưởng thành tại Hoa kỳ. Bệnh vồng mạc ĐTĐ là kết quả trực tiếp của ĐH cao, liên quan đến thời gian mắc bệnh.

▪ **Bệnh thận do ĐTĐ:** Diễn biến chậm, thường xuất hiện sau hàng chục năm mắc ĐTĐ và chiếm tỷ lệ khoảng 6% thai phụ ĐTĐ. Bệnh thận ĐTĐ đặc biệt quan trọng đối với thai nghén vì liên quan đến tăng HA mãn tính, tiền sản giật, thai chậm phát triển, đẻ non và chết chu sinh. Thai phụ có biến chứng thận do ĐTĐ phải được giám sát tích cực cả mẹ và thai trong suốt thai kỳ.

▪ **Tăng HA và tiền sản giật:** Tỷ lệ tăng HA mãn tính tăng lên ở thai phụ ĐTĐ, đặc biệt ở những người đã có bệnh thận do ĐTĐ, những thai phụ có tăng HA phải theo dõi cẩn thận sau 20 tuần tuổi thai để phát hiện tiền sản giật, thai chậm phát triển và suy thai.

4.1.2. Các biến chứng lâu dài (cho bản thân người mẹ)

▪ Phát triển thành ĐTĐ typ 2

Trong vòng 10 đến 15 năm sau sinh, tỷ lệ phụ nữ từng mắc ĐTĐTK phát triển thành ĐTĐ type 2 là 30- 50%.

▪ **Tái phát ĐTĐTK:** Ở những lần mang thai sau, tỷ lệ tái phát ĐTĐTK là 30-84%.

▪ Nguy cơ cao mắc các bệnh lý tim mạch.

Phụ nữ ĐTĐTK sau sinh, ngoài nguy cơ cao mắc ĐTĐ type 2, còn dễ mắc các bệnh lý tim mạch khác.

4.2. Đối với thai nhi và sơ sinh

4.2.1. Biến chứng sớm

▪ **Chết chu sinh:** Tỷ lệ thay đổi theo mức độ kiểm soát ĐH và theo tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐTN. Hod M. qua phân tích một số nghiên cứu đã cho rằng tỷ lệ chết chu sinh từ 3,2%-6,4% là chưa phản ánh đầy đủ biến chứng có ý nghĩa nhất này của ĐTĐTK.

▪ **Thai to:** Thai to (macrosomia) là cân nặng khi sinh đủ tháng > 4000g hoặc cân nặng lúc sinh trên 90th percentile. Tỷ lệ chung của thai to trên sản phụ không ĐTĐ là 7-9%, thai phụ có

ĐTĐ thì tỷ lệ này phụ thuộc vào điều trị, với người kiểm soát ĐH không tốt, tỷ lệ có thể cao tới 20-45%.

▪ **Hạ ĐH sơ sinh:** Hạ ĐH sơ sinh được chẩn đoán khi ĐH dưới 35mg/dl ở trẻ đủ tháng và dưới 25mg/dl ở trẻ đẻ non. Sơ sinh của các bà mẹ ĐTĐ không kiểm soát tốt thường xuất hiện hạ ĐH trong vài giờ sau đẻ, tỷ lệ từng được báo cáo là 25-40% ở thai phụ ĐTĐ. Kiểm soát ĐH kém trong suốt thai kỳ và nhất là ĐH cao khi chuyển dạ làm tăng nguy cơ hạ ĐH sơ sinh, đặc biệt khi mổ lấy thai. Nếu hạ ĐH nặng và kéo dài sẽ dẫn đến tổn thương thần kinh nên với mọi sơ sinh của mẹ ĐTĐ đều được khuyên phải bắt đầu điều trị ngay khi ĐH dưới 40 mg/dl. Đôi khi hạ ĐH kéo dài đến ngày thứ 2 sau đẻ.

▪ **Hạ can xi máu sơ sinh:** Hạ can xi máu sơ sinh là can xi huyết tương < 2 mmol/l ở trẻ sinh đủ tháng và < 1,75 mmol/l ở trẻ sinh non. Hạ can xi là nguyên nhân của nhiều tình trạng nguy cấp chu sinh như ngạt, đẻ non. Tỷ lệ đã được báo cáo là 10-20% ở trẻ có mẹ ĐTĐTN trong 3 ngày đầu tiên sau sinh, nhưng tỷ lệ này được công bố trước khi chế độ kiểm soát chặt chẽ ĐH ở thai phụ ĐTĐ được thừa nhận và áp dụng. Các nghiên cứu về sau đã cho thấy tỷ lệ sẽ giảm với kiểm soát chặt chẽ ĐH.

▪ **Tăng hồng cầu:** Hematocrite thay đổi theo thời gian lấy máu. Tăng hồng cầu sơ sinh được chẩn đoán khi Hematocrit >70% lúc 2 giờ tuổi, > 68% lúc 6 giờ và > 65% lúc 12-18 giờ tuổi. Hematocrite = 65% gấp ở 20% sơ sinh của các bà mẹ ĐTĐ trong ngày tuổi đầu tiên. Thiếu oxy mãn trong buồng tử cung gây tăng sản xuất erythropoietin, làm tăng hồng cầu. Thêm nữa, tăng ĐH có thể gây hủy sớm và tăng phân hủy hồng cầu dẫn đến tăng sản xuất hồng cầu.

▪ **Tăng Billirubin máu:** Tăng Billirubin máu sơ sinh là khi Billirubin máu > 12 mg/dL (205 mmol/L). Tăng Billirubin gặp khoảng 20-25% sơ sinh của sản phụ ĐTĐ. Cơ chế còn chưa được rõ, có thể do chậm trưởng thành gan trong buồng tử cung và khi điều trị sớm tăng hồng cầu có thể làm giảm nguy cơ tăng billirubin máu. Chậm cho ăn qua đường tiêu hóa làm giảm nhu động ruột và tăng chu trình gan-ruột của billirubin cũng có thể góp phần làm tăng billirubin máu.

▪ **Hội chứng suy hô hấp sơ sinh:** Hội chứng suy hô hấp sơ sinh trong quá khứ, từng là nguyên nhân chính gây chết sơ sinh ở các bà mẹ ĐTĐ. Ngày nay, tỷ lệ đã giảm đáng kể nhờ kiểm soát chặt chẽ ĐH ngay từ ban đầu. Các yếu tố làm suy hô hấp phát triển ở những sơ sinh này là đẻ non, chậm trưởng thành phổi, và tỷ lệ mổ lấy

thai chủ động cao. Ở thai phụ ĐTĐTK, nguy cơ suy hô hấp sơ sinh tăng lên do insulin của thai có tác dụng ức chế sự tổng hợp, chế tiết phospholipid là chất tham gia cấu thành nên màng surfactant ở phổi thai nhi.

4.2.2. Các biến chứng lâu dài

- Tăng nguy cơ béo phì, tăng HA, mắc bệnh tim mạch
- Dễ mắc ĐTĐ type 2 khi trưởng thành.
- Chậm phát triển trí tuệ.
- Trẻ gái sau này dễ mắc ĐTĐTN.

V. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ CHẨN ĐOÁN ĐTĐ THAI KỲ

5.1. Các yếu tố nguy cơ của đái tháo đường thai kỳ

- Tuổi >35 tuổi
- Béo phì (BMI>25)
- Gia đình có người bị đái tháo đường
- Tăng huyết áp
- Có tiền căn đái tháo đường trong lần có thai trước

• Tiền sử sản khoa nguy cơ: sinh con >4kg; sinh thai dị tật, trẻ sinh ra bị hạ đường huyết, calci huyết; thai chết lưu trong bụng; sảy thai, đẻ non tháng

• Nguy cơ ngay trong lần mang thai này: tăng cân quá nhiều; thai to; đa ối; glucose niệu (+); có sử dụng các thuốc gây tăng glucose máu (thuốc cường beta, corticoid).

5.2. Chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ: Xét nghiệm chẩn đoán ĐTĐTK ở 24-28 tuần thai

Các phụ nữ có thai nên được sàng lọc ĐTĐTK bằng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống tiến hành trong 2 giờ sau uống 75g glucose vào thời điểm từ 24 đến 28 tuần.

NPDNG đường uống với 75g glucose nên được tiến hành sau khi thai phụ nhịn đói qua đêm ít nhất 8 giờ (nhưng không quá 14 giờ) và không giảm ăn carbohydrate trong vài ngày trước đó. Xét nghiệm nên được tiến hành khi đói, và không được hút thuốc trong khi làm test. Chỉ cần từ 1 xét nghiệm bất thường trở lên sẽ xác định chẩn đoán.

Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ sử dụng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống với 75g glucose sau 2 giờ ở tuần thai 24-28^a

Chẩn đoán	Glucose máu đói (mmol/l) *	Glucose máu sau 1h (mmol/l)	Glucose máu sau 2h (mmol/l)
Đái tháo đường thai kỳ	≥5.1	≥10.0	≥8.5

*Xét nghiệm phải sử dụng mẫu máu tĩnh mạch làm tại labo, không sử dụng đường máu mao mạch.

VI. ĐIỀU TRỊ ĐTĐ TK

6.1. Các nguyên tắc chung

- Các phụ nữ bị ĐTĐ thai kỳ kiểm soát ĐH đạt mục tiêu, nhưng không có nguy cơ hoặc gây hạ ĐH.
- Các phụ nữ bị ĐTĐ thai kỳ nên điều trị bao gồm việc điều chỉnh chế độ ăn và tập luyện mức vừa phải trong 30 phút hoặc hơn.
- Thai phụ cần được theo dõi bởi các bác sỹ chuyên khoa Nội tiết-Đái tháo đường nhưng cần phối hợp chặt chẽ với các bác sỹ Sản khoa để hội chẩn khi cần thiết.

6.2. Các mục tiêu ĐH của ĐTĐTK

Các phụ nữ có thai bị ĐTĐTK nên cố gắng đạt mục tiêu glucose máu cả lúc đói-trước ăn và sau ăn các bữa.

	Mục tiêu đường huyết (mmol/l)
Glucose máu trước ăn	≤5.3 *
Glucose máu sau ăn 1 giờ	≤7.8
Glucose máu sau ăn 2 giờ	≤6.7

*Mục tiêu có thể thấp hơn (<5.0 mmol/l) miễn là có thể đạt được một cách an toàn và không gây hạ ĐH.

Đối với HbA1c: Thai phụ bị ĐTĐTK nên duy trì HbA1c <6.0%

• **Tự theo dõi ĐH:** Tất cả các thai phụ bị ĐTĐ thai kỳ cần tự theo dõi ĐH tại nhà: theo dõi 4-6 lần/ngày trước – sau ăn (nên chọn thời điểm sau ăn bữa nào để bị cao nhất) hoặc theo dõi 6-8 lần/ngày (trước – sau ăn, trước đi ngủ và nửa đêm nếu có chỉ định).

6.3. Điều chỉnh chế độ ăn: Thay đổi chế độ ăn được khuyến cáo đối với tất cả các phụ nữ bị ĐTĐ thai kỳ giúp đạt được và duy trì glucose máu theo mục tiêu trong khi vẫn cung cấp đầy đủ các chất dinh dưỡng.

- **Lượng carbohydrate ăn vào:** Các phụ nữ bị ĐTĐ thai kỳ hay cần giới hạn lượng carbohydrate ăn vào chiếm khoảng 35-45% tổng lượng calo, chia làm 3 bữa ăn từ nhỏ-trung bình và khoảng 2-4 bữa ăn phụ bao gồm cả bữa ăn đêm. Ưu tiên sử dụng các loại thực phẩm có chỉ số đường huyết thấp (≤55) hay trung bình (56-69). Tăng cường protein và chất béo trong thức ăn thường ít ảnh hưởng tới glucose máu sau ăn và góp phần làm giảm cảm giác thèm ăn cho thai phụ

- **Bổ sung chất dinh dưỡng:** Các phụ nữ bị ĐTĐ thai kỳ nên tuân theo cùng 1 khuyến cáo về lượng vitamin và muối khoáng ăn vào như các phụ nữ không bị ĐTĐ, ngoại trừ việc bổ sung acid folic 5mg/ngày bắt đầu từ 3 tháng trước khi ngừng các biện pháp tránh thai. Từ tuần thứ 12, liều acid folic nên giảm còn 0.4 – 1mg/ngày, và tiếp tục cho đến khi hết cho con bú.

- **Kiểm soát cân nặng**

- Các phụ nữ bị ĐTĐ thai kỳ nên tham khảo tuân thủ hướng dẫn về vấn đề tăng cân trong khi có thai. Có thể thay đổi cho phù hợp với trọng lượng, BMI ở người châu Á.

- Các phụ nữ béo phì bị ĐTĐ thai kỳ nên giảm lượng calo ăn vào khoảng 1/3 (so với lượng ăn thông thường trước khi mang thai) trong khi vẫn duy trì năng lượng tối thiểu 1600-1800 kcal/ngày.

6.4. Chế độ luyện tập: Do ĐH có xu hướng tăng cao sau ăn, các thai phụ bị ĐTĐ nên đi bộ nhẹ khoảng 15-20 phút sau ăn 1 giờ nếu không có chống chỉ định. Chế độ luyện tập nhẹ nhàng sẽ giúp:

- Giảm đề kháng insulin
- Duy trì cân nặng, sức khỏe, tạo sự dẻo dai
- Giúp hồi phục cơ thể tốt hơn sau khi sinh

6.5. Liệu pháp insulin: Được chỉ định sau khi sử dụng chế độ ăn và luyện tập trong vòng 2 tuần mà không đạt mục tiêu ĐH. Phác đồ insulin cần được cá thể hóa, căn cứ vào đặc điểm ĐH của mỗi BN

- Nên bắt đầu điều trị bằng insulin khi có ≥ 2 giá trị glucose máu lúc đói $> 5.8 \text{ mmol/l}$ và hoặc ≥ 2 giá trị glucose máu sau ăn 2 giờ $> 7.2 \text{ mmol/l}$ trong 1-2 tuần theo dõi liên tục

- Các loại Insulin được sử dụng trong điều trị ĐTĐ thai kỳ là những Human Insulin (Regular, NPH). Trong những năm gần đây các Insulin analogue được chỉ định điều trị cho ĐTĐ thai kỳ đã được FDA chấp thuận như Aspart, Lispro, Detemir.

- Tùy theo thời điểm ĐH cao là sau ăn hoặc lúc đói có thể lựa chọn sử dụng Insulin người tác dụng thường hoặc Insulin analogue tác dụng nhanh, hoặc Insulin nền Detemir. Liều bắt đầu tác dụng khoảng 2 đv trước mỗi bữa ăn hoặc tiêm trước khi đi ngủ. Chính liều Insulin sau 1 vài ngày nếu không đạt được mục tiêu điều trị.

VII. THEO DÕI SẢN KHOA VÀ SAU SINH

- Song song với điều trị ổn định ĐH, sự phát triển của thai nhi cần được theo dõi sát sao qua siêu âm định kỳ hay các thử nghiệm đánh giá sức khỏe thai, đặc biệt là trong những tuần lễ cuối cùng của thai kỳ khi các rối loạn chuyển hoá đường rất dễ dẫn đến thai chết lưu trong bụng.

- Bất kỳ khi nào có thể, các phụ nữ bị ĐTĐ thai kỳ hay ĐTĐ mang thai nên cho con bú.

- Tất cả các phụ nữ bị ĐTĐTK sau đẻ 6-12 tuần nên làm lại NPDNG đường uống với 75g glucose để sàng lọc sớm ĐTĐ typ 2.

MẬT ĐỘ XƯƠNG VÀ MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA MẬT ĐỘ XƯƠNG VỚI CÁC MARKER CHU CHUYỂN XƯƠNG Ở TRẺ EM TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Nguyễn Minh Phương*

TÓM TẮT

Đo mật độ chất khoáng của xương và các marker của chu chuyển xương là rất quan trọng để đánh giá tình trạng sức khỏe của xương ở trẻ em. **Mục tiêu:** Đánh giá mật độ xương (MĐX), nồng độ Vitamin D và sự thay đổi tình trạng vitamin D và mật độ xương ở trẻ có giảm/thiếu vitamin D và giảm mật độ xương sau điều trị dự phòng can thiệp bằng canxi và vitamin D. **Phương pháp:** Cắt ngang 794 trẻ từ 6-14 tuổi và can thiệp. **Kết quả:** Trẻ thừa cân, béo phì chiếm 11,08%,

trẻ thấp còi chiếm 26,07%. Trẻ giảm MĐX (mật độ xương) chiếm tỷ lệ 12,7%. MĐX tăng dần theo tuổi, MĐX trung bình ở trẻ trai cao hơn so với trẻ gái. Nhóm trẻ thấp còi có MĐX giảm là 15,46%. Nồng độ Vitamin D giảm và thiếu chiếm tỷ lệ 30,6%. P1NP góp phần vào 1,46% thay đổi về mật độ xương; β -CTX góp phần vào 1,78% thay đổi về mật độ xương. Sau can thiệp: tỷ lệ trẻ giảm MĐX từ 66,89% xuống 10,6%; nồng độ vitamin D thiếu từ 31,79% xuống 5,3%; nồng độ vitamin D bình thường từ 47,68% tăng lên 94,7%. **Kết luận:** MĐX tăng dần theo tuổi, trẻ trai cao hơn trẻ gái; tỷ lệ trẻ giảm MĐX là 11,7%, trẻ có nồng độ vitamin D thiếu/ giảm là 30,6%. Sau thời gian can thiệp nồng độ trung bình của vitamin D và MĐX của trẻ trai và trẻ gái đều gia tăng.

Từ khóa: Mật độ xương và nồng độ Vitamin D ở trẻ em

*Trường ĐH Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Phương

Email: nmphuong@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.11.2017

Ngày duyệt bài: 24.11.2017

SUMMARY

BONE MINERAL DENSITY AND CORRELATION BETWEEN BONE DENSITY WITH BONE TURNOVER MARKERS IN SCHOOL-AGE CHILDREN IN CAN THO CITY

Measurement of bone mineral density and bone turnover markers of very important to evaluate the state of bone health of children. **Objective:** evaluate the value of bone density, vitamin D status; evaluate the effectiveness of supplementation with calcium and vitamin D in children with reduced bone density, vitamin D decrease or deficiency in children aged 6-14 years old. **Method:** cross-sectional, follow up study. **The results:** The stunted children had decreased percentage of bone density of 15,46% which was higher than that of normal children. Bone density increased with ages. The percentage of children with vitamin D insufficiency and deficiency was 30,6%. After intervention, the average bone density increased much more than before. **Conclusion:** Bone density increased with ages. The boys had concentration of vitamin D higher than the girls. It also proved the effectiveness of calcium and vitamin D supplements for the group children with vitamin D insufficiency/deficiency and reduced bone density.

Key word: bone mineral density, bone turnovers marker in children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới, trên thế giới hiện còn 36 nước có tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng thấp còi cao. Viện Dinh dưỡng Quốc gia cho biết cứ 3 trẻ có 1 trẻ thấp còi dẫn đến hệ quả chiều cao thanh niên Việt Nam thấp hơn so với các nước trong khu vực. Hiện nay chiều cao của người Việt Nam ở nam trưởng thành khoảng 163,7cm và nữ 153 cm [1]. Đo mật độ chất khoáng của xương và các marker của chu chuyển xương là rất quan trọng để đánh giá tình trạng sức khỏe của xương. Đo mật độ xương ở trẻ em giúp cho việc phát hiện sớm những người có nguy cơ loãng xương sau này, để có biện pháp can thiệp kịp thời.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ giảm MĐX (BMD) ở trẻ thấp còi, thừa cân béo phì tại TP. Cần Thơ. Xác định giá trị một số markers chu chuyển xương và sự thay đổi giá trị các markers, mật độ

xương ở nhóm trẻ có giảm MĐX sau điều trị dự phòng can thiệp bằng canxi và vitamin D.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Phương pháp: giai đoạn 1: Nghiên cứu cắt ngang, giai đoạn 2: can thiệp

- Đối tượng: học sinh từ 6 đến 14 tuổi học tại các trường tiểu học, trung học cơ sở

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 10/2012 đến tháng 4/2016

- Đối tượng được chia thành 3 nhóm: nhóm chủ cứu là nhóm trẻ thấp còi, và nhóm thừa cân, béo phì; nhóm đối chứng là nhóm trẻ bình thường, khỏe mạnh

- Trẻ được đo tỉ trọng khoáng xương tại xương cẳng tay bằng phương pháp DEXA, đơn vị tính BMD g/cm², nếu Z-scores là $\leq -1SD$ kết luận đối tượng có MĐX thấp, bình thường $> -1SD$ [2].

- Marker tạo xương P1NP: được định lượng sử dụng hệ thống Roche Elecsys 2010 COBA. Giá trị bình thường trong khoảng 17 đến 71ng/ml, được gọi là giảm khi nồng độ P1NP $< 17ng/ml$. Marker hủy xương β -CTX: được định lượng sử dụng hệ thống Roche Elecsys 2010 COBA. Bình thường từ 0,07-0,68ng/ml, gọi là tăng khi nồng độ β -CTX $> 0,69ng/ml$ [3].

- Trẻ có MĐX (BMD) giảm sẽ được điều trị dự phòng bằng canxi và vitamin D liều theo nhu cầu tương thích với lứa tuổi.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu: Qua chọn mẫu theo phương thức cụm hệ thống, chọn ra được 794 học sinh tham gia vào nghiên cứu. Kết quả: có 393 trẻ trai, chiếm tỉ lệ 49,5% và 401 trẻ gái chiếm tỉ lệ 50,5%. Có 207 trẻ thấp còi chiếm tỷ lệ 26,07%, có 72 trẻ thừa cân và 16 trẻ béo phì chiếm tỷ lệ 11,08%, 499 trẻ bình thường chiếm tỉ lệ 62,85%.

Tỉ lệ trẻ gái thấp còi cao hơn trẻ trai. Thừa cân, béo phì gặp nhiều ở trẻ trai hơn trẻ gái.

3.2 Mật độ xương, giá trị một số markers chu chuyển xương ở trẻ em.

Bảng 3.1: Phân bố mật độ xương với tình trạng dinh dưỡng

Dinh dưỡng	Bình thường		Thấp còi		Thừa cân-béo phì		Tổng	
	n	%	N	%	N	%	n	%
MĐX Thấp	69	13,83	32	15,46	0	0	101	12,72
Bình thường	430	86,17	175	84,54	88	100	693	87,28
Tổng	499	100	207	100	88	100	794	100
χ^2, p	$\chi^2=14,77; p=0,001$							

Nhóm trẻ thấp còi có tỉ lệ giảm mật độ xương là 15,46% cao hơn, trẻ thừa cân béo phì không có giảm mật độ xương.

Bảng 3.2: Nồng độ P1NP (ng/ml) theo nhóm tuổi

Giới Tuổi	Trẻ bình thường			Trẻ thấp còi			Trẻ thừa cân, béo phì		
	Trung vị	Thấp	Cao	Trung vị	Thấp	Cao	Trung vị	Thấp	Cao
6	480	371,7	563,3	225	163,4	300,4	391,7	238,4	851,3
7	490,3	355,2	618,4	272	230,1	338,2	474,8	358,2	528,5
8	486,6	367,8	637,8	390,5	239,4	541,1	451,3	302,8	502,1
9	531,5	422	665,2	409,6	277	440,5	510,7	495,9	537,2
10	457,2	365,9	614,5	384	299,8	411,6	603,8	468,1	616,5
11	520,1	387,4	682,5	393,8	305,3	558,3	495,8	425,6	770,9
12	574,9	421,7	825,5	445,3	331,6	578,4	625,8	475	781,1
13	539,6	362,7	767,4	520,4	375	729,2	503,7	240,4	706,6
14	323,5	174,9	590,3	305,6	142,7	532,3	115,3		
P	p=0,0001			p=0,0001			p> 0,05		

Nồng độ P1NP tăng dần theo tuổi, cao nhất nhóm 12-13 tuổi. Nhóm trẻ thấp còi có nồng độ P1NP thấp hơn nhóm trẻ bình thường và nhóm trẻ thừa cân béo phì.

Bảng 3.3: Nồng độ P1NP trung bình theo tình trạng dinh dưỡng

Dinh dưỡng	Trẻ bình thường	Trẻ thấp còi	Trẻ thừa cân, béo phì
P1NP trung bình			
$\bar{x}$ ng/ml $\pm$ σ ng/ml	526,7 258,6	421,4 246,9	508,4 216,6
χ^2 , p	$\chi^2=5,0304$; p<0,0001		

Nồng độ P1NP trung bình ở nhóm trẻ bình thường cao hơn trẻ thừa cân, béo phì và cao hơn nhóm trẻ thấp còi.

Bảng 3.4: Nồng độ β -CTX (pg/ml) theo nhóm tuổi

Giới Tuổi	Trẻ bình thường			Trẻ thấp còi			Trẻ thừa cân, béo phì		
	Trung vị	Thấp	Cao	Trung vị	Thấp	Cao	Trung vị	Thấp	Cao
6	952,5	843,4	1049	510,9	477,7	609,2	1038	841,1	1346
7	957,9	671,2	1070	581	410,2	707,7	763,3	554,1	998,9
8	1102	885,1	1234	706,2	535,7	832,6	868,3	624	1274
9	952,1	796,9	1105	700,1	471,6	887,9	788,3	684,5	910,1
10	929,9	653,9	1189	826,8	716,1	933,7	963,7	804,4	1004
11	1050	829,1	1401	823,7	700	1134	1047	854,4	1331
12	1308	999,9	1703	995,8	717,7	1234	1248	1207	1332
13	1231	812,7	1568,5	884,3	591,2	1334	863,8	450,1	1226,7
14	669,1	368	963,9	683,4	371	1332	432,9		
P	p<0,0001			p=0,0001			p=0,0170		

Nồng độ β -CTX tăng dần theo tuổi, đến 12 tuổi β -CTX đạt giá trị cao. Nhóm trẻ thấp còi có nồng độ β -CTX thấp hơn nhóm trẻ bình thường và nhóm trẻ thừa cân béo phì.

Bảng 3.5: Nồng độ β -CTX trung bình theo tình trạng dinh dưỡng

Dinh dưỡng	Trẻ bình thường	Trẻ thấp còi	Trẻ thừa cân, béo phì
β -CTX trung bình			
$\bar{x}$ pg/ml $\pm$ σ pg/ml	1022 424	838 409	979 396
χ^2 , p	$\chi^2=2,0520$; p=<0,0001		

Nồng độ β -CTX trung bình ở nhóm trẻ bình thường cao hơn trẻ thừa cân, béo phì và cao hơn nhóm trẻ thấp còi.

3.3. Hiệu quả bổ sung bằng canxi và vitamin D ở nhóm trẻ có giảm MĐX.

Bảng 3.6: Thay đổi phân loại mật độ xương sau can thiệp

Mật độ xương	Trước can thiệp	Sau can thiệp
MĐX bình thường: n	50	135
%	33,11	89,40
MĐX giảm: n	101	16
%	66,89	10,60
Tổng: n	151	151
%	100	100
χ^2 , p	$\chi^2=5,8307$; p<0,05	

Sau can thiệp, tỉ lệ trẻ giảm mật độ xương từ 66,89% giảm xuống 10,6%.

Bảng 3.7: Thay đổi nồng độ P1NP trung bình theo giới

Nồng độ P1NP trung bình	Trước can thiệp ($\bar{x}$ ng/ml $\pm\sigma$ ng/ml)	Sau can thiệp ($\bar{x}$ ng/ml $\pm\sigma$ ng/ml)	Δ sau-trước (ng/ml)	T test
Trẻ trai (n=64)	462,07 $\pm$ 216,75	352,19 $\pm$ 196,16	-109,85	t= 3,006; p=0,003
Trẻ gái (n=87)	441,98 $\pm$ 213	368,58 $\pm$ 131	-73,4	t= 2,731; p=0,007

Nồng độ P1NP trung bình của trẻ sau can thiệp giảm nhiều so với trước can thiệp ở cả nhóm trẻ trai và trẻ gái. Nhóm trẻ bình thường, trẻ thừa cân béo phì giảm có ý nghĩa so với nhóm trẻ thấp còi.

Bảng 3.8: Thay đổi nồng độ β -CTX theo giới

Nồng độ β -CTX trung bình	Trước can thiệp ($\bar{x}$ pg/ml $\pm\sigma$ pg/ml)	Sau can thiệp ($\bar{x}$ pg/ml $\pm\sigma$ pg/ml)	Δ sau- trước (pg/ml)	T test
Trẻ trai (n=64)	837,67 $\pm$ 341,42	875,81 $\pm$ 368,18	38,14	t=-0,607; p=0,5445
Trẻ gái (n=87)	835,15 $\pm$ 333,17	943,47 $\pm$ 262,1	108,32	t=-2,383; p=0,0182

Nồng độ β -CTX trung bình của trẻ sau can thiệp tăng so với trước can thiệp, trẻ gái tăng nhiều hơn trẻ trai.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mật độ xương, giá trị một số markers chu chuyển xương ở trẻ em

Mật độ khoáng xương thấp trong nghiên cứu của chúng tôi là 12,72%, tỷ lệ nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn Chlebna- Sokol D [2] trong 74 trẻ không bệnh lý thấy có: 2/74 trường hợp (2,7%) loãng xương, 12/74 (16,2%) thiếu xương, 60/74 bình thường. Giống tác giả L.Gracia Marco [4] thấy MĐX trẻ gái cao hơn trẻ trai tuổi từ 12,5 -17,5 tuổi.

Kết quả nghiên cứu P1NP của trẻ em tại TP. Cần Thơ cũng tương tự với nhóm tác giả nghiên cứu tại Phần Lan (Riitta K Tähtelä), P1NP được so sánh trong nhóm dân số khỏe mạnh theo nhóm tuổi và giới tính, cho thấy P1NP ở nhóm nam cao hơn nữ, nhóm trẻ cao hơn nhóm người lớn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Gwang Suk Kim ghi nhận marker tạo xương thấp ở trẻ béo phì và tác giả M.Bayer, giá trị P1NP giao động trong những năm đầu của cuộc sống, P1NP ở trẻ trai cao hơn trẻ gái.

Tương quan giữa P1NP, β -CTX và mật độ xương:

Hệ số tương quan giữa P1NP và mật độ xương là -0,1209 ($p < 0,0016$). Có sự tương quan yếu có ý nghĩa thống kê giữa P1NP và mật độ xương. Hệ số tương quan bình phương R-squared = 0,0146 = 1,46% như vậy P1NP góp phần vào 1,46% thay đổi về mật độ xương.

Phương trình hồi quy tương quan giữa mật độ xương và P1NP như sau:

Mật độ xương = 0,194142 - 0,0000269 x P1NP

Hệ số tương quan giữa β -CTX và mật độ xương là -0,1725 (giá trị $p < 0,001$). Có sự tương quan yếu có ý nghĩa thống kê giữa β -CTX và mật độ xương. Hệ số tương quan bình phương R-squared = 0,0178 = 1,78% như vậy kết quả β -CTX góp phần vào 1,78% thay đổi về mật độ xương.

Phương trình hồi quy giữa mật độ xương và marker hủy xương β -CTX như sau:

Mật độ xương = 0,323358 - 0,0000179 x CTX

4.2. Đánh giá hiệu quả bổ sung bằng canxi và vitamin D ở nhóm trẻ có giảm MĐX

Mật độ xương trung bình của trẻ sau can thiệp tăng có ý nghĩa so với trước can thiệp. Trẻ trai tăng trung bình tăng 0,041g/cm², trẻ gái tăng 0,023g/cm². So sánh với các nghiên cứu tác giả J. W. Nieves [5] tổng kết 8 công trình nghiên cứu các tác giả từ năm 2007 - 2012 nhận xét rằng, thời gian can thiệp canxi và vitamin D ở người trưởng thành có giảm mật độ xương, thời gian can thiệp từ 1 đến 3 năm tùy theo tác giả nhận thấy: mật độ xương gia tăng không đáng kể, trừ 01 nghiên cứu của Marini H thấy có sự gia tăng đáng kể mật độ xương (BMD) ở xương cột sống và xương đùi [6].

Mật độ xương của trẻ sau 6 tháng can thiệp bằng canxi và vitamin D tăng nhiều so với trước can thiệp cũng tương tự như các nghiên cứu các tác giả Helen McDevitt, Amy MCGowan [7] bằng những phương thức khác như tập thể dục, bổ sung canxi qua thức ăn, thuốc...

Mật độ xương trung bình của trẻ sau can thiệp tăng có ý nghĩa so với trước can thiệp. Trẻ trai tăng trung bình tăng 0,041g/cm², trẻ gái tăng 0,023g/cm². So sánh với các nghiên cứu tác giả J. W. Nieves tổng kết 8 công trình nghiên cứu các tác giả từ năm 2007 - 2012 nhận xét rằng, thời gian can thiệp canxi và vitamin D ở người trưởng thành có giảm mật độ xương, thời gian can thiệp từ 1 đến 3 năm tùy theo tác giả nhận thấy: mật độ xương gia tăng không đáng kể, trừ 01 nghiên cứu của Marini H thấy có sự gia tăng đáng kể mật độ xương (BMD) ở xương cột sống và xương đùi [5].

Nồng độ P1NP của trẻ sau can thiệp giảm nhiều so với trước can thiệp ở cả nhóm trẻ trai và trẻ gái, nhóm trẻ bình thường, trẻ thừa cân,

béo phì giảm có ý nghĩa so với nhóm trẻ thấp còi. K. Solarz và A. Kopec nhận định: 25 (OH) D, P1NP và CTX nhóm cầu thủ bóng đá chuyên nghiệp cao hơn trong các nhóm người ít hoạt động. Nồng độ β -CTX của trẻ sau can thiệp nhóm trẻ gái tăng nhiều so với nhóm trẻ trai, nhóm trẻ thấp còi tăng hơn nhóm trẻ thừa cân, béo phì, trẻ bình thường nhưng tăng không đáng kể [4]. Marker P1NP giảm và beta CTX tăng sau 6 tháng can thiệp bằng canxi và vitamin D từ nghiên cứu của chúng tôi có khác hơn so với tác giả Timo Rantalainen: cả P1NP và beta CTX đều tăng sau thời gian tập luyện thể dục.

V. KẾT LUẬN

1. Mật độ xương, mối tương quan mật độ xương với các markers chu chuyển xương.

- Trẻ có mật độ xương thấp là 12,72%. Nhóm trẻ thấp còi có tỷ lệ giảm mật độ xương là 15,46% cao hơn so với nhóm trẻ bình thường.

- Mật độ xương tăng dần theo tuổi và mật độ xương ở trẻ trai cao hơn trẻ gái. Nhóm từ 13 tuổi trở lên thì mật độ xương trung bình ở trẻ gái tăng cao hơn trẻ trai.

- Nồng độ P1NP tăng dần theo tuổi, cao nhất nhóm 12-13 tuổi, nồng độ beta CTX cũng tăng dần theo tuổi, cao nhất nhóm 13 tuổi. Nồng độ trung bình P1NP, beta CTX nhóm trẻ thấp còi thấp hơn nhóm trẻ bình thường và nhóm thừa cân béo phì.

- P1NP góp phần vào 1,46% thay đổi về mật độ xương; β -CTX góp phần vào 1,78% thay đổi về mật độ xương.

2. Hiệu quả bổ sung bằng canxi và vitamin D ở nhóm trẻ có giảm mật độ xương.

- Mật độ xương trung bình của trẻ sau can thiệp tăng nhiều so với trước can thiệp. Trẻ trai tăng cao hơn trẻ gái.

- Nồng độ P1NP trẻ sau can thiệp giảm có ý nghĩa so với trước can thiệp ở nhóm trẻ bình thường và trẻ thừa cân béo phì.

- Nồng độ β -CTX sau can thiệp nhóm trẻ gái tăng nhiều so với nhóm trẻ trai.

KIẾN NGHỊ

- Tất cả trẻ cần được kiểm tra định kỳ ít nhất 01 lần/năm: đo nồng độ vitamin D và đo mật độ xương đối với tất cả trẻ: thấp còi, thừa cân, béo phì và trẻ bình thường.

- Trẻ có nồng độ vitamin D thiếu hoặc giảm và có mật độ xương giảm cần được áp dụng những biện pháp can thiệp về chế độ ăn uống và bổ sung canxi và vitamin D theo nhu cầu của trẻ. Đặc biệt là trẻ thấp còi và trẻ thừa cân – béo phì.

- Cần có nghiên cứu cấp quốc gia về vitamin D và mật độ xương của trẻ, can thiệp toàn diện cho trẻ ở lứa tuổi học đường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, Viện Dinh dưỡng (2015). Chiến lược Quốc Gia về dinh dưỡng 2011-2020 và tầm nhìn 2030, Nhà xuất bản Y học, tr.1-39.
2. Chlebna-Sokol D, Blaszczyk A (2003), "Bone mineralization in children with skeletal system abnormalities in relation to dietary intake of some nutrients". Pubmed, Frzepl Lek, 60 suppl 6:60-64
3. K. Solarz et al (2014). An Evaluation of the Levels of 25-Hydroxyvitamin D3 and Bone Turnover Markers in Professional Football Players and in Physically Inactive Men. Physiol. Res. , 63, 237-243
4. L. Gracia-Marco, G. Vicente-Rodríguez , J. Valtueña et al (2010). Bone Mass and Bone Metabolism Markers during Adolescence: The HELENA Study. Horm Res Paediatr, 74, 339-350
5. J. W. Nieves (2013). Skeletal effects of nutrients and nutraceuticals, beyond calcium and vitamin D. Osteoporos Int, 24(3), 771-786.
6. Marini H (2007). Effects of the phytoestrogen genistein on bone metabolism in osteopenic postmenopausal women: a randomized trial. Ann Intern Med 146: 839-884.
7. Helen McDevitt, Amy McGowan (2014). Establishing good bone health in children. Paediatrics and Child Health. Volume 24, p. 78-28

THỰC TRẠNG NHIỄM NẤM ÂM ĐẠO VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở CÁC PHỤ NỮ ĐẾN KHÁM PHỤ KHOA TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI DƯƠNG TỪ THÁNG 3-6 NĂM 2014

Hoàng Hải Yến*, Lê Văn Thêm*

TÓM TẮT

*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thêm

Email: themlv2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2017

Ngày duyệt bài: 23.11.2017

Mục tiêu. Xác định tỷ lệ viêm âm đạo do nấm và mối liên quan giữa viêm âm đạo do nấm và các yếu tố nguy cơ. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 305 phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ từ 15- 49 tuổi. **Kết quả:** Nhóm tuổi từ 20-29 chiếm 44.2%. Tỷ lệ nhiễm nấm Candida là 21.3%, tạp khuẩn chiếm 51.8%. Có liên quan giữa trình độ văn hoá, tuổi, phụ nữ trong thời kỳ mang thai tỷ lệ nhiễm nấm ($p < 0,05$). Có mối liên quan giữa phụ nữ thường xuyên sử dụng dung dịch vệ sinh phụ nữ với người không sử dụng ($p < 0,05$). Có mối liên quan giữa có thói quen thụt rửa âm đạo và không có thói quen thụt rửa âm đạo với ($p < 0,05$).

SUMMARY

THE FUNGAL VAGINITIS STATUS AND THE RELATED FACTORS IN WOMEN TAKING EXAMINATION AT HAI DUONG HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY FROM MARCH TO JUNE 2014

Purpose: To determine the incidence of vaginitis caused by fungus and the relationship between fungal vaginitis and risk factors. **Methods:** Descriptive cross-sectional study performs on 305 women of childbearing age 15 – 49 years. **Results:** The age group of 20-29 yrs accounts for 44.2%. The prevalence of candidiasis is 21.3%, the parasite is 51.8%. There is a relation between the level of education, age, and women of childbearing age with a prevalence of fungal infections ($p < 0.05$). There is a significant difference between women who regularly used a woman's sanitation solution with a group that not used ($p < 0.05$). There is a significant difference between 2 groups of vaginal douching and no vaginal douching ($p < 0.05$).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo tổ chức y tế thế giới (WHO) "Sức khỏe sinh sản là trạng thái khoẻ mạnh về thể chất, tinh thần và hoà hợp xã hội về tất cả các phương diện có liên quan đến hệ thống sinh sản trong suốt các giai đoạn của cuộc đời. Bệnh viêm âm đạo là một căn bệnh thường gặp ở nữ giới. Thông thường viêm nhẹ thì không ảnh hưởng đến sức khoẻ sinh sản. Tuy nhiên nếu viêm âm đạo không được chữa trị kịp thời và trở nên nặng sẽ dẫn đến dịch tiết âm đạo gia tăng làm loãng tinh dịch nên làm ảnh hưởng đến sự phát triển của tinh trùng. Đồng thời viêm âm đạo làm mất cân bằng độ pH âm đạo, không còn là môi trường sống của tinh trùng vì vậy dễ dàng gây nên tình trạng vô sinh ở nữ giới. Bên cạnh đó

sau khi bị viêm âm đạo sẽ xuất hiện các triệu chứng bệnh gây ra khó chịu đối với nữ giới ảnh hưởng nghiêm trọng đến sinh hoạt và công việc hàng ngày, ngoài ra còn ảnh hưởng lớn đến đời sống quan hệ bình thường[1]. Trong các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản thì 90% các trường hợp viêm âm đạo là do 3 tác nhân chính: nấm Candida, Trichomonas vaginalis và nhiễm khuẩn âm đạo[4]. Trong đó viêm âm đạo do vi nấm là bệnh thường gặp, đứng thứ 2 trong các căn nguyên gây bệnh. Có khoảng 75% phụ nữ trên thế giới trải qua ít nhất 1 lần viêm âm đạo do vi nấm. Tại Việt Nam viêm âm đạo do vi nấm thường gặp nhất. Có khoảng 45% phụ nữ trên thế giới viêm âm đạo do vi nấm 2 lần trong năm[1]. Nhận thấy ảnh hưởng nghiêm trọng của viêm âm đạo nói chung và viêm âm đạo do vi nấm nói riêng đến sức khoẻ sinh sản. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài "*Thực trạng nhiễm nấm âm đạo và các yếu tố liên quan ở phụ nữ đến khám tại bệnh viện phụ sản Hải Dương từ tháng 3-6 năm 2014*" với mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ viêm âm đạo do nấm ở các phụ nữ đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Hải Dương từ tháng 3 đến tháng 6 năm 2014

2. Phân tích một số yếu tố mối liên quan đến viêm âm đạo do nấm ở các phụ nữ đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Hải Dương từ tháng 3 đến tháng 6 năm 2014

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 305 phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ từ 15-49 tuổi đến khám phụ khoa tại bệnh viện phụ sản Hải Dương. Thời gian từ tháng 3-6 năm 2014

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

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

2.2.2 Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu. Cỡ mẫu: Toàn bộ những phụ nữ đến khám phụ khoa tại bệnh viện phụ sản Hải Dương từ tháng 3-6 năm 2014 đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2.3 Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ(%)
Nhóm tuổi	15-19	6	2
	20-29	135	44.2
	30-39	90	29.5

	40-49	74	24.3
Trình độ học vấn	Cấp 1+ Cấp 2	120	39.3
	Cấp 3	126	41.3
	Trên cấp 3	59	19.4
	Công nhân	110	36.1
Nghề nghiệp	Nông dân	99	32.5
	Viên chức	25	8.2
	Buôn bán	30	9.8
	Nội trợ	15	4.9
	Khác	26	8.5
	Thành Thị	65	21.3
Chỗ ở	Nông thôn	240	78.7
	Nước máy	180	59
Nguồn nước	Nước giếng	110	36.1
	Nước mưa	15	4.9
	Nguồn nước khác	0	0
	Đang chung sống với chồng	280	91.8
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	25	8.2
	Tình trạng khác	0	0

Nhận xét: Nhóm tuổi từ 20-29 chiếm 44.2%. Phụ nữ sống ở thành thị chỉ chiếm 21.3%, còn ở nông thôn chiếm tỷ lệ cao 78.7%. Nữ có trình độ cấp 1 và 2 chiếm 39.3%, trình độ cấp 3 chiếm 41.3%, trên cấp 3 chiếm 19.4%. Phụ nữ là công nhân chiếm 36.1%, Nông dân chiếm 32.5%. Viên chức chiếm 8.2%, Buôn bán chiếm 9.8%, nội trợ chiếm 4.9% và các nghề khác chiếm 8.5%.

Nước máy chiếm tỷ lệ cao nhất 59%. Sau đó đến nước giếng 36.1% và nước mưa chiếm 4.9%. Đa số các phụ nữ đang chung sống với chồng chiếm 91.8%, độc thân chỉ chiếm 8.2%

3.2 Tỷ lệ viêm âm đạo do nấm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Tỷ lệ viêm âm đạo do nấm

Tác nhân	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nấm	65	21.3
Tạp khuẩn	158	51.8
Trichomonas	10	3.3
Lậu cầu	5	1.6
Chlamydia	4	1.3

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm nấm Candida là 21.3%. Đứng thứ 2 sau tác nhân tạp khuẩn chiếm 51.8%. Còn lại do các tác nhân khác chiếm tỷ lệ thấp: Viêm âm đạo do trichomonas chiếm 3.3%, do lậu cầu chiếm 1.6%, do chlamydia chiếm 1.3%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến viêm âm đạo do nấm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3 Liên quan giữa nhóm tuổi và viêm âm đạo do nấm

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Giá trị (P)
15-19	1	1.5	<0.05
20-29	29	44.6	
30-39	19	29.2	
40-49	16	24.7	
Tổng	65	100	

Nhận xét: Nhóm tuổi 15-19 tuổi có tỷ lệ nhiễm nấm thấp nhất là 1.5%. Nhóm tuổi từ 20-29 tuổi có tỷ lệ nhiễm nấm cao nhất là 44.6%. Nhóm tuổi từ 30-39 tuổi chiếm tỷ lệ 29.2%. Còn

nhóm tuổi từ 40-49 tuổi có tỷ lệ nhiễm nấm là 24.7%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$)

Bảng 3.4. Liên quan giữa trình độ học vấn và viêm âm đạo do nấm

Trình độ học vấn	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	Giá trị (p)
Cấp 1+2	27	41.54	<0.05
Cấp 3	28	43.07	
Trên cấp 3	11	15.39	
Tổng	65	100	

Nhận xét: Phụ nữ có trình độ văn hóa: Cấp 1 và 2 có tỷ lệ nhiễm nấm là 41.54%, cấp 3 có tỷ lệ nhiễm nấm là 43.07%, trên cấp 3 có tỷ lệ nhiễm nấm thấp hơn là 15.39%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$)

Bảng 3.5 Liên quan giữa nghề nghiệp và viêm âm đạo do nấm

Nghề nghiệp	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Giá trị (p)
Nông dân	28	43.0	<0.05
Công nhân	26	40	
Viên chức	2	3.1	
Buôn bán	5	7.7	
Nội trợ	2	3.1	
Khác	2	3.1	

Nhận xét: Nông dân có tỷ lệ nhiễm nấm là 43%, công nhân có tỷ lệ nhiễm nấm là 40%, Viên chức có tỷ lệ nhiễm nấm là 3.1%, buôn bán có tỷ lệ nhiễm nấm là 7.7%, Nội trợ có tỷ lệ

nhiễm nấm là 3.1%, Nghề khác có tỷ lệ nhiễm nấm là 3.1%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$)

Bảng 3.6 Liên quan giữa nguồn nước và viêm âm đạo do nấm

Nguồn nước	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Giá trị (P)
Nước máy	30	46.1	>0.05
Nước giếng	33	50.7	
Nước mưa	2	3.2	
Khác	0	0	
Tổng		100	

Nhận xét: Nước máy có tỷ lệ nhiễm nấm 46.1%, Nước giếng có tỷ lệ nhiễm nấm là 50.7%, nước mưa có tỷ lệ nhiễm nấm 3.2%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$)

Bảng 3.8 Liên quan giữa nơi ở và viêm âm đạo do nấm

Nơi ở	Số bệnh nhân nhiễm nấm	Số bệnh nhân không nhiễm nấm	Tỷ lệ nhiễm nấm (%)	Giá trị p
Thành thị	14	46	23.3	>0.05
Nông thôn	51	194	20.8	

Nhận xét: Thành thị có tỷ lệ nhiễm nấm là 23.3%. Bệnh nhân sống ở nông thôn có tỷ lệ nhiễm nấm là 20.8%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$)

Bảng 3.9: Liên quan giữa có thai và viêm âm đạo do nấm

Yếu tố	Số bệnh nhân nhiễm nấm	Số bệnh nhân không nhiễm nấm	Tỷ lệ (%)	Giá trị (p)
Có thai	12	20	37.5	<0.05
Không có thai	53	220	9.4	
Tổng	65	240		

Nhận xét: Phụ nữ có thai có tỷ lệ nhiễm nấm: 37.5%. Phụ nữ không có thai có tỷ lệ nhiễm nấm 9.4%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Do khi có thai tạo điều kiện thuận lợi cho vi nấm phát triển

Bảng 3.10 Liên quan giữa thói quen vệ sinh phụ nữ và viêm âm đạo do nấm

Yếu tố	Số bệnh nhân nhiễm năm(n)	Số bệnh nhân không nhiễm năm(n)	Tỷ lệ nhiễm năm (%)	Giá trị (p)
Sử dụng thường	35	151	18.8	<0.05

xuân dụng dịch vệ sinh				
Không sử dụng thường xuyên dụng dịch vệ sinh	5	49	9	
Không sử dụng	25	40	38.5	

Nhận xét: Phụ nữ thường xuyên sử dụng dụng dịch vệ sinh phụ nữ có tỷ lệ nhiễm nấm 53.8%, không sử dụng thường xuyên dụng dịch vệ sinh phụ nữ có tỷ lệ nhiễm nấm 7.7%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$).

Bảng 3.11 Liên quan giữa dùng thuốc tránh thai và viêm âm đạo do nấm

Yếu tố	Số bệnh nhân nhiễm năm	Số bệnh nhân không nhiễm năm	Tỷ lệ nhiễm năm (%)	Giá trị P
Có sử dụng thuốc tránh thai	18	45	28.5	<0.05
Không sử dụng thuốc tránh thai	47	195	19.4	

Nhận xét: Phụ nữ dùng thuốc tránh thai có tỷ lệ nhiễm nấm cao 28.5%. Phụ nữ không dùng thuốc tránh thai có tỷ lệ nhiễm nấm thấp hơn 19.4%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$)

Bảng 3.13 Liên quan giữa dùng thuốc kháng sinh và viêm âm đạo do nấm

Yếu tố	Số bệnh nhân nhiễm năm	Số bệnh nhân không nhiễm năm	Tỷ lệ nhiễm năm (%)	Giá trị (p)
Có sử dụng thuốc kháng sinh	8	30	21.1	>0.05
Không sử dụng thuốc kháng sinh	57	210	21.3	

Nhận xét: Phụ nữ có tiền sử sử dụng kháng sinh có tỷ lệ nhiễm nấm là 21.1%. Phụ nữ không có tiền sử sử dụng kháng sinh có tỷ lệ nhiễm nấm là 21.3%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($P > 0.05$)

Bảng 3.14 Liên quan giữa thụt rửa âm đạo và viêm âm đạo do nấm

Yếu tố	Số bệnh nhân	Số bệnh nhân không	Tỷ lệ nhiễm năm	Giá trị (p)
--------	--------------	--------------------	-----------------	-------------

	nh nhiễm	nhiễm		
Có thói quen thụt rửa âm đạo	14	35	28.6	<0.05
Không có thói quen thụt rửa âm đạo	52	204	20.3	

Nhận xét: Bệnh nhân có thói quen thụt rửa âm đạo có tỷ lệ nhiễm nấm là 28.6% cao hơn phụ nữ không có thói quen thụt rửa âm đạo là 20.3%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ viêm âm đạo do nấm: Tỷ lệ nhiễm nấm Candida của phụ nữ trong nghiên cứu là 21.3%. Qua 408 trường hợp nghiên cứu do ba tác nhân là 34.1%, trong đó nhiễm khuẩn âm đạo là 25.7%, viêm âm đạo do nấm Candida là 10% và viêm âm đạo do Trichomonas vaginalis là 2.7% [3]. Và thấp hơn so với nghiên cứu của bệnh viện đa khoa thị xã Hồng Lĩnh. Như vậy tỷ lệ nhiễm nấm Candida có sự khác nhau ở các vùng địa lý. Như trong đề tài của tôi tỷ lệ nhiễm nấm ở thành thị cao hơn. Viêm âm đạo do nấm đứng thứ 2 trong các nguyên nhân gây viêm âm đạo cũng phù hợp với đề tài của Trần Thị Lợi và Nguyễn Quốc Vĩ và các công bố của các nhà khoa học khác. Nhiễm nấm Candida là viêm nhiễm đường sinh dục thường gặp ở nữ giới. Nấm Candida ngoài xâm nhập vào cơ thể qua đường sinh dục còn qua sử dụng nước ao, hồ nhiễm nấm, dùng chung khăn tắm quần áo của người nhiễm nấm, làm việc trong môi trường ẩm ướt.

Viêm nhiễm đường sinh dục do nguyên nhân tạp khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất 51.8%. Viêm âm đạo do vi khuẩn là một nhiễm trùng đường âm đạo với bệnh cảnh lâm sàng phức tạp, gia tăng nguy cơ hoặc phối hợp với các tác nhân gây viêm nhiễm đường sinh dục dưới của phụ nữ làm cho việc khám, chẩn đoán và điều trị phức tạp thêm. Do đó vấn đề phối hợp chẩn đoán và làm các xét nghiệm có độ chính xác cao giúp công tác điều trị viêm nhiễm đường sinh dục dưới của phụ nữ được hiệu quả tránh các biến chứng như viêm cổ tử cung, vô sinh, chửa ngoài tử cung, hạn chế được tỷ lệ ung thư cổ tử cung.

Tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục ở phụ nữ nhiễm trùng roi là 3.3%. Nhiễm trùng roi sinh dục là một nhiễm khuẩn lây qua đường tình dục thường gặp hoặc do vệ sinh không đúng cách,

nguồn nước gây viêm âm đạo, cổ tử cung. Tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục do lậu chiếm tỷ lệ 1.6%, Chlamydia chiếm 1.3%. Nhiễm lậu cầu là do lây truyền qua đường tình dục, những đối tượng nhiều bạn tình hay bị nhiễm lậu cầu, phụ nữ nhiễm lậu cầu nếu không điều trị dẫn đến các biến chứng vô sinh, chửa ngoài tử cung. Vì vậy để phòng chống tác nhân này phụ nữ nên có tình dục an toàn và sử dụng bao cao su đúng cách.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến viêm âm đạo do nấm của đối tượng nghiên cứu

- Yếu tố vệ sinh: Phụ nữ không có thói quen sử dụng dung dịch vệ sinh có tỷ lệ nhiễm nấm là 38.5%, Phụ nữ thường xuyên sử dụng dung dịch vệ sinh có tỷ lệ là 18.8%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Cũng phù hợp với nghiên cứu của Đinh Ngọc Dung, Lê Ngọc Diệp với đề tài: "Tình hình nhiễm nấm Candida âm đạo và các yếu tố liên quan trên phụ nữ mang thai đến khám tại bệnh viện đa khoa Châu Thành, Nam Tân Uyên, Bình Dương". Trong đề tài của tôi các phụ nữ tham gia nghiên cứu thường sử dụng các dung dịch vệ sinh như dạ hương, bột hoa hồng... Đây là những dung dịch vệ sinh có pH tương ứng với PH âm đạo nên không làm thay đổi pH âm đạo và không tạo điều kiện cho nấm phát triển.

- Yếu tố trình độ học vấn: Phụ nữ có trình độ học vấn trên cấp 3 có tỷ lệ nhiễm nấm là 15.39% thấp hơn so với các trình độ khác. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Trình độ học vấn cao thì nhận thức của họ về chăm sóc cho sức khỏe sinh sản sẽ tốt hơn. Hơn nữa trình độ học vấn cao thì họ sẽ có những công việc đỡ vất vả hơn so với các nghề khác. Họ có nhiều thời gian rảnh rỗi hơn để chăm sóc cho vấn đề sức khỏe. Vì vậy họ có tỷ lệ nhiễm nấm thấp hơn.

- Yếu tố nghề nghiệp: Phụ nữ là nông dân có tỷ lệ nhiễm nấm là 43.0%, Phụ nữ là công nhân có tỷ lệ nhiễm nấm là 40%. Cao hơn so với các nghề nghiệp khác là: Viên chức có tỷ lệ nhiễm nấm 3.1%, Bán buôn là 7.1%, Nội trợ là 3.1%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Phù hợp với nghiên cứu của Đinh Ngọc Dung, Lê Ngọc Diệp. Phụ nữ là nông dân và công nhân có tỷ lệ nhiễm cao hơn do công việc của họ vất vả và bận rộn hơn các nghề nghiệp khác. Nên họ ít có thời gian chăm sóc cho sức khỏe của mình hơn.

- Yếu tố có thai: Phụ nữ có thai có tỷ lệ nhiễm nấm là 37.5%, Phụ nữ không có thai có tỷ lệ nhiễm nấm 9.4%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Tỷ lệ phụ nữ mang thai bị

niêm nấm trong đề tài của tôi cao hơn so với đề tài của Đinh Ngọc Dung, Lê Ngọc Diệp là 28.7% và thấp hơn so với các đề tài khác như: đề tài của Nguyễn Ngọc Khánh cho tỷ lệ là 44.9%[7], Ở phụ nữ mang thai sau thời gian vô kinh là 35 ngày thì trong cơ thể phụ nữ có nhiều thay đổi rõ rệt, đặc biệt là bộ phận sinh dục. Niêm mạc âm đạo dày hơn, nhiều nếp gấp hơn; thành phần hóa học mô liên kết biến đổi làm giảm trương lực mạch máu gây giãn tĩnh mạch, ứ đọng nước, giảm bài tiết muối natri làm âm đạo chế tiết nhiều; đường huyết cũng tăng hơn trong thời kỳ mang thai; nhiệt độ cơ thể tăng từ 0.3-0.8 độC; số trực khuẩn Doderlein tăng nhiều, phân hủy glycogen thành acid lactic làm pH âm đạo giảm xuống (pH dịch tử cung bình thường >7). Tất cả những thay đổi này tạo môi trường thuận lợi cho nấm candida phát triển [2]

- Yếu tố tiền sử dùng thuốc:

+ Dùng kháng sinh dài ngày: Trong đề tài của chúng tôi do thời gian nghiên cứu ngắn nên chưa tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố này. Môi trường âm đạo không phải là môi trường vô trùng, trái lại, trung bình có khoảng 6 loại vi trùng khác nhau, với đa số là vi trùng kỵ khí, trong đó đáng kể là nhóm Lactobacili. Trong quá trình chuyển hóa, nhóm vi khuẩn này sử dụng glycogen của lớp tế bào bề mặt âm đạo tạo thành acid lactic và tạo nên môi trường acid cho âm đạo. Đồng thời, chủng vi trùng này còn tạo ra H₂O₂, là một tác nhân diệt trùng và làm tăng độ acid của âm đạo. Các chủng vi khuẩn trong âm đạo sống chung một cách hòa bình và không gây tác hại cho âm đạo. Dùng thuốc kháng sinh dài ngày làm tiêu diệt nhóm vi khuẩn có lợi Lactobacili. Và làm phá vỡ mối cân bằng giữa các nhóm vi khuẩn tạo điều kiện thuận lợi cho viêm nhiễm âm đạo xảy ra

+ Dùng thuốc tránh thai: Phụ nữ dùng thuốc tránh thai có tỷ lệ nhiễm nấm cao 28.5%. Phụ nữ không dùng thuốc tránh thai có tỷ lệ nhiễm nấm thấp hơn 19.4%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê(p<0.05). Thuốc tránh thai có tác dụng tránh thai là do thành phần của thuốc tránh thai có chứa 2 hoocmon nội tiết sinh dục là estrogen và progestin. Các hoocmon này đưa vào cơ thể làm thay đổi lượng hoocmon của cơ thể tạo điều kiện cho nấm phát triển

- Yếu tố nguồn nước: Phụ nữ sử dụng nước máy có tỷ lệ nhiễm nấm là 41.6%, nước giếng là 50.7%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê(p>0.05). Theo Nghiên cứu của Đinh Ngọc Dung, Lê Ngọc Diệp viêm âm đạo do nấm có liên

quan đến phụ nữ sử dụng nước ao, hồ sông. Ở đề tài của tôi các phụ nữ đã có nhận thức tốt hơn về việc sử dụng nguồn nước hợp vệ sinh cho sinh hoạt nên không có phụ nữ sử dụng nước ao, hồ sông

- Yếu tố nhóm tuổi: Phân bố tỷ lệ nhiễm nấm theo nhóm tuổi. Nhóm tuổi 15-19 tuổi có tỷ lệ nhiễm nấm thấp nhất là 1.5%. Nhóm tuổi từ 20-29 tuổi có tỷ lệ nhiễm nấm cao nhất là 44.6%. Nhóm tuổi từ 30-39 tuổi chiếm tỷ lệ 29.2%. Còn nhóm tuổi từ 40-49 tuổi có tỷ lệ nhiễm nấm là 24.7%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0.05). Nhóm tuổi 20-29 tuổi có tỷ lệ nhiễm nấm cao nhất do đây là nhóm tuổi trong độ tuổi sinh sản, hoạt động tình dục nhiều hơn. Nhiễm nấm Candida liên quan đến tình dục và phổ biến ở những người có quan hệ tình dục. Ở nhóm tuổi 15-19 tuổi hoạt động tình dục rất ít nên tỷ lệ nhiễm nấm rất thấp 1.5%

- Yếu tố thói quen thực rửa âm đạo: Phụ nữ có thói quen thực rửa âm đạo có tỷ lệ nhiễm nấm là 28.6% cao hơn phụ nữ có thói quen thực rửa âm đạo là 20.3%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê(p<0.05). Cũng giống với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Lợi và Nguyễn Quốc Vĩ với đề tài " Tỷ lệ viêm âm đạo và các yếu tố liên quan ở phụ nữ đến khám phụ khoa tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ"

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ viêm âm đạo do nấm của phụ nữ đến khám phụ khoa tại bệnh viện phụ sản Hải Dương là 21.3%. Đứng thứ 2 trong các nguyên nhân gây viêm âm đạo ở phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ

2. Các yếu tố nguy cơ của nhiễm nấm candida âm đạo trên phụ nữ đến khám phụ khoa tại bệnh viện phụ sản Hải Dương

- Phụ nữ không có thói quen sử dụng dung dịch vệ sinh phụ nữ để vệ sinh bên bộ phận sinh dục

- Phụ nữ mang thai
- Phụ nữ là công nhân, nông dân
- Phụ nữ có trình độ học vấn cấp 3 và dưới cấp 3

- Dùng thuốc tránh thai
- Phụ nữ có thói quen thực rửa âm đạo
- Nhóm tuổi của phụ nữ từ 20-29 tuổi

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Tuấn Anh, Cù Thị Minh Loan(2010), "Xác định tỷ lệ và đặc điểm dịch tễ học bệnh viêm âm đạo", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh
2. Lê Văn Điển (1996), Sản phụ khoa, Nhà xuất bản Y học, Hồ Chí Minh, tr 111

3. **Trần Thị Lợi, Ngũ Quốc Vĩ (2009)**, "Tỷ lệ viêm âm đạo và các yếu tố liên quan ở phụ nữ đến khám phụ khoa tại Bệnh viện đa khoa Cần thơ", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 13(1)
4. **Phạm Thị Như Mỹ (2004)**. Đánh giá tình trạng nhiễm nấm candida âm đạo ở phụ nữ mang thai ở Khánh Hòa, Luận án thạc sỹ, Trường đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
5. **Nghiên cứu căn nguyên gây nhiễm** phụ khoa của bệnh nhân đến khám tại bệnh viện đa khoa thị xã hồng Lĩnh, soytehatinh.gov.vn, xem 16/6/2014 Sức khỏe sinh sản là gì?, www. suckhoesinh-san.com.vn, xem 15/3/2014
6. **Nguyễn Ngọc Thụy**, Bệnh nấm candida, www.yduoctinhhoa.com, xem 20/6/2014
7. **Mendling W (1995)**, Vaginose, Vaginitis and Zervizitis, Springer Verlag, Helderbe

NGHIÊN CỨU CHỈ ĐỊNH VÀ KỸ THUẬT CẮT KHỐI TÁ TỤY BẢO TỒN MÔN VỊ ĐƯỢC ỨNG DỤNG TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Mạnh Hùng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu những chỉ định, kỹ thuật cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị (Traveso – Longmire) để điều trị các bệnh lý vùng đầu tụy tá tràng tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 70 trường hợp được mổ cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị tại Bệnh viện Bạch Mai từ 2014 đến 2017. **Kết quả:** 70 trường hợp bệnh lý vùng đầu tụy tá tràng và quanh bóng Vater bao gồm 46 nam và 24 nữ, độ tuổi trung bình là 55,12 đã được phẫu thuật cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị trong đó u Vater là 40%, u đầu tụy là 42,8%, u phần thấp ống mật chủ là 12,9%, u tá tràng là 4,3%. Kết quả giải phẫu bệnh ác tính là 68,6%, lành tính là 31,4%. Lập lại lưu thông tiêu hóa trên cùng một quai ruột trong đó nối tụy ruột tận tận 22,9%, tận bên 77,1%, mật ruột tận bên 100%, tá hồng tràng tận bên 100%. Tỷ lệ tử vong sau mổ là 4,3%. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 16,8% trong đó rò mật là 4,3%, chậm lưu thông dạ dày là 4,3%. **Kết luận:** Cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị được chỉ định để điều trị các khối u vùng đầu tụy tá tràng và quanh bóng Vater chưa xâm lấn môn vị. Lập lại lưu thông tiêu hóa trên cùng một quai ruột là phương pháp hiệu quả an toàn.

Từ khóa: cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị; cắt khối tá tụy

SUMMARY

PYLORUS PRESERVING PANCREATICODUODENECTOMY AT BACH MAI HOSPITAL

Aims: to indicate and technique of Pylorus preserving pancreaticoduodenectomy for diseases of the head of pancreas and peripapillary area at Bach Mai hospital. **Material and methods:** descriptive retrospective study of 70 patients were underwent pylorus preserving pancreaticoduodenectomy at the General Surgery Department, Bach Mai Hospital in the period from 2014 – 2017. **Results:** 70 cases with diseases of the head pancreas and peripapillary area that male/ female 46/24 ratio: 1,66 and mean age: 55,12 (26- 80). In 70 patients that Pylorus preserving pancreaticoduodenectomy were performed, Vater tumor 28 cases (40%), of pancreatic head 30 cases (42,8%), of the lower common bill duct 9 cases (12,9%), of the duodenum 3 cases (4,3%). Pathology malignant 48 cases (68,6%), benign 22 cases (31,4%). The perioperative mortality rate was 4,3 % due to pancreatic fistula and early bleeding. The

perioperative morbidity rate was 16,8%. Among those biliary fistula 4,3%, delayed gastric emptying 4,3% and abscess intrabdomen 1,4%. **Conclusion:** Pylorus preserving pancreaticoduodenectomy is equally effective for the treatment of pancreatic peripapillary area. Repeat digestive tract on the same intestinal tract effective and safe.

Key words: Pylorus preserving pancreaticoduodenectomy; pancreaticoduodenectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1978 Traverso và Longmire giới thiệu kỹ thuật cắt khối tá tụy cải tiến bảo tồn môn vị, tụy vậy nhiều năm sau đó kỹ thuật mới được chấp nhận và ứng dụng. Phẫu thuật cắt khối tá tụy có hay không bảo tồn môn vị là một phẫu thuật lớn, phức tạp, mặc dù tỷ lệ tử vong được báo cáo là dưới 5% đối với những phẫu thuật viên có kinh nghiệm tuy nhiên tỷ lệ biến chứng là vào khoảng 15-30%, làm kéo dài thời gian nằm viện, phẫu thuật lại và tử vong, trong đó rò tụy vẫn là biến chứng nặng và nguy hiểm. Tại Việt Nam các nghiên cứu chủ yếu tập trung về phẫu thuật cắt khối tá tụy kinh điển, còn rất ít các nghiên cứu về phẫu thuật cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị. Tại khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai chúng tôi đã phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng bảo tồn môn vị từ 2014. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu Trình bày những chỉ định và kỹ thuật cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị để điều trị các bệnh lý vùng đầu tụy tá tràng tại Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả hồi cứu 70 trường hợp được phẫu thuật cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị để điều trị các bệnh lý vùng đầu tụy tá tràng tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai từ 2014 đến 2017.

Chẩn đoán và chỉ định phẫu thuật dựa vào các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Tất cả các trường hợp đều được làm giải phẫu bệnh sau mổ.

Quy trình cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị được thực hiện bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm, các bước tiến hành được tóm tắt như sau:

Bước 1: thăm dò, đánh giá khả năng cắt bỏ đầu tụy tá tràng bằng thủ thuật Kocher.

Bước 2: giải phóng cuống gan, cắt túi mật, cắt ngang qua ống mật chủ.

Bước 3: cắt dưới môn vị dạ dày 2cm, thắt động mạch vị tá tràng.

*Bệnh viện Bạch mai

Chịu trách nhiệm chính:

Email: tranmanhhungngoaimb@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Bước 4: giải phóng quai hồng tràng đầu tiên, cắt ngang qua quai hồng tràng cách góc Treitz 15 – 20cm

Bước 5: tháo bắt chéo quai hồng tràng đầu tiên và bộc lộ bó mạch mạc treo tràng trên.

Bước 6: giải phóng cổ tụy khỏi tĩnh mạch cửa, cắt ngang tụy ở bờ trái của tĩnh mạch cửa.

Bước 7: cắt bỏ đầu tụy và nạo vét hạch.

Bước 8: lập lại lưu thông tiêu hóa bằng các miệng nối tụy ruột, mật ruột và tá hồng tràng trên cùng một quai ruột xuyên qua và ở phía trên mạc treo đại tràng ngang.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 5/2014 đến tháng 10/2017 chúng tôi đã phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng bảo tồn môn vị cho 70 trường hợp bao gồm 46 nam và 24 nữ, độ tuổi trung bình là 55,12, tuổi thấp nhất là 26, tuổi cao nhất là 80 tuổi trong đó có 60 trường hợp phẫu thuật mở và 10 trường hợp phẫu thuật có nội soi hỗ trợ.

Bảng 1. Vị trí tổn thương khi mở bụng

Vị trí tổn thương khi mở bụng	N	Tỉ lệ (%)
U Vater	28	40,0
U đầu tụy	30	42,8
U phần thấp ống mật chủ	09	12,9
U tá tràng	03	4,3
Tổng	70	100

Nhận xét: U đầu tụy và u bóng Vater hay gặp chiếm tỉ lệ 42,8% và 40,0%

Bảng 2. Kích thước ống mật chủ và ống tụy

Kích thước	Ống mật chủ	Ống tụy
Giãn	41 (58,6%)	31 (44,3%)
Không giãn	29 (41,4%)	39 (55,7%)
Tổng	70 (100%)	70 (100%)

Nhận xét: 58,6% TH có giãn ống mật chủ; 44,3% TH có giãn ống tụy

Bảng 3. Phương pháp nối tụy ruột

Kỹ thuật nối	N	Tỉ lệ (%)
Tận – tận	16	22,9
Tận – bên	54	77,1
Tổng	45	100

Nhận xét: Kỹ thuật nối tụy ruột tận bên được sử dụng nhiều hơn chiếm tỉ lệ 77,1%.

Bảng 4. Kết quả giải phẫu bệnh

Giải phẫu bệnh	n	Tỉ lệ (%)
U ác tính (n = 48)		
Ung thư bóng Vater	22	31,4
Ung thư đầu tụy	14	20,0
Ung thư phần thấp ống mật chủ	11	15,8
Ung thư tá tràng	1	1,4
U lành tính (n = 22)		
Cystadenoma đầu tụy	7	10,0

Viêm tụy mãn	9	12,9
U Vater loạn sản	4	5,7
U Gist tá tràng	2	2,8
Tổng	70	100

Nhận xét: Tỉ lệ u ác tính là 68,6%, trong đó u Vater và u đầu tụy hay gặp; tỉ lệ u lành tính là 31,4% trong đó viêm tụy mãn và nang đầu tụy hay gặp.

Bảng 5. Biến chứng của phẫu thuật

Biến chứng	n	Tỉ lệ (%)
Rò miệng nối tụy ruột (tử vong)	2	2,8
Chảy máu sớm sau mổ (tử vong)	1	1,4
Rò miệng nối mật ruột	3	4,3
Ap xe dưới hoành	1	1,4
Nhiễm trùng vết mổ	4	5,6
Chậm thoát lưu dạ dày	3	4,3
Viêm tụy sau mổ	1	1,4
Tổng	15	21,0

Nhận xét: rò miệng nối tụy ruột 2,8% là nguyên nhân gây tử vong chính.

IV. BÀN LUẬN

Chỉ định phẫu thuật: Câu hỏi đặt ra là nên sử dụng Whipple kinh điển hay Whipple cải tiến trong khi phẫu thuật Whipple đã trở thành quy chuẩn của sự lựa chọn trong nhiều thập kỷ để điều trị các tổn thương quanh đầu tụy tá tràng như ung thư đầu tụy, bóng Vater, phần thấp ống mật chủ... Các nghiên cứu so sánh sau đó cho thấy khả năng lấy bỏ hết tổn thương, thời gian sống thêm sau mổ cũng như thoát lưu dạ dày chậm giữa 2 nhóm là ngang nhau và thời gian phẫu thuật ngắn hơn, giảm lượng máu mất, tránh hội chứng sau cắt dạ dày, tăng cân sau phẫu thuật tốt hơn, chất lượng cuộc sống tốt hơn như là một ưu thế của phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng bảo tồn môn vị, vì vậy phẫu thuật này đã được các phẫu thuật viên sử dụng ngày càng nhiều, và được xem là sự lựa chọn điều trị ở nhiều trung tâm phẫu thuật tụy [4], [5], [7].

Nguyễn Minh Hải cắt khối tá tụy cho 101 trường hợp với 48 trường hợp được phẫu thuật Whipple kinh điển và 53 trường hợp được bảo tồn môn vị, tỉ lệ biến chứng chung là 26,7%, tỉ lệ tử vong là 3,9%. Nghiên cứu cũng chỉ ra không có sự khác biệt về tỉ lệ biến chứng và tử vong giữa 2 nhóm [2]. Văn Tân có 37 trường hợp được phẫu thuật kinh điển và 83 trường hợp được phẫu thuật Whipple cải tiến kết luận Whipple cải tiến tốt hơn Whipple kinh điển ở những điểm sau: Thời gian mổ ngắn, Lượng máu mất giảm, ngày nằm viện sau mổ giảm, các biến chứng, đặc biệt là dò tụy, suy dinh dưỡng và loét

miệng nổi giảm, tỷ lệ tử vong phẫu thuật và thời gian sống sau mổ như nhau [4].

Chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng bảo tồn môn vị cho tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu này. Về đặc điểm bệnh lý chúng tôi chỉ định cắt khối tá tụy do u bóng Vater là 28 TH (40%), u đầu tụy là 30 TH (42,8%), u phần thấp ống mật chủ là 9 TH (12,9%), u tá tràng 3 TH (4,3%). Kết quả giải phẫu bệnh được mô tả ở bảng 4 cho thấy trong tổng số 70 TH cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị của chúng tôi có 48 TH có kết quả giải phẫu bệnh là ác tính (68,6%), 22 TH xếp vào nhóm lành tính (31,1%). Trong nhóm lành tính có 9 TH viêm tụy mãn (12,9%) là các trường hợp đã có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng, còn lại là các u dạng nang hay giả nhú đầu tụy 7 TH (10%), u Vater nhầy nhú, loạn sản 4 TH (5,7%), Gist tá tràng 2 TH (2,8%) là các đối tượng được khuyến cáo nên cắt bỏ vì khả năng ác tính rất cao. Trong nhóm ác tính, tần suất hay gặp ở các vị trí trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là: U Vater, u đầu tụy, tiếp đến u phần thấp ống mật chủ, ít gặp hơn u tá tràng. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi tất cả các trường hợp có kết quả giải phẫu bệnh là ác tính đều được tìm tế bào ác tính tại diện cắt tá tràng và đều ghi nhận không tìm thấy tế bào ác tính ở đây.

Tỷ lệ tử vong sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 4,2% (3 TH), trong đó 2 TH do rò tụy, 1 TH chảy máu sớm sau mổ, tỷ lệ biến chứng là 16,8%. Biến chứng gặp nhiều nhất là nhiễm trùng vết mổ 4 TH (5,6%), chậm thoát lưu dạ dày 3 TH (4,3%), rò miệng nổi mật ruột 3 TH (4,3%), (bảng 5). Các nghiên cứu về phẫu thuật cắt khối tá tụy hiện nay đều có tỷ lệ tử vong dưới 5%, tỷ lệ biến chứng dưới 20% [5], [7]. Biến chứng chậm lưu thông dạ dày của chúng tôi gặp ở những bệnh nhân có từ hai biến chứng trở lên và chỉ cần điều trị nội khoa mà không phải mổ lại. Cũng như các tác giả khác chúng tôi cho rằng chậm lưu thông dạ dày không đơn thuần chỉ do thiếu máu nuôi môn vị mà còn do nhiều yếu tố trong đó có tình trạng biến chứng ổ bụng như rò tụy, rò mật, áp xe ổ bụng, viêm tụy sau mổ... các nghiên cứu gần đây cũng cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng này giữa 2 nhóm bảo tồn và không bảo tồn môn vị [4], [5].

Với kết quả bước đầu chúng tôi có được thì phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng bảo tồn môn vị chỉ định tốt cho các trường hợp bệnh lý vùng đầu tụy tá tràng chưa xâm lấn đến môn vị dạ dày

vì: Kỹ thuật vẫn đảm bảo lấy bỏ hết các tổn thương, dạ dày được bảo tồn vì vậy không có hậu quả sau cắt đoạn dạ dày, thời gian mổ được rút ngắn, số lượng máu mất ít hơn

Bàn về kỹ thuật: Chúng tôi cho rằng trong bất kỳ một cuộc phẫu thuật đầu tụy tá tràng nào thì việc đánh giá thương tổn và chỉ định có cắt bỏ hay không là hết sức quan trọng. Chúng tôi cho rằng thủ thuật Kocher để giải phóng vùng đầu tụy tá tràng xét khả năng cắt bỏ vẫn còn nguyên giá trị dù trong phẫu thuật Whipple kinh điển hay trong Whipple cải tiến. Điều khác duy nhất ở thì phẫu tích và cắt bỏ trong kỹ thuật bảo tồn môn vị đó là giữ lại 2 cm tá tràng dưới môn vị.

Lập lại lưu thông tiêu hóa: Sau giai đoạn phẫu tích, bóc tách, cắt bỏ được đầu tụy tá tràng thì việc lập lại lưu thông tiêu hóa là công đoạn rất quan trọng. Có 3 miệng nối cần phải hoàn thiện đó là miệng nối tụy, miệng nối mật và miệng nối tá tràng. Câu hỏi đặt ra là thực hiện các miệng nối này thế nào để đạt hiệu quả cao nhất đang là vấn đề vẫn chưa được thống nhất cao đặc biệt là miệng nối tụy: Nối tụy vào dạ dày hay nối tụy vào ruột, nối tụy ruột tận tận hay tận bên?

Nối tụy dạ dày hay tụy ruột: Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa có trường hợp nào được nối tụy vào dạ dày, tất cả các trường hợp đều được nối tụy vào ruột tận tận hay tận bên. Nhiều nghiên cứu khác, các tác giả cũng có những quan điểm, kỹ thuật khác nhau tuy nhiên hầu hết các tác giả đều khẳng định không có sự khác biệt về tỷ lệ rò giữa 2 phương pháp nối.

Gouma cắt khối tá tụy cho 163 trường hợp thì không có TH nào được nối tụy dạ dày, tất cả 163 trường hợp được nối tụy ruột 2 lớp và có 145 trường hợp (89%) được dẫn lưu ống tụy, 18 trường hợp (11%) không đặt dẫn lưu [6].

Chúng tôi cho rằng không có một phương pháp nối tụy nào hoàn thiện cho tất cả các bệnh nhân, các phẫu thuật viên về tụy cần phải có kinh nghiệm và biết kỹ về các kỹ thuật nối phù hợp với từng trường hợp cụ thể để có được sự thành công cao nhất. Cũng như các tác giả, trong quá trình phẫu thuật chúng tôi thấy ở những bệnh nhân có tổ chức tụy viêm, xơ chắc, ống tụy giãn có tỷ lệ rò tụy sau mổ thấp hơn ở những bệnh nhân có tổ chức tụy mềm, rã rách khi khâu.

Nối Tụy ruột tận bên hay tận tận: Trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành nối tụy ruột tận tận cho 16 trường hợp (22,9%), nối tụy ruột tận bên cho 54 trường hợp (77,1%). Chúng tôi thấy rằng nối tụy ruột tận tận thuận lợi hơn ở

những trường hợp có móm tụy còn lại nhỏ, nhu mô tụy chắc, những trường hợp có móm tụy còn lại lớn việc lồng móm tụy vào lòng ruột gặp khó khăn hơn, thậm trí không thể lồng tụy vào lòng ruột được. Một điều cần chú ý khi nối kiểu tận đó là cần phải cầm máu mặt cắt tụy kỹ bằng chỉ vì mặt cắt tụy rất dễ chảy máu khi tiếp xúc với các men của ruột. Đối với phương pháp nối tụy ruột tận bên kiểu khâu ống tụy với niêm mạc ruột thuận lợi hơn ở những trường hợp có ống tụy giãn > 3mm, gặp khó khăn hơn ở những trường hợp có ống tụy không giãn < 3mm. Tuy nhiên phương pháp này hạn chế được những khuyết điểm của nối tụy ruột tận tận đó là khó khăn khi lồng tụy vào ruột và hầu như không có biến chứng chảy máu miệng nối tụy ruột. Chúng tôi cho rằng nếu có ống tụy giãn nên nối tụy ruột theo kiểu tận bên. Nếu ống tụy không giãn thì xét đến kích thước móm tụy còn lại: nếu kích thước móm tụy lớn thì nối tụy ruột theo kiểu tận bên, nếu kích thước móm tụy nhỏ thì nối tụy ruột theo kiểu tận tận.

Miệng nối mật ruột và miệng nối tá hỗng tràng: Cũng như các tác giả khác miệng nối mật ruột được hoàn thiện bằng kỹ thuật nối ống gan chung hỗng tràng tận bên cách miệng nối tụy ruột 10 - 15 cm bằng mũi liên tục hoặc mũi rời, đặt dẫn lưu miệng nối ở 15 TH (21,4%) và không dẫn lưu 40 TH (78,6%). Chúng tôi đặt dẫn lưu Kehr hoặc đặt dẫn lưu kiểu Voelker khi đường mật không giãn, thành đường mật mỏng. Miệng nối tá hỗng tràng tận bên cách miệng nối mật ruột 20cm ở phía trên mạc treo đại tràng ngang.

Tóm lại kỹ thuật lập lại lưu thông tiêu hóa sau cắt đầu tụy tá tràng bảo tồn môn vị được chúng

tôi hoàn thiện là tất cả các miệng nối đều được thực hiện trên cùng một quai ruột xuyên qua và ở phía trên mạc treo đại tràng ngang.

V. KẾT LUẬN

Cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị được chỉ định tốt để điều trị cho các khối u vùng đầu tụy tá tràng và quanh bóng Vater chưa xâm lấn môn vị dạ dày. Lập lại lưu thông tiêu hóa trên cùng một quai ruột hiệu quả và an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Bích (2012), "phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng, kinh nghiệm trên 160 trường hợp" Ngoại khoa 61, số 1 - 2 - 3 tr 34- 42
2. Nguyễn Minh Hải, Lâm Việt Trung, Hồ Sĩ Minh, Đoàn Tiến Mỹ, Hồ Cao Vũ (2004) " phẫu thuật cắt khối tá tụy cho bệnh lý đầu tụy và quanh nhú Vater tại bệnh viện Chợ Rẫy trong 6 năm 101 trường hợp" Y học thành phố Hồ Chí Minh , tập 8, tr 113- 118.
3. Trịnh Hồng Sơn, phạm Thế Anh (2010), " Kết quả cắt khối tá tụy kinh nghiệm cá nhân qua 79 trường hợp", Y học thực hành số 4 tr 89- 92.
4. Văn Tân, Lê Bá Hùng và CS (2015), "chỉ định và lợi ích phẫu thuật Whipple cải tiến điều trị bệnh lý vùng mật - tụy - tá tràng", Y học thành phố Hồ Chí Minh
5. Diener MK, Fitzmaurice C, Schwarzer G et al (2015), "Pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy (ppWhipple) versus pancreaticoduodenectomy (classicWhipple) for surgical treatment of perampullary and pancreatic carcinoma", The Cochrane Library, 11, 1-58.
6. Gouma DJ, Nieveen van Dijkum EJ, Obetop H (1999), "The standard diagnostic work - up and surgical treatment of pancreatic head tumors", Eur j Surg Oncol , 25,113 - 123
7. Khe T.C. Tran, Hans G. Smeenk, Casper H. J. Van Eijck, et al (2004), "pylorus preserving pancreateoduodenectomy versus standard Whipple procedure" Annals of Sugery, 5, 240, 738 - 745.

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SỰ GIA TĂNG THỂ TÍCH KHỐI MÁU TỤ CỦA XUẤT HUYẾT NÃO

TÓM TẮT

Cơ sở: Sự gia tăng thể tích khối máu tụ và các yếu tố liên quan đến sự gia tăng thể tích khối máu tụ trong xuất huyết não nhân bèo chưa được nghiên cứu đầy đủ ở Việt Nam. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ gia tăng

Ngô Thị Kim Trinh¹, Nguyễn Huy Thăng²

thể tích khối máu tụ và các yếu tố liên quan đến sự gia tăng thể tích khối máu tụ của xuất huyết não nhân bèo. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, cắt ngang mô tả trên 142 BN xuất huyết não nhân bèo trong vòng 12 giờ đầu sau khởi phát triệu chứng nhập bệnh viện Nhân Dân 115 thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian từ tháng 4 đến tháng 12 năm 2012. **Kết quả:** Tỷ lệ gia tăng thể tích khối máu tụ là 35,2%. Trong nhóm BN có gia tăng thể tích khối máu tụ: thời gian từ lúc khởi phát đột quỵ đến khi nhập viện trung bình là 5,34±3,40 giờ, còn ở nhóm không có gia tăng thể tích khối máu tụ là 6,75±3,58 giờ (p=0,024). HATT lúc nhập viện, HATTTr lúc nhập viện, HATB lúc nhập viện và trung bình HATT trong 24 giờ

¹Khoa Bệnh lý Mạch máu não, BV.Nhân Dân 115,
²BM Nội Thần Kinh, ĐHYK Phạm Ngọc Thạch TP.HCM
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Thăng
Email: nguyenhuythang115@gmail.com
Ngày nhận bài: 11.9.2017
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2017
Ngày duyệt bài: 21.11.2017

đầu nhập viện (mmHg) ở nhóm BN có gia tăng thể tích khối máu tụ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không gia tăng ($p < 0,05$). Tỷ lệ BN có số lượng tiểu cầu $\leq 150 \times 10^3/\text{mm}^3$ trong nhóm có gia tăng thể tích khối máu tụ chiếm 60% cao hơn nhiều so với nhóm BN không có gia tăng thể tích khối máu tụ (13%). Ngược lại, những BN có số lượng tiểu cầu ($>150-400$) $\times 10^3/\text{mm}^3$ trong nhóm có gia tăng thể tích khối máu tụ chiếm tỷ lệ (40%) thấp hơn so với nhóm BN không có gia tăng thể tích khối máu tụ (87%), với $p < 0,001$; OR=10; CI 95%: 4,362-22,924. Thể tích khối máu tụ trung bình (V) trên phim chụp CT scan sọ não lần một của mẫu chung là $22,38 \pm 12,19$ (cm^3), với giá trị nhỏ nhất là $5,25 \text{ cm}^3$ và lớn nhất là $56,82 \text{ cm}^3$. V_1 trung bình trong hai nhóm BN có và không có gia tăng thể tích khối máu tụ tương đương nhau ($21,78 \pm 11,18$ và $22,71 \pm 12,75$; $p=0,667$). V_2 trung bình của nhóm BN có gia tăng thể tích khối máu tụ là $41,05 \pm 27,40 \text{ cm}^3$ và của nhóm không có gia tăng thể tích là $23,96 \pm 14,36 \text{ cm}^3$ ($p < 0,001$). **Kết luận:** Tỷ lệ BN có gia tăng thể tích khối máu tụ của xuất huyết não nhân bèo trong giai đoạn cấp là 35,2%. Huyết áp tâm thu lúc nhập viện ≥ 180 mmHg, trung bình huyết áp tâm thu trong suốt 24 giờ đầu sau nhập viện ≥ 160 mmHg, thời gian từ lúc khởi phát đột quỵ đến khi nhập viện sớm trong 6 giờ đầu, số lượng tiểu cầu thấp $\leq 150 \times 10^3/\text{mm}^3$, AST ≥ 40 UI/L và hình dạng khối máu tụ có bờ không đều trên phim CT scan sọ não lần đầu có liên quan với sự gia tăng thể tích khối máu tụ ở BN XHN nhân bèo trong giai đoạn cấp.

Từ khóa: xuất huyết não nhân bèo, gia tăng thể tích khối máu tụ, tăng huyết áp.

SUMMARY

THE FACTORS ASSOCIATED WITH THE HEMATOMA GROWTH IN INTRACRANIAL HEAMORRHAGE

Background: the hematoma growth and factors associated with the hematoma growth in putaminal hemorrhage has not been fully investigated in Viet Nam. **Objects:** to define the proportion of the hematoma growth and factors associated with the hematoma growth in putaminal hemorrhage. **Subjects and research method:** a prospective observational study, included 142 patients with putaminal hemorrhage within the first 12 hours after the onset of symptoms admitted to the People 115 hospital in Ho Chi Minh city from April to December, 2012. **Results:** the hematoma growth occurred in 35.2% of putaminal hemorrhage patients. The interval between symptom onset and admitted to hospital (mean $\pm$ SD 5.34 ± 3.40 hours versus 6.75 ± 3.58 hours, $p=0.024$) in patients with hematoma growth compared with those without. Admission systolic blood pressure (SBP), diastolic blood pressure (DBP), mean arterial blood pressure (MAP) and the mean of all the scheduled SBP measurements within the first 24 hours after admitted (mmHg) of the hematoma growth group was significantly higher statistically compared to the non hematoma growth- group ($p < 0.05$). The proportion of patients having a platelet count $\leq 150 \times 10^3/\text{mm}^3$ in the hematoma growth group was much greater than in the non hematoma growth- group

(60% versus 13%). In contrast, the proportion of patients having platelet count ($>150-400 \times 10^3/\text{mm}^3$) in the hematoma growth group was much lower than in the non hematoma growth- group (40% versus 87%), $p < 0.001$, OR=10, CI 95%: 4.362-22.924. The mean volume of hematoma at baseline CT scan (V_1) was 22.38 ± 12.19 (cm^3), with the lowest value of 5.25 cm^3 and the highest value of 56.82 cm^3 . Mean V_1 in 2 patient groups with and without hematoma growth was equivalent (21.78 ± 11.18 versus 22.71 ± 12.75 , $p=0.667$). Mean V_2 of the hematoma growth group was obviously greater in the hematoma growth group than in the non hematoma growth ($41.05 \pm 27.40 \text{ cm}^3$ versus $23.96 \pm 14.36 \text{ cm}^3$, $p < 0.001$). **Conclusion:** the proportion of patients having a hematoma growth in putamen hemorrhage in the acute phase was 35.2%. The SBP at admission is ≥ 180 mmHg; mean of all SBP measurements within the first 24 hours after admitted was ≥ 160 mmHg; the interval between symptom onset and admitted to hospital within 6 hours, platelet count being as low as $\leq 150 \times 10^3/\text{mm}^3$, AST ≥ 40 UI/L and the appearance of hemorrhagic mass having an irregular margin at baseline CT scan were associated with the hematoma growth in putaminal hemorrhage in the acute phase.

Key words: putaminal hemorrhage, hematoma growth, hypertension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trước đây, người ta cho rằng xuất huyết não (XHN) xảy ra đơn pha và rất ít hoặc không có chảy máu thêm. Tuy nhiên, những nghiên cứu lâm sàng và hình ảnh học gần đây cho thấy có xảy ra tình trạng gia tăng thể tích của khối máu tụ và sự gia tăng này chiếm tỷ lệ khoảng 14-38% các trường hợp XHN. Phần lớn các trường hợp gia tăng thể tích khối máu tụ xảy ra trong 24 giờ đầu [1],[2]. Sự gia tăng thể tích khối máu tụ cùng với một số yếu tố khác có ý nghĩa độc lập xác định tiên lượng tử vong và dự hậu xấu về chức năng ở những BN sau XHN [3].

Các yếu tố liên quan đến sự gia tăng thể tích khối máu tụ trong XHN như việc sử dụng warfarin, aspirin, bệnh lý gan, nồng độ fibrinogen thấp, rối loạn đông máu, nghiện rượu, tiền sử có nhồi máu não trước đó, thể tích khối máu tụ lớn, điểm Glasgow ≤ 8 điểm và có rối loạn ý thức đã được đề cập đến trong nhiều nghiên cứu [4],[5]. Tuy nhiên, tại Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu nào đầy đủ về vấn đề này. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ gia tăng thể tích khối máu tụ và các yếu tố liên quan đến sự gia tăng thể tích khối máu tụ của xuất huyết não nhân bèo.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 142 BN XHN nhân bèo nhập BV Nhân Dân 115 thành phố Hồ Chí

Minh trong thời gian từ tháng 4 đến tháng 12 năm 2012 thỏa các tiêu chuẩn sau: nhập viện trong vòng 12 giờ đầu tính từ lúc khởi phát đột quỵ. XHN nhân bèo được chẩn đoán dựa vào thiếu sót thần kinh và hình ảnh xuất huyết vùng nhân bèo trên CT sọ não không cản quang; điểm Glasgow lúc nhập viện ≥ 8 điểm; BN phải được chụp CT scan mạch máu não trong vòng 24 giờ sau CT scan sọ não không có cản quang lần một và chụp lại CT scan không cản quang lần hai sau CT lần một 48 giờ.

Tiêu chuẩn loại trừ: XHN có thời gian khởi phát không rõ hoặc hơn 12 giờ; tiền sử đột quỵ; điểm Glasgow lúc nhập viện < 8 điểm; dị ứng với thuốc cản quang; creatinin máu $> 1,4$ mg/dL; sử dụng thuốc cản quang trong vòng 24 giờ; vị trí ngoài nhân bèo hoặc XHN thứ phát do chấn thương đầu; vỡ dị dạng mạch máu não, u não, sử dụng thuốc kháng đông, kháng kết tập tiểu cầu hoặc thuốc tiêu huyết khối; tử vong hoặc được phẫu thuật lấy khối máu tụ trong vòng 24 giờ.

Phương pháp nghiên cứu:

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

Các biến số thu thập trong nghiên cứu: Các yếu tố lâm sàng như: tuổi (năm), giới tính, tiền sử tăng huyết áp, thời gian từ lúc khởi phát đột quỵ đến khi nhập viện (giờ), điểm Glasgow lúc nhập viện (điểm), các yếu tố huyết áp (mmHg) bao gồm huyết áp tâm thu (HATT), huyết áp tâm trương (HATTr), huyết áp trung bình (HATB) lúc nhập viện và tại các thời điểm 6 giờ, 12 giờ, 18 giờ, 24 giờ; HATT tối đa, HATTr tối đa và HATB tối đa ứng với các khoảng thời gian từ lúc nhập viện đến 6 giờ, 6-12 giờ, 12-18 giờ và 18-24 giờ; và trung bình HATT, trung bình HATTr trong suốt 24 giờ đầu sau nhập viện.

Các yếu tố cận lâm sàng như: các xét nghiệm máu khẩn lúc nhập viện bao gồm đường huyết lúc nhập viện (mg/dL), thời gian Prothrombin (giây), thời gian hoạt hóa Thromboplastin từng

phần (giây), số lượng tiểu cầu ($\times 10^3/\text{mm}^3$), men gan: AST (UI/L), ALT (UI/L). Hình ảnh CT scan sọ não: hình dạng của khối máu tụ (bờ đều hay không đều), tràn máu não thất trên CT scan sọ não (có/không), dấu hiệu Spot trên CT mạch máu não (có/không).

Đo thể tích khối máu tụ: theo công thức $V = (A \times B \times C) / 2$ [6] trong đó A là đường ngang lớn nhất của lát cắt có khối máu tụ lớn nhất; B là đường kính dọc lớn nhất đo vuông góc với A trên cùng một lát cắt có khối máu tụ lớn nhất; và C là tổng số lát cắt có chứa máu. C được tính bằng cách so sánh mỗi lát cắt có chứa máu với lát cắt có khối máu tụ lớn nhất đã chọn trước đó. Nếu kích thước của khối máu tụ của lát cắt được chọn lớn hơn 75% kích thước khối máu tụ của lát cắt lớn nhất đã chọn thì được tính là 1; khoảng 25%-75% là 0,5 và cuối cùng nếu nhỏ hơn 25% thì không được tính. Như vậy giá trị C được tính bằng cách cộng các giá trị đã xác định ở trên. A, B, C được tính theo đơn vị centimet (cm) và thể tích của khối máu tụ được tính bằng đơn vị cm^3 .

Dấu hiệu Spot (spot sign): là dấu hiệu thoát mạch của chất cản quang trên phim chụp CT mạch máu não, được quan sát ở cửa sổ phim CT scan điều chỉnh với độ rộng của cửa sổ là 200 và trung tâm là 110 (width 200, level 110).

Xử lý số liệu: các dữ kiện được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 16.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

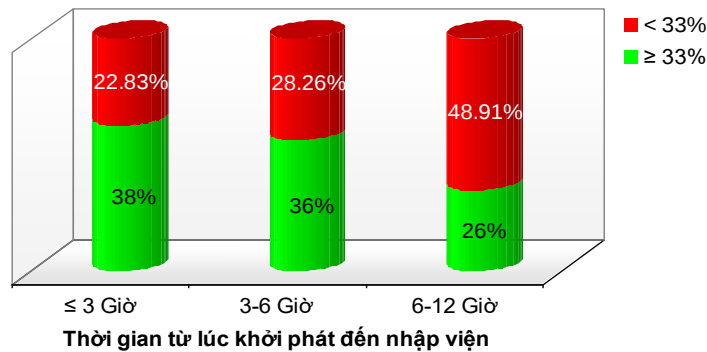
Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 4 đến tháng 12 năm 2012, chúng tôi thu nhận được 142 BN XHN nhân bèo thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào phân tích. Trong đó có 132 (93%) BN được chụp CT mạch máu não. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Các thông số	
Tổng số BN (người)	142
Nam giới (%)	59,9
Tuổi (năm), TB $\pm$ SD	55,37 $\pm$ 11,78
Tiền sử tăng huyết áp (%)	74,6
Điểm Glasgow lúc nhập viện (điểm), TB $\pm$ SD	12,87 $\pm$ 2,15
HATT lúc nhập viện (mmHg), TB $\pm$ SD	170,86 $\pm$ 26,17
HATTr lúc nhập viện (mmHg), TB $\pm$ SD	89,08 $\pm$ 15,20
Thời gian Prothrombin (giây), TB $\pm$ SD	12,63 $\pm$ 1,07
Thời gian hoạt hoá Thromboplastin từng phần (giây), TB $\pm$ SD	28,83 $\pm$ 3,86
Giá trị AST (UI/L), TB $\pm$ SD	44,30 $\pm$ 35,02
Giá trị ALT (UI/L), TB $\pm$ SD	34,15 $\pm$ 24,10

Thể tích khối máu tụ lần 1: V_1 (cm ³), TB $\pm$ SD	22,38 $\pm$ 12,19
Thể tích khối máu tụ lần 2: V_2 (cm ³), TB $\pm$ SD	29,98 $\pm$ 21,47
Số lượng tiểu cầu ($\times 10^3$ /mm ³), TB $\pm$ SD	204,16 $\pm$ 74,35
Gia tăng thể tích khối máu tụ n (%)	50 (35,2)

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam giới chiếm tỉ lệ 59,9% và nữ giới chiếm 40,1%. Trong nhóm có gia tăng thể tích khối máu tụ, nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn gấp hai lần so với nữ giới (68% so với 32%), còn ở nhóm không có gia tăng thể tích khối máu tụ tỉ lệ nam cao hơn nữ không nhiều (56,5% so với 43,5%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, với $p=0,145$.



Biểu đồ 1. Tỉ lệ BN có và không có gia tăng thể tích khối máu tụ theo thời gian

Thời gian từ lúc khởi phát đột quỵ đến khi nhập viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 6,25 $\pm$ 3,57 giờ. Trong nhóm BN có gia tăng thể tích khối máu tụ có thời gian từ lúc khởi phát đột quỵ đến khi nhập viện trung bình là 5,34 $\pm$ 3,40 giờ, còn ở nhóm không có gia tăng thể tích khối máu tụ là 6,75 $\pm$ 3,58 giờ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,024$.

Bảng 2. Các yếu tố huyết áp và sự gia tăng thể tích khối máu tụ.

Các yếu tố huyết áp (mmHg)	Gia tăng thể tích $\geq 33\%$		p
	Có	Không	
HATT: Lúc nhập viện	185,60 $\pm$ 28	162,85 $\pm$ 21,21	<0,001
HATT _r : Lúc nhập viện	93,40 $\pm$ 14,23	86,74 $\pm$ 15,27	0,012
HATB: Lúc nhập viện	124,13 $\pm$ 15,11	112,11 $\pm$ 14,65	<0,001
Huyết áp tối đa trong 24 giờ đầu			
Huyết áp tâm thu tối đa	178 $\pm$ 24,83	175,22 $\pm$ 20,18	0,471
Huyết áp tâm trương tối đa	104,40 $\pm$ 14,02	104,35 $\pm$ 13,37	0,983
Trung bình huyết áp trong 24 giờ đầu			
Huyết áp tâm thu	160,84 $\pm$ 14,05	152,84 $\pm$ 14,78	0,002
Huyết áp tâm trương	91,52 $\pm$ 9,06	88,96 $\pm$ 8,21	0,090

Kết quả nghiên cứu cho thấy HATT lúc nhập viện, HATT_r lúc nhập viện, HATB lúc nhập viện và trung bình HATT trong 24 giờ đầu nhập viện (mmHg) ở nhóm BN có gia tăng thể tích khối máu tụ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không gia tăng.

Bảng 3. Các xét nghiệm máu trong hai nhóm BN có và không gia tăng thể tích máu tụ tro

Xét nghiệm máu	Gia tăng thể tích	Trung bình	p
PT (giây)	Có	12,76 $\pm$ 1,13	0,272
	Không	12,55 $\pm$ 1,04	
aPTT (giây)	Có	29,49 $\pm$ 3,60	0,137
	Không	28,48 $\pm$ 3,97	
Tiểu cầu (10^3 /mm ³)	Có	178,92 $\pm$ 85,29	<0,006
	Không	217,88 $\pm$ 64,09	
AST (UI/L)	Có	62,08 $\pm$ 47,63	<0,001
	Không	34,63 $\pm$ 20,25	
ALT (UI/L)	Có	38,62 $\pm$ 30,43	0,152
	Không	31,71 $\pm$ 19,26	
Đường huyết lúc nhập viện (mg/dL)	Có	146,56 $\pm$ 58,26	0,405
	Không	138,83 $\pm$ 49,45	

Kết quả phân tích cho thấy: tỉ lệ BN có số lượng tiểu cầu $\leq 150 \times 10^3/\text{mm}^3$ trong nhóm có gia tăng thể tích khối máu tụ chiếm tỉ lệ (60%) cao hơn nhiều so với nhóm BN không có gia tăng thể tích khối máu tụ (13%). Ngược lại, những BN có số lượng tiểu cầu ($>150-400$) $\times 10^3/\text{mm}^3$ trong nhóm có gia tăng thể tích khối máu tụ chiếm tỉ lệ (40%) thấp hơn so với nhóm BN không có gia tăng thể tích khối máu tụ (87%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001$; OR=10; CI 95%: 4,362-22,924.

Thể tích khối máu tụ trung bình trên phim chụp CT scan sọ não lần một của mẫu chung là $22,38 \pm 12,19$ (cm^3), với giá trị nhỏ nhất là $5,25 \text{ cm}^3$ và lớn nhất là $56,82 \text{ cm}^3$. Chúng tôi ghi nhận V_1 trung bình trong hai nhóm BN có và không có gia tăng thể tích khối máu tụ tương đương nhau ($21,78 \pm 11,18$ và $22,71 \pm 12,75$; $p=0,667$). V_2 trung bình của nhóm BN có gia tăng thể tích khối máu tụ là $41,05 \pm 27,40 \text{ cm}^3$ và của nhóm không có gia tăng thể tích là $23,96 \pm 14,36 \text{ cm}^3$ ($p < 0,001$).

Bảng 4. Các biến có ý nghĩa thống kê qua phân tích đơn biến:

Các biến có ý nghĩa thống kê	p	OR	CI 95%
Thời gian từ khởi phát đột quỵ đến nhập viện ≤ 6 giờ	0,008	2,725	1,284-5,784
HATT lúc nhập viện $\geq 180 \text{ mmHg}$	$<0,001$	8,964	3,866-20,787
HATTr lúc nhập viện (mmHg)	0,012		1,480-11,842
HATB lúc nhập viện (mmHg)	$<0,001$		6,879-17,170
HATT trong 24 giờ đầu sau nhập viện $\geq 160 \text{ mmHg}$	$<0,001$	3,862	1,869-7,981
HATTr trong 24 giờ đầu sau nhập viện $\geq 100 \text{ mmHg}$	0,009	3,189	1,295-7,853
Số lượng tiểu cầu $\leq 150 \times 10^3/\text{mm}^3$	$<0,001$	10	4,362-22,924
AST $\geq 40 \text{ UI/L}$	0,009	2,550	1,255-5,182
Hình dạng khối máu tụ có bờ không đều	0,001	3,461	1,671-7,168
Spot sign trên phim CTA	0,003	4,514	1,568-13

Tất cả mười biến có ý nghĩa thống kê trong phân tích đơn biến ở trên được đưa vào để phân tích hồi quy binary logistic. Kết quả phân tích hồi quy đa biến nhị phân logistic (Binary Logistic) cho thấy có sáu biến có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Sự gia tăng thể tích khối máu tụ của XHN trong giai đoạn cấp làm tăng nguy cơ diễn biến lâm sàng xấu đi gấp 5 lần và là một nguyên nhân gây tử vong cho BN. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 142 BN XHN nhân bào nhập BV Nhân dân 115 trong vòng 12 giờ tính từ khi khởi phát đột quỵ và ghi nhận tỉ lệ gia tăng thể tích khối máu tụ sau hai lần chụp CT scan sọ não cách nhau trong vòng 24 giờ là 35,2%. Tỉ lệ ghi nhận từ nhiều nghiên cứu là 14%-38% [1],[2].

Tác giả Brott và cs [1] nghiên cứu trên 103 BN XHN và ghi nhận tỉ lệ BN có gia tăng thể tích khối máu tụ là 38%, trong đó 26% BN có gia tăng thể tích khối máu tụ xảy ra giữa hai lần chụp CT scan sọ não lần đầu và lần hai tại thời điểm 1 giờ sau đó và 12% BN có gia tăng thể tích khối máu tụ giữa CT scan chụp tại thời điểm 1 giờ và 20 giờ. Nghiên cứu cũng sử dụng tiêu chuẩn gia tăng thể tích khối máu tụ là $\geq 33\%$ giữa hai lần chụp CT scan sọ não. Kết quả có 21,1% BN có gia tăng thể tích khối máu tụ. Trái lại, Fujii và cs [2] đã định nghĩa sự gia tăng thể tích khối máu tụ trong XHN là khi thể tích khối máu tụ ở phim CT scan sọ não lần hai tăng $>50\%$ so với lần đầu (1,5 lần) và $>2 \text{ cm}^3$ hoặc

thể tích khối máu tụ tăng $>20 \text{ cm}^3$ giữa hai lần CT scan sọ não.

Thời gian từ lúc khởi phát đến khi nhập viện trong nghiên cứu của chúng tôi là $6,25 \pm 3,57$ giờ. So với nghiên cứu của Brott và cs [1] với tiêu chuẩn chọn bệnh là những BN XHN có thời gian từ lúc khởi phát đột quỵ đến khi chụp CT scan sọ não lần đầu trong vòng 3 giờ nên khoảng thời gian này của họ rất ngắn 89 ± 37 phút. Tác giả Maruishi và cs chọn những BN XHN nhập viện trong vòng 24 giờ đầu sau khởi phát đột quỵ và ghi nhận thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng đến khi chụp CT scan sọ não lần đầu là $4,1 \pm 3,8$ giờ.

Với huyết áp tâm trương lúc nhập viện là $89,08 \pm 15,20 \text{ mmHg}$, chúng tôi nhận thấy ở nhóm BN XHN nhân bào có gia tăng thể tích khối máu tụ có HATTr lúc nhập viện cao hơn so với nhóm không có gia tăng thể tích ($93,40 \pm 14,23 \text{ mmHg}$ so với $86,74 \pm 15,27 \text{ mmHg}$; $p=0,012$). Tác giả Brott và cs [1] ghi nhận HATTr lúc nhập viện là $109 \pm 22 \text{ mmHg}$ cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, yếu tố này phân bố trong hai nhóm BN có và không có gia tăng thể tích khối máu tụ tương đương nhau ($110 \pm 18 \text{ mmHg}$ so với $108 \pm 28 \text{ mmHg}$).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng

tiểu cầu trung bình là $(204,16 \pm 74,35) \times 10^3/\text{mm}^3$ với giá trị thấp nhất là $72 \times 10^3/\text{mm}^3$ và cao nhất là $386 \times 10^3/\text{mm}^3$. Số lượng tiểu cầu trung bình trong nhóm BN có gia tăng thể tích khối máu tụ thấp hơn so với nhóm không gia tăng thể tích khối máu tụ: $(178,92 \pm 85,29) \times 10^3/\text{mm}^3$ so với $(217,88 \pm 64,08) \times 10^3/\text{mm}^3$, với $p < 0,006$. Kết quả nghiên cứu trước đây [6] cho thấy số lượng tiểu cầu trung bình của mẫu chung là $(212,3 \pm 57,41) \times 10^3/\text{mm}^3$ và trong nhóm BN có gia tăng thể tích khối máu tụ số lượng này là $(183,8 \pm 51,50) \times 10^3/\text{mm}^3$ thấp hơn so với nhóm không có gia tăng thể tích khối máu tụ $(229,32 \pm 54,35) \times 10^3/\text{mm}^3$. Sự khác biệt này cũng có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$.

Nghiên cứu của chúng tôi, những BN có số lượng tiểu cầu $\leq 150 \times 10^3/\text{mm}^3$ trong nhóm có gia tăng thể tích khối máu tụ chiếm tỉ lệ (60%) cao hơn so với nhóm BN không có gia tăng thể tích khối máu tụ (13%). Ngược lại, những BN có số lượng tiểu cầu $(> 150-400) \times 10^3/\text{mm}^3$ trong nhóm có gia tăng thể tích khối máu tụ chiếm tỉ lệ (40%) thấp hơn so với nhóm BN không có gia tăng thể tích khối máu tụ (87%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001$; OR=10; CI 95%: 4,362-22,924. Kết quả phân tích binary logistic cho thấy số lượng tiểu cầu là yếu tố có ý nghĩa độc lập tiên đoán mạnh nhất sự gia tăng thể tích khối máu tụ với $p < 0,001$.

Chúng tôi ghi nhận trong hai nhóm BN có và không có gia tăng thể tích khối máu tụ có (V_1) tương đương nhau ($21,78 \pm 11,18$ và $22,71 \pm 12,75$; $p = 0,667$).

Khối máu tụ có bờ không đều được đánh giá dựa trên hình ảnh CT scan sọ não lần đầu chiếm tỉ lệ 48,6% trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi. Yếu tố này được nhận thấy trong nhóm BN có gia tăng thể tích khối máu tụ là 68% nhiều hơn có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$) so với nhóm BN không gia tăng thể tích khối máu tụ (38,04%). Sau khi phân tích binary logistic thì hình dạng khối máu tụ có bờ không đều cũng là yếu tố có giá trị tiên đoán độc lập đối với sự gia tăng thể tích khối máu tụ ($p = 0,014$).

Kết quả ghi nhận tỉ lệ BN có spot sign trong nghiên cứu của chúng tôi là 13,6%, thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu khác có thể do thời gian tiến hành chụp CTA muộn hơn nhiều (CTA chụp sau CT scan sọ não không cản quang trong vòng 24 giờ) và tiêu chuẩn đánh giá sự gia tăng thể tích khối máu tụ khác nhau. Điều này là do thực tế tại BV Nhân dân 115, BN chỉ được chụp CTA khi đã có kết quả chức năng thận trước khi

cho tiêm chất cản quang. Thêm nữa, những trường hợp BN thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu nhưng nhập viện vào những ngày cuối tuần thì thời gian để chụp CTA được hẹn chụp vào ngày thứ hai. Tuy vậy, theo kết quả nghiên cứu của Park và cs, tỉ lệ này là 16% (19/110 BN) và theo Thompson tỉ lệ spot sign ghi nhận được là 20-30% trong khoảng thời gian 3 đến 10 giờ sau khi xảy ra đột quỵ.

V. KẾT LUẬN

1. Tỉ lệ BN có gia tăng thể tích khối máu tụ của XHN nhân bèo trong giai đoạn cấp là 35,2%.

2. Các yếu tố lâm sàng có liên quan với sự gia tăng thể tích khối máu tụ ở BN XHN nhân bèo trong giai đoạn cấp là huyết áp tâm thu lúc nhập viện ≥ 180 mmHg, trung bình huyết áp tâm thu trong suốt 24 giờ đầu sau nhập viện ≥ 160 mmHg và thời gian từ lúc khởi phát đến khi nhập viện trong 6 giờ đầu.

3. Các yếu tố cận lâm sàng như: số lượng tiểu cầu thấp $\leq 150 \times 10^3/\text{mm}^3$, AST ≥ 40 UI/L và hình dạng khối máu tụ có bờ không đều trên phim CT scan sọ não lần đầu có liên quan với sự gia tăng thể tích khối máu tụ ở BN XHN nhân bèo trong giai đoạn cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brott T, Broderick J, Kothari R and et al (1997). "Early hemorrhage growth in patients with intracerebral hemorrhage," *Stroke*, 28, pp 1-5.
2. Fujii Y, Takeuchi S, Sasaki O and et al (1998). "Multivariate analysis of predictors of hematoma enlargement in spontaneous intracerebral hemorrhage," *Stroke*, 29, pp 1160-1166.
3. Davis S, Broderick J and et al (2006). "Hematoma growth is a determinant of mortality and poor outcome after intracerebral hemorrhage," *Neurology*, pp 1175-1181.
4. Fang MC, Go AS, Chang Y, Hylek EM, Henault LE, Jensvold NG, et al. (2007). "Death and disability from warfarin-associated intracranial and extracranial hemorrhages," *The American journal of medicine*, 120, pp 700-705.
5. Kazui S, Minematsu K, Yamamoto H and et al (1997). "Predisposing factors to enlargement of spontaneous intracerebral hematoma," *Stroke*, 28, pp 2370-2375.
6. Kothari RU, Brott T, Broderick JP and et al (1996). "The ABCs of measuring intracerebral hemorrhage volumes," *Stroke*, 27, pp 1304-1305.
7. Delgado Almandoz J E, Yoo AJ, Stone MJ, Schaefer PW, Goldstein JN, Rosand J, et al. (2009). "Systematic characterization of the computed tomography angiography spot sign in primary intracerebral hemorrhage identifies patients at highest risk for hematoma expansion: the spot sign score," *Stroke*, 40, pp 2994-3000.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA PHỤ NỮ SỬ DỤNG MIFEPRISTONE PHỐI HỢP MISOPROSTOL ĐỂ KẾT THÚC THAI NGHÉN TỪ 10 ĐẾN 20 TUẦN TUỔI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Vũ Văn Khanh¹, Phạm Huy Hiền Hào², Vũ Văn Du¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm của phụ nữ sử dụng mifepristone phối hợp với misoprostol để kết thúc thai nghén từ 10 đến 20 tuần tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 230 phụ nữ có thai từ 10 đến 20 tuần. **Kết quả:** tuổi trung bình của phụ nữ tham gia nghiên cứu $26,77 \pm 6,26$ tuổi; Phụ nữ chưa chồng phá thai chiếm 35,65%; Phụ nữ chưa có tiền sử phá thai lần nào là 74,78%; Phụ nữ chưa có con nào chiếm 60,43%; Lý do phá thai vì chưa có chồng là 38,26% và vì thai bất thường chiếm 35,22%. **Kết luận:** nhóm phụ nữ chưa có tiền sử phá thai lần nào chiếm tỷ lệ rất cao 74,78%, lý do phá thai vì chưa có chồng chiếm 38,26% và do thai bất thường chiếm tỉ lệ cao 35,22%.

Từ khóa: phá thai bằng thuốc, tiền sử phá thai, lý do phá thai

SUMMARY

SOME CHARACTERISTICS OF WOMEN USING MIFEPRISTONE PLUS MISOPROSTOL TO TERMINATE THE PREGNANCY FROM 10 TO 20 WEEKS OF AGE AT THE NATIONAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: To describe the characteristics of women using mifepristone plus misoprostol to terminate the pregnancy from 10 to 20 weeks.

Methods: cross-sectional descriptive study of 230 pregnant women requesting medical abortion between 10 and 20 weeks. **Results:** The mean age of the women participating in the study 26.77 ± 6.26 years; Of all participants: Unmarried women accounted for 35.65%; Women who had no previous abortion was 74.78%; nulliparity women accounted for 60.43%; Two most common reason for abortion are unmarried woman (38.26%) and abnormal pregnancies (35.22%). **Conclusion:** The group of women with no previous abortion accounted for 74.78%, the most frequent reasons for abortions is unmarried women (38.26%) and followed by abnormal pregnancy (35.22%).

Key words: medical abortion, previous abortion, reason of abortion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên toàn cầu, hàng năm có hơn 42 triệu ca

phá thai được thực hiện và 10-15% các trường hợp diễn ra trong khoảng thời gian ba tháng giữa, các biến chứng lớn thì chiếm tới hai phần ba của tất cả các trường hợp phá thai. Trong những năm gần đây phá thai ba tháng giữa chiếm tỷ lệ khá cao ở người trẻ tuổi, hoặc ở những người muốn giữ thai nhưng đến một mức độ nào đó phải bỏ vì thai bất thường, giới tính thai không theo ý muốn ...

Theo hướng dẫn quốc gia các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản 2009 Bộ Y tế thì có nhiều phương pháp phá thai từ 6 đến hết 22 tuần đã được áp dụng [1]. Tuy nhiên việc phá thai to có nhiều nguy cơ tổn thương cả về thể chất và tinh thần, có thể gây những hậu quả nghiêm trọng về sau như vô sinh, chửa ngoài tử cung... Chính vì điều đó mà các nhà khoa học trên thế giới luôn nghiên cứu tìm ra những phác đồ phá thai ba tháng giữa hiệu quả và an toàn nhất nhằm giảm tối đa các biến chứng do phá thai gây ra. Phác đồ mifepristone kết hợp với misoprostol cho thấy hiệu quả vượt trội trong phá thai. Gần đây ở Việt Nam đối tượng phụ nữ muốn phá thai to ngày càng nhiều, đặc biệt là các phụ nữ trẻ tuổi, chưa có chồng và chưa từng có sinh đẻ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Một số đặc điểm của phụ nữ sử dụng mifepristone phối hợp với misoprostol để kết thúc thai nghén từ 10 đến 20 tuần tuổi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.*" với mục tiêu sau: *Mô tả đặc điểm của phụ nữ sử dụng mifepristone phối hợp với misoprostol để kết thúc thai nghén từ 10 đến 20 tuần tuổi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Từ tháng 08/2015 đến hết tháng 09/2016

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phụ sản Trung ương (BVPSTU).

2.2. Đối tượng tham gia nghiên cứu:

230 phụ nữ có tuổi thai từ 10 đến hết 20 tuần sẽ được chọn từ số phụ nữ yêu cầu chấm dứt thai nghén được pháp luật cho phép và lựa chọn phá thai bằng thuốc, thỏa mãn các điều kiện tham gia nghiên cứu.

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

¹Bệnh viện Phụ sản trung ương

²Trường đại học y Hà nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Khanh

Email: bskhanh77@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2017

Ngày duyệt bài: 29.11.2017

3.1. Tuổi phụ nữ tham gia nghiên cứu**Bảng 3.1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu.**

Nhóm tuổi	N	%
< 20	25	10,87
20 – 24	71	30,87
25 – 29	66	28,70
30 – 34	41	17,82
35 – 39	18	7,83
≥ 40	9	3,91
Tổng số	230	100
$\bar{x} \pm SD$	26,77 ± 6,26	

Nhận xét: nhóm tuổi từ 20 đến 34 tuổi chiếm 77,39%, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất 16 và lớn tuổi nhất là 48.

3.2. Tình trạng hôn nhân**Bảng 3.2. Tình trạng hôn nhân của đối tượng.**

Tình trạng hôn nhân	n	%
Có chồng	143	62,17
Li hôn, góa	5	2,17
Chưa chồng	83	35,65
Tổng	230	100

Nhận xét: có tới 35,65% có trường hợp phá thai là chưa có chồng.

3.3. Lý do phá thai**Bảng 3.3. Lý do phá thai của phụ nữ tham gia nghiên cứu**

Lý do phá thai	n	%
Thai bất thường	81	35,22
Chưa chồng	88	38,26
Đủ con	50	21,74
Lí do khác	11	4,78
Tổng	230	100

Nhận xét: nhóm đối tượng chưa chồng chiếm tỷ lệ cao nhất 38,26%, trong đó có một số trường hợp đã từng có chồng nhưng hiện tại đơn thân.

3.4. Tiền sử phá thai**Bảng 3.4. Tiền sử phá thai của phụ nữ tham gia**

Tiền sử phá thai	n	%
Chưa lần nào	172	74,78
01 lần	38	16,52
≥ 02 lần	20	8,70
Tổng	230	100

Nhận xét: có tới 74,78% các trường hợp chưa từng phá thai

3.5. Tiền sử sinh đẻ**Bảng 3.7. Tiền sử sinh đẻ của phụ nữ tham gia**

Tiền sử sinh đẻ	n	%
Chưa có con	139	60,43
1 – 2 con	86	37,40
> 3 con	5	2,17
Tổng số	230	100

Nhận xét: có 60,43% các trường hợp tham gia nghiên cứu chưa có con nào.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Tuổi của phụ nữ tham gia nghiên cứu**

Trong nghiên cứu này, theo kết quả nghiên

cứ tại bảng 3.1 tuổi trung bình của nghiên cứu 26,77 ± 6,26 tuổi. Trong đó lứa tuổi < 20 chiếm 10,87%, trường hợp nhỏ nhất chỉ có 16 tuổi, còn đại đa số tuổi từ 20 – 34 chiếm tỷ lệ 77,39% điều này cùng hợp lý vì đây chính là độ tuổi sinh đẻ của người Việt Nam. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Hương (2011)[2] tại bệnh viện PSTU, lứa tuổi phá thai từ 13 – 22 tuần tập trung chủ yếu ở nhóm 20 - 24 tuổi chiếm tỷ lệ 42,31%, tuổi thấp nhất là 18. Một số nghiên cứu khác về lứa tuổi phá thai quý II cũng cho kết quả tương tự: Hamoda và cs (2005) [3] tuổi trung bình là 25 ± 6,7 tuổi; Tang .O. S (2008) tuổi trung bình là 25,1 ± 5,5 tuổi [4];

4.2. Đặc điểm về tình trạng hôn nhân và lý do phá thai: Trong nghiên cứu này, theo kết quả nghiên cứu tại bảng 3.2 số bệnh nhân chưa có chồng chiếm 35,65% còn lại đã có chồng chiếm tỷ lệ 62,1%. Cũng theo kết quả tại bảng 3.3 lý do phá thai vì chưa có chồng chiếm tỷ lệ cao nhất 38,26%, trong đó một số trường hợp mới ly hôn hoặc góa chồng; số trường hợp phá thai vì dị tật bất thường chiếm 35,22%; trường hợp phá thai do đã đủ con chiếm 21,4%.

So sánh với các tác giả thấy tỷ lệ chưa chồng phá thai quý II dao động từ 25,80% đến 68,70%. Có thể nhận thấy tỷ lệ phụ nữ chưa từng kết hôn trong các nghiên cứu có sự khác biệt khá rõ rệt. Trong nghiên cứu của Phan Thanh Nam số trường hợp chưa kết hôn chỉ chiếm tỷ lệ là 25,8%; Theo Nguyễn Thị Lan Hương (2011) tỷ lệ phụ nữ chưa kết hôn chiếm 54,61%, cũng theo tác giả các thai phụ đến phá thai với rất nhiều lý do khác nhau và hay gặp nhất là chưa có chồng chiếm 53,84%, thai bất thường chỉ chiếm 12,31% thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Theo nghiên cứu của Phan Thanh Hải (2008) cũng cho thấy lý do phá thai vì chưa kết hôn là cao nhất (47,4%), tiếp theo là thai bất thường (27,92), do giới tính (18,18%)[6]. Theo bảng 3.3 lý do phá thai vì thai bất thường chiếm tỷ lệ tới 35,22%. Gần đây nhờ sự tiến bộ của các phương pháp chẩn đoán trước sinh, tỷ lệ phá thai do thai bất thường đã tăng lên một cách đáng kể trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm đối tượng phá thai với lý do đủ con chiếm tới 21,40% thì không biết có bao nhiêu trường hợp phá thai vì giới tính? Đây là một vấn đề hết sức tế nhị và nhạy cảm, vì vậy hầu hết các thai phụ đều không muốn thừa nhận lý do này, chỉ có một số ít tiết lộ không chính thức về việc chẩn đoán cũng như đi phá thai vì giới tính. Chính điều này góp phần làm cho chênh lệch tỷ lệ giới

tính khi sinh ngày càng rõ rệt, nó sẽ gây ra hệ lụy vô cùng nguy hiểm sau này đối với xã hội.

4.3. Tiền sử sinh đẻ và và tiền sử phá thai

Theo kết quả bảng 3.5 số trường hợp chưa có con nào chiếm tỷ lệ cao là 60,43%, tiếp đó nhóm có 1 - 2 con chiếm tỷ lệ 37,40%. Như vậy số bệnh nhân còn có nhu cầu sinh đẻ chiếm tỷ lệ rất cao mà phá thai to có rất nhiều nguy cơ có thể ảnh hưởng tới việc sinh đẻ sau này. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Hương (2011) trường hợp chưa có con nào chiếm 63,32%; Tang .O. S (2008) nghiên cứu các trường hợp phá thai 12 – 20 tuần thì có 62% các trường hợp chưa có con nào; Tuy nhiên theo Kaur và cs (2015) nghiên cứu các trường hợp phá thai 13 – 20 tuần thì có 41,66% các trường hợp chưa có con nào. Cũng theo kết quả bảng 3.4. số trường hợp chưa phá thai lần nào chiếm tỷ lệ rất cao là 74,78 %, tiếp đó nhóm có tiền sử phá thai 1 lần chiếm tỷ lệ 16,52%; nhóm có có tiền sử phá thai từ 2 lần trở lên chỉ có 8,70%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Hương (2011) trường hợp chưa phá thai lần nào chiếm 66,15% - 70% và trường hợp phá thai > 2 lần chiếm 10,77%-7,69%; Kaur và cs (2015) nghiên cứu các trường hợp phá thai 13 – 20 tuần thì có 66,66% các trường hợp chưa phá thai lần nào và phá thai 1 đến 2 lần chiếm 31,25%. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi các trường hợp chưa có phá thai lần nào cao hơn nhiều so với các nghiên cứu của Tang .O. S (2008) là 50,7%.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình của phụ nữ tham gia nghiên cứu $26,77 \pm 6,26$ tuổi.

- Số phụ nữ chưa chồng phá thai chiếm 35,65%.

- 74,78% phụ nữ tham gia nghiên cứu chưa có tiền sử phá thai lần nào và nhóm chưa có con nào chiếm tới 60,43%.

- Phá thai do chưa chồng là 38,26% và do thai bất thường chiếm 35,22%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2009)**, "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản", ban hành kèm theo Quyết định số 4620/QĐ-BYT ngày 25/11/2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
2. **Nguyễn Thị Lan Hương (2011)** "Nghiên cứu hiệu quả phá thai từ 13 đến 22 tuần của misoprostol đơn thuần và mifepristone kết hợp misoprostol" *Luận án tiến sĩ y học* - Trường Đại học Y Hà Nội
3. **Hamoda et al. (2005)** "A randomized trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion at 13–20 weeks gestation." *Human Reproduction* 20.8: 2348-2354.
4. **Tang. O. S. (2008)**. "A randomized trial to compare two dosing intervals of misoprostol following mifepristone administration in second trimester medical abortion". *Human Reproduction*, 24(2), 320-324.
5. **Bharti. A (2016)**. "Efficacy of Vaginal Misoprostol in Second-trimester Abortion." *International Journal of Scientific Study* | March 2016 | Vol 3 | Issue 12.
6. **Phan Thanh Hải (2008)**, "Nghiên cứu một số lý do, đánh giá hiệu quả của Misoprostol trong phá thai từ 17 đến 22 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2008", *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II*, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Đặng Văn Hải (2015)** "Nghiên cứu xử trí thai dị dạng ở tuổi thai từ 13 đến 27 tuần được đình chỉ thai nghén tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương 2009". *Luận văn thạc sĩ y học*, Trường Đại học Y HN.

NGHIÊN CỨU SỰ THAY ĐỔI CHỨC NĂNG TẾ BÀO BÊTA, KHÁNG INSULIN SAU 24 THÁNG THAY ĐỔI LỐI SỐNG Ở NGƯỜI TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI NINH BÌNH

Đỗ Đình Tùng*, Tạ Văn Bình*

TÓM TẮT

*Viện Đái tháo đường và Rối loạn chuyển hóa – Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đình Tùng

Email: bsdinh tung@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2017

Ngày duyệt bài: 21.11.2017

Nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá sự thay đổi CNTB beta, kháng insulin, độ nhạy insulin sau 24 tháng can thiệp lối sống ở người tiền đái tháo đường (ĐTĐ) tại tỉnh Ninh Bình. Nhóm đối tượng 618 người tiền ĐTĐ chẩn đoán theo WHO-IDF 2010, tuổi trung bình $56,1 \pm 8,1$ được can thiệp thay đổi lối sống. Kết quả: Trung bình chỉ số insulin tăng, có sự khác biệt giữa nhóm tuân thủ và không tuân thủ ($p < 0,01$). Chỉ số HOMA2-IR tăng, ở nhóm tuân thủ thấp hơn nhóm không tuân thủ ($p < 0,01$). Chỉ số HOMA2-%S, HOMA2-%B tăng, tuy nhiên chưa thấy sự khác biệt giữa nhóm tuân thủ và không tuân thủ. Nhóm tăng chỉ số insulin

có nguy cơ mắc ĐTDĐ cao hơn 1,39 lần (CI 95% 0,78-2,45); nhóm chỉ số kháng insulin cao có nguy cơ mắc ĐTDĐ gấp 1,3 lần (CI 95% 0,81-2,11). Nhóm độ nhạy insulin thấp có nguy cơ mắc ĐTDĐ gấp 1,21 lần (CI 95% 0,75-1,95). Tuân thủ can thiệp làm giảm nguy cơ mắc ĐTDĐ khi có kháng insulin, giảm độ nhạy insulin, giảm CNTB beta. Ở người tiền ĐTDĐ, sau 24 tháng, chỉ số insulin, kháng insulin, độ nhạy insulin và CNTB beta tăng; tuân thủ can thiệp điều trị làm giảm kháng insulin, giảm nguy cơ tiến triển thành ĐTDĐ.

Từ khóa: Đái tháo đường; tiền đái tháo đường; can thiệp; kháng insulin

SUMMARY

STUDY OF BETA CELL FUNCTION, INSULIN SENSITIVITY AFTER 24 MONTHS OF LIFESTYLE INTERVENTION IN PRE-DIABETES POPULATION IN NINH BINH PROVINCE

Objectives: The study aims to assess beta cell function, insulin sensitivity after 24 months of lifestyle changes in pre-diabetes population diagnosed according to the WHO-IDF 2010 criteria in Ninh Binh province. **Methods:** 618 pre-diabetes defined by WHO-IDF 2010 criteria, average ages 56,1±8,1 years, were intervened by lifestyle modification and beta cell function, insulin sensitivity was assessed after 24 months. **Results:** Insulin index, insulin resistance (HOMA2-IR), beta cell function (HOMA2-%B) and insulin sensitivity index (HOMA2-%S) increased significantly; there was difference statistically between compliance group compare with non-compliance groups. The risk of developing diabetes in insulin resistance group was 1.3 times more (95% CI 0.81-2.11). The risks of developing diabetes in the compliance group was lower than that in non-compliance group. **Conclusion:** Among pre-diabetes, after 24 months of lifestyle intervention, insulin resistance, insulin resistance, insulin sensitivity and beta function were increased. Compliance of intervention reduced the risks of developing diabetes.

Keywords: diabetes, pre-diabetes, intervention

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền ĐTDĐ là một giai đoạn của bệnh đái tháo đường khi một người có mức glucose máu tăng cao hơn người bình thường nhưng chưa đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán mắc bệnh ĐTDĐ thực thụ.

Sự phát sinh của bệnh ĐTDĐ týp 2 có sự tương tác giữa các yếu tố nguy cơ, yếu tố di truyền tương tác với các yếu tố môi trường và lối sống [1]. Cơ chế bệnh sinh của bệnh ĐTDĐ được thừa nhận rộng rãi là do sự kháng insulin và suy giảm CNTB beta. Ban đầu kháng insulin làm cho tế bào beta phải tăng tiết insulin để bù lại thiếu hụt insulin; nếu tiết insulin không đủ sẽ làm tăng glucose máu – giai đoạn tiền ĐTDĐ. Theo thời gian CNTB beta sẽ bị suy giảm, tiến triển thành bệnh đái tháo đường. Các thử nghiệm lâm sàng đã chỉ ra thay đổi lối sống có thể ngăn ngừa, làm chậm quá trình khởi phát, phát triển bệnh đái

tháo đường [7]. Tuy nhiên liệu các biện pháp can thiệp (CT) dự phòng ở người tiền ĐTDĐ tại Ninh Bình có làm thay đổi các chỉ số trên hay không là câu hỏi cần phải có câu trả lời thỏa đáng để có những chứng cứ khoa học cho chương trình can thiệp. Đề tài "*Nghiên cứu sự thay đổi chức năng tế bào beta, kháng insulin sau 24 tháng can thiệp lối sống ở người tiền đái tháo đường tại tỉnh Ninh Bình*" nhằm đóng góp một phần trả lời các câu hỏi trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

+ **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu, can thiệp.

+ **Đối tượng nghiên cứu:** nghiên cứu được tiến hành trên 618 người tiền ĐTDĐ được sàng lọc, chẩn đoán theo tiêu chuẩn WHO-IDF 2010 tại Ninh Bình.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** tiền ĐTDĐ được chẩn đoán bằng xét nghiệm đường máu lúc đói và nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** loại trừ các đối tượng đang bị bệnh cấp tính, các đối tượng đang đã được chẩn đoán tiền ĐTDĐ trước thời điểm nghiên cứu.

+ **Phương pháp can thiệp:**

- Các đối tượng tiền ĐTDĐ được giáo dục, hỗ trợ để các đối tượng tự kiểm soát bệnh ĐTDĐ bằng việc giáo dục các kiến thức về ĐTDĐ, các thức điều chỉnh chế độ ăn, hoạt động thể lực, điều chỉnh lối sống dự phòng bệnh ĐTDĐ.

- **Tư vấn dinh dưỡng:** Định kỳ 3 tháng 1 lần được khám. Mục tiêu dinh dưỡng đưa chỉ số BMI về bình thường, các đối tượng thừa cân-béo phì giảm từ 5-10% cân nặng trong 6 tháng.

- **Tư vấn chế độ hoạt động thể lực:** khám và tư vấn về hoạt động thể lực; các đối tượng được tư vấn để đảm bảo hoạt động thể lực ít nhất 150 phút mỗi tuần; giảm lối sống tĩnh tại. Các đối tượng được tư vấn điều chỉnh hoạt động thể lực phù hợp theo bệnh lý, cân nặng, luyện tập.

- **Tư vấn về thói quen và lối sống:** Khuyến khích giảm ăn chất béo, không ăn quá nhiều carbohydrat, tăng ăn rau xanh, chất xơ; giảm sử dụng dầu mỡ động vật; giảm rượu bia.

+ **Thu thập số liệu, phân nhóm**

- Các số liệu được thu thập tại thời điểm 24 tháng sau can thiệp. Các đối tượng nghiên cứu được phân thành 02 nhóm tuân thủ và nhóm không tuân thủ.

- Thu thập các chỉ số nghiên cứu ở thời điểm tháng thứ 24 sau can thiệp lối sống. Thu thập các xét nghiệm glucose máu lúc đói, insulin; sử dụng phần mềm HOMA2 để tính toán kháng insulin, CNTB beta.

+ Các tiêu chuẩn đánh giá sử dụng trong nghiên cứu: Chẩn đoán tiền ĐTĐ theo WHO-IDF năm 2010.

+ **Quản lý và xử lý số liệu** bằng phần mềm Epidata và SPSS 15.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Sự thay đổi CNTB beta, độ nhạy insulin, kháng insulin

Bảng 1: Sự thay đổi chỉ số CNTB beta, độ nhạy insulin, kháng insulin

Chỉ số	Trước CT (n=618)	Sau CT (n=618)	p
Insulin	45,11 ± 21,58	51,32 ± 40,36	<0,01
HOMA2-IR	0,88 ± 0,41	0,98 ± 0,76	<0,01
HOMA2-%S	132,69 ± 50,38	153,31 ± 116,94	<0,01
HOMA2-%B	60,52 ± 21,69	76,76 ± 36,00	<0,01

Sau can thiệp, trung bình chỉ số insulin, chỉ số kháng insulin, độ nhạy insulin và CNTB beta tăng có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2: So sánh các chỉ số ở 2 nhóm tuân thủ và nhóm không tuân thủ

Chỉ số	Thời điểm	Tuân thủ (n=323)	Không tuân thủ (n=295)	p
Insulin	Trước	44,89 ± 20,23	45,35 ± 22,99	>0,05
	Sau	46,35 ± 30,80	56,89 ± 48,37	<0,01
	p	>0,05	<0,01	
HOMA2-IR	Trước	0,87 ± 0,39	0,88 ± 0,43	>0,05
	Sau	0,89 ± 0,55	1,09 ± 0,92	<0,01
	p	>0,05	<0,01	
HOMA2-%S	Trước	135,2 ± 53,4	129,9 ± 46,8	>0,05
	Sau	161,6 ± 120,2	143,9 ± 112,5	>0,05
	p	<0,01	<0,05	
HOMA2-%B	Trước	60,63 ± 22,21	60,40 ± 21,14	>0,05
	Sau	76,65 ± 35,31	76,89 ± 36,83	>0,05
	p	<0,01	<0,01	

Sau can thiệp, chỉ số insulin nhóm tuân thủ thấp hơn nhóm không tuân thủ; chỉ số kháng insulin HOMA2-IR ở nhóm không tuân thủ tăng, cao hơn nhóm tuân thủ; chỉ số độ nhạy insulin HOMA2-%S ở nhóm tuân thủ cao hơn nhóm không tuân thủ; chỉ số CNTB beta HOMA2-%B không thấy sự khác biệt giữa hai nhóm.

3.2. Phân tích nguy cơ tiến triển bệnh đái tháo đường

Bảng 3: Nguy cơ tiến triển thành ĐTĐ theo kháng insulin và CNTB beta

Trước CT		ĐTĐ n(%)	Không ĐTĐ n(%)	OR (95%-CI)	p
HOMA2-IR	Tăng	40(14,1)	244(85,9)	1,30	>0,05
	BT	36(11,2)	286(88,8)	(0,81-2,11)	
HOMA2-%S	Giảm	40(13,6)	254(86,4)	1,21	>0,05
	BT	36(11,5)	276(88,5)	(0,75-1,95)	
HOMA2-%B	Giảm	54(12,5)	378(87,5)	0,99	>0,05
	BT	22(12,5)	152(87,4)	(0,58-1,67)	

Sau 24 tháng, nguy cơ mắc ĐTĐ ở nhóm kháng insulin 1,3 lần (CI 95% 0,81-2,11); nhóm độ nhạy insulin thấp 1,21 lần (CI 95% 0,75-1,95).

Bảng 4: Nguy cơ tiến triển thành ĐTĐ theo kháng insulin và CNTB beta ở nhóm tuân thủ và nhóm không tuân thủ

Trước can thiệp		ĐTĐ Tuân thủ (n=323)		ĐTĐ Không tuân thủ (n=323)	
		n(%)	OR(95%-CI)	n(%)	OR(95%-CI)
Insulin	Tăng	5(7,1)	0,69	14(27,5)	2,40
	BT	25(10)	(0,25-1,88)	32(13,6)	(1,17-4,93)
HOMA2-IR	Tăng	14(9,4)	1,01	26(19,3)	1,56
	BT	16(9,4)	(0,47-2,13)	20(13,2)	(0,82-2,95)
HOMA2-%S	Giảm	16(10,1)	1,76	24(17,8)	1,27
	BT	14(8,7)	(0,55-2,49)	22(14,6)	(0,67-2,39)

HOMA2-%B	Giảm	21(9,4)	1,00 (0,44-2,27)	33(15,9)	0,94 (0,47-1,90)
	BT	9(9,4)		13(16,7)	

Khi có các nguy cơ kháng insulin, giảm độ nhạy insulin thì nhóm tuân thủ vẫn có tỉ lệ ĐTĐ thấp hơn; nguy cơ mắc ĐTĐ thấp hơn nhóm không tuân thủ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Sự thay đổi kháng insulin, CNTB beta, độ nhạy insulin, kháng insulin sau 24 tháng

Kết quả ở Bảng 1 và Bảng 2 cho thấy sau can thiệp chỉ số insulin trung bình ở đối tượng tiền ĐTĐ tăng. Chỉ số insulin máu trung bình ở nhóm không tuân thủ tăng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp. So sánh sự thay đổi chỉ số insulin giữa nhóm tuân thủ và nhóm không tuân thủ cho thấy trung bình chỉ số insulin trước và sau can thiệp khác nhau chưa có ý nghĩa thống kê. Khi so sánh chỉ số insulin máu lúc đói ở nhóm không tuân thủ và nhóm tuân thủ sau can thiệp cho thấy trung bình chỉ số insulin của nhóm tuân thủ thấp hơn nhóm không tuân thủ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Cùng với đó là sự thay đổi của tình trạng tiết insulin, giai đoạn đầu tế bào beta tụt tăng tiết insulin để bù trừ lại sự thiếu hụt insulin tương đối do tình trạng kháng insulin. Vì vậy, nồng độ insulin giai đoạn tiền ĐTĐ thường tăng cao [6].

Kết quả nghiên cứu ở Bảng 1, Bảng 2 cho thấy chỉ số kháng insulin tính theo HOMA2 chung ở người tiền ĐTĐ tăng lên sau can thiệp. Tuy nhiên, chỉ số này nhóm tuân thủ không thay đổi so với trước can thiệp; tỉ lệ kháng insulin theo HOMA2 tăng có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tuân thủ ($p < 0,01$). Chỉ số HOMA2-IR sau can thiệp ở nhóm tuân thủ thấp hơn nhóm không tuân thủ ($p < 0,01$). Chỉ số HOMA2-%S chung ở người tiền ĐTĐ tăng có ý nghĩa thống kê sau can thiệp. Chỉ số HOMA2-% S ở nhóm tuân thủ tăng có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp; nhóm tuân thủ điều trị có ĐN insulin sau can thiệp cao hơn so với nhóm không tuân thủ. Kết quả này phù hợp với nhiều kết quả thiệp lối sống ở người tiền ĐTĐ, làm chậm quá trình phát triển thành ĐTĐ tít 2 thực thụ [2]. Chỉ số CNTB beta tính theo HOMA2 chung ở người tiền ĐTĐ tăng có ý nghĩa thống kê. Chỉ số HOMA2-% B của nhóm tuân thủ điều trị tăng lên có ý nghĩa thống kê so với trước thời điểm can thiệp; chưa thấy sự khác biệt ở nhóm tuân thủ và không tuân thủ.

Kết quả nghiên cứu của Leigh P. và cs cũng cho thấy, thay đổi lối sống hoặc dùng metformin có hiệu quả làm giảm tỉ lệ tiến triển thành ĐTĐ, tăng tỉ lệ đảo ngược trở về glucose máu bình

thường. Thay đổi lối sống cải thiện tình trạng tiết insulin của tế bào beta và ĐN insulin [5].

4.2. Dự báo nguy cơ tiến triển thành đái tháo đường sau 24 tháng

Phân tích đánh giá nguy cơ phát triển thành đái tháo đường sau 24 tháng dựa trên việc đánh giá yếu tố nguy cơ về tăng insulin cho thấy nhóm có tăng insulin có nguy cơ mắc ĐTĐ cao hơn 1,39 lần (khoảng tin cậy CI 95% 0,78-2,45) so với nhóm có insulin bình thường. Sau 24 tháng, nhóm có chỉ số kháng insulin cao tính theo HOMA2 có nguy cơ mắc ĐTĐ cao hơn 1,3 lần (khoảng tin cậy CI 95% 0,81-2,11). Nhóm có chỉ số độ nhạy insulin theo HOMA2 thấp có nguy cơ mắc ĐTĐ cao hơn 1,21 lần (khoảng tin cậy CI 95% 0,75-1,95).

Kết quả so sánh cho thấy nhóm tuân thủ có tỉ lệ phát triển thành ĐTĐ thấp hơn nhóm không tuân thủ (So sánh cả theo tình trạng chỉ số insulin, kháng insulin, độ nhạy insulin và CNTB beta). Nguy cơ mắc ĐTĐ do tăng insulin hoặc do kháng insulin ở nhóm tuân thủ thấp hơn rõ rệt so với nhóm không tuân thủ. Điều này phù hợp với nhận định của nhiều tác giả khi cho rằng can thiệp ĐTĐ sẽ cải thiện tình trạng kháng insulin, tăng ĐN insulin cải thiện tình trạng dung nạp glucose nên giảm tỉ lệ mắc ĐTĐ [3],[4].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu can thiệp lối sống 618 người tiền ĐTĐ chẩn đoán theo tiêu chuẩn WHO-IDF-2010, tuổi trung bình $57,2 \pm 8,50$ cho kết quả sau:

+ Sau can thiệp chỉ số insulin, kháng insulin, độ nhạy insulin và CNTB beta tăng. Nhóm tuân thủ có chỉ số insulin, HOMA2-IR cao hơn, chỉ số HOMA2-%S thấp hơn.

+ Nhóm tiền ĐTĐ có tăng insulin, kháng insulin, giảm độ nhạy insulin có nguy cơ phát triển thành ĐTĐ cao hơn. Tuân thủ can thiệp điều trị làm giảm nguy cơ tiến triển thành ĐTĐ sau 24 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tạ Văn Bình (2007), *Những Nguyên lý Nền tảng Bệnh đái tháo đường - Tăng glucose máu*, Nhà xuất bản Y học, 815.
2. Diabetes Prevention Program Research Group (2005), "Role of insulin secretion and sensitivity in the evolution of type 2 diabetes in the diabetes prevention program: effects of lifestyle intervention and metformin". *Diabetes*. 54(8): 2404.

3. Katula J.A., Vitolins M.Z., Rosenberger E.L., et al. (2011), "One-year results of a community-based translation of the diabetes prevention program Healthy-Living Partnerships to Prevent Diabetes (HELP PD) project". *Diabetes Care*. 34(7): 1451-57.
4. Nolan J.J., Ludvik B., Beerdson P., et al. (1994), "Improvement in glucose tolerance and insulin resistance in obese subjects treated with troglitazone". *New England Journal of Medicine*. 331(18): 1188-93.
5. Perreault L., Kahn S.E., Christophi C.A., et al. (2009), "Regression from pre-diabetes to normal glucose regulation in the diabetes prevention program". *Diabetes Care*. 32(9): 1583-88.
6. Weir G.C., Bonner-Weir S. (2004), "Five stages of evolving beta-cell dysfunction during progression to diabetes". *Diabetes*. 53(suppl 3): S16-S21.
7. Younis N., Soran H., Farook S. (2004), "The prevention of type 2 diabetes mellitus: recent advances". *Q J Med*. 97: 451-55.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Nguyễn Văn Tuấn*, Vũ Minh Hải*, Ngô Mạnh Hùng**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** mô tả 75 bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng mạn tính, được phẫu thuật tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 11/ 2015 đến tháng 3/2017. **Kết quả:** Tuổi trung bình: 66,4±1,5; gặp chủ yếu ở nhóm tuổi trên 60 (69,3%); tiền sử chấn thương (69,3%). Triệu chứng đau đầu (100%). Liệt, yếu một nửa người (40%). Rối loạn tâm thần (22,7%). Nôn, buồn nôn (4,0%). Tri giác khi nhập viện 13-15 điểm GCS (89,3%), tri giác 9-12 điểm GCS (10,8%). Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính giảm tỷ trọng 50,7%, đồng tỷ trọng 22,7%, hỗn hợp 17,3% và tăng tỷ trọng 9,3%. Kết quả sau mổ theo thang điểm Karnofsky tốt (98,7%), trung bình (1,3%). **Kết luận:** Máu tụ dưới màng cứng mạn tính triệu chứng nghèo nàn, chụp cắt lớp là phương pháp chẩn đoán xác định và phẫu thuật khoan sọ một lỗ hút máu tụ hiệu quả và an toàn.

Từ khóa: Máu tụ dưới màng cứng mạn tính, khoan sọ một lỗ

SUMMARY

THE RESULT OF CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA SURGERY AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

Objectives: To assess the results of chronic subdural hematoma surgery at Thai Binh General Hospital. **Method:** A descriptive study was conducted among 75 patients with chronic subdural hematoma who were operated at Thai Binh General Hospital from November 2015 to March 2017. **Results:** Average

age: 66.4 ± 1, 5; mainly in the group aged over 60 (69.3%); had traumatic history (69.3%). Had headache (100%). Weakness or paralysis of one side of the body (40%). Mental disorder (22.7%). Nausea, vomiting (4.0%). GCS when being admitted was 13-15 (89.3%), GCS of 9-12 (10.8%). Hypodensity on CT was 50.7%, isodensity: 22.7%, combined: 17.3% and hyperdensity: 9.3%. Postoperative results according to Karnofsky scale showed that good results (98.7%), mean (1.3%). **Conclusion:** Chronic subdural hematoma has poor symptoms, CT is the method of definitive diagnosis and craniotomy by one burr hole for draining hematoma is highly effective

Key words: chronic subdural hematoma, burr hole craniotomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính bằng phương pháp khoan sọ một lỗ, dẫn lưu máu tụ qua một hệ thống kín đang được ứng dụng phổ biến trong nước cũng như trên thế giới. Máu tụ dưới màng cứng mạn tính có kết quả sau mổ thường là rất tốt, nhưng nếu không chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời, khi khối máu tụ quá lớn gây chèn ép não sẽ tăng thêm những thương tổn thứ phát, có thể dẫn đến tử vong, hoặc để lại di chứng nặng nề, ảnh hưởng đến sức khỏe sau này của bệnh nhân và đến lao động xã hội.

Tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình đã tiến hành phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính từ khi có máy chụp cắt lớp vi tính năm 2003. Tuy nhiên chưa có một công trình tổng kết chuyên sâu về đặc điểm lâm sàng, hình ảnh và kết quả điều trị phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính. Do vậy chúng tôi thực hiện đề tài: "Kết quả phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

*Đại học Y Dược Thái Bình

**Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải

Email: vuminhhai777@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2017

Ngày duyệt bài: 20.11.2017

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 75 bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng mạn tính, được phẫu thuật tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình, từ tháng 11/ 2015 đến tháng 3/ 2017

2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính, nhận xét kết quả sau mổ.

2.3. Đánh giá kết quả theo thang điểm Karnofsky

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1 Phân bố theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	n	%
< 40	1	1,3
40 – 59	22	29,3
≥ 60	52	69,3
Tổng	75	100

Tuổi nhỏ nhất: 38 tuổi; Tuổi cao nhất: 87 tuổi; Tuổi trung bình: 66,4±1,5; bệnh nhân nằm ở nhóm tuổi ≥ 60 thường gặp nhất chiếm 69,3%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

Bảng 2 Nguyên nhân chấn thương

Nguyên nhân chấn thương	n	Tỷ lệ %	Tổng %
Tai nạn giao thông	30	40,0	69,3
Tai nạn lao động	4	5,3	
Tai nạn sinh hoạt	18	24,0	
Không rõ nguyên nhân chấn thương	23	30,7	30,7
Tổng	75	100	100

Nhận xét: Tiền sử chấn thương 52/75 (69,3%), trong đó TNGT gây chấn thương nhiều nhất 30/ 75 chiếm 40%, thứ đến là TNSH chiếm 24%, ít nhất là TNLD chỉ có 5,3%. Tiền sử chấn thương không rõ ràng có 23/75 (30,7%)

Bảng 3 Các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đau đầu	75	100,0
Buồn nôn, nôn	3	4,0
Rối loạn tâm thần	17	22,7
Bại yếu nửa người	30	40,0

Nhận xét: Triệu chứng đau đầu gặp ở tất cả các bệnh nhân, rối loạn tâm thần chiếm 22,7%; Liệt nửa người chiếm 40%.

Bảng 4 Tri giác trước mổ theo thang điểm Glasgow (GCS) (n=75)

GCS	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
13-15 điểm	67	89,3
9-12 điểm	8	10,7
3-8 điểm	0	0

Nhận xét: Trong nghiên cứu, chúng tôi gặp 67 trên tổng số 75 bệnh nhân đến sớm, chiếm 89,3%. Không có bệnh nhân đến trong tình trạng nguy kịch (glasgow ≤ 8)

Bảng 5 Tỷ trọng ổ máu tụ trên CLVT (n=75)

Tỷ trọng	n	Tỷ lệ %
Tăng tỷ trọng	7	9,3
Giảm tỷ trọng	38	50,7
Đồng tỷ trọng	17	22,7
Hỗn hợp	13	17,3
Tổng	75	100

Nhận xét: 75 bệnh nhân nghiên cứu có 38 bệnh nhân giảm tỷ trọng chiếm 50,7%, đồng tỷ trọng 22,7%, hỗn hợp 17,3% và tăng tỷ trọng 9,3%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 6 Mức độ di lệch đường giữa (n=75)

Mức độ di lệch	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Độ 1	16	21,3
Độ 2	28	37,3
Độ 3	31	41,3
Tổng số	75	100

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu đều có di lệch đường giữa, trong đó di lệch đường giữa mức độ 3 chiếm 41,3% nhiều nhất, ít nhất là độ 1 chiếm 21,3%.

Bảng 7 Kết quả sau mổ 3 tháng (theo thang điểm Karnofsky) (n=75)

Kết quả điều trị	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nhóm I (Tốt)	74	98,7
Nhóm II (Khá)	0	0
Nhóm III (Trung bình)	1	1,3
Nhóm IV (Kém)	0	0
Tổng	75	100

Nhận xét: Trong số 75 bệnh nhân, có 74 bệnh nhân đạt kết quả hồi phục tốt, trở lại cuộc sống gia đình và xã hội như trước khi bị chấn thương. Có 1 bệnh nhân cần giúp đỡ hoàn toàn trong sinh hoạt do các bệnh lý tuổi già kết hợp.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tuổi và giới: Kết quả của chúng tôi thấy tuổi thường gặp nhất là trên 60 tuổi (69,3%), tuổi trung bình là 66,4 tuổi, chủ yếu là nam (74,7%). Điều này cũng phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả trong và ngoài nước. Theo Hà Kim Trung [4] tỉ lệ người trên 50 tuổi là 52%. Dương Chạm Uyên [5] cho rằng đây là bệnh lý của những người cao tuổi. Yang và cộng sự [48] cho biết tuổi trung bình bệnh nhân máu tụ DMC mạn tính là 49,5. Havenbergh và cộng sự [9] cho biết 76,9% là trên 61 tuổi, tuổi trung bình là 67,7 tuổi.

Đa số các tác giả trên cho rằng tỉ lệ mắc bệnh máu tụ DMC mạn tính tăng lên ở người cao tuổi có liên quan đến hiện tượng teo não ở người già. Những người cao tuổi thì khoảng trống DMC lớn,

các tĩnh mạch cầu bị kéo căng và dễ thương tổn mặc dù chấn thương nhẹ. Những người lớn tuổi hay kèm theo xơ vữa động mạch, cao huyết áp nên các mạch máu dễ bị thương tổn và khả năng tự cầm máu cũng khó khăn hơn người trẻ.

4.2 Tiền sử chấn thương: Chúng tôi có 69,3% trường hợp có tiền sử chấn thương. Theo Hà Kim Trung [4] thì số người dưới 50 tuổi có tiền sử chấn thương là 73% và trên 50 tuổi là 44%. Theo Nguyễn Quang Thành [1] có 88,6% có tiền sử chấn thương. Như vậy số bệnh nhân của chúng tôi khai thác được chấn thương ở trong tiền sử cũng gần như các tác giả khác.

4.3 Chẩn đoán: Đa số các bệnh nhân của chúng tôi đến sớm (Glasgow 13-15 điểm) chiếm 89,3% Kết quả của chúng tôi khác biệt với các tác giả khác như Hà Kim Trung [4] thì 71% đến viện trong tình trạng có rối loạn vận động, trong đó có 29% rối loạn tri giác nặng. Sự khác biệt này có thể lý giải do hiện nay CLVT đã được áp dụng phổ biến hơn trong việc khám và chẩn đoán bệnh giúp chúng ta đưa ra chẩn đoán xác định nhanh và chính xác hơn. Đối với những bệnh nhân có chấn thương rõ ràng, phải theo dõi về lâm sàng mà đầu tiên là xem có đau đầu không. Nếu đau đầu xuất hiện sau một thời gian yên tĩnh (thường 3-4 tuần trở đi) sau chấn thương mà dùng thuốc giảm đau không đỡ hoặc hết tác dụng của thuốc thì đau đầu xuất hiện trở lại thì cần phải tiến hành chụp CLVT ngay để xác định chẩn đoán.

Chúng tôi nhận thấy đau đầu đây là dấu hiệu thường gặp nhất. Đau đầu là dấu hiệu đầu tiên báo hiệu máu tụ DMC mạn tính sau một thời gian dài không có triệu chứng từ khi bị chấn thương. Khác với đau đầu bình thường là dùng thuốc giảm đau không đỡ hoặc chỉ đỡ khi có tác dụng của thuốc, khi thuốc hết tác dụng thì đau đầu trở lại như cũ, đau ngày một tăng lên. Nôn, buồn nôn gặp 4,0% là dấu hiệu của tăng áp lực nội sọ, có khi nôn vọt, nhưng cũng có những trường hợp nôn không điển hình của tăng áp lực nội sọ. Kiều Đình Hùng [5] là 16/31 bệnh nhân. Yếu một nửa người gặp 40,0% dấu hiệu này thường xuất hiện muộn, nhưng cũng có những trường hợp liệt xuất hiện sớm ngay cả khi Glasgow 15 điểm. Kết quả này thấp hơn với nghiên cứu của Hà Kim Trung (1986) [4] là 71%, Nguyễn Trọng Hiếu (2001) [3] là 71,3%. Rối loạn tâm thần là dấu hiệu lâm sàng đáng quan tâm, theo Hakan (1999) [7] có tỉ lệ 18/60 (30%), Đỗ Việt Hằng [2] là 47%. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn với các tác giả trên là 22,7%. Sự

khác biệt này có thể do chẩn đoán chưa chi tiết. Biểu hiện là phản ứng chậm chạp, giảm trí nhớ, hay quên, lẫn lộn.

Đặc điểm hình ảnh của máu tụ mạn tính dưới màng cứng trên CLVT: Ở 75 bệnh nhân chụp CLVT chúng tôi thấy: Giảm tỷ trọng: 38 trường hợp chiếm 50,7% loại này thường gặp nhất và điển hình của máu tụ DMC mạn tính. Đồng tỷ trọng với tổ chức não 22,7% các trường hợp loại này chẩn đoán dựa vào sự di lệch đường giữa và nhất thiết phải tiêm cản quang để tìm vỏ bao máu tụ vì vỏ này bắt thuốc cản quang. Tăng tỷ trọng: 9,3% mặc dù có tăng tỷ trọng nhưng tăng ít so với tổ chức não. Nhiều tác giả cho rằng hình ảnh tăng tỷ trọng là do có máu mới chảy hòa vào máu cũ. Vừa giảm, vừa tăng tỷ trọng thành mức ngang của nước và máu gặp 17,3%.

4.4 Kết quả sau mổ: Phù hợp với kết quả phẫu thuật của nhiều tác giả trong và ngoài nước. Đa số bệnh nhân không còn triệu chứng khi ra viện với kết quả tốt, kết quả này phụ thuộc vào tình trạng thần kinh trước phẫu thuật. Kết quả tái khám của chúng tôi tốt đạt 98,7%. Theo Hà Kim Trung [4] kết quả tốt là 90%.

V. KẾT LUẬN

Máu tụ dưới màng cứng mạn tính triệu chứng nghèo nàn, chụp cắt lớp là phương pháp chẩn đoán xác định và phẫu thuật khoan sọ một lỗ hút máu tụ hiệu quả và an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Thành (2013), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng chẩn đoán hình ảnh và kết quả phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại bệnh viện Việt Đức". Luận văn thạc sỹ y học, trường đại học Y Hà Nội
2. Đỗ Việt Hằng (1997), Góp phần nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ngoại khoa máu tụ dưới màng cứng mạn tính sau chấn thương sọ não. Luận văn thạc sĩ khoa học y dược 1997.
3. Nguyễn Trọng Hiếu (2002), Điều trị máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại bệnh viện Chợ Rẫy. Hội cứu 340 trường hợp trong 2 năm 2000-2001 tại khoa Ngoại thần kinh bệnh viện Chợ Rẫy. Chuyên đề phẫu thuật thần kinh, tạp chí y học thực hành số 435,12/2002,31-34.
4. Hà Kim Trung (1986), "Đánh giá kết quả chẩn đoán và điều trị máu tụ mạn tính dưới màng cứng trong 10 năm (1976 – 1985). Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú bệnh viện, trường đại học Y HN.
5. Kiều Đình Hùng, Dương Châm Uyên (1998), "Máu tụ dưới màng cứng mạn tính ở người lớn tuổi", Tạp chí nghiên cứu y học 5 (1). Bộ y tế - Đại học Y Hà Nội.
6. Fogelholm R, Heiskanen O, Waltimo O (1975), "Chronic subdural hematoma in adults. Influence of

patient's age on symptoms, signs, and thickness of hematoma", J Neurosurg. 42(1): pp 43-6.

7. **Tayfun Hakan,  zkan ATES (1999)**, "Chronic subdural hematomas in adults: a review of surgically

treated 60 case", Haydarpasa Numune Hospital Neurosurgery Department, Istanbul, Turkey.

THỰC TRẠNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TRƯỚC SINH CHO PHỤ NỮ CÓ THAI CỦA CÁN BỘ Y TẾ HUYỆN GIA LỘC TỈNH HẢI DƯƠNG NĂM 2015

Nguyễn Văn Kiên*, Phạm Thị Tĩnh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu thực trạng công tác chăm sóc sức khỏe trước sinh cho phụ nữ có thai của cán bộ y tế huyện Gia Lộc tỉnh Hải Dương. Từ đó đưa ra các khuyến cáo nhằm tăng cường hiệu quả của chương trình. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 75 cán bộ y tế cơ sở thuộc các xã trong huyện. **Kết quả nghiên cứu:** 100% phụ nữ có thai đều được quản lý thai nghén. Số cán bộ y tế có trình độ bác sỹ chiếm 14,7%. Số cán bộ y tế có thâm niên công tác trên 10 năm chiếm 57,3%. Chỉ có 16% cán bộ y tế tham gia cả 3 hoạt động trong chăm sóc sức khỏe trước sinh. 100% cán bộ y tế đều có nhu cầu được đào tạo về chăm sóc sức khỏe trước sinh trong đó nội dung về tư vấn dinh dưỡng chiếm 74,7% và kỹ năng khám thai chiếm 60%.

Từ khóa: Phụ nữ có thai, quản lý thai nghén, chăm sóc trước sinh.

SUMMARY

AN EVALUATION OF KNOWLEDGE AND PRACTICE ON PRE-NATAL CARE OF PREGNANT WOMEN IN A NUMBER OF COMMUNES, GIA LOC DISTRICT, HAI DUONG PROVINCE

Objectives: To evaluate the knowledge and practice on pre-natal care of pregnant women in Gia Loc commune, Hai Duong province, to contribute to the development of knowledge and practice on prenatal care for pregnant women in Gia Loc commune, Hai Duong province. **Methodology:** A cross-sectional descriptive study on pregnant women in five communes in the district. **Study results:** Pregnant women with proper knowledge about pre-natal and ultrasound examination achieved from 71.1% to 77.2%; the percentage of those with proper knowledge about the effects of tetanus vaccines accounted for 85.4%. However, there were still 10.4% of pregnant women were not immunized with tetanus vaccine at the time of the study. 85.9% of pregnant women ate appropriate nutrients during this pregnancy.

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Tĩnh
Email: phamtinh_ytb@yahoo.com
Ngày nhận bài: 15.9.2017
Ngày phản biện khoa học: 15.11.2017
Ngày duyệt bài: 22.11.2017

Keywords: Pregnant women, prenatal care, safe motherhood.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổ chức Y tế Thế giới cũng đã khẳng định khoảng 15% các bà mẹ mang thai sẽ có nguy cơ mắc tai biến sản khoa mà khó có thể lường trước được.

Tại Việt Nam, trong những năm qua, công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em đã đạt được nhiều thành tựu quan trọng. Tỷ số tử vong mẹ đã giảm hơn 3 lần từ 233/100.000 trẻ đẻ sống vào năm 1990 ước còn khoảng 60/100.000 sơ sinh sống vào năm 2014. Mặc dù đã có sự cải thiện rõ rệt về tình trạng sức khỏe bà mẹ, trẻ em nhưng vẫn còn có sự khác biệt khá lớn về tử vong mẹ và tử vong sơ sinh giữa các vùng, miền [1], [2]. Những nguyên nhân thường gặp dẫn tới tử vong mẹ là băng huyết, đẻ khó, sản giật, nhiễm trùng... Vì vậy, quản lý thai nghén trong độ tuổi sinh đẻ là một vấn đề hết sức quan trọng trong hệ thống chăm sóc sức khỏe sinh sản. Đó không chỉ là nhiệm vụ của người cán bộ y tế, mà còn cần sự quan tâm của cộng đồng, đặc biệt là các bà mẹ. Nếu quản lý thai nghén tốt sẽ giảm được các tình trạng tử vong cho mẹ và cho con. Do đó, cần nâng cao hiểu biết và thực hành chăm sóc trước sinh trong quản lý thai nghén cho các bà mẹ [5], [6].

Để tìm hiểu thêm về vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Mô tả thực trạng công tác chăm sóc sức khỏe trước sinh cho phụ nữ có thai của cán bộ y tế 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: Đối tượng NC gồm 75 cán bộ y tế phụ trách chương trình CSSKSS/KHHGD thuộc 23 xã và Trung tâm Y tế huyện Gia Lộc. 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

*Cỡ mẫu được tính theo công thức

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

*Cỡ mẫu trong nghiên cứu là 75 người, trong đó: 69 CBYT của 23 xã gồm trạm trưởng trạm y tế xã, cán bộ phụ trách chương trình chăm sóc sức khỏe sinh sản và cán bộ phụ trách chương trình tiêm chủng mở rộng.

- 06 cán bộ của khoa Chăm sóc sức khỏe sinh sản thuộc Trung tâm Y tế huyện.

2.3. Các chỉ số, biến số nghiên cứu

Hoạt động quản lý thai nghén của cán bộ y tế:

- Tuổi, thâm niên công tác, trình độ chuyên môn
- Vị trí tham gia chăm sóc trước sinh
- Thời gian đã được đào tạo về CSSKSS
- Lĩnh vực muốn được đào tạo về CSSKSS
- Giải pháp để hoạt động quản lý thai nghén có hiệu quả

- Tình hình quản lý thai sản và hoạt động khám thai, tiêm phòng UV cho PNCT trong năm 2014.

2.4. Phương pháp thu thập thông tin trong nghiên cứu

- Mẫu phiếu điều tra thực trạng công tác quản lý thai nghén của CBYT

2.7. Phương pháp xử lý, phân tích số liệu: Toàn bộ phiếu phỏng vấn được xử lý thô, đánh mã phiếu và nhập vào máy tính theo chương trình Epidata. Xử lý phân tích số liệu theo chương trình SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ phụ nữ có thai được quản lý thai sản (n=3.168)

Số lần khám thai	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1 lần	93	2,9
2 lần	158	5,0
Từ 3 lần trở lên	2.917	92,1
Tổng	3.168	100

Kết quả bảng 1 cho thấy 100% phụ nữ có thai được quản lý thai sản tại địa phương trong đó tỷ lệ đã khám thai từ 3 lần trở lên đạt 92,1%.

Bảng 2. Tỷ lệ phụ nữ có thai được tiêm phòng vaccin Uốn ván

Số mũi tiêm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1 mũi	198	6,9
2 mũi	786	27,6
3 mũi	1865	65,5
Tổng	2849	88,9

Tỷ lệ phụ nữ có thai đã tiêm phòng vaccine chiếm 89,9% (2.846/3.168) trong đó số tiêm 3 mũi chiếm 65,5%.

Bảng 3. Phân bố trình độ chuyên môn của cán bộ y tế

Trình độ chuyên môn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bác sỹ	11	14,7
Y sỹ	29	38,7
Hộ sinh	24	32,0
Điều dưỡng	9	12,0
Khác	2	2,6
Tổng	75	100,0

Trong số 75 cán bộ y tế của huyện được phỏng vấn có: 14,7% cán bộ có trình độ bác sỹ, 38,7% cán bộ có trình độ y sỹ, 32% là hộ sinh, 12% là điều dưỡng tham gia hoạt động quản lý thai trước sinh.

Bảng 4. Thâm niên công tác của cán bộ y tế về chăm sóc trước sinh

Thâm niên công tác	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 5 năm	14	18,7
5 - 10 năm	18	24,0
> 10 năm	43	57,3
Tổng	75	100,0

Cán bộ y tế có thâm niên công tác > 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 57,3%, thấp nhất là cán bộ có thâm niên công tác <5 năm chiếm 18,7%.

Bảng 5. Tỷ lệ cán bộ y tế tham gia các hoạt động chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em

Hoạt động	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1 hoạt động	37	49,3
2 hoạt động	26	34,7
3 hoạt động	12	16,0
Tổng	75	100,0

Có 3 hoạt động trong công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em trước sinh:

- Tham gia chỉ đạo
- Trực tiếp khám và quản lý thai
- Trực tiếp tiêm phòng uốn ván

Kết quả bảng 5 cho thấy có 49,3% cán bộ y tế chỉ tham gia 1 hoạt động hoặc chỉ đạo hoặc trực tiếp khám và quản lý thai hoặc trực tiếp tiêm phòng uốn ván. Có 34,7% cán bộ y tế tham gia 2 hoạt động và số cán bộ y tế tham gia 3 hoạt động chiếm 16%.

Bảng 6. Nhu cầu và thời gian được đào tạo về chăm sóc sức khỏe sinh sản của cán bộ y tế

Thời gian	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có nhu cầu đào tạo chuyên môn	75	100,0
< 5 ngày	21	28,0
5 - 7 ngày	17	22,7
Trên 7 ngày	37	49,3
Tổng	75	100,0

Khi được hỏi về nhu cầu cần đào tạo chuyên môn nghiệp vụ, 100% cán bộ y tế đều có nhu cầu đào tạo. Thời gian đào tạo trên 7 ngày được 49,3% cán bộ y tế trả lời.

Bảng 7. Nội dung cần đào tạo về chăm sóc sức khỏe sinh sản của cán bộ y tế

Nội dung	Số lượng (n=75)	Tỷ lệ (%)
Tư vấn dinh dưỡng, chế độ nghỉ ngơi cho phụ nữ có thai	56	74,7
Kỹ năng khám thai	45	60,0
Phát hiện và quản lý thai nghén	44	58,7
Tiêm phòng vaccin	35	46,7
Kỹ thuật xét nghiệm nước tiểu	24	32,0

Nội dung được cán bộ y tế quan tâm đào tạo nhiều nhất là "Tư vấn dinh dưỡng, chế độ nghỉ ngơi cho phụ nữ có thai". 60% cán bộ y tế có nhu cầu đào tạo 2 kỹ năng khám thai, phát hiện và quản lý thai, tiêm phòng vaccin và kỹ thuật xét nghiệm nước tiểu chiếm tỷ lệ thấp hơn.

IV. BÀN LUẬN

Vai trò của cán bộ y tế cơ sở trong hệ thống quản lý sức khỏe cho người dân nói chung và sức khỏe sinh sản nói riêng là rất quan trọng và quyết định nhiều đến hiệu quả quản lý thai sản tại cộng đồng. Với cơ sở của huyện Gia Lộc tỉnh Hải Dương được coi là tương đối tốt và đầy đủ. 23/23 xã đều có đầy đủ phòng dành cho khám thai, khám phụ khoa, phòng đỡ đẻ, phòng tiêm vaccin....

Kết quả bảng 1 cho thấy 100% phụ nữ có thai của huyện trong năm 2014 đã được khám thai từ 1 đến 3 lần trở lên. Tỷ lệ phụ nữ có thai đã khám thai 3 lần trở lên chiếm 92,1%. Thời kỳ trước sinh trung bình kéo dài từ 38-40 tuần. Thời kỳ này về chăm sóc y tế, các bà mẹ cần được khám thai ít nhất 3 lần vào 3 quý của thai kỳ, được tiêm phòng uốn ván, uống bổ sung viên sắt phòng thiếu máu. Việc khám và quản lý thai nghén là rất cần thiết để kịp thời các nguy cơ như thể trạng mẹ không đảm bảo, các bệnh lý của mẹ có sẵn cũng như các bệnh mới xuất hiện như thiếu máu, nhiễm độc thai nghén.

Kết quả bảng 2 cho thấy: Trong năm 2014 có 88,9% phụ nữ có thai đã tiêm phòng uốn ván, trong đó số phụ nữ có thai tiêm phòng từ 2 mũi trở lên chiếm 93,0%. Thực tế cho thấy một số phụ nữ ngoài thời gian làm nông theo thời vụ, còn tham gia thêm công ty may tại địa phương hoặc công chức nhà nước, thời gian làm việc quản lý theo ca, do vậy không đúng ngày tiêm phòng hàng tháng tại Trạm y tế xã. Và cũng vì thế họ có thể ra một số cơ sở ngoài như phòng khám tư hoặc Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh để tiêm, cho nên việc quản lý số mũi tiêm có thể không đầy đủ.

Về nhân sự tham gia trong hệ thống quản lý thai sản nói chung và chăm sóc trước sinh nói riêng tại huyện Gia Lộc tỉnh Hải Dương cho thấy: Cán bộ y tế có trình độ Bác sĩ chiếm tỷ lệ 14,7%; 38,7% là y sĩ, hộ sinh chiếm 32,0% và 12% cán bộ y tế có trình độ điều dưỡng trung học (bảng 3).

Về thâm niên công tác: Số cán bộ y tế công tác trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sinh sản trên 10 năm chiếm 57,3%, dưới 10 năm chiếm 18,7% (bảng 4).

Số cán bộ y tế tham gia 1 hoạt động hoặc tham gia chỉ đạo hoặc tham gia trực tiếp khám thai, quản lý thai hoặc trực tiếp tiêm phòng uốn ván chiếm 49,3%, số cán bộ kiêm nhiệm 2 đến 3 hoạt động chiếm trên 50% (bảng 5). Điều này cho thấy tuy Hải Dương là một tỉnh Đồng bằng, huyện nằm gần với trung tâm tỉnh, khả năng tiếp cận là tương đối tốt. Nhưng trình độ chuyên môn của các cán bộ y tế trên địa bàn huyện Gia Lộc còn thấp, cơ cấu chưa hợp lý. Tỷ lệ xã có bác sĩ làm việc mới đạt 13/23 xã, y sĩ đang đảm nhiệm chức năng trạm trưởng còn chiếm tỷ lệ đáng kể. Vì thế số cán bộ y tế kiêm nhiệm 2 hoạt động trở lên còn chiếm tỷ lệ cao là trên 50%. Đây cũng là một hoạt động cần được các cấp các Ngành quan tâm, cần tăng cường đào tạo, nâng cao trình độ chuyên môn cho cán bộ y tế các tuyến, đặc biệt tuyến y tế cơ sở cần có lộ trình đào tạo hợp lý.

Với trình độ chuyên môn hiện có, 100% cán bộ y tế tại địa bàn nghiên cứu có nhu cầu thường xuyên được đào tạo về chuyên môn mới đáp ứng được công việc hiện tại vì nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân ngày càng cao. Có 74,7% cán bộ y tế có nhu cầu được đào tạo về tư vấn dinh dưỡng, chế độ nghỉ ngơi cho phụ nữ có thai; 60,0% cán bộ y tế có nhu cầu đào tạo về kỹ năng khám thai; 58,7% có nhu cầu đào tạo về cách phát hiện và quản lý thai; 46,7% có nhu cầu về kỹ thuật tiêm phòng vaccin và 32% có nhu cầu đào tạo về kỹ thuật xét nghiệm nước tiểu cho phụ nữ có thai (bảng 6). Thời gian đào tạo phù hợp cho tuyến cơ sở trong mỗi đợt đào tạo là trên 7 ngày được 49,3% đối tượng trả lời; thời gian đào tạo từ 5-7 ngày được 22,7% đối tượng cho là phù hợp và 28,0% cán bộ y tế cho rằng thời gian đào tạo chỉ cần dưới 5 ngày cho mỗi đợt (bảng 7). Những ý kiến đề xuất về nhu cầu đào tạo của cán bộ y tế cho thấy việc đào tạo thường xuyên cần được quan tâm chỉ đạo như một hoạt động thường kỳ của mỗi đơn vị và cũng hoàn toàn phù hợp với quy định của Bộ Y tế, hàng năm mỗi cán bộ đều được tham gia và đảm bảo hơn 22 giờ đào tạo chuyên môn nghiệp vụ.

Kết quả của chúng tôi cho thấy cơ cấu cán bộ y tế làm việc tại trạm y tế xã có trình độ chuyên môn khác biệt hơn so với kết quả nghiên cứu của Phạm Mạnh Hùng nhân lực Y tế ở các xã có 30% Y sỹ làm việc tại các trạm y tế trong đó 6,7% là y sỹ sản nhi được đào tạo 3 tháng (vừa lý thuyết vừa thực hành) về Chăm sóc sức khỏe sinh sản. Tỷ lệ nữ hộ sinh trung học chiếm 16,7%. Tỷ lệ cán bộ y tế tại các trạm y tế xã được đào tạo và đào tạo lại về làm mẹ an toàn, chăm sóc thai sản và chăm sóc sơ sinh là 70% [7].

Kết quả nghiên cứu của Cao Xuân Bình, Phạm Thanh Bình: nguồn lực cán bộ y tế cung cấp dịch vụ làm mẹ an toàn chủ yếu là Hộ sinh trung học hoặc y sỹ sản nhi 38,7%, y sỹ đa khoa 22,7%, còn 13,6% là hộ sinh sơ học và y tá sơ cấp, không có bác sỹ sản nhi. Cán bộ y tế có thâm niên công tác dưới 10 năm chiếm 54,5% [3].

V. KẾT LUẬN

Chăm sóc sức khỏe nói chung và chăm sóc quản lý thai nghén nói riêng là một trong những nhiệm vụ vô cùng quan trọng góp phần trong chương trình làm mẹ an toàn. Từ những kết quả nghiên cứu cho thấy: Mặc dù công tác quản lý thai nghén tại cộng đồng đã và đang từng ngày được chú trọng nhưng chưa toàn diện. Những bất cập chủ yếu trong chăm sóc sản khoa thiết yếu tuyến xã là trình độ của cán bộ y tế xã chưa đáp ứng, tiếp cận thấp, phương tiện khám thai - đỡ đẻ chưa đầy đủ. Vì vậy, việc đào tạo nâng cao về trình độ chuyên môn, nghiệp vụ và việc

nâng cấp trang thiết bị phù hợp là một hoạt động rất cần thiết để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe cộng đồng ngày càng cao hiện nay.

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. **Bộ Y tế** (2009) "*Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*" ban hành kèm theo Quyết định số 4620/QĐ-BYT ngày 25/11/2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế, tr. 20-50.
3. **Cao Xuân Bình, Phạm Thanh Bình** (2015) "*Thực trạng nguồn nhân lực cung cấp dịch vụ làm mẹ an toàn của các trạm y tế xã tại huyện Mai Sơn - Tỉnh Sơn La năm 2015*" Tạp chí Y học thực hành (963) số 5/2015.
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. **Nguyễn Mạnh Hùng** (2008) "*Nghiên cứu thực trạng trong chăm sóc sản khoa thiết yếu tại tuyến xã ở 3 huyện miền núi tỉnh Lạng Sơn*", Luận án Tiến sỹ Y học - Trường Đại học Y Hà Nội
6. **Nguyễn Mạnh Hùng, Trương Việt Dũng** (2003) "*Đánh giá hiệu quả can thiệp dịch vụ chăm sóc sản khoa thiết yếu tại một số xã ở huyện Văn Lãng của tỉnh Lạng Sơn*", Tạp chí Y học thực hành (564) - Số 2/2007.
7. **Phạm Mạnh Hùng** (2009), "*Thực trạng hoạt động của y tế cơ sở và nhận thức, thái độ, thực hành của bà mẹ về làm mẹ an toàn tại Lai Châu*", Luận án bác sỹ chuyên khoa cấp 2 tại Điện Biên - Trường Đại học Y Thái Bình.

THỰC TRẠNG TỰ SỬ DỤNG KHÁNG SINH CHO TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI HUYỆN THANH HÀ, TỈNH HẢI DƯƠNG 2017

Vũ Thị Hương*, Đỗ Mạnh Hùng**, Đỗ Thị Thanh Toàn**

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện với mục tiêu mô tả thực trạng tự sử dụng thuốc kháng sinh cho trẻ dưới 5 tuổi tại huyện Thanh Hà, tỉnh Hải Dương năm 2017. Nghiên cứu được thực hiện trên 300 người chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi tại xã Thanh Cường, Thanh Hà, Hải Dương năm 2017. **Kết quả:** Tỷ lệ tự SDKS là 84,8% ĐTNC. Tỷ lệ SDKS không đơn ở nhóm những trẻ mắc các bệnh liên quan đến hô hấp

59,8%, bệnh liên quan đến tiêu hoá 12,2%, bệnh ngoài da 4,9%, bệnh về mắt 5,4%, bệnh về răng miệng 6,5%, ngộ độc, tai nạn, bỏng 1,6%, sốt, bệnh truyền nhiễm 6,5%. Kháng sinh được sử dụng không đơn nhiều nhất lần lượt là Amoxicillin 44,02%, Cefixime 31,52%, Cephalixin 23,91%, Arythromycin 16,85%. Có đến 41,9% trẻ được sử dụng từ 2 loại kháng sinh trở lên trong cùng 1 đợt ốm. KS sử dụng không đơn phần lớn được mua từ quầy thuốc/nhà thuốc tư nhân (62%), sau đó được mua từ quầy thuốc của cơ sở y tế, nhân viên y tế, y tế thôn (23,3%). Tỷ lệ sử dụng thuốc không đơn có sẵn ở nhà 8,7%, sử dụng thuốc của người thân, bạn bè cho là 6,0%. Lý do dẫn đến việc sử dụng thuốc kháng sinh không có đơn là cho rằng bệnh nhẹ (31,5%), theo kinh nghiệm của bản thân (30,4%), mua theo đơn cũ (15,2%), và để tiết kiệm thời gian (16,9%). **Kết luận:** Sử dụng kháng

*Trung tâm Y tế huyện Thanh Hà

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Hương

Email: vuhuonghd89@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 23.11.2017

Ngày duyệt bài: 30.11.2017

sinh không theo đơn của bác sỹ vẫn là một hiện tượng khá phổ biến tại huyện Thanh Hà, tỉnh Hải Dương.

Từ khóa: Tự sử dụng kháng sinh, trẻ dưới 5 tuổi.

SUMMARY

THE SITUATION OF SELF-MEDICATION WITH ANTIBIOTICS FOR CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD IN THANH HA DISTRICT, HAI DUONG PROVINCE 2017

The descriptive cross-sectional study was conducted to describe the situation of self-medication with antibiotics for children under 5 years old in Thanh Ha district, Hai Duong province 2017. The study was conducted among 300 care-givers of children under 5 years old in Thanh Cuong commune, Thanh Ha district, Hai Duong province 2017. Result: Proportion of self-medication with antibiotics was 84.8% object. The percentage of use of antibiotics without prescription among children having respiratory disease was 59.8%, digestive disease was 12.2%, dermatological disease was 4.9%, optical disease was 5.4%, dental disease was 6.5%, poisoning, accident, burn was 1.6%, fever, infectious disease was 6.5%. The most antibiotics was Amoxicillin 44,02%, Cefixime 31,52%, Cephalixin 23,91%, Arythromycin 16,85%. Up to 41.9% children had been used two or more antibiotics per times. Most non-prescribed use of antibiotics had been bought in private drugstore (62.0%), next, had been bought in drugstore in public health facilities, medical staffs (23.3%), had antibiotics available at home (8.7%), received from relatives and friends (6.0%). Reasons of self-medication with antibiotics were thinking that minor illness (31.5%), personal experiences (30.4%), previous prescriptions (15.2%) and saving times (16.9%). Conclusion: Use antibiotics without doctor's prescriptions is common in Thanh Ha district, Hai Duong province.

Keywords: Self-medication with antibiotics, children under 5 years old.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuốc kháng sinh đã được sử dụng rộng rãi, kéo dài, lạm dụng, làm cho các vi sinh vật thích nghi với thuốc, tạo điều kiện cho nhiều loại vi khuẩn trở thành kháng thuốc, làm cho thuốc kém hiệu quả hoặc không hiệu quả. Tình trạng kháng thuốc làm tăng gánh nặng về chi phí điều trị, người bệnh phải nằm viện lâu hơn và tỷ lệ tử vong tăng lên ở tất cả các nhóm tuổi... [1]

Tổ chức Y tế thế giới xếp Việt Nam vào danh sách các nước có tỷ lệ kháng thuốc kháng sinh cao nhất thế giới [1], [2]. Một trong các nguyên nhân quan trọng dẫn đến thực trạng kháng thuốc kháng sinh như trên là do nhận thức của cộng đồng, cán bộ y tế về kháng thuốc còn hạn chế, người dân tự ý sử dụng kháng sinh ngay cả khi không có chỉ định [3]. Qua khảo sát đánh giá về tiền sử dùng thuốc chúng tôi nhận thấy gần 80% số trẻ dưới 5 tuổi đến khám tại Trạm Y tế

đã được sử dụng thuốc kháng sinh tại nhà. Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Thực trạng tự sử dụng kháng sinh cho trẻ dưới 5 tuổi tại một xã của huyện Thanh Hà, tỉnh Hải Dương năm 2017"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

2.1.1 Đối tượng nghiên cứu: Người chăm sóc trẻ chính tại những hộ gia đình có trẻ dưới 5 tuổi.

2.1.2 Địa điểm nghiên cứu: xã Thanh Cường, huyện Thanh Hà - tỉnh Hải Dương.

2.1.3 Thời gian nghiên cứu: Tháng 1 năm 2017 đến tháng 10 năm 2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp phương pháp nghiên cứu định lượng và phương pháp nghiên cứu định tính.

2.2.2 Cỡ mẫu, chọn mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu: Kỹ thuật chọn mẫu nhiều giai đoạn.

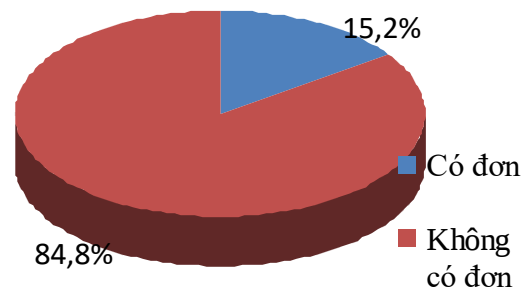
3. Phương pháp thu thập số liệu: Phòng vấn trực tiếp người chăm sóc trẻ bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn.

4. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học của trường Đại học Y Hà Nội. Nghiên cứu được sự chấp thuận và tạo điều kiện thuận lợi của chính quyền địa phương và người dân tại xã Thanh Cường, huyện Thanh Hà, tỉnh Hải Dương.

5. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch trước khi nhập. Nhập liệu bằng Epidata và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thực trạng sử dụng kháng sinh cho trẻ dưới 5 tuổi



Biểu đồ 1: Sử dụng thuốc KS ở ĐTNC (n = 217)

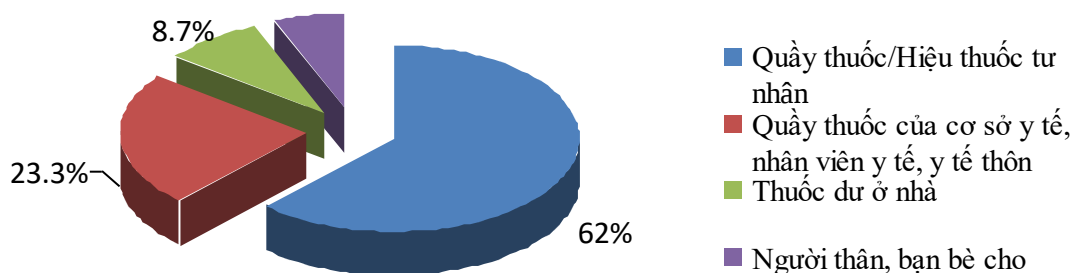
Kết quả từ biểu đồ 1 cho thấy trong tổng số 217 người chăm sóc trẻ được phỏng vấn, có 84,8% ĐTNC đã SDKS cho trẻ không đơn và chỉ có 15,2% ĐTNC sử dụng kháng sinh cho trẻ theo đơn.

Bảng 1. Một số kháng sinh thường được SD không có đơn

Loại kháng sinh thường sử dụng	Tần số	Tỷ lệ (%)
Ampicillin	13	7,7
Amoxicillin	81	44,02
Biceptol	09	4,89
Cephalexin	44	23,91
Cefixime	58	31,52

Arythromycin	31	16,85
Cloramphenicol	14	7,61
Clarithromycin	06	3,26
Khác	07	3,8

Trong số các loại kháng sinh được sử dụng cho trẻ, kết quả từ bảng 1 cho thấy, kháng sinh được sử dụng không đơn nhiều nhất lần lượt là Amoxicillin (44,0%), Cefixime (31,5%), Cephalexin (23,9%), và Arythromycin (16,85%).

**Biểu đồ 2: Nguồn cung cấp thuốc kháng sinh (n= 184)**

Kết quả phân tích từ nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy KS sử dụng không đơn phần lớn được mua từ quầy thuốc/nhà thuốc tư nhân (62%), sau đó được mua từ quầy thuốc của cơ sở y tế, nhân viên y tế, y tế thôn (23,3%). Tỷ lệ sử dụng thuốc không đơn có sẵn ở nhà 8,7%, sử dụng thuốc của người thân, bạn bè cho là 6,0%.

Bảng 2. Lý do sử dụng thuốc kháng sinh không có đơn

Lý do sử dụng thuốc kháng sinh không có đơn	Tần số	Tỷ lệ (%)
Cho rằng bệnh nhẹ	58	31,5
Mua theo đơn cũ	28	15,2
Bệnh mạn tính	8	4,4
Theo kinh nghiệm của bản thân	56	30,4
Tiết kiệm thời gian	31	16,9
Tiết kiệm tiền	3	1,6
Tổng	184	100

Lý do dẫn đến việc sử dụng thuốc kháng sinh không có đơn được những người chăm sóc trẻ nêu ra là: cho rằng bệnh nhẹ (31,5%). Theo kinh nghiệm của bản thân 30,4%, mua theo đơn cũ 15,2%, tiết kiệm thời gian 16,9%.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ sử dụng kháng sinh không đơn (tự sử dụng kháng sinh) trong nghiên cứu của chúng tôi là 84,8%. Tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh tại La Phù, Hoài Đức, Hà Nội năm 2011 (66,8%), nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Trang tại Đông Kết, Khoái Châu, Hưng Yên năm 2013 (79,1%) [4], [5], và

một số nghiên cứu của TufanNayir ở vùng Đông Nam của Thổ Nhĩ Kỳ năm 2014, của Muhammad Bilal ở tỉnh Sindh, Pakistan [6],[7]. Tỷ lệ này chỉ thấp hơn so với số liệu điều tra về việc bán thuốc kháng sinh ở các hiệu thuốc vùng nông thôn và thành thị ở miền Bắc Việt Nam năm 2008 (91%). Điều này có thể lý giải do nhu cầu sử dụng thuốc để chăm sóc sức khỏe gia tăng mà không được kiểm soát.

Tự sử dụng thuốc nói chung và tự sử dụng kháng sinh nói riêng có nguy cơ liên quan đến nhiều vấn đề bao gồm tự chẩn đoán bệnh không đúng, tự điều trị không phù hợp. Tự điều trị bệnh không đúng có thể dẫn đến tiến triển của bệnh nặng hơn hoặc có những biến chứng xảy ra. Sử dụng liều thuốc kháng sinh không phù hợp có thể gây ra tác dụng phụ có hại của thuốc, thậm chí tử vong. Việc sử dụng kháng sinh bất hợp lý là nguyên nhân làm mất hiệu lực của các kháng sinh hiện có, là báo động về sự kháng thuốc kháng sinh. Kết quả của việc này là những thuốc giá rẻ sẽ mất hiệu quả điều trị và yêu cầu phải phát triển sản xuất để thay thế bằng những thuốc đắt tiền hơn cho điều trị, điều không có lợi sâu xa cuối cùng là người dân phải gánh chịu những chi phí cao cho việc điều trị bệnh, dẫn đến cuộc sống người dân càng khó khăn và khả năng tự sử dụng thuốc sẽ có xu hướng tăng.

Trong nghiên cứu này, nhóm bệnh mà trẻ mắc phải nhiều nhất là các bệnh liên quan đến đường hô hấp (59,2%). Tỷ lệ SDKS không đơn ở nhóm những trẻ mắc các bệnh liên quan đến hô

hấp cũng cao nhất trong các nhóm bệnh, chiếm 59,8%, tỷ lệ này cũng tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh tại La Phù, Hoài Đức, Hà Nội năm 201 [4].

Những bệnh liên quan đến đường hô hấp có đến trên 70% là do virus, chỉ có khoảng 30% là do vi khuẩn cho nên không nhất thiết yêu cầu điều trị bằng kháng sinh, đó chính là hiện tượng lạm dụng kháng sinh. Điều này không chỉ xảy ra trong cộng đồng do người dân tự điều trị mà còn xảy ra cả tại các cơ sở y tế khi các bác sĩ kê đơn. Lạm dụng kháng sinh được lý giải là do người dân thiếu kiến thức về bệnh, cho rằng kháng sinh có thể diệt được cả vi khuẩn, virus và phòng cho bệnh không nặng lên, còn các bác sĩ thì luôn bị ám ảnh bởi các biến chứng.

KS sử dụng không đơn phần lớn được mua từ quầy thuốc/nhà thuốc tư nhân (62%). Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh tại La Phù, Hoài Đức, Hà Nội năm 2011. Kết quả này cho thấy vai trò quan trọng của người bán thuốc tại các nhà thuốc cộng đồng đối với việc sử dụng thuốc của người dân.

Tỷ lệ sử dụng thuốc không đơn có sẵn ở nhà là 8,7%. Thuốc kháng sinh dự trữ tại nhà có thể là do dư thừa từ lần điều trị lần trước hoặc bệnh nhân không thực hiện đúng phác đồ điều trị bằng KS. Ngoài ra còn có tình trạng người dân đi xin thuốc bảo hiểm y tế về dùng dần.

Kháng sinh được sử dụng không đơn nhiều nhất là Amoxicillin (44,02%), tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh tại La Phù, Hoài Đức, Hà Nội [4]. Amoxicillin được sử dụng không đơn nhiều nhất có thể là vì KS này có giá thấp hơn so với những kháng sinh khác, được người bán thuốc đánh giá là an toàn nên thường xuyên "kê đơn cho người dân". Đứng thứ 2 trong các kháng sinh sử dụng không đơn là Cefixime (9,8%). Nguyên nhân là do hiện tượng kháng thuốc đã ngày càng rộng rãi, các kháng sinh cũ đã không được người dân ưa chuộng, người bán thuốc thì thường xuyên bán và hướng dẫn những kháng sinh mới, phổ rộng, và nói rằng đây là thuốc loại tốt, loại "nặng". Tại các

bệnh viện Cephalosporin thế hệ III cũng là kháng sinh được sử dụng nhiều nhất.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có đến 41,9% trẻ ốm đã được sử dụng từ 2 loại kháng sinh trở lên trong cùng 1 đợt ốm. Có thể giải thích kết quả này là do hiện nay người dân thường được bán các loại kháng sinh phối hợp, tuy nhiên phần lớn là do thiếu kiên nhẫn khi tuân thủ hướng dẫn sử dụng, chỉ 1-2 ngày trẻ không đỡ đã sẵn sàng đổi sang thuốc khác.

V. KẾT LUẬN

Đa số người chăm sóc trẻ trong nghiên cứu tự sử dụng thuốc kháng sinh cho trẻ dưới 5 tuổi mà không theo đơn của bác sĩ, trong đó tỷ lệ cao hơn là dùng kháng sinh ở nhóm bệnh liên quan đến hô hấp. Kháng sinh được sử dụng không đơn nhiều nhất lần lượt là Amoxicillin, Cefixime, Cephalixin, Arythromycin, Ampicillin, Cloramphenicol,... Có đến 41,9% trẻ được sử dụng từ 2 loại kháng sinh trở lên trong cùng 1 đợt ốm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2013)** Kế hoạch hành động quốc gia về chống kháng thuốc, .
2. **Lương Ngọc Khuê, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh (2016)** Báo cáo Triển khai thực hiện kế hoạch quốc gia về phòng chống kháng thuốc, .
3. **Nguyễn Văn Kính, Nhóm nghiên cứu quốc gia GARP-Việt Nam** Phân tích thực trạng: Sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh ở Việt Nam, .
4. **Nguyễn Thị Thanh (2011)** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến việc tự sử dụng thuốc kháng sinh của người dân xã La Phù, huyện Hoài Đức, TP Hà Nội năm 2011, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội, .
5. **Nguyễn Thị Quỳnh Trang (2013)** Thực trạng sử dụng thuốc kháng sinh của bà mẹ có con dưới 5 tuổi và một số yếu tố liên quan tại xã Đông Kết, huyện Khoái Châu, tỉnh Hưng Yên năm 2013, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Trường đại học Y tế công cộng, .
6. **Nayir T., Okyay R.A., Yesilyurt H. và cộng sự. (2016).** Assessment of rational use of drugs and self-medication in Turkey: A pilot study from Elazığ and its suburbs. Pak J Pharm Sci, **29(4 Suppl)**, 1429–1435.
7. **Bilal M. (2016).** Self-Medication with Antibiotics among People Dwelling in Rural Areas of Sindh. J Clin Diagn Res.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ TRẮC NGHIỆM THẦN KINH TÂM LÝ Ở BỆNH NHÂN SUY GIẢM NHẬN THỨC NHẹ DO MẠCH MÁU

Phạm Thị Hà Trang*, Nguyễn Trọng Hưng**

TÓM TẮT

*Trường Cao đẳng Y tế Hà Đông

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Hà Trang

Mục tiêu: 1) Đánh giá các đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh ở bệnh nhân suy giảm nhận thức nhẹ do mạch máu (SGNTNMM), 2) Đánh giá đặc điểm suy giảm nhận thức ở các bệnh nhân này. Kết quả: (1) Bệnh nhân thường có các yếu tố nguy cơ kèm theo bao gồm: tăng huyết áp (75%), rối loạn chuyển hóa Lipid (45%), đái tháo đường (27,5%), tai biến mạch não tái diễn (40%) và uống rượu bia/hút thuốc lá (37,5%). Biểu hiện lâm sàng gồm triệu chứng thần kinh khu trú (liệt nửa người 75%, liệt VII trung ương 47,5%), rối loạn cảm giác (22,5%), nói khó (25%), nghi ngờ có trầm cảm (27,5%). Kết quả chụp cộng hưởng từ (hoặc cắt lớp vi tính) sọ não cho thấy: 37,5% là nhồi máu não ổ khuyết, 55% nhồi máu não nhiều ổ, tổn thương chủ yếu là một bên bán cầu (bán cầu trái 22%, bán cầu phải 26,8%). (2) Bệnh nhân SGNTNMM có suy giảm các lĩnh vực nhận thức bao gồm chủ yếu: chức năng kiến tạo thị giác (52,5%), vận động thị giác (40%), nhớ từ ngay (35%), nhớ từ sau (30%), nhớ hình sau (32,5%), sự chú ý (đọc ngược dãy số 30%).

Kết luận: (1) Bệnh nhân SGNTNMM có kèm nhiều các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa Lipid, tai biến mạch não tái diễn, đái tháo đường, uống rượu bia/hút thuốc lá. Các triệu chứng thần kinh chủ yếu là: dấu hiệu thần kinh khu trú, ngoài ra hơn 1/3 số bệnh nhân có nghi ngờ trầm cảm. Tổn thương chủ yếu bao gồm: nhồi máu não ổ khuyết, nhồi máu não đa ổ, nhồi máu não một bên bán cầu (2) Bệnh nhân SGNTNMM suy giảm các lĩnh vực nhận thức gồm: Chức năng vận động và kiến tạo thị giác, trí nhớ hình và trí nhớ từ, sự chú ý. Suy giảm chức năng nhận thức ngoài trí nhớ chiếm tỷ lệ cao hơn trong nghiên cứu này.

Từ khóa: Suy giảm nhận thức nhẹ do mạch máu

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL AND NEUROPSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH VASCULAR MILD COGNITIVE IMPAIRMENT

Aim: (1) To assess clinical and imaging characteristics of vascular mild cognitive impairment; (2) To evaluate neuropsychological disorders in these patients. **Results:** (1) The risk factors included hypertension (75%), dyslipidemia (45%), recurrent stroke (40%), diabetes mellitus (27.5%), drinking alcohol/smoking (37.5%). Clinical features included focal neuro deficits (> 60%), speech impediment (25%), sensation disorder (22.5%) and suspected depression (27.5%). Neuroimaging showed that of these patients had lacune infarcs (37.5%); multiple cerebral infarctions (55%). (2) Patients with vascular mild cognitive impairment were associated different neuropsychological disorders in visuospatial, memory, attention. **Conclusion:** 1) Risk factors included hypertension, dyslipidemia, recurrent stroke, diabetes mellitus, drinking alcohol/smoking. Clinical features included focal neuro deficits, speech impediment,

sensitive disorders suspected depression. Neuroimaging showed that of these patients had lacune infarcs; multiple cerebral infarction; (2) Patients with vascular mild cognitive impairment were associated different neuropsychological disorders in visuospatial, memory, attention.

Key word: Vascular mild cognitive impairment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy giảm nhận thức do mạch máu (SGNTNMM) là một tập hợp các hội chứng liên quan đến các cơ chế mạch máu khác nhau, tạo nên một phổ bao gồm sa sút trí tuệ mạch máu, sa sút trí tuệ hỗn hợp (sa sút trí tuệ mạch máu và Alzheimer) và SGNTNMM. Yếu tố chính của loại suy giảm nhận thức này là những thay đổi về mạch máu, ở một mức độ nào đó là có thể dự phòng được. Do vậy việc phát hiện sớm và chẩn đoán chính xác cùng với các biện pháp điều trị và kiểm soát các yếu tố nguy cơ một cách phù hợp có ý nghĩa quan trọng.

Suy giảm nhận thức nhẹ do mạch máu là hình thức phổ biến nhất của suy giảm nhận thức mạch máu ở độ tuổi từ 65 đến 84 trong nghiên cứu Sức khỏe và lão hóa Canada [1]. Hơn nữa, những người bị SGNTNMM mạch máu có tỉ lệ liệt hoặc tử vong cao hơn nhiều Alzheimer và một nửa trong số những người bị SGNTNMM không có mất trí nhớ có thể mắc sa sút trí tuệ trong vòng 5 năm.

Ở Việt Nam cũng đã có một vài nghiên cứu về vấn đề này. Theo Đinh Văn Thắng [2] nghiên cứu 40 bệnh nhân nhồi máu não tại bệnh viện Thanh Nhàn cho thấy tỷ lệ rối loạn nhận thức chung sau nhồi máu não là 55%, trong đó 27,5% suy giảm nhận thức nhẹ, vừa và 27,5% suy giảm nhận thức mức độ nặng. Một nghiên cứu khác trên 104 bệnh nhân nhồi máu não lần đầu tại bệnh viện Hữu Nghị và bệnh viện Lão khoa Trung ương cho thấy tỷ lệ suy giảm nhận thức nhẹ là 19,2%, cao hơn một cách có ý nghĩa so với nhóm chứng [3]. Chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục đích: (1) Đánh giá các đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh ở bệnh nhân suy giảm nhận thức nhẹ mạch máu. (2) Đánh giá các đặc điểm suy giảm nhận thức ở các bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu: 40 bệnh nhân (≥ 55 tuổi) có tiền sử nhồi máu não trên 3 tháng (bằng chứng hình ảnh học: cộng hưởng từ hoặc cắt lớp vi tính sọ não) đến khám và điều trị tại bệnh viện Lão khoa TW, được chẩn đoán là SGNTNMM theo tiêu

Email: hatrangpham89@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2017

Ngày duyệt bài: 30.11.2017

chuẩn DSM-V. Tất cả các bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu có điểm Rankin sửa đổi dưới 4 điểm.

- **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 10/2016 – tháng 10/2017. Các bệnh nhân được khám nội khoa, thần kinh, tâm thần và được làm một số các xét nghiệm sinh hóa máu. Tất cả các bệnh nhân đều được tiến hành kiểm tra bằng các trắc nghiệm thần kinh tâm lý bao gồm:

+ Đánh giá chức năng nhận thức tổng quát (MMSE)
+ Đánh giá trí nhớ bao gồm; Trắc nghiệm nhớ từ (Nhớ từ ngay, nhớ từ sau, nhận biết từ), trắc nghiệm kể câu chuyện (kể lại ngay, kể lại sau), trắc nghiệm nhớ hình ảnh (nhớ hình ngay, nhớ hình sau, nhận biết hình).

+ Đánh giá chức năng thị giác không gian: trắc nghiệm vẽ đồng hồ, trắc nghiệm gạch bỏ số

+ Đánh giá chức năng ngôn ngữ: Nói lưu loát từ và trắc nghiệm gọi tên Boston có sửa đổi.

+ Đánh giá trầm cảm: sử dụng thang trầm cảm lão khoa 20 mục.

+ Đánh giá hoạt động hàng ngày (ADL) và Đánh giá hoạt động hàng ngày bằng công cụ phương tiện (IADL)

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Quần thể nghiên cứu: 40 bệnh nhân được chẩn đoán là SGNTNMM tuổi cao nhất là 87, tuổi thấp nhất là 58, tuổi trung bình là $72,5 \pm 7,93$, trong đó nam giới 22 (55%) nhiều hơn nữ giới 18 (45%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Các yếu tố nguy cơ tim mạch kèm theo bao gồm: tăng huyết áp (75%), rối loạn chuyển hóa Lipid (45%), đái tháo đường

(27,5%), tai biến mạch não tái diễn (40%) và uống rượu bia/hút thuốc lá (37,5%)

2. Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh

Bảng 1. Biểu hiện lâm sàng

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Liệt dây thần kinh VII trung ương	19	47,5
Liệt nửa người	30	75
Rối loạn cảm giác nửa người	9	22,5
Nói khó	10	25

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, đa số bệnh nhân có liệt nửa người, chiếm tỷ lệ 75%. Số bệnh nhân có liệt dây VII trung ương chiếm gần 50%. Triệu chứng nói khó và rối loạn cảm giác chiếm khoảng 1/4 số bệnh nhân.

Bảng 2. Mức độ suy giảm hoạt động hàng ngày

Hoạt động hàng ngày	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
ADL	Rối loạn	13
	Bình thường	27
IADL	Rối loạn	15
	Bình thường	25

Nhận xét: Có hơn 1/3 số bệnh nhân có rối loạn các hoạt động hàng ngày ở mức độ suy giảm nhẹ trong đó hoạt động hàng ngày thông qua công cụ (37,5%) có tỷ lệ rối loạn cao hơn các hoạt động hàng ngày cơ bản (32,5%).

Bảng 3. Đặc điểm triệu chứng trầm cảm

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Bệnh nhân có nghi ngờ trầm cảm	11	27,5
Bệnh nhân bình thường	29	72,5

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu có khoảng gần 1/3 số bệnh nhân có nghi ngờ trầm cảm.

Bảng 4. Kết quả chẩn đoán hình ảnh

Tổn thương	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Số ổ nhồi máu	1 ổ lớn	16
	2 ổ lớn	2
	Đa ổ	22
Nhồi máu ổ khuyết	Có	15
	Không	25
Vị trí ổ nhồi máu	Bán cầu não trái	9
	Bán cầu não phải	11
	2 Bán cầu não	17
	Tiểu não-Thân não	4

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, bệnh nhân có nhồi máu đa ổ chiếm tỷ lệ cao >50%. Số lượng bệnh nhân có nhồi máu ổ khuyết tương đối lớn chiếm tỷ lệ gần 40%. Các bệnh nhân chủ yếu tổn thương 1 bên bán cầu, tỷ lệ bệnh nhân tổn thương bán cầu bên trái cao hơn bên phải. Tổn thương cả 2 bên bán cầu chiếm trên 40%, số bệnh nhân tổn thương tiểu não và thân não chỉ có 4 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ gần 10%.

3. Đặc điểm rối loạn nhận thức ở bệnh nhân SGNTNMM

Bảng 5. Rối loạn các lĩnh vực nhận thức ở bệnh nhân SGNTNMM

Trắc nghiệm thần kinh tâm lý		Số bệnh nhân không đạt điểm bình thường	Tỷ lệ %	TB±SD
Trí nhớ tổng quát	MMSE			23,92±2,4
Trí nhớ	Nhớ từ ngay	12	30	12,6±2,75
	Nhớ từ sau	14	35	4,3±1,64
	Nhận biết từ	5	12,5	7,7±1,56
	Nhớ hình ngay	10	25	5,3±1,51
	Nhớ hình sau	13	32,5	4,3±1,49
	Nhận biết hình	7	17,5	8,5±1,92
Kiến tạo thị giác	Vẽ đồng hồ	21	52,5	6,5±2,95
Vận động thị giác	Gạch bỏ số	16	40	19,2±6,53
Ngôn ngữ	Gọi tên Boston	5	12,5	14,4±0,9
	Nói lưu loát	4	10	12,8±3,74
Sự chú ý	Đọc xuôi dãy số	6	15	8,4±2,57
	Đọc ngược dãy số	12	30	4,0±1,19

Nhận xét: Các bệnh nhân tổn thương ở các lĩnh vực lẻ tẻ, không đồng đều. Chức năng thị giác (bao gồm chức năng kiến tạo và vận động thị giác) có tỷ lệ bệnh nhân rối loạn lớn nhất, chiếm > 40%. Suy giảm các lĩnh vực trí nhớ chiếm tỷ lệ khá cao >30%. Các lĩnh vực còn lại chiếm tỷ lệ từ 10-25%.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh ở bệnh nhân SGNTNMM: Qua nghiên cứu 40 bệnh nhân SGNTNMM, tuổi thấp nhất là 58, tuổi cao nhất là 87, tuổi trung bình là 72,5±7,93. Chúng tôi thấy tỷ lệ nam nhiều hơn nữ (55% và 45%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Một số tác giả khác khi nghiên cứu sa sút trí tuệ do mạch máu lại nhận thấy tỷ lệ nam cao hơn nữ, một số khác lại nhận thấy nữ cao hơn nam [4]. Điều này có thể do cỡ mẫu, cách thức tiến hành, tiêu chuẩn chẩn đoán sử dụng cho mỗi nghiên cứu là khác nhau không?

Các yếu tố nguy cơ tim mạch kèm theo bao gồm tăng huyết áp (75%), rối loạn chuyển hóa Lipid (45%), đái tháo đường (27,5%), tai biến mạch não tái diễn (40%) và uống rượu bia/ hút thuốc lá (37,5%). (Bảng 1)

Các biểu hiện lâm sàng thường gặp bao gồm: liệt nửa người (75%), liệt dây VII trung ương (47,5%), rối loạn cảm giác (22,5%), nói khó (25%), nghi ngờ có trầm cảm (27,5%). Theo Linda S. William, nếu trầm cảm sau nhồi máu não không được phát hiện và điều trị kịp thời sẽ không chỉ gây ảnh hưởng đến khả năng phục hồi chức năng cũng như chất lượng công việc và chất lượng cuộc sống mà còn làm tăng nguy cơ tử vong cho những bệnh nhân này [5]. (Bảng 2)

Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có giảm các hoạt động hàng ngày ở mức độ nhẹ trong đó hoạt động hàng ngày thông qua công cụ (37,5%) có tỷ lệ rối loạn cao hơn các hoạt động hàng ngày cơ bản (32,5%).

Kết quả chụp MRI và CT sọ não cho thấy: 37,5% là nhồi máu não ổ khuyết, 40% là tổn

thương nhồi máu não một ổ, 55% nhồi máu não nhiều ổ, vị trí chủ yếu là một bên bán cầu (bán cầu trái 22%, bán cầu phải 26,8%). Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu dịch tễ lớn, sử dụng chụp hình não, cho thấy một phần ba số người già có bằng chứng đột quỵ ổ khuyết [6]. Không thấy mối tương quan rõ rệt giữa mức độ tổn thương mạch máu và sự có mặt của suy giảm nhận thức [7], và các nghiên cứu dịch tễ sử dụng chụp hình não cho thấy các tổn thương "không triệu chứng" là khá phổ biến ở người già khỏe mạnh. Bệnh động mạch nhỏ gây những thay đổi ở thành động mạch, mở rộng các khoang Virchow-Robin, làm loãng khí ở nhu mô não xung quanh động mạch, và tăng sinh tế bào thần kinh đệm. Ngoài ra có thể gây các ổ nhồi máu não nhỏ ở sâu do tắc các nhánh động mạch xuyên dài. Những thay đổi này chủ yếu là do tăng huyết áp mạn tính, gây phì đại lớp trung mạc của thành tiểu động mạch và lắng đọng xơ huyết trong thành động mạch. Theo thời gian, gây tắc hoàn toàn động mạch dẫn đến nhồi máu não nhỏ.

2. Đặc điểm thiếu hụt nhận thức ở bệnh nhân có SGNTNMM: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, các bệnh nhân có suy giảm các lĩnh vực khác nhau lẻ tẻ, không đồng đều: chức năng kiến tạo thị giác (52,5%), vận động thị giác (40%), trí nhớ từ gần (35%), trí nhớ từ xa (30%), nhớ hình sau (32,5%), các lĩnh vực còn lại chiếm 10-25%. Trong 40 bệnh nhân của nhóm nghiên cứu, bệnh nhân có suy giảm 1-2 lĩnh vực nhận thức chiếm đa số, tỷ lệ là 67,5%, bệnh nhân có từ trên 3 lĩnh vực nhận thức suy giảm chỉ bằng một nửa, chiếm tỷ lệ 32,5%. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự như kết

quả của một nghiên cứu khác cũng cho thấy suy giảm nhận thức đối với những người sống sót sau đột quỵ trên các lĩnh vực đơn lẻ như sự chú ý, khả năng thị giác không gian không gian, ngôn ngữ và khả năng điều hành hơn là tổ hợp ở nhiều lĩnh vực. Đây cũng là đặc điểm của suy giảm nhận thức mạch máu không mất trí nhớ, các chức năng nhận thức bị suy giảm do tổn thương của tai biến mạch não vì thế các lĩnh vực nhận thức bị suy giảm không đồng đều và suy giảm lĩnh vực trí nhớ chỉ chiếm tỷ lệ thấp, không giống suy giảm nhận thức nhẹ trong giai đoạn đầu của bệnh Alzheimer thường bắt đầu bằng tổn thương về trí nhớ.

V. KẾT LUẬN

(1) SGNTNMM có hơn 30% suy giảm nhẹ chức năng sinh hoạt hàng ngày, kèm theo nhiều yếu tố nguy cơ mạch máu như tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa Lipid, tai biến mạch não tái diễn, đái tháo đường, uống rượu bia/hút thuốc lá; biểu hiện lâm sàng thường gặp bao gồm triệu liệt nửa người, liệt dây VII trung ương; tổn thương chủ yếu là nhồi máu não đa ổ; (2) SGNTNMM gây rối loạn nhiều lĩnh vực nhận thức như thị giác không gian, trí nhớ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE CỦA ĐIỀU DƯỠNG CHO NGƯỜI BỆNH TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

Lê Lam Hà¹, Vũ Hà Nga Sơn¹, Trương Quang Tiến²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng hoạt động giáo dục sức khỏe cho người bệnh và sự hài lòng của người bệnh điều trị tại Bệnh viện Quân Y 354 về hoạt động giáo dục sức khỏe của điều dưỡng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại 3 khoa lâm sàng Bệnh viện Quân Y 354 gồm: khoa ngoại chung, khoa nội tâm thần kinh, khoa Phụ sản từ tháng 01/2017 đến 06/2017. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh được giáo dục sức khỏe ở các khoa đều cao hơn so với các chỉ tiêu đề ra ở tất cả các hình thức giáo dục, hình thức giáo dục sức khỏe cá nhân có tỷ lệ người bệnh được giáo dục sức khỏe vượt chỉ tiêu cao nhất là 42,9%. Có 31 lượt điều dưỡng thực hiện đúng quy trình giáo dục sức khỏe chiếm 67,8%, còn 15 lượt

1. K. Rockwood, C. Wentzel, V. Hachinski và các cộng sự. (2000), "Prevalence and outcomes of vascular cognitive impairment. Vascular Cognitive Impairment Investigators of the Canadian Study of Health and Aging", *Neurology*, **54**(2), tr. 447-51.
2. Đinh Văn Thắng và Lê Văn Thịnh (2006), "Nghiên cứu bước đầu một số đặc điểm của sa sút trí tuệ ở bệnh nhân nhồi máu não tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2005", tr. tr. 58 – 63.
3. Nguyễn Thanh Vân (2009), *Nghiên cứu một số đặc điểm rối loạn nhận thức sau nhồi máu não ở bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên*, Luận án Tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Đỗ Văn Thắng (2007), *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và trắc nghiệm thần kinh tâm lý ở bệnh nhân sa sút trí tuệ do mạch máu tại Viện Lão khoa Quốc gia*, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. L. S. Williams, S. S. Ghose và R. W. Swindle (2004), "Depression and other mental health diagnoses increase mortality risk after ischemic stroke", *Am J Psychiatry*, **161**(6), tr. 1090-5.
6. W. T. Longstreth, Jr., C. Bernick, T. A. Manolio và các cộng sự. (1998), "Lacunar infarcts defined by magnetic resonance imaging of 3660 elderly people: the Cardiovascular Health Study", *Arch Neurol*, **55**(9), tr. 1217-25.
7. W. M. van der Flier, E. C. van Straaten, F. Barkhof và các cộng sự. (2005), "NINDS AIREN neuroimaging criteria do not distinguish stroke patients with and without dementia", *Neurology*, **65**(8), tr. 1341.

điều dưỡng thực hiện chưa đúng quy trình giáo dục sức khỏe cho người bệnh chiếm 32,6%. Hầu hết các chỉ tiêu đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân đều có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Công tác giáo dục sức khỏe cho người bệnh tại Bệnh viện Quân Y 354 trong 6 tháng đầu năm 2017 vượt chỉ tiêu đề ra ở tất cả các hình thức, tuy nhiên vẫn còn một số lượt thực hiện chưa đúng quy trình.

Từ khóa: Giáo dục sức khỏe, điều dưỡng, Bệnh viện Quân Y 354.

SUMMARY

THE STATUS OF PATIENT HEALTH EDUCATION OF THE NURSES IN 354 MILITARY HOSPITAL

Objective: to describe the status of patient health education of the nurses and the patient satisfaction with health education in 354 Military hospital. **Subjects and methods:** Cross - sectional descriptive study in 3 clinical departments of 354 Military hospital: Department of General Surgery, Department of Neurology and Psychiatry, Department of Obstetrics & Gynaecology from January 2017 to June 2017. **Results:** The rate of patients who were educated in

¹Bệnh viện Quân y 354

²Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Lê Lam Hà

Email: lamha.a3@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2017

Ngày duyệt bài: 28.11.2017

all departments was higher than target in all education form and highest in individual education form (42,9%). Health education process was performed correctly in 31 times (67,8%), incorrectly in 15 times (32,6%). Most of patient satisfaction index has changed statistically. **Conclusion:** Patient health education in 354 Military hospital was overtargets in the first 6 months of 2017. However, there were some times when health education process was performed incorrectly.

Key words: Health education, nurse, 354 Military hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Được sự giúp đỡ của Hội Điều dưỡng Việt Nam, Cục Quân Y và sự tài trợ của DoD PEPFAR, từ năm 2015-2016, Bệnh viện Quân Y 354 đã triển khai thí điểm dự án giáo dục sức khỏe- an toàn người bệnh nhằm hỗ trợ xây dựng, hoàn thiện bộ tài liệu về giáo dục sức khỏe (GDSK), đào tạo cho nhân viên y tế trong bệnh viện về giáo dục sức khỏe. Từ đó triển khai giáo dục sức khỏe cho người bệnh với những hình thức khác nhau tại bệnh viện nhằm nâng cao kiến thức thái độ, kỹ năng cho người bệnh, để họ tự chăm sóc và tuân thủ điều trị góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe cho người bệnh. Sau hai năm thực hiện, bệnh viện đã đạt được 30 bộ tài liệu, tờ rơi với nội dung, hình thức đa dạng, đào tạo cho điều dưỡng tại 3 khoa điểm của bệnh viện về GDSK và tiến hành GDSK cho nhiều lượt bệnh nhân với các hình thức giáo dục, tư vấn cá nhân hoặc nhóm bệnh nhân. Theo chủ trương của bệnh viện, các hoạt động GDSK theo thiết kế của dự án tiếp tục thực hiện sau khi kết thúc. Vì vậy, mục tiêu nghiên cứu của đề tài nhằm mô tả thực trạng hoạt động giáo dục sức khỏe cho người bệnh và sự hài lòng của người bệnh điều trị tại bệnh viện Quân Y 354 về hoạt động giáo dục sức khỏe của điều dưỡng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu định lượng

- Tài liệu thứ cấp: hồ sơ, sổ sách chương trình hoạt động GDSK giai đoạn 2015-2016.

- Người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện trong 6 tháng đầu năm 2017 và ra viện trước tháng 7 năm 2017.

- Điều dưỡng thực hiện GDSK tại 3 khoa điểm.

*Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh điều trị nội trú tại 3 khoa điểm: Khoa ngoại chung, Khoa Phụ Sản, Khoa Nội Tâm thần kinh, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Người bệnh làm chủ hành vi, có khả năng đọc viết

- Người bệnh được điều trị đủ thời gian được bác sỹ cho ra viện đúng quy định.

*Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh là nhân viên bệnh viện, người nhà nhân viên y tế, người bệnh chuyển viện.

- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Người bệnh không làm chủ được hành vi, không có khả năng đọc viết.

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu định tính

- Lãnh đạo bệnh viện phụ trách kế hoạch.

- Trưởng ban kế hoạch tổng hợp.

- Trưởng ban tài chính.

- Điều dưỡng trưởng bệnh viện.

- Điều dưỡng trưởng tại các khoa nghiên cứu.

- Người bệnh nội trú tại các khoa Ngoại chung, khoa Nội tâm thần kinh, Khoa Sản.

- Người nhà người bệnh nội trú tại các khoa Ngoại chung, khoa Nội tâm thần kinh, Khoa Sản tham gia chăm sóc người bệnh trong thời điểm nghiên cứu.

2.2. Địa điểm nghiên cứu:

Tại 03 khoa lâm sàng tại Bệnh viện Quân Y 354 bao gồm: Khoa ngoại chung, khoa nội Tâm thần kinh, khoa Phụ sản.

2.3. Thời gian nghiên cứu:

Từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2017.

2.4. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính theo trình tự: phần nghiên cứu định lượng được tiến hành trước nhằm mô tả hoạt động GDSK và ước lượng sự hài lòng người bệnh.

2.5. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.5.1. Cỡ mẫu

2.5.1.1. Cỡ mẫu cho nghiên cứu định lượng:

*Cỡ mẫu đánh giá sự hài lòng: Số đối tượng nghiên cứu được tính theo công thức ước tính mẫu cho 2 tỷ lệ (2 phía).

$$n = \frac{[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu cần tính. $z^2_{\alpha/2}$ với độ tin cậy 95% ($\alpha=5\%$). Lực mẫu $(1-\beta)=99\%$

P1: Tỷ lệ hài lòng của người bệnh về hoạt động GDSK trước khi triển khai dự án là 60%.

P2: Tỷ lệ hài lòng của người bệnh về hoạt động GDSK hiện tại ước tính 80%. Dựa vào các chỉ số và công thức trên đã tính được cỡ mẫu là 188 người bệnh.

2.5.1.2. Cỡ mẫu cho nghiên cứu định

tính: Cỡ mẫu cho nghiên cứu định tính (13 cuộc phỏng vấn sâu, 3 cuộc thảo luận nhóm).

2.5.2. Phương pháp chọn mẫu

Bảng 2.1. Cỡ mẫu cho nghiên cứu định tính

TT	Phương pháp	Đối tượng	Số lượng cuộc	Số người tham gia
1	Phỏng vấn sâu	Phó giám đốc bệnh viện phụ trách điều dưỡng	01	01
2	Phỏng vấn sâu	Trưởng ban kế hoạch tổng hợp	01	01
3	Phỏng vấn sâu	Trưởng ban điều dưỡng	01	01
4	Phỏng vấn sâu	Trưởng ban tài chính	01	01
5	Phỏng vấn sâu	Điều dưỡng trưởng khoa ngoại chung	01	01
6	Phỏng vấn sâu	Điều dưỡng trưởng khoa Nội tâm thần kinh	01	01
7	Phỏng vấn sâu	Điều dưỡng trưởng khoa phụ sản	01	01
8	Phỏng vấn sâu	Người bệnh khoa Ngoại chung	02	02
9	Phỏng vấn sâu	Người bệnh khoa Phụ sản	02	02
10	Phỏng vấn sâu	Người bệnh khoa Nội tâm thần	02	02
11	Thảo luận nhóm 1	Điều dưỡng Ngoại chung	01	06
12	Thảo luận nhóm 2	Điều dưỡng khoa phụ sản	01	06
13	Thảo luận nhóm 3	Điều dưỡng khoa nội tâm thần	01	06

2.6. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Hoạt động giáo dục sức khỏe cho người bệnh của điều dưỡng bệnh viện Quân Y 354 trong 6 tháng đầu năm 2017

Bảng 3.1. Số lượt bệnh nhân được giáo dục sức khỏe theo các hình thức

Khoa	Số lượt bệnh nhân được GDSK cá nhân			Số lượt bệnh nhân được GDSK theo nhóm			Số lượt bệnh nhân được GDSK theo hội đồng cấp BV		
	Chỉ tiêu	n	%	Chỉ tiêu	n	%	Chỉ tiêu	n	%
Ngoại chung	150	185	123,3	240	320	133,3	130	145	111,5
Phụ sản	150	163	108,7	240	247	102,9	80	97	121,3
Nội tâm thần kinh	150	152	101,3	240	405	168,8	170	210	123,5
Tổng	350	500	142,9	920	972	105,7	380	425	111,8

Có ba hình thức GDSK là GDSK cá nhân, GDSK theo nhóm, GDSK theo hội đồng thì tỷ lệ người bệnh được GDSK ở các khoa đều cao hơn so với chỉ tiêu đề ra ở tất cả các hình thức. Trong đó, hình thức GDSK cá nhân có tỷ lệ người bệnh được GDSK vượt chỉ tiêu cao nhất là 42,9%. Kết quả này phù hợp với kết quả phỏng vấn sâu người bệnh, phần lớn các ý kiến người bệnh mong muốn được tiếp xúc và giao tiếp với bác sỹ và điều dưỡng riêng để được nói lên những điều họ mong muốn được chia sẻ về bệnh tật của mình.

Bảng 3.2. Kết quả thực hiện quy trình thực hiện buổi giáo dục sức khỏe

Thực hiện đạt	Đạt		Không đạt	
	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Thực hiện đúng quy trình chuẩn bị buổi GDSK	43	93,5	3	6,5
Thực hiện đúng quy trình tiến hành buổi GDSK	33	71,7	13	28,3
Thực hiện đúng quy trình kết thúc buổi GDSK	45	97,8	1	2,2
Thực hiện đúng quy trình GDSK	31	67,4	15	32,6

Có 93,5% số lần quan sát điều dưỡng thực hiện đạt quy trình chuẩn bị, 71,7% số lần quan sát điều dưỡng thực hiện đạt quy trình tiến hành buổi giáo dục sức khỏe và 97,8% số lần quan sát điều dưỡng thực hiện đạt quy trình kết thúc buổi giáo dục sức khỏe.

Bảng 3.3. Kết quả quan sát thực hiện giáo dục sức khỏe

Đặc điểm		Đạt		Chưa đạt		Tổng
		Tần số (n)	Tỉ lệ %	Tần số (n)	Tỉ lệ %	
Hình thức GDSK	Cá nhân	19	63,3	11	36,7	30
	Nhóm	9	69,2	4	30,8	13
	Hội đồng	3	100,0	0	0,0	3
	Tổng	31	67,4	15	32,6	46
Đơn vị thực hiện GDSK	Phụ sản	11	78,6	3	21,4	14
	Thần kinh	10	71,4	4	28,6	14

	Ngoại	10	55,6	8	44,4	18
	Tổng	31	67,4	15	32,6	46

Tỷ lệ điều dưỡng thực hiện GDSK đạt cao ở hoạt động GDSK ở hội đồng cấp bệnh viện, kết quả này phù hợp với kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm, điều dưỡng ở khoa Phụ sản thực hiện GDSK đạt cao nhất trong 3 khoa với 78,6%. Khoa ngoại có tỷ lệ điều dưỡng thực hành GDSK chưa đạt cao nhất 44,4%.

3.2. Sự hài lòng của người bệnh điều trị tại bệnh viện Quân Y 354 về hoạt động giáo dục sức khỏe của điều dưỡng

Bảng 3.4. Sự hài lòng của người bệnh điều trị tại bệnh viện Quân Y 354 về hoạt động giáo dục sức khỏe của điều dưỡng

Nội dung	Trước khi thực hiện chương trình(n=188)		Hiện tại (n=188)		p(z ²)
	Hài lòng n(%)	Không hài lòng n(%)	Hài lòng n(%)	Không hài lòng n(%)	
Về việc chuẩn bị tài liệu, tờ rơi cho buổi GDSK	115 (61,2)	73 (38,8)	155 (82,5)	33 (17,6)	<0,001
Về cơ sở vật chất buổi tư vấn GDSK (máy chiếu, loa, đài, phòng, buồng...)	119 (63,3)	69 (36,7)	132 (70,2)	56 (29,8)	0,155
Về nội dung buổi GDSK là hữu ích	147(78,2)	41 (21,8)	163(86,7)	25 (13,3)	0,03
Về nội dung buổi GDSK có thể áp dụng được vào cuộc sống	132 (70,2)	56 (29,8)	150 (79,8)	38 (20,2)	0,032
Về phương pháp và kỹ năng GDSK của điều dưỡng có tính thuyết phục	115 (61,2)	73 (38,8)	149 (79,3)	39 (20,7)	<0,001
Về thời gian buổi GDSK của điều dưỡng	121(64,4)	67 (35,6)	143(76,1)	45 (23,9)	0,013
Về hình thức GDSK cá nhân	151(80,3)	37 (19,8)	168(89,4)	20 (10,6)	0,015
Về hình thức GDSK nhóm	124(66,0)	64 (34,0)	149(79,3)	39 (20,7)	0,004
Hình thức GDSK tại hội đồng bệnh viện	148(78,7)	40 (21,3)	165(87,8)	23 (12,2)	0,019
Về hoạt động GDSK tại bệnh viện	102(54,3)	86 (45,7)	159(84,6)	29 (15,3)	0,001

Kết quả khi thực hiện chương trình và hiện tại về việc chuẩn bị tài liệu, tờ rơi cho buổi GDSK có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này phù hợp với kết quả phỏng vấn sâu, đa số người bệnh hài lòng khi được nhận tài liệu, phần khởi và mong muốn được phát tài liệu. Tuy nhiên tỷ lệ chưa hài lòng với việc chuẩn bị tài liệu, tờ rơi vẫn còn 17,6%. Kết quả phỏng vấn sâu cũng phản ánh tài liệu phát cho người bệnh còn chưa phù hợp. Kết quả phỏng vấn sâu người bệnh có một số ý kiến cho rằng cần phải có phòng riêng để GDSK.

Hầu hết các tiêu chí đánh giá sự hài lòng của người bệnh về nội dung GDSK đều có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) trước khi thực hiện chương trình và hiện tại. Đa số người bệnh hài lòng về nội dung buổi GDSK là hữu ích. Nghiên cứu định tính cũng cho kết quả tương tự. Tuy nhiên, một số ý kiến cho rằng hoạt động GDSK cần phải thiết thực, cụ thể và trọng tâm hơn, cần đề cập đến một số bệnh hay mắc. Vẫn còn 20,2% người bệnh chưa hài lòng về nội dung buổi GDSK có thể áp dụng vào cuộc sống.

Mặc dù tỷ lệ hài lòng hiện tại về kỹ năng và phương pháp GDSK cho người bệnh đã tăng lên đáng kể 18,1 nhưng vẫn còn 20,7% người bệnh chưa hài lòng với tiêu chí này.

Sự hài lòng của người bệnh về thời gian buổi GDSK có sự thay đổi rõ rệt từ 64,4% - 76,1%, có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên tỷ lệ chưa hài lòng vẫn còn 23,9%. Nhiều người bệnh góp ý nâng cao cả về thời gian và tần suất tiến hành hoạt động GDSK trong phiếu điều tra. Trong 26 người bệnh có góp ý kiến về hoạt động GDSK có 10/26 ý kiến liên quan tới việc tăng cường số buổi tư vấn thường xuyên hơn, thường xuyên theo định kỳ. Có 14/26 ý kiến nâng thời gian của buổi GDSK. Kết quả này phù hợp với kết quả phỏng vấn sâu người bệnh. Một số ý kiến cho rằng cần có nhiều thời gian để hỏi, giải thích thắc mắc, GDSK thường xuyên hơn.

Hầu hết các tiêu chí đánh giá sự hài lòng của người bệnh về các hình thức GDSK đều có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,005$) giữa trước khi thực hiện chương trình và hiện tại. Người bệnh hài lòng về hình thức GDSK cá nhân

hiện tại chiếm tỷ lệ cao 89,4%. Kết quả này phù hợp với kết quả phỏng vấn sâu người bệnh, một số người bệnh mong muốn được bác sỹ, điều dưỡng GDSK tại phòng riêng để tiện trao đổi bệnh tật. Hình thức GDSK theo nhóm vẫn còn 20,7% người bệnh không hài lòng. Kết quả này tương đồng với kết quả thảo luận nhóm điều dưỡng. Một số điều dưỡng còn cảm thấy thiếu tự tin, khi đứng trước đồng nghiệp người bệnh.

Có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) về tỷ lệ người bệnh hài lòng với hoạt động GDSK tại bệnh viện. Trước khi thực hiện chương trình có 54,3% người bệnh hài lòng với hoạt động GDSK. Hiện tại tỷ lệ này lên tới 84,6%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hoạt động giáo dục sức khỏe cho người bệnh của điều dưỡng bệnh viện Quân Y 354 trong 6 tháng đầu năm 2017

Kết quả cho thấy hầu hết các hoạt động dự án GDSK do DoD PEPFA tài trợ vẫn diễn ra thường xuyên theo kế hoạch, các hình thức GDSK đều đạt vượt chỉ tiêu. Kết quả này cũng chính là mong muốn của người bệnh cũng như của nhân viên y tế. Hoạt động GDSK trực tiếp với cá nhân người bệnh khi điều dưỡng đi thực hiện y lệnh, họ lồng ghép trong hoạt động tiêm truyền phát thuốc và chăm sóc người bệnh hàng ngày đồng thời hướng dẫn người bệnh các uống thuốc, cách vệ sinh, ăn uống kiêng khem và tập vận động, chăm sóc vết mổ, sonde dẫn lưu... là hoạt động hết sức thiết thực để làm mà mang lại hiệu quả cao. Mặt khác người bệnh mong muốn được GDSK một cách riêng tư, mặt đối mặt để được sẻ chia những vấn đề tế nhị của mình về bệnh tật mà không phải ngại ngùng, thậm chí người bệnh còn chia sẻ những tâm tư cá nhân của mình và muốn người làm GDSK hiểu và giữ bí mật. Điều này cho thấy hoạt động GDSK cho người bệnh của điều dưỡng đang đi đúng hướng, nó thể hiện sự quyết tâm của lãnh đạo cũng như cán bộ, nhân viên bệnh viện muốn đưa GDSK trở thành hoạt động thường niên của bệnh viện hướng tới nâng cao chất lượng chăm sóc, điều trị làm hài lòng người bệnh.

Trong thực hành quan sát đa số thực hiện quan sát với hình thức cá nhân 62,5% và được tiến hành nhiều hơn ở các khoa ngoại 39,1%. Khoa ngoại chung là khoa có các hoạt động chăm sóc diễn ra nhiều nhất, tại đây các thủ thuật diễn ra thường xuyên hơn và cần có sự hướng dẫn, tư vấn GDSK tỉ mỉ của người điều dưỡng từ lúc người bệnh vào viện đến khi ra

viện thì hoạt động điều trị mới có hiệu quả. Hoạt động lồng ghép GDSK trong chăm sóc người bệnh được điều dưỡng phát huy tại đây cũng là lý do để nhóm nghiên cứu thực hiện quan sát nhiều hơn ở khoa này.

Về việc thực hiện quy trình GDSK đại đa số điều dưỡng thực hiện đúng quy trình GDSK, mặc dù vậy vẫn còn 13,1% điều dưỡng thực hiện buổi GDSK chưa bắt đầu hấp dẫn, không khí buổi GDSK chưa cởi mở, thân mật. Tác giả Nguyễn Văn Hiến khi nói về phương tiện và phương pháp truyền thông GDSK đã viết: khi gặp đối tượng tư vấn cần chủ động chào hỏi thân mật để tạo cảm giác gần gũi đầu tiên của đối tượng là người tư vấn đã sẵn sàng để tiếp đón, giúp đỡ đối tượng. Làm cho đối tượng cảm thấy thoải mái, an tâm ngay từ ban đầu là tiền đề quan trọng để đối tượng tin tưởng trình bày hết nguyện vọng của họ [1].

4.2. Sự hài lòng của người bệnh về hoạt động giáo dục sức khỏe tại bệnh viện.

Sự hài lòng của người bệnh về GDSK của điều dưỡng gồm 9 tiêu chí hài lòng, trong đó hài lòng về việc chuẩn bị tài liệu, tờ rơi cho buổi GDSK. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Bawazir A. và cộng sự, có 80,5% người bệnh hài lòng đối với chất lượng và nội dung tài liệu phục vụ cho giáo dục sức khỏe [7]. Trong 9 tiêu chí đánh giá sự hài lòng của người bệnh về hoạt động GDSK thì tiêu chí hài lòng về cơ sở vật chất chỉ đạt 70,2% trước khi thực hiện chương trình 63,3% sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê, điều này có thể hiểu bệnh viện chưa đầu tư được không gian riêng cho GDSK, phần lớn các hoạt động GDSK diễn ra tại phòng bệnh hàng ngày, hàng tuần, cơ sở vật chất vẫn như trước, không có sự thay đổi. Các hoạt động GDSK lồng ghép trong các hoạt động thăm khám, chăm sóc của bác sỹ và điều dưỡng chứ chưa có phòng dành riêng cho tư vấn GDSK. Kết quả này phù hợp với kết quả phỏng vấn sâu người bệnh, đa số người bệnh đều mong muốn được GDSK riêng tư.

Về nội dung buổi GDSK có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, kết quả người bệnh hài lòng hiện tại là 86,7%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Lê Văn Tuấn bệnh viện E 83,2%, thấp hơn so với nghiên cứu của Press Ganey (2008) khi so sánh sự hài lòng ở người bệnh ung thư giữa các bệnh viện cho thấy: tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh về sự chăm sóc, điều dưỡng của cơ sở y tế chiếm 97%, đối với sự phục vụ của điều dưỡng là 98% [6].

Có 79,79% người bệnh hài lòng về nội dung buổi GDSK có thể áp dụng được vào cuộc sống, thay đổi có ý nghĩa thống kê so với trước khi thực hiện chương trình, tuy nhiên tỷ lệ này thực sự chưa cao và cần phải được quan tâm chấn chỉnh vì mục đích của GDSK được quy định trong thông tư 07-BYT bao gồm hướng dẫn người bệnh phát hiện bệnh, xác định được nguyên nhân và yếu tố nguy cơ gây bệnh, biểu hiện bệnh, cách xử trí chăm sóc tại nhà. Các biện pháp hỗ trợ tâm lý cho người bệnh rất cần thiết, nhằm nâng cao sức chống đỡ, nâng hiệu quả điều trị cho người bệnh.

Tỷ lệ người bệnh hài lòng về phương pháp kỹ năng của điều dưỡng khi tư vấn hiện tại là 79,3%, tỉ lệ trước đó là 71,2%, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên tỷ lệ này còn thấp, chúng ta thấy rằng người điều dưỡng cần phải trau dồi kiến thức, học hỏi lẫn nhau, tiếp xúc nhiều với người bệnh để hiểu được tâm tư nguyện vọng của họ mà có những biện pháp GDSK thích hợp, làm nhiều, thực hành nhiều, rút kinh nghiệm thì kết quả mới tốt hơn, người bệnh sẽ hài lòng.

Đánh giá trước khi hoạt động dự án diễn ra tại bệnh viện tỷ lệ hài lòng của người bệnh 54,3% với hoạt động GDSK, hiện tại tỷ lệ này lên tới 84,6%. Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Văn Tuấn viện E về đánh giá ngắn hạn cộng tác GDSK thông qua sự thay đổi kiến thức của bệnh nhân viêm loét dạ dày tá tràng về bệnh trước và sau khi giáo dục sức khỏe 84,2%. Thấp hơn nghiên cứu của Bùi Thị Bích Phượng về lượng giá sự hiểu biết của thân nhân bệnh nhi về Sốt xuất huyết trước biết về bệnh Sốt xuất huyết là 63% và sau khi GDSK tăng lên 99% [5].

V. KẾT LUẬN

Công tác giáo dục sức khỏe cho người bệnh tại Bệnh viện Quân Y 354 trong 6 tháng đầu năm 2017 vượt chỉ tiêu đề ra ở tất cả các hình thức, tuy nhiên vẫn còn một số lượt thực hiện chưa đúng quy trình. Hầu hết các chỉ tiêu đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân đều có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Hiến (2013)**, *Phương tiện và phương pháp truyền thông giáo dục sức khỏe*, Bộ Y tế, Nhà xuất bản Y học.
2. **Dương Thị Bình Minh (2012)**, *Thực trạng công tác chăm sóc điều dưỡng người bệnh tại các khoa lâm sàng bệnh viện Hữu Nghị năm 2012*, Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội.
3. **Nguyễn Thị Bích Nga (2016)**, *Thực trạng một số hoạt động chăm sóc người bệnh của ĐD lâm sàng bệnh viện phổi trung ương năm 2015*, Thạc sĩ, Trường Đại học y tế công cộng.
4. **Bùi Thị Bích Nga (2011)**, *Thực trạng công tác chăm sóc của điều dưỡng qua nhận xét của người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương năm 2011*, Luận văn, Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội., Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội.
5. **Bùi Thị Bích Phượng và các cộng sự (2011)**, *Lượng giá hoạt động giáo dục sức khỏe cho thân nhân bệnh nhi về sốt xuất huyết tại khoa Sốt xuất huyết Bệnh viện Nhi đồng 1*, Hội nghị khoa học kỹ thuật Bệnh viện Nhi đồng 1- Năm 2011, Y học Thành phố Hồ Chí Minh trang 110.
6. **Lê Văn Tuấn (2015)**, *Đánh giá hiệu quả công tác giáo dục sức khỏe tại khoa tiêu hóa Bệnh viện E năm 2014*, Kỷ yếu hội nghị khoa học kỷ niệm 48 năm thành lập Bệnh viện E 2015.
7. **Bawazir và các cộng sự (2013)**, *Patients' Satisfaction with Health Education Services at Primary Health Care Centers in Riyadh, KSA*.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA TRẺ EM 25-48 THÁNG TUỔI Ở CÁC TRƯỜNG MẦM NON CỦA BA XÃ THUỘC HUYỆN TIỀN HẢI TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2016

Ninh Thị Nhung¹, Trần Thị Vân Anh¹, Nguyễn Văn Công²

TÓM TẮT

¹Đại học Y Dược Thái Bình

²Ban Bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cán bộ TW

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Công

Email: congnguyen12389@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2017

Mục đích: Nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng của trẻ em từ 25 đến 48 tháng tuổi. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng qua các chỉ số nhân trắc của 542 trẻ em từ 25 đến 48 tháng tuổi đang học tại trường mầm non của xã thuộc huyện Tiền Hải, tỉnh Thái Bình. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ Gầy còm từ 25 đến 48 tháng tuổi là 6,5%, Nhẹ cân là 14,8%,

Ngày duyệt bài: 29.11.2017

Thấp còi là 25,8%, tỉ lệ Thừa cân/Béo phì là 3,3%. Có 63,8% trẻ có tình trạng dinh dưỡng bình thường. Số trẻ mắc ít nhất một thể SDD là chủ yếu, chiếm 36,2% tiếp theo là thấp còi đơn thuần (17%), vẫn còn thể phối hợp (12,9%). Trong số trẻ Thấp còi trong nghiên cứu, chủ yếu là trẻ Thấp còi độ 1 (chiếm 92,9%) và vẫn còn 7,1% trẻ thấp còi độ 2. **Kết luận:** Tỉ lệ SDD tăng lên theo tuổi từ 25 đến 48 tháng tuổi. Không có sự khác biệt về tỉ lệ SDD giữa 2 giới.

Từ khóa: SDD, Gầy còm, Nhẹ cân, Thấp còi, Thừa cân/Béo phì.

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN STUNTING 25 TO 48 MONTHS OF AGE AT KINDERGARTENS IN 3 COMMUNES OF TIEN HAI DISTRICT, THAI BINH PROVINCE IN 2016

Objective: During the period of 11 to 35 months of age, the highest risk of malnutrition, stunting occurs early in the first 6 months of life, increasing rapidly from 11 to 35 months of age and continue to remain until the age of 59 months. This study aimed to assess the nutritional status of children aged 25-48 months at kindergartens in 3 communes of Tien Hai district, Thai Binh province, from 2016 to 2017. **Design:** 542 children 25 to 48 months of age are counted for age (according to the WHO guidelines), weight (in kilograms and accurately recorded to a decimal), vertical height (in centimeter). Nutritional status was assessed by the following indicators: WAZ, HAZ, WHZ and sorted by age and sex group. **Result:** Prevalence rates of Wasting for children 25 to 48 months of age were 6.5%, Underweight was 14.8%, Stunting was 25.8%, Overweight / Obesity was 3.3%. 63.8% of children had normal nutritional status. The number of children with at least one type of malnutrition is 36.2%, followed by Stunting only (17%), still can be Combined (12.9%). Percentage of Stunting was 25.8%, of which mainly grade 1 Stunting for 92.9%, still 7.1% grade 2 Stunting. **Conclusions:** The rate of malnutrition increases with age from 25 to 48 months. There is no difference in malnutrition rates between the sexes.

Keywords: malnutrition, wasting, underweight, stunting, overweight / obesity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo thống kê của chương trình điều tra hộ gia đình quốc tế (MICS) và Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc (UNICEF) thông tin cập nhật về tình hình trẻ em SDD theo nhóm tuổi: Thời kì trẻ 11 - 35 tháng là thời kì có nguy cơ bị SDD cao nhất, trong số các thể SDD, thể thấp còi xuất hiện sớm ngay trong 6 tháng tuổi đầu tiên, tăng nhanh từ 11 - 35 tháng và tiếp tục duy trì đến lúc trẻ được 59 tháng tuổi.

Tiền Hải là huyện ven biển của tỉnh Thái Bình, có điều kiện thuận lợi để phát huy thế mạnh của kinh tế biển, tạo ra những chuyển biến tích cực về đời sống kinh tế - xã hội. Được sự quan tâm

của cấp ủy Đảng, chính quyền địa phương và sự nỗ lực của ngành Y tế, chương trình phòng chống SDD đã có những hoạt động đáng ghi nhận tại cộng đồng, góp phần cải thiện TTDD của trẻ em của huyện. Tuy nhiên, theo kết quả nghiên cứu gần đây (2014) của Trần Quang Trung tại huyện Tiền Hải tỉnh Thái Bình cho thấy: tỉ lệ trẻ mắc thể thấp còi là 26,9%, tỉ lệ này cao hơn thống kê về tỉ lệ thấp còi trung bình cả nước (24,9%) và tỉnh Thái Bình (25,2%) năm 2014.

Tiếp tục nghiên cứu về tình trạng thấp còi làm cơ sở cho các nghiên cứu can thiệp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Xác định tình trạng dinh dưỡng của trẻ từ 25 đến 48 tháng tuổi ở các trường mầm non của 3 xã thuộc huyện Tiền Hải tỉnh Thái Bình năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

*Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng: 542 trẻ em từ 25 đến 48 tháng tuổi đang học tại trường mầm non xã Tây Phong (176 trẻ), xã Tây Tiến (186 trẻ) và xã Tây Lương (180 trẻ) thuộc huyện Tiền Hải, tỉnh Thái Bình.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ mắc các bệnh mạn tính, các dị tật bẩm sinh, bị bệnh cấp tính nặng tại thời điểm điều tra.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 11/2016 đến tháng 5/2017.

***Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu dịch tễ học mô tả

Trẻ được tính tháng tuổi (theo hướng dẫn của WHO), cân nặng (tính bằng kilôgam (kg) và ghi chính xác tới một chữ số thập phân), đo chiều cao đứng (tính bằng cm).

***Phân loại tình trạng dinh dưỡng:** theo WHO 2007

- Thể Nhẹ cân: khi cân nặng theo tuổi (Weight-for-Age - WAZ) < - 2 SD

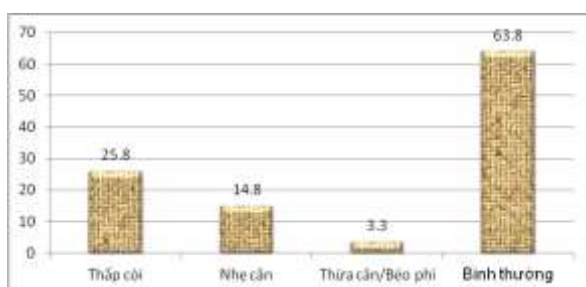
- Thể Thấp còi: khi chiều cao theo tuổi (Height-for-Age - HAZ) < - 2 SD

- Thể Gầy còm: khi cân nặng theo chiều cao (Weight-for-Height - WHZ) < - 2 SD

- Trẻ Thừa cân/Béo phì khi cân nặng theo chiều cao (WHZ) ≥ + 2SD

***Xử lý số liệu:** Các số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Tỉ lệ % trẻ các thể dinh dưỡng trong nghiên cứu

Biểu đồ 1. cho thấy tỉ lệ trẻ SDD thể Gầy còm chiếm 6,5%, tỉ lệ trẻ còi cọc là 14,8%, có 25,8%

trẻ mắc thấp còi, và có 3,3% trẻ bị thừa cân/béo phì (TCBP). Có 63,8% trẻ có tình trạng dinh dưỡng bình thường.

Có 24,6% trẻ nam và 27,1% trẻ nữ bị thấp còi. Tỉ lệ thấp còi ở nhóm tuổi 25 - 36 tháng chiếm 25,0% và chiếm 26,8% ở nhóm tuổi lớn hơn. Tại trường Tây Phong, tỉ lệ trẻ thấp còi chiếm cao nhất với 26,1%, tại trường Tây Lương, tỉ lệ trẻ thấp còi là 25,6%, và ở trường Tây Tiến tỉ lệ này là 25,8%. Không có sự khác biệt giữa nam và nữ giữa các nhóm tuổi cũng như giữa các địa bàn nghiên cứu với nhau.

Bảng 1. Mức độ Thấp còi theo giới tính và nhóm tuổi

Chỉ số		n	Độ 1		Độ 2	
			Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam	68	65	95,6	3	4,4
	Nữ	72	65	90,3	7	9,7
Nhóm tuổi	25 - 36 tháng	73	67	91,8	6	8,2
	37 - 48 tháng	67	63	94,0	4	6,0
Tổng		140	130	92,9	10	7,1

Kết quả bảng 1. cho thấy có 92,9% trẻ mắc thấp còi mức độ 1 và 7,1% mức độ 2. Trong đó có 4,4% trẻ nữ và 9,7% trẻ nam SDD độ 2, tương ứng theo nhóm tuổi thì tỉ lệ SDD độ 2 ở nhóm 25 - 36 tháng và 37 - 48 tháng lần lượt là 8,2% và 6,0%.

Bảng 2. Tỉ lệ trẻ Nhẹ cân theo giới tính, nhóm tuổi tại 3 trường mầm non

Chỉ số		Thể nhẹ cân		p
		Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Giới tính	Nam (n = 276)	37	13,4	> 0,05
	Nữ (n = 266)	43	16,2	
Nhóm tuổi	25 - 36 tháng (n = 292)	34	11,6	> 0,05
	37 - 48 tháng (n = 250)	45	18,0	
Trường	Xã Tây Tiến (n = 186)	29	15,3	> 0,05
	Xã Tây Lương (n = 180)	28	15,8	
	Xã Tây Phong (n = 176)	23	13,1	
Tổng (n = 542)		80	14,8	

Kết quả bảng trên cho thấy có 13,4% trẻ nam và 16,2% trẻ nữ thể nhẹ cân. Tỉ lệ nhẹ cân ở nhóm tuổi 25 - 36 tháng chiếm 12,0% và chiếm 18,0% ở nhóm tuổi lớn hơn. Tại trường mầm non Tây Lương, tỉ lệ trẻ nhẹ cân chiếm cao nhất với 15,8%, tại trường Tây Phong, tỉ lệ trẻ nhẹ cân là 13,1%, và ở trường Tây Tiến tỉ lệ này là 15,3%. Không có sự khác biệt giữa nam và nữ giữa các nhóm tuổi cũng như giữa các địa bàn nghiên cứu với nhau.

Tỉ lệ SDD ở trẻ có xu hướng tăng dần theo độ tuổi, trẻ càng lớn thì tỉ lệ SDD càng cao. SDD thể gầy còm tăng từ 5,1% lên 8,0%, SDD thể nhẹ cân tăng từ 11,6% lên 18,0% và tỉ lệ thấp còi tăng từ 25,0% lên 26,8%.

Bảng 3. Phân tích tỉ lệ suy dinh dưỡng 3 chỉ tiêu nhân trắc theo nhóm tuổi và giới tính

Chỉ số	Nhóm tuổi		Giới tính		Toàn bộ (n = 542)
	25-36 tháng (n = 292)	37-48 tháng (n = 250)	Nam (n = 276)	Nữ (n = 266)	
Các thể SDD					
Mắc ít nhất 1 thể SDD	107 (36,6)	89 (35,6)	94 (34,1)	102 (38,3)	196(36,2)
Gầy còm đơn thuần	9 (3,1)	12 (4,3)	12 (4,3)	6 (2,3)	18 (3,3)
Thấp còi đơn thuần	5 (1,7)	6 (2,2)	6 (2,2)	5 (1,9)	11 (2,0)
Nhẹ cân đơn thuần	47 (16,1)	41 (14,9)	44 (15,9)	48 (18,0)	92 (17,0)
TCBP đơn thuần	9 (3,1)	10 (3,6)	10 (3,6)	5 (1,9)	15 (2,8)
Phối hợp ^(*)	3 (1,0)	8 (2,9)	25 (9,1)	45 (16,9)	70 (12,9)

Ghi chú: ^(*) Thể phối hợp là trẻ mắc đồng thời từ 2 thể SDD trở lên

Kết quả nghiên cứu cho thấy: có 36,2% đối tượng mắc ít nhất một thể SDD, trong đó 36,6% trẻ 25 - 36 tháng và 35,6% trẻ 37 - 48 tháng mắc ít nhất 1 thể SDD. Tỷ lệ này ở trẻ nam và trẻ nữ lần lượt là 34,1% và 38,3%. Có 9,1% trẻ nam trong nghiên cứu có mắc ít nhất 2 thể SDD, và tỷ lệ này ở các trẻ nữ là 16,9%.

Bảng 4. Đặc điểm mắc Thấp còi phối hợp với các thể SDD khác theo giới tính

Thể SDD	Giới tính	Nam (n = 68)		Nữ (n = 72)		Toàn bộ (n = 140)	
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Thấp còi đơn thuần		44	64,7	48	66,7	92	65,7
Thấp còi + Nhẹ cân		16	23,5	21	29,2	37	26,4
Thấp còi + Nhẹ cân + Gầy còm		8	11,8	3	4,2	11	7,9

Ghi chú: (*) Thể phối hợp là trẻ mắc đồng thời từ 2 thể SDD trở lên

Có 65,7% trẻ SDD thể thấp còi trong nghiên cứu là ở thể đơn thuần, trong đó có 64,7% trẻ nam và 66,7% trẻ nữ. Tỷ lệ thấp còi kết hợp nhẹ cân chiếm 26,4% (23,5% là nam và 29,2% là nữ). Có 7,9% trẻ thấp còi kèm thêm thể nhẹ cân và thể gầy còm, tỷ lệ này ở trẻ nam là 11,8% và 4,2% ở trẻ nữ.

Bảng 5. Giá trị trung bình các chỉ số Z - score của trẻ theo các thể SDD

Thể SDD	n	WAZ ($\bar{X} \pm SD$)	HAZ ($\bar{X} \pm SD$)	WHZ ($\bar{X} \pm SD$)
Gầy còm	35	- 1,61 $\pm$ 0,7	- 1,6 $\pm$ 0,55	- 2,15 $\pm$ 0,12
Thấp còi	140	- 1,6 $\pm$ 0,58	- 2,26 $\pm$ 0,27	- 1,2 $\pm$ 0,33
Nhẹ cân	80	- 2,2 $\pm$ 1,18	- 2,06 $\pm$ 0,42	- 1,4 $\pm$ 0,47

Đối với nhóm trẻ gầy còm, chỉ số WAZ trung bình là: -1,61 $\pm$ 0,7, HAZ trung bình là -1,6 $\pm$ 0,55 và WHZ là - 2,15 $\pm$ 0,12. Chỉ số WAZ trung bình, HAZ trung bình và WHZ trung bình của nhóm trẻ SDD thể nhẹ cân lần lượt là -2,2 $\pm$ 1,18; - 2,06 $\pm$ 0,42 và -1,4 $\pm$ 0,47. Đối với nhóm trẻ thấp còi, chỉ số WAZ trung bình là -1,61 $\pm$ 0,58, HAZ trung bình là - 2,26 $\pm$ 0,27 và WHZ là -1,2 $\pm$ 0,33.

IV. BÀN LUẬN

- Suy dinh dưỡng thể Gầy còm: Suy dinh dưỡng thể gầy còm thể hiện tình trạng thiếu ăn gần đây, mang tính chất cấp tính, phản ánh tức thì hậu quả tình trạng không tăng cân hoặc sút cân do những vấn đề sức khỏe và ăn uống của trẻ em. Tỷ lệ trẻ gầy còm trong nghiên cứu của chúng tôi là 6,5%, cao hơn nghiên cứu tại cùng địa bàn của Trần Quang Trung (4,5%) cao hơn so với mức chung trong toàn quốc năm 2015 (6,4%). Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn theo báo cáo của UNICEF - WHO - WB về tỷ lệ trẻ gầy còm thế giới năm 2016 là 7,1%, thấp hơn so với nghiên cứu tại Yên Bái (9,3%), Lạng Sơn (11,9%).

Nguyên nhân của thể gầy còm thường là do bệnh tật của trẻ như tiêu chảy, nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính làm đưa trẻ ngừng lên cân hoặc bị sụt cân so với chiều cao đang bình thường của chúng. Điều này cũng phản ánh thực tế quá trình chăm sóc trẻ, kiến thức về dinh dưỡng, thực hành chế độ ăn cho trẻ trước khi bị bệnh, khi trẻ bị bệnh, sau khi khỏi bệnh là chưa tốt.

- Suy dinh dưỡng thể Thấp còi: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: tỷ lệ thấp còi là 25,8%, cao hơn so với tỷ lệ thấp còi toàn quốc

(24,6%), cao hơn nghiên cứu tại Hà Nội (17,8%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu tại Lạng Sơn (26,3%) thấp hơn nhiều so với nghiên cứu tại Yên Bái (60,1%). So với mục tiêu của "Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2011 - 2020 (giảm tỷ lệ thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi xuống còn 26% vào năm 2015) thì kết quả về tình hình thấp còi trong nghiên cứu của chúng tôi đã đạt được theo mục tiêu đề ra.

Nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ thấp còi cao có thể là do khẩu phần ăn bổ sung không hợp lý (thiếu cả về số lượng và chất lượng), nhiều bà mẹ có trình độ văn hóa trung học cơ sở, trình độ tiểu học. Hầu hết các bà mẹ có nghề nghiệp chính là nông nghiệp, kiến thức thực hành về dinh dưỡng và chăm sóc trẻ còn có những hạn chế là yếu tố làm tăng nguy cơ SDD ở trẻ. Liên quan giữa trình độ học vấn và SDD ở trẻ em trong báo cáo "Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ 2011", và tác giả Trần Quang Trung trong nghiên cứu của mình đều có chung nhận định: tỷ lệ thấp còi càng tăng khi trình độ học vấn của người chăm sóc trẻ càng thấp.

- Suy dinh dưỡng thể Nhẹ cân: Nhẹ cân là một đặc tính chung của thiếu dinh dưỡng nhưng không biết được cụ thể đó là loại SDD vừa mới xảy ra hay tích lũy từ lâu. Tuy nhiên, theo dõi cân nặng là việc tương đối dễ ở cộng đồng do đó tỷ lệ thiếu cân theo tuổi vẫn được sử dụng như là tỷ lệ chung của thiếu dinh dưỡng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: tỷ lệ SDD thể nhẹ cân là 14,8%, cao hơn mức trung bình cả nước (14,1%). So với một số nghiên cứu khác thì tỷ lệ SDD nhẹ cân của chúng tôi thấp hơn kết quả

điều tra tại Lạng Sơn (19,7%), Nghệ An (20,5%), Yên Bái (25,1%). So với mục tiêu của "Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2011 - 2020 và tầm nhìn đến 2030". Tỷ lệ SDD thể nhẹ cân trong nghiên cứu của chúng tôi đã đạt mục tiêu của chiến lược, tuy nhiên để giảm xuống 12,5% vào năm 2020 cần có chính sách can thiệp phù hợp, triển khai toàn diện các giải pháp, nhiệm vụ để thực hiện thành công các mục tiêu của chiến lược.

- Thừa cân/Béo phì: Thừa cân béo phì ở trẻ em là rất nguy hiểm, không những ảnh hưởng đến thẩm mỹ mà còn là nguyên nhân chính dẫn đến những bệnh mãn tính không lây ở tuổi trưởng thành như: tiểu đường, cao huyết áp, tim mạch... Trẻ béo phì với một chế độ ăn nghiêng về nhiều đạm (protein) và chất béo nhưng lại nghèo vi chất, trông có vẻ bụ bẫm nhưng lại rất dễ mắc bệnh... Một vấn đề chung của cả hai tình trạng suy dinh dưỡng và béo phì đó là cả hai nhóm trẻ này đều bị thiếu vi chất dinh dưỡng (vitamin A, vitamin nhóm B, vitamin C, vitamin D, canxi, sắt, iod, kẽm, selen...). Vì thế cả trẻ thiếu cân và trẻ thừa cân đều có vấn đề về sức khỏe khi thiếu các vi chất quan trọng đối với cơ thể.

Tỷ lệ thừa cân béo phì trong các nghiên cứu tại Thái Bình cho thấy: có xu hướng tăng dần tỷ lệ này theo thời gian; nghiên cứu của Ninh Thị Nhung năm 2011 tỷ lệ này là 2,6%, nghiên cứu của Trần Quang Trung tại cùng địa bàn huyện Tiền Hải năm 2011 (điều tra ban đầu) là 3,0%, của Nguyễn Văn Thịnh năm 2013 là 3,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi năm 2016 tỷ lệ thừa cân, béo phì là 3,3%.

Từ những số liệu trên cho thấy chiến dịch giảm tình trạng SDD trẻ em dưới 5 tuổi nói chung, trẻ em thấp còi 25 - 48 tháng nói riêng là cuộc chiến chưa có hồi kết, thậm chí còn có biểu hiện của sự chững lại cho dù các chương trình chăm sóc sức khỏe của ngành Y tế đều ưu tiên đối tượng này. Bên cạnh đó khi đời sống được nâng lên, điều kiện sống thay đổi nguy cơ bị thừa cân béo phì từ những trẻ có tiền sử thấp còi và nhẹ cân là rất cao.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ trẻ gầy còm từ 25 đến 48 tháng tuổi chiếm 6,5%, nhẹ cân chiếm 14,8%, thấp còi chiếm 25,8%, tỷ lệ thừa cân béo phì là 3,3%.

- Số trẻ mắc ít nhất một thể SDD là chủ yếu, chiếm 36,2% tiếp theo là thấp còi đơn thuần (17%), vẫn còn thể phối hợp (12,9%).

- Tỷ lệ trẻ em thấp còi từ 25 đến 48 tháng tuổi là 25,8%, trong đó chủ yếu là trẻ thấp còi độ 1 chiếm 92,9%, vẫn còn 7,1% trẻ thấp còi độ 2. Không có sự khác biệt giữa nam và nữ giữa các nhóm tuổi cũng như giữa các địa bàn nghiên cứu với nhau.

KHUYẾN NGHỊ

Cần đẩy mạnh công tác truyền thông về chế độ dinh dưỡng đối với trẻ 25-48 tháng tuổi cho người nuôi dưỡng trẻ tại nhà cũng như tại các trường mầm non để từng bước hướng tới một chế độ dinh dưỡng phù hợp với lứa tuổi để trẻ phát triển tốt về thể chất và tinh thần, giảm dần tỷ lệ trẻ mắc các thể suy dinh dưỡng cũng như thừa cân/béo phì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Ngọc Khái, Phạm Thị Dung (2016), Bài giảng Dinh dưỡng và An toàn Thực phẩm, Trường Đại học Y - Dược Thái Bình, Nhà xuất bản Y học.
2. Ninh Thị Nhung (2012), Tình trạng dinh dưỡng và đặc điểm khẩu phần của trẻ từ 25 - 60 tháng tuổi tại 2 trường mầm non thuộc 2 xã/phường của Thành phố Thái Bình năm 2011, Tạp chí Y học thực hành, 1(802), tr. 29 - 32.
3. Trần Quang Trung (2006), Tình hình suy dinh dưỡng của Tiền Hải Thái Bình và hiệu quả các biện pháp can thiệp, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Thái Bình.
4. Trần Quang Trung (2014), Thực trạng suy dinh dưỡng thấp còi và hiệu quả can thiệp cải thiện khẩu phần ăn cho trẻ dưới 5 tuổi vùng ven biển Tiền Hải, Thái Bình, Luận án tiến sĩ Y tế công cộng Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
5. Emma Tzioumis and Linda S. Adair (2014), "Childhood dual burden of under - and overnutrition in low - and middle-income countries: a critical",
6. Moraleda C., Aguilar R., Quinto L., et al. (2017), "Anaemia in hospitalised preschool children from a rural area in Mozambique: a case control study in search for aetiological agents", BMC Pediatr, 17(1), pp. 63.
7. UNICEF/WHO (2016), "Global Nutrition Report 2016, From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030", Washinton, DC.

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG LOÃNG XƯƠNG Ở NỮ GIỚI TỪ 40 - 70 TUỔI ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG

Lê Văn Thêm*, Trần Văn Việt*, Trần Văn Biên*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ loãng xương ở nữ giới từ 40 - 70 và mô tả một số yếu tố liên quan. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 126 phụ nữ đến khám tại bệnh viện trường đại học kỹ thuật y tế Hải Dương. **Kết quả:** Tỷ lệ loãng xương là 30,95%. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng loãng xương: chủ yếu có nghề nghiệp là làm ruộng và buôn bán, những người trong thời kỳ mãn kinh, chế độ luyện tập ít, những người từ tuổi cao từ 61-70 tuổi, những người loãng xương thường có cân nặng và chiều cao thấp.

SUMMARY

STUDY OF THE OSTEOPOROSIS STATUS OF WOMEN FOR AGE 40-70 YEARS EXAMINATION AT HAI DUONG MEDICAL TECHNICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Purpose: To determine osteoporosis status of women for age 40-70 years and to describe concerned factors. **Methods:** Descriptive cross-sectional study performs on 126 women who take an examination at the hospital of Hai Duong medical technical university. **Results:** The rate of osteoporosis is 30.95%. The factors related to osteoporosis: occupations are mainly farming and trading, people in menopause, elder in age 61-70 years. The osteoporosis person often has low weight and height.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương do loãng xương không những để lại hậu quả nghiêm trọng cho sức khỏe mà chi phí điều trị lại rất tốn kém và lâu dài. Chi phí cho bệnh loãng xương tương đương với chi phí cho bệnh tiểu đường và lớn hơn chi phí cho cả hai bệnh ung thư thường gặp nhất ở phụ nữ cộng lại (ung thư vú và ung thư tử cung). Tại Việt Nam hiện nay, mỗi ca gãy cổ xương đùi điều trị tại bệnh viện cũng chi phí hết khoảng hơn 30 triệu đồng. Tuy chi phí cho điều trị biến chứng của loãng xương rất lớn nhưng hiệu quả điều trị lại không cao: 20% trường hợp gãy cổ xương đùi do loãng xương có thể tử vong trong vòng một năm sau đó, 30% bị tàn phế hoàn toàn, 40% phụ thuộc vào người khác và 80% không thể tái hòa nhập với cộng đồng. Gãy xương do loãng xương đang thực sự trở thành một gánh nặng cho chương trình chăm sóc sức khỏe của mỗi quốc gia. Đây là một thách thức lớn đối với sức khỏe cộng đồng, đặc biệt ở các nước Châu Á, nơi

mà đa phần là các nước đang phát triển, đông dân và còn nhiều khó khăn về kinh tế, trong đó có nước ta. Bên cạnh đó, cùng với sự phát triển của nền kinh tế, tuổi thọ con người ngày càng tăng lên, dự báo một sự gia tăng tỷ lệ loãng xương vì tuổi càng cao thì nguy cơ loãng xương càng nhiều [7].

Ngoài ra, cho đến nay điều trị loãng xương và gãy xương do loãng xương mới chỉ đạt được hiệu quả là làm giảm sự mất chất xương, tăng khối xương, chưa có biện pháp điều trị nào hồi phục lại được cấu trúc xương. Do đó, phát hiện sớm và điều trị dự phòng đối với loãng xương là vấn đề chủ yếu và cần thiết.

Phụ nữ từ 40 - 70 tuổi là những đối tượng có nguy cơ cao bị loãng xương vì đa phần họ đã qua sinh nở làm mất một phần canxi đáng kể và họ là đối tượng tiền mãn kinh hoặc đã mãn kinh dẫn đến hàm lượng estrogen trong máu giảm ảnh hưởng đến sự mất chất xương. Tuy nhiên, theo các nghiên cứu trước đây cho thấy lối sống, sinh hoạt, vận động thể lực, chế độ dinh dưỡng, nghề nghiệp... ảnh hưởng quan trọng đến tình trạng loãng xương. Với câu hỏi nghiên cứu: Tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ tuổi từ 40 - 70 hiện nay là bao nhiêu? Mối liên quan giữa tình trạng loãng xương và một số các yếu tố nguy cơ ở đối tượng này ra sao? Chúng tôi lựa chọn bệnh nhân đến khám tại bệnh viện trường đại học kỹ thuật y tế Hải Dương. Chưa có thống kê cụ thể về tỷ lệ loãng xương ở nữ giới tuổi từ 40 đến 70 nhưng qua những đợt kiểm tra sức khỏe, thực tế tại các bệnh viện trong địa bàn thành phố cho thấy phụ nữ đến khám và điều trị các bệnh xương khớp chiếm tỷ lệ không nhỏ. Xuất phát từ những lý do trên. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *Nghiên cứu tình trạng loãng xương ở nữ giới từ 40-70 tuổi đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương tháng 11-12 năm 2016.* Với mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ loãng xương ở nữ giới từ 40 - 70 tuổi đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương tháng 11-12 năm 2016.

2. Mô tả một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ loãng xương ở nữ giới 40 - 70 tuổi đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương tháng 11-12 năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Phụ nữ 40-70 tuổi đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học kỹ

*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
 Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thêm
 Email: themlv2003@gmail.com
 Ngày nhận bài: 6.10.2017
 Ngày phản biện khoa học: 10.11.2017
 Ngày duyệt bài: 23.11.2017

thuật Y tế Hải Dương từ ngày 01/11/2016 đến tháng 31/12/2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.3. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

- Làm sạch số liệu: Sau mỗi buổi thu thập số liệu được các thành viên kiểm tra lại các thông tin và chỉnh lý ngay trong ngày đầu tiên. Những dữ liệu không phù hợp được các thành viên gọi điện thoại hỏi lại hoặc loại bỏ phiếu.

- Nhập số liệu: Tất cả số liệu sau khi thu thập sẽ được mã hóa và nhập vào máy tính.

- **Xử lý số liệu:** Bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung của đối tượng

Bảng 3.1. Đặc điểm chiều cao của đối tượng

Chiều cao (cm)	≤ 145	146-155	156-165	>165
Số lượng (người)	9	83	23	11

Nhận xét: Người có chiều cao từ 146-155 cm chiếm đa số.

Bảng 3.2. Đặc điểm cân nặng của đối tượng

Cân nặng (kg)	< 45	45-55	56-60	>60
Số lượng (người)	31	70	14	11

Nhận xét: số người có cân nặng 46 - 55kg chiếm đa số.

Bảng 3.3. Đặc điểm chỉ số BMI của đối tượng

BMI (kg/m ²)	<18,5	18,5-23	>23
Số lượng (người)	12	105	9

Nhận xét: Những người có chỉ số BMI từ 18,5 - 23 chiếm đa số

Bảng 3.4. Phân bố theo tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
40 - 50	64	50,79
51 - 60	47	37,30

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng loãng xương

Bảng 3.9. Mối liên quan giữa tình trạng loãng xương và nhóm tuổi

Yếu tố	Không loãng xương		Giảm mật độ xương		Loãng xương	
	n	%	n	%	n	%
Tuổi						
40 - 50	20	31,25	35	54,69	9	14,06
51 - 60	8	17,02	20	42,55	19	40,43
61 - 70	1	6,67	3	20,00	11	73,33

Nhận xét: Tỷ lệ người loãng xương tỷ lệ thuận với độ tuổi.

Bảng 3.10. Mối liên quan giữa tình trạng loãng xương và cân nặng

Yếu tố	Không loãng xương		Giảm mật độ xương		Loãng xương	
	n	%	n	%	n	%
Cân nặng (kg)						
<45kg	4	12,90	7	22,58	20	64,52
≥45kg	25	26,32	51	53,68	19	20

61 - 70	15	11,91
---------	----	-------

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu tập trung vào lứa tuổi 40-50.

Bảng 3.5. Phân bố theo nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

Nghề nghiệp	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Làm ruộng	35	27,78
Buôn bán	36	28,57
Cán bộ viên chức	24	19,05
Công nhân	22	17,46
Nội trợ	6	4,76
Công việc khác	3	2,38

Nhận xét: Tỷ lệ người làm ruộng và buôn bán cao, tiếp theo đến tỷ lệ người làm cán bộ viên chức và công nhân, tỷ lệ người làm nội trợ và công việc khác rất thấp.

Bảng 3.6. Tình trạng kinh nguyệt của đối tượng nghiên cứu

Tình trạng kinh nguyệt	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Còn kinh	76	60,32
Hết kinh	50	39,68

Nhận xét: Tỷ lệ những người còn kinh đi khám nhiều hơn những người hết kinh.

Bảng 3.7. Chế độ tập luyện của đối tượng nghiên cứu

Mức độ tập luyện	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thường xuyên	36	28,57
Thỉnh thoảng	52	41,27
Rất hiếm	38	30,16

Nhận xét: Tỷ lệ những người thường xuyên có chế độ luyện tập vẫn còn ít

3.2. Thực trạng loãng xương ở nữ giới từ 40 - 70 tại bệnh viện Trường Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương.

Bảng 3.8. Phân bố chỉ số T-score.

T-Score	>-1SD	-1SD → -2,5SD	<-2,5SD	<-2,5SD kèm gãy xương
Số lượng (người)	29	58	39	0

Nhận xét: Ở những người độ tuổi 40-70 hầu hết đã giảm mật độ xương và loãng xương.

Nhận xét: Những người có cân nặng thấp có tỷ lệ loãng xương cao.

Bảng 3.11. Mối liên quan giữa tình trạng loãng xương và chiều cao

Yếu tố	Không loãng xương		Giảm mật độ xương		Loãng xương	
Chiều cao (cm)	n	%	n	%	n	%
≤ 145	1	11,11	1	11,11	7	77,78
146-155	21	25,30	36	43,37	26	31,33
156-165	6	26,09	12	52,17	5	21,74
>165	1	9,09	9	81,82	1	9,09

Nhận xét: Những người có chiều cao thấp có tỷ lệ loãng xương cao.

Bảng 3.12. Mối liên quan giữa tình trạng loãng xương và chỉ số BMI

Yếu tố	Không loãng xương		Giảm mật độ xương		Loãng xương	
BMI	n	%	n	%	n	%
< 18,5	1	8,33	2	16,67	9	75
18,5-23	26	24,76	52	49,52	27	25,72
> 23	2	22,22	4	44,44	3	33,34

Nhận xét: Những người có chỉ số BMI càng thấp thì tỷ lệ loãng xương càng cao.

Bảng 3.13. Mối quan hệ giữa tình trạng loãng xương và nghề nghiệp

Yếu tố	Không loãng xương		Giảm mật độ xương		Loãng xương	
Nghề nghiệp	n	%	n	%	n	%
Làm ruộng	4	11,42	17	48,57	14	40,01
Buôn bán	10	27,77	15	41,66	11	30,57
Cán bộ, viên chức	3	18,75	12	75	1	6,25
Công nhân	5	22,72	8	36,36	9	40,92
Nội trợ	1	16,66	3	50	2	33,34
Công việc khác	6	54,54	3	27,27	2	18,19

Nhận xét: Những người lao động nặng có tỷ lệ loãng xương và giảm mật độ xương lớn.

Bảng 3.14. Mối liên quan giữa tình trạng loãng xương và tình trạng kinh nguyệt

Yếu tố	Không loãng xương		Giảm mật độ xương		Loãng xương	
Tình trạng kinh nguyệt	n	%	n	%	n	%
Còn kinh	21	27,63	45	59,21	10	13,16
Hết kinh	8	16,00	13	26,00	29	58,00

Nhận xét: Những người hết kinh thì tỷ lệ loãng xương cao hơn những người còn kinh.

Bảng 3.15. Mối liên quan giữa tình trạng loãng xương và chế độ tập luyện

Yếu tố	Không loãng xương		Giảm mật độ xương		Loãng xương	
Vận động	n	%	n	%	n	%
Thường xuyên	21	58,33	11	30,55	4	11,12
Thỉnh thoảng	6	11,53	38	73,07	8	15,40
Rất hiếm	2	5,26	9	23,68	27	71,06

Nhận xét: Những người thường xuyên vận động có tỷ lệ loãng xương ít hơn những người ít vận động.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tỷ lệ loãng xương ở nữ giới từ 40 - 70 tuổi đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương tháng 11-12 năm 2016. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ loãng xương của đối tượng nghiên cứu là 30,95%. Kết quả nghiên cứu này thấp hơn ở 95 bệnh nhân loãng xương từ 60 tuổi trở lên, được điều trị tại khoa Nội Cơ Xương Khớp Bệnh viện Chợ Rẫy (tỷ lệ loãng xương nặng chiếm 52,36%) [6] do độ tuổi nghiên cứu khác nhau

4.2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng loãng xương

4.1.1. Về tuổi. Nghiên cứu cho thấy tuổi càng cao tỷ lệ loãng xương càng tăng. Nhiều tác

giả cho rằng sự mất xương bắt đầu vào khoảng tuổi 30 – 35 ở vị trí bề xương và tuổi 40 ở vị trí vỏ xương. Cho đến nay đã có rất nhiều công trình nghiên cứu chứng tỏ rằng có một sự giảm rõ rệt mật độ xương theo tuổi. Ở người già có sự mất cân bằng giữa quá trình tạo xương và hủy xương, đồng thời có sự suy giảm hấp thu calci ở ruột và sự tái hấp thu calci ở ống thận và do vậy dễ có khả năng bị loãng xương.

Trần Thị Tô Châu và cộng sự cũng cho thấy tỷ lệ loãng xương tăng dần theo tuổi đặc biệt là tăng nhanh sau tuổi 50 [7]. Thời gian sống càng lâu, khối lượng xương mất càng lớn đồng thời sự hấp thu calci cũng giảm và do đó dễ có khả năng loãng xương.

4.1.2. Về chiều cao, cân nặng, BMI.

Chiều cao: Kết quả của một số nghiên cứu cho thấy chiều cao thấp là yếu tố nguy cơ đối với giảm mật độ xương và loãng xương. Ở Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Vũ Đình Chính cho thấy số người có triệu chứng gợi ý loãng xương chiếm 40% ở nhóm có chiều cao <140cm.

Cân nặng: Ở những phụ nữ nhẹ cân, sự mất xương xảy ra nhanh hơn và tần suất gãy cổ xương đùi và xẹp đốt sống do loãng xương cao hơn. Ngược lại, cân nặng cao là một yếu tố bảo vệ cơ thể khỏi tình trạng mất xương thông qua việc tăng tạo xương và tăng chuyển hóa androgen của tuyến thượng thận thành estron ở mô mỡ. Yếu tố cân nặng có ảnh hưởng tốt trên khối xương, những người béo có mật độ xương cao hơn so với những người gầy.

Nghiên cứu của tác giả Ninh Thị Nhung và Phạm Ngọc Khái cho thấy những phụ nữ có cân nặng <40kg có mật độ xương thấp hơn so với những phụ nữ thừa cân béo phì. Nghiên cứu bệnh chứng của Mai Thị Công Danh và cộng sự ở thành phố Hồ Chí Minh cũng chỉ ra rằng cân nặng dưới 44kg là yếu tố nguy cơ gây loãng xương với OR = 3,6; 95%CI=1,1-15,4 [2].

Chỉ số khối cơ thể (BMI): Nhiều nghiên cứu cho rằng, cùng với cân nặng thì chỉ số khối của cơ thể cũng có ảnh hưởng đến mật độ xương. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài Châu cũng cho thấy chỉ số BMI có ảnh hưởng đến mật độ xương của phụ nữ mãn kinh. Những phụ nữ béo và có chế độ dinh dưỡng đầy đủ thì tỷ lệ bị loãng xương thấp (23,3%). Ngược lại, đối với những phụ nữ gầy thì tỷ lệ bị loãng xương cao (43,3%) [4].

4.1.3. Về tình trạng kinh nguyệt. Mỗi liên quan giữa mãn kinh và loãng xương cũng đã được biết đến từ lâu. Theo nghiên cứu của các tác giả như Nguyễn Thị Hoài Châu, Vũ Đình Chính và Trần Thị Tô Châu cũng cho thấy yếu tố đông con là yếu tố nguy cơ đối với loãng xương của người phụ nữ [4], [6].

4.1.4. Về chế độ dinh dưỡng và tập luyện. Theo nghiên cứu mới đây của tác giả Lưu Ngọc Giang thì không vận động thể lực là một yếu tố nguy cơ của loãng xương và gãy xương, chẩn đoán theo T-score với $p < 0,05$. Tiêu chuẩn

vận động trong nghiên cứu là đi bộ khoảng 30 phút, 2-3 lần mỗi tuần, liên tục ≥ 1 năm [1].

Ở Việt Nam, nghiên cứu của các tác giả Vũ Thị Thu Hiền, Vũ Thị Thanh Thủy, Nguyễn Thị Kim Dung cho thấy rằng những phụ nữ tập thể dục đều đặn ít nhất 3 lần/tuần sẽ giảm được nguy cơ loãng xương so với nhóm không tập thể dục [5].

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ loãng xương ở nữ giới từ 40 - 70 tuổi đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương tháng 11-12 năm 2016 là 30,95%.

2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng loãng xương: chủ yếu có nghề nghiệp là làm ruộng và buôn bán, những người trong thời kỳ mãn kinh, chế độ luyện tập ít, những người từ tuổi cao từ 61-70 tuổi, những người cân nặng và chiều cao thấp có tỷ lệ loãng xương cao hơn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lưu Ngọc Giang và Nguyễn Thị Trúc (2/2011), "Mối liên quan giữa loãng xương và thời gian mãn kinh của phụ nữ ở thành phố Mỹ Tho", Tạp chí Y học thực hành. 751, số 2, tr. 21-24.
2. Mai Thị Công Danh (2008), "Nghiên cứu bệnh chứng về các yếu tố nguy cơ của loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh", Kỷ yếu hội nghị tầm nhìn Châu Á về loãng xương năm 2008, tr. 63-64.
3. Nguyễn Minh Thủy, Đỗ Thị Khánh Hỷ và Phạm Thắng (2010), "Đánh giá mật độ xương, tình trạng loãng xương và một số yếu tố ảnh hưởng ở bệnh nhân suy thận mạn từ 50 tuổi trở lên", Tạp chí nghiên cứu y học. 68(3), tr. 85-90.
4. Nguyễn Phan Thủy (2004), Viêm khớp - Gout và loãng xương, Nhà xuất bản Văn hóa thông tin, HN.
5. Nguyễn Thị Hoài Châu (2003), "Khảo sát mật độ xương và tìm hiểu những yếu tố liên quan đến bệnh loãng xương của phụ nữ ở thành phố Hồ Chí Minh và một số tỉnh miền Tây Nam Bộ", Tạp chí sinh lý học. VII(2)(1-5).
6. Nguyễn Thị Kim Dung (2005), Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tình trạng loãng xương ở phụ nữ 40-60 tuổi huyện Gia Lâm Hà Nội, Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng.
7. Phạm Thị Thu Hương (2004), Khảo sát tỷ lệ loãng xương, khẩu phần ăn của phụ nữ Hà Nội và hiệu quả cải thiện mật độ xương bằng bổ sung bánh xốp có tăng cường calci, Báo cáo đề tài nghiên cứu khoa học của Viện Dinh Dưỡng.

NGUYÊN NHÂN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI NẶNG Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI TRUNG TÂM NHI KHOA BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÁI NGUYÊN

Trần Tuấn Anh*, Lê Thị Kim Dung*, Ma Văn Thắm*

TÓM TẮT

Viêm phổi là bệnh thường gặp, nó ảnh hưởng tới tất cả mọi cá thể, trong đó hay gặp nhất là người già và trẻ nhỏ. Căn nguyên gây viêm phổi rất đa dạng bao gồm virus, vi khuẩn, nấm.... **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 83 bệnh nhân viêm phổi nặng nhập viện từ tháng 9/2015 đến 9/2017 tại bệnh viện Đa khoa Thái Nguyên. **Kết quả:** 51,8% bệnh nhân trong lứa tuổi 2-12 tháng. Triệu chứng lâm sàng: 100% bệnh nhi có ho, 98,6% bệnh nhân có sốt khi nhập viện. Trong các nguyên nhân tìm thấy có 30% gây bệnh do *S. pneumoniae*, 28% do *S. aureus*, 18% do *M. Catarrhalis*, 14% do *H. influenza*. 51,61% sử dụng 2 kháng sinh điều trị. 87,9% bệnh nhân được điều trị khỏi. Số ngày nằm viện trung bình của bệnh nhân là $8,72 \pm 2,52$ ngày. **Kết luận:** Các nguyên nhân gây viêm phổi chủ yếu là vi khuẩn gây viêm phổi cộng đồng và đòi hỏi điều trị phối hợp kháng sinh.

Từ khóa: viêm phổi, điều trị

SUMMARY

CAUSES AND TREATMENT OF SEVERE PNEUMONIA IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT THE THAI NGUYEN GENERAL HOSPITAL

Pneumonia is a common disease that affects all individuals, and it often impacts on the older people and young children. The causes of pneumonia vary widely, including viruses, bacteria, fungi ...Methods: A cross-sectional study of 83 children with severe pneumonia hospitalized from September 2015 to September 2017 at the Thai Nguyen General Hospital. **Results:** 51.8% of patients aged between 2-12 months. 100% of patients had cough, 98.6% of patients have fever when admitted to hospital. Causes of pneumonia: 30% by *S. pneumoniae*, 28% by *S. aureus*, 18% by *M. Catarrhalis*, 14% by *H. influenza*. 51.61% of patients were treated with 2 antibiotics and 87.9% of them were discharged. The average length of hospital stay was $8.72 \pm 2,52$ days. **Conclusion:** The main causes of pneumonia are from community bacteria and required combined antibiotics.

Keywords: Pneumonia, treatment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là bệnh thường gặp, nó ảnh hưởng tới tất cả mọi cá thể, trong đó ảnh hưởng lớn nhất đến người già và trẻ nhỏ. Viêm phổi là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới ở trẻ nhỏ, mỗi năm có khoảng 1,9 triệu trẻ em chết vì viêm phổi, chiếm tỷ lệ khoảng 18% nguyên nhân gây tử vong [1]. Viêm phổi tăng cao hơn tại các nước đang phát triển. Theo thống kê của chương trình phòng chống nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính tại Việt Nam, mỗi năm đối

với trẻ dưới 5 tuổi mắc trung bình từ 3-5 đợt, trong đó có 1-2 lần là viêm phổi, khoảng 1/3 các trường hợp là viêm phổi nặng cần nhập viện điều trị và nguy hiểm đến tính mạng trẻ. Ở Việt Nam hàng năm vẫn có khoảng 4000 trẻ chết vì viêm phổi[2].

Các nghiên cứu gần đây cho thấy, ở các nước phát triển căn nguyên gây viêm phổi nặng chủ yếu là do virus chiếm 60% - 80%. Ngược lại tại các nước đang phát triển, vi khuẩn vẫn là nguyên nhân gây nhiễm khuẩn hô hấp ở trẻ em chiếm 75% [3], đặc biệt trong những năm gần đây căn nguyên gây viêm phổi không điển hình chiếm một vai trò quan trọng [4]. Thực tế các thầy thuốc thường lựa chọn sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm dẫn đến hiệu quả điều trị chưa cao và làm tăng chi phí cho điều trị. Để tìm hiểu nguyên nhân gây viêm phổi nặng ở trẻ em và lựa chọn kháng sinh điều trị cho phù hợp chúng tôi tiến hành nghiên cứu để tài với 2 mục tiêu sau:

1. *Xác định nguyên nhân gây viêm phổi nặng ở trẻ dưới 5 tuổi điều trị tại trung tâm Nhi khoa bệnh viện đa khoa Thái Nguyên*

2. *Đánh giá kết quả điều trị viêm phổi nặng tại trung tâm Nhi khoa bệnh viện đa khoa Thái Nguyên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

*Đối tượng nghiên cứu

- Tất cả bệnh nhân viêm phổi dưới 5 tuổi điều trị tại trung tâm Nhi khoa, bệnh viện đa khoa Thái Nguyên.

- Thời gian: từ tháng 09 năm 2016 đến tháng 09 năm 2017.

*Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế: nghiên cứu mô tả

- Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện.

+ Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế 2014 [2]

- Nhịp thở nhanh: Trẻ từ 0-2 tháng ≥ 60 lần/phút, trẻ từ 2-12 tháng ≥ 50 lần/phút, trẻ từ 12-60 tháng ≥ 40 lần/phút.

- Ho xuất tiết đờm.

- Co kéo các cơ hô hấp rút lõm lồng ngực hoặc co kéo cơ liên sườn

- Nếu trẻ có biểu hiện suy hô hấp: có thể tím, rối loạn nhịp thở, ngừng thở....

- Nghe phổi: ran ẩm nhỏ hạt, có thể kèm ran rít, ran rã....

- X quang tim phổi: đám mờ to nhỏ không đều, rải rác 2 phổi, tập trung vùng rốn phổi, cạnh tim 2 bên, có thể tập trung ở 1 thùy hoặc 1 phân thùy phổi.

**Đại học Y – Dược Thái Nguyên*

Chịu trách nhiệm chính: Trần Tuấn Anh

Email: trananhtuan.yktn@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2017

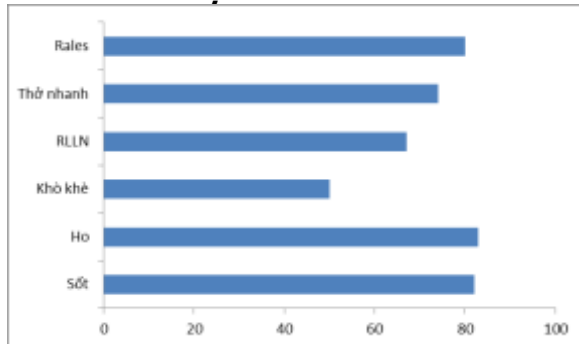
Ngày duyệt bài: 24.11.2017

- Cây dịch tễ hầu xác định được vi khuẩn gây bệnh
Các bệnh nhân chỉ chọn vào nghiên cứu 1 lần, gia đình đồng ý hợp tác nghiên cứu

III KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi chọn được 83 bệnh nhân viêm phổi nặng được mời tham gia nghiên cứu.

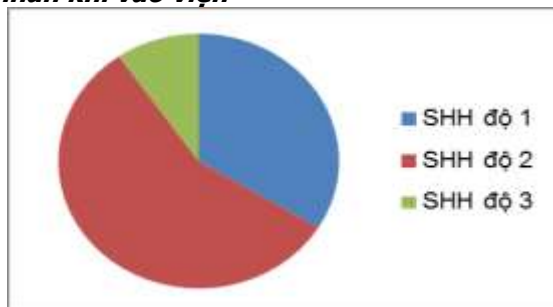
Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng bệnh nhân khi vào viện



Nhận xét: Tất cả bệnh nhân vào viện có triệu chứng ho

- 82/83 bệnh nhân có sốt
- 50/83 bệnh nhân có khò khè, 74/83 bệnh nhân có thở nhanh

Bảng 3: Tình trạng suy hô hấp của bệnh nhân khi vào viện



Nhận xét: 56,62% bệnh nhân suy hô hấp độ 2; 33,73 % bệnh nhân suy hô hấp độ 1

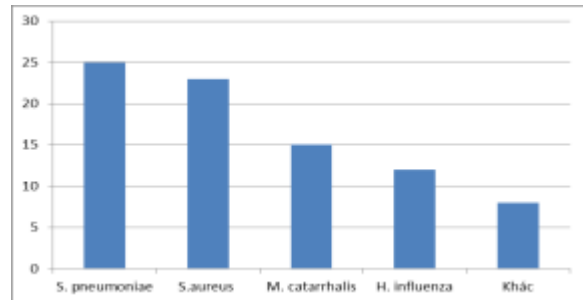
Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

Giới	Nam		Nữ		Tổng số	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Tuổi						
≤ 2 tháng tuổi	6	7,2	4	4,8	10	12
2- 12 tháng	25	30,1	18	21,7	43	51,8
12-60 tháng	16	19,3	14	16,9	30	36,2
Tổng	47	56,6	36	43,4	83	100

Nhận xét: 51,8% bệnh nhi ở lứa tuổi từ 2-12 tháng. 56,6% bệnh nhi là trẻ nam

Bảng 4: Tỷ lệ vi khuẩn gây viêm phổi nặng

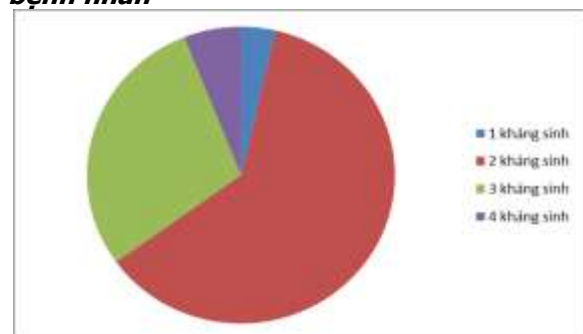
- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 16.0



Nhận xét: 30% vi khuẩn gây viêm phổi do S. pneumoniae,

- 28% vi khuẩn gây viêm phổi do S. aureus,
- 18% do M. Catarrhalis,
- 14% do H. influenza.

Bảng 5: Số kháng sinh sử dụng điều trị bệnh nhân



Nhận xét: 51,61% trẻ được sử dụng 2 kháng sinh điều trị, 29% bệnh nhân sử dụng 3 kháng sinh điều trị, 6% sử dụng 4 kháng sinh trong điều trị; 73/83 bệnh nhân điều trị khỏi, 2/83 bệnh nhân tử vong, 8/83 bệnh nhân phải chuyển viện

Bảng 6: Số ngày nằm viện của bệnh nhân

Số ngày nằm viện trung bình	Số ngày nằm viện thấp nhất	Số ngày nằm viện cao nhất
8,72 ± 2, 52	3	17

Nhận xét: Số ngày nằm viện trung bình của bệnh nhân là 8,72 ± 2, 52, số ngày nằm thấp nhất là 3, số ngày nằm lâu nhất là 17.

IV. BÀN LUẬN

Viêm phổi nặng là bệnh thường gặp ở trẻ em, đặc biệt là ở trẻ dưới 1 tuổi. Trong nghiên cứu

của chúng tôi tỷ lệ trẻ mắc viêm phổi cao nhất là lứa tuổi từ 2- 12 tháng chiếm tỷ lệ 51,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Bùi Văn Chân, khi nghiên cứu trên 231 trẻ nhập viện vì viêm phổi thì viêm phổi nặng ở trẻ dưới 1 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 73,1%[5]. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân nhập viện rất đa dạng, 100% bệnh nhi có ho, 98,8% bệnh nhi có sốt, 60,2% bệnh nhi có khó khê[6]. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự của tác giả Hồ Sĩ Công khi nghiên cứu trẻ viêm phổi nhập viện tại khoa Nhi bệnh viện Bạch Mai. Điều này chứng tỏ rằng ho và sốt là những triệu chứng dễ phát hiện tại nhà và khi có những triệu chứng này thì gia đình đưa trẻ đi khám. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 56,62% bệnh nhi suy hô hấp độ 2.

Vi khuẩn gây bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 30% do *S. Pneumoniae*, 28% vi khuẩn gây bệnh do *S. aureus*, 18% do *M. Catarrhalis*, 14% do *H. influenza*. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với Nguyễn Minh Tuấn khi nghiên cứu viêm phổi trẻ em tại bệnh viện Nhi trung ương. Điều này cho thấy rằng phế cầu vẫn là nguyên nhân chủ yếu gây viêm phổi cộng đồng ở trẻ em. Số loại kháng sinh điều trị viêm phổi: 51,61% sử dụng 2 kháng sinh điều trị, 29% bệnh nhân sử dụng 3 kháng sinh điều trị, 6% sử dụng 4 kháng sinh trong điều trị. Theo khuyến cáo của Bộ Y Tế khi bệnh nhân mắc viêm phổi nặng thì ngay từ ban đầu sử dụng 2 loại kháng sinh. Tuy nhiên khi chờ kết quả của cấy dịch tỵ hầu và có kết quả chính xác của kháng sinh đồ, kết hợp với theo dõi lâm sàng của bệnh nhi mà chúng tôi sử dụng thêm 1 loại kháng sinh nữa hoặc thay kháng sinh khác.

Trong các kháng sinh đang sử dụng tại trung tâm chúng tôi cho thấy tỷ lệ nhạy cảm với kháng sinh vẫn còn cao: với nhóm cephalosporin thế hệ 3 là 68,87%, với nhóm macrolid là 62,65%, và với kháng sinh cabapennem là 95,18%. Tình trạng ra viện của bệnh nhân 87,9% bệnh nhi ra viện và khỏi bệnh, 9,6% bệnh nhi chuyển viện lên tuyến trên và có 2,5% bệnh nhi tử vong. Trong 2 bệnh nhi tử vong do bệnh nhi kèm thêm các bệnh tim bẩm sinh. Số ngày nằm viện trung bình của bệnh nhân là $8,72 \pm 2, 52$ ngày.

V. KẾT LUẬN

Nguyên nhân viêm phổi trẻ dưới 5 tuổi vẫn chủ yếu là vi khuẩn cộng đồng. Tuy nhiên do tính kháng kháng sinh nên đòi hỏi phải dùng từ 2 loại kháng sinh trở lên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Williams BG, Gouws E, Boschi-Pinto C et al (2002), "Estimates of world-wide distribution of child deaths from acute respiratory infections", *Lancet Infect Dis*, **1**, tr. 25-32.
2. Bộ Y Tế (2014), "Ban hành hướng dẫn xử trí viêm phổi cộng đồng ở trẻ em".
3. Greenwood B (1999), "The epidemiology of pneumonia infection in the children in the developing world", *Philos. Trans. sci*, **345**(1384), tr. 777-785.
4. Nocard E. và Roux. E. R.. (1998), "Le microbe de la peripneumoniae", *Ann.Inst.Pasteur (Paris)*, **12**, tr. 240-262.
5. Bùi Văn Chân (2005), "Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng trong viêm phổi trẻ em dưới 5 tuổi", *Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Hà Nội*.
6. Nguyễn Tiến Dũng (1995), "Một số đặc điểm lâm sàng và sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi ở trẻ em dưới 1 tuổi", *Luận án Tiến sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội*.

NGHIÊN CỨU VỀ CHỈ SỐ KHUYẾT TẬT GIỌNG NÓI CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ DÂY THANH T1 SAU VI PHẪU THUẬT BẰNG LASER CO2

Hoàng Ngọc An*, Lương Thị Minh Hương*

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá chỉ số khuyết tật giọng nói sau vi phẫu thuật bằng Laser CO₂ trên 29 trường hợp ung thư dây thanh T1 được điều trị bằng laser CO₂ tại trung tâm ung bướu và phẫu

thuật đầu cổ bệnh viện TMH TW từ tháng 5/2016 đến tháng 4/2017. Nghiên cứu 29 bệnh nhân được thực hiện vi phẫu thuật bằng laser CO₂ điều trị ung thư dây thanh T1, chúng tôi thấy chỉ số hkhuyết tật giọng nói (VHI) trước phẫu thuật là $25,1 \pm 5,4$, sau phẫu thuật 3 tháng là $75,83 \pm 7,3$, sau 6 tháng kết quả là $69,23 \pm 4,9$. Như vậy giọng nói sau phẫu thuật kém đi nhiều so với trước nhưng có sự cải thiện dần theo thời gian.

Từ khóa: Chỉ số khuyết tật giọng nói, dây thanh, vi phẫu thuật Laser qua đường miệng.

SUMMARY

EVALUATED VOICE HANDICAP INDEX

*Bv Tai Mũi họng TW

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Ngọc An

Email: annie.2505@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2017

Ngày duyệt bài: 29.11.2017

FOLLOWING TREATMENT OF T1 GLOTTIC CANCER BY TRANSORAL LASER MICROSURGERY

Descriptive and prospective study was performed to evaluate the voice handicap index (VHI) following treatment of T1 glottic cancer by transoral laser microsurgery in 29 patients from May 2016 to April 2017 at National Otolaryngology (ENT) Hospital. After a study of 29 patients undergoing transoral laser microsurgery, we found that the preoperative VHI was $25,1 \pm 5,4$; three months postoperative VHI was $75,83 \pm 7,3$ and six months postoperative VHI was $69,23 \pm 4,9$. The VHI rised a lot after transoral laser microsurgery, but recovered as time passed by.

Keywords: voice handicap index, vocal cords, transoral laser microsurgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dây thanh T1 là khối u ác tính xuất phát từ dây thanh, có thể ở một hay nhiều vị trí của dây thanh nhưng chưa lan lên trên và xuống dưới, chưa gây ảnh hưởng đến sự di động của dây thanh. Tầng thanh môn được bao bọc bởi các cấu trúc sụn và màng cân cơ vững chắc, bên cạnh đó vùng này không có dẫn lưu bạch huyết, nên khối u thường ít lan tràn và di căn hạch, di căn xa. Vì vậy nếu được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời, bệnh có tiên lượng tương đối tốt.

Biện pháp điều trị ung thư thanh quản hiện nay chủ yếu là phẫu thuật và tia xạ. Về mặt chức năng, ung thư thanh quản giai đoạn sớm thường được điều trị bằng các phẫu thuật bảo tồn thanh quản, do vậy các chức năng của thanh quản còn tương đối bình thường. Ngoài các phương pháp phẫu thuật truyền thống như mở sụn giáp cắt dây thanh, cắt thanh quản bán phần, ngày nay nhờ những tiến bộ về công nghệ, phương pháp phẫu thuật ung thư thanh quản bằng Laser qua đường nội soi (Transoral Laser Microsurgery) bắt đầu được ứng dụng và ngày càng chứng tỏ được tính hiệu quả. Bên cạnh việc loại bỏ hết khối u, việc bảo tồn chức năng phát âm của người bệnh cũng rất quan trọng. Do đặc thù của giọng nói nên nhu cầu tự đánh giá chất lượng giọng nói của người bệnh rất quan trọng. Chỉ có người bệnh mới đánh giá đúng mức sự bất lực khi cần sử dụng giọng nói mà họ đã trải qua. Một số thước đo đã được phát triển để người bệnh có thể tự đánh giá vấn đề của giọng nói như VoiSS, V-RQOL, VPQ, VHI... Trong đó, VHI được xem là công cụ chẩn đoán hợp lý và đáng tin cậy, vì bảng VHI có lợi thế về mặt hiệu lực, tính thực tiễn và tính linh hoạt. Bảng chỉ số khuyết tật giọng nói VHI là một bộ câu hỏi được Jacobson và cộng sự phát triển và công bố năm 1997, nhằm tự đánh giá mức độ nghiêm trọng của việc thay đổi giọng nói của bệnh nhân. Bảng VHI

nguyên gốc là phiên bản Tiếng Anh, sau đó đã được sử dụng ở một số nước khác như Đức, Hà Lan, Bồ Đào Nha, Trung Quốc.... Ở Việt Nam, năm 2008 tác giả Huỳnh Quang Trí và cộng sự đã xây dựng VHI phiên bản Tiếng Việt, phản ánh chính xác và tin cậy nội dung của các tình huống trong bản gốc. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "Đánh giá chỉ số khuyết tật giọng nói VHI sau vi phẫu thuật ung thư thanh quản T1 bằng laser CO₂".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dây thanh T1N0M0, được khám và điều trị tại khoa Ung bướu bệnh viện Tai Mũi Họng TW từ tháng 5/2016 đến tháng 4/2017.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Được điều trị bằng vi phẫu Laser qua đường miệng.

Được khám lại đầy đủ theo lịch hẹn sau phẫu thuật. Được đánh giá chỉ số khuyết tật giọng nói bằng bảng VHI vào các thời điểm trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: tại bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương từ tháng 5/2016 đến tháng 4/2017

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc.

2.4. Cỡ mẫu: 29 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn theo cỡ mẫu thuận tiện.

2.5. Biến số/chỉ số nghiên cứu: Tuổi, giới, các triệu chứng cơ năng, khám nội soi thanh quản xác định có khối u. Làm xét nghiệm cận lâm sàng gồm xét nghiệm, chụp phim CLVT vùng cổ có tiêm thuốc cản quang. Đánh giá giọng nói của bệnh nhân trước phẫu thuật sử dụng bảng VHI

Tiến hành điều trị bằng vi phẫu Laser CO₂. Kết quả mô bệnh học là ung thư thanh quản.

Khám lại sau phẫu thuật định kỳ hàng tháng, đánh giá giọng nói sau 3 tháng và 6 tháng bằng bảng VHI

2.6. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý bằng phương pháp thống kê y học sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả bao gồm: trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị, khoảng tứ phân vị của các biến định lượng, cũng như tần số và tỷ lệ phần trăm của các biến định tính được tính toán.

III. KẾT QUẢ

Bảng VHI gồm 30 tình huống chia làm 3 phần: chức năng, thực thể, cảm xúc. Mỗi tình huống được đánh giá theo thang điểm từ 0-5 để bệnh nhân lựa chọn xem họ có trải qua vấn đề tương tự không.

0: Không bao giờ
1: Gần như không bao giờ
2: Đôi khi

3: Gần như mọi lúc
4: Luôn luôn

Bảng VHI phiên bản Tiếng Việt [1]**A. Phần chức năng**

STT	Nội dung	0	1	2	3	4
1	Giọng nói của tôi làm cho người ta khó nghe					
2	Khi trong phòng có nhiều tiếng ồn, người khác rất khó nghe tôi nói					
3	Gia đình cũng khó khăn lắm mới nghe được tiếng của tôi khi tôi gọi họ trong nhà					
4	Tôi ít khi sử dụng điện thoại hơn tôi mong muốn					
5	Tôi ngại tiếp xúc nhiều người vì giọng nói của mình					
6	Chính vì giọng nói của tôi có vấn đề, tôi ít khi nói chuyện với bạn bè, hàng xóm					
7	Người ta thường hay yêu cầu tôi lặp lại khi tôi nói chuyện trực tiếp với họ					
8	Việc phát âm khó khăn của tôi gây hạn chế trong cuộc sống cá nhân và giao tiếp xã hội					
9	Tôi có cảm giác bị gạt ra khỏi các cuộc nói chuyện vì giọng nói của mình có vấn đề					
10	Vấn đề giọng nói của tôi làm cho tôi giảm thu nhập					

B. Phần thực thể

STT	Nội dung	0	1	2	3	4
1	Tôi cảm thấy bị hụt hơi khi đang nói					
2	Âm thanh giọng nói của tôi thay đổi liên tục suốt ngày					
3	Người ta hay hỏi "Giọng của anh/chị bị sao vậy?"					
4	Giọng nói của tôi nghe thô và khô cứng					
5	Tôi cảm thấy cứ như thế tôi phải cố gắng hết sức để nói ra tiếng					
6	Tôi không thể đoán trước khi nào thì giọng nói của tôi trong trẻo rõ ràng					
7	Tôi cố gắng thay đổi giọng nói để nghe rõ hơn					
8	Tôi đã rất cố gắng để nói chuyện được tốt					
9	Vào buổi tối giọng của tôi khó nghe hơn					
10	Tôi hay bị mất giọng giữa cuộc nói chuyện					

C. Phần cảm xúc

STT	Nội dung	0	1	2	3	4
1	Tôi thường căng thẳng khi nói chuyện với những người khác vì giọng nói của tôi					
2	Dường như người ta khó chịu với giọng nói của tôi					
3	Tôi cảm thấy người khác không thông cảm với giọng nói của tôi					
4	Vấn đề giọng nói của tôi làm tôi buồn chán					
5	Tôi ít đi chơi vì giọng nói của mình có vấn đề					
6	Giọng nói làm bản thân tôi thấy như không bình thường					
7	Tôi cảm thấy bức bối khi người ta hay yêu cầu tôi phải lặp lại lời nói của mình					
8	Tôi cảm thấy bối rối khi người ta hay yêu cầu tôi phải lặp lại lời nói					
9	Giọng nói của mình làm tôi thấy thiếu tự tin					
10	Tôi mặc cảm vì giọng nói có vấn đề của tôi					

Tổng điểm là 120 điểm. Phân loại rối loạn giọng nói theo các mức độ từ bình thường, nhẹ, trung bình đến nặng.

	Bình thường	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Phần chức năng	0	1-10	11-18	>18
Phần thực thể	0	1-15	16-22	>22
Phần cảm xúc	0	1-8	9-20	>20
Tổng	0	1-33	33-59	>60

Chúng tôi nghiên cứu 29 trường hợp được

chẩn đoán xác định ung thư dây thanh T1. Tất cả các bệnh nhân đều là nam giới, độ tuổi từ 43-81 tuổi. Lý do vào viện cũng như triệu chứng cơ năng duy nhất của bệnh nhân là khàn tiếng, tính chất khàn liên tục, tăng dần.

Tổn thương gặp chủ yếu là hình ảnh sùi 2/3 trước dây thanh, có thể lan đến mép trước. Có 22 bệnh nhân được phân loại T1aN0M0, 9 bệnh

nhân T1bN0M0. Có 1 bệnh nhân được phẫu thuật theo type III, 13 bệnh nhân phẫu thuật type IV, 15 bệnh nhân phẫu thuật theo type Va.

Đánh giá chức năng phát âm trước phẫu thuật, có 26/29 bệnh nhân rối loạn giọng mức độ nhẹ, 3 bệnh nhân rối loạn giọng mức độ trung bình. VHI trung bình là $25,1 \pm 5,4$.

Bảng 3.1 Chỉ số khuyết tật giọng nói trước phẫu thuật

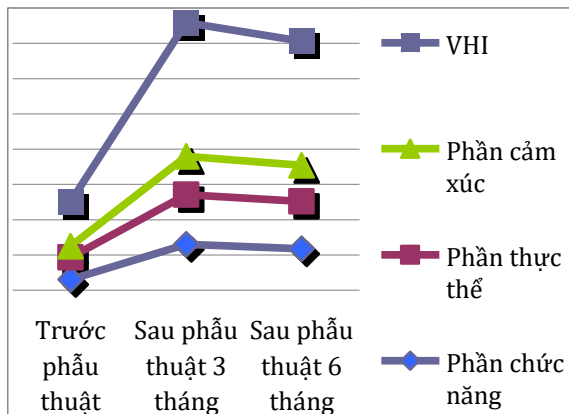
	Bình thường	Nhẹ	Trung bình	Nặng
F	0	29	0	0
P	0	26	3	0
E	0	25	4	0
VHI	0	26	3	0

Sau phẫu thuật 3 tháng, có 28/29 bệnh nhân rối loạn giọng ở mức độ nặng. VHI trung bình là $75,83 \pm 7,3$. Giọng nói của bệnh nhân sau phẫu thuật 3 tháng kém đi nhiều so với trước khi phẫu thuật.

Bảng 3.2: Chỉ số khuyết tật giọng nói sau phẫu thuật 3 tháng

	Bình thường	Nhẹ	Trung bình	Nặng
F	0	0	0	29
P	0	0	2	27
E	0	0	9	20
VHI	0	0	1	28

Sau phẫu thuật 6 tháng, 25/29 bệnh nhân có chỉ số VHI ở mức độ nặng, 3 bệnh nhân ở mức độ trung bình, có 1 bệnh nhân ở mức độ nhẹ. VHI trung bình là $69,23 \pm 4,9$. Có sự cải thiện chỉ số VHI so với thời điểm 3 tháng, nhưng chưa nhiều.



Biểu đồ 3.1. Sự thay đổi của chỉ số VHI từ trước phẫu thuật đến sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng.

Bảng 3.3: Chỉ số khuyết tật giọng nói sau phẫu thuật 6 tháng

	Bình thường	Nhẹ	Trung bình	Nặng
F	0	1	3	25
P	0	0	4	25

E	0	2	10	17
VHI	0	1	3	25

Có 13 bệnh nhân được phẫu thuật theo type IV. VHI = $69,23 \pm 4,9$. 15 bệnh nhân được phẫu thuật type Va. VHI = $74,2 \pm 9,2$. Tuy nhiên sự khác biệt giữa 2 nhóm này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,083$).

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy ung thư thanh quản chủ yếu gặp ở nam giới độ tuổi trung niên, có các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, uống rượu, trào ngược họng thanh quản... Kết quả này cũng giống một số nghiên cứu trong nước (Phạm Văn Hữu, Trần Thế Quang...), cũng như nghiên cứu ở nước ngoài (Peretti).

Trong ung thư dây thanh giai đoạn sớm, tổn thương chỉ khu trú ở dây thanh, chưa làm ảnh hưởng đến sự di động của dây thanh, chưa xâm lấn các cơ quan lân cận nên chỉ ảnh hưởng đến giọng nói của bệnh nhân, không gặp các triệu chứng khác như khó thở, rối loạn nuốt...

Về chỉ số khuyết tật giọng nói trước phẫu thuật, tất cả các bệnh nhân có rối loạn giọng ở mức độ nhẹ hoặc trung bình. So với nghiên cứu của Peretti, có 3/51 bệnh nhân không có rối loạn giọng trước phẫu thuật. Tuy nhiên bệnh nhân trong nghiên cứu này được phát hiện ở giai đoạn rất sớm, Tis, do vậy có thể không có sự khuyết tật về giọng nói của họ.

So sánh trước và sau phẫu thuật, kết quả thu được ở tất cả các bệnh nhân đều có sự biến đổi, chỉ số khuyết tật giọng nói biến đổi từ nhẹ thành trung bình và phần lớn là nặng. Tuy nhiên có sự cải thiện giọng nói ở thời điểm 6 tháng so với thời điểm 3 tháng. Sự khác biệt về chỉ số VHI ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật theo type IV và typ V không có ý nghĩa thống kê. Có sự cải thiện về chỉ số cảm xúc ở thời điểm 6 tháng so với 3 tháng sau phẫu thuật. Có thể với bệnh nhân, việc khôi phục ung thư là quan trọng nhất, họ cũng đã được chuẩn bị tâm lý sẵn sàng chấp nhận một giọng nói không tốt sau phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của Fink [2], số điểm VHI ở bệnh nhân được phẫu thuật theo type I-III có sự giảm đáng kể từ $38,77$ xuống còn $22,86$ ($p=0,006$). Trong khi đó các bệnh nhân được phẫu thuật mở rộng từ type V trở lên thì chỉ số này tăng từ $33,5$ trước phẫu thuật lên 39 sau phẫu thuật. Phẫu thuật càng rộng và càng làm tổn thương sâu lớp cơ dây thanh sẽ cho kết quả giọng nói càng xấu.

Tác động nhiệt của vi phẫu thuật Laser CO₂ gây nên quá trình viêm sau phẫu thuật và phù nề tại chỗ thường giảm dần trong vòng 1-2 tháng, dẫn đến sự hình thành xơ sẹo có thể tiến triển theo thời gian. Quá trình viêm và tạo xơ dẫn đến chất lượng giọng nói thay đổi trong những tháng đầu sau phẫu thuật. Giọng nói thực sự của bệnh nhân phải được đánh giá khi chất lượng giọng đã ổn định. Một số tác giả đã nghiên cứu để ước chừng thời gian giọng nói trở nên ổn định, từ đó đánh giá giọng nói chính xác của bệnh nhân.

Trong một nghiên cứu thuần tập, giọng nói của 106 bệnh nhân nam ung thư dây thanh T1, được phẫu thuật cắt dây thanh bằng Laser typ II được ghi nhận trước phẫu thuật và thời điểm sau phẫu thuật 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 24 tháng [3]. Đánh giá khách quan thấy năng lượng của giọng nói trở về bình thường chỉ sau 3 tháng, nhưng tần số cơ bản duy trì ở mức cao hơn bình thường (140Hz) thậm chí sau 24 tháng.

Trong một nghiên cứu nhỏ và không đồng nhất hơn, đánh giá bệnh nhân ngay sau khi vi phẫu thuật bằng laser và ở thời điểm 1, 3, 6, và 12 tháng, Chu và cộng sự thấy rằng đánh giá chủ quan, đánh giá âm thanh khách quan, và thông số động học cải thiện và sau đó ổn định ở thời điểm 6 tháng.

Spielmann và cộng sự đã công bố một nghiên cứu hệ thống vào năm 2010 [5] bao gồm 15 nghiên cứu so sánh giọng nói của bệnh nhân điều trị bằng Laser CO₂ so với nhóm xạ trị. Tác giả trích dẫn 1 nghiên cứu đánh giá giọng nói sau 3 tháng, 3 nghiên cứu đánh giá ít nhất sau 6 tháng, 11 nghiên cứu còn lại đánh giá giọng nói sau 12-24 tháng và nhiều hơn nữa.

Y văn ghi nhận giọng nói thực sự của bệnh nhân nên được đánh giá sau phẫu thuật ít nhất là 6 tháng, và thích hợp hơn là ở khoảng 12 tháng, bởi sự phức tạp trong quá trình liền vết thương khi làm phẫu thuật Laser type IV-V.

Như vậy trong nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác đều có sự tương đồng về chỉ số khuyết tật giọng nói sau vi phẫu thuật bằng laser CO₂ sau phẫu thuật đều tăng lên nhiều so với trước phẫu thuật, và chỉ số này có sự cải thiện dần sau theo thời gian sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu 29 bệnh nhân được thực hiện vi phẫu thuật bằng laser CO₂ điều trị ung thư dây thanh T1, chúng tôi thấy chỉ số hkhuyết tật giọng nói (VHI) trước phẫu thuật là $25,1 \pm 5,4$, sau phẫu thuật 3 tháng là $75,83 \pm 7,3$, sau 6 tháng kết quả là $69,23 \pm 4,9$. Giọng nói sau phẫu thuật kém đi nhiều so với trước nhưng có sự cải thiện dần theo thời gian. Loại vi phẫu thuật và vị trí của khối u là các yếu tố ảnh hưởng đến giọng nói sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Quang Trí, Nguyễn Hoàng Nam, Nguyễn Hữu Khôi và cộng sự. (2008). Xây dựng VHI (Voice Handicap Index) phiên bản tiếng Việt. *Tạp Chí Học TP Hồ Chí Minh*, 12.
2. Fink D.S., Sibley H., Kunduk M. và cộng sự. (2016). Subjective and objective voice outcomes after transoral laser microsurgery for early glottic cancer. *The Laryngoscope*, 126(2), 405–407.
3. Remacle M., Eckel H.E., Antonelli A. và cộng sự. (2000). Endoscopic cordectomy. A proposal for a classification by the Working Committee, European Laryngological Society. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol Off J Eur Fed Oto-Rhino-Laryngol Soc EUFOS Affil Ger Soc Oto-Rhino-Laryngol - Head Neck Surg*, 257(4), 227–231.
4. Lester S.E., Rigby M.H., MacLean M. và cộng sự. (2011). "How does that sound?": objective and subjective voice outcomes following CO₂ laser resection for early glottic cancer. *J Laryngol Otol*, 125(12), 1251–1255.
5. Spielmann P.M., Majumdar S., và Morton R.P. (2010). Quality of life and functional outcomes in the management of early glottic carcinoma: a systematic review of studies comparing radiotherapy and transoral laser microsurgery. *Clin Otolaryngol Off J ENT-UK Off J Neth Soc Oto-Rhino-Laryngol Cervico-Facial Surg*, 35(5), 373–382.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ SƠM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐỐT TĂNG SẢN LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT Ở NGƯỜI BỆNH CÓ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Vũ Đức Quý¹, Vũ Sơn², Đỗ Trọng Quyết²

TÓM TẮT

¹BVĐK Đông Hưng, Thái Bình

²Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đức Quý

Email: drquy84@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.9.2017

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt đốt tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (TSLT/TTL) qua niệu đạo ở bệnh nhân có kèm theo tăng huyết áp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đề tài được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang có đối chứng nhóm có tăng HA và nhóm không tăng HA. Bệnh nhân được PTNS cắt đốt TSLT/TTL tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình giai đoạn từ 6/2015 đến 12/2016. Giá trị so sánh khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết quả nghiên cứu:** Giá trị trung bình thời gian phẫu thuật nhóm có tăng HA và không tăng HA trước khi tiền mê lần lượt là $75,9 \pm 19,9$ phút và $66,9 \pm 20,7$ phút. Sự thay đổi giảm về số lượng Hemoglobin trước và sau phẫu thuật ở nhóm tăng HA là 9,4 đơn vị. Có 15 bệnh nhân có biến chứng sau phẫu thuật chiếm tỉ lệ 7,9%. **Kết luận:** Ở nhóm có tăng HA thì thời gian phẫu thuật kéo dài hơn, tuy nhiên trong nghiên cứu không có tai biến và biến chứng lớn xảy ra do kéo dài thời gian phẫu thuật.

SUMMARY

EVALUATION OF EARLY RESULTS OF ENDOSCOPIC THROMBOSIS OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA IN PATIENTS WITH HYPERTENSION IN THAI BINH GENERAL HOSPITAL

Objectives: To evaluate the results of early laparoscopy for benign prostatic hyperplasia in patients with hypertension. **Subjects and methods:** The study was carried out using a cross-sectional descriptive meta-analysis of hypertensive and non-hypertensive subjects. Patients undergoing laparoscopic surgery for benign prostatic hyperplasia in Thai Binh General Hospital from 6/2015 to 12/2016. Comparable values were statistically significant at $p < 0.05$. **Results:** Mean duration of surgery for hypertensive and non-hypertensive patients was 75.9 ± 19.9 minutes and 66.9 ± 20.7 minutes respectively. The reduction in hemoglobin before and after surgery in the hypertensive group was 9.4 units. There were 15 patients with postoperative complications accounting for 7.9%. **Conclusion:** In the group with hypertension, the duration of surgery is longer, but no major complications and complications due to prolonged surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (Benign Prostatic Hyperplasia – TSLT/TTL) là sự phát triển lành tính của tuyến tiền liệt, gây ra những biến loạn cơ năng và thực thể ở vùng cổ bàng quang, đặc biệt là làm cản trở dòng tiểu đi ra từ bàng quang, bệnh hay gặp ở nam giới cao tuổi [2].

Trên thế giới ước tính có khoảng 30 triệu người mắc bệnh này, xuất hiện ở đàn ông trên 45 tuổi [7]. Ở Việt Nam theo điều tra dịch tễ của Trần Đức Hoà (1995) ở 1000 nam giới tuổi từ 40

trở lên thấy tỷ lệ mắc bệnh ở lứa tuổi 50 là 50%, lứa tuổi 70 là 70% và lứa tuổi trên 80 là 100% [2]. Tại Thái Bình theo nghiên cứu của TS Vũ Sơn năm 2008 qua 2560 nam giới từ trên 50 tuổi thì tỷ lệ mắc chung tại cộng đồng tỉnh Thái Bình là 68,1% [4].

Tăng huyết áp ảnh hưởng không nhỏ đến nguy cơ, tỷ lệ tai biến, biến chứng cũng như quá trình điều trị hậu phẫu của bệnh nhân. Những tai biến, biến chứng này vẫn có thể xảy ra ngay cả khi đã được kiểm soát huyết áp một cách chặt chẽ [1] [4]. BVĐK tỉnh Thái Bình đã áp dụng kỹ thuật PTNS qua đường niệu đạo trong điều trị bệnh TSLT/TTL từ đầu những năm 2003 với hơn 7000 ca phẫu thuật.

Đối với người bệnh TSLT/TTL có kèm tăng HA thì phẫu thuật cắt đốt nội soi qua niệu đạo liệu có đạt kết quả tương tự như nhóm đối tượng không có tăng HA hay không?

Xuất phát từ giả thuyết trên chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài này nhằm nhận xét kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt đốt TSLT/TTL qua niệu đạo ở bệnh nhân có kèm theo tăng huyết áp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa điểm nghiên cứu: Tại Khoa Ngoại Tiết Niệu BVĐK tỉnh Thái Bình

2. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn TSLT/TTL được phẫu thuật nội soi cắt đốt qua đường niệu đạo.

3. Thời gian nghiên cứu: Giai đoạn từ 5/2015 đến 12/2016.

4. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có đối chứng nhóm có tăng HA và nhóm không tăng HA.

- **Cỡ mẫu:** Trong nghiên cứu này chúng tôi đã lựa chọn được nhóm có tăng HA là 98, nhóm không tăng HA là 90 (tăng HA khi tiền mê là 62, không tăng HA khi tiền mê là 127)

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được phân tích trên máy vi tính với ngôn ngữ của phần mềm EPI info 6.04 và SPSS 16.0. Sử dụng các phép tính giá trị trung bình, tỷ lệ %, các test thống kê ứng dụng trong nghiên cứu y sinh học để phân tích kết quả.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thể tích TTL và tình trạng HA trước khi tiền mê.

Tình trạng Tăng HA	n	Thể tích tuyến tiền liệt (cm^3)			p
		$\bar{x} \pm SD$	Thấp nhất	Cao nhất	
Có	62	55,3±23,7	23,0	151,0	0,6
Không	127	56,1±24,7	25,0	155,0	

Nhận xét: Trước khi tiền mê, giá trị trung bình thể tích TTL nhóm có tăng HA là 55,3±23,7cm³, nhóm không tăng HA là 56,1±24,7cm³.

- Giá trị trung bình thể tích TTL của hai nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 2. Thời gian phẫu thuật và tình trạng HA trước khi tiền mê

Tình trạng Tăng HA	n	Thời gian phẫu thuật (phút)			p
		$\bar{x} \pm SD$	Thấp nhất	Cao nhất	
Có	62	75,9±19,9	30	130	0,005
Không	127	66,9±20,7	30	120	
Tổng	189	69,9±20,8	30	130	

Nhận xét: - Giá trị trung bình thời gian phẫu thuật nhóm có tăng HA và không tăng HA trước khi tiền mê lần lượt là 75,9±19,9 phút và 66,9±20,7 phút.

- Giá trị trung bình thời gian phẫu thuật nhóm có tăng HA cao hơn nhóm không tăng HA, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Hemoglobin trước, sau mổ của nhóm có tăng HA trước khi tiền mê

Thời điểm So sánh	n	Giá trị trung bình Hemoglobin (g/l)			p
		$\bar{x} \pm SD$	Thấp nhất	Cao nhất	
Trước mổ	61	138,7±13,6	99,0	167,0	< 0,001
Sau mổ	61	129,3±14,0	96,0	168,0	

Nhận xét: Giá trị trung bình Hemoglobin trước mổ và sau mổ của nhóm có tăng HA trước khi tiền mê lần lượt là 138,7±13,6g/l và 129,3±14,0g/l. Sau mổ Hemoglobin giảm 9,4 đơn vị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 4. Sự thay đổi của nồng độ Na⁺ máu trước và sau phẫu thuật giữa 2 nhóm có và không có tăng huyết áp

Tình trạng HA	Trước phẫu thuật			Sau phẫu thuật		
	$\bar{x} \pm SD$	Nhỏ nhất	Lớn nhất	$\bar{x} \pm SD$	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Tăng HA	135,7±2,6	130	142	134,5±3,5	115	139
Không tăng HA	135,61±2,2	130	139	134,4±3,4	115	139

Nhận xét: Giá trị trung bình của nồng độ ion Na⁺ của bệnh nhân ở nhóm có tăng huyết áp trước mổ là 135,7±2,6mmol/l và sau mổ là 134,5±3,5mmol/l. Giá trị trung bình của nồng độ ion Na⁺ của bệnh nhân ở nhóm không có tăng huyết áp trước mổ là 135,61±2,2mmol/l và sau mổ là 134,4±3,4mmol/l.

Bảng 5. Sự thay đổi của nồng độ K⁺ máu trước và sau phẫu thuật giữa 2 nhóm có và không có tăng huyết áp

Tình trạng HA	Trước phẫu thuật			Sau phẫu thuật		
	$\bar{x} \pm SD$	Nhỏ nhất	Lớn nhất	$\bar{x} \pm SD$	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Tăng HA	3,7±0,3	3,1	4,6	3,8±0,4	2,9	4,8
Không tăng HA	3,7±0,4	2,9	4,6	3,7±0,4	2,9	4,8

Nhận xét: Giá trị trung bình của nồng độ ion K⁺ của bệnh nhân ở nhóm có tăng huyết áp trước mổ là 3,7±0,3 mmol/l và sau mổ là 3,8±0,4 mmol/l. Giá trị trung bình của nồng độ ion K⁺ của bệnh nhân ở nhóm không có tăng huyết áp trước mổ là 3,7±0,4 mmol/l và sau mổ là 3,7±0,4 mmol/l.

Bảng 6. Tai biến trong phẫu thuật và HA trước khi tiền mê

HA trước khi Tiền mê	Tai biến trong phẫu thuật				Tổng	
	Không		Có			
	S.L	%	S.L	%	S.L	%

Có tăng	58	32,4	4	40,0	62	32,8
Không tăng	121	67,6	6	60,0	127	67,2
Tổng	179	94,7	10	5,3	189	100,0

Nhận xét: - Có 5,3 % (10 TH) tai biến trong quá trình phẫu thuật, tất cả đều gặp là chảy máu, trong đó có 1 trường hợp phải truyền máu trong quá trình phẫu thuật, và 2 trường hợp phải truyền máu sau phẫu thuật. Có 4 TH tai biến xảy ra ở nhóm có tăng HA và 6 TH tai biến xảy ra ở nhóm không có tăng HA. Trong nghiên cứu này không gặp trường hợp nào gặp tai biến phải chuyển phương pháp phẫu thuật.



Biểu đồ 1. Biến chứng sau mổ

Nhận xét: - 7,9 % (15 TH) có biến chứng sau phẫu thuật, và 92,1% (174 TH) không biến chứng sau phẫu thuật. Trong đó có 9 TH biến chứng xảy ra ở nhóm có tăng HA và 6 TH xảy ra ở nhóm không có tăng huyết áp.

- Biến chứng thường gặp là đái buốt, đái khó, và đái không tự chủ thoát qua trong những ngày đầu rút thông tiểu.

IV. BÀN LUẬN

Về thời gian phẫu thuật và thể tích TTL tình trạng huyết áp khi tiền mê

Thời gian phẫu thuật có ý nghĩa đặc biệt quan trọng trong cắt đốt nội soi tăng sản lành tính qua ngã niệu đạo vì đây là một phẫu thuật bị "khống chế" về mặt thời gian. Sở dĩ như vậy là vì khi thời gian phẫu thuật kéo dài dễ gây nhiễm khuẩn và một phần lớn dịch rửa được dùng trong quá trình phẫu thuật thấm vào tuần hoàn gây ra hiện tượng pha loãng máu, rối loạn đông máu, rối loạn huyết động và các thành phần của máu [1], [5]. Trong nghiên cứu này thể tích TTL ở cả 2 nhóm lần lượt là $55,3 \pm 23,7 \text{ cm}^3$ và $56,1 \pm 24,7 \text{ cm}^3$, sự khác nhau không có ý nghĩa thống kê.

Qua bảng so sánh về thời gian phẫu thuật giữa 2 nhóm bệnh nhân có và không có tăng huyết áp, nhóm nghiên cứu thấy có sự khác biệt về giá trị trung bình thời gian phẫu thuật nhóm có tăng HA và không tăng HA trước khi tiền mê lần lượt là $75,9 \pm 19,9$ phút và $66,9 \pm 20,7$ phút. Giá trị trung bình thời gian phẫu thuật nhóm có tăng HA cao hơn nhóm không tăng HA, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sự thay đổi chỉ số huyết học trước sau phẫu thuật:

Trong bảng 2 nhóm nghiên cứu nhận thấy chỉ số Hemoglobin ở nhóm có tăng huyết áp có sự thay đổi rõ rệt, giá trị trung bình Hb trước mổ là $138,7 \pm 13,6 \text{ g/l}$ và giá trị trung bình Hb sau mổ là $129,3 \pm 14,0 \text{ g/l}$. Sự khác biệt trên là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và tương đương với kết quả nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Đình Bắc (2010) [1].

Bảng 3 và 4 sự thay đổi của ion Na^+ , ion K^+ trước và sau phẫu thuật ở cả 2 nhóm là không đáng kể, và không có sự khác biệt điều này là do thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu không quá dài, không có tai biến trong phẫu thuật như thủng vỏ TTL, thủng bàng quang, lượng dịch bơm rửa trong phẫu thuật và lượng dịch chảy ra tương đương và điều chỉnh các ion bằng truyền dịch trong phẫu thuật [3][6][7].

Về tai biến, biến chứng của phẫu thuật

Trong nghiên cứu này của chúng tôi có 10 TH xảy ra tai biến trong mổ là chảy máu, có 3 TH phải truyền máu trong và sau mổ. Có 15 TH có biến chứng sau mổ, 9 TH ở nhóm có tăng HA, 6 TH ở nhóm không có tăng HA chủ yếu là tiểu khó. Không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng khác, theo các tác giả như Phạm Đình Bắc thì tỷ lệ tai biến trong phẫu thuật chiếm 8,25% trong đó chảy máu lớn có chiếm 4,7%, thủng BQ xuyên phúc mạc chiếm 1,18%, thủng vỏ tuyến tiền liệt chiếm 1,18%, tổn thương ụ núi chiếm 1,18% [1].

KẾT LUẬN

- Trước khi tiền mê, giá trị trung bình thể tích TTL nhóm có tăng HA là $55,3 \pm 23,7 \text{ cm}^3$, nhóm không tăng HA là $56,1 \pm 24,7 \text{ cm}^3$.

- Giá trị trung bình thời gian phẫu thuật nhóm có tăng HA và không tăng HA trước khi tiền mê lần lượt là $75,9 \pm 19,9$ phút và $66,9 \pm 20,7$ phút.

- Có 3 bệnh nhân phải truyền máu sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ 1,6%.

- Sự thay đổi giảm về số lượng Hemoglobin trước và sau phẫu thuật ở nhóm tăng HA là 9,4 đơn vị.

- Không có sự thay đổi về ion Na⁺, K⁺ trước và sau phẫu thuật.

- Có 15 bệnh nhân có biến chứng sau phẫu thuật, chủ yếu là sỏi niệu, sỏi thận và sỏi bàng quang, 9 TH biến chứng xảy ra ở nhóm có tăng HA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Đình Bắc (2010)**, "Nghiên cứu kết quả cắt đốt nội soi điều trị u phì đại lành tính tuyến tiền liệt đã có biến chứng bí đái cấp tại bệnh viện 103", *Lưu văn thực sự y học, Học viện Quân Y*.
2. **Vũ Lê Chuyên (2013)**, "Bệnh lý các khối u đường tiết niệu", tr. 64-71.
3. **Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa (2016)**, *Bệnh viện Bạch Mai*. Nhà xuất bản Y học, tr. 213-216.

4. **Vũ Sơn (2008)**, "Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ và kết quả phẫu thuật nội soi tăng sản lành tính tuyến tiền liệt được điều trị tại Thái Bình", tr. 128.

5. **Roger Kirby (1999)**, Benign prostatic hyperplasia, chu biên, British Medical Journal Publishing Group.

6. **Denis Rey, Guillaume Ducarme, Jean L Hoepffner et al. (2005)**, "Laparoscopic adenectomy: a novel technique for managing benign prostatic hyperplasia", *BJU international*. 95(4), pp. 676-678.

7. **Rene Sotelo, Massimiliano Spaliviero, Alejandro Garcia-Segui et al. (2005)**, "Laparoscopic retropubic simple prostatectomy", *The Journal of urology*. 173(3), pp. 757-760.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH BẠCH BIẾN BẰNG CHIẾU TIA CỰC TÍM UVB DẢI HẸP 311NM

Đỗ Thị Hồng Nhung*, Đỗ Thị Thu Hiền*, Trần Hậu Khang**

TÓM TẮT

Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá hiệu quả và tính an toàn của liệu pháp chiếu UVB dải hẹp (NB-UVB) ở bệnh nhân bạch biến tại Bệnh viện da liễu Trung ương. Tám mươi bệnh nhân (35 nam, 45 nữ), tuổi từ 1 tháng đến 75 tuổi, bị bệnh bạch biến được khảo sát về các đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan; trong số đó 31 bệnh nhân được điều trị 3 lần/tuần với NB-UVB trong 6 tháng. Liều khởi đầu là 200mJ/cm², mỗi lần tiếp xúc tăng thêm liều 50 mJ/cm² cho đến khi xuất hiện ban đỏ nhẹ kéo dài dưới 24 giờ. Đáp ứng điều trị được phân loại dựa trên sự thay đổi điểm số VASI trước và sau khi điều trị. Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh bạch biến thường khởi phát từ sớm, trong đó 26,3% bệnh nhân mắc bệnh ở lứa tuổi từ 0-14 tuổi và 40% mắc bệnh ở lứa tuổi từ 15-30 (p < 0,05). Trong số những người bị bạch biến thể không đứt đoạn, 83% (34/41) thể khu trú gặp ở người < 30 tuổi, trong khi đó thể lan tỏa phân bố tương đối đồng đều giữa các lứa tuổi (p < 0,05). Đa số trường hợp, 80,6% (25/31), đáp ứng tốt và rất tốt với điều trị với sự thay đổi điểm VASI trên 25% và 41,9% (12/31) đáp ứng rất tốt với điều trị với sự thay đổi điểm VASI trên 50% sau 6 tháng điều trị. Tỷ lệ đáp ứng tốt và rất tốt với điều trị có liên quan rõ rệt với thời gian điều trị, tăng từ 19,4% lên 64,5% và 80,6% sau 2, 4 và 6 tháng điều trị. Khoảng 83,3% (10/12) bệnh nhân thể không đứt đoạn lan tỏa đáp ứng kém với NB-UVB và điều này có ý nghĩa thống kê. Đáp ứng tốt nhất với điều trị được quan sát thấy ở tổn thương

vùng mặt cổ tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Thời gian mắc bệnh, mức độ hoạt động của bệnh, tuổi và giới không liên quan đến đáp ứng điều trị. Tác dụng phụ là tối thiểu, trong đó một trường hợp bị herpes và 4 trường hợp có phản ứng bỏng rát tuy nhiên mất đi hoàn toàn sau khi điều chỉnh liều. Nghiên cứu của chúng tôi gợi ý rằng NB-UVB là một liệu pháp hiệu quả và an toàn trong điều trị bạch biến.

SUMMARY

EFFICACY OF TREATMENT VITILIGO IN USING NARROW BAND UVB 311NM PHOTOTHERAPY

The purpose of this study is to examine the efficacy and safety of NB-UVB in vitiligo patients attending National Hospital of Dermatology & Venereology in Vietnam. Eighty patients (35 males, 45 females), aged from 1 month to 75 years, with vitiligo were examined for clinical characteristics and associated factors; 31 of them were treated three times weekly with NB-UVB. The starting dose was 200 mJ/cm², with 50 mJ/cm² dose increments at each subsequent visit until mild erythema lasting less than 24 hrs reported by patient, given for a period of 6 months. Response to therapy was classified based on VASI score changes before and after treatment. Analysis of our study showed a statistically significant tendency of early onset of vitiligo, in which 26.3% and 40% of patients contracted the disease between the age of 0 and 14 and between the ages of 15 and 30, respectively. Among those with non-segmental vitiligo, localized vitiligo was observed in 83% (34/41) of patients less than 30 years old, while generalized vitiligo was distributed quite equally in all age ranges and this difference was statistically significant (p < 0.05). A majority of cases, 80.6% (25/31), achieved good and very good response of more than 25 % VASI score changes and 41.9% (12/31) showed

*Trường Cao đẳng Y tế Hà Đông

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Hồng Nhung

Email: nhung9102@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2017

Ngày duyệt bài: 20.11.2017

a very good response of more than 50% VASI score changes after 6 month exposures. Good and very good response to therapy was significantly associated with prolonged treatment, increasing from 19.4% to 64.5% and 80.6% after 2, 4 and 6 month treatment, alternatively. Around 83.3% (10/12) patients with non-segmental generalized vitiligo showed a poor response to NB-UVB and this is statistically significant. Best response was seen on face and neck with 23 of the 28 lesions (82.1%) achieving more than 25% VASI score changes; however this difference was not statistically significant. Time acquiring the disease, disease activity, age and sex were not related to the treatment response. Adverse effects were minimal, of which one case developed herpes simplex and 4 cases reported mild photo burn reaction which completely disappeared after adjusting dose. Our study proves that NB-UVB therapy is an effective and safe tool in the management of vitiligo.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bạch biến (vitiligo) là bệnh da mạn tính trong đó các tế bào sắc tố nằm ở màng đáy của thượng bì bị tổn thương hoặc bị phá hủy hoàn toàn dẫn đến mất sắc tố da, biểu hiện là những đám da trắng danh giới rõ, không có vảy, không teo da, không ngứa. Bệnh có thể gặp cả ở niêm mạc, lông/tóc, mắt. Bệnh chiếm từ 1-2% dân số thế giới và có thể gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào. Theo Đặng Văn Em lứa tuổi hiện tại hay gặp là 30-39 chiếm 26,23%, dưới 40 tuổi là 65,57. Tỷ lệ mắc bệnh ở nữ nhiều hơn nam và ở tất cả các chủng tộc [1]. Căn nguyên và cơ chế bệnh sinh của bạch biến được nhiều tác giả nghiên cứu nhưng hiện nay chưa hoàn toàn biết rõ [1]. Bệnh tuy không ảnh hưởng lớn đến sức khỏe, lao động nhưng do tiến triển mạn tính, thời gian điều trị kéo dài, hiệu quả điều trị thấp, hay xuất hiện những vùng hở, nên ảnh hưởng tới thẩm mỹ, chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Ở Việt nam, các nghiên cứu chủ yếu tập trung vào dịch tễ và ảnh hưởng của bạch biến đến chất lượng cuộc sống nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị.

Chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục đích: (1) Khảo sát yếu tố liên quan và đặc điểm lâm sàng bệnh bạch biến tại Bệnh viện da liễu Trung Ương từ 10/2016 – 9/2017. (2) Đánh giá hiệu quả điều trị bệnh bạch biến bằng chiếu UVB dải hẹp 311nm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- *Đối tượng nghiên cứu:* (1) 80 bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 10/2016 đến 10/2017 được chẩn đoán bạch biến. (2) 30 bệnh nhân được chẩn đoán bạch biến và đủ tiêu chuẩn điều trị bằng chiếu nb-UVB 311nm.

- *Phương pháp nghiên cứu:*

+ Mục tiêu 1: Nghiên cứu mô tả cắt ngang với 80 bệnh nhân được phỏng vấn và khám lâm sàng trực tiếp.

+ Mục tiêu 2: Thử nghiệm lâm sàng so sánh trước sau.

• Đánh giá hiệu quả điều trị bạch biến bằng chiếu UVB 311nm bằng sự thay đổi VASI sau 2 tháng, 4 tháng, 6 tháng.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Quần thể nghiên cứu: 80 bệnh nhân được chẩn đoán là bạch biến tuổi cao nhất là 79, tuổi thấp nhất là 1 tháng tuổi, tuổi trung bình là $22,64 \pm 17,203$, trong đó nữ giới 45 (56,2%) nhiều hơn nam giới 35 (43,8%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Các yếu tố liên quan như tiền sử gia đình (18,75%), thời gian bị bệnh dưới 1 năm (47,6%).

2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Vị trí tổn thương

Vị trí tổn thương	Hiện tại (n=136)	
	Số tổn thương	Tỷ lệ %
Mặt, cổ	63	46,3
Tay, chân	26	19,1
Nếp gấp	8	5,9
Niêm mạc	6	4,4
Thân mình	33	24,3
Tổng	136	100
p	$p < 0,05$	

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, có vị trí tổn thương ở mặt, cổ hay gặp nhất chiếm 46,3%, thân mình chiếm 24,3% và tay và chân gặp chiếm 19,1%. Ở nếp gấp và niêm mạc ít gặp chiếm lần lượt 5,9% và 4,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$

Bảng 2. Các thể lâm sàng bệnh bạch biến

Các thể lâm sàng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Thể không đứt đoạn mặt	28	35
Thể không đứt đoạn đầu chi	2	2,5
Thể không đứt đoạn khu trú khác	11	13,8
Thể không đứt đoạn lan tỏa	37	46,3
Thể đứt đoạn	2	2,5
Tổng	80	100
p	$p < 0,05$	

Nhận xét: Thể không đứt đoạn lan tỏa hay gặp nhất chiếm 46,3%. Thể không đứt đoạn mặt chiếm 35%, thể không đứt đoạn khu trú chiếm 13,8%. Thấp nhất là thể không đứt đoạn đầu chi và thể đứt đoạn chiếm 2,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Mức độ hoạt động bệnh (VIDA)

Mức độ bệnh	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
+4	31	38,7
+3	15	18,8
+2	17	21,3
+1	8	10
0	6	7,5
-1	3	3,8
Tổng	80	100

Mức độ bệnh	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
p	p<0,05	

Nhận xét: Có 71/80 (88,7%) bệnh nhân bạch biến ở giai đoạn hoạt động (VIDA +1,+2,+3,+4). 11,3% bệnh nhân ở giai đoạn ổn định. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p<0,05$.

3. Hiệu quả điều trị bệnh bạch biến bằng chiếu UBN dài hẹp 311nm

Bảng 4. Sự thay đổi VASI theo thời gian (tính theo thương tổn)

		Sau 2 tháng		Sau 4 tháng		Sau 6 tháng	
		n	%	n	%	n	%
VASI	Không đáp ứng (0%)	22	44	6	12	5	10
	Ít (0-10%)	4	8	3	6	2	4
	Trung bình (10 -25%)	12	24	14	28	7	14
	Tốt (25-50%)	7	14	16	32	18	36
	Rất tốt (> 50%)	5	10	11	22	18	36
p		P<0,05		P<0,05		P<0,05	

Nhận xét: Số vị trí tổn thương đáp ứng tốt và rất tốt sau 2,4 và 6 tháng điều trị là 24%, 54% và 72%. Số vị trí tổn thương không đáp ứng với điều trị sau 2,4,6 tháng chiếm 44%, 12% và 10%.

Bảng 5. Sự thay đổi VASI theo thời gian (tính theo bệnh nhân)

		Sau 2 tháng		Sau 4 tháng		Sau 6 tháng	
		n	%	n	%	n	%
VASI	Không đáp ứng (0%)	9	29	2	6,5	2	6,5
	Ít (0-10%)	3	9,7	2	6,5	2	6,5
	Trung bình (10 -25%)	13	41,9	7	22,6	2	6,5
	Tốt (25-50%)	4	12,9	11	35,5	13	38,7
	Rất tốt (> 50%)	2	6,5	9	29	12	41,9
p		P<0,05		P<0,05		P<0,05	

Nhận xét: Số bệnh nhân đáp ứng tốt và rất tốt sau 2, 4 và 6 tháng điều trị là 19,4%, 64,5% và 80,6%. Số bệnh nhân không đáp ứng với điều trị sau 2,4,6 tháng điều trị là 29%, 6,5% và 6,5%.

Bảng 6. Liên quan giữa thay đổi VASI và thể lâm sàng

	Thể không đứt đoạn		Tổng
	Khu trú	Lan tỏa	
Đáp ứng ít (VASI < 25%)	8 (47%)	10 (83,3%)	18
Đáp ứng tốt (VASI ≥ 25%)	9 (53%)	2 (16,7%)	11
Tổng	17 (100%)	12 (100%)	31
p	P<0,05		

Nhận xét: 83,3% (10/12) bệnh nhân thể đứt đoạn lan tỏa đáp ứng ít với điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P<0,05$.

Bảng 7 Liên quan giữa thay đổi VASI và vị trí tổn thương

	Vị trí			Tổng
	Mặt, cổ	Nếp gấp, niêm mạc, đầu chi	Thân mình, chân tay	
Đáp ứng ít (VASI < 25%)	5 (35,7%)	3 (21,4%)	6 (42,9%)	14 (100%)
Đáp ứng tốt (VASI ≥ 25%)	23 (63,9%)	5 (13,9%)	8 (22,2%)	36 (100%)
Tổng	28	8	14	50
p	>0,05			

Nhận xét: Vị trí tổn thương ở mặt, cổ có sự đáp ứng tốt với điều trị tốt nhất chiếm 63,9%.

Bảng 8. Tác dụng không mong muốn

Triệu chứng	n	%
Bong rộp	4	12,9%

Herpes	1	3,2%
--------	---	------

Nhận xét: Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị gồm bỏng rát chiếm 12,9%, herpes 3,2%.

IV. BÀN LUẬN

3. Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh ở bệnh nhân SGNTNMM

Qua nghiên cứu 80 bệnh nhân bạch biến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu trung ương từ tháng 10/2016 đến tháng 9/2017, chúng tôi nhận thấy: Tuổi bị bệnh trung bình là $22,64 \pm 17,203$. Tuổi trẻ nhất là trẻ 1 tháng, già nhất là 75 tuổi. Độ tuổi bị bệnh hay gặp nhất là dưới 30 tuổi chiếm 75%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi tương đồng với Sehgal and Srivastava -2007, ước tính gần như một nửa bệnh nhân có mặt trước 20 tuổi, và gần 70-80% trước 30 tuổi [2].

Chúng tôi thấy số bệnh nhân nam giới (43,8%) ít hơn số bệnh nhân nữ giới (56,2%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Vị trí tổn thương ở mặt, cổ chiếm tỷ lệ cao nhất là 46,3%; tiếp đến là thân mình 24,3%, tay và chân 19,2% và thấp hơn và vùng nếp gấp chiếm 5,9% và niêm mạc chiếm 4,4% (Bảng 1). Theo Makdani M và cộng sự - 2016 vị trí tổn thương vùng đầu mặt chiếm tỷ lệ cao nhất 33,3%, tiếp theo là thân mình chiếm 26,1%.

Thể lan tỏa có sự phân bố rộng rãi trên nhiều vùng cơ thể là thể hay gặp nhất chiếm 46,3%, phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả trong và ngoài nước. Phạm Thị Mai Hương gặp 84/160 bệnh nhân bị bạch biến thể không đứt đoạn lan tỏa trong nghiên cứu (52,5%) [4]. Handa S và cộng sự (2003) nghiên cứu dịch tễ 625 bệnh nhân bạch biến ở trẻ em trên 10 tuổi tại miền bắc Ấn Độ thấy thể lan tỏa gặp nhiều nhất, tiếp theo là thể khu trú [5].

Đa số các bệnh nhân đều ở giai đoạn hoạt động của bệnh (88,7%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Vũ Mạnh Hùng, Đặng Văn Em, Vũ Đình Hoa – 2008 cho thấy bệnh nhân bạch biến ở giai đoạn hoạt động cũng chiếm tỷ lệ cao 67,34% và thể ổn định chiếm 32,66% [6].

4. Hiệu quả điều trị bệnh bạch biến bằng chiếu UVB dải hẹp 311nm: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, kết quả điều trị bằng chiếu UVB dải hẹp 311nm: Sau 2 tháng điều trị số bệnh nhân đáp ứng rất tốt chiếm 6,5%, đáp ứng tốt chiếm 12,9%, đáp ứng trung bình chiếm 41,9%, đáp ứng ít chiếm 9,7% và không đáp ứng chiếm 29%. Sau 4 tháng điều trị, kết quả đáp ứng rất tốt là 29%, tốt là 35,5%, trung bình

là 22,6%, ít là 6,5%, không đáp ứng là 6,5%. Và sau 6 tháng điều trị kết quả đáp ứng rất tốt là 41,9%, tốt là 38,7%, trung bình là 6,5%, ít là 6,5%, không đáp ứng là 6,5%. Như vậy kết quả điều trị cho mỗi bệnh nhân tăng dần theo tháng và sau 6 tháng tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng rất tốt và tốt chiếm 80,6%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (Bảng 4). Và kết quả điều trị điều trị bằng chiếu UVB dải hẹp 311nm tại từng vị trí tổn thương: Sau 2 tháng điều trị số vị trí không đáp ứng vẫn chiếm tỷ lệ cao 44%, số vị trí đáp ứng ít là 8%, đáp ứng trung bình là 24%, đáp ứng tốt là 14% và rất tốt là 10%. Sau 4 tháng điều trị, kết quả đáp ứng rất tốt là 22%, tốt là 32%, trung bình là 28%, ít là 6% và không đáp ứng là 12%. Sau 6 tháng điều trị, kết quả rất tốt là 36%, tốt là 36%, trung bình là 14%, ít là 2% và không đáp ứng là 10% (bảng 5). Như vậy đa số các bệnh nhân 80,6% (25/31) và đa số các vị trí 72% (36/50) đạt được sự thay đổi VASI trên 25% sau 6 tháng điều trị. Đáp ứng tốt với phương pháp điều trị có liên quan đáng kể đến thời gian điều trị. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Imjan Marid - 2014 có 77,5% bệnh nhân có tái tạo sắc tố từ 50-100% sau chiếu UVB 311nm trong 12 tuần [7] và Y Hari Kishan Kumar – 2015 điều trị bạch biến bằng cách chiếu UVB 311nm cho 28 trẻ em ở Nam Ấn với liều 2 lần/ tuần trong 1 năm. Kết quả đạt được là 78,6% có sự tái tạo sắc tố trên 75%, 14,2% có sự tái tạo sắc tố từ 25-75% [3].

Thể không đứt đoạn lan tỏa số bệnh nhân đáp ứng ít với điều trị chiếm số lượng nhiều nhất 83,3% (10/12). Điều này có thể lý giải do thể lan tỏa là thể có số lượng và vị trí tổn thương lớn nên sự đáp ứng với điều trị sẽ chậm và lâu hơn so với các thể khác.

Vị trí tổn thương ở mặt, cổ có sự hồi phục sắc tố chiếm 63,9%; vị trí thân mình, chân tay chiếm 22,2% và thấp nhất là vị trí ở niêm mạc, nếp gấp, đầu chi chiếm 13,9%. Cho thấy rằng vùng mặt, cổ là vùng có sự đáp ứng với điều trị tốt nhất. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Imjan Marid-2014 nghiên cứu thấy rằng đáp ứng tốt nhất là ở mặt và cổ (64,5% có sự tái tạo sắc tố từ 90-100%) [7]

Tác dụng không mong muốn của phương pháp chiếu UVB bao gồm herpes, bỏng rát. Trong đó bỏng rát chiếm 12,9% (4/31) và herpes (1/31). Tuy nhiên các triệu chứng này đều mất đi khi được điều trị hoặc điều chỉnh liều chiếu. Các bệnh nhân không sau đó vẫn tiếp tục điều trị.

V. KẾT LUẬN

(1) Bệnh bạch biến là bệnh gặp nhiều ở lứa tuổi trẻ đặc biệt là dưới 30 tuổi, bệnh gặp ở nữ nhiều hơn nam. Vị trí tổn thương gặp nhiều nhất là ở vùng mặt. Đa số các bệnh nhân đến viện đều ở giai đoạn hoạt động của bệnh; (2) Điều trị bạch biến bằng chiếu UVB dải hẹp an toàn và có hiệu quả đáp ứng tốt sau 6 tháng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Văn Em (2013)**, Một số bệnh tự miễn dịch thường gặp trong da liễu, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội (179-267).
2. **Sehgal, V. N. and G. Srivastava (2007)**, Vitiligo: compendium of clinico-epidemiological features, *Indian Journal of Dermatology Venereology Leprology*, 73(3), 149-56.
3. **Y Hari Kishman Kumar, G Raghurama Rao (2015)**, Narrow-band ultraviolet B in childhood vitiligo: An open-source prospective uncontrolled study in 28 children of South India, *Indian Journal of paediatric dermatology*, Vol16(1), pp 17-22.
4. **Phạm Thị Mai Hương (2007)**, Nghiên cứu ảnh hưởng của bệnh bạch biến đến chất lượng cuộc sống người bệnh. Luận văn Thạc sỹ y học, Học viện Quân y.
5. **Handa S., Dogra S. (2003)**, Epidemiology of childhood vitiligo: a study of 625 patients from north India, *Pediatr. Dermatol.*, 20(3), pp.207-210.
6. **Vũ Mạnh Hùng (2008)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số chỉ số miễn dịch trong bệnh bạch biến. Luận án Tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
7. **Imjan Marid (2014)**, Efficacy of Targeted Narrowband Ultraviolet B Therapy in Vitiligo, *Indian J Dermatol.*, 59(5), 485-489.

ĐÁNH GIÁ ĐÔNG CẦM MÁU Ở BỆNH NHÂN RẮN LỤC CẦN BẰNG XÉT NGHIỆM ĐỘNG HỌC ĐÀN HỒI ĐỒ CỤC MÁU (ROTEM)

Nguyễn Long An¹, Trần Thị Kiều My^{1,3},
Đặng Thị Xuân², Hà Trần Hưng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số chỉ số đông cầm máu bằng động học đàn hồi đồ cục máu (ROTEM) ở bệnh nhân rắn lục cần. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 41 bệnh nhân bị rắn lục cần điều trị tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai từ 04/2016 đến 10/2017. **Kết quả:** Trong 41 bệnh nhân có nam chiếm 61%, tuổi trung bình là $41,3 \pm 14,72$. Rắn lục xanh đuôi đỏ (*Trimeresurus albolabris*) phổ biến nhất (53,6%), tiếp theo là rắn lục cườm (*Trimeresurus mucrosquamatus*) (17%). Xét nghiệm ROTEM thay đổi ở 89,2% bệnh nhân bị rắn lục cần, đều biểu hiện tình trạng giảm đông. CT kéo dài ở EXTEM và FIBTEM là rối loạn hay gặp nhất (63,4% và 61,0%). 65,8% có bất thường về biên độ cục đông, trong đó 9,7% không hình thành được cục đông ở cả 4 kênh xét nghiệm. 56,1% có MCF giảm ở INTEM và EXTEM. Tỷ lệ ML > 5 (biểu hiện tiêu sợi huyết quá mức) ở EXTEM chiếm 89,2%. **Kết luận:** Xét nghiệm ROTEM có giá trị trong chẩn đoán rối loạn đông cầm máu ở BN rắn lục cần, đặc biệt là kết quả trên kênh EXTEM và FIBTEM.

Từ khóa: ROTEM, rắn lục cần

SUMMARY

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trung Tâm Chống Độc

³Khoa Huyết học BV Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Hà Trần Hưng

Email: hatranhung@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2017

Ngày duyệt bài: 28.11.2017

ASSESSMENT OF BLOOD COAGULATION ABNORMALITIES IN VIPER SNAKEBITE PATIENTS BY THROMBOELASTOMETRY (ROTEM)

Objective: This study aimed to assess blood coagulation abnormalities in patients bitten by vipers. **Subjects and methods:** prospective study of 41 patients with viper envenomation treated at Vietnam Poison Control Center of Bach Mai hospital from 04/2016 to 10/2017. **Results:** Of the 41 study patients, 61% were male and an average age was 41.3 ± 14.72 years old. The most common viper snake was *Trimeresurus albolabris* (53.6%), followed by *Trimeresurus mucrosquamatus* (17%). ROTEM abnormalities were found in 89.2% of the patients, all showing a hypocoagulation status. Prolong CT in EXTEM and FIBTEM were the most common disorders (63.4% and 61.0%). 65.8% had abnormalities in clot amplitude, of which 9.7% did not form clots in all 4 test channels. 56.1% had decreased MCF in INTEM and EXTEM. The rate of ML > 5 (hyperfibrinolysis) in EXTEM was 89.2%. **Conclusion:** ROTEM was valuable in the diagnosis of blood coagulation abnormalities in viper snakebite patients, especially the EXTEM and FIBTEM channels.

Keywords: ROTEM, viper snakebite

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, số bệnh nhân bị rắn lục cần ngày càng tăng. Tại BV Bạch Mai, chỉ trong 7 tháng đầu năm 2003 đã có 67 trường hợp bị rắn độc cắn (chiếm 7% số BN ngộ độc cấp), trong đó có 15 trường hợp là do rắn lục (chiếm 22,4%). Triệu chứng của bệnh nhân bị

rắn lục cần diễn biến phức tạp, có những trường hợp triệu chứng tại chỗ rất nhẹ nhưng triệu chứng toàn thân rất nặng, rối loạn đông máu dẫn đến tử vong do chảy máu khắp nơi. Nọc độc rắn lục tác động đến nhiều khâu trong quá trình đông máu (tiền đông máu, chống đông máu, ức chế thrombin, phân giải fibrinogen, tác động đến thành mạch, tiểu cầu). Hiểu rõ và đầy đủ về cơ chế tác động của nọc rắn lục đến quá trình đông máu có ý nghĩa rất lớn với quá trình tiên lượng, theo dõi và điều trị bệnh nhân, với chỉ định sử dụng huyết thanh kháng nọc (HTKN), máu, các chế phẩm của máu, các thuốc tác động vào quá trình đông máu một cách kịp thời và hợp lý.

Động học đàn hồi đồ cục máu (rotation thromboelastometry: ROTEM) là một phương pháp đo độ nhớt của máu để đánh giá toàn diện quá trình đông máu. ROTEM cho phép phát hiện quá trình tăng đông, giảm đông và cung cấp các chỉ số cần thiết để đánh giá giai đoạn tiêu sợi huyết [1] [2]. Trên thế giới ROTEM đã chứng minh được ưu điểm trong nhiều bệnh lý gây rối loạn đông cầm máu, tuy vậy nghiên cứu về ứng dụng ROTEM ở BN bị rắn lục cắn rất ít và hạn chế. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mục tiêu: Nhận xét một số chỉ số đông cầm máu bằng động học đàn hồi đồ cục máu (ROTEM) ở bệnh nhân rắn lục cắn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Các BN bị rắn lục cắn điều trị tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai từ 04/2016 đến 10/2017. Xác định bị rắn lục cắn dựa vào:

- Xác định rắn bằng cách: Có rắn mang đến hoặc nhìn thấy rắn mô tả lại và nhận diện rắn qua ảnh mẫu. Các mẫu rắn hoặc ảnh chụp sẽ được gửi chuyên gia nhận dạng tại Bảo tàng Thiên nhiên, Viện Hàn lâm khoa học và công nghệ VN.

- Triệu chứng lâm sàng: theo tiêu chuẩn của GS. Vũ Văn Đính:

- + Tại chỗ: Dấu móc độc, đau, sưng nề, phỏng nước, hoại tử, chảy máu

- + Toàn thân: xuất huyết dưới da, niêm mạc, trong cơ, các tạng

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

- Tiền sử có bệnh rối loạn đông máu, xuất huyết giảm tiểu cầu.

- Đang dùng thuốc chống đông.

3.2 Thay đổi về xét nghiệm ROTEM đánh giá đông cầm máu

Bảng 1: Đặc điểm về xét nghiệm động học đàn hồi đồ cục máu (ROTEM)

	CT(s)	CFT(s)	Alpha(độ)	A5(mm)	A10(mm)	MCF(mm)
--	-------	--------	-----------	--------	---------	---------

- BN và người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

2.2.2. Quy trình nghiên cứu

Phương tiện nghiên cứu:

- Máy xét nghiệm ROTEM® *delta* (TEM Innovations GmbH – Đức)

- Ống đựng máu xét nghiệm có chống đông bằng Citrat 3,2%

- Pipette tự động (đi kèm theo máy ROTEM® *delta*)

- Cốc (cuvette) đựng máu xét nghiệm (đi kèm theo máy ROTEM® *delta*)

- Dung dịch phản ứng các kênh được cung cấp bởi TEM Innovations GmbH

Tiến hành nghiên cứu

Thu thập thông tin lúc vào viện:

- Tiền sử: Bệnh RLDM, giảm tiểu cầu, sử dụng chống đông

- Xác định loại rắn, thời điểm đến viện.

- Triệu chứng tại chỗ: Đau, dấu răng, sưng nề, hoại tử, chảy máu

- Triệu chứng toàn thân: Sốc, tụt huyết áp, xuất huyết da, niêm mạc, tạng

Xét nghiệm đàn hồi đồ cục máu bằng máy ROTEM: INTEM, EXTEM, APTM, FIBTEM. Đánh giá thay đổi các chỉ số CT, CFT, Ax, MCF, Li, ML so với bình thường

2.3. Phương pháp xử lý số liệu:

Các số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0 tính tỷ lệ %, tính trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh trung bình bằng t-test, so sánh tỷ lệ bằng test χ^2 , exact test.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Trong tổng số 41 bệnh nhân bị rắn lục cắn trong thời gian nghiên cứu có 25 nam (61%) và 16 nữ (39%), tuổi thấp nhất là 12 tuổi, tuổi cao nhất là 67 tuổi, trung bình: $41,27 \pm 14,72$. Hầu hết các BN đều trong độ tuổi lao động 20-60 tuổi (75,6%). Có 23,4% số BN không nhận dạng được rắn. BN bị rắn lục xanh đuôi đỏ (*Trimeresurus albolabris*) cắn là phổ biến nhất, 22 trường hợp chiếm 53,6%. Có 7 BN bị rắn lục cườm hay Khô Mộc (*Trimeresurus mucrosquamatus*) cắn chiếm 17%.

EXTEM (n=41)	91 (62;267,5)	165,5 (99;341)	60,5 (42;72)	28 (16,5;38,5)	38 (26;48,5)	48 (29,5;57,5)
INTEM (n=41)	213 (177,5;358)	165 (92;276,5)	62 (50;71)	28 (17,5;39,5)	38 (26,5;49,5)	48 (36,5;56)
FIBTEM (n=41)	87 (57,5;2407)	không có	không có	9 (4; 12)	10 (4;13)	12 (4;14)
APTEM (n=41)	81 (61;261)	156,5 (95,5;309)	60 (40;70)	27 (12;39,5)	39 (25;49,5)	49 (36;57)

Ghi chú: Các giá trị được trình bày dưới dạng: trung vị (khoảng tứ phân vị)

Nhận xét: Trong xét nghiệm INTEM, EXTEM, FIBTEM giá trị CT, CFT đều kéo dài. Biên độ cục máu đông ở các thời điểm A5, A10, MCF ở INTEM và EXTEM giảm.

Bảng 2: Đặc điểm giá trị CT

CT (s)	INTEM		EXTEM		FIBTEM	
	n	%	n	%	n	%
Rút ngắn	0	0	0	0	0	0
Bình thường	27	65,9	15	36,6	16	39,0
Kéo dài	14	34,1	26	63,4	25	61,0
Tổng	41	100	41	100	41	100

Nhận xét: Trong 41 BN nghiên cứu, không có trường hợp nào CT rút ngắn ở các kênh xét nghiệm. Ở xét nghiệm INTEM có 14 BN (chiếm 34,1%) có CT kéo dài. Có 26 BN (chiếm 63,4%) có CT kéo dài ở xét nghiệm EXTEM. Trong FIBTEM có 25 BN (chiếm 61,0%) có CT kéo dài, đặc biệt có 12 BN có CT kéo dài > 600s chiếm 29,3%.

Bảng 3: Đặc điểm biên độ cục đông của INTEM, EXTEM, FIBTEM

		A5		A10		MCF	
		n	%	n	%	n	%
INTEM	Giảm	32	86,5	25	67,5	23	62,2
	Bình thường	5	13,5	12	32,4	14	37,8
	Tăng	0	0	0	0	0	0
	Tổng	37	100	37	100	37	100
EXTEM	Giảm	24	64,9	24	64,9	23	62,2
	Bình thường	13	35,1	13	35,1	14	37,8
	Tăng	0	0	0	0	0	0
	Tổng	37	100	37	100	37	100
FIBTEM	Giảm	13	41,9	9	29	11	35,5
	Bình thường	18	57,1	21	67,7	19	61,3
	Tăng	0	0	1	3,2	1	3,2
	Tổng	31	100	31	100	31	100

Nhận xét: Trong 41 BN nghiên cứu, có 4 BN (chiếm 9,7%) đồ thị xét nghiệm ở INTEM và EXTEM như 1 đường thẳng, không hình thành được cục đông. 37 BN còn lại có tỉ lệ biên độ cục đông tối đa MCF giảm ở INTEM và EXTEM là bằng nhau: 23 BN chiếm 62,2%.

Có 10 BN (chiếm 24,4%) không hình thành được cục máu đông ở kênh xét nghiệm FIBTEM, trong 31 BN còn lại có 11 BN (chiếm 35,5%) có MCF giảm.

Bảng 4: Đặc điểm chỉ số ly giải tối đa ML EXTEM

ML (%)	EXTEM	
	n	%
< 5	4	10,8
5 ≤ ML ≤ 15	14	37,8
> 15	19	51,4
Tổng	37	100

Nhận xét: Tỉ lệ BN có chỉ số ML lớn hơn 5 ở EXTEM chiếm 89,2%. Có 19 BN có ML EXTEM lớn hơn 15 chiếm 51,4 %.

Bảng 5: Đặc điểm chỉ số ly giải tối đa ML FIBTEM

ML (%)	FIBTEM	
	n	%
< 10	18	58
≥ 10	13	42
Tổng	31	100

Nhận xét: Trong 31 BN có 13 BN (chiếm 42%) có chỉ số ML FIBTEM ≥ 10.

IV. BÀN LUẬN

Thời gian CT phụ thuộc vào yếu tố đông máu và chống đông, CT ở EXTEM và INTEM kéo dài thể hiện có sự rối loạn hình thành sợi huyết theo

con đường đông máu ngoại sinh và nội sinh [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ BN có CT kéo dài gặp ở EXTEM tương đương ở FIBTEM và nhiều hơn so với INTEM (lần lượt là 63,4%; 61% và 34,1%). Với cùng một nồng độ fibrinogen như nhau, sự khác nhau giữa CT của INTEM và EXTEM được giải thích bằng sự rối loạn hay thiếu hụt các yếu tố đông máu theo con đường nội sinh và ngoại sinh tương ứng. Như ta đã biết, serines proteases là thành phần chính trong nọc rắn lục, ngoài tác dụng như thrombin nó còn có tác dụng hoạt hóa yếu tố protein C, protein C hoạt hóa có tác dụng bất hoạt yếu tố V và yếu tố VIII, cơ chế này có tác dụng chống đông máu nhưng "vô tình" tại giữ lại được các yếu tố này không bị tiêu thụ [3] [4] [5]. Xét nghiệm INTEM với thuốc thử phospholipid thromboplastin sẽ hoạt hóa các yếu tố này giúp cho kết quả xét nghiệm CT theo con đường đông máu nội sinh tốt hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 BN có giá trị CT rất dài ở cả 4 kênh xét nghiệm, lúc này biểu đồ ROTEM như là một đường thẳng. Kết quả như vậy thể hiện một tình trạng rối loạn giảm đông rất nặng, BN không thể hình thành được cục máu đông để sửa chữa các tổn thương thành mạch, sẽ dẫn đến xuất huyết ở nhiều vị trí, cần rất khẩn trương trong vấn đề điều trị, tránh các tai biến chảy máu nặng, chảy máu các tạng quan trọng gây nguy hiểm cho BN. Xem xét ở kênh FIBTEM còn cho ta 12 BN có giá trị CT > 600 giây, theo hướng dẫn của nhà sản xuất, lúc này biểu đồ FIBTEM như 1 đường thẳng, nồng độ fibrinogen trong máu giảm rất thấp và sự hình thành fibrin cũng như polymer hóa fibrin (không có mặt của tiểu cầu) bị rối loạn nặng nề.

Tỉ lệ giảm biên độ cục đông cực đại MCF ở 2 kênh INTEM và EXTEM là như nhau và bằng 62,6%. MCF thuộc vào fibrinogen, vai trò tiểu cầu và yếu tố ổn định sợi huyết. Trong nghiên cứu của chúng tôi có trường hợp BN có thời gian CT kéo dài nhưng biên độ MCF lại bình thường, lí giải điều này là do CT chỉ phụ thuộc vào fibrinogen và các yếu tố đông máu, còn cục máu đông phụ thuộc vào cả yếu tố tiểu cầu, fibrin, yếu tố XIII, các tế bào máu khác. Đây cũng là một ưu điểm của xét nghiệm ROTEM khi thực hiện trên mẫu toàn phần, phản ánh gần nhất với quá trình tạo cục máu đông trong cơ thể. Các xét nghiệm đông máu cơ bản chỉ phản ánh được quá trình ban đầu tạo sợi huyết mà không cho ta biết được chất lượng cục máu đông, trong nhiều trường hợp gây ra một tình trạng truyền máu hoặc

các chế phẩm của máu không cần thiết ở các BN không có chảy máu trên lâm sàng [6] [7].

Chỉ số biên độ cục đông ở phút thứ 5 sau CT (A5) gần đây được dùng để đại diện cho MCF trong các phác đồ điều trị cấp cứu vì A5 cho kết quả nhanh hơn và có giá trị tương với MCF. Trong 24 BN có kết quả A5 EXTEM giảm thì có 23 BN có A5 FIBTEM giảm (<8mm). Điều này cho thấy giảm fibrin hay rối loạn polymer hóa fibrin là rối loạn hay gặp ở nhóm BN bị rắn lục cần [1] [4]. Với những BN này thì ngoài chỉ định dùng huyết thanh kháng nọc rắn ra nếu cần truyền chế phẩm của máu thì cryo sẽ được chỉ định. Có một BN có biên độ A5 EXTEM giảm nhưng A5 FIBTEM bình thường, phù hợp với tình trạng BN có fibrinogen bình thường nhưng tiểu cầu thấp (80G/L).

Khi phân tích chỉ số phần trăm li giải cục đông cực đại ML ở kênh EXTEM chúng tôi có 33/37 BN có ML $\geq 5\%$ (bảng 3.4). Theo lý thuyết thì ML EXTEM $\geq 5\%$ thể hiện có tình trạng tiêu sợi huyết quá mức. Gần đây có nghiên cứu cho rằng chỉ số ML ở kênh FIBTEM có giá trị cao hơn trong chẩn đoán tiêu sợi huyết quá mức khi so với EXTEM. Ở FIBTEM, giá trị cut-off > 10% (trong vòng 60 phút) có thể được sử dụng (điều này tương ứng với độ cứng cục đông giảm 1mm) [6][7]. Trong xét nghiệm EXTEM sự co rút cục đông qua trung gian tiểu cầu và sự thiếu hụt yếu tố XIII có thể làm mất ổn định cục đông bên cạnh tình trạng tiêu sợi huyết thực sự. Trong FIBTEM đã loại bỏ hoàn toàn vai trò của 2 yếu tố này vì lẽ đó xét nghiệm này đặc hiệu hơn với tình trạng tiêu sợi huyết [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 13 BN có chỉ số ML FIBTEM ≥ 10 (bảng 3.5), ngoài ra còn có 12 BN có chỉ số CT FIBTEM > 600 giây cũng là một tiêu chuẩn chẩn đoán tăng tiêu sợi huyết. Trên thế giới các nghiên cứu về xét nghiệm ROTEM trên nhóm BN bị rắn lục cần được công bố đến hiện tại rất ít, chủ yếu là case lâm sàng cũng gây khó khăn cho chúng tôi trong quá trình tham khảo và so sánh.

V. KẾT LUẬN

Xét nghiệm ROTEM thay đổi ở 89,2% bệnh nhân bị rắn lục cần, đều biểu hiện tình trạng giảm đông, không có bệnh nhân nào có tình trạng tăng đông. Trong đó, CT kéo dài, MCF giảm ở EXTEM và FIBTEM là rối loạn hay gặp. Tỉ lệ BN biểu hiện tiêu sợi huyết quá mức cao, chiếm 89,2% ở EXTEM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Roszko PJ, Kavanaugh MJ, Boese ML et al (2017). Rotational thromboelastometry (ROTEM) guided treatment of an Afghanistan viper envenomation at a NATO military hospital. *Clinical Toxicology*, 55 (3), 229-230.
2. Calatzis A, Spannagl M, Vorwe-g M (2013). *ROTEM Analysis Targeted Treatment of Acute Haemostatic Disorders*, Berlin.
3. White J (2005). Snake venoms and coagulopathy. *Toxicon*, 45 (8), 951-967.
4. Kini RM (2006). Anticoagulant proteins from snake venoms: structure, function and mechanism. *Biochemical Journal*, 397 (Pt 3), 377-387.
5. Markland FS (1998). Snake venoms and the hemostatic system. *Toxicon*, 36 (12), 1749-1800.
6. Gorlinger K, Dirkmann D, Solomon C et al (2013). Fast interpretation of thromboelastometry in non-cardiac surgery: reliability in patients with hypo-, normo-, and hypercoagulability. *Br J Anaesth*, 110 (2), 222-230.
7. Harr J, Moore E, Chin T et al (2015). Viscoelastic hemostatic fibrinogen assays detect fibrinolysis early. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 41 (1), 49-56.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA TỔN THƯƠNG THẦN KINH - CƠ DO RẮN ĐỘC CẮN TẠI TRUNG TÂM CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Ngọc Hiền^{1,4}, Nguyễn Trọng Hưng^{1,2},
Nguyễn Thanh Bình², Hà Trần Hưng^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của tổn thương thần kinh - cơ do rắn độc cắn tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 40 bệnh nhân bị rắn độc cắn tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai từ 04/2016 - 09/2017. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân bị sụp mí cao (85%); tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng nhìn mờ, nhìn đôi cũng thường gặp (55%), đồng tử kích thước giãn. Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau họng là 92,5%, khó nuốt là 87,5%; liệt màn hầu là 72,5%. Tỷ lệ bệnh nhân liệt cơ hô hấp cũng rất cao, 85% có triệu chứng khó thở; 82,5% liệt cơ liên sườn; 85% liệt cơ hoành. Tỷ lệ bệnh nhân bị liệt tay và liệt chân đều cao (90%); trong đó liệt hoàn toàn chiếm 52,8%, liệt gốc chi nặng hơn ngọn chi, hầu hết bệnh nhân biểu hiện giảm hoặc mất phản xạ gân xương. **Kết luận:** Các triệu chứng sụp mí, liệt cơ hô hấp, liệt chi là các triệu chứng chủ đạo để chẩn đoán xác định, phân loại và theo dõi tiến triển bệnh nhân bị rắn độc cắn.

Từ khóa: tổn thương thần kinh cơ, rắn độc cắn

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF NEUROMUSCLE DAMAGE IN SNAKEBITE PATIENTS AT VIETNAM POISON CONTROL CENTER OF BACH MAI HOSPITAL

Objective: This study aimed to describe the

clinical features of neuromuscle damage caused by snakebite at Vietnam Poison control center of Bach Mai hospital. **Subjects and methods:** prospective study of 41 patients with snakebite who developed neuromuscle damage from 04/2016 to 10/2017. **Results:** The percentage of ptosis was 85%, blurred vision was 55%, and pupils were dilated. Pharyngeal pain was common, accounted for 92.5%. 85% of study patients could not open their mouth. The rate of dysphagia was 87.5%. The percentage of patients developed dyspnea was 82.5%; intercostal muscle palsy was 82.5%; diaphragmatic palsy was 85%. The percentage of limb paralysis was 90% with proximal profound and almost patients were decreased or lost deep tendon reflex (92.5%). **Conclusions:** Ptosis, limb paralysis and respiratory palsy were the cornerstone clinical features to diagnose and identify of the patients with snakebite.

Keywords: neuromuscle damage, snakebite

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rắn độc cắn là một cấp cứu nội khoa thường gặp. Theo Tổ chức y tế thế giới, hàng năm trên thế giới có khoảng 5 triệu người bị rắn cắn. Trong số những người bị rắn cắn, có khoảng 2,4 triệu người bị nhiễm độc do nọc độc của rắn và có tới 94.000 - 125.000 trường hợp tử vong/năm [1] [2]. Ở Việt Nam, mặc dù chưa có số liệu thống kê đầy đủ về tình hình rắn độc cắn trên toàn quốc, nhưng ước tính số nạn nhân do rắn độc cắn vào khoảng 30.000 trường hợp/năm [3] với khoảng 200 - 300 nạn nhân tử vong/năm. Theo thống kê của Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai, rắn độc cắn đứng hàng thứ 5 trong các trường hợp ngộ độc tới cấp cứu tại trung tâm.

Bệnh nhân bị rắn độc cắn thường có các biểu hiện lâm sàng do tổn thương thần kinh - cơ

¹Trường đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Lão khoa trung ương

³Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai

⁴Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Hà Trần Hưng

Email: hatranhung@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2017

Ngày duyệt bài: 29.11.2017

tương đối khác nhau. Nghiên cứu Hà Trần Hưng và cs (2009) trên 60 bệnh nhân bị rắn Cạp Nia cắn thấy: 90% bệnh nhân có dấu vết răng nanh cắn, tỉ lệ liệt cơ mắt 82,0%, há miệng khó 90,0%, liệt chi 85,0% và liệt cơ hô hấp 87,0% [4]. Nghiên cứu của Đỗ Mạnh Hùng (2013) trên 242 bệnh nhân bị rắn Cạp Nia cắn cho kết quả: tỉ lệ bệnh nhân đau họng 86,0%, há miệng hạn chế 82,6%, sụp mí 90,5%, dẫn đông tử 86,4%, liệt chi kèm giảm phản xạ gân xương 79,3%, liệt cơ hô hấp 71,9% [5]. Một trong những yêu cầu cấp thiết đối với bệnh nhân bị rắn độc cắn là việc chẩn đoán xác định sớm rắn độc cắn, đánh giá mức độ, phân loại và theo dõi tốt lâm sàng tổn thương thần kinh - cơ do rắn độc cắn gây nên. Việc này đòi hỏi nghiên cứu đánh giá hệ thống và chi tiết các triệu chứng, dấu hiệu tổn thương thần kinh - cơ. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng của tổn thương thần kinh - cơ do rắn độc cắn tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân bị rắn độc cắn điều trị tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai từ tháng 04/2016 đến tháng 09/2017.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai.

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 04/2016 - 09/2017.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu

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

Trong đó: n: Số lượng bệnh nhân tối thiểu cần nghiên cứu. $Z_{1-\alpha/2}$: Giá trị điểm Z tại mức ý nghĩa α , với $\alpha = 0,05 \rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

d: Độ sai lệch mong muốn giữa tỉ lệ thu được từ mẫu và tỉ lệ thực của quần thể, chọn $d = 0,1$.

$p = 0,905$ (Nghiên cứu của Đỗ Mạnh Hùng (2013) cho kết quả về đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân: sụp mí 90,5% [1])

Thay số ta có $n = 34$ bệnh nhân. Thực tế trong thời gian nghiên cứu thu được 40 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

- **Chọn mẫu:** Nghiên cứu bao gồm tất cả các bệnh nhân bị rắn độc cắn thỏa mãn tiêu chuẩn chọn trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

- **Đặc điểm chung của bệnh nhân:** tuổi, giới, vị trí rắn cắn

- **Đặc điểm lâm sàng:** (1) Tại chỗ: Dấu mốc độc, tê bì, sưng tấy, sưng hạch, bong nước, phù nề, hoại tử, đau buốt. (2) Toàn thân: đặc điểm tổn thương mắt, tổn thương họng, tổn thương hô hấp, liệt chi, giảm phản xạ gân xương.

2.7. Xử lý số liệu: Số liệu thu thập sẽ được mã hóa, nhập liệu bằng phần mềm thông kê y học Epidata 3.1 và xử lý theo các thuật toán thống kê bằng phần mềm SPSS 16.0.

2.8. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu không ảnh hưởng tới chất lượng chăm sóc, điều trị cho bệnh nhân; có tác dụng nâng cao chất lượng điều trị của bệnh viện. Mọi thông tin được mã hóa và giữ bí mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Bệnh nhân có quyền dừng tham gia nghiên cứu ở bất kỳ thời điểm nào.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi, giới

Nhóm tuổi	Giới	Nam		Nữ		Chung	
		SL	%	SL	%	SL	%
< 30		5	55,6	4	44,4	9	22,5
30 - 39		5	100,0	0	0	5	12,5
40 - 49		5	83,3	1	16,7	6	15,0
50 - 59		7	63,6	4	36,4	11	27,5
≥ 60		5	55,6	4	44,4	9	22,5
Tổng		27	67,5	13	32,5	40	100,0

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân nghiên cứu từ 50 - 59 tuổi chiếm cao nhất (27,5%); tiếp theo là nhóm tuổi < 30 tuổi và ≥ 60 tuổi đều chiếm 22,5%. Tỉ lệ bệnh nhân nam là 67,5% và tỉ lệ bệnh nhân nữ là 32,5%.

Bảng 2: Vị trí vết cắn ở bệnh nhân bị rắn độc cắn

Vị trí bị cắn	Đặc điểm	SL	%
Tay		30	75,0
Bên tay bị cắn	Phải	19	47,5

Vị trí tay bị cắn	Trái	11	27,5
	Bàn tay	22	55,0
	Cẳng tay	7	17,5
	Cánh tay	1	2,5
Chân		8	20,0

Bên chân bị cắn	Phải	4	10,0
	Trái	4	10,0
Vị trí chân bị cắn	Bàn chân	6	15,0
	Cẳng chân	2	5,0
	Đùi	0	0
Cắn ở vị trí khác		2	5,0

Nhận xét: bệnh nhân thường bị rắn cắn ở tay (75%); nhiều nhất gặp cắn ở bàn tay phải. Tỷ lệ bệnh nhân bị cắn ở chân là 20%; đều nhau ở chân phải và chân trái.

Bảng 3: Triệu chứng tại chỗ ở bệnh nhân bị rắn độc cắn

Đặc điểm	SL	%
Móc độc đặc hiệu	37	92,5
Móc độc không đặc hiệu	1	2,5
Sưng hạch	0	0
Bọng nước	0	0
Sưng tấy	3	7,5
Phù nề	4	10,0
Hoại tử	0	0
Đau buốt	26	65,0

Nhận xét: Triệu chứng tại chỗ hay gặp nhất ở bệnh nhân là móc độc đặc hiệu chiếm 92,5%; tỷ lệ bệnh nhân có đau buốt tại chỗ cắn là 65,0% và phù nề tại chỗ cắn là 10,0%; không có hoại tử 0%.

Bảng 4: Triệu chứng tổn thương mắt ở bệnh nhân bị rắn độc cắn

Tổn thương mắt	SL	%
Có sụp mí	34	85,0
Thời gian xuất hiện sụp mí (TB ± ĐLC) (giờ)	6,2 ± 2,4 (1,11)	
Có nhìn mờ, nhìn đôi	22	55,0
Thời gian xuất hiện nhìn mờ (TB ± ĐLC) (giờ)	6,2 ± 1,9 (2,10)	
Kích thích đồng tử		
Trái trước chiều đèn (TB ± ĐLC) (mm)	4,6 ± 1,1 (3,8)	
Phải trước chiều đèn (TB ± ĐLC) (mm)	4,6 ± 1,1 (3,8)	
Trái sau chiều đèn (TB ± ĐLC) (mm)	4,7 ± 1,1 (3,8)	
Phải sau chiều đèn (TB ± ĐLC) (mm)	4,7 ± 1,0 (3,8)	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân bị sụp mí rất cao (85%); tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng nhìn mờ, nhìn đôi cũng thường gặp (55%).

Bảng 5: Triệu chứng tổn thương họng ở bệnh nhân bị rắn độc cắn

Tổn thương họng	SL	%	Thời gian xuất hiện (TB ± ĐLC)
Có đau họng	37	92,5	5,3 ± 2,6
Có há miệng hạn chế	34	85,0	5,8 ± 2,5
Có nói khó	35	87,5	5,5 ± 2,6
Có khó nuốt, sặc	35	87,5	5,8 ± 2,5

Có ứ đọng dịch	20	20,0	6,6 ± 2,3
Có liệt màn hầu	29	72,5	5,7 ± 2,8

Nhận xét: Tổn thương liệt hầu họng rất thường gặp, tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau họng là 92,5%, khó nuốt là 87,5%; liệt màn hầu là 72,5%.

Bảng 6: Tổn thương hô hấp ở bệnh nhân bị rắn độc cắn

Tổn thương hô hấp	SL	%	Thời gian xuất hiện (TB ± ĐLC)
Có khó thở	34	85,0	5,3 ± 2,9
Có liệt cơ liên sườn	33	82,5	5,3 ± 2,9
Có liệt cơ hoành	34	85,0	5,3 ± 2,9
Có liệt cơ hô hấp phụ	31	77,5	5,0 ± 2,6

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân liệt cơ hô hấp cũng rất cao, BN có triệu chứng khó thở là 85%; liệt cơ liên sườn 82,5%; liệt cơ hoành 85% và liệt cơ hô hấp phụ là 77,5%.

Bảng 7: Đặc điểm liệt ở bệnh nhân bị rắn độc cắn

Đặc điểm liệt	SL	%
Liệt tay		
Có liệt tay, trong đó:	36	90,0
Liệt hoàn toàn	19	52,8
Liệt không hoàn toàn	17	47,2
Liệt gốc chi	29	80,6
Liệt ngón chi	24	66,7
Thời gian xuất hiện (TB ± ĐLC) (giờ)	5,1 ± 2,9	
Liệt chân		
Có liệt chân, trong đó:	36	90,0
Liệt hoàn toàn	19	52,8
Liệt không hoàn toàn	17	47,2
Liệt gốc chi	29	80,6
Liệt ngón chi	24	66,7
Thời gian xuất hiện (TB ± ĐLC) (giờ)	5,2 ± 2,9	
Liệt dây thần kinh vận nhãn	3	7,5

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân bị liệt tay và liệt chân đều cao (90%); trong đó liệt hoàn toàn chiếm 52,8%, liệt hoàn toàn gốc chi (80,6%) cao hơn ngón chi (66,7%).

Bảng 8: Dấu hiệu giảm phản xạ gân xương ở bệnh nhân bị rắn độc cắn

Chỉ số	n	%
Phản xạ gân xương ở tay		
Bình thường	3	7,5
Giảm	21	52,5
Mất	16	40,0
Phản xạ gân xương ở chân		
Bình thường	3	7,5
Giảm	21	52,5
Mất	16	40,0

Nhận xét: hầu hết bệnh nhân biểu hiện giảm hoặc mất phản xạ gân xương.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy: tỉ lệ bệnh nhân nghiên cứu từ 50-59 tuổi chiếm cao nhất (27,5%); tiếp theo là nhóm tuổi < 30 tuổi là 22,5%. Tỉ lệ bệnh nhân nghiên cứu từ 30-39 tuổi là 12,5% và bệnh nhân 40-49 tuổi chiếm 15,0%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với kết quả nghiên cứu của Phan Thái Sơn (2007) với tỉ lệ bệnh nhân bị rạn cắn gấp nhiều trong độ tuổi lao động (80,5%) [6]; nghiên cứu của Nguyễn Kim Sơn (2008) cho tỉ lệ bệnh nhân từ 20 - 49 tuổi là 72,7% [7]. Đây chính là thực tế đặc điểm bệnh nhân bị rạn cắn, thường bệnh nhân bị rạn cắn là những người trong độ tuổi lao động, có xu hướng bắt rạn vì nhiều lý do khác nhau. Thực tế cho thấy: nam giới thường bị rạn cắn nhiều hơn nữ giới. Điều này được lý giải do nam giới thường có xu hướng tự tin hơn khi bắt rạn và "dám" bắt rạn, nam giới là trụ cột kinh tế gia đình nên thường bắt rạn vì lý do kinh tế... Kết quả nghiên cứu về giới của chúng tôi cũng phù hợp với nhận định trên khi thấy: tỉ lệ bệnh nhân nam là 67,5% và tỉ lệ bệnh nhân nữ là 32,5%.

Kết quả bảng 2 thấy: tỉ lệ bệnh nhân bị rạn cắn ở tay là 75,0%; tỉ lệ bệnh nhân bị cắn ở chân là 20,0% và ở vị trí khác là 5,0%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không phù hợp với nghiên cứu của Trịnh Xuân Kiếm (2009) với tỉ lệ bệnh nhân bị cắn ở tay là 52,4%; ở chân là 45,2% và ở vị trí khác là 2,4% [3]. Đây là sự khác biệt do đặc điểm mẫu nghiên cứu và địa điểm nghiên cứu. Bên cạnh đó, kết quả bảng 2 cũng cho thấy tỉ lệ bệnh nhân bị cắn ở tay phải (47,5%) cao hơn tay trái (27,5%); cắn ở bàn tay (55,0%) cao hơn ở cẳng tay (17,5%) và cánh tay (2,5%); cắn ở bàn chân (15,0%) cao hơn ở cẳng chân (5,0%). Đây là các đặc điểm hoàn toàn phù hợp với thực tế vì thông thường tay phải là tay thuận; bàn tay và bàn chân thường là các vị trí tiếp xúc đầu tiên với rạn trong quá trình lao động, sản xuất.

Triệu chứng tại chỗ hay gặp nhất ở bệnh nhân nghiên cứu là vết cắn mọc độc đặc hiệu, chiếm 92,5%; tỉ lệ bệnh nhân có đau buốt tại chỗ cắn là 65,0% và phù nề tại chỗ cắn là 10,0%, không có bệnh nhân bị hoại tử. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với nghiên cứu của Phan Thái Sơn (2007) với tỉ lệ bệnh nhân có mọc độc đặc hiệu tại chỗ cắn và đau buốt chiếm cao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Mạnh Hùng (2013) với tỉ lệ bệnh nhân có mọc độc đặc hiệu tại chỗ cắn là 93,8% [5]. Thực tế y văn cũng cho thấy có 4 triệu chứng tại chỗ chính hay gặp ở bệnh nhân rạn độc cắn là đau buốt,

mọc độc đặc hiệu, phù nề lan tỏa và hoại tử. Trong đó triệu chứng mọc độc đặc hiệu tại chỗ cắn là triệu chứng hay gặp nhất.

Tỉ lệ bệnh nhân bị sụp mí là 85,0%; tỉ lệ bệnh nhân có triệu chứng nhìn mờ, nhìn đôi là 55,0%. Sụp mí là một trong các dấu hiệu đầu tiên của rạn độc cắn, bệnh nhân biểu hiện giống như buồn ngủ, thường cuối cùng sẽ sụp mí hoàn toàn, không mở được mắt. Tuy nhiên, bệnh nhân cũng không nhắm kín được mắt nên dễ bị khô giác mạc, biến chứng viêm, loét giác mạc nếu mắt không được vệ sinh và đóng kín hai bờ mí.

Đau họng, nói khó và há miệng hạn chế, khó nuốt dẫn tới ứ đọng đờm rãi là những dấu hiệu của liệt hầu họng thường xuất hiện chủ yếu ở những bệnh nhân bị rạn độc cắn. Kết quả nghiên cứu thấy: Tỉ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau họng là 92,5%, há miệng hạn chế là 85,0%; nói khó và khó nuốt đều là 87,5%; liệt màn hầu là 72,5%. So sánh với nghiên cứu của Hà Trần Hưng và cs (2009) thấy tỉ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau hầu họng là 83,0%; há miệng hạn chế 90,0%; khó nuốt là 90,0% [4]. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đối phù hợp.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy: Tỉ lệ bệnh nhân có triệu chứng khó thở là 85,0%; liệt cơ liên sườn 82,5%; liệt cơ hoành 85,0% và liệt cơ hô hấp phụ là 77,5%. Nghiên cứu của Hà Trần Hưng và cs (2009) cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi với tỉ lệ bệnh nhân có triệu chứng khó thở là 87,0%; liệt cơ liên sườn là 87,0%; liệt cơ hoành là 85,0% [4]. Đây là đặc điểm cần hết sức chú ý ở bệnh nhân rạn độc cắn, bởi lẽ khi bệnh nhân bị khó thở và liệt cơ hô hấp thì sẽ dẫn đến tình trạng suy hô hấp. Suy hô hấp là nguyên nhân chính dẫn đến tử vong và thương tổn nặng lên cho bệnh nhân do rạn độc cắn.

Tỉ lệ bệnh nhân bị liệt tay và liệt chân đều là 90,0% và thời gian xuất hiện liệt trung bình là $5,1 \pm 2,9$ giờ. Tỉ lệ bệnh nhân giảm phản xạ gân xương ở tay và chân đều là 52,5%, mất phản xạ gân xương là 40,0%. Như vậy tỉ lệ liệt và giảm, mất phản xạ gân xương trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn và thời gian xuất hiện sớm hơn so với nghiên cứu trước. Thực tế, việc xuất hiện liệt phụ thuộc vào loại rạn cắn, vị trí rạn cắn, thể trạng bệnh nhân... Như vậy thì sự khác biệt này tương đối khó để so sánh/đánh giá giữa 2 nghiên cứu nhưng về giá trị lâm sàng thì cả 2 nghiên cứu đều cho thấy liệt chi và giảm phản xạ gân xương là triệu chứng hay gặp. Thầy thuốc lâm sàng phải có hướng nghĩ tới chẩn đoán, tiên lượng và đưa ra biện pháp điều trị cho bệnh nhân một cách phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ bệnh nhân có triệu chứng móc độc đặc hiệu vết rắn cắn tại chỗ là 92,5%; đau buốt tại chỗ cắn là 65,0% và phù nề tại chỗ cắn là 10,0%. Tỉ lệ bệnh nhân bị sụp mí là 85,0%; nhìn mờ, nhìn đôi là 55,0%. Tỉ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau họng là 92,5%, há miệng hạn chế là 85,0%; nói khó và khó nuốt đều là 87,5%; liệt mắt hầu là 72,5%. Tỉ lệ bệnh nhân có triệu chứng khó thở là 85,0%; liệt cơ liên sườn 82,5%; liệt cơ hoành 85,0% và liệt cơ hô hấp phụ là 77,5%. Tỉ lệ bệnh nhân bị liệt tay và liệt chân đều là 90,0%; có 03 bệnh nhân liệt dây thần kinh vận nhãn (chiếm 7,5%). Tỉ lệ bệnh nhân giảm phản xạ gân xương là 52,5%, mất phản xạ gân xương là 40,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kasturiratne a, wickremasinghe ar, nilanthi de silva et al. (2008).** the global burden of snakebite: a literature analysis and modelling based on regional estimates of envenoming and

- deaths, *plos med*, 5 (11), pp. e218.
2. **World health organization. animal bites: fact sheet number 373. 2013;** available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs373/en/>.
 3. **Trình xuân kiếm (2009),** "đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân rắn cắn nia cắn khi chưa có kháng huyết thanh đặc hiệu trị liệu", *tạp chí y học việt nam*, 12 (1), tr. 53-57.
 4. **Hung ht, hojer j, and du nt (2009),** "clinical features of 60 consecutive icu-treated patients envenomed by bungarus multicinctus", *southeast asian j trop med public health*, 40 (3), pp. 518-524.
 5. **Đỗ mạnh hùng (2013),** *đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị rắn cắn nia cắn tại trung tâm chống độc bệnh viện bạch mai*, luận văn bác sĩ chuyên khoa ii, trường đại học y hà nội.
 6. **Phan thái sơn (2007),** *đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh nhân bị rắn hổ chúa cắn tại trung tâm chống độc bệnh viện bạch mai từ tháng 1/1999 - tháng 9/2007*, luận văn thạc sĩ y học, trường đại học y hà nội.
 7. **Nguyễn kim sơn (2008),** *nguyên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị bệnh nhân bị một số rắn độc trên cạn cắn thuộc họ rắn hổ (elapidae) ở miền bắc việt nam*, luận án tiến sĩ y học, trường đại học y hn.

NHẬN XÉT BIẾN CHỨNG SONG THAI TỪ 28 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Lương¹, Lê Thị Thanh Vân¹, Nguyễn Quảng Bắc²

TÓM TẮT³⁰

Mục tiêu: Mô tả một số yếu tố liên quan tới biến chứng và thái độ xử trí song thai trong chuyển dạ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 2012-2016. **Phương pháp:** Hồi cứu mô tả trên 4371 bệnh nhân chuyển dạ đẻ song thai từ 28 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 1/1/2012 đến 31/12/2016. **Kết quả:** Tỷ lệ đẻ song thai tăng dần từ 2,84% lên 4,66%. Tỷ lệ song thai do hỗ trợ sinh sản tăng từ 33,24% lên 54,42%. Biến chứng trong thời kỳ mang thai nhiều nhất là đẻ non, chiếm tới 67,86%, thiếu máu 27,2%, ối vỡ non 23,52%, rau tiền đạo 1,9%. Tỷ lệ mổ lấy thai 88,63%. Biến chứng trong chuyển dạ chủ yếu ở nhóm đẻ thường là chảy máu do sót rau 75,76% còn mổ đẻ là chảy máu do đỡ tử cung 13,86%. **Kết luận:** Biến chứng gặp nhiều nhất là đẻ non. Biến chứng chủ yếu ở nhóm đẻ thường là chảy máu do sót rau, nhóm mổ đẻ là chảy máu do đỡ tử cung.

Từ khóa: song thai, mổ đẻ, biến chứng.

SUMMARY

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lương

Email: nguyentluonghmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2017

Ngày duyệt bài: 30.11.2017

STUDY THE ANTENATAL COMPLICATIONS TWIN PREGNANCIES FROM 28 WEEKS GESTATION AGE AT NATIONAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: To study the antenatal complications and treatment in twin pregnancies. **Method:** A retrospective observational analysis of 4371 twin pregnancies from 28 weeks gestational agedelivered at National of Obstetrics and Gynecology Hospital during a5-year period from1/1/2012 to 31/12/2016.

Results: increasing the rate of twin births from 2,84 to 4,66%. Rate of twinpregnancies conceived by assisted reproductionincreasing from 33,24% to 54,42%. The most antenatal complication was preterm birth 67,86%, anemia 27,2%, premature rupture of membranes 23,52%, placenta praevia 1,9%. Caesarean sections rate was 88,63%. The most intrapartum complication in vaginal delivery group was hemorrhage retained placenta 75,76% and in caesarean group was uterine atony 13,86%.

Conclusion: The most antenatal complication was preterm birth. The most intrapartum complication in vaginal delivery group was hemorrhage retained placenta and in caesarean group was uterine atony.

Keywords: twin pregnancy, caesarean section, complication.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Song thai là thai nghén nguy cơ cao thường gây hậu quả xấu cho mẹ (chảy máu sau đẻ, rau

tiền đạo, đẻ khó...) và cho thai đặc biệt là đẻ non – thai non tháng gây bệnh lý và tử vong ở trẻ sơ sinh. Tỷ lệ song thai chiếm khoảng 3% tổng số đẻ và có xu hướng ngày càng tăng ở Việt Nam cũng như trên thế giới do áp dụng các biện pháp hỗ trợ sinh sản như IUI, IVF.

Trong quá trình mang thai cũng như trong chuyển dạ đẻ song thai có nhiều biến chứng như đẻ non, thiếu máu, chảy máu sau đẻ... Để góp phần nghiên cứu một cách toàn diện về song thai và biến chứng song thai chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Nhận xét biến chứng song thai từ tuần 28 tại bệnh viện phụ sản trung ương từ năm 2012 – 2016*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh án sản phụ song thai 28 tuần trở lên chuyển dạ đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01 năm 2012 đến tháng 12 năm 2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Hồ sơ bệnh án của các thai phụ đẻ song thai với tuổi thai từ 28 tuần tuổi trở lên tính theo kỳ kinh cuối. Trường hợp nếu không nhớ kỳ kinh cuối thì phải có siêu âm ở quý I của thai kỳ và tính chính xác được tuổi thai từ 28 tuần trở lên, được theo dõi chuyển dạ và đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương có đủ thông tin bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu

- Sản phụ sinh tại nơi khác được chuyển đến bệnh viện trong cùng thời gian nghiên cứu.
- Song thai cả 2 thai chết lưu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu hồi cứu mô tả.

Cỡ mẫu thuận tiện các trường hợp song thai từ 28 tuần trở lên tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2012 đến năm 2016.

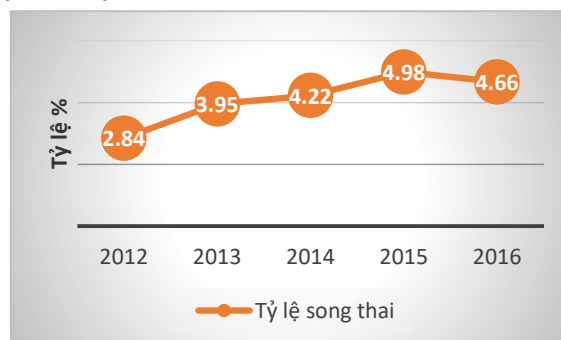
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 01/01/2012 đến 31/12/2016 chúng tôi nghiên cứu được 4371 trường hợp chuyển dạ đẻ song thai từ 28 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Bảng 1. Phân bố tỷ lệ biến chứng của sản phụ song thai trong mang thai.

Bệnh lý của sản phụ	n	%
Tiền sản giật	88	2,01
Tăng huyết áp	150	3,43
Đái tháo đường thai kỳ	179	4,1
Thiếu máu	1189	27,2
Bệnh lý phần phụ của thai	n	%
Ỗi vỡ	1028	23,52
Thiếu ỗi	38	0,87
Rau tiền đạo	83	1,9
Đẻ non	2966	67,86

Nhận xét: Biến chứng gặp nhiều nhất là đẻ non (67,86%), thiếu máu (27,2%) ỗi vỡ sớm (23,52%).



Biểu đồ 1. Số lượng song thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương 2012 – 2016

Nhận xét: Tỷ lệ song thai có xu hướng tăng dần theo từng năm từ 2,84% lên 4,66% với độ tuổi trung bình $\bar{x} \pm SD: 29.52 \pm 5,24$; Min: 18; Max: 54

Bảng 2. Tỷ lệ các biến chứng ở sản phụ song thai trong chuyển dạ

Biến chứng	Đẻ qua đường âm đạo N (%)	Mổ lấy thai N (%)
Không có biến chứng	128(22.82)	3279(86,06)
Chảy máu do sót rau	425(75.76)	3 (0,08)
Chảy máu do đỡ TC	8 (1.43)	528(13.86)
Tổng	561 (100)	3810(100)

Nhận xét: Tỷ lệ không có biến chứng trong mổ lấy thai là 86,06%. Biến chứng phổ biến trong đẻ đường âm đạo là chảy máu do sót rau 75,76%, trong mổ lấy thai là đỡ tử cung (13,86%)

IV. BÀN LUẬN

Trong giai đoạn 2012 đến 2016 tỷ lệ song thai chuyển dạ đẻ từ 28 tuần có xu hướng tăng dần từ 2,84% năm 2012 lên 4,66% năm 2016. So sánh với nghiên cứu Nguyễn Quốc Tuấn (2001 – 2002) là 1,79%, gần như không thay đổi thì trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ song thai đã tăng 2,6 lần[1]. Tỷ lệ này cao hơn cả tỷ lệ ở Nigeria - vùng có tỷ lệ song thai tự nhiên cao nhất thế giới là 4%. Xu hướng tăng tỷ lệ song thai cũng phù hợp với nghiên cứu trên thế giới như theo nghiên cứu của Martin JA, năm 1990 tỷ lệ song thai ở Mỹ là 2,2% đến 2005 đã là 3,2% [2]. Sự gia tăng này là do sự phát triển của các biện pháp hỗ trợ sinh sản tại Việt Nam trong những năm gần đây. Điều này thể hiện rõ trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ song thai do hỗ trợ sinh sản có xu hướng tăng lên từ 33,24% năm 2012 lên 54,42% năm 2016. Đặc biệt có sự

tăng vọt của song thai do IVF từ 26,45% sau 5 năm lên gần gấp đôi đạt 46,21%.

Song thai là thai nghén nguy cơ cao, làm tăng tỷ lệ biến chứng cho sản phụ và thai nhi. Trong nghiên cứu của chúng tôi biến chứng gặp nhiều nhất là đẻ non, chiếm tới 67,86%, trong đó tỷ lệ đẻ rất non (28 – 32 tuần) chỉ là 14,48%. Tỷ lệ này phù hợp với các nghiên cứu của Shugufta (Ấn Độ) 68%, Ri Na Su (Trung Quốc) 53,8 %, tại Mỹ là 59% trong đó <32 tuần là 12% chứng tỏ vấn đề quản lý thai nghén cũng như điều trị giữ thai tại nước ta tiến bộ tương xứng với các nước trên thế giới [3], [4], [5]. Tuy nhiên tỷ lệ đẻ non 28 đến 32 tuần so với nghiên cứu của Ninh Văn Minh 4,6% thì cao hơn rất nhiều [6]. Điều này có thể do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương nên tập trung nhiều trường hợp thai rất non điều trị hơn so với Bệnh viện tỉnh Thái Bình.

Tỷ lệ thiếu máu trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của Ninh Văn Minh là 23,85% và của Ri Na Su (Trung Quốc) là 31,5%, tuy nhiên thấp hơn so với nghiên cứu của Shugufta (Ấn Độ) là 63%. Điều này có thể do ảnh hưởng của điều kiện kinh tế xã hội ở Ấn Độ, phụ nữ mang thai không được chăm sóc, dinh dưỡng đầy đủ như ở Việt Nam và các nước Châu Á [3], [4], [6].

Tỷ lệ biến chứng rau tiền đạo trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu khác ở trong nước và trên thế giới. Nghiên cứu của Ninh Văn Minh là 2,51%, của Ri Na Su (Trung Quốc) là 4,5%, nghiên cứu của Shugufta (Ấn Độ) là 5% [3], [4], [6]. So với tỷ lệ rau tiền đạo ở thai kỳ nói chung là 0,4 – 0,5 % thì tỷ lệ rau tiền đạo trong song thai là khá cao gấp 4 – 5 lần. Các biến chứng khác của song thai như ối vỡ non, đái tháo đường thai kỳ cũng không khác biệt với các nghiên cứu trước đây.

Khi so sánh biến chứng trong chuyển dạ giữa 2 nhóm mổ đẻ và đẻ đường âm đạo, chúng tôi nhận thấy nhóm mổ lấy thai ít biến chứng hơn 86,6% so với 22,82% nhưng theo các nghiên cứu của Enid Simon Chinaga thì tỷ lệ biến chứng giữa 2 nhóm là như nhau [7]. Trong đó biến

chứng chủ yếu ở nhóm đẻ thường là chảy máu do sót rau (75,76%) còn ở nhóm mổ đẻ là chảy máu do đỡ tử cung (13,86%). Sự khác biệt này có thể do tỷ lệ mổ lấy thai trong nghiên cứu của chúng tôi rất cao, những trường hợp đẻ đường âm đạo chủ yếu là nhóm thai rất non tháng nên tỷ lệ biến chứng cao hơn đặc biệt là chảy máu do sót rau, màng rau. Cũng chính vì vậy mà trong nghiên cứu của chúng tôi cân nặng thai nhi nhóm mổ đẻ nặng hơn nhiều so với nhóm đẻ thường.

V. KẾT LUẬN

Biến chứng gặp nhiều nhất là đẻ non, chiếm tới 67,86%. Thiếu máu 27,2 %. Ối vỡ sớm - ối vỡ non 23,52%. Biến chứng chủ yếu ở nhóm đẻ thường là chảy máu do sót rau, nhóm mổ đẻ là chảy máu do đỡ tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Quốc Tuấn (2004).** *Nhận xét về thái độ xử trí đối với các trường hợp đẻ đa thai tại BVPSTƯ trong hai năm 2001 - 2002*, Nội san Sản phụ khoa, Hội nghị đại biểu Hội Phụ sản Việt Nam khoá XV kỳ họp thứ 2, Hà Nội.
2. **Martin JA, Kung HC, Mathews TJ, Hoyert DL, Strobino DM, Guyer B, et al.** Annual summary of vital statistics: 2006. *Pediatrics* 2008;121:788 – 801.
3. **Shugufta Yasmeen Rather (MD), Rizwana Habib (MD),** Preeti Sharma. Studying pregnancy outcome in twin gestation in developing world. *Journal of Dental and Medical Sciences*. Volume 13, Issue 5 Ver. IV. (May. 2014), 62-65.
4. **Ri-Na Su, Wei-Wei Zhu, Yu-Mei Wei.** Maternal and neonatal outcomes in multiple pregnancy: A multicentre study in the Beijing population. *Chronic Diseases and Translational Medicine* 1 (2015) 197 – 202.
5. **Eider Quintana, Jorge Burgos, nekane eguiguren, Juan carlos Melchor, Luis Fernández-Ilebrez.** Influence of chorionicity in intra-partum management of twin deliveries. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 2012; 1–5.
6. **Ninh Văn Minh, Lê Hải Dương.** *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thái độ xử trí song thai chuyển dạ đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình*. Y học thực hành (870) – số 5/2013, 175 – 176.
7. **Enid Simon Chiwanga, Gilead Massenga, Pendo Mlay,** Joseph Obure, Michael Johnson Mahande. Maternal outcome in multiple versus singleton pregnancies in Northern Tanzania: A registry-based case control study. *Asian Pacific Journal of Reproduction* 2014; 3(1): 46-52.

TÌNH HÌNH MANG GEN VÀ ĐẶC ĐIỂM DI TRUYỀN PHÂN TỬ THALASSEMIA, HEMOGLOBIN E TRONG CỘNG ĐỒNG DÂN TỘC KHMER VÙNG ĐỒNG BẰNG SÔNG CỬU LONG

Lê Thị Hoàng Mỹ*, Huỳnh Nghĩa**, Phạm Quang Vinh***

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định tần suất và mô tả đặc điểm di truyền các thể bệnh thalassemia và hemoglobin E trong cộng đồng dân tộc Khmer ở vùng Đồng bằng sông Cửu Long (ĐBSCL). Đặc điểm phân tử của thalassemia (thal) trong cộng đồng Khmer được xác định bằng các kỹ thuật PCR trên 1273 đối tượng đồng bào Khmer không quan hệ huyết thống từ 4 tỉnh Trà Vinh, Hậu Giang, Sóc Trăng và Bạc Liêu với thiết kế mô tả cắt ngang. **Kết quả:** tỉ lệ mang gen thal và HbE là 39,4% với 5 thể bệnh: HbE chiếm tỉ lệ 22,4%; α -thal 9,1%; β -thal 1,3%; HbE/ α -thal 6,5%; và β -thal/ α -thal 0,1%. Các kiểu đột biến gen globin α : $-\alpha^{3.7}$ (12,2%), $-\alpha^{4.2}$ (0,5%), $--SEA$ (1,2%), và $\alpha^{CS\alpha}$ (2,2%); Các kiểu đột biến gen globin β : có 6 kiểu đột biến, phổ biến nhất là HbE, Codon 17 (0,7%), Codon 41/42 (0,2%), IVSII-654 (0,1%), $\delta\beta$ -thal (0,2%) và Hb Tak (0,2%); Đột biến trên gen HbE kết hợp với các đột biến α -thal gây ra nhiều kiểu gen đa dạng và phức tạp. **Kết luận:** tần suất mang gen bệnh thal và hemoglobin E trong cộng đồng dân tộc Khmer vùng ĐBSCL là cao với kiểu gen đa dạng cần có các chiến lược dự phòng thích hợp để hạn chế các thể nặng.

Từ khóa: gen, thalassemia, hemoglobin, Khmer, Đồng bằng sông Cửu Long.

SUMMARY

THE PREVALENCE AND MOLECULAR GENETIC FEATURES OF THALASSEMIA AND HEMOGLOBIN E IN THE KHMER ETHNIC GROUP IN THE MEKONG DELTA

Objectives: Determine the prevalence and describe the molecular genetic characteristics of thalassemia and hemoglobin E in the Khmer ethnic group in the Mekong Delta. The molecular basis of thalassemia in Khmer ethnic was performed by polymerase chain reaction (PCR)-based techniques in a community-based cross-sectional survey of 1273 unrelated individuals from 4 provinces of the Mekong delta, Tra Vinh, Hau Giang, Soc Trang and Bac Lieu. **Results:** Thalassemia and HbE mutations were detected in 39.4% of the population of the Khmer in the Mekong delta with 5 types of diseases: HbE was the most common type with a frequency of 22.4%; α -thal 9.1%; β -thal 1.3%; HbE/ α -thal 6.5%; and β -thal/ α -thal 0.1%. Types of α -globin gene mutations: $-\alpha^{3.7}$ (12.2%), $-\alpha^{4.2}$ (0.5%), $--SEA$ (1.2%), and $\alpha^{CS\alpha}$ (2.2%); The β -globin gene models have 6 mutations, the most common HbE, Codon 17 (0.7%), Codon 41/42 (0.2%), IVSII-654 (0.1%), $\delta\beta$ -thal (0.2%) and Hb Tak (0.2%); HbE mutations associated with α -thal mutations induced very complicated genotypes.

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ,

**Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh,

***Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hoàng Mỹ

Email: lthmy@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2017

Ngày duyệt bài: 30.11.2017

Conclusion: carrier rate of thalassemia and hemoglobin E in the Khmer ethnic group in the Mekong Delta region are relatively high with the diversity of genotype requiring an appropriate preventive strategy to reduce severe cases.

Key words: gen, thalassemia, hemoglobin, Khmer, Mekong Delta

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thalassemia và hemoglobin là những bệnh đơn gen nghiêm trọng và phổ biến nhất, ảnh hưởng khoảng 7% dân số thế giới. Việt Nam nằm trong khu vực đông nam châu Á, tần suất mang gen β -thal thay đổi từ 1,5 – 25% và tỉ lệ mang gen HbE khá cao đặc biệt ở các dân tộc ít người như dân tộc Mường là 12,3%; Thái là 20,03%; Êđê là 41%; Stiêng là 55,9% [5]. Dân tộc Khmer là một trong các dân tộc thiểu số có dân số cao nhất nước với khoảng hơn 1 triệu người, sinh sống khắp nơi trong cả nước nhưng chủ yếu tập trung ở một số tỉnh vùng ĐBSCL. Theo y văn, tỉ lệ mang gen HbE ở dân tộc Khmer từ 20 – 30% và β -thal cao; làm tăng nguy cơ xuất hiện những thể bệnh nặng. Chính vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Xác định tần suất và đặc điểm di truyền các thể bệnh thalassemia và hemoglobin E trong cộng đồng dân tộc Khmer ở vùng Đồng bằng sông Cửu Long.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng là người có gia đình 3 thế hệ cùng dân tộc Khmer đang sinh sống tại vùng ĐBSCL trên 1 năm, không phân biệt tuổi, giới, không quan hệ huyết thống, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp chọn mẫu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu: áp dụng công thức ước lượng một tỷ lệ $n = Z^2_{1-\alpha/2} \cdot p \cdot (1-p) / d^2$

Với: với $\alpha = 0,05$ thì $Z_{0,975} = 1,96$, p là tỉ lệ mang gen HbE ở dân tộc Khmer tại Việt Nam, chọn $p=0,3$, d là sai số tương đối (0,035). Do chọn mẫu nhiều giai đoạn, chúng tôi sử dụng hệ số thiết kế 1,5 cộng thêm 10% hao hụt là 1087 mẫu. Trong thực tế chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 1273 đối tượng.

- Chọn mẫu: chọn mẫu nhiều giai đoạn

+ Chọn đối tượng nghiên cứu: dựa trên tỉ lệ dân số người Khmer tại các tỉnh, chúng tôi ước tính: Sóc Trăng và Trà Vinh khoảng 40% cỡ mẫu/tỉnh, Bạc Liêu và Hậu Giang khoảng 10% cỡ mẫu/tỉnh.

- Nội dung nghiên cứu và phương pháp thu thập số liệu:

+Tất cả các đối tượng đều được làm xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi với máy Nihon Khoden (Nhật) và điện di hemoglobin với hệ thống điện di mao quản Minicap flex-piercing Sebia (Pháp).

+ Xác định đột biến gen globin được thực hiện tại phòng xét nghiệm Trung tâm Thalassemia, Viện nghiên cứu sinh học phân tử, Trường Đại học Mahidol, Thái Lan.

.Gap-PCR chẩn đoán 4 xóa đoạn phổ biến trên gen globin α : gồm $-\alpha^{3.7}$, $-\alpha^{4.2}$, $--SEA$, và $--THAI$; HRM (High resolution melting) xác định đột biến điểm Hb Constant Spring.

.Kỹ thuật lai dot blot ngược (Reverse dot blot) xác định 10 kiểu đột biến phổ biến tại Thái Lan trên gen globin β : gồm - 28 (A>G), codon 17 (A>T), codon 19 (A>G) Hb Malay, codon 26 (A>G) HbE, codon 35 (C>A), IVS-I-1 (G>T), IVS-I-5 (G>C), codon 41/42 (-TTCT), codon 71/72 (+A), IVS-II-654 (C>T), các mẫu không xác định đột biến tiếp tục được giải trình tự để xác định.

.Các mẫu tăng HbF được tìm 5 xóa đoạn phổ biến gây HPFH với kỹ thuật Gap-PCR. 05 xóa gây tăng HbF gồm: $\gamma\gamma^{A\gamma}(\delta\beta)^0$ -thal, HPFH-6, Indian $\gamma\gamma^{A\gamma}(\delta\beta)^0$ -thal, Chinese $\gamma\gamma^{A\gamma}(\delta\beta)^0$ -thal and SEA HPFH. Các mẫu không tìm được xóa đoạn tiếp tục được xác định biến thể Hb S, Hb Tak, và Hb D-Punjab với multiplex allele-specific PCR.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** phần mềm thống kê SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 1273 đối tượng nghiên cứu, có 199 đối tượng là trẻ em, chiếm tỉ lệ 15,6%; 1074 đối tượng là người lớn chiếm tỉ lệ 84,4%.

3.1. Tần suất các thể bệnh thalassemia và Hb E

3.2.2. β -thalassemia

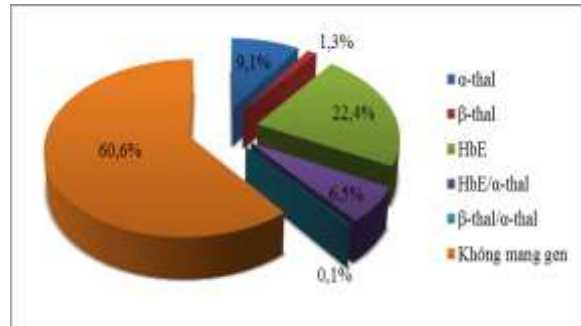
Bảng 3.2. Tỉ lệ các kiểu đột biến gen globin- β trong nhóm và trong cộng đồng

Kiểu gen	Kiểu đột biến		Tần số	Tỉ lệ trong nhóm (%)	Tỉ lệ trong cộng đồng (n=1273)
	Globin- β	Globin- α			
β^0/β^A	Cd 17 (A>T)	aa/aa	9	52,9	0,7
β^0/β^A	Cd 41/42 (-TTCT)	aa/aa	2	11,8	0,1
		α^{CS} a/aa	1	5,9	0,1
β^+/ β^A	IVS2-654 (C>T)	aa/aa	1	5,9	0,1
Biến thể Hb	Hb Tak[β 147(+AC)]	aa/aa	2	11,8	0,2
($\delta\beta$)-thal/ β^A	Không xác định	aa/aa	2	11,8	0,2
Tổng cộng			17	100	1,4

3.2.3. Bệnh lý Hb E

Bảng 3.3. Tỉ lệ các kiểu đột biến Hb E trong nhóm và trong cộng đồng

Kiểu gen	Kiểu đột biến		Tần số	Tỉ lệ trong nhóm (%)	Tỉ lệ trong cộng đồng (n=1273)
	Globin- β	Globin- α			
β^E/β^A	Cd 26 (G>A)	aa/aa	262	71,2	20,6



Biểu đồ 3.1. Phân bố các thể bệnh thalassemia và HbE

Nhận xét: tỉ lệ mang gen thalassemia và HbE trong cộng đồng là 39,4%.



Biểu đồ 3.2. Tỉ lệ mang gen thalassemia và HbE
Nhận xét: Hb E chiếm 28,9%, α -thal chiếm 15,7% và β -thal chiếm 1,4% dân số.

3.2. Đặc điểm di truyền các thể bệnh thalassemia và HbE

3.2.1. α -thalassemia

Bảng 3.1. Tỉ lệ lưu hành các kiểu đột biến gen globin α trong cộng đồng

Kiểu đột biến gen globin α	Tần số (n=1273)	Tỉ lệ trong cộng đồng (%)
$-\alpha^{3.7}$	157	12,2
$-\alpha^{4.2}$	6	0,5
$--SEA$	17	1,2
α^{CS}	28	2,2

		$-a^{3.7}/aa$	45	12,2	3,5
		$-a^{4.2}/aa$	1	0,3	0,1
		$--SEA/aa$	7	1,9	0,5
		$a^{CS}a/aa$	9	2,4	0,7
		$-a^{3.7}/-a^{3.7}$	8	2,2	0,6
		$-a^{3.7}/a^{CS}a$	2	0,5	0,2
		$a^{CS}a/a^{CS}a$	1	0,3	0,1
		$-a^{3.7}/--SEA$	3	0,8	0,2
Tổng			338	91,8	26,6
β^E/β^E	Cd 26 (G>A)	aa/aa	23	6,3	1,8
		$-a^{3.7}/aa$	6	1,6	0,5
		$a^{CS}a/aa$	1	0,3	0,1
	Tổng			30	8,2
Tổng cộng			368	100	29,0

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ các thể bệnh thal và Hb E:

Nghiên cứu xác định 39,4% đồng bào Khmer vùng đồng bằng sông Cửu Long có mang các đột biến gen thalassemia và HbE. Có 5 thể bệnh được ghi nhận. Tỷ lệ mang gen HbE và α -thal cao làm cho sự kết hợp giữa hai kiểu gen này cũng cao trong cộng đồng người Khmer, β -thal có tỷ lệ thấp, có một trường hợp α -thal kết hợp β -thal.

Tại Việt Nam, bệnh Hb E phổ biến ở các dân tộc ít người, với tỷ lệ tăng dần khi đi từ Bắc vào Nam. Tỷ lệ mang gen HbE trong nghiên cứu chúng tôi thấp hơn so với kết quả của Bowman JE và cộng sự khi khảo sát 220 người Khmer miền Trung năm 1971 (38,6% mang đột biến gen HbE). Sự chênh lệch này có lẽ do khác nhau về quy mô mẫu nghiên cứu, cũng như khu vực chọn mẫu. Bowman nghiên cứu tại miền Trung trong khi phần lớn đồng bào Khmer sinh sống ở các tỉnh ĐBSCL. Tỷ lệ mang gen HbE trong dân tộc Khmer cao hơn so với các dân tộc ít người như Tày, Dao, Mường, Thái, Peko, Vân Kiều, tương đương với tỷ lệ mang gen trên dân tộc Ê Đê và thấp hơn dân tộc S'Tiêng [5].

Ngoài HbE, α - và β -thal cũng là các thể bệnh có tỷ lệ mang gen cao ở các quốc gia Đông Nam Á. Thongperm Munkongdee đã ghi nhận tần suất β -thal nhìn chung thấp ở những vùng có tỷ lệ lưu hành cao của alen HbE, với tỷ lệ mang gen β -thal tại 3 thành phố ở Campuchia chỉ có 0,2%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có nhận định tương tự, tuy nhiên tỷ lệ mang gen β -thal trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với tác giả Thongperm và cộng sự với 1,4% mang gen β -thal. Tại Việt Nam, trạng thái mang gen β -thal trên các dân tộc ít người cũng có phân bố tương tự, β -thal có tần suất giảm dần khi đi từ Bắc vào Nam. Dân tộc Tày có tỷ lệ mang gen β -thal 9,6 - 11,0%, Dao 4,6-9,8%, Mường 20,6%, Thái 11,4%, Nùng 7,1%, Peko 8,33%, Ê Đê 0,3-

1,0%, M'ông, Rắc Lây chỉ có 0,1-0,2% [5].

Không giống β -thal, các dạng mang gen α -thal thể nhẹ hoặc thể ẩn rất dễ bị bỏ sót. Nhờ vào các tiến bộ trong lĩnh vực sinh học phân tử, đột biến gen α -thal được phát hiện ngày càng nhiều làm tỷ lệ bệnh được ghi nhận ngày càng cao. Tỷ lệ mang gen α -thal trong nghiên cứu chúng tôi là 15,7%. Tỷ lệ này thấp hơn so với Thongperm (2016) là 22,6% ở đối tượng người Campuchia. Có thể có sự tác động của các yếu tố di truyền và môi trường chưa được xác định gây ra sự khác biệt này như sốt rét... Tỷ lệ mang gen α -thal trên một số dân tộc ít người trong những năm gần đây như: dân tộc Ê Đê 31,6%, M'ông 17,5%, và 24,0% HbCS trong cộng đồng 3 dân tộc Tà Ôi – Vân Kiều và Cơ Tu ở Thừa Thiên Huế [3]. Như vậy, tỷ lệ mang gen α -thal trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn ở các dân tộc này.

4.2. Đặc điểm di truyền các thể bệnh thalassemia và HbE

4.2.1. α -thalassemia: Có 4 kiểu đột biến α -thal lưu hành trong cộng đồng dân tộc Khmer ($-a^{3.7}$, $-a^{4.2}$, $--SEA$ và a^{CS} (HbCS)). Nguyễn Khắc Hân Hoan cũng ghi nhận đây là 4 đột biến gây ra 98,7% bệnh α -thal trên các đối tượng đến sàng lọc trước sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Từ Dũ [4]. Các kiểu đột biến này có thể hiện diện ở trạng thái dị hợp tử, đồng hợp tử hoặc dị hợp tử kép; hoặc cùng di truyền với các đột biến trên gen globin β , đặc biệt với HbE tạo ra các kiểu gen đa dạng trong cộng đồng. Các đột biến gây α^+ -thal chiếm tỷ lệ chủ yếu với 12,3% trong cộng đồng và chiếm đến 78,0% trong nhóm các đột biến gen globin α . Một số dân tộc ít người khác tại Việt Nam cũng tỷ lệ mang đột biến $-a^{3.7}$ khá cao: dân tộc Ê Đê 18,4%, M'ông là 10,3%. Tỷ lệ mang gen HbCS thay đổi từ 1 – 8% ở các nước Đông Nam Á và Việt Nam: 1,6% trên dân tộc Hoa và không ghi nhận trên dân tộc Kinh tỉnh Sóc Trăng, Sean O'Riordan cũng ghi nhận kết

quả tương tự với tỉ lệ mang HbCS trên dân tộc Kinh chỉ có 0,1%, và cao hơn nhiều trên các dân tộc ít người. Đặc điểm này càng được củng cố khi Trần Thị Thúy Minh ghi nhận có đến 16,9% mang đột biến α^{CS} trong cộng đồng hai dân tộc Êđê và M'Nông tỉnh Đắk Lắk; và Hoa Văn Nguyễn ghi nhận có đến 24,0% mang đột biến α^{CS} ở dân tộc ít người miền Trung, Việt Nam [3]. Nghiên cứu cũng ghi nhận 0,2% kiểu gen dị hợp tử kép giữa đột biến xóa đoạn và không xóa đoạn ($-\alpha^{3.7}/-\alpha^{CS}$), là một dạng kiểu gen cũng có kiểu hình α^0 -thalassemia. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp bệnh lý HbH ($-\alpha^{3.7}/--^{SEA}$, $-\alpha^{4.2}/--^{SEA}$) đơn độc nào cũng như đồng hợp tử ($-\alpha^{CS}/-\alpha^{CS}$).

Nghiên cứu chỉ xác định được 1 kiểu đột biến trên gen globin α gây α^0 -thal là xóa đoạn $--^{SEA}$ chiếm tỉ lệ 1,2% trong cộng đồng. Tỉ lệ này cũng tương tự tác giả Thongperm và Tongpong cũng chỉ ghi nhận kiểu đột biến $--^{SEA}$ trong cộng đồng người Campuchia với cùng tỉ lệ 1,0%. Tuy nhiên, tỉ lệ đột biến $--^{SEA}$ trong cộng đồng người Khmer không cao, cho thấy nguy cơ xảy ra các tình trạng bệnh nặng cũng không cao. So với dân tộc Êđê và M'Nông, nguy cơ này cao hơn do tỉ lệ mang đột biến HbCS chiếm đến 16,9% và tỉ lệ mang đột biến $--^{SEA}$ là 2,1%.

4.3.2. β -thalassemia và HbE: Có 5 kiểu đột biến được ghi nhận trong cộng đồng dân tộc Khmer vùng đồng bằng sông Cửu Long, bao gồm 4 đột biến điểm trên gen globin β (β^0/β^A và β^+/ β^A) và một biến thể Hb Tak. Các alen đột biến gây ra β -thal cũng thuộc 8 loại alen đột biến phổ biến tại Việt Nam. Trong đó, phổ biến nhất là đột biến trên codon 26 gây ra HbE, đột biến codon 17 và 41/42. Kết quả của chúng tôi hoàn toàn tương đồng với các nghiên cứu khác tại Việt Nam [4]. Tuy nhiên, sự phân bố của các kiểu đột biến này trên từng dân tộc có sự khác nhau trong các nghiên cứu. Phan Lê Minh Tuấn nghiên cứu tần suất gene và các kiểu đột biến gene bệnh thalassemia ở hai huyện Nam Đông và A Lưới tỉnh Thừa Thiên Huế ghi nhận mức độ phổ biến của các đột biến trên theo thứ tự HbE > codon 17 > codon 41/42, tương tự chúng tôi; các nghiên cứu khác ở miền Nam, và miền Bắc ghi nhận HbE phổ biến nhất kể đến là đột biến codon 41/42 [2]; Sự khác biệt này có thể được lý giải dựa trên đối tượng dân tộc được khảo sát trong nghiên cứu.

Chúng tôi, Phan Lê Minh Tuấn và Nguyễn Khắc Hân Hoan đều ghi nhận có trường hợp $\delta\beta$ -thalassemia [4]. Hai trường hợp chưa xác định được kiểu đột biến, đối tượng có tỉ lệ HbF lần lượt là 7,7% và 15,7% đã được phân tích DNA

xác định 5 xóa đoạn thường gặp gây tăng HbF gồm $\gamma^A\gamma(\delta\beta)^0$ -thalassemia, HPFH-6, Indian $\gamma(\gamma\delta\beta)^0$ -thalassemia, Chinese $\gamma(\gamma\delta\beta)^0$ -thal và SEA HPFH, nhưng kết quả đều âm tính, các mẫu này cũng âm tính khi khảo sát 2 biến thể Hb (HbS, D-Punjab và Tak), có thể đây là trường hợp tăng HbF do một đột biến hiếm gặp khác. Chúng tôi đặc biệt ghi nhận một biến thể của chuỗi globin β trong cộng đồng dân tộc Khmer chiếm tỉ lệ 0,2% - đột biến Hb Tak. Hb Tak là một biến thể có tăng ái lực đối với oxy, đã được ghi nhận lẻ tẻ tại một số quốc gia trong khu vực, đặc biệt tại Thái Lan. Tuy nhiên, tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào công bố trạng thái mang gen này. Các đột biến trên gen globin α có thể kết hợp với đột biến trên gen globin β gây ra các kiểu gen phức tạp và gây khó khăn trong vấn đề chẩn đoán và sàng lọc trước sinh. Trong nghiên cứu, chúng tôi chủ yếu ghi nhận sự kết hợp giữa đột biến trên codon 26 (G>A) HbE với các kiểu đột biến trên gen globin α , và cũng ghi nhận 1 trường hợp, $\beta^{Cd 41/42}/\beta^A$ kết hợp α^{CS}/α chiếm tỉ lệ 0,1%.

Do tỉ lệ lưu hành cao của HbE và α -thalassemia trong cộng đồng dân tộc Khmer rất cao, do đó dẫn đến 10 kiểu kết hợp gen dị hợp tử kép đa dạng. Hầu như tất cả các dạng tổ hợp các kiểu đột biến đều được ghi nhận. Trong đó, đáng kể là các dạng kiểu gen $-\alpha^{3.7}/\alpha$, α^{CS}/α , $-\alpha^{3.7}/-\alpha^{3.7}$ và $--^{SEA}/\alpha$ kết hợp với HbE dị hợp tử. Sự kết hợp giữa trạng thái mất 3 gen globin α (bệnh lý HbH) với HbE chỉ chiếm 0,2% các trường hợp, 1 trường hợp HbE kết hợp ĐHT α^{CS}/α^{CS} cũng được ghi nhận chiếm 0,1%. Đồng hợp tử HbE cũng được nhận thấy có trạng thái kết hợp với các đột biến α^+ -thalassemia. Thongperm và Sanguansermisri ghi nhận tương tự trên đối tượng người Campuchia [10], nhưng với sự đa dạng hơn về các tổ hợp gen. Sanguansermisri và cs còn khảo sát được 0,8% trường hợp mang 3 gen α ($aaa^{anti3.7}$ và $aaa^{anti4.2}$).

V. KẾT LUẬN

- Tỉ lệ mang gen thalassemia và HbE trong cộng đồng dân tộc Khmer vùng đồng bằng sông Cửu Long là 39,4%. Có 5 thể bệnh lưu hành: HbE chiếm tỉ lệ 22,4%; α -thalassemia 9,1%; β -thalassemia 1,3%; HbE/ α -thalassemia 6,5%; và β -thalassemia/ α -thalassemia 0,1%.

- Đặc điểm di truyền phân tử các thể bệnh thalassemia và HbE trong cộng đồng Khmer vùng đồng bằng sông Cửu Long: 4 kiểu đột biến gen globin α : $-\alpha^{3.7}$ (12,2%), $-\alpha^{4.2}$ (0,5%), $--^{SEA}$ (1,2%), và α^{CS} (2,2%); 6 kiểu đột biến gen

globin β : phổ biến nhất là HbE, Cd 17 (0,7%), Cd 41/42 (0,2%), IVSII-654 (0,1%), $\delta\beta$ -thal (0,2%) và Hb Tak (0,2%); Đột biến trên gen HbE kết hợp với các đột biến α - thal gây ra nhiều kiểu gen đa dạng và phức tạp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lý Thị Thanh Hà, Nguyễn Thị Phương Mai, Ngô Diễm Ngọc (2013), Chẩn đoán di truyền trước sinh bệnh beta thalassemia tại Bệnh viện Nhi Trung ương. *Nghiên cứu Y học*, 81(1), 8-18.
2. Lê Thị Hào (2002). Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật di truyền phân tử để tìm kiếm gen Beta - thalassemia tại Việt Nam. *Luận văn Thạc sĩ Y học*, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
3. Hoa Nguyen Van et al (2013), Thalassemia and hemoglobinopathies in Thừa Thiên Huế province, Central of Vietnam, *Hemoglobin*, 37(4):333-342.
4. Lê Thị Hoàng Mỹ (2017), Nghiên cứu bệnh thalassemia và HbE trong cộng đồng các dân tộc tỉnh Sóc Trăng và đề xuất giải pháp can thiệp, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp tỉnh, Sóc Trăng.
5. Phan Lê Minh Tuấn, Nguyễn Duy Thắng, Lê Phan Minh Triết (2014). Nghiên cứu tần suất gen và các kiểu đột biến gen bệnh thalassemia ở hai huyện Nam Đông và A Lưới tỉnh Thừa Thiên Huế. *Y học Việt Nam*, Số đặc biệt Tháng 10.
6. Bain B. J. (2006). *Haemoglobinopathy Diagnosis*. Blackwell Publishing.
7. Sean O'Riordan, Tran Tinh Hien, Katie Miles (2010). Large scale screening for haemoglobin disorders in southern Vietnam: implications for avoidance and management. *British Journal of Haematology*, 150, 359-64.

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ PHẪU THUẬT SAU NÚT ĐỘNG MẠCH CHỌN LỌC Ở BỆNH NHÂN U MÀNG NÃO CÓ TĂNG SINH MẠCH

Đỗ Đức Thuận*, Đặng Minh Đức*, Nguyễn Thanh Xuân**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm động mạch nuôi khối u và kết quả phẫu thuật sau nút động mạch chọn lọc ở bệnh nhân u màng não có tăng sinh mạch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả kết quả can thiệp trên 23 bệnh nhân u màng não có tăng sinh mạch có chỉ định nút động mạch chọn lọc trước phẫu thuật 72 giờ. **Kết quả:** Bệnh nhân u màng não có tăng sinh mạch có nguồn nuôi từ một động mạch là 86,9%, có trên một nguồn nuôi là 13,1%. Kết quả nút mạch chọn lọc gây tắc hoàn toàn động mạch nuôi khối u là 78,3%, gây tắc gần hoàn toàn 21,7%. Thời gian phẫu thuật là $275 \pm 65,9$ phút; thời gian nằm viện sau phẫu thuật $10,5 \pm 1,26$ ngày. **Kết luận:** những bệnh nhân u màng não có tăng sinh mạch được nút mạch chọn lọc có giảm thời gian phẫu thuật và giảm thời gian nằm viện sau phẫu thuật.

Từ khóa: u màng não, tăng sinh mạch, can thiệp nút mạch chọn lọc

SUMMARY

THE STUDY EFFICACY OF SURGERY AFTER EMBOLIZATION TREATMENT IN MENINGIOMAS PATIENTS WITH ENGIOGENESIS

Purpose: The study character of atery feed tumor and efficacy of surgery after embolization treatment in meningiomas patients with engiogenesis.

*Bệnh viện Quân y 103

** Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Xuân

Email: bsxuanhatay@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 23.11.2017

Ngày duyệt bài: 30.11.2017

Methods: The study describe the results intervention in 23 meningiomas patients with engiogenesis that they have been embolization of selection feeding artery 72 hours before surgery. **Results:** Meningiomas patients with engiogenesis had fed from one artery were 86,9% and from over one were 13,1%. The embolism of selection feeding artery blocked completely obstruction were 78.3% and nearly obstruction 21.7%. Surgical resection time $275 \pm 65,9$ minutes and length of hospitalization $10,5 \pm 1,26$ days. **Conclusion:** Meningiomas patients with engiogenesis were embolization of selection treatment had decrease surgical resection time and length of hospitalization.

Key words: meningiomas, engiogenesis, embolization of selection treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U màng não chiếm khoảng 13 – 26% u nội sọ nguyên phát. Tại Mỹ tỷ lệ mới mắc của u màng não có triệu chứng khoảng 2/100000 dân/năm [6]. 90% số u màng não là lành tính, 6% là u màng não không điển hình, 2% là u màng não thoái sản, chỉ có 0,2% u màng não là ác tính [2]. Điều trị cơ bản đối với u màng não gồm phẫu thuật và xạ trị nhằm loại bỏ hoàn toàn khối u.

Kỹ thuật tắc động mạch chọn lọc u màng não trước phẫu thuật lần đầu tiên được thực hiện bởi Manelfe và cộng sự vào năm 1973 [4]. Mục đích của kỹ thuật là hạn chế chảy máu và tạo thuận lợi cho quá trình mổ. Kỹ thuật này đã được thực hiện phổ biến trên thế giới và bắt đầu được thực hiện tại Việt Nam trong một vài năm gần đây. Khoa Đột quy - Bệnh viện quân y 103 đã phối

hợp với Khoa phẫu thuật thần kinh, tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

"Nghiên cứu đặc điểm động mạch nuôi khối u và kết quả phẫu thuật sau nút động mạch chọn lọc ở bệnh nhân u màng não có tăng sinh mạch tại bệnh viện Quân y 103".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

23 bệnh nhân u màng não được nút mạch chọn lọc trước phẫu thuật tại Khoa Đột quỵ và phẫu thuật lấy khối u tại Khoa phẫu thuật thần kinh, Bệnh viện quân y 103 trong thời gian từ tháng 6 năm 2013 đến tháng 12 năm 2016.

2.1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân u màng não, có tăng sinh mạch máu trên MRA, CTA

- Chụp mạch máu não số hóa xóa nền (digital subtraction angiography – DSA) xác định chỉ có nguồn nuôi từ động mạch cảnh ngoài.

- Có chỉ định phẫu thuật trong 72 giờ sau khi được nút mạch.

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật.

- U màng não có nguồn nuôi từ động mạch cảnh trong.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, tiến cứu kết hợp hồi cứu, thu thập dữ liệu tại các thời điểm nhập viện, sau can thiệp nút mạch chọn lọc, sau phẫu thuật và khi bệnh nhân ra viện. Đánh giá các biến chứng gần sau can thiệp và phẫu thuật, tử vong nội viện. Đánh giá ý thức bằng thang điểm Glasgow Coma Scale, đánh giá kết quả chụp DSA và kết quả nút tắc mạch chọn lọc, kết quả ra viện theo mRS.

2.3 . Kỹ thuật chụp động mạch não và tắc mạch chọn lọc trước phẫu thuật

- Đặt ống thông dẫn đường (guiding catheter) chọn lọc vào gốc động mạch cảnh ngoài cấp máu cho khối u (thường sử dụng ống thông cỡ 5F – 6F).

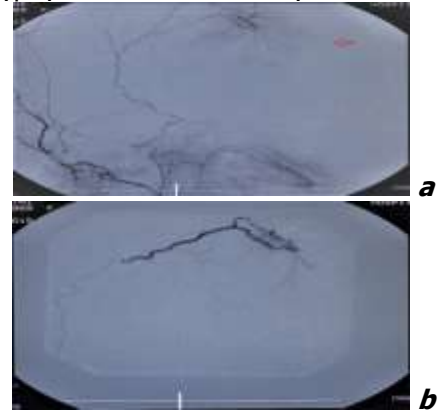
- Đảm bảo luôn có đường truyền áp lực với dịch huyết thanh mặn đẳng trương có pha heparin (nồng độ 10 UI/ml).

- Đưa ống thông siêu nhỏ (microcatheter) dưới sự dẫn đường của dây dẫn siêu nhỏ (microguide) chọn lọc vào nhánh động mạch trực tiếp cấp máu cho khối u màng não.

- Tiến hành chụp siêu chọn lọc các nhánh động mạch để đánh giá về các động mạch cần gây tắc, tránh các vòng nối nguy hiểm.

- Gây tắc mạch qua microcatheter bằng Contuox kích thước 50-150µm hoặc Embozen Microsphere kích thước từ 100 – 200µm.

- Chụp lại kiểm tra sau tắc mạch.



Hình 1: Bệnh nhân Nguyễn Thị T. 26 tuổi, nhập viện tháng 12/2015

Chụp DSA u màng não có nguồn nuôi từ động mạch cảnh ngoài (a), chụp chọn lọc qua microcatheter (b).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm tuổi và giới bệnh nhân nghiên cứu

Nhóm nghiên cứu gồm 17 nữ và 6 nam. Tỷ số nữ/nam là 2,8/1. Tuổi trung bình là $53,4 \pm 8,12$. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 25 và lớn nhất là 63, nhóm tuổi từ 40 – 59 chiếm 55,6%.

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân u màng não có tăng sinh mạch

Triệu chứng	Số lượng (n = 23)	Tỉ lệ %
Đau đầu	17	73,9
Tr/ch thị giác	7	30,4
Rối loạn vận động	9	39,1
Động kinh	4	17,4
Rối loạn ý thức	2	8,7

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau đầu 73,9%, rối loạn vận động nửa người 39,1%, các triệu chứng về thị giác (nhìn đôi, rối loạn thị trường) 30,4% và động kinh 17,4%.

2.3. Hình ảnh trên phim cộng hưởng từ sọ não

Bảng 2: Đặc điểm khối u trên MRI sọ não ở bệnh nhân u màng não có tăng sinh mạch

Đặc điểm	Số lượng (n = 23)	Tỉ lệ %
Chèn ép thần kinh thị và giao thoa thị giác	7	30,4
Phù não quanh u	19	82,6
Kích thước khối u trung bình	$6,3 \pm 2,63$ cm	

2.4. Kết quả chụp và nút tắc mạch trên DSA

Bảng 3: Đặc điểm DSA mạch máu não ở bệnh nhân u màng não có tăng sinh mạch

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ
----------	----------	-------

	(n = 23)	%
Nguồn nuôi từ động mạch thái dương nông	13	56,5
Nguồn nuôi từ động mạch chẩm	7	30,4
Nguồn nuôi từ hệ động mạch cảnh đối diện	0	0
Có trên 1 nguồn nuôi	3	13,1
Tăng sinh mạch	23	100.

100% số bệnh nhân có hình ảnh tăng sinh mạch trên phim chụp DSA, nguồn nuôi từ động mạch thái dương nông chiếm 56,5%, động mạch chẩm 30,4%, có trên 1 nguồn nuôi 13,1% và không có trường hợp nào có nguồn nuôi từ hệ động mạch cảnh đối diện.

Kết quả nút tắc mạch u não: tắc hoàn toàn 18 trường hợp chiếm 78,3%, tắc một phần 5 trường hợp chiếm 21,7%.

2.5. Diễn biến sau phẫu thuật

Bảng 4. Biểu chứng sau can thiệp

Biểu chứng	Số lượng (n = 23)	Tỉ lệ %
Động kinh	7	30,4
Rối loạn ý thức do phù não	3	13,1
Chảy máu trong u	2	8,7
Sốc phản vệ	0	0

Các biểu chứng sau can thiệp nút tắc mạch: động kinh 30,4%, rối loạn ý thức các mức độ do phù não 13,1%, chảy máu trong u 8,7%, không có trường hợp sốc phản vệ hoặc dị ứng sau can thiệp.

2.6. Kết quả sau phẫu thuật

Bảng 5. Kết quả phẫu thuật

Kết quả điều trị	Giá trị trung bình	Đơn vị tính
Lượng máu mất trong phẫu thuật	521 ± 121,6	ml
Lượng máu cần bù trong phẫu thuật	425 ± 157,8	ml
Thời gian phẫu thuật	275 ± 65,9	phút
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật	10,5 ± 1,26	ngày

22/23 bệnh nhân có kết quả tốt khi xuất viện (95,7%), chỉ có 1 trường hợp khi ra viện còn di chứng liệt nửa người. Lượng máu cần bù trong phẫu thuật 425 ± 157,8ml, thời gian phẫu thuật trung bình 275 ± 65,9, số ngày nằm viện sau phẫu thuật 10,5 ± 1,26.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh u màng não: Nữ giới mắc bệnh nhiều hơn nam (tỉ số nữ/nam là 2,8/1), nghiên cứu của Turazzi là 1,5/1, nghiên cứu của Nakamura là 3/1 [5]. Tuổi trung bình là 53,4 ± 8,12.

Đa số u màng não tiến triển âm thầm, không có triệu chứng, chỉ khi khối u đạt được kích thước tương đối, hoặc chèn ép vào các vùng lân cận của não mới gây ra các triệu chứng trên lâm sàng. Trong số bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau đầu 73,9%, rối loạn vận động nửa người 39,1%, các triệu chứng về thị giác (nhìn đôi, rối loạn thị trường) 30,4% và động kinh 17,4%. Trong nghiên cứu của chúng tôi kích thước khối u trung bình 6,3 ± 2,63cm, phù não quanh u là 82,6%, cao hơn so với nghiên cứu của Shih-Yuan A. H. và công sự năm 2016 trên 99 bệnh nhân u màng não với kích thước trung bình là 4,6 ± 1,8cm (nhỏ nhất 1cm, to nhất 9cm), phù não quanh u là 78,1%.

4.2. Kết quả chụp và hiệu quả nút tắc mạch chọn lọc trên DSA

Kết quả chụp DSA mạch máu não: 100% số bệnh nhân có hình ảnh tăng sinh mạch trên phim chụp DSA, nguồn nuôi từ động mạch thái dương nông chiếm 56,5%, động mạch chẩm 30,4%, có trên 1 nguồn nuôi 13,1% và không có trường hợp nào có nguồn nuôi từ hệ động mạch cảnh đối diện. U màng não rất giàu tế bào xơ, có nhiều tân mạch, các nguồn nuôi thường giãn để cung cấp huyết động. Mục đích của phương pháp nút mạch trước mổ làm tắc mạch máu đến nuôi u. Phương pháp này có ưu điểm: nghiền mạch gây thiếu máu cục bộ, cắt nguồn dinh dưỡng và oxy của u, vật liệu nút mạch tập trung cao ở mô u. Khối u lúc đầu thiếu máu, hoại tử, sau đó u mềm tạo điều kiện cho phẫu thuật dễ dàng.

Nút mạch trước mổ làm giảm lượng máu tới u, làm khối u hoại tử, khối u mềm ra, thời gian phẫu thuật được rút ngắn. Hình ảnh mất khối tăng sinh mạch là một tiêu chuẩn đánh giá hiệu quả của phương pháp nút mạch trước mổ. Do đặc điểm động mạch cảnh ngoài có các nhánh nhỏ, các nhánh này đường đi vòng vèo, đặt catheter khó, do vậy phải đi bằng microcatheter. Khó khăn trong quá trình can thiệp là nhánh nuôi u màng não từ động mạch cảnh ngoài rất nhỏ, uốn khúc, đường đi thay đổi đột ngột nên không thể định hướng đặt microcatheter vào trực tiếp khối u, hơn nữa khối u màng não thường có rất nhiều cuống nuôi. Đối với những trường hợp được nuôi bởi một cuống và cuống giãn to thì hiệu quả là tắc hoàn toàn, mất hình ảnh tăng sinh mạch sau chụp DSA. Còn đối với những trường hợp được nuôi bởi nhiều cuống mạch, các cuống mạch nhỏ, thậm trí như đám mao mạch thì hiệu quả nút mạch thấp, do không có đường vào catheter, chỉ nút tắc được một phần khối u.

Các biến chứng sau can thiệp nút tắc mạch: động kinh 30,4%, rối loạn ý thức các mức độ do phù não 13,1%, chảy máu trong u 8,7%, không có trường hợp sốc phản vệ hoặc dị ứng sau can thiệp. Các biến chứng xảy ra nguyên nhân là do sau tắc mạch, khối u bị phù nề, hoại tử và giải phóng các chất trung gian hóa học. Những biến chứng trên cần được theo dõi sát và xử trí trong thời gian chờ phẫu thuật. Đối với những trường hợp động kinh sau can thiệp, chúng tôi kiểm soát bằng diazepam đường tĩnh mạch, kết hợp với tăng thông khí. Có 2 trường hợp rối loạn ý thức mức độ nặng do phù não lớn, kết hợp với chảy máu trong u, phải tiến hành phẫu thuật cấp cứu.

4.3. Kết quả sau điều trị phẫu thuật: 22/23 bệnh nhân có kết quả tốt khi xuất viện (95,7%), chỉ có 1 trường hợp khi ra viện còn di chứng liệt nửa người. Đây là trường hợp bệnh nhân có khối u với kích thước lớn nhất trong nghiên cứu (8,6 centimet), trước điều trị đã có triệu chứng rối loạn vận động nửa người, sau nút tắc mạch có biểu hiện rối loạn ý thức nặng do phù não lớn phải tiến hành phẫu thuật cấp cứu. Lượng máu cần bù trong phẫu thuật $425 \pm 157,8\text{ml}$, thời gian phẫu thuật trung bình $275 \pm 65,9$ số ngày nằm viện sau phẫu thuật $10,5 \pm 1,26$. Theo Bruce L. Dean nghiên cứu trên 33 trường hợp nút mạch chọn lọc u màng não trước phẫu thuật, lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật là 533ml , lượng máu phải truyền trung bình sau phẫu thuật là $0,39$ đơn vị, thời gian phẫu thuật là $305,8$ phút và số ngày nằm viện điều trị trung bình là $10,6$ [3]. Trong nghiên cứu của Shih-Yuan Hsu và cộng sự khi phẫu thuật 99 bệnh nhân u màng não có kết quả lượng máu mất trong phẫu thuật trung bình là 807ml , thời gian phẫu thuật trung bình là 576 phút, ngày điều trị trung bình là $19,6$ ngày [7]. Các nhà phẫu thuật đều cho rằng nút mạch trước phẫu thuật trong u màng não giúp hạn chế nguy cơ chảy máu trong và sau phẫu thuật là yếu tố quyết định cho thành công cuộc phẫu thuật.

Lưu ý cần phẫu thuật trong vòng 72 giờ sau nút mạch, không được trì hoãn quá 72 giờ vì nguy cơ hoại tử khối u gây phù não. Nếu sau nút mạch mà ý thức bệnh nhân xấu nhanh thì cần phẫu thuật khẩn cấp, nếu chậm trễ có thể ảnh hưởng đến tính mạng bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân u màng não có tăng sinh mạch có nguồn nuôi từ một động mạch chiếm chủ yếu là 86,9% (động mạch thái dương nông là 56,5%; động mạch chẩm là 30,4%); có trên một nguồn nuôi là 13,1%.

- Bệnh nhân u màng não có tăng sinh mạch được nút mạch chọn lọc, kết quả gây tắc hoàn toàn động mạch nuôi khối u là 78,3%, gây tắc gần hoàn toàn 21,7%.

- Bệnh nhân u màng não có tăng sinh mạch được nút mạch chọn lọc trước phẫu thuật 72 giờ, kết quả trong phẫu thuật lượng máu mất trung bình là $521 \pm 121,6\text{ml}$; lượng máu cần bù trong phẫu thuật là $425 \pm 157,6\text{ml}$; thời gian phẫu thuật là $275 \pm 65,9$ phút; thời gian nằm viện sau phẫu thuật $10,5 \pm 1,26$ ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Tấn (2011), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học u màng não vùng rãnh khú", *Thời sự y học*. 67, tr. 7-10.
2. Bateman B. T., Lin E., Pile-Spellman J. (2005), "Definitive Embolization of Meningiomas: A Review", *Interventional Neuroradiology*. 11(2), tr. 179-188.
3. Dean B. L., Flom R. A., Wallace R. C., Khayata M. H., Obuchowski N. A., Hodak J. A., Zabramski J. M., Spetzler R. F. (1994), "Efficacy of endovascular treatment of meningiomas: evaluation with matched samples", *AJNR Am J Neuroradiol*. 15(9), tr. 1675-80.
4. Manelfe C., Djindjian R., Picard L. (1976), "Embolization by femoral catheterization of tumors supplied by the external carotid artery. 40 cases", *Acta Radiol Suppl*. 347, tr. 175-86.
5. Nakamura M., Struck M., Roser F., Vorkapic P., Samii M. (2007), "Olfactory groove meningiomas: clinical outcome and recurrence rates after tumor removal through the frontolateral and bifrontal approach", *Neurosurgery*. 60(5), tr. 844-52; discussion 844-52.
6. Radhakrishnan K., Mokri B., Parisi J. E., O'Fallon W. M., Sunkin J., Kurland L. T. (1995), "The trends in incidence of primary brain tumors in the population of Rochester, Minnesota", *Ann Neurol*. 37(1), tr. 67-73.
7. Shih-Yuan A. H., Yu-Hua A. H. (2016), "Characterization and prognostic implications of significant blood loss during intracranial meningioma surgery", *J Translational Cancer Research*. 5(6), tr. 797-804.

MỘT SỐ TÁC DỤNG PHỤ VÀ SỰ CHẤP NHẬN CỦA PHỤ NỮ SỬ DỤNG MIFEPRISTONE PHỐI HỢP MISOPROSTOL ĐỂ KẾT THÚC THAI NGHÉN TỪ 10 ĐẾN 20 TUẦN TUỔI

TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Vũ Văn Khanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số tác dụng phụ và sự chấp nhận của phụ nữ sử dụng mifepristone phối hợp với misoprostol để kết thúc thai nghén từ 10 đến 20 tuần tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang 230 phụ nữ có thai từ 10 đến 20 tuần xin phá thai. **Kết quả:** tuổi thai trung bình của nghiên cứu $14,58 \pm 2,85$ tuần; có 22,17% số phụ nữ cảm nhận là đau nhiều, tác dụng phụ khác: sốt 63,04%, ớn lạnh và rét run 68,7%, tiêu chảy 19,13%, nôn, buồn nôn 20,87%; Phụ nữ cảm thấy chấp nhận được các tác dụng phụ là 98,26%; 100% các phụ nữ tham gia phá thai hài lòng và rất hài lòng về phương pháp này. **Kết luận:** phương pháp sử dụng mifepristone phối hợp với misoprostol để phá thai có một số tác dụng phụ tuy nhiên các tác dụng phụ này dễ xử trí và được bệnh nhân chấp nhận.

Từ khóa: misoprostol, mifepristone, phá thai, tác dụng phụ

SUMMARY

SOME SIDE EFFECTS AND ACCEPTABILITY OF WOMEN USING MIFEPRISTONE COMBINATION WITH MISOPROSTOL TO TERMINATE PREGNANCY FROM 10 TO 20 WEEKS OF AGE AT THE NATIONAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: Comment on some of the side effects and acceptability of women using mifepristone combination with misoprostol to terminate pregnancy from 10 to 20 weeks of age. **Subjects and methods of study:** Cross-sectional description of 230 pregnant women from 10 to 20 weeks for abortion. **Results:** The mean gestational age of the study was 14.58 ± 2.85 weeks; 22.17% of the women felt severe pain, other side effects were fever 63.04%, shivering & chills 68.7%, diarrhea 19.13%, nausea & vomiting 20.87%; Women, who felt acceptable side effects were 98.26%; 100% of the women involved in abortion are satisfied and very satisfied with this method. **Conclusion:** The method of using mifepristone in combination with misoprostol for abortion has some side effects but these side effects are easy to manage and acceptable to the patient.

Key words: misoprostol, mifepristone, abortion, side effect

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây tỷ lệ phá thai ở Việt Nam tiếp tục tăng cao. Nhu cầu được phá

thai ngoài ý muốn, hoặc thai có bất thường hiện đang còn rất cao. Có nhiều phương pháp phá thai từ 6 đến hết 22 tuần đã được áp dụng. Các nghiên cứu chỉ ra phác đồ mifepristone (MFP) kết hợp với misoprostol (MSP) cho thấy hiệu quả vượt trội so với phác đồ misoprostol đơn thuần trong phá thai [1]. Như vậy tuổi thai từ tuần thứ 10 đến hết 12 tuần, hiện nay Việt Nam chưa có phác đồ phá thai nội khoa nào hiệu quả được áp dụng. Trên thực tế, có khá nhiều phụ nữ muốn được dùng thuốc để kết thúc thai nghén ở tuổi thai này. Tuy nhiên có những phác đồ mang lại hiệu quả cao nhưng lại có nhiều tác dụng phụ mà người phụ nữ không chấp nhận được nên họ không chấp nhận phương pháp phá thai bằng thuốc. Để chứng minh tính ưu việt của phác đồ phá thai bằng thuốc sử dụng MFP phối hợp với MSP để kết thúc thai nghén, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Một số tác dụng phụ và sự chấp nhận của phụ nữ sử dụng mifepristone phối hợp với misoprostol để kết thúc thai nghén từ 10 đến 20 tuần tuổi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương." với mục tiêu sau: Nhận xét một số tác dụng phụ và sự chấp nhận của phụ nữ sử dụng mifepristone phối hợp với misoprostol để kết thúc thai nghén từ 10 đến 20 tuần tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Từ tháng 08/2015 đến hết tháng 09/2016

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

3.2. Đối tượng tham gia nghiên cứu (khách hàng): 230 bệnh nhân có thai từ 10 đến 20 tuần tuổi muốn phá thai và lựa chọn phá thai bằng thuốc MFP kết hợp MSP, thỏa mãn các điều kiện tham gia nghiên cứu.

3.3. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi thai

Bảng 3.1. Tuổi thai của đối tượng nghiên cứu.

Tuổi thai	n	%
10 - 12	60	26,09
13 - 16	105	45,65
17 - 20	65	28,26
Tổng số	230	100
$\bar{X} \pm SD$	$14,58 \pm 2,85$	

Nhận xét: nhóm tuổi thai 10 - 12 tuần chiếm 26,09%.

3.2. Tác dụng phụ

*Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Khanh

Email: bskhanh77@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 23.11.2017

Ngày duyệt bài: 29.11.2017

Bảng 3.2. Mức độ đau của sản phụ

Mức độ đau(điểm)	n	%
Không đau (1 – 2)	3	1,30
Đau ít (3 – 4)	60	26,09
Đau vừa (5 – 7)	116	50,43
Đau nhiều (≥ 8)	51	22,17
Tổng số	230	100

Nhận xét: chỉ có 22,17% số phụ nữ cảm nhận là đau nhiều

Bảng 3.3. Tác dụng phụ khác

Tác dụng phụ	n/N	%
Tiêu chảy	44	19,13
Buồn nôn, nôn	48	20,87
Ớn lạnh, rét run	158	68,70
Đau đầu	20	8,70
Mẩn ngứa, phát ban	4	1,74
Sốt $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$	145	63,04
Chóng mặt	21	9,13

Nhận xét: sốt và rét run là tác dụng phụ hay gặp nhất, sốt cao nhất tới 40°C .

3.4. Độ chấp nhận

Bảng 3.4. Đánh giá mức độ chấp nhận tác dụng phụ

Mức độ chấp nhận	n	%
Ít hơn mong đợi	134	58,26
Như mong đợi	92	40,00
Nhiều hơn mong đợi	4	1,74
Tổng số	230	100

Nhận xét: có trên 98% phụ nữ dễ dàng chấp nhận các tác dụng phụ

3.5. Mức độ hài lòng

Bảng 3.5. Mức độ hài lòng

Mức độ hài lòng	n	%
Rất hài lòng	113	49,13
Hài lòng	117	50,87
Không hài lòng	0	0
Tổng số	230	100

Nhận xét: 100% phụ nữ hài lòng và rất hài lòng về phương pháp phá thai

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi thai: Theo kết quả tại bảng 3.1 nhóm tuổi thai từ 10 – 12 tuần chiếm tỷ lệ 26,09%; nhóm tuổi thai từ 13 – 16 tuần chiếm tỷ lệ 45,65%; và nhóm tuổi thai từ 17 – 20 tuần chiếm tỷ lệ 28,26%. Tuổi thai trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $14,58 \pm 2,85$ tuần, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Hamoda và cs (2005) cho các thai phụ phá thai 13 – 20 tuần thì tuổi thai trung bình là 14,6 tuần[2]. Kết quả này thấp hơn một số các nghiên cứu khác do chúng tôi lấy nhóm đối tượng nghiên cứu có tuổi thai từ 10 tuần: nghiên cứu của Garwal. N và cs (2014) cho các thai phụ phá thai 13 – 20 tuần thì tuổi thai trung bình là

15,9 tuần; Madhuri. N và cs (2016) cho các thai phụ phá thai 13 – 20 tuần thì tuổi thai trung bình là 16,5 tuần [3].

4.3. Mức độ đau: Trong phá thai nội khoa thì đau bụng do cơn cơ tử cung gây ra là cần thiết vì có cơn cơ tử cung mới gây ra xóa mở cổ tử cung và tổng xuất thai ra khỏi buồng tử cung. Theo bảng 3.2 số khách hàng cảm thấy không đau là 1,3%, đau nhưng vẫn chịu được chiếm 76,52%, có tới 22,17% số bệnh nhân cảm thấy đau nhiều. Kết quả này cao hơn các nghiên cứu khác: theo Nguyễn Huy Bạo (2005) số bệnh nhân đau bụng nhiều chiếm 9,25%[4]. Điều này có thể do liều misoprostol của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu khác (800mcg so với 400mcg). Tuy nhiên những trường hợp đau bụng nhiều có nguyên vọng giảm đau theo các tài liệu thì có thể dung thuốc giảm đau kháng viêm non-steroid, ở đây chúng tôi chỉ cần dùng paracetamol 0,5g x 02 viên mang lại hiệu quả cao.

4.3. Tác dụng phụ khác: Theo bảng 4.3 bệnh nhân ớn lạnh rét run chiếm 68,7% và sốt $> 37,5^{\circ}\text{C}$ chiếm 60,04%, sốt cao nhất lên tới 40°C , kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Hương tỷ lệ này chỉ 46,15% và sốt cao nhất là $38,7^{\circ}\text{C}$ vì liều misoprostol chúng tôi dùng ban đầu cao gấp 2 lần so với nghiên cứu của tác giả[1]. Tuy vậy trong nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ cần dùng paracetamol 0,5g x 02 viên để hạ sốt, có thể lặp lại sau 4 giờ mang lại hiệu quả.

Tác dụng phụ tiếp theo là tiêu chảy, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ này chỉ có 19,13% tương đương với nghiên cứu của Deepika Nautiyal (2014) là 22%, tuy nhiên thấp hơn nhiều so với Nguyễn Thị Lan Hương là 38,85%, theo Carbonell đã nhận thấy tiêu chảy là tác dụng phụ chủ yếu của misoprostol, chiếm tỷ lệ từ 50% đến 70% phụ nữ phá thai bằng misoprostol đơn thuần. Các tác dụng phụ khác bao gồm: nôn, buồn nôn, sốt, ớn lạnh và đau đầu. Các tác dụng phụ này thường nhẹ, không kéo dài và nói chung không cần điều trị[5]. Tác dụng phụ tiếp theo là nôn và buồn nôn chiếm 20,87% tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Hương 20,85%. Đau đầu, chóng mặt chiếm 8,7% và 9,13%, các tác dụng phụ khác chiếm tỷ lệ rất thấp và không cần điều trị gì.

4.5. Độ chấp nhận tác dụng phụ: Theo bảng 4.4 có tới 58,26% số phụ nữ thấy các tác dụng phụ ít hơn mong muốn và có 40 % thấy các tác dụng phụ như mong đợi, có 1,74% số phụ nữ thấy tác dụng phụ nhiều hơn mong muốn tuy nhiên vẫn chấp nhận được. Kết quả này tương đương với một số nghiên cứu khác:

Nguyễn Thị Lan Hương, Nguyễn Thị Như Ngọc, Dickinson...

4.6. Mức độ hài lòng: Theo bảng 3.5 có tới 49,13% số phụ nữ rất hài lòng và 50,87% phụ nữ tham gia nghiên cứu hài lòng với phương pháp phá thai nội khoa này vì họ cho rằng phương pháp này hiệu quả, an toàn cao, thời gian phá thai nhanh, và mang tính nhân văn hơn do thai nhi sảy ra vẫn còn nguyên vẹn. Kết quả này của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Hương (93,46%), Dickinson 86%[6], và Hamoda 80,6%.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp sử dụng mifepristone phối hợp với misoprostol để phá thai có một số tác dụng phụ tuy nhiên các tác dụng phụ này dễ xử trí và được bệnh nhân chấp nhận:

- Có 22,17% số phụ nữ cảm nhận là đau nhiều, tác dụng phụ khác: sốt 63,04%, ớn lạnh và rét run 68,7%, tiêu chảy 19,13%, nôn, buồn nôn 20,87

- Phụ nữ cảm thấy chấp nhận được các tác dụng phụ là 98,26%

- 100% các phụ nữ tham gia phá thai hài lòng và rất hài lòng về phương pháp này

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Lan Hương (2011), "Nghiên cứu hiệu quả phá thai từ 13 đến 22 tuần của misoprostol đơn thuần và mifepristone kết hợp misoprostol". Luận án tiến sĩ y học - Trường Đại Học Y Hà Nội
2. Hamoda et al. (2005), "A randomized trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion at 13-20 weeks gestation." Human Reproduction 20.8: 2348-2354
3. Madhuri, N., G. Veena, and G. Manjunath (2016), "Randomised comparison of oral and vaginal misoprostol when combined with mifepristone for termination of second trimester pregnancy". International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology, 2016. 5(2): p. 509-513
4. Nguyễn Huy Bạo (2010), "Đánh giá hiệu quả, tác dụng phụ và tính an toàn của việc sử dụng Misoprostol trong phá thai 3 tháng giữa". Luận án tiến sĩ y học - Trường Đại Học Y Hà Nội.
5. Carbonell J, et al. (2001) "Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents." The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care 6.1 (2001): 39-45.
6. Dickinson, J.E., B.G. Jennings, and D.A. Doherty (2014), "Mifepristone and oral, vaginal, or sublingual misoprostol for second-trimester abortion: a randomized controlled trial", Obstetrics & Gynecology, 2014. 123(6): p. 1162-1168.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TRÊN 38 TRƯỜNG HỢP CẮT U TUYẾN THƯỢNG THẬN NỘI SOI QUA ĐƯỜNG TRONG PHÚC MẠC TẠI KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Hiếu Học*, Trần Mạnh Hùng*, Trần Vinh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả và rút ra các kinh nghiệm về phẫu thuật cắt u tuyến thượng thận (UTTT) nội soi. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả hồi cứu 38 BN được mổ cắt UTTT nội soi tại khoa ngoại BV BM. **Kết quả:** tỷ lệ nam/nữ là 17/21. Độ tuổi trung bình 47,18 (17-72). Số u được cắt bên phải 25 bên trái 14 trong đó 1 trường hợp (TH) cắt 2 bên. Kích thước trung bình 6,1 cm. Tai biến chảy máu 1 TH (2,63%). Chuyển mổ mở 1 TH (2,63%). **Kết luận:** kết quả tốt 80%, tai biến, biến chứng 1 TH (2,630%). Đây là phẫu thuật khó, cần có sự phối hợp điều trị giữa nội tiết và gây mê hồi sức tốt nhằm giảm tỷ lệ biến chứng trong và sau mổ.

*Bệnh viện Bạch mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hiếu Học

Email: hieuhoc135@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2017

Ngày duyệt bài: 30.11.2017

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, u tuyến thượng thận.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF 38 CASES INTRAPERITONEAL LAPAROSCOPIC ADENAL TOMORECTOMY AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: This study aimed to evaluate the results and draw on the experience of endoscopic adenomas: **Materials and methods:** Retrospective study of 38 patients undergoing endoscopic surgical. **Results:** male / female ratio is 17/21. The average age was 47.18 (17-72). The tumor was cut to the right of the left 14 in which one case was laterally cut. The average size of tumor is 6.1 cm. Acute 1 case (2.63%) of bleeding in surgery. 1 case open surgery (2.63%). **Conclusion:** good results 80%, complications 1 case (2.630%). This is a difficult procedure, requiring a combination of endocrine treatment and anesthesia to reduce the incidence of complications during and after surgery.

Keywords: laparoscopy; adrenalectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến thượng thận (UTTT) khá đa dạng và có nhiều biểu hiện lâm sàng khác nhau, việc chẩn đoán và điều trị cũng rất phức tạp bởi nó còn tùy thuộc vào điểm xuất phát: u phần tủy hoặc u phần vỏ. U phần tủy: Pheochromocytomas loại u này rất ít khi ác tính. Các u của phần vỏ có hai loại: u mang tính chất nội tiết và u phi nội tiết, gây nên: hội chứng Cushing, hội chứng Conn...

U TTT khi có chẩn đoán xác định thì có chỉ định phẫu thuật, có thể mổ mở hoặc nội soi. Đường vào có thể đi trong hay đi ngoài phúc mạc phụ thuộc vào những điều kiện, kích thước của khối u và chỉ định khác nhau trên từng bệnh nhân.

Phẫu thuật mổ mở được S Roux và Mayo thực hiện đầu tiên vào năm 1926. Tháng 1 năm 1992 Go và cộng sự lần đầu tiên thực hiện thành công phẫu thuật nội soi trong ổ bụng cắt UTTT dạng adenoma, sau đó Suzuki mổ thành công cho trường hợp BN pheochromocytoma. Năm 1992 tác giả Gagner M là người đầu tiên báo cáo về 2 trường hợp phẫu thuật cắt UTTT qua nội soi ổ bụng (NSOB) (hội chứng Cushing và Pheochromocytom), sau đó phẫu thuật này được phát triển nhiều nơi trên Thế giới. Tại Việt Nam năm 1998 Trần Bình Giang là người áp dụng đầu tiên thành công phẫu thuật này tại BV Việt Đức. Đến nay phẫu thuật này cũng đã được thực hiện ở một số trung tâm Ngoại khoa khác.

Tại khoa ngoại BV Bạch mai chúng tôi áp dụng phẫu thuật này từ 2004, tuy vậy số lượng những năm đầu còn hạn chế và chưa liên tục. Trong những năm gần đây thì số lượng bệnh nhân đã được tăng lên và thường xuyên hơn. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả và rút ra các kinh nghiệm về phẫu thuật cắt UTTT nội soi qua điều kiện thực tế tại khoa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Nội dung nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu 38 trường hợp (TH) được chẩn đoán xác định có U TTT được cắt nội soi qua đường trong phúc mạc. Chúng tôi ghi nhận các biến số theo một mẫu thống nhất: tuổi, giới, kích thước u, loại u, thời gian mổ, các tai biến và các biến chứng, thời gian nằm viện tại khoa ngoại. Nhận xét ưu khuyết điểm của phương pháp phẫu thuật này

2.2. Phương pháp phẫu thuật: Theo một quy trình cắt nội soi trong phúc mạc. Bệnh nhân (BN) được chuẩn bị mổ theo lịch, mọi thông số

xét nghiệm được Khoa nội tiết điều chỉnh, thống nhất chỉ định phẫu thuật và phối hợp theo dõi điều trị sau mổ.

Quy trình phẫu thuật: Tư thế nằm nghiêng bên đối diện có u với góc 60-80^o góc này có thể điều chỉnh quay bàn tùy thuộc vào lúc mổ, có độn dưới và bẻ bàn mổ để đưa vùng mổ lên cao hơn. Phẫu thuật viên và phụ đứng cùng bên, phía bụng BN, dụng cụ viên đứng phía dưới đối diện. Màn hình chính đặt đối diện phẫu thuật viên, màn hình phụ đặt chếch đối diện màn hình chính. Vị trí trocar: một trocar 10mm đặt ngang rốn trên đường rạch giữa cho optic nghiêng 30^o (gần đây chúng tôi dùng optic điều chỉnh góc theo ý muốn). Trocar này đặt theo phương pháp nội soi mở, khâu cố định trocar, bơm CO₂ với áp lực 12-14 mmHg. Hai trocar 5mm đặt dưới sườn với khoảng cách đủ thao tác.

Bên phải: Thường được sử dụng 4 trocar. Hạ đáy dây chằng tam giác phải, nâng gan bằng que vét quạt qua trocar 12 mm ở mũi ức. Mở phúc mạc bờ trên thận phải, đi dọc lên 5 cm theo bờ phải của tĩnh mạch chủ dưới (TMCD), cặp Hemoclock tĩnh mạch thượng thận chính (TMTTC), tiếp đó phẫu tích cặp clip cuống mạch dưới, giữa và giải phóng khối u, đốt điện cầm máu bình diện cắt, dùng meche thấm khô, rút meche, đặt dẫn lưu. Lấy khối u qua túi nilon. Đóng các lỗ trocar. Đặt dẫn lưu khi cần.

Bên trái: Cắt phúc mạc, hạ góc đại tràng góc lách cho phẫu trường rộng thêm, mở phúc mạc cực trên thận trái, phẫu tích dọc lên sát thành bụng bên ở bờ ngoài khối u tới nhánh gần của động mạch lách vào phình vị lớn dạ dày, lúc này lách, đuôi tụy sẽ di động xuống dưới làm lộ rõ tuyến thượng thận trái. Trong trường hợp cuống lách ít di động, u to thì đặt thêm trocar dùng que quạt để vén lách xuống dưới và sang bên. Xác định tĩnh mạch thận trái. TMTTC được cặp lại bằng Hemolock, sau đó kiểm soát hai cuống mạch còn lại và giải phóng u. Quy trình còn lại thực hiện như bên phải.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 2015 đến 2017 đến chúng tôi đã thực hiện cắt 39 khối u TTT trên 38 BN, với những kết quả sau:

3.1. Bảng 1 đặc điểm chung:

Giới tính		Tuổi	Bên có u		Kích thước
Nam	Nữ	47,18 (17-72)	Phải	Trái	6,1 cm (3-9)
17	21		25	14	

Nhận xét: độ tuổi trung bình là 47,18. Kích thước u trung bình là 6,1cm.

3.2. Bảng 2 phân loại u:

Loại u	n	%
Pheochromocytome	15	38,46
Carcinome	6	15,38
Myelolipome	1	2,55
U lành tiết cortisol	5	12,83
U không bài tiết	4	10,25
Nang	8	20,52
Tổng	39	100

Nhận xét: tỷ lệ pheochromocytome chiếm 38,46 %, nang chiếm 20,52%



Hình 1: U tuyến thượng thận

3.3. Bảng 3 tai biến trong mổ:

Tai biến	n	%
Chảy máu	1	2,63
Thương tổn lách	1	2,63
Thương tổn gan	0	0
Thương tổn túi mật	0	0
Thương tổn đại tràng	0	0
Cơ cao HA kịch phát	3	7,89
Chuyển mổ mở	1	2,63

Nhận xét: tỷ lệ chảy máu chuyển mổ mở 2,63 %.

3.4. Thời gian phẫu thuật: thời gian đầu chúng tôi lựa chọn những BN không béo, có khối u kích thước nhỏ $\leq 3-4$ cm, khi đã thành thạo chúng tôi mở rộng chỉ định cho những khối u có kích thước đến 7-9 cm. Thời gian mổ trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là $98,5 \pm 42,5$ phút. Thời gian mổ bên phải thường lâu hơn bên trái nhưng không có ý nghĩa thống kê.



Hình 2: Phẫu tích TM TTT



Hình 3: Phẫu tích vỏ U TTT

3.5. Số trocar: Bên phải 4 trocar. Một trocar để vén gan. Bên trái sử dụng thường quy 3 trocar: trong đó có: 5 trường hợp có chảy máu nhiều hơn khi phẫu tích, u to 2, dính 3. Lượng máu mất trung bình 100-120ml, không có trường hợp nào cần phải truyền máu trong và sau mổ.

3.6. Thời gian điều trị sau mổ: thời gian điều trị của BN chúng tôi chỉ tính thời gian tại khoa Ngoại vì sau đó chúng tôi chuyển BN lên Khoa nội tiết để theo dõi tiếp cả các giai đoạn về sau. Những BN có biến chứng nặng như: trong mổ có cơn cao HA kịch phát, viêm phổi chúng tôi chuyển khoa Điều trị tích cực, khi ổn định, rút dẫn lưu chuyển khoa Nội tiết 3 TH. Thời gian trung bình của BN nằm tại khoa Ngoại là 3,6 ngày (2-7 ngày).

3.7. Biến chứng sau mổ: Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ chúng tôi gặp 1TH trong trường hợp phải chuyển mổ mở do chảy máu. Nhiễm trùng nhẹ chân trocar 5 trường hợp do thời gian mổ lâu, tỷ lệ đè nhiều nên sau mổ nề và tấy đỏ, loét xung quanh. 3 trường hợp viêm phổi do ứ đọng đờm rãi sau mổ. 3 trường hợp có cơn cao HA kịch phát sau mổ HA giao động khó kiểm soát chúng tôi chuyển Khoa Điều trị tích cực. Các trường hợp có dẫn lưu đều rút sau 48h khi không có chảy dịch. Không có trường hợp nào chảy máu sau mổ, không có apxe tồn dư và những biến chứng nặng khác.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thời gian phẫu thuật: Đây cũng là một vấn đề quan trọng đối với kết quả điều trị vì nếu kéo dài sẽ ảnh hưởng nhiều đến các nguy cơ của gây mê hồi sức trong và sau mổ, ảnh hưởng đến những yếu tố của áp lực ổ bụng, khí CO₂. Theo chúng tôi thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào: kinh nghiệm và sự thành thạo của từng nhóm phẫu thuật viên. Thể trạng của bệnh nhân: Những BN béo có lớp mỡ quanh tuyến dày, thường che lấp khối u, bóc tách khó và dễ chảy máu. Phẫu thuật cắt u TTT bên phải khó hơn vì vướng gan, bộc lộ TMTTC khó hơn do sát TMCD. Kích thước khối u: nếu ≥ 5 cm thì sự dính của u, sự chèn ép xung quang làm khó quá trình giải phóng và phẫu tích cầm máu. Bản chất khối u:

Các khối u có chế tiết vì giải phóng hormone trong quá trình mổ nên có nguy cơ cao gây ra sự rối loạn huyết động trong và sau mổ. Ngoài ra còn phụ thuộc vào trạng thiết bị phòng mổ có đồng bộ hay không. Thời gian đầu vì chưa có nhiều kinh nghiệm, chúng tôi lựa chọn những BN không béo, có khối u kích thước nhỏ $\leq 3-4$ cm, khi đã thành thạo chúng tôi mở rộng chỉ định cho những khối u có kích thước lớn hơn đến 10cm. Thời gian mổ trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là $98,5 \pm 42,5$ phút. Theo các báo cáo trong y văn: Gagner M đã ghi nhận trong 112 TH cắt u qua NSOB có thời gian trung bình là 123 phút. Trần Ngọc Sinh có thời gian mổ trung bình là: $111 \pm 45,4$ phút (35-240), Các tác giả có những thông báo khác nhau về thời gian phẫu thuật vì thói quen kinh nghiệm, điều kiện, phương tiện thực hiện phẫu thuật. Các nhà tiết niệu thì chuộng đi đường sau phúc mạc vì ngại làm tổn thương các cơ quan trong ổ bụng, các nhà ngoại khoa tổng quát thì thích đi qua đường trong phúc mạc vì đã quen với phẫu thuật nội soi ổ bụng (NSOB) [5], [2], [1], [3].

4.2. Sự lựa chọn u: Để đạt được tỷ lệ thành công của phẫu thuật cao, việc lựa chọn kích thước khối u trước mổ trên siêu âm cũng như trên CT ổ bụng là một yêu cầu tiên quyết bởi vị trí giải phẫu tuyến thượng thận nằm sau phúc mạc, cực trên thận. Bên trái phía trước có lách, bên phải có gan, tá tràng, túi mật là những cơ quan dễ bị thương tổn khi phẫu tích, nhất là khi sử dụng dao điện đơn cực. Và những cơ quan này làm cho phẫu trường bị hẹp lại, cản trở thao tác khi phẫu tích. Nên những trường hợp u to thì rất khó trong quá trình thao tác cắt u. U TTT thường có rối loạn chế tiết nội tiết tố nên đôi khi tác động vào tuyến vỏ bào dễ gây ra hiện tượng tăng bài tiết hormone có thể dẫn đến tai biến nguy hiểm như cơn cao huyết áp cực phát. Theo Kwon SY một trong những yếu tố gây nên cơn tăng huyết áp đột biến trong mổ thường xảy ra ở những trường hợp UTT là pheochromocytoma có kích thước lớn. Từ những thực tế trên, do kinh nghiệm chưa nhiều nên thời gian đầu chúng tôi lựa chọn phẫu thuật đối với những trường hợp khối u có kích thước nhỏ ≤ 6 cm, u TTT một bên, có hoặc không có tiết chế, không có biểu hiện ác tính trên lâm sàng, xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh.

Gagner M với kinh nghiệm của mình tác giả phẫu thuật cho cả các trường hợp khối u có kích thước 15 cm. Trần Ngọc Sinh lựa chọn những khối u có kích thước trung bình là: $4,2 \pm 1,8$

(1,05-9 cm). Trần Bình Giang trong phẫu thuật nội soi một lỗ tác giả lựa chọn các khối u có kích thước nhỏ hơn 6cm. Vũ Lê Chuyên ghi nhận: với nhóm mổ nội soi có kích thước $46,58 \pm 17,44$ mm, nhóm mổ mở có kích thước $51,57 \pm 17,96$ mm [5], [2], [1].

Về vấn đề cắt chọn lọc u TTT: Các tác giả thông báo trên các nghiên cứu cho rằng có thể cắt chọn lọc một bên hoặc hai bên hoặc cắt chọn lọc một bên và cắt toàn bộ tuyến một bên. Chỉ định cho các trường hợp này cũng cần phải cân nhắc kỹ trước mổ nhất là với các u TTT không có yếu tố gia đình. Việc xác định ranh giới u để xác định vùng cắt tránh nguy cơ tái phát sau mổ. Vấn đề bảo tồn TMTTC, đảm bảo nuôi dưỡng, chức năng phần tuyến còn lại. Theo nghiên cứu của Đỗ Trường Thành thì tỷ lệ cắt u chọn lọc chỉ chiếm 11,8% ...[3]. Trong nghiên cứu chúng tôi mới cắt 5 TH đơn thuần là nang TTT vì chưa có nhiều kinh nghiệm, khó xác định tính chất của u, phương tiện cầm máu còn thiếu như: dao siêu âm, keo fibrin nên chưa mạnh dạn thực hiện.

Qua tài liệu nghiên cứu chúng tôi thấy phần lớn các tác giả có quan điểm: chống chỉ định phẫu thuật nội soi với các trường hợp u vỏ thượng thận xâm lấn vì đòi hỏi phải cắt rộng rãi cả khối gồm: thận, tổ chức mỡ quanh thận, lách, đuôi tụy (bên trái) hạch bạch huyết bằng phẫu thuật mổ mở. Các u tùy thượng thận ác tính nhiều vị trí hay có các hạch di căn, các u có kích thước > 10 cm [3],[6].

4.3. Sự lựa chọn đường mổ: Hiện tại có bốn đường vào để cắt u TTT nội soi: đường vào trong phúc mạc trước, trong phúc mạc bên, sau phúc mạc bên và sau phúc mạc sau. Trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ đánh giá kết quả của 38 trường hợp mổ cắt u TTT nội soi qua đường trong phúc mạc bên, còn để so sánh giữa hai đường vào trong và sau phúc mạc bên chúng tôi sẽ báo cáo ở chuyên đề tới. Về vấn đề đường vào các tác giả cũng còn có những ý kiến khác nhau. Miyake và các cộng sự thì cho rằng vào theo đường sau phúc mạc thì có thuận lợi như: mất ít máu hơn, thời gian mổ ngắn hơn và phục hồi nhanh hơn. Theo Duclos cho rằng vào theo đường này thì dễ dàng tiếp cận cuống mạch hơn và tránh được tổn thương các tạng lân cận do phẫu thuật viên gây ra trong quá trình thao tác. Theo nghiên cứu của Suzuki K và cộng sự khi so sánh kết quả các đường vào cho thấy rằng không có sự khác biệt về kết quả sau mổ. Nếu khối u < 5 cm, mổ cắt u một bên hoặc trong các trường hợp bệnh nhân đã có các can thiệp phẫu

thuật ổ bụng trước đó chọn đường vào sau phúc mạc hợp lý hơn.

Theo quan điểm của Fernandez-Cruz: sự lựa chọn đi trong hay đi ngoài phúc mạc là do phẫu thuật viên, kích thước khối u, nhưng đối với những trường hợp đã có can thiệp phẫu thuật ổ bụng hoặc bệnh nhân có bệnh lý về tim mạch. Tác giả Henry khuyến cáo: những u có kích thước nhỏ (5-6cm) thì đi đường nào tùy sự lựa chọn của phẫu thuật viên, nhưng theo tác giả bên phải nên đi ngoài phúc mạc vì tránh được thủy phôi của gan [6]. Theo quan điểm của Mancini F: Cắt nội soi u TTT một bên hay hai bên là "tiêu chuẩn vàng" đối với các loại u lành tính và có kích thước không lớn hơn 6-7cm. Những trường hợp u ác tính, kích thước lớn thì nên mổ mở. Tỷ lệ mổ của chúng tôi còn thấp, sự lựa chọn bệnh nhân chưa đa dạng nên chúng tôi chưa có quan điểm về vấn đề này sau nghiên cứu. Chúng tôi đưa ra những quan điểm của các tác giả để tham khảo và lựa chọn.

Kỹ thuật bóc tách u: theo kinh nghiệm của Abbou thì tìm tĩnh mạch thượng thận trước, kẹp cắt tĩnh mạch xong tiến hành bóc tách u. Bên phải bắt đầu từ dọc tĩnh mạch chủ dưới, đến cuống thận sau đó bóc tách tiếp lên khoảng 5 cm sẽ thấy tĩnh mạch tuyến thượng thận. Chúng tôi không đưa ra một quy trình cụ thể, theo chúng tôi thì kỹ thuật này phụ thuộc vào kích thước của khối u, sự dính của khối u với tổ chức xung quanh và kinh nghiệm của phẫu thuật viên cùng điều kiện cụ thể của cuộc mổ. Theo nghiên cứu của Đỗ Trường Thành, tác giả cho rằng: Phẫu thuật nội soi qua ổ bụng là phẫu thuật an toàn, có tính khả thi với những ưu điểm như: đường mổ thuận lợi, trường mổ rộng, tỷ lệ tràn khí dưới da và áp lực hơi thấp, thao tác bơm hơi đơn giản, dễ dàng xử lý được các thương tổn phổi hợp [3].

4.4. Tai biến và biến chứng: Tỷ lệ tai biến và biến chứng của chúng tôi gồm: 1TH chảy máu máu lách phải khâu bảo tồn, 1TH chảy máu nhiều khi bóc tách khối u do chưa làm chủ được tĩnh mạch TTT. 3 TH có cơn cao huyết áp kịch phát phải hồi sức. 1 TH nhiễm trùng vết mổ do mổ mở trên BN quá béo và có tiền sử ĐTĐ. 3 TH viêm phổi do ứ đọng đờm rãi sau mổ. Tỷ lệ này so với thông báo của các tác giả có khác biệt vì số lượng mổ còn ít, sự lựa chọn chưa đa dạng các thể loại u.

Theo ghi nhận của các tác giả chúng tôi thấy; Đỗ Trường Thành thông báo 2/68 trường hợp chảy máu trong mổ phải chuyển mổ mở để can thiệp. Hạ Kali máu 4,4%, suy TTT là 7,3%.

Henry JF có tỷ lệ biến chứng là 7,5% với n=169 trong là các biến chứng sau: 1 máu tụ trong phúc mạc, 1máu tụ ngoài phúc mạc, 3 TH chảy máu cần phải truyền máu, 1TH nhồi máu lách, 2TH tắc tĩnh mạch sâu. Chuyển mổ mở 5% trong đó 4TH do u ác tính, 3 TH dính bóc tách khó và 1TH tràn khí phế mạc. Hirano D và cs ghi nhận 5,6% có tràn khí màng phổi, chảy máu do bóc tách trong quá trình tạo khoang 7,4%. Viêm gan tối cấp, tắc mạch phổi do huyết khối, đau thắt ngực, xẹp phổi [6].

Tóm lại: Từ thực tế kinh nghiệm và qua các tài liệu của các đồng nghiệp chúng tôi nhận thấy: để giảm thiểu được tỷ lệ tai biến và biến chứng sau mổ của phẫu thuật cắt u TTT nội soi là sự lựa chọn và chuẩn bị kỹ BN bao gồm chẩn đoán và điều trị trước mổ đặc biệt là đối với các trường hợp u có bài tiết. Phối hợp tốt giữa phẫu thuật viên, gây mê hồi sức và các nhà nội tiết. Phẫu thuật nội soi cắt u TTT nội soi là một phẫu thuật khó: do vị trí giải phẫu sâu, liên quan đến các thành phần giải phẫu khác dễ bị tổn thương như: lách, gan, tĩnh mạch chủ dưới, cuống thận. Mặt khác chức năng sinh lý của tuyến này cũng rất phức tạp, có nhiều mạch máu tăng sinh nên thao tác phải nhẹ nhàng tránh thô bạo gây cơn cao huyết áp kịch phát có thể gây tử vong ở một số thể u. Nên việc lựa chọn đường vào cũng cần thận trọng vì vấn đề phẫu tích và làm chủ được tĩnh mạch chính của tuyến thì mới hạn chế được nguy cơ chảy máu trong và sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Với kết quả thực hiện trên 38 trường hợp cắt u TTT nội soi qua đường trong phúc mạc: Tỷ lệ tai biến phải chuyển mổ mở 1/38 (2,63%), tỷ lệ biến chứng: 1/38 (2,63%). Chúng tôi thấy rằng cắt u TTT qua nội soi là một phẫu thuật khó đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm mổ nội soi. Đường trong phúc mạc có nhiều thuận lợi, nhất là đối với các phẫu thuật viên đã có kinh nghiệm với mổ nội soi trong ổ bụng. Lựa chọn loại u và kích thước u trước mổ cần được xác định rõ để tránh tai biến và biến chứng trong và sau mổ: những khối u không có biểu hiện ác tính, không xâm lấn, và kích thước ≤ 10 cm. Sự phối hợp điều trị với các đồng nghiệp chuyên khoa nội tiết và gây mê là cần thiết cho BN trước, trong và sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Bình Giang (2010), "Phẫu thuật nội soi một lỗ cắt u tuyến thượng thận", *Hội Ngoại khoa Việt nam 2010; tập 60(4-5-6): 231-34*

2. **Trần Ngọc Sinh (2010)**, "Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt tuyến thượng thận tại Bệnh viện Chợ Rẫy", *Tạp chí Y học Việt nam 2010; tập 375(2): tr 544-49*.
3. **Đỗ Trường Thành, Trịnh Hoàng Giang (2016)**, "Đánh giá kết quả điều trị u vỏ tuyến thượng thận bằng phẫu thuật nội soi qua đường bụng", *Y học thực hành; số 769+770: tr 93-97*.
4. **Boylu U, Ommen (2009)**, "Laparoscopic adrenalectomy for large adrenal masses: pushing the envelope", *J Endourol 2009 Jun 23(6):971-5*.
5. **Gagner M, Pomp A (1997)**, "Laparoscopic adrenalectomy: lessons learned from 100 consecutive procedures", *Ann Surg 1997 Sep 226(3):238-47*.
6. **Henry JF, Sebag F (2002)**, "Lessons learned from 274 laparoscopic adrenalectomies", *Ann Chir 2002 Sep; 127(7):512-9*.
7. **Pillinger SH (2002)**, "Laparoscopic adrenalectomy: a 6-year experience of 59 cases", *ANZ J Surg 2002 Jul 72(7):467-70*.

NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CÓ RUNG NHỊ

Đỗ Thị Minh Chi¹, Nguyễn Huy Thăng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xác định được các yếu tố tiên lượng bệnh nhân nhồi máu não có rung có thể giúp phòng tránh được kết cục xấu bằng cách kiểm soát tốt các yếu tố này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu các yếu tố nguy cơ trước đột quỵ, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đột quỵ, điều trị và kết cục lúc xuất viện của 236 trường hợp bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não có rung nhĩ. Kết cục 3 tháng đánh giá được ở 213 bệnh nhân. Các yếu tố tiên lượng kết cục xấu thời điểm 3 tháng được xác định nhờ phương pháp phân tích thống kê đơn biến và hồi quy đa biến logistic. **Kết quả:** Đa số các bệnh nhân khảo sát ≥ 65 tuổi, nữ chiếm ưu thế hơn nam (53,4% so với 46,6%). Bệnh nhân có nguy cơ nhồi máu não thấp chiếm 2,1%, còn lại đa số là bệnh nhân có nguy cơ cao (59,7% đến 81,4% tùy đánh giá theo điểm CHADS2 hay điểm CHA2DS2-VASc), chỉ có 40,4% đang dùng kháng đông uống, và tỉ lệ có INR (International Normalised Ratio) 2 – 3 lúc khởi phát nhồi máu não còn thấp (9,7%). Tuổi ≥ 65 , giới nữ, mạch nhanh, suy giảm ý thức lúc nhập viện, điểm NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) ≥ 11 , rung nhĩ có bệnh van tim, nhồi máu não diện rộng, có tắc mạch lớn, có chuyển dạng xuất huyết, viêm phổi là các yếu tố có liên quan với kết cục 3 tháng khi phân tích hồi quy logistic, chỉ còn yếu tố giới nữ, NIHSS lúc nhập viện ≥ 11 và viêm phổi có giá trị tiên lượng độc lập kết cục xấu 3 tháng. **Kết luận:** Các yếu tố lâm sàng như giới nữ, NIHSS ≥ 11 và biến chứng viêm phổi tiên lượng kết cục xấu trong 3 tháng sau nhồi máu não ở bệnh nhân rung nhĩ.

Từ khóa: yếu tố tiên lượng, kết cục, nhồi máu não, rung nhĩ.

SUMMARY

PREDICTORS OF POOR OUTCOME AFTER ISCHEMIC STROKE IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION

Background: Awareness of the predictors of poor outcome after stroke can help us to prevent poor outcome. **Methods:** Risk factors, clinical features, therapy and 3-month outcome of ischemic stroke in 236 patients with atrial fibrillation were studied. Independent predictors of 3-month outcome were determined by using univariable and binary logistic regression analyses. **Results:** Most of the patients were over 65 and female outnumbered male (53.4% vs 46.6%). True low risk patients were 2.1% while most of the others are high risk patients (59.7% or 81.4% according to CHADS2 or CHA2DS2-VASc). 40.4% of all patients were using oral anticoagulants before stroke onset and only 9.7% of all patients using OACs got target INR. Age over 65, female, high heart rate, disorder of consciousness and NIHSS ≥ 11 on admission, valvular atrial fibrillation, large infarction, occlusion of major arteries, hemorrhagic infarctions and pneumonia were related with 3-month outcome in univariable analysis. However, after binary logistic regression analysis, only female, NIHSS ≥ 11 on admission and pneumonia are independent predictors of poor outcome. **Conclusion:** We can use female, NIHSS ≥ 11 on admission and pneumonia as predictors of poor outcome in stroke patients with atrial fibrillation.

Key words: predictors, poor outcome, ischemic stroke, atrial fibrillation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung nhĩ là rối loạn nhịp tim thường gặp nhất và được xác định là một yếu tố nguy cơ quan trọng của nhồi máu não. Ở mọi nhóm tuổi, bệnh nhân rung nhĩ có nguy cơ nhồi máu cao gấp 5 lần bệnh nhân không rung nhĩ. Tại Hoa Kỳ, 15 – 20% các trường hợp đột quỵ được ghi nhận là có liên quan đến rung nhĩ⁽¹⁾. Mặt khác, so với bệnh nhân không rung nhĩ, nhồi máu não xảy ra trên bệnh nhân rung nhĩ thường nặng hơn, tỉ lệ

¹BV. Nhân Dân 115,

²ĐHYK Phạm Ngọc Thạch TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Thăng

Email: nguyenhuythang115@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2017

Ngày duyệt bài: 30.11.2017

biến chứng, tỉ lệ tử vong và nguy cơ tàn phế nặng đều cao hơn. Tuy vậy, đến nay, việc điều trị dự phòng nhồi máu não cho bệnh nhân rung nhĩ lại chưa được bác sĩ quan tâm đúng mức. Ngay cả ở các nước phát triển, hơn 1/3 bệnh nhân rung nhĩ có chỉ định kháng đông uống chưa dùng kháng đông, và gần một nửa số bệnh nhân đang dùng kháng đông (loại kháng vitamin K) không đạt mục tiêu điều trị⁽⁵⁾.

Ở nước ta, một số nghiên cứu về nhồi máu não do các nguyên nhân khác nhau có rút ra nhận xét liên quan đến nhồi máu não trên bệnh nhân rung nhĩ nhưng chưa có nghiên cứu nào khảo sát riêng đối tượng này, cũng như chưa có số liệu về các yếu tố tiên lượng kết cục chức năng cho đối tượng này. Nếu xác định được các yếu tố tiên lượng, ngoài việc có thể dự đoán kết cục chức năng, ta còn có thể hy vọng làm giảm kết cục xấu thông qua việc tích cực phòng ngừa, chẩn đoán sớm và điều trị tốt các yếu tố này. Mục tiêu nghiên cứu:

Khảo sát tần suất các yếu tố nguy cơ nhồi máu não và thuốc dự phòng nhồi máu não trước nhập viện của bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ.

Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị và kết cục 3 tháng của nhồi máu não ở bệnh nhân rung nhĩ.

Xác định các yếu tố có giá trị tiên lượng phục hồi chức năng kém hoặc tử vong tại thời điểm 3 tháng sau nhồi máu não ở bệnh nhân rung nhĩ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân nhập viện vì nhồi máu não cấp thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ Chức Y tế Thế Giới. Tất cả phải có CT scan hoặc MRI não lúc nhập viện, chụp nhắc lại khi có chỉ định. Các bệnh nhân này hoặc đã được chẩn đoán rung nhĩ trước nhập viện hoặc mới được chẩn đoán trong thời gian nằm viện (ít nhất 1 điện tim trong lúc nằm viện ghi nhận có rung nhĩ), không phân biệt rung nhĩ mãn tính hay rung nhĩ cơn kịch phát.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đột quỵ xuất huyết, huyết khối tĩnh mạch nội sọ. Bệnh nhân khiếm khuyết chức năng nặng (điểm Rankin hiệu chỉnh (mRS: modified Rankin Scale) >2) trước đột quỵ lần này. Bệnh nhân có bệnh nặng khác có thể ảnh hưởng đánh giá kết cục như suy tim độ III – IV, ung thư giai đoạn cuối, suy thận mạn giai đoạn cuối...

Thiết kế nghiên cứu: Tiền cứu có phân tích.

Dân số chọn mẫu: Bệnh nhân nhồi máu não cấp có kèm rung nhĩ thỏa tiêu chuẩn chọn – loại nhập khoa Bệnh lý mạch máu não Bệnh viện

Nhân Dân 115 trong thời gian từ 21/05/2013 đến 10/01/2014.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu ước lượng tối thiểu là 112 bệnh nhân theo dõi được đến thời điểm 3 tháng.

Phương pháp thu thập số liệu: Các bệnh nhân được khám lâm sàng, ghi nhận bệnh sử, tiền căn, sinh hiệu, dấu hiệu tổng quát và thần kinh, diễn tiến trong thời gian nằm viện, tình trạng lúc xuất viện. Trong thời gian nằm viện, các bệnh nhân được làm các cận lâm sàng: CT scan não hoặc MRI não lúc nhập viện và các ngày sau đó nếu hình ảnh học não lúc đầu không rõ ràng, điện tâm đồ lúc nhập viện và điện tâm đồ lúc ghi nhận có rung nhĩ, các xét nghiệm sinh hóa, huyết học thường quy, các cận lâm sàng chẩn đoán và theo dõi biến chứng trong lúc nằm viện. Sau 3 tháng, các bệnh nhân được đánh giá lại kết cục chức năng (90 ± 7 ngày) qua thăm khám trực tiếp hoặc phỏng vấn qua điện thoại, với kết cục xấu được định nghĩa là điểm mRS ≥ 3 .

Xử lý và phân tích số liệu: Các dữ liệu sẽ được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS for Windows phiên bản 22.0 và Microsoft Excel 2010. Phân tích đơn biến: dữ liệu được xử lý bằng phép kiểm χ^2 đối với biến định tính hay định lượng có phân nhóm. Nếu giá trị mong đợi nhỏ nhất < 1 hoặc số ô trong bảng 2×2 có tần suất mong đợi < 5 chiếm > 20% thì dùng kiểm định chính xác Fisher. Biến định lượng được kiểm định bằng phép kiểm student độc lập. Các biến có liên quan có ý nghĩa thống kê với kết cục khi phân tích đơn biến sẽ được đưa vào mô hình hồi quy đa biến logistic nhằm tìm ra biến có giá trị tiên lượng độc lập.

III. KẾT QUẢ

Đặc điểm dân số nghiên cứu: Trong 3561 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não cấp nhập khoa bệnh lý mạch máu não bệnh viện Nhân dân 115 từ 21/5/2013 đến 10/01/2014 có 236 trường hợp (6,63%) rung nhĩ thỏa tiêu chuẩn chọn – loại được đưa vào nghiên cứu. Nữ (53,4%) chiếm ưu thế hơn nam. Tuổi trung bình của mẫu là $67,93 \pm 28,44$, nhóm ≥ 65 tuổi chiếm 58,9%. Những bệnh nhân có nguy cơ nhồi máu não thấp thật sự (CHA2SD2-VASc = 0) chỉ có 2,1%, còn lại đa số là nguy cơ cao (59,7% theo CHADS2 ≥ 2 , 81,4% theo CHA2DS2-VASc ≥ 2). Các yếu tố nguy cơ nhồi máu não: tăng huyết áp (74,6%), đái tháo đường (15,7%), rối loạn chuyển hóa lipid máu (20,8%), bệnh mạch vành (30,1%), suy tim (25%), bệnh van tim (18,2%), tiền căn nhồi máu não hoặc tiền căn có cơn thiếu máu não thoáng qua (TIA) (23,3%). Trong số

các bệnh nhân đưa vào nghiên cứu, 17,3% đang dùng kháng đông uống (toàn bộ là kháng vitamin K), và chỉ có 9,76% đang dùng kháng đông uống đạt INR 2 – 3 lúc nhập viện.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhồi máu não có rung nhĩ và kết cục 3 tháng

Thời điểm nhập viện, NIHSS trung bình là 13,92, với NIHSS 0 – 5: 23%, NIHSS 6 – 15: 35,7%, NIHSS > 15: 41,3%. Bệnh nhân có rối loạn ý thức (điểm Glasgow < 14): 42,1%.

Vị trí tổn thương nhồi máu não cũng đa dạng: vùng vỏ (15,3%), vùng dưới vỏ (49,6%), cả vùng vỏ và dưới vỏ (49,6%), tuần hoàn sau (5,9%), nhiều ổ trên và dưới đều (4,75%), không rõ tổn thương (4,2%). 38% bệnh nhân bị nhồi máu não diện rộng. Tỷ lệ nhồi máu chuyển dạng xuất huyết trên CT scan não khoảng 14,4% với

tất cả các dạng HI-1 (3,4%), HI-2 (3,8%), PH-1 (5,5%), PH-2 (1,7%).

Viêm phổi là biến chứng thường gặp nhất trong thời gian nằm viện (35,6%).

Thời điểm 3 tháng, trong 213 ca theo dõi được, kết cục xấu (mRS ≥ 3) chiếm 77%, với tỷ lệ tử vong là 33,8%. Trong số bệnh nhân còn sống, thuốc kháng đông uống được dùng ở 68,1% (kháng vitamin K 46,8%, kháng đông uống mới 21,3%), và chỉ có 25,8% số bệnh nhân dùng kháng vitamin K có theo dõi INR thường xuyên và INR lần cuối đạt 2 - 3.

Các yếu tố tiên lượng kết cục: Kết quả phân tích mối tương quan giữa một số yếu tố và kết cục 3 tháng như bảng 1.

Bảng 1: Liên quan giữa 1 số biến và kết cục 3 tháng

		Kết cục 3 tháng theo mRS		p
		Tốt	Xấu	
Tuổi ≥ 65		19 (38,8%)	111 (67,7%)	0,00027
Giới nữ		17 (34,7%)	97 (59,1%)	0,003
Tiền căn	Tăng huyết áp	38 (77,6%)	124 (75,6%)	0,78
	Đái tháo đường	7 (14,3%)	28 (17,1%)	0,644
	RL lipid máu	11 (22,4%)	35 (21,3%)	0,869
	Bệnh mạch vành	14 (28,6%)	52 (31,7%)	0,677
	Suy tim	9 (18,4%)	44 (26,8%)	0,229
	Bệnh van tim	11 (22,4%)	25 (15,2%)	0,238
	Nhồi máu não và TIA	13 (26,5%)	34 (20,7%)	0,39
CHA2DS2-VASc ≥ 2		37 (75,5%)	138 (84,1%)	0,166
CHADS2 ≥ 2		24 (49%)	106 (64,6%)	0,049
Thuốc chống huyết khối trước nhập viện	Không	30 (61,2%)	107 (65,2%)	0,868
	Có kháng đông	9 (18,4%)	28 (17,1%)	
	Chỉ có kháng kết tập tiểu cầu	10 (20,4%)	29 (17,7%)	
Lâm sàng	Mạch nhanh	6 (12,2%)	53 (32,5%)	0,005
	Huyết áp ≥ 140/90	22 (44,9%)	88 (54%)	0,264
	GCS ≤ 13 điểm	5 (10,2%)	86 (52,8%)	< 0,0001
	NIHSS ≥ 11	6 (12,2%)	120 (73,6%)	< 0,0001
Rung nhĩ có bệnh van tim		17 (37%)	29 (21,8%)	0,043
Cận lâm sàng	Nhồi máu diện rộng	1 (2%)	81 (49,4%)	< 0,0001
	Tắc mạch lớn	4 (8,5%)	48 (36,1%)	< 0,001
	EF < 40%	0 (0%)	3 (2,4%)	0,568
	Giảm động/vô động thành thất	5 (10,9%)	19 (14,5%)	0,536
	Huyết khối/cản âm tự phát tim trái	5 (10,9%)	14 (10,7%)	1
Biến chứng	Chuyển dạng xuất huyết	1 (2%)	29 (17,7%)	0,006
	Viêm phổi	1 (2%)	78 (47,6%)	< 0,0001
	Biến chứng liên quan tim mạch	0 (0%)	9 (5,5%)	0,122
	Xuất huyết tiêu hóa	1 (2%)	8 (4,9%)	0,688

Bảng 2: Các yếu tố có giá trị tiên lượng độc kết cục xấu sau phân tích đa biến

	B	p	OR	CI 95% của OR	
				Dưới	Trên
Nữ	1,368	0,012	3,927	1,358	11,354
NIHSS ≥ 11	2,563	0,00036	12,969	3,174	52,999
Viêm phổi	2,95	0,014	19,114	1,829	199,773

Từ phân tích đơn biến, 11 yếu tố có liên quan kết cục 3 tháng (tuổi ≥ 65 , giới nữ, CHADS2 ≥ 2 , mạch nhanh, giảm ý thức, NIHSS nhập viện ≥ 11 , rung nhĩ có bệnh van tim, nhồi máu não diện rộng, tắc mạch lớn, nhồi máu chuyển dạng xuất huyết, viêm phổi) được đưa vào phân tích hồi quy Binary Logistic theo phương pháp Enter (bảng 2). Theo bảng 2, giới nữ, NIHSS ≥ 11 lúc nhập viện và có biến chứng viêm phổi bệnh viện là các yếu tố tiên lượng độc lập kết cục xấu 3 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Có thể do bỏ lỡ nhiều ca rung nhĩ cơn mà tỉ lệ bệnh nhân có rung nhĩ trong số bệnh nhân nhồi máu não trong nghiên cứu của chúng tôi (6,63%) thấp hơn so với tỉ lệ từ các nghiên cứu khác trên thế giới (15–20%). Tuy vậy, đặc điểm nhồi máu não trên các bệnh nhân này khá phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới.

Từ trước đến nay, nam vẫn được xem là yếu tố nguy cơ đột quỵ nhồi máu não, nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi, nữ chiếm ưu thế hơn nam. Có 2 lí do giải thích điều này. Thứ nhất, trong dân số rung nhĩ (chưa dùng kháng đông), nguy cơ tắc mạch hệ thống do huyết khối từ tim nói chung và nhồi máu não do huyết khối từ tim nói riêng cao hơn ở nữ^(1,4). Thứ hai, tuổi thọ của nữ cao hơn nam, do đó, một dân số già như dân số rung nhĩ thì tỉ lệ nữ trội hơn nam là phù hợp. Khi phân tích đơn biến, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới tính giữa 2 nhóm kết cục. Sau khi đưa vào phân tích đa biến, giới nữ vẫn là yếu tố tiên lượng độc lập kết cục.

Tuổi trung bình của mẫu là $67,93 \pm 28,44$, thấp hơn một số nghiên cứu ở châu Âu (trên 70)⁽⁵⁾. Sự khác biệt này là do nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu 1 trung tâm, trên đối tượng người châu Á, đưa luôn những bệnh nhân rung nhĩ có kèm bệnh van tim vào mẫu (những bệnh nhân này tuổi phát hiện rung nhĩ đa số thấp hơn bệnh nhân rung nhĩ không van tim), còn các nghiên cứu tại châu Âu là nghiên cứu đa trung tâm, trên đối tượng người châu Âu và hầu hết đều có tiêu chí chọn mẫu là bệnh nhân rung nhĩ không bệnh van tim. Tuy có mối liên hệ đơn biến giữa kết cục 3 tháng và tuổi ≥ 65 , nhưng mối liên hệ này không còn sau khi đưa vào phân tích đa biến.

Các yếu tố nguy cơ nhồi máu não khác được đề cập trong 2 thang CHA2DS-VASc và CHADS2 như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid máu, bệnh mạch vành, suy tim, bệnh van tim, tiền căn nhồi máu não hoặc có TIA đều được khảo sát nhưng không yếu tố nào có liên quan với kết cục, ngay cả yếu tố CHADS2 ≥ 2 cũng không là yếu tố tiên lượng độc lập sau phân tích đa biến dù trước đó có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm kết cục về tỉ lệ CHADS2 ≥ 2 . Mặc dù vậy, nguy cơ nhồi máu não

của các bệnh nhân lượng giá theo điểm CHA2DS2-VASc và CHADS2 đều cho thấy nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao nhồi máu não chiếm tỉ lệ cao (59,7% đến 81,4% tùy đánh giá theo CHADS2 ≥ 2 hay CHA2DS2-VASc ≥ 2). Trong khi đó, tồn tại 1 vấn đề đáng lo ngại hơn: tỉ lệ bệnh nhân được điều trị dự phòng với thuốc kháng đông ở nước ta còn rất thấp so với các nước phát triển, có lẽ do điều kiện kinh tế nước ta còn khó khăn, hiểu biết của bệnh nhân và thân nhân còn kém, bác sĩ tuyến cơ sở chưa tự tin cũng như chưa chú trọng đúng mức vai trò thuốc kháng đông ở những đối tượng nguy cơ cao này.

Ngoài các yếu tố về dân số và tiền căn bệnh lí kể trên, còn khá nhiều các yếu tố về lâm sàng và cận lâm sàng có liên quan kết cục 3 tháng như mạch nhanh ≥ 100 lần/phút, suy giảm ý thức (GCS < 14), NIHSS ≥ 11 lúc nhập viện, rung nhĩ có bệnh van tim, nhồi máu não diện rộng, tắc mạch lớn, nhồi máu chuyển dạng xuất huyết, viêm phổi bệnh viện, nhưng sau phân tích đa biến, chỉ còn NIHSS ≥ 11 và viêm phổi bệnh viện là yếu tố tiên lượng độc lập kết cục. Một số nghiên cứu khác cũng nhận được kết quả tương tự của chúng tôi⁽⁷⁾. Kết quả này cũng dễ hiểu. Ngày nay, thang điểm NIHSS được dùng rộng rãi để đánh giá thiếu sót thần kinh trên bệnh nhân nhồi máu não. NIHSS chú trọng nhiều nhất vào các yếu tố vận động. NIHSS càng cao, khiếm khuyết thần kinh càng nặng. Còn đối với viêm phổi, đây là biến chứng nhiễm trùng bệnh viện thường gặp và nguy hiểm nhất. Do đặc thù của bệnh, bệnh nhân đột quỵ thường khó xoay trở, kèm theo rối loạn nuốt, rối loạn phản xạ ho, sặc, các thủ thuật đặt nội khí quản (có hoặc không có kèm thở máy), nuôi ăn qua thông mũi – dạ dày, dinh dưỡng kém... càng làm cho biến chứng viêm phổi dễ xảy ra và nặng nề hơn. Viêm phổi kéo dài thời gian nằm viện. Những trường hợp viêm phổi nặng có thể dẫn đến suy hô hấp, choáng nhiễm trùng, và trực tiếp làm tăng tỉ lệ tử vong trên bệnh nhân đột quỵ.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nhồi máu não cấp trên bệnh nhân rung nhĩ thường là nhồi máu não nặng, nhiều biến chứng nguy hiểm. Sau giai đoạn cấp, kết cục chức năng 3 tháng cũng rất xấu với tỉ lệ tàn phế nặng và tử vong cao. Giới nữ, NIHSS lúc nhập viện ≥ 11 và

có biến chứng viêm phổi bệnh viện là các yếu tố có giá trị tiên lượng độc lập kết cục xấu. Chính vì vậy, chúng tôi kiến nghị:

- Bệnh nhân rung nhĩ, nhất là bệnh nhân nữ, cần được bác sĩ tư vấn kỹ về nguy cơ nhồi máu não và các biến cố tắc mạch để họ hợp tác tốt hơn trong điều trị dự phòng.

- Cập nhật thường xuyên kiến thức điều trị dự phòng các biến cố tắc mạch trên bệnh nhân rung nhĩ cho bác sĩ tuyến cơ sở.

- Bác sĩ phải quan tâm hơn đến chỉ định vật lý trị liệu hô hấp sớm cho bệnh nhân nhồi máu não cấp để phòng viêm phổi bệnh viện. Không lạm dụng nuôi ăn qua thông mũi – dạ dày nhưng phải cảnh giác với rối loạn nuốt để chỉ định đặt thông mũi – dạ dày kịp thời, tránh hít sặc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andrew NE, Thrift AG, Cadilhac DA (2013), "The Prevalence, Impact and Economic Implications of Atrial Fibrillation in Stroke: What Progress Has Been Made?", *Neuroepidemiology*, 40 (4), pp. 227-239.
2. Bungard TJ, Ghali WA, Teo KK, McAlister FA, Tsuyuki RT (2000), "Why do patients with atrial fibrillation not receive warfarin?", *Archives of Internal Medicine*, 160 (1), pp. 41-46.
3. Candelise L, Pinardi G, Morabito A (1991), "Mortality in acute stroke with atrial fibrillation. The Italian Acute Stroke Study Group", *Stroke*, 22 (2), pp. 169-174.
4. Friberg L, Benson L, Rosenqvist M, Lip GY (2012), "Assessment of female sex as a risk factor in atrial fibrillation in Sweden: nationwide retrospective cohort study", *BMJ*, 344, pp. e3522.
5. Go AS, Hylek EM, Chang Y, Phillips KA, Henault LE, et al. (2003), "Anticoagulation therapy for stroke prevention in atrial fibrillation: how well do randomized trials translate into clinical practice?", *The Journal of the American Medical Association*, 290 (20), pp. 2685-2692.
6. Johnston KC, Li JY, Lyden PD, Hanson SK, Feasby TE, et al. (1998), "Medical and neurological complications of ischemic stroke: experience from the RANTAS trial. RANTAS Investigators", *Stroke*, 29 (2), pp. 447-453.
7. Katzan IL, Cebul RD, Husak SH, Dawson NV, Baker DW (2003), "The effect of pneumonia on mortality among patients hospitalized for acute stroke", *Neurology*, 60 (4), pp. 620-625.

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ THAY ĐỔI LỐI SỐNG SAU 24 THÁNG Ở NGƯỜI TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI NINH BÌNH

Đỗ Đình Tùng*, Tạ Văn Bình*, Nguyễn Thanh Xuân**

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả thay đổi lối sống ở người tiền đái tháo đường (ĐTĐ) được chẩn đoán theo tiêu chuẩn WHO-IDF 2010 tại tỉnh Ninh Bình. Nghiên cứu can thiệp 618 đối tượng tiền ĐTĐ được chẩn đoán tiền ĐTĐ theo WHO-IDF 2010, tuổi trung bình 56,1±8,1. Kết quả cho thấy: thói quen hút thuốc, uống rượu/bia khó thay đổi; tỉ lệ ít ăn rau, sử dụng dầu/mỡ động vật giảm; tỉ lệ có HDTL trong công việc, thể thao và khi đi lại tăng. Can thiệp lối sống làm giảm mức glucose máu và giảm tỉ lệ phát triển thành đái tháo đường: Nhóm can thiệp tích cực có glucose máu lúc đói và glucose sau 2 giờ giảm, tỉ lệ glucose máu về bình thường cao hơn so với nhóm can thiệp truyền thống; can thiệp lối sống làm giảm nguy cơ ĐTĐ là 41,6% so sánh giữa nhóm can thiệp tích cực và nhóm can thiệp thông thường. Can thiệp lối sống ở người tiền ĐTĐ làm giảm các yếu tố nguy cơ

đái tháo đường và có hiệu quả dự phòng đái tháo đường tại tỉnh Ninh Bình.

Từ khóa: Đái tháo đường; tiền đái tháo đường; can thiệp

SUMMARY

INVESTIGATING THE EFFECTIVENESS OF LIFESTYLE CHANGES IN PRE-DIABETES POPULATION AFTER 24 MONTHS OF INTERVENTION IN NINH BINH PROVINCE

Objectives: The study aims to assess the effectiveness of lifestyle changes in pre-diabetes population diagnosed according to the WHO-IDF 2010 criteria in Ninh Binh province. **Methods:** 618 pre-diabetes defined by WHO-IDF 2010 criteria, average ages 56,1±8,1 years, were intervened by lifestyle modification for 24 months. **Results:** The habits of smoking and alcohol drinking were difficult to change; interventions encouraged dietary and physical activity behaviour changes in pre-diabetes population. Lifestyle intervention decreased the risk factors and fasting blood glucose level and 2 hours glucose level. The rate of participants turning to normal blood glucose level was higher in compliance group than non-compliance group. The lifestyle intervention reduced the incidence of diabetes by 41.6% compared with non-compliance group. **Conclusion:** Lifestyle

*Viện Đái tháo đường và Rối loạn chuyển hóa – Đại học Y Hà Nội

**Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đình Tùng

Email: bsdinh tung@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 6.11.2017

Ngày duyệt bài: 17.11.2017

intervention may decrease the risk of pre-diabetes progressing to diabetes for 24 months in Ninh Binh province.

Keywords: diabetes, pre-diabetes, intervention

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền ĐTĐ là một giai đoạn của bệnh đái tháo đường khi một người có mức glucose máu tăng cao hơn người bình thường nhưng chưa đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán mắc bệnh ĐTĐ thực thụ.

Sự phát sinh của bệnh ĐTĐ týp 2 có sự tương tác giữa các yếu tố nguy cơ trong đó các yếu tố di truyền tương tác với các yếu tố môi trường và lối sống [1]. Dựa vào những bằng chứng từ các thử nghiệm lâm sàng, các tổ chức hoạt động trong lĩnh vực đái tháo đường trên thế giới khuyến cáo nên phòng ngừa ĐTĐ ở các đối tượng tiền ĐTĐ. Thông qua thay đổi lối sống có thể ngăn ngừa, làm chậm quá trình khởi phát, phát triển cũng như giảm các biến chứng của bệnh đái tháo đường [4]. Tuy nhiên liệu các biện pháp can thiệp (CT) dự phòng ĐTĐ ở người Việt Nam có mang lại hiệu quả hay không vẫn là câu hỏi cần phải có câu trả lời thỏa đáng bằng những chứng cứ khoa học.

Đề tài "Nghiên cứu hiệu quả sự thay đổi lối sống sau 24 tháng ở người tiền đái tháo đường tại Ninh Bình" nhằm đóng góp một phần trả lời các câu hỏi trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

+ Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, can thiệp.

+ Đối tượng nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành trên 618 người tiền ĐTĐ được sàng lọc, chẩn đoán theo tiêu chuẩn WHO-IDF 2010 tại Ninh Bình.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: tiền ĐTĐ được chẩn đoán bằng xét nghiệm đường máu lúc đói và nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống.

- Tiêu chuẩn loại trừ: loại trừ các đối tượng đang bị bệnh cấp tính, các đối tượng đang đã được chẩn đoán tiền ĐTĐ trước thời điểm nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của các nhóm nghiên cứu

Bảng 1: So sánh đặc điểm chung của các nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		Tuân thủ (n=323)		Không tuân thủ (n=295)		p
		n	%	n	%	
Giới	Nam	121	37,5	99	33,6	>0,05
	Nữ	202	62,6	196	66,4	
Tuổi trung bình (năm)	Chung	58,1 ± 8,3		56,1 ± 8,7		<0,01
	Nam	59,0 ± 7,5		57,0 ± 8,8		>0,05
	Nữ	57,5 ± 8,6		55,7 ± 8,7		<0,05
	p	>0,05		>0,05		

+ Phương pháp can thiệp:

- Các đối tượng tiền ĐTĐ được giáo dục, hỗ trợ để các đối tượng tự kiểm soát bệnh ĐTĐ bằng việc giáo dục các kiến thức về ĐTĐ, các thức điều chỉnh chế độ ăn, hoạt động thể lực, điều chỉnh lối sống dự phòng bệnh ĐTĐ.

- Tư vấn dinh dưỡng: Định kỳ 3 tháng 1 lần được khám, tư vấn dinh dưỡng điều chỉnh chế độ ăn cho phù hợp với tình trạng bệnh lý và kiểm soát cân nặng theo mục tiêu đề ra với mỗi đối tượng. Mục tiêu dinh dưỡng đưa chỉ số BMI về bình thường, các đối tượng thừa cân-béo phì giảm từ 5-10% cân nặng trong 6 tháng.

- Tư vấn chế độ hoạt động thể lực: khám và tư vấn về hoạt động thể lực; các đối tượng được tư vấn để đảm bảo hoạt động thể lực ít nhất 150 phút mỗi tuần; giảm lối sống tĩnh tại. Các đối tượng được tư vấn điều chỉnh hoạt động thể lực phù hợp theo bệnh lý, cân nặng, luyện tập.

- Tư vấn về thói quen và lối sống: Khuyến khích giảm ăn chất béo, không ăn quá nhiều carbohydrat, tăng ăn rau xanh, chất xơ; giảm sử dụng dầu mỡ động vật; giảm rượu bia.

+ Thu thập số liệu, phân nhóm

- Các số liệu được thu thập tại thời điểm 24 tháng sau can thiệp. Các đối tượng nghiên cứu được phân thành 02 nhóm tuân thủ và nhóm không tuân thủ dựa vào việc có tham gia điều trị, tham gia lớp giáo dục, tư vấn, giám sát hay không.

- Thu thập số liệu nhân khẩu học, nhân trắc học, các chỉ số thể lực và huyết áp, glucose máu lúc đói, glucose 2h.

+ Các tiêu chuẩn đánh giá sử dụng trong nghiên cứu: Chẩn đoán tiền ĐTĐ theo WHO-IDF năm 2010; đánh giá chỉ số khối cơ thể (BMI), vòng eo theo tiêu chuẩn của WHO 2000 áp dụng cho người trưởng thành Châu Á.

+ Địa điểm nghiên cứu: Tại tỉnh Ninh Bình

+ Quản lý và xử lý số liệu bằng phần mềm Epidata và SPSS 15.0.

BMI		23,2 ± 2,5	23,1 ± 2,8	>0,05
Vòng bụng	Chung	79,4 ± 7,5	80,4 ± 8,4	<0,05
	Nam	82,9 ± 7,5	82,8 ± 8,2	>0,05
	Nữ	77,3 ± 6,6	79,1 ± 8,3	<0,01
HATTh		143,1 ± 21,5	146,3 ± 20,8	>0,05
HATTr		80,3 ± 13,1	85,3 ± 12,3	<0,01

Nhận xét: Ở các nhóm nghiên cứu có tỉ lệ nam thấp hơn nữ. Trước can thiệp, các chỉ số chiều cao, cân nặng, BMI, VB nam, HATTh giữa hai nhóm tương đồng.

3.2. Hiệu quả thay đổi lối sống ở người tiền đái tháo đường

Bảng 2: So sánh sự thay đổi về lối sống giữa các nhóm nghiên cứu

Thói quen	Thời điểm	Tuần thủ (n=323)		Không tuân thủ (n=295)		p
		n	%	n	%	
Hút thuốc lá	Trước	27	8,4	46	15,6	<0,01
	Sau	26	8,1	30	10,5	>0,05
	p	>0,05		>0,05		
Sử dụng rượu	Trước	102	31,6	95	32,2	>0,05
	Sau	103	32,2	95	33,2	>0,05
	p	>0,05		>0,05		
Ít ăn rau	Trước	56	17,3	24	8,1	<0,01
	Sau	39	12,2	62	21,7	<0,01
	p	>0,05		<0,01		
Thói quen sử dụng dầu/mỡ động vật nấu ăn	Trước	30	9,3	45	15,3	<0,05
	Sau	18	5,6	33	11,5	<0,05
	p	>0,05		>0,05		

Nhận xét: Tỉ lệ hút thuốc lá, uống rượu bia ít thay đổi so với trước can thiệp, chưa thấy sự khác biệt giữa các nhóm nghiên cứu. Tỉ lệ ít ăn rau, thói quen sử dụng dầu/mỡ động vật nấu ăn ở nhóm tuân thủ giảm và thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tuân thủ.

Bảng 3: So sánh hiệu quả thay đổi hoạt động thể lực giữa nhóm nghiên cứu

Mức độ HĐTL		Thời điểm	Tuân thủ (n=323)		Không tuân thủ (n=295)		p
			n	%	n	%	
HĐTL trong công việc	Nặng	Trước CT	47	14,6	60	20,3	>0,05
		Sau CT	39	12,2	40	14,0	>0,05
		p	>0,05		<0,05		
	Trung bình	Trước CT	157	48,6	152	51,5	>0,05
		Sau CT	207	64,7	156	54,5	<0,05
		p	<0,01		>0,05		
Có HĐTL khi đi lại		Trước CT	169	54,6	206	69,8	<0,01
		Sau CT	251	78,4	200	69,9	<0,05
		p	<0,01		>0,05		
Thể dục, thể thao	Nặng	Trước CT	34	10,5	21	7,1	>0,05
		Sau CT	33	10,3	15	5,2	<0,05
		p	<0,05		>0,05		
	Trung bình	Trước CT	165	51,1	77	26,1	<0,01
		Sau CT	191	59,7	123	43,0	<0,01
		p	>0,05		<0,01		

Nhận xét: Tỉ lệ hoạt động thể lực nặng trong công việc và thể thao ở cả hai nhóm giảm. Tỉ lệ hoạt động thể lực trung bình (trong công việc, khi di chuyển, thể dục thể thao) ở nhóm tuân thủ tăng và cao hơn nhóm chứng.

Bảng 4: So sánh hiệu quả thay đổi glucose máu giữa các nhóm nghiên cứu

Chỉ số nhân trắc	Thời điểm	Tuần thủ (n=323)	Không tuân thủ (n=295)	p
Glucose (mmol/l)	Trước CT	5,94 ± 0,55	5,96 ± 0,54	>0,05
	Sau CT	5,36 ± 0,78	5,68 ± 1,09	<0,01

Glucose 2h (mmol/l)	Thay đổi	0,52 ± 1,23	0,28 ± 1,11	<0,01
	p	<0,01	<0,01	
	Trước CT	8,14 ± 1,33	8,22 ± 1,42	>0,05
	Sau CT	7,76 ± 2,64	8,22 ± 3,19	<0,05
	Thay đổi	0,37 ± 2,26	0,01 ± 3,22	>0,05
	p	<0,01	>0,05	

Nhận xét: Sau can thiệp, chỉ số glucose máu lúc đói, glucose 2h ở nhóm tuân thủ giảm và thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tuân thủ.

Bảng 5: Hiệu quả can thiệp điều trị ở người tiền đái tháo đường

Tình trạng	Thời điểm can thiệp	Tuân thủ (n=323)		Không tuân thủ (n=295)		So sánh (p)
		n	%	n	%	
Bình thường	Trước CT	0		0		
	Sau CT	183	57,2	125	43,7	<0,05
	p	<0,01		<0,01		
Tiền ĐTĐ	Trước CT	323	52,3	295	47,7	>0,05
	Sau CT	107	33,4	115	40,2	>0,05
	p	<0,01		<0,01		
ĐTĐ	Trước CT	0		0		
	Sau CT	30	9,4	46	16,1	<0,05
	p	<0,01		<0,01		

Nhận xét: Sau can thiệp, nhóm tuân thủ điều trị có tỉ lệ các đối tượng trở về đường máu bình thường cao hơn và tỉ lệ tiến triển thành ĐTĐ thấp hơn nhóm không tuân thủ điều trị.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Kết quả nghiên cứu cho thấy: tuổi trung bình của người mắc tiền ĐTĐ là 56,1±8,1, tuổi nam giới mắc tiền ĐTĐ cao hơn nữ giới (56,9±8,1 so với 55,7±8,3).

So sánh sự tương đồng giữa nhóm tuân thủ điều trị thay đổi lối sống so với nhóm không tuân thủ điều trị được trình bày ở các Bảng 1. Số lượng đối tượng nghiên cứu giữa hai nhóm tương đương nhau (nhóm tuân thủ điều trị là 323, nhóm không tuân thủ là 295). Ở cả hai nhóm đều có tỉ lệ đối tượng nam thấp hơn tỉ lệ số đối tượng nữ. Tuổi trung bình của nhóm tuân thủ cao hơn nhóm không tuân thủ ($p<0,01$). Trung bình chỉ số BMI giữa hai nhóm có sự tương đồng ($p>0,05$). Chỉ số VB nam giữa hai nhóm không có sự khác biệt. Chỉ số HATTh giữa hai nhóm là tương đồng; chỉ số HATTr ở nhóm tuân thủ điều trị thấp hơn nhóm không tuân thủ. Trung bình giá trị các chỉ số sinh hóa giữa hai nhóm không có sự khác biệt ($p>0,05$).

Kết quả so sánh trước can thiệp cho thấy có sự tương đồng giữa nhóm tuân thủ, can thiệp so với nhóm không tuân thủ. Điều này đảm bảo cho việc so sánh kết quả can thiệp được chính xác và khoa học.

4.2. Hiệu quả thay đổi lối sống ở người tiền đái tháo đường

Kết quả nghiên cứu được trình bày ở Bảng 2 cho thấy: Sau can thiệp tỉ lệ hút thuốc lá, uống rượu bia ở cả hai nhóm ít thay đổi so với trước can thiệp, không có sự khác biệt giữa nhóm tuân thủ và nhóm không tuân thủ ($p>0,05$). Hành vi hút thuốc lá và uống rượu bia là hai hành vi khó thay đổi, tuy nhiên tỉ lệ hút thuốc lá có xu hướng giảm ở cả hai nhóm nhưng không đáng kể. Tỉ lệ hút thuốc lá trong nghiên cứu này thấp hơn so với một số nghiên cứu khác, nhưng tỉ lệ sử dụng rượu bia khá cao [2].

Ít ăn rau và thói quen sử dụng dầu/mỡ động vật nấu ăn là hai yếu tố nguy cơ của bệnh ĐTĐ. Nghiên cứu của Cao Mỹ Phượng cho thấy can thiệp làm giảm tỉ lệ đối tượng ăn nhiều mỡ, nhiều đường và ăn đêm sau 20 giờ [2]. Kết quả nghiên cứu ghi nhận hiệu quả giáo dục can thiệp đã làm cho tỉ lệ ít ăn rau của nhóm tuân thủ điều trị giảm có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Ở nhóm không tuân thủ tỉ lệ không thường xuyên ăn rau lại tăng lên so với trước can thiệp ($p<0,05$). So sánh sau can thiệp cho thấy tỉ lệ ít ăn rau ở nhóm tuân thủ thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tuân thủ ($p<0,05$). Tỉ lệ thường xuyên sử dụng dầu/mỡ động vật để nấu ăn giảm ở nhóm tuân thủ điều trị so với nhóm không tuân thủ ($p<0,05$).

Các nghiên cứu cho thấy, hoạt động thể lực thường xuyên làm giảm nồng độ glucose, duy trì ổn định lipid máu, HA, cải thiện kháng insulin, và cải thiện tích cực về mặt tâm lý. Phổi

hợp hoạt động thể lực thường xuyên và điều chỉnh chế độ ăn giúp làm giảm nguy cơ mắc ĐTD týp 2. Kết quả ở Bảng 3 ghi nhận tỉ lệ hoạt động thể lực nặng trong công việc và thể thao nặng cả hai nhóm đều giảm. Một trong những lý do có thể là do đặc điểm tuổi càng cao việc tham gia làm các công việc nặng hoặc thể thao nặng càng giảm. Sau can thiệp, tỉ lệ hoạt động thể lực trung bình ở nhóm tuân thủ tăng lên rõ rệt, với $p<0,01$; ở nhóm không tuân thủ không có sự khác biệt, với $p>0,05$. Sau can thiệp tỉ lệ hoạt động trung bình của nhóm được điều trị cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tuân thủ.

Kết quả ở Bảng 4 và Bảng 5 cho thấy sau can thiệp Chỉ số glucose máu sau 2 giờ ở nhóm tuân thủ điều trị giảm có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$) so với trước can thiệp. So sánh chỉ số glucose máu 2 giờ trước can thiệp giữa 2 nhóm là tương đồng, kết quả sau can thiệp ở nhóm tuân thủ can thiệp điều trị thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm không tuân thủ với $p<0,05$.

Kết quả phân tích tỉ lệ phát triển thành ĐTD cho thấy: tỉ lệ chung các đối tượng phát triển thành ĐTD ở cả 2 nhóm sau can thiệp là 12,3%; tỉ lệ các đối tượng phát triển thành ĐTD ở nhóm không tuân thủ (16,1%) cao hơn so với nhóm tuân thủ điều trị (9,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Vậy kết quả can thiệp, điều trị đã giảm được 41,6% nguy cơ tiến triển thành ĐTD của nhóm tuân thủ điều trị so với nhóm không tuân thủ. Kết quả nghiên cứu của Iqbal Hydrie ở người có IGT tại Pakistan trong 12 tháng cho kết quả tỉ lệ chuyển thành ĐTD ở nhóm không tuân thủ là 8,2% thấp hơn nghiên cứu Daqing 18,3% và 11,3%, nhưng cao hơn so với nghiên cứu tại phần lan 6%/năm [5],[7].

Kết quả phân tích tổng hợp của Adam G. Tabák cho thấy khoảng 5 đến 10% người tiền ĐTD sẽ phát triển thành ĐTD thực thụ, và cũng tỉ lệ như vậy sẽ trở về đường máu bình thường. Những nghiên cứu gần đây ghi nhận tỉ lệ phát triển thành ĐTD thực thụ đối với nhóm IGT đơn thuần là 4-6%, IFG đơn thuần là 6-9% thấp hơn nhóm IGT+IFG là 15-19%. William C Knowler và cs ghi nhận tỉ lệ trở về glucose máu bình thường hàng năm là 23% khi can thiệp lối sống đơn thuần, 19% can thiệp bằng metformin, và 19% ở nhóm giả dược [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ

các đối tượng trở về đường máu bình thường ở nhóm tuân thủ điều trị (57,2%) cao hơn nhóm không tuân thủ (43,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Kết quả này tương tự như Leigh Perreault và cs ghi nhận có thể dự phòng can thiệp lối sống để đảo ngược quá trình tiến triển ĐTD; phương pháp can thiệp lối sống có hiệu quả đưa glucose máu trở về bình thường hiệu quả hơn metformin và giả dược [6].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu can thiệp lối sống 618 người tiền ĐTD chẩn đoán theo tiêu chuẩn WHO-IDF-2010, tuổi trung bình $57,2\pm 8,50$ cho kết quả sau:

+Hiệu quả thay đổi lối sống: thói quen hút thuốc, uống rượu/bia khó thay đổi; tỉ lệ ít ăn rau, sử dụng dầu/mỡ động vật giảm; tỉ lệ có HĐTL trong công việc, thể thao và khi đi lại tăng.

+Hiệu quả thay đổi glucose máu và tỉ lệ đái tháo đường: Nhóm tuân thủ có glucose máu lúc đói và glucose sau 2 giờ giảm, tỉ lệ glucose máu về bình thường cao hơn so với nhóm không tuân thủ; can thiệp làm giảm nguy cơ ĐTD là 41,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình** (2007), *Những Nguyên lý Nền tảng Bệnh đái tháo đường - Tảng glucose máu*, Nhà xuất bản Y học, 815.
2. **Cao Mỹ Phượng, Đinh Thanh Huệ, Nguyễn Hải Thuý** (2011), "Nghiên cứu kết quả can thiệp phòng chống tiền đái tháo đường trên cộng đồng tại huyện Cầu Ngang tỉnh Trà Vinh". *Tạp chí Nội tiết - Đái tháo đường*. 3: 20-27.
3. **Diabetes Prevention Program Research Group** (2009), "10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study". *Lancet (London, England)*. 374(9702): 1677-86.
4. **International Diabetes Federation** (2015), "IDF Diabetes Atlas: Seventh edition". *IDF Diabetes Atlas*. Six edition.
5. **Iqbal Hydrie M.Z., Basit A., Shera A.S., et al.** (2012), "Effect of intervention in subjects with high risk of diabetes mellitus in Pakistan". *Journal of nutrition and metabolism*. 2012.
6. **Perreault L., Kahn S.E., Christophi C.A., et al.** (2009), "Regression from pre-diabetes to normal glucose regulation in the diabetes prevention program". *Diabetes Care*. 32(9): 1583-88.
7. **Tuomilehto J., Lindstrom J., Eriksson J.G., et al.** (2001), "Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance". *N Engl J Med*. 3;344(18): 1343-50.

THỰC TRẠNG CÔNG TÁC CHĂM SÓC PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI KHUYẾT TẬT TRONG CÁC GIA ĐÌNH NẠN NHÂN DA CAM/DIOXIN TẠI HUYỆN TIỀN HẢI TỈNH THÁI BÌNH

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

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng công tác chăm sóc phục hồi chức năng cho người khuyết tật trong các gia đình nạn nhân da cam/Dioxin tại huyện Tiền Hải, tỉnh Thái Bình, góp phần tăng cường hiệu quả của công tác phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 298 người KT là nạn nhân da cam/dioxin trong toàn huyện. Kết quả nghiên cứu: 100% người KT đã được chăm sóc y tế và phục hồi chức năng tại các tuyến. Tỷ lệ người KT được phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng chiếm 82,2%. Tỷ lệ người KT được phẫu thuật là 7,4%. Tỷ lệ người KT được sử dụng dụng cụ trợ giúp là 29,5% trong đó sử dụng hàng ngày là 72,7%. 98% số người KT thường xuyên được khám và đánh giá lại. Kết quả phục hồi chức năng mức độ rất tốt là 31%; Mức độ tốt chiếm 57,6%.

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 OF REHABILITATION CARE FOR DISABLED PEOPLE IN DIOXIN- AFFECTED FAMILIES IN TIENHAI DISTRICT, THAIBINH PROVINCE

Objectives: To assess the current situation of rehabilitation care for disabled people in Dioxin/Orange Agent affected families in Tien Hai district, Thai Binh province, contributing to improve the effectiveness of community-based rehabilitation.

Methodology: A cross-sectional descriptive study of 298 dioxin victims in the district. Research results: 100% of people with disabilities had access to health care and rehabilitation services at all levels. The percentage of disabled people with community-based rehabilitation accounted for 82.2%. The percentage of disabled people having surgery was 7.4%. The percentage of people with disabilities receiving accessory aid was 29.5%, 72.7%. of which had daily use of accessory aid. 98% of disabled people were regularly examined and evaluated. The percentage of those with very good level of rehabilitation results was 31%; those with good levels made up 57.6%.

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

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

**Phòng Y tế huyện Tiền Hải, tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Tĩnh

Email: phamtinh_ytb@yahoo.com

Ngày nhận bài: 18.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2017

Ngày duyệt bài: 27.11.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuyết tật (KT) 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.

Năm 2010 ước tính cả nước có khoảng 5,1 triệu người KT chiếm 6% dân số. Trong đó có 1,1 triệu người KT nặng (chiếm 21,5% tổng số người KT); bao gồm khó khăn về vận động chiếm 42%, khó khăn về học chiếm 23%, khó khăn nghe nói chiếm 22%, khó khăn về nhìn chiếm 7%, hành vi xa lạ chiếm 4%, động kinh chiếm 1%, mất cảm giác chiếm 1%. Tỷ lệ người có nhu cầu PHCN là 47% [7]. Một trong những nguyên nhân gây KT đã và đang được xã hội quan tâm nhiều đó là chất độc hóa học da cam/dioxin. 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 và để lại di chứng lâu dài cho các thế hệ con, cháu của những quân nhân và những người dân bị phơi nhiễm với chất độc da cam/Dioxin.

Hiện nay ước tính có khoảng 4,8 triệu người Việt Nam bị nhiễm chất độc da cam/dioxin [1]. 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. Cải thiện chất lượng cuộc sống cho nạn nhân da cam/Dioxin bị KT, giúp họ hòa nhập cộng đồng thông qua các biện pháp can thiệp bằng phục hồi chức năng là những công việc cần thiết có ý nghĩa khoa học và nhân văn sâu sắc. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: Đánh giá thực trạng công tác chăm sóc phục hồi chức năng cho 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 gồm 298 người KT (là nạn nhân da cam/Dioxin của huyện Tiền Hải tỉnh Thái Bình) và thành viên trong gia đình người KT.

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 5/2016 đến tháng 3/2017 tại 35 xã thuộc huyện Tiên 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 qua điều tra cắt ngang.

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

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

Thay các giá trị vào công thức, tính được cỡ mẫu $n = 276$ người.

Thực tế số người KT là nạn nhân da cam/Dioxin của huyện Tiên Hải là 298 người nên chúng tôi chọn toàn bộ vào trong nghiên cứu.

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

- Thông tin chung về người KT: Tuổi, giới, trình độ văn hoá...
- Thông tin về nhu cầu can thiệp y tế, bao gồm:
 - + Tiếp cận dịch vụ y tế nói chung
 - + Tiếp cận dịch vụ về điều trị nội khoa
 - + Tiếp cận dịch vụ phẫu thuật
 - + Tiếp cận dịch vụ dụng cụ trợ giúp
 - + Tiếp cận dịch vụ Phục hồi chức năng.
 - + Thời gian được hỗ trợ phục hồi chức năng tại nhà...

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

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng chương trình SPSS tại Phòng Quản lý khoa học, trường Đại học Y Dược Thái Bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ người khuyết tật được chăm sóc y tế tại các tuyến (n=298)

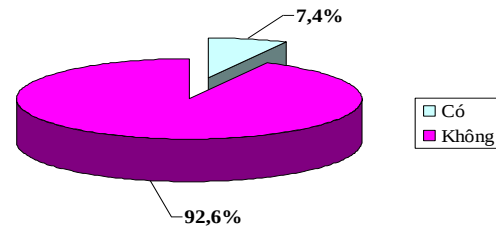
Các tuyến	Tần suất	Tỷ lệ %
Xã	101	33,9
Huyện	139	46,6
Tỉnh	159	55,3
Trung ương	55	18,4

Kết quả bảng 1 cho thấy: Số người KT được chăm sóc y tế tại tuyến xã chiếm tỷ lệ 33,9%; Tại tuyến huyện là 46,6%; Tại tuyến tỉnh là 55,3%. Chỉ có 18,8% số người KT cần chăm sóc y tế tại tuyến trung ương.

Bảng 2. Tỷ lệ người KT được phục hồi chức năng tại các tuyến (n=298)

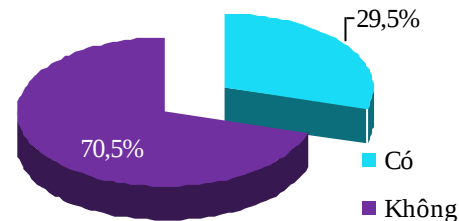
Các tuyến	n	Tỷ lệ %
Cộng đồng	245	82,2
Huyện	60	20,1
Tỉnh	82	27,5
Trung ương	9	3,0

Kết quả bảng 2 cho thấy: Số người KT được PHCN tại tuyến trung ương chiếm tỷ lệ thấp nhất (3%). Số người KT được PHCN tại cộng đồng chiếm tỷ lệ cao nhất 82,2.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ người khuyết tật đã được phẫu thuật

Qua biểu đồ 1 cho thấy: Số người KT được phẫu thuật chiếm 7,4%.



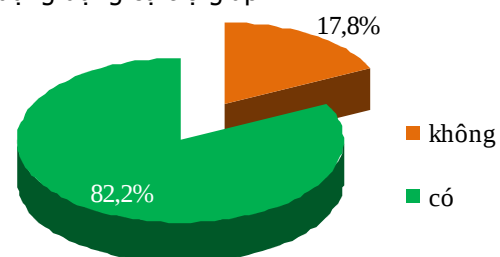
Biểu đồ 2. Tỷ lệ người khuyết tật có sử dụng dụng cụ trợ giúp

Kết quả biểu đồ 2 cho thấy: Số người KT sử dụng dụng cụ trợ giúp chiếm 29,5%.

Bảng 3. Thời gian người khuyết tật sử dụng dụng cụ trợ giúp (n=88)

Tần suất	Số lượng	Tỷ lệ %
Hàng ngày	64	72,7
Thỉnh thoảng	19	21,6
Hiếm khi	2	2,3
Không sử dụng	3	3,4
Tổng	88	100

Kết quả bảng 3 cho thấy: Số người KT sử dụng dụng cụ trợ giúp hàng ngày chiếm 72,7%. Số người KT thỉnh thoảng mới sử dụng dụng cụ trợ giúp chiếm 21,6%. Có 3,4% người KT không sử dụng dụng cụ trợ giúp.



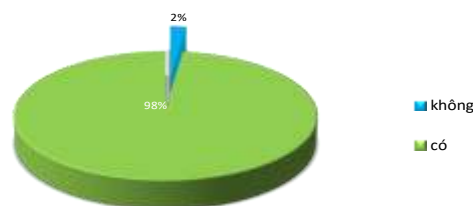
Biểu đồ 3. Tỷ lệ người khuyết tật được Phục hồi chức năng tại nhà

Kết quả biểu đồ 4 cho thấy: Có 82,2% số người KT được phục hồi chức năng tại nhà.

Bảng 4. Thời gian người khuyết tật được hỗ trợ PHCN (n=245)

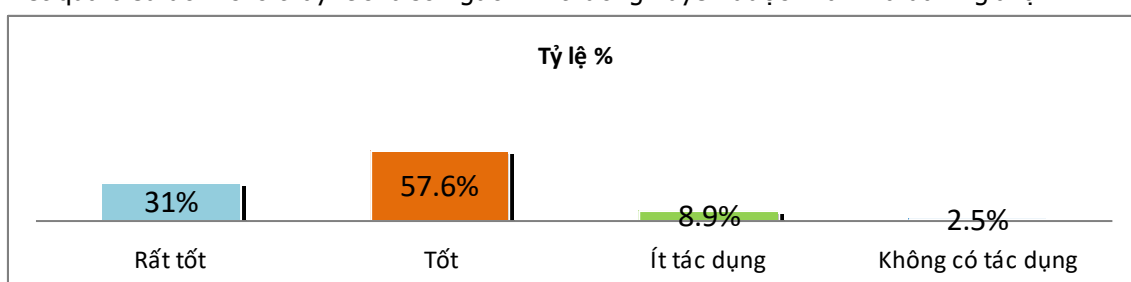
Tần suất	n	Tỷ lệ %
Hàng ngày	15	5,0
3 – 4 lần/tuần	14	4,7
1 – 2 lần/tuần	51	17,1
1 – 2 lần/tháng	168	56,2
Tổng	245	82,2

Kết quả bảng 4 cho thấy: Số người KT được phục hồi chức năng với tần suất 1 – 2 lần/tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 56,2%. Chỉ có 5% số người KT được PHCN tại nhà hàng ngày.



Biểu đồ 4. Tỷ lệ người khuyết tật được khám và đánh giá lại

Kết quả biểu đồ 4 cho thấy: 98% số người KT thường xuyên được khám và đánh giá lại.



Biểu đồ 5. Kết quả phục hồi chức năng của người khuyết tật

Kết quả biểu đồ 5 cho thấy: Kết quả PHCN mức độ rất tốt là 31%; Mức độ tốt chiếm 57,6%. Hiệu quả PHCN kém chiếm 8,9%. Đặc biệt có 2,5% số người KT không có tiến bộ khi can thiệp PHCN

IV. BÀN LUẬN

Chăm sóc y tế: Kết quả NC cho thấy 100% người KT đã được chăm sóc y tế trong đó tại tuyến tỉnh là 55,3%, tuyến huyện chiếm 46,6%, tuyến xã 33,9% và tuyến trung ương 18,4% (bảng 1). Theo kết quả NC của Nguyễn Thị Huyền Ngân thì có 52% người KT có nhu cầu chăm sóc hỗ trợ về y tế [5]. Theo Công ước về Quyền của người KT nêu rõ "Cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người khuyết tật cùng mức độ, chất lượng, tiêu chuẩn, miễn phí hoặc các dịch vụ chăm sóc sức khỏe có khả năng chi trả như những người bình thường bao gồm cả sức khỏe sinh sản, sức khỏe tình dục và các chương trình y tế công dựa vào cộng đồng" [5].

Thực tế hiện nay, khi ốm đau người KT cũng có nhiều nơi để khám chữa bệnh cũng như PHCN. Sự lựa chọn các hình thức khám chữa bệnh phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tính sẵn có của cơ sở y tế, khả năng tiếp cận của cơ sở khám chữa bệnh, điều kiện kinh tế của người KT... Do vậy tỷ lệ lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh là khác nhau.

NC của Nguyễn Thị Bích Ngọc cho thấy: 21,5% người KT chọn nơi họ đã đăng ký khám

chữa bệnh ban đầu. 28,1% người KT chọn nơi khám chữa bệnh phù hợp với tình trạng KT của họ. 21,9% chọn nơi gần nhà, thuận tiện cho việc đi lại. 9% người KT cho rằng tình trạng bệnh, tật của mình không thể tự chữa được ở nhà [6]. Người KT vẫn còn nhiều khó khăn trong việc tiếp cận với các dịch vụ y tế đặc biệt ở những vùng sâu, vùng xa khi điều kiện đi lại không thuận tiện [4].

Phục hồi chức năng: Người KT được PHCN tại cộng đồng chiếm tỷ lệ cao nhất 82,2%; Tuyến tỉnh 27,5%; Tuyến huyện 20,1%. Tuyến trung ương 3,0% (bảng 2).

Phục hồi chức năng là bao gồm các biện pháp về y học, kinh tế xã hội học, giáo dục học và các kỹ thuật phục hồi. Mục đích của PHCN giúp cho người khuyết tật (do hậu quả của bệnh, tai nạn, tuổi cao, bẩm sinh...) được hòa nhập hoặc tái hòa nhập xã hội, có cơ hội bình đẳng tham gia vào các hoạt động của xã hội. Phục hồi chức năng là một trong các lĩnh vực của chăm sóc y tế toàn diện là: Giáo dục sức khỏe; Phòng bệnh; Điều trị và Phục hồi chức năng. Phục hồi chức năng cho người khuyết tật không đơn thuần chỉ là công tác y tế mà nó còn ý nghĩa kinh tế và nhân văn sâu sắc [3].

Phẫu thuật: Kết quả NC biểu đồ 1 cho thấy: Tỷ lệ người KT đã được phẫu thuật chiếm 7,4%. Thông qua quá trình phỏng vấn chúng tôi nhận thấy: Người KT còn gặp nhiều khó khăn trong quá trình phẫu thuật như chi phí đi lại, nhân lực chăm sóc và khó khăn về kinh phí phẫu thuật. Như vậy gánh nặng chi phí khi người KT cần phẫu thuật chủ yếu dồn vào gia đình người khuyết tật. Phần lớn người khuyết tật thuộc hộ gia đình nghèo nên thường được cấp thẻ bảo hiểm y tế để được khám chữa bệnh miễn phí và được hưởng lợi từ các chương trình phẫu thuật nhân đạo cho người khuyết tật. Vì vậy, việc tìm hiểu sự hỗ trợ của chính phủ trong chi trả cho các dịch vụ cần thiết cho người khuyết tật và hiệu quả của sự hỗ trợ này là một vấn đề đáng lưu tâm nghiên cứu.

Sử dụng dụng cụ trợ giúp: Tỷ lệ người KT đã được sử dụng dụng cụ trợ giúp chiếm 29,5%. Thời gian người KT sử dụng dụng cụ trợ giúp hàng ngày chiếm 72,7%; Thỉnh thoảng mới sử dụng chiếm 21,6%; (biểu đồ 2 và bảng 3).

Nhờ nhận được dụng cụ trợ giúp từ chương trình, có nhiều nạn nhân, người KT từ chỗ phụ thuộc trong sinh hoạt đã có thể tự di chuyển, có thể hòa nhập xã hội, thậm chí tham gia lao động sản xuất tạo thu nhập. Nhiều trẻ KT nhờ có dụng cụ trợ giúp đã được vui chơi cũng như đến trường học như những trẻ bình thường khác. Vì vậy cung cấp dụng cụ trợ giúp là một nhiệm vụ không thể thiếu trong chương trình phục hồi chức năng.

Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

Tại các cơ sở nội trú nói chung, ngoài đội ngũ cán bộ chuyên khoa thì các trang thiết bị hiện đại tương đối đầy đủ, sự hợp tác đa chuyên khoa dễ dàng được thực hiện. Mọi yêu cầu về chuyên môn nhằm giải quyết tất cả các vấn đề liên quan đến tình trạng sức khỏe cấp và mãn tính của người KT có thể được giải quyết tại chỗ nên rất thuận tiện. Tuy nhiên, những vấn đề của người KT không thể giải quyết trong một thời gian ngắn mà phải hàng tháng có khi hàng năm [2]. Điều này sẽ ảnh hưởng đến cuộc sống gia đình và của chính người KT. Vì vậy, chiến lược để giải quyết vấn đề người KT chính là PHCN dựa vào cộng đồng. Theo kết quả nghiên cứu biểu đồ 3 và bảng 4 cho thấy: Tỷ lệ người KT được PHCN tại nhà chiếm 82,2%. Tỷ lệ người KT được hỗ trợ 1 – 2 lần/tháng chiếm 56,2%; Hỗ trợ 1 – 2 lần/tuần chiếm 17,1%; Hỗ trợ 3- 4 lần/tuần chiếm 4,7%. Chỉ có 5% số người KT được PHCN hàng ngày.

Các nội dung và hiệu quả của phục hồi chức năng: Kết quả biểu đồ 4, 5 cho thấy: Có 98% số người KT thường xuyên được khám và đánh giá lại. Đánh giá chung về hiệu quả của công tác PHCN tại nhà thì: Kết quả rất tốt 31%; Tốt 57,6%; Ít tác dụng 8,9%. Không tác dụng 2,5%.

Tại Việt Nam, chương trình PHCN dựa vào cộng đồng đã được triển khai trên 46/64 tỉnh thành trong phạm vi cả nước, đã đào tạo được 12.352 cán bộ y tế thôn bản làm công tác tư vấn, hướng dẫn gia đình và thực hành tập luyện PHCN cho người khuyết tật. Đây là lực lượng nòng cốt trong việc tăng cường tiếp cận giữa người KT và hệ thống cung cấp dịch vụ của ngành y tế. Sự thành công hay thất bại của chương trình phụ thuộc vào lòng nhiệt tình, sự hiểu biết của nhân viên PHCN cộng đồng về nhu cầu của người KT và gia đình cũng như kỹ năng của họ trong huy động mọi nguồn lực của cộng đồng nhằm đáp ứng các nhu cầu này [3]. Đến nay, việc PHCN dựa vào cộng đồng được coi là phương pháp kinh tế, hiệu quả trong quá trình hội nhập xã hội của người KT thông qua việc sử dụng toàn bộ các nguồn lực sẵn có ngay tại gia đình và cộng đồng. Qua đây chúng tôi thấy rằng việc đào tạo về PHCN cho cán bộ y tế cơ sở cũng như các thành viên trong gia đình là công việc thiết thực và cấp bách, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho người khuyết tật.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu về thực trạng công tác chăm sóc phục hồi chức năng cho người KT trong các gia đình nạn nhân da cam/Dioxin tại huyện Tiền Hải, tỉnh Thái Bình, chúng tôi nhận thấy: Hầu hết người KT đã được chăm sóc sức khỏe tại các tuyến y tế từ cơ sở tới trung ương. Tỷ lệ người KT được phục hồi chức năng tại cộng đồng chiếm 82,2%. Có 7,4% người KT đã được phẫu thuật. Tỷ lệ người KT đã được sử dụng dụng cụ trợ giúp chiếm 29,5%. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng thực sự góp phần quan trọng trong công cuộc cải thiện chất lượng cuộc sống cho nạn nhân da cam/dioxin và xoa dịu nỗi đau cho bản thân họ cũng như gia đình và xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y Tế - Trường Đại học Y tế công cộng (2012)**, Các dịch vụ y tế cần thiết cho người khuyết tật, Quản lý và tổ chức phục hồi chức năng cho nạn nhân chất độc hóa học/Dioxin trong chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, NXB Y học, tr. 93 – 119.
- Vũ Ngọc Dũng (2010)**, Nhu cầu và thực trạng phục hồi chức năng người khuyết tật tại nhà trên

- địa bàn xã Trung nghĩa, huyện Yên Phong, tỉnh Bắc Ninh năm 2010, Đại học Y tế công cộng, Hn.
3. **Trần Trọng Hải, Nguyễn Thị Minh Thủy, Cao Thị Thu Hoa (2014)**, Một số thành tựu về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng và dự án phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho nạn nhân da cam/người khuyết tật, Tạp chí Y học thực hành, số 912, tr. 62 – 65.
 4. **Phan Thị Thúy Liên (2014)**, Thực trạng thực hành phục hồi chức năng tại nhà của người chăm sóc chính cho trẻ khuyết tật vận động đơn thuần từ 6 - 16 tuổi có nhu cầu tại một số quận huyện của thành phố Đà Nẵng năm 2014, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng.
 5. **Nguyễn Thị Huyền Ngân (2014)**, Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sự hỗ trợ của người chăm sóc chính trong việc phục hồi chức năng tại nhà cho người khuyết tật tại phường Tân hà thành phố Tuyên Quang năm 2014, Luận văn Thạc sỹ Y tế Công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng.
 6. **Nguyễn Thị Bích Ngọc (2014)**, Thực trạng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người khuyết tật và xác định một số yếu tố liên quan tại phường Bách Khoa – Hai Bà Trưng – Hà Nội, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y Tế công cộng.
 7. **Quỹ Dân số Liên hợp quốc tại Việt nam – UNFPA (2011)**, Người khuyết tật ở Việt nam, Một số kết quả chủ yếu từ Tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam 2009, tr. 35 – 37.

NGHIÊN CỨU XÁC ĐỊNH *MALASSEZIA* TRONG BỆNH LANG BEN BẰNG NUÔI CẤY VÀ PCR SEQUENCING

Trần Cẩm Vân*, Nguyễn Vũ Trung**, Nguyễn Hữu Sáu**

TÓM TẮT

(i). Mục tiêu: Xác định các loại *Malassezia* gây bệnh lang ben tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2016. (ii). Đối tượng và phương pháp: 300 bệnh nhân Lang ben có xét nghiệm soi trực tiếp dương tính được tiến hành định danh chủng nấm bằng 2 phương pháp nuôi cấy định danh và PCR sequencing. (iii). Kết quả: Nuôi cấy với tỉ lệ nấm mọc là 90,3%, xác định được 11 loài bao gồm *M. globosa* (42,4%); *M. dermatitis* (17,3%); *M. furfur* (14,4%). *M. globosa* gây bệnh chủ yếu nhóm 20-29 tuổi 36,5%, mức độ bệnh vừa 69,6%, phần bố hầu hết màu sắc dát thương tổn, gặp các vị trí trên cơ thể với hình thái chủ yếu dạng sợi và tế bào nấm men (42,2%). Phương pháp PCR sequencing bệnh phẩm vảy da xác định sự hiện diện của vi nấm ở 59,7% bệnh nhân với 4 loài: *M. globosa* (73,7%), *M. restricta* (11,7%), *M. sympodialis* (5,0%), *M. cuniculi* (0,6%). Kết luận: Xác định *Malassezia* trong bệnh lang ben có thể sử dụng 2 phương pháp nuôi cấy và PCR sequencing cho hiệu quả cao. Trong đó, *M. globosa* là tác nhân chính gây bệnh lang ben

Từ khóa: Lang ben, *Malassezia*, nấm men.

SUMMARY

IDENTIFICATION OF *MALASSEZIA* SPP. FROM PITYRIASIS VERSICOLOR BY CULTURE AND PCR SEQUENCING IN VIET NAM

(i). **Background:** Detecting pathogenic is an important step and assessing the sensitivity of the antifungal drugs, in order to choose effective

treatment method. (ii). **Objectives:** To Identify of *Malassezia* species from pityriasis versicolor. (iii). **Population and methods:** Three hundred patients with pityriasis versicolor who was positive with direct examination, were isolated by culture and PCR sequencing. (iii). **Results:** Identification of *Malassezia* species by culture: the growth rate was 90.3%; the detection rate was 97.0%, included 11 species: *M. globosa* (42.4%), *M. dermatitis* (17.3%), *M. furfur* (14.4%). *M. globosa* was the most prevalent species in the 20-29 group 36.5%, in hyphae and yeast cells (42.2%). Identification of *Malassezia* species by PCR sequencing: The demonstrated positive bands was 59.7%, the detection rates was 91.0%, including 4 species: *M. globosa* (73.7%), *M. restricta* (11.7%), *M. sympodialis* (5.0%), *M. cuniculi* (0.6%). (iv). **Conclusion:** Identification of *Malassezia* spp. from pityriasis versicolor by culture and PCR sequencing was effective. *M. globosa* is main causative of pityriasis versicolor.

Key words: Pityriasis versicolor, yeast, *Malassezia* spp.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Malassezia spp. là nấm men ưa lipid thuộc hệ vi sinh vật bình thường trên da người và động vật máu nóng. *Malassezia* gồm 14 loài trong đó *M. globosa*, *M. furfur*, *M. sympodialis* thường gặp nhất. Bệnh lý liên quan đến *Malassezia* bao gồm lang ben, viêm da đầu, viêm da cơ địa, viêm nang lông, vảy nến, thậm chí ung thư da... Lang ben là bệnh lý thường gặp, phổ biến khắp nơi trên thế giới, đặc biệt những vùng có khí hậu nhiệt đới nóng ẩm chiếm 18% dân số [1]. Trên thế giới, tùy từng điều kiện địa dư, khí hậu tỉ lệ gây bệnh lang ben giữa các loài *malassezia* thay đổi. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu xác định các loài *Malassezia* gây bệnh lang ben tại Bệnh viện Da liễu Trung ương bằng nuôi cấy định danh và PCR sequencing.

*Bệnh viện Da liễu TW

**Trường Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Trần Cẩm Vân

Email: camvanvy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 27.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 9.11.2017

Ngày duyệt bài: 15.11.2017

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 300 bệnh nhân lang ben có xét nghiệm soi trực tiếp dương tính đến khám và điều trị tại bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 1/2016 đến 12/2016. Các mẫu bệnh phẩm vảy da tiến hành: nuôi cấy định danh và PCR sequencing. Nuôi cấy môi trường mDixon, SDA, định danh bằng test catalase, Tween 20, Tween 40, Tween 60, Tween 80, Chrom agar *Malassezia*... PCR sequencing: Sử dụng bộ kit Big Dye X Terminator (Mỹ), Primer F M13(-21), chạy điện di trên gel, đo nồng độ PCR, giải trình tự gen so sánh với ngân hàng dữ liệu gen thế giới NCBI (Genbank). Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0 và các test thống kê y học, xác định tỉ lệ các loài *Malassezia* gây bệnh lang ben.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

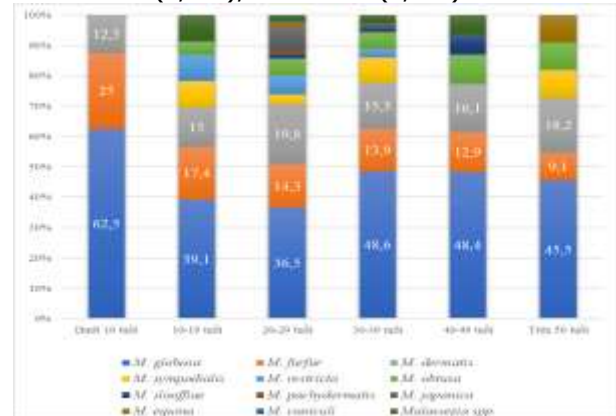
Từ 300 mẫu bệnh phẩm vảy da của bệnh nhân lang ben, có 271 trường hợp nấm mọc chiếm lệ 90,3%.

Bảng 3.2. Kết quả định danh các loài *Malassezia* bằng nuôi cấy

Loài	N	%
<i>M. globosa</i>	115	42,4
<i>M. furfur</i>	39	14,4
<i>M. dermatitis</i>	47	17,3
<i>M. sympodialis</i>	13	4,8
<i>M. restricta</i>	12	4,4
<i>M. obtusa</i>	16	5,9
<i>M. slooffiae</i>	5	1,8
<i>M. pachydermatis</i>	1	0,4
<i>M. japonica</i>	11	4,1
<i>M. equina</i>	3	1,1
<i>M. cuniculi</i>	1	0,4
<i>Malassezia</i> spp.	8	3,0
Tổng	271	100

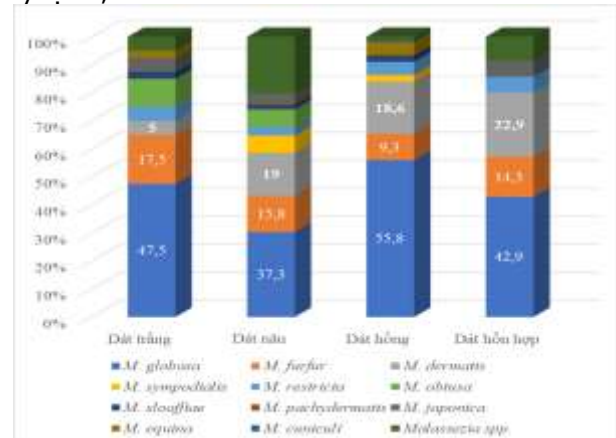
Nhận xét bảng 3.1: Trên 271 mẫu nuôi cấy thành công, xác định được 11 loài *Malassezia* gây bệnh lang ben. Trong đó *M. globosa* (42,4%), *M. furfur* (14,4%), *M. dermatitis*

(17,3%), ít gặp hơn là *M. sympodialis* (4,8%), *M. restricta* (4,4%), *M. obtusa* (5,9%).



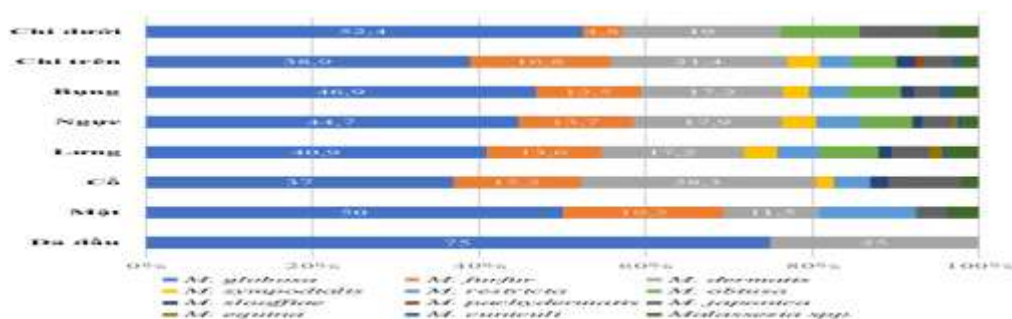
Biểu đồ 3.1. Phân bố *Malassezia* gây bệnh lang ben theo nhóm tuổi

Nhận xét: Tất cả các loài đều gây bệnh lang ben. Trong đó, *M. globosa* chiếm ưu thế hơn với tỷ lệ 36,5% ở nhóm từ 20-29 tuổi.



Biểu đồ 3.2. Phân bố loài *Malassezia* gây bệnh lang ben theo màu sắc da

Nhận xét biểu đồ 3.2: Da nâu chiếm đa số với tỷ lệ 58,3%. Da trắng, da hồng và da hỗn hợp tương đương nhau.



Biểu đồ 3.3. Phân bố loài *Malassezia* gây bệnh lang ben theo vị trí thương tổn

Nhận xét: Lưng, ngực, bụng là những vị trí thường xuyên thấy sự xuất hiện của các loài vi nấm.

Bảng 3.3. Kết quả *Malassezia* định danh theo PCR sequencing

Loài	N	%
<i>M. globosa</i>	132	73,7
<i>M. sympodialis</i>	9	5,0
<i>M. restricta</i>	21	11,7
<i>M. cuniculi</i>	1	0,6
<i>Malassezia</i> spp.	16	9,0
Tổng	179	100

Nhận xét bảng 3.2. Kết quả giải trình tự gen sử dụng phương pháp PCR sequencing. Trên 179 mẫu, xác định 4 loài gây bệnh lang ben. Trong đó *M. globosa* (73,7%), *M. sympodialis* (5%), *M. restricta* (11,7%), *M. cuniculi* (0,6%).

IV. BÀN LUẬN

Trên 271 mẫu nuôi cấy thành công, tiến hành định danh được 11 loài *Malassezia*: *M. globosa*, *M. furfur*, *M. dermatitis*, *M. sympodialis*, *M. restricta*, *M. obtusa*, *M. slooffiae*, *M. pachydermatis*, *M. japonica*, *M. equina*, *M. cuniculi*.

Chúng tôi kiểm tra sự phát triển *M. pachydermatis* trên môi trường thạch Sabouraud (SDA). *M. restricta* có test Catalase phản ứng âm tính. Sau đó, tiến hành làm các phản ứng với Tween 20, Tween 40, Tween 60, Tween 80. Tiếp theo, so sánh với hình thái đại thể khuẩn lạc và nhuộm soi vi thể định danh 3 loài bao gồm: *M. sympodialis*, *M. japonica*, *M. slooffiae*. Một số loài khác nuôi cấy trong môi trường Chrom agar *Malassezia*, dựa vào hình thái, màu sắc và tính chất khuẩn lạc, định danh 6 loài bao gồm: *M. furfur*, *M. dermatitis*, *M. globosa*, *M. obtusa*, *M. cuniculi*, *M. yamatoensis*. Kết quả trong nghiên cứu cho thấy cao hơn phương pháp của Abbas, Rezvan Talaei và cs (2014) [2], Nguyễn Đình Nga và cs (2007) [3]. Tuy nhiên, bên cạnh môi trường nuôi cấy thì điều kiện môi trường khí hậu, địa dư cũng là một yếu tố ảnh hưởng không nhỏ đến sự phân bố các loài *Malassezia*. Hơn nữa, một số loài mới phát hiện trong những năm gần đây như *M. equina*, *M. caprae* (2007), *M. cuniculi* (2011) có thể làm tăng số lượng loài phát hiện được.

Nghiên cứu của Nguyễn Đình Nga và cs (2007) tiến hành tại Việt Nam, kết quả loài chủ yếu là *M. furfur* (57,33%), *M. globosa* rất thấp chỉ chiếm 4/75 trường hợp [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi từ bảng 3.1 cho thấy *M. globosa* là loài chiếm đa số (42,4%), *M. furfur* (14,4%). Kết quả phù hợp với: Bitar Tarazooie và cs (2004) *M. globosa* chiếm 53,3% [4], Asja Prohic và cs (2006) với 63,3% [5], Karakas và cs (2009) với 47,7% [6]. Như vậy, *M. globosa* chiếm ưu thế ở các khu vực khác nhau trên thế

giới và Việt Nam. *M. furfur* được y văn đề cập là loài gặp thường xuyên và gây bệnh chủ yếu, nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ chiếm 14,4% đứng thứ 3 sau *M. globosa* (39,5%) và *M. dermatitis* (18,1%). Điều đặc biệt, *M. furfur* là loài vi nấm phát triển tốt nên nuôi cấy dễ dàng hơn các loài khác trong chi *Malassezia*. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với các tác giả khác: Karakas và cs (2009) [6], Rezvan Talaei và cs (2014) [2].

Trong các nhóm tuổi khác nhau, *M. globosa* luôn chiếm ưu thế, tiếp theo *M. dermatitis*, *M. furfur*. Nhóm nghiên cứu không gặp *M. furfur* ở người trên 50 tuổi trong khi đó gặp chủ yếu loài thuộc vi hệ như *M. obtusa*. Nhóm dưới 10 tuổi, thường gặp *M. globosa*, *M. furfur*, *M. dermatitis*. Tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 2/1. Có thể, nam giới là đối tượng lao động chính và ưa hoạt động thể lực, nên sự tiếp xúc với nhiều yếu tố môi trường khác nhau có thể là yếu tố thuận lợi khiến vi nấm bùng phát và gây bệnh dẫn tới tỷ lệ nhiễm nấm ở nam cao hơn nữ.

Sự phân bố tỷ lệ một số loài thường gặp ở cả hai giới đồng đều như nhau: *M. globosa* chiếm 63,5%; *M. dermatitis* 68,1%; *M. furfur* 79,5%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới. *Malassezia* spp. là nấm men thuộc vi hệ da người, gây bệnh cơ hội khi có điều kiện thuận lợi nên phân bố với tỷ lệ như nhau không phân biệt giới tính. *M. dermatitis* gặp khá nhiều ở thương tổn viêm: dát hồng và dát hỗn hợp. *M. sympodialis* gặp chủ yếu ở dát nâu.

PCR sequencing là một kỹ thuật không mới, tuy nhiên chưa được áp dụng phổ biến để định danh các loài vi nấm, đặc biệt *Malassezia*. Trong nghiên cứu này, từ 300 mẫu bệnh phẩm vảy da bệnh nhân lang ben, chúng tôi tiến hành làm PCR đã cho kết quả có 179 mẫu dương tính chiếm tỷ lệ 59,7%. Sau đó, tiến hành giải trình tự gen và so sánh ngân hàng gen *Malassezia*, kết quả xác định được 4 loài *Malassezia* bao gồm: *M. globosa*, *M. sympodialis*, *M. restricta*, *M. cuniculi* (bảng 3.2). Tuy chỉ tìm được 4 loài *Malassezia*, ít hơn so với kỹ thuật định danh bằng nuôi cấy (11 loài) nhưng phù hợp là *M. globosa* chiếm tỷ lệ cao nhất (73,7%). Chúng tôi chưa tìm được tài liệu đề cập đến phương pháp định danh *Malassezia* bằng PCR sequencing từ vảy da nên chưa có số liệu so sánh. Gaitanis và cs (2002) tìm được 7 loài bao gồm *M. furfur*, *M. globosa*, *M. obtusa*, *M. slooffiae*, *M. restricta*, *M. sympodialis*, *M. pachydermatis* [7]. Tuy nhiên tác giả Gaitanis sử dụng phương pháp PCR- RFLP

nên độ nhạy cao hơn PCR- sequencing. Do vậy, mỗi quy trình khác nhau, sử dụng các phương pháp khác nhau có thể cho kết quả khác nhau. Nhìn chung, phương pháp PCR- sequencing từ vảy da vẫn là một phương pháp có giá trị thực tiễn nhất định và đóng góp thêm một kỹ thuật mới trong xác định loài *Malassezia*.

V. KẾT LUẬN

Lần đầu tiên tại Việt Nam áp dụng thành công 2 phương pháp nuôi cấy định danh và PCR sequencing xác định được một số loài *Malassezia* gây bệnh lang ben. Trong đó, phương pháp nuôi cấy định danh có cải tiến xác định 11 loài, chủ yếu gây bệnh: *M. globosa* (42,4%); *M. dermatis* (17,3%); *M. furfur* (14,4%). Kỹ thuật PCR sequencing có thể định danh được 4 loài: *M. globosa* (73,7%), *M. restricta* (11,7%), *M. sympodialis* (5,0%), *M. cuniculi* (0,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Velegraki, A., et al., *Malassezia* infections in humans and animals: pathophysiology, detection, and treatment. PLoS Pathog, 2015. **11**(1): p. e1004523.
2. Talaei, R., et al., *Molecular Identification and Prevalence of Malassezia Species in Pityriasis Versicolor Patients From Kashan, Iran*. Jundishapur J Microbiol, 2014. **7**(8).
3. Nguyễn Đình Nga, Lê Thị Ngọc Huệ, and Phạm Ngọc Hiền Vy, *Ly trích và định danh Malassezia spp. từ vảy da của một số người Việt Nam tình nguyện*. Tạp chí Y dược học Thành phố Hồ Chí Minh, 2007. **11**(2): p. 186-191.
4. Tarazooie, B., et al., *Study of the distribution of Malassezia species in patients with pityriasis versicolor and healthy individuals in Tehran, Iran*. BMC Dermatol, 2004. **4**: p. 5.
5. Prohic, A.&L.Ozegovic, *Malassezia species isolated from lesional & non-lesional skin in patients with pityriasis versicolor*. Mycoses, 2007. **50**(1): p. 58-63.
6. Karakas, M., et al., *Epidemiology of pityriasis versicolor in Adana, Turkey*. J Dermatol, 2009. **36**(7): p. 377-82.
7. Gaitanis, G., et al., *Identification of Malassezia species from patient skin scales by PCR-RFLP*. Clin Microbiol Infect, 2002. **8**(3): p. 162-73.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN THÂN XƯƠNG CHÀY BẰNG ĐINH SIGN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Lê Việt Cường*, Vũ Minh Hải*, Phạm Thị Tĩnh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gờ kín thân xương chày bằng đinh SIGN tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 65 bệnh nhân gờ kín thân xương chày được điều trị bằng đinh SIGN tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 1/2014 đến tháng 2/2017. **Kết quả:** 65 bệnh nhân với thời gian theo dõi trung bình 16 tháng, đánh giá kết quả theo Ter-schiphorst: Rất tốt 84,9%, Tốt 15,1%. **Kết luận:** Kết hợp xương bằng đinh SIGN là phương pháp tối ưu cho gờ kín thân xương chày. Đảm bảo cố định vững chắc, liền xương tốt, phục hồi chức năng và có tính thẩm mỹ cao.

Từ khóa: Đinh SIGN, gờ kín thân xương chày

SUMMARY

THE ASSESSMENT OF TIBIAL CLOSE FRACTURE TREATMENT WITH SIGN NAIL AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

Objectives: The assessment of tibial close fracture treatment with SIGN nail at Thai Binh general

hospital. **Method:** A descriptive study was conducted among 65 patients having tibial close fracture treated with SIGN nail at Thai Binh general hospital from January 2014 to February 2017. **Result:** The 65 patients with average time of 16 months postoperative observation show the result according to Ter-schiphorst result: excellent: 84,9%, good: 15,1%. **Conclusion:** Internal fixation with SIGN nail is the optimal method for tibia shaft fractures. It ensures the firmness of the fixation, fast bone healing and soon functional rehabilitation. Especially, it has high aestheticism.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gờ thân xương chày là loại gãy dưới lồi củ trước xương chày 1 cm và trên khớp chày sên 3 khoát ngón tay. Ở nước ta, trong những năm gần đây loại gãy này có xu hướng gia tăng về số lượng, tính chất phức tạp của tổn thương do sự phát triển nhanh và không đồng bộ của giao thông cùng với các công trình xây dựng cơ bản.

Phương pháp kết xương đóng định nội tủy có chốt ngang được nhiều tác giả trong và ngoài nước áp dụng và đã khẳng định được tính ưu việt, với việc điều trị tổn thương gãy thân xương chày.

Từ năm 2012 đến nay, khoa Chấn thương Chỉnh hình-Bông Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình đã ứng dụng đinh nội tủy SIGN điều trị gãy

*Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải

Email: vuminhhai777@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2017

Ngày duyệt bài: 30.11.2017

kín thân xương chày, bước đầu đã đem lại nhiều kết quả khả quan. Để rút kinh nghiệm và nâng cao chất lượng điều trị loại gãy xương này tại cơ sở, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu: *Kết quả điều trị gãy kín thân xương chày bằng đinh SIGN tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 65 bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín thân xương chày và được phẫu thuật bằng đinh SIGN tại khoa chấn thương chỉnh hình - Bông, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 1/2014 đến tháng 2/2017 và được theo dõi đến tháng 8/2017.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- BN bị chấn thương gãy kín thân hai xương cẳng chân hoặc gãy kín thân xương chày.

- Giới hạn: Cách khe khớp gối > 10cm, cách khe khớp cổ chân > 5cm.

- Tuổi ≥ 17

- Đủ hồ sơ bệnh án, phim X- quang trước mổ, sau mổ và phim chụp kiểm tra kết quả điều trị.

+ Tiêu chuẩn loại trừ

- BN < 17 tuổi.

- BN gãy hở, gãy do bệnh lý, gãy ở chi có sẵn các di chứng bại liệt, cứng khớp gối và khớp cổ chân, gãy xương kèm hội chứng khoang, tổn thương mạch máu và thần kinh

- BN không hợp tác điều trị bằng phương pháp đóng đinh SIGN, mà lựa chọn các phương pháp khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang

2.3. Đánh giá kết quả theo Ter-schiphorst

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tuổi và giới

Nhóm tuổi	Giới	Nam		Nữ		Tổng	
		SL	%	SL	%	SL	%
17 – 39		18	36,7	7	43,8	25	38,5
40 – 59		27	55,1	8	50,0	35	53,8
> 60		4	8,2	1	6,2	5	7,7
Tổng số		49	75,4	16	24,6	65	100,0

Thấp nhất 17 tuổi, cao nhất 81 tuổi, trung bình 42,3 tuổi. Nhóm tuổi 40 - 59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 53,8%.

Bảng 2. Vị trí gãy xương

Vị trí gãy	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1/3 trên	-	-
1/3 giữa	34	52,3
1/3 dưới	23	35,4
Gãy 3 đoạn	8	12,3

Tỷ lệ BN gãy 1/3 giữa chiếm tỷ lệ cao nhất 52,3%, BN gãy ở 1/3 dưới chiếm 35,4%, không có BN nào gãy ở vị trí 1/3 trên

Bảng 3. Kích cỡ đinh

Kích cỡ đinh	Số 8		Số 9		Tổng cộng	
	SL	%	SL	%	SL	%
Độ dài(mm)						
280	12	25,5	3	16,7	15	23,1
300	18	38,3	8	44,4	26	40,0
320	17	36,2	5	27,8	22	33,8
340	0	0	2	11,1	2	3,1
Tổng cộng	47	72,3	18	27,7	65	100,0

Diễn biến tại vết mổ: 65 BN trong nghiên cứu đều liên vết mổ, liên tại chỗ bắt vít kỳ đầu, không có BN bị nhiễm khuẩn vết mổ, hoặc nhiễm khuẩn sâu viêm xương.

Bảng 4. Kết quả nắn chỉnh theo vị trí gãy

Vị trí gãy	Kết quả	Thẳng trục		Di lệch cho phép		Tổng cộng	
		SL	%	SL	%	SL	%
1/3 trên		0	0	0	0	0	0
1/3 giữa		34	52,3	0	0	34	52,3
1/3 dưới		23	35,4	0	0	23	35,4
Gãy 3 đoạn		8	12,3	0	0	8	12,3

Bảng 5. Kết quả nắn chỉnh theo hình thái ổ gãy xương

Hình thái	Kết quả	Thẳng trục		Di lệch cho phép		Tổng cộng	
		SL	%	SL	%	SL	%
Ngang		1	1,5	0	0	1	1,5
Chéo vát		37	56,9	0	0	37	56,9
Có mảnh rời		19	29,2	0	0	19	29,2
Gãy 3 đoạn		8	12,3	0	0	8	12,3

Kết quả xa: Thời gian để đánh giá kết quả xa là sau mỗi 12 tháng và sau rút đinh ít nhất 01 tháng. Chúng tôi kiểm tra được 33 BN đạt tiêu chuẩn.

Bảng 6. Kết quả phục hồi ổ gãy trên X-quang

Kết quả liên xương	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Liên xương hết di lệch	31	93,9
Liên xương còn di lệch ít	2	6,1

Liên xương hết di lệch 31/33BN (93,9%), liên xương còn di lệch ít 2/65 BN (6,1%). Không có BN nào chậm liền xương, khớp giả

Bảng 7. Kết quả theo Ter-schiphorst

Kết quả chung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	28	84,9
Tốt	5	15,1
Tổng cộng	33	100

Kết quả rất tốt chiếm tỷ lệ 84,9%, tốt 15,1%, không có BN nào ở mức trung bình và kém.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Lựa chọn phương pháp điều trị gãy kín thân xương chày

Phương pháp kết hợp xương bằng đinh SIGN đảm bảo cố định ổ gãy vững chắc, khắc phục được di lệch xoay, di lệch chông. Qua điều trị cho 65 BN nhận thấy đây là phương pháp hữu hiệu. Từ 4 ngày sau mổ, cho bệnh nhân tập vận động gấp duỗi gối và cổ bàn chân, cho tỳ nén 4 tuần sau mổ và 5 - 6 tuần sau có thể không cần đi nạng. Kết quả: 100% liền vết mổ kỳ đầu và liền xương thẳng trục, phục hồi chức năng tốt.

Nguyễn Đức Âu (2013), Nguyễn Ngọc Hùng (2012), Nguyễn Thành Trung (2012) [1], [3], [4] đã dùng đinh SIGN điều trị cho bệnh nhân kết quả 100% BN liền xương.

4.2. Chỉ định phẫu thuật: Áp dụng hầu hết các vị trí, hình thái gãy ở thân xương chày kể cả gãy thành 3 đoạn. Tuy nhiên vị trí gãy cần phải trên khe khớp cổ chân 7cm và dưới khớp gối 10cm.

4.3. Tai biến và biến chứng: Chúng tôi chưa gặp tai biến nào trong quá trình phẫu thuật như kẹt đinh, đóng đinh trượt ra ngoài ống tủy, đóng đinh gây thủng vỡ thành xương đầu trung tâm, đầu ngoại vi hoặc đóng đinh phạm khớp chày sên.

Có 01 BN bị hạn chế vận động khớp gối ít do gãy kín 3 đoạn xương chày có gãy xương đùi kèm theo nên phải mở tối thiểu ổ gãy.

Lhowe D.W. cho tỷ lệ nhiễm khuẩn là 5%, Green A và cộng sự nghiên cứu 32 BN kết quả 16% nhiễm khuẩn [6], Bùi Trung Dũng kết quả 91.66% liền vết mổ kỳ đầu, 5,00% nhiễm khuẩn nông và 3,37% nhiễm khuẩn sâu.

4.4. Kỹ thuật đóng đinh SIGN: Chúng tôi chủ trương khoan ống tủy, vì chúng tôi nhận thấy rằng đinh SIGN là đinh cong nên đường kính thật của đinh lớn hơn so với bản thân nó. Khi khoan ống tủy sẽ tạo một ống tủy đều nhau do đó có thể chọn được chính xác kích thước của đinh nên không gặp biến chứng gãy, kẹt đinh, vỡ xương do đóng đinh to hơn kích thước ống tủy.

V. KẾT LUẬN

Kết hợp xương bằng đinh SIGN là phương pháp tối ưu cho gãy kín thân xương chày. Đảm bảo cố định vững chắc, liền xương tốt, phục hồi chức năng và đặc biệt có tính thẩm mỹ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Âu (2013), "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương chày bằng đinh SIGN tại Bệnh viện 7 Quân khu 3", Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Quân Y.
2. Bùi Trung Dũng (2003), "Kết quả điều trị gãy hở độ I, độ II 2 xương cẳng chân ở người lớn bằng phương pháp kết xương nẹp vít tại bệnh viện 103", Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Quân y.
3. Nguyễn Mạnh Hùng (2012), "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân 2 xương cẳng chân bằng đinh SIGN tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa", Luận văn Thạc sĩ y học, Học viện Quân y.
4. Nguyễn Thành Trung (2012), "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín 1/3 dưới 2 xương cẳng chân bằng đinh nội tủy SIGN tại bệnh viện 175", Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Quân y.
5. Nguyễn Đình Trực (2004), "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín mâm chày ở người lớn bằng phương pháp kết xương nẹp vít tại viện quân y 103", Luận văn chuyên khoa II, Học viện Quân Y.
6. Egbert J.D. Veen et al (2011), "Comparing the centro nailing system with the undreamed tibia nail", Injury 42(10), 1049-1052
7. Fortis A.P., Dumas A, Lamprakis A.A. (2008), "Expandable nailing system for tibial shaft fractures", Injury, Int. J. Care Injured (2008) 39, 940-946.

NGHIÊN CỨU ÁP DỤNG CỘNG HƯỞNG TỪ TIM TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH TIM THIẾU MÁU CỤC BỘ MẠN TÍNH

Nguyễn Khôi Việt*, Nguyễn Ngọc Tráng*, Lê Thị Thùy Liên*,
Hoàng Thị Vân Hoa*, Phùng Bảo Ngọc*,
Phạm Minh Thông*, Nguyễn Quốc Dũng**

TÓM TẮT⁴⁰

Mục đích: Khảo sát tổn thương cơ tim trong bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính và đánh giá liên quan giữa các tổn thương trên cộng hưởng với mức độ tổn thương động mạch vành. **Phương pháp:** 87 bệnh nhân (tuổi trung bình $62,89 \pm 12,31$, 63 nam, chiếm 72,4%) nghi ngờ BTTMCBMT được chụp CHT tim bằng máy CHT 1.5 Tesla đánh giá tim về hình thái và chức năng, trong đó tưới máu gắng sức thực hiện ở 36 BN. Tưới máu gắng sức với Adenosin và thuốc đối quang từ Gadonilium, chụp thì gắng sức, thì nghỉ và ngấm thuốc muộn từ đó đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu so với chụp động mạch vành cản quang (ngưỡng hẹp có ý nghĩa $\geq 50\%$). **Kết quả:** Đánh giá chức năng thất trái EF trung bình: $47,34 \pm 15,33\%$, 33,3% có EF giảm nặng ($EF < 40\%$) đến rất nặng ($< 30\%$); 83,9% có rối loạn vận động thành thất trái trong đó giảm vận động thành tim 58,6%, vô động 24,1%. Tất cả các BN đều được chụp ĐMV cản quang, trong đó 89,7% BN có hẹp có ý nghĩa. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính của chuỗi xung tưới máu và phổi hợp hai chuỗi xung cao lần lượt là 93,3%; 83,3%; 96,6%. Với chuỗi xung ngấm thuốc muộn, độ nhạy và độ đặc hiệu cũng cao 91,6% và 77,8% tuy nhiên giá trị dự báo âm tính thấp 50%. Phổi hợp hai chuỗi xung sẽ làm tăng giá trị chẩn đoán so với chỉ sử dụng chuỗi xung ngấm thuốc muộn đơn độc, đặc biệt là độ đặc hiệu. **Kết luận:** Chụp CHT tim có giá trị chẩn đoán cao trong bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính với sự kết hợp hai chuỗi xung tưới máu và ngấm thuốc muộn cơ tim.

SUMMARY

CARDIAC MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN DIAGNOSE CHRONIC ISCHEMIC HEART DISEASE

Objective: To describe the imaging characteristics on cardiac MRI in patients with chronic ischemic heart disease and to define the relationship between the myocardial lesions on Cardiac Magnetic Resonance Imaging with the stenosis degree of coronary artery on invasive coronary angiography (ICA). **Material and Methods:** 87 patients with suspected chronic ischemic heart disease, 63 males (72,4%) with mean age: $62,89 \pm 12,31$ year (25-86) underwent CMR 1.5 Tesla to evaluate morphology and function of the left ventricular ; stress perfusion (PERF) and rest perfusion

in 36 patient with adenosine followed by Late gadolinium enhancement (LGE) using Gadolinium. Stenosis $\geq 50\%$ in invasive coronary angiography was considered significant. **Results:** EF: $47,34 \pm 15,33\%$ with 33,3% patients with severe EF. Hypokinesia: 58,6%, Akinesia: 24,1%. 89,7% of patient with significant stenosis of coronary artery on ICA. Sensitivity, specificity, PPV for perfusion and the combination of PERF/LGE was 93,3%; 83,3%; 96,6%, respectively. With LGE, sensitivity and specificity was 91% and 77,8%, respectively. The combination of PERF and LGE imaging can increase diagnostic accuracy compared to LGE alone, especially by increasing specificity. **Conclusion:** In chronic ischemic heart disease, the combination of stress PERF and late gadolinium enhancement on cardiac MRI has high diagnostic accuracy.

Key words: Cardiac Magnetic Resonance Imaging, chronic ischemic heart disease, coronary artery, late gadolinium, perfusion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính (BTTMCBMT) là một tình trạng bệnh lý của ĐMV gây ra bởi sự xơ vữa làm hẹp lòng ĐMV dẫn đến giảm tưới máu cơ tim, gây mất mất cân bằng giữa cung cấp và nhu cầu oxy cơ tim. Đây là loại bệnh khá thường gặp ở những nước phát triển và có xu hướng gia tăng ở những nước đang phát triển, là nguyên nhân chính gây tử vong cho các bệnh nhân tim mạch [1,2]. Việc chẩn đoán chính xác bệnh để có hướng điều trị và dự phòng hợp lý là rất quan trọng. Bên cạnh những phương pháp chẩn đoán kinh điển như lâm sàng, điện tâm đồ, điện tâm đồ gắng sức, chụp xạ hình cơ tim (SPECT), chụp động mạch vành (ĐMV) qua da, chụp cộng hưởng từ tim (CHT tim); trong đó chụp CHT tim là phương pháp mới, không xâm lấn, có giá trị cao trong chẩn đoán BTTMCBMT cho phép đánh giá chính xác chức năng tim, đặc biệt là sự vận động thành thất, đánh giá vùng cơ tim thiếu máu để từ đó hướng tới ĐMV tổn thương, xác định chính xác phạm vi xuyên thành của nhồi máu giúp đánh giá tính sống còn cơ tim dự đoán khả năng hồi phục sau tái tưới máu. Như vậy, chụp CHT tim có ưu thế vượt trội trong chẩn đoán xác định, hướng dẫn điều trị và theo dõi bệnh nhân bị bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ [3,4]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Nghiên cứu áp

*Khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh Viện Bạch Mai

**Khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh Viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Khôi Việt

Email: drnguyenkhoiviet@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2017

Ngày duyệt bài: 30.11.2017

dụng cộng hưởng từ tim trong chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính" với hai mục tiêu sau: 1. Khảo sát các tổn thương cơ tim trong bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính. 2. Đánh giá liên quan giữa các tổn thương trên cộng hưởng từ với mức độ tổn thương mạch vành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán hay nghi ngờ BTTCBMT, được khám, điều trị nội trú tại bệnh viện Bạch Mai với hồ sơ bệnh án đầy đủ, được tiến hành chụp CHT tim và chụp ĐMV cản quang.

Tiêu chuẩn chọn lựa: Chúng tôi chọn vào nghiên cứu tất cả các bệnh nhân đã được chẩn đoán hay nghi ngờ BTTCBMT được tiến hành chụp cộng hưởng từ tim và chụp động mạch vành cản quang.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân chống chỉ định với thuốc giãn sức Adenosine.
- Bệnh nhân chống chỉ định với CHT: đặt máy tạo nhịp, dị ứng thuốc đối quang từ, chứng sợ bị nhốt kín, không nằm ngửa được.

2.1. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Thời gian tiến hành nghiên cứu: từ tháng 2/2012 đến tháng 3/2014.
- Địa điểm nghiên cứu: Khoa chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Bạch Mai và Phòng can thiệp tim mạch viện tim mạch bệnh viện Bạch Mai.

- Phương tiện nghiên cứu: Máy chụp CHT Magnetom Avanto 1,5 Tesla (Siemens), máy CHT Ingenia 1,5 Tesla (Phillips) có phần mềm xử lý hình ảnh tim chuyên dụng. Máy chụp ĐMV cản quang (Phillips, Toshiba) tại đơn vị tim mạch can thiệp Viện Tim mạch BV Bạch Mai.

2.2. Quy trình nghiên cứu

- Hỏi bệnh, khai thác triệu chứng lâm sàng và các yếu tố nguy cơ theo mẫu bệnh án, điều tra các xét nghiệm cận lâm sàng khác.
- Bệnh nhân được làm CHT tim theo một quy trình chuẩn.
- Đối chiếu kết quả chụp CHT tim với chụp động mạch vành cản quang.

2.3. Quy trình chụp cộng hưởng từ tim

- Chụp theo quy trình chuẩn: các chuỗi xung cine, đánh giá tưới máu ở thì nghỉ và gắng sức, chuỗi xung chụp muện đánh giá ngấm thuốc muện cơ tim theo các mặt phẳng theo trục ngắn và trục dài (2 buồng, 4 buồng)
- Tưới máu gắng sức (stress perfusion): truyền liên tục Adenosin với liều 140µg/kg/phút

trong 3 phút, sau đó bơm Gadolinium 0,075mmol/kg thu tín hiệu tưới máu cơ tim liên tục trên các mặt phẳng trục dài và trục ngắn (đáy, giữa và mỏm tim).

2.3.2. Các bước đọc kết quả

- Kết quả được đọc bằng sự phối hợp 2 thành phần của CHT tim: đánh giá tưới máu cơ tim trên chuỗi xung tưới máu và đánh giá hoại tử nhồi máu trên xung ngấm thuốc muện.

- Đánh giá tưới máu cơ tim: phối hợp giữa hình ảnh 2 pha: pha gắng sức và pha nghỉ, vùng không ngấm thuốc trong pha gắng sức nhưng lại ngấm thuốc trong pha nghỉ chính là vùng thiếu máu. Định lượng vùng thiếu máu theo thang điểm theo phân vùng thất trái (16/17 vùng). Số điểm sẽ được tính tổng 16 vùng/ 16. Nếu tim bình thường: điểm =1, nếu có thiếu máu điểm >1.

- Đánh giá vùng hoại tử nhồi máu: vùng ngấm thuốc muện sau tiêm thuốc đối quang từ từ 10-15 phút. Diện tích và độ xuyên thành hay dưới nội mạc vùng hoại tử sẽ được tính cho mỗi vùng, theo thang điểm sống còn cơ tim.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 2/2012 đến 3/2014, chúng tôi nghiên cứu 87 bệnh nhân chụp CHT tim đánh giá tưới máu và ngấm thuốc muện cơ tim, trong đó có 36 bệnh nhân sử dụng tưới máu gắng sức dùng Adenosine với tuổi trung bình (năm) 62,89±12,31 và giới (nam/nữ) là 63/24 (72,4/27,6%). Chụp ĐMV cản quang có 78/87 BN (chiếm 89,7%) có hẹp có ý nghĩa ≥50%.

Đặc điểm hình ảnh trên cộng hưởng từ tim 36 bệnh nhân được chụp đủ cả chương trình tưới máu gắng sức sử dụng Adenosine và sống còn cơ tim với thời gian chụp trung bình: 45,44 ± 9,18 phút. Không có bệnh nhân bị tai biến nặng nào trước, trong và sau quá trình truyền thuốc gắng sức.

3.1.1. Chức năng thất trái và vận động thành trên CHT tim

- Chức năng tâm thu thất trái (EF) trên CHT trung bình là 47,34±15,33%, trên siêu âm tim là 43,8±9,89, với hệ số p=0,0934, sự khác biệt giữa hai phương pháp không có ý nghĩa thống kê.

- 57,4% BN có EF giảm từ vừa đến nhiều, trong đó 33,3% có EF giảm nặng (EF<40%) đến rất nặng (EF<30%). 83,9% BN có rối loạn vận động thành thất trái trên CHT trong đó giảm động có 51 BN (58,6%), vô động 21 BN (24,1%), loạn động 1 BN (1,1%).

3.1.2. Đặc điểm hình ảnh ngấm thuốc thì muộn liên quan từng nhánh mạch vành

Mức độ ngấm thuốc thì muộn (%)	LAD		RCA		LCx		Chung	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Không ngấm thuốc	31	35,6	62	71,3	76	87,4	14	16,1
≤ 25	13	14,9	4	4,6	4	4,6	73	83,9
26-50	4	4,6	5	5,7	2	2,3		
51-75	12	13,8	4	4,6	2	2,3		
76-100	27	31,0	12	13,8	3	3,4		
Tổng	87	100	87	100	87	100	87	100

Nhận xét: 83,9% BN có ngấm thuốc thì muộn. Ngấm thuốc muộn gặp nhiều nhất ở LAD (64,4%), đến RCA (28,7%) và Lcx (12,6%). Ngấm thuốc xuyên thành 76-100% gặp nhiều nhất ở LAD (31%).

3.1.3. Đặc điểm hình ảnh tưới máu liên quan từng nhánh mạch vành

Tưới máu	Chung		LAD		RCA		LCx	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Giảm tưới máu	29	80,6	24	66,7	12	33,3	12	33,3
Bình thường	7	19,4	12	33,3	24	66,7	24	66,7
Tổng	36	100	36	100	36	100	36	100

Nhận xét: Giảm tưới máu có 29/36 BN chiếm 80,9%. Trong 3 nhánh mạch vành, LAD là nhánh ĐM có tình trạng thiếu hụt tưới máu nhiều nhất 66,7%. Mỗi liên quan giữa kết quả chụp CHT tim với kết quả chụp ĐMV cản quang. Giá trị phối hợp hai chuỗi xung tưới máu và ngấm thuốc muộn với tổn thương động mạch vành (n=36)

CHT tim	Chụp ĐMV	Hẹp ĐMV ≥ 50%	Không hẹp ĐMV hoặc hẹp < 50%	Tổng
Dương tính		28	1	29
Âm tính		2	5	7
Tổng		30	6	36

Se: 93,3%, Sp: 83,3%, PPV: 96,6 %, NPV: 71,4%.

Nhận xét: Độ nhạy và giá trị dự đoán dương tính cao khi phối hợp hai chuỗi xung.

3.1.4. Giá trị chuỗi xung tưới máu với tổn thương động mạch vành (n=36)

Tưới máu	Chụp ĐMV	Hẹp ĐMV ≥ 50%	Không hẹp ĐMV hoặc hẹp < 50%	Tổng
Dương tính		28	1	29
Âm tính		2	5	7
Tổng		30	6	36

Se: 93,3%, Sp: 83,3%, PPV: 96,6 %, NPV: 71,4%.

Nhận xét: Độ nhạy và giá trị dự đoán dương tính của chuỗi xung tưới máu đối chiếu với chụp động mạch vành qua da cao.

3.1.5. Giá trị chuỗi xung ngấm thuốc muộn với tổn thương động mạch vành (n=87)

Ngấm thuốc muộn	Chụp ĐMV	Hẹp ĐMV ≥ 50%	Không hẹp ĐMV hoặc hẹp < 50%	Tổng
Dương tính		71	2	73
Âm tính		7	7	14
Tổng		78	9	87

Se = 91,0%, Sp = 77,8%, PPV = 97,3%, NPV = 50,0%.

Nhận xét: Độ nhạy, độ đặc hiệu chuỗi xung ngấm thuốc muộn lần lượt là 91% và 77,8%. Trong khi giá trị dự báo âm tính thấp 50%.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm hình ảnh trên cộng hưởng từ tim: Chỉ số chức năng thất trái cũng là một trong những ưu điểm trong đánh giá của cộng hưởng từ. Với phần mềm tích hợp sẵn trong máy, chúng tôi có thể đo chức năng tâm thu thất trái với độ chính xác cao gồm có phân suất tổng

máu (EF), thể tích cuối tâm thu (ESV), thể tích thất trái cuối tâm trương (EDV), đường kính thất trái cuối tâm trương (Dd) và đường kính thất trái cuối tâm thu (Ds), với kết quả trung bình là EF: 47,34±15,33. Trên siêu âm tim, EF 43,8±9,89. So sánh với siêu âm tim chúng tôi thấy đo EF trên CHT tim và siêu âm sự khác biệt không có ý

nghĩa thống kê với $p > 0,05$. 57,4% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có chức năng tâm thu thất trái giảm vừa đến nhiều, trong đó có 33,3% bệnh nhân có chức năng tâm thu thất trái giảm mức độ nặng ($EF < 40\%$) đến rất nặng ($EF < 30\%$). Nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Lê Thị Thùy Liên năm 2011 [4] $EF: 48.95 \pm 18.55\%$, tuy nhiên thấp hơn so với một số tác giả nước ngoài.

Hình ảnh tưới máu thu được trên cộng hưởng từ có được do kết hợp chuỗi xung tưới máu khi nghỉ và tưới máu trong pha gắng sức với Adenosin liều $140\mu g/kg/phút$ kéo dài trong 3 phút. Chuỗi xung tưới máu được thực hiện dựa trên hình ảnh động học. Tưới máu thì nghỉ và tưới máu gắng sức được đánh giá trên hình ảnh song song và so sánh trên từng lát cắt. Tưới máu đánh giá ở các mức bình thường hoặc giảm cho mỗi vùng tưới máu động mạch. Giảm tưới máu được ghi nhận nếu thuốc đối quang từ thải thuốc muộn hơn hoặc nếu tín hiệu thấp hơn những vùng khác của cơ tim. Khiếm khuyết là cố định nếu giảm tưới máu được thấy trong cả thì nghỉ và gắng sức trong cùng 1 vùng cơ tim. Khiếm khuyết có thể hồi phục nếu giảm tín hiệu trong thì gắng sức nhưng không giảm tín hiệu trong pha nghỉ. Chúng tôi phối hợp các khiếm khuyết cố định và khiếm khuyết có thể hồi phục để đánh giá chung về tưới máu của 1 vùng thành tim [5,6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình ảnh tưới máu có thể cho phép đánh giá được ở tất cả các bệnh nhân. Kết quả về đặc điểm tưới máu trên CHT trong nghiên cứu chúng tôi thấy giảm tưới máu gặp ở 29/36 BN chiếm 80,9%. Trong đó, LAD có tình trạng giảm tưới máu nhiều nhất 66,7%, RCA và Lcx có tình trạng giảm tưới máu như nhau 33,3%. Điều này phù hợp với đa số các nghiên cứu.

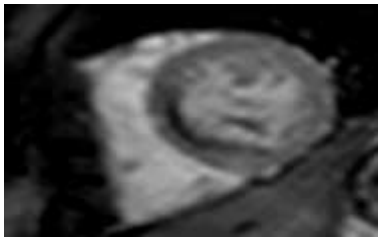
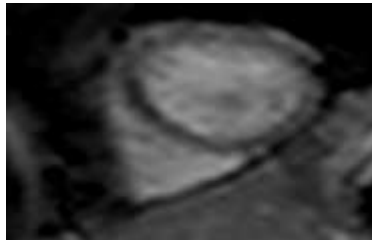
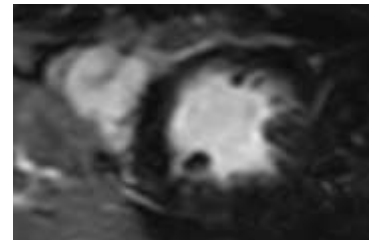
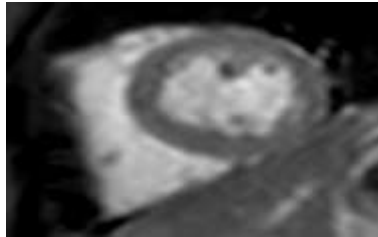
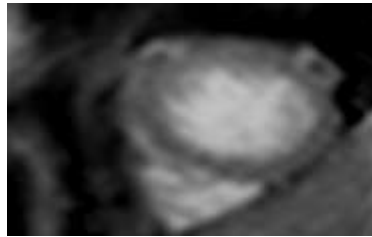
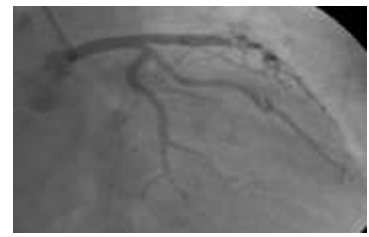
Hình ảnh ngấm thuốc muộn được đánh giá dựa vào sự có mặt của vùng tăng tín hiệu mô cơ tim trong mỗi vùng. Chúng tôi chia các mức độ đánh giá tình trạng ngấm thuốc muộn thành các độ dưới nội tâm mạc và xuyên thành, hoặc ngấm thuốc muộn từ 0-25% thành tim, từ 26-50%, từ 51-75% và 76-100%. Có nhiều nghiên cứu đã đánh giá mức độ nhồi máu với tiên lượng bệnh nhân với các biến cố tim mạch sau này và theo dõi mức độ phục hồi thành tim sau tái tưới máu, ngấm thuốc muộn càng cao thì mức độ hồi phục càng kém [7]. Kết quả ngấm thuốc muộn trình bày ở bảng (mục 3.1.1) cho thấy ngấm thuốc muộn gặp 73 BN (chiếm 83,9%). Còn lại số BN có kết quả không ngấm thuốc muộn có 14 BN

chiếm 16,1%. Ngấm thuốc muộn gặp nhiều nhất ở LAD (64,4%), đến RCA (28,7%) và Lcx (12,6%). Ngấm thuốc xuyên thành 76-100% gặp nhiều nhất ở LAD (31%). Hầu hết các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi đều có biểu hiện rối loạn vận động thành thất trái (83,9%), trong đó chủ yếu là tình trạng giảm động (58,6%), vô động chiếm 24,1%; 16,1% có vận động thành tim bình thường. Tác giả Lê thị Thùy Liên [4] nghiên cứu trên 35 BN nhận xét giảm vận động thành tim chiếm tỷ lệ cao nhất 57,1%. BN vô động thành tim chỉ chiếm 17,1%. Còn lại 25,8 % BN có vận động thành tim bình thường. Độ dày thành tim cũng là một trong những tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ. Đa số BN có bất thường vận động thành tim đều có hẹp động mạch vành.

4.2 Giá trị của cộng hưởng từ tim trong bệnh tim thiếu máu cục bộ: Trong nghiên cứu của chúng tôi với ngưỡng hẹp mạch vành $\geq 50\%$ là có ý nghĩa: độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính và giá trị dự báo âm tính của chuỗi xung tưới máu sử dụng Adenosine lần lượt là 93,3%, 83,3%, 96,6% và 71,4%; với chuỗi xung ngấm thuốc muộn lần lượt là 91%, 77,8%, 97,3% và 50%; khi phối hợp hai chuỗi xung kết quả tương tự với chuỗi xung tưới máu.

Nghiên cứu của chúng tôi về vai trò của riêng chuỗi xung tưới máu và kết hợp hai chuỗi xung tương tự của Lê thị Thùy Liên [4] khi chọn ngưỡng hẹp mạch vành có ý nghĩa là $\geq 50\%$ thì Se: 100%, Sp: 80%, PPV: 94,4%, NPV: 100%. Với riêng chuỗi xung tưới máu sử dụng Adenosine thì độ nhạy, đặc hiệu, giá trị dự báo dương và âm tính tương tự với khi kết hợp hai chuỗi xung. Trong khi đó chuỗi xung ngấm thuốc muộn cho kết quả lần lượt là 82,4%, 80%, 93,3% và 57,1%. Tuy nhiên, tưới máu là chuỗi xung mà chỉ một mình nó đã có thể chẩn đoán chính xác. Độ chính xác tăng lên nếu có sự phối hợp của chuỗi xung ngấm thuốc muộn.

Ví dụ minh họa: Bệnh nhân Nguyễn Thị T, nữ, 74 tuổi, không có tiền sử đặt biệt. Vào viện vì đau ngực trái dữ dội 4 ngày, đau lan lên vai trái, đột ngột. Siêu âm tim có giảm động 1/3 vách liên thất về phía mỏm tim và toàn bộ vùng mỏm, chức năng tâm thu thất trái giảm ($EF 38\%$ theo Simpson). Chụp CHT thấy giảm tưới máu thì gắng sức vị trí thành trước vách giữa và mỏm tim, bình thường ở thì nghỉ, không thấy ngấm thuốc muộn tương ứng với vùng cấp máu của ĐM liên thất trước (LAD). Chụp ĐMV cản quang thấy hẹp 99% LAD đoạn 1, BN được đặt stent kết quả tốt.

**Thì găng sức giữa tim****Thì găng sức mồm tim****Thì chụp muộn giữa tim****Thì nghi giữa tim****Thì nghi mồm tim****Chụp ĐMV trái****V. KẾT LUẬN**

Chụp CHT tim có giá trị chẩn đoán cao trong bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính với sự kết hợp hai chuỗi xung tưới máu và ngấm thuốc muộn cơ tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Lâm Việt**, *Thực hành bệnh tim mạch*. 2007, Hà Nội: Nhà xuất bản Y học.
2. **Khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam** về xử trí bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính (Đau thắt ngực ổn định) (2006), tr 329-348
3. **Massimo Lombardi, C.B.**, *MRI of the Heart and Vessels*. 2005, Springer-Verlag Italia.
4. **Lê Thị Thủy Liên**, Bước đầu áp dụng cộng hưởng từ tim trong chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính. Luận văn Bác sĩ nội trú, trường ĐH Y Hà Nội, 2011.

5. **Christoph Klein, Rolf Gebker, Thomas Kokocinski, Stephan Dreyse1, Bernhard Schnackenburg, Eckart Fleck and Eike Nagel** (2008), "Combined magnetic resonance coronary artery imaging, myocardial perfusion and late gadolinium enhancement in patients with suspected coronary artery disease", *Journal of Cardiovascular Magnetic Resonance*; 2008, 10:45.
6. **Guillem Pons Lladó, a.F.C.**, a Rubén Leta, a Sandra Pujadas, a and Joan García Picart, *Assesment of Myocardial Perfusion by Cardiovascular Magnetic Resonance: Comparison With Coronary Angiography*. *Rev Esp Cardiol*, 2004. 57(5): p. 388-95.
7. Kim RJ, W.E., Rafael A, et al., *The use of contrast-enhanced magnetic resonance imaging to identify reversible myocardial dysfunction*. *N Engl J Med*, 2000. 343: p. 1445-53.

TỶ LỆ VÀ NGUYÊN NHÂN TỬ VONG TẠI MỘT SỐ TỈNH Ở VIỆT NAM

Nguyễn Phương Hoa*, Phạm Ngân Giang*, Nguyễn Thị Tuyết Nhung*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành với mục tiêu xác định tỷ suất và mô hình nguyên nhân tử vong tại một số tỉnh, năm 2010. Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn các trường hợp tử vong xảy ra tại nhà, chỉ có 14,1% tử vong tại cơ sở y tế. Tỷ suất tử vong chung là 3,9‰. Có sự khác nhau về tỷ suất tử vong giữa các khu vực địa lý ($p < 0,05$), tỷ suất tử vong

cao nhất ở khu vực miền núi (4,7‰). Nhóm bệnh không lây nhiễm gây tử vong cao nhất (52,9%), bệnh lây nhiễm 31,6% và tai nạn thương tích 12,5%. Trong đó, tử vong do tai biến mạch máu não là 15,5%, tai nạn giao thông 5,7%, COPD 4,8%. Mô hình nguyên nhân tử vong có sự khác biệt giữa các khu vực địa lý. Chương trình y tế can thiệp cần ưu tiên triển khai tại khu vực có tỷ suất tử vong cao và cho một số nguyên nhân hàng đầu gây tử vong, đặc biệt là bệnh tim mạch và tai nạn giao thông.

Từ khóa: tỷ suất tử vong, nguyên nhân tử vong

SUMMARY**MORTALITY RATES AND CAUSE OF DEATH IN SOME PROVINCES IN 2010**

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phương Hoa

Email: hoatuber@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2017

Ngày duyệt bài: 23.11.2017

A cross-sectional study was conducted. The study was to determine mortality rates and cause of deaths in some provinces in 2010. The results showed that most of the deaths occurred at home, only 14.1% of deaths in health facilities. Overall mortality rate was 3.9 ‰. There were differences in mortality rates between geographic areas ($p < 0.05$), the highest mortality rate in mountainous area (4.7 ‰). Non communicable diseases were highest mortality (52.9%), communicable diseases by 31.6% and injuries by 12.5%. In particular, death from stroke was 15.5%, traffic accident 5.7% and COPD 4.8%. Cause of death pattern difference between geographical areas. Intervention programs need to prioritize implementation in areas of high mortality rates and for some of the leading causes of death, particularly cardiovascular diseases and traffic accidents.

Keywords: mortality rate, cause of death.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam đang trong giai đoạn chuyển đổi dịch tễ học, mô hình bệnh tật đang dịch chuyển từ các bệnh lây nhiễm sang các bệnh không lây nhiễm và tai nạn thương tích [1], [2]. Trong đó, tử vong do các bệnh tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai giới [3]. Thu thập số liệu về mô hình tử vong sẽ cung cấp các bằng chứng giúp cho việc hoạch định chính sách, nhằm hạn chế những nguyên nhân tử vong có thể phòng tránh được.

Hiện nay số liệu thống kê tử vong về số lượng và nguyên nhân tử vong ở Việt Nam còn chưa đầy đủ [4]. Số liệu từ các cơ sở y tế là nguồn cung cấp chính cho Niên giám thống kê y tế được Bộ Y tế xuất bản hàng năm. Tuy nhiên, số liệu từ các báo cáo của cơ sở y tế không mang tính đại diện vì nhiều trường hợp tử vong xảy ra tại cộng đồng [5]. Việc thu thập số liệu từ cộng đồng đang còn rất thiếu nên không thể cung cấp đầy đủ các bằng chứng cho việc lập kế hoạch và hoạch định chính sách y tế.

Với mục đích cố gắng thu thập được số liệu tử vong tương đối đảm bảo chất lượng và đầy đủ, vào những năm 1970, Tổ chức Y tế Thế giới đã khuyến cáo việc triển khai điều tra nguyên nhân tử vong bằng phương pháp phỏng vấn (VA) ở các nước có hệ thống ghi chép và báo cáo tử vong chưa hoàn thiện [6]. Trong quá trình triển khai thực tế, giá trị của bộ câu hỏi điều tra nguyên nhân tử vong đã được phân tích tương đối đầy đủ trong nhiều nghiên cứu [7]. Trong mạng lưới điều tra nhân khẩu học tại các nước đang phát triển trên thế giới (INDEPTH), việc xác định nguyên nhân tử vong bằng phương pháp phỏng vấn (VA) đã được áp dụng rộng rãi và góp phần cung cấp các bằng chứng trong công tác xây dựng các chương trình y tế can thiệp đối với một số bệnh gây tử vong cao [6]. Bộ câu hỏi

điều tra nguyên nhân tử vong của Tổ chức Y tế Thế giới đã được hiệu chỉnh, thử nghiệm và áp dụng từ những năm 1990 tại Việt Nam. Tuy nhiên, quy mô của các điều tra đã được thực hiện còn nhỏ tại một số xã, huyện, như điều tra tại huyện Ba Vì, Hà Nội [2],[4]; tại huyện Bảo Lâm tỉnh Lâm Đồng. Nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu: *Xác định tỷ suất và mô hình nguyên nhân tử vong tại một số tỉnh của Việt Nam trong năm 2010.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: dùng cho nghiên cứu ngang để ước lượng tỉ lệ trong quần thể:

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

Lựa chọn $p = 20\%$ (tỷ lệ tử vong do bệnh tim mạch) [4]. Tính được $n = 6147$ trường hợp tử vong. Cỡ mẫu được nhân 1,5 lần để giảm sai số của việc chọn mẫu, một số trường hợp tử vong không phỏng vấn được người chăm sóc trực tiếp,... vậy cần điều tra tổng số là 9221 trường hợp tử vong.

Chọn mẫu: Việt Nam chia thành 8 vùng sinh thái. Chọn ngẫu nhiên 2 tỉnh/vùng, tổng cộng có 16 tỉnh được chọn tham gia vào nghiên cứu. Chọn ngẫu nhiên 12 xã/tỉnh.

Địa điểm nghiên cứu: thực hiện tại 192 xã thuộc 16 tỉnh/thành phố được chọn ngẫu nhiên là: Sơn La, Hòa Bình, Thái Nguyên, Quảng Ninh, Hà Nội, Hải Dương, Thanh Hóa, Khánh Hòa, Thừa Thiên Huế, Bình Định, Đắk Lắk, Lâm Đồng, Bình Dương, TP HCM, Cần Thơ và Kiên Giang.

Thu thập số liệu: Thu thập danh sách tử vong: điều tra viên lập danh sách người tử vong trong toàn xã được chọn vào điều tra từ các nguồn: sổ theo dõi tử vong (A6) của trạm y tế xã, sổ đăng ký tử vong của tư pháp xã, sổ liệu của công tác viên dân số và từ các nguồn khác (trưởng thôn, hội người cao tuổi, chữ thập đỏ...). Sử dụng thêm các sổ theo dõi thai sản, sổ ghi nhận các cuộc đẻ, sổ tiêm chủng để đối chiếu.

Phân tích số liệu: Nghiên cứu sử dụng phần mềm Access 2000 để nhập số liệu, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS phiên bản 10.0. Thuật toán Khi bình phương (χ^2) được sử dụng nhằm so sánh sự khác biệt giữa các nhóm. Nguyên nhân tử vong sẽ được phân tích theo các nhóm bệnh dựa vào phân loại quốc tế bệnh tật ICD 10.

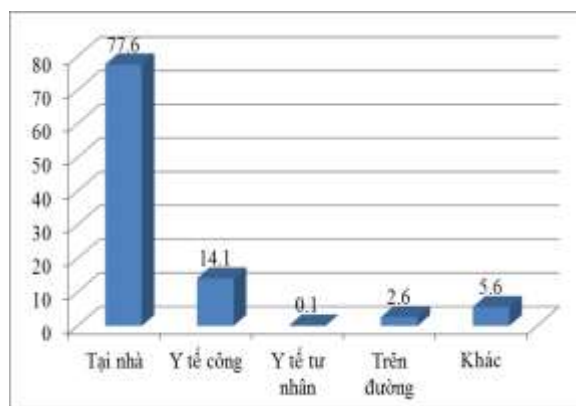
Đạo đức nghiên cứu: Các đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích về mục đích điều

tra, nội dung thông tin cần thu thập, tự nguyện đồng ý tham gia. Các thông tin thu được sẽ được giữ bí mật và chỉ được sử dụng phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số có 9960 trường hợp tử vong trong năm 2010 được ghi nhận tại 192 xã thuộc 16 tỉnh thuộc mẫu điều tra.

Kết quả cho thấy tại 16 tỉnh, phần lớn các trường hợp tử vong xảy ra tại nhà (chiếm 77,6%). Chỉ có 14,1% tử vong tại các cơ sở y tế công lập. Có 2,6% các trường hợp tử vong trên đường và 0,1% tử vong tại các cơ sở y tế tư nhân.



Biểu đồ 1. Phân bố địa điểm xảy ra tử vong

Bảng 1. Tỷ suất tử vong theo một số đặc điểm chung

Đặc điểm	Dân số điều tra	Số THPT	Tỷ suất (‰)	95%CI
Chung	2,548,785	9960	3,91	3,83 – 3,98
Giới: Nam	1,239,937	5733	4,62	4,50 – 4,74
Nữ	1,308,848	4227	3,23	3,13 – 3,33
Nhóm tuổi: < 5	195,099	262	1,34	1,19 – 1,52
5 -14	362,691	121	0,33	0,27 – 0,40
15-49	1,599,999	2227	1,39	1,33 – 1,45
50-59	203,501	1185	5,82	5,49 – 6,16
60+	187,495	6165	32,88	32,08 – 33,70
Khu vực: Thành thị	617,295	2211	3,58	3,43 – 3,73
Nông thôn	1,401,899	5,602	4,00	3,89 – 4,10
Cao nguyên	272,369	951	3,49	3,27 – 3,72
Miền núi	257,222	1,196	4,65	4,39 – 4,92

Trong số 9960 trường hợp tử vong được ghi nhận, số trường hợp tử vong thuộc nhóm người cao tuổi là chủ yếu (6165 người, chiếm 61,9%). Kết quả điều tra cho thấy, tỷ suất tử vong chung là 3,9‰, trong đó tỷ suất tử vong ở nam giới cao hơn so với nữ giới (4,6‰ so với 3,2‰, $p < 0,05$). Tỷ suất tử vong của trẻ dưới 5 tuổi là 1,3‰. Tỷ suất tử vong tăng theo nhóm tuổi, cao nhất ở lứa tuổi từ 60 trở lên (32,9‰).

Có sự khác biệt về tỷ suất tử vong giữa các khu vực địa lý. Ở khu vực miền núi, tỷ suất tử

vong là cao nhất (4,7‰; 95%CI: 4,39 – 4,92). Tiếp theo là khu vực nông thôn, có tỷ suất tử vong là 4,0‰ (95%CI: 3,9 – 4,1). Khu vực thành thị và cao nguyên có tỷ suất tử vong thấp hơn.

Trong số 9960 trường hợp tử vong được ghi nhận, đã phỏng vấn bộ câu hỏi xác định nguyên nhân tử vong được 9293 trường hợp, chiếm tỷ lệ 93,3%. Số còn lại không phỏng vấn được vì đã chuyển nhà đi nơi khác, không có người biết được tình hình bệnh tật của trường hợp tử vong và một số trường hợp tử chối trả lời phỏng vấn.

Bảng 2. Phân bố nguyên nhân gây tử vong theo nhóm bệnh

Đặc điểm	Số THPT	Bệnh lây nhiễm n (%)	NCDs n (%)	TNTT n (%)	Không xác định n (%)
Chung	9293	2932 (31,55)	4912 (52,86)	1163 (12,51)	286 (3,08)
<i>95% CI</i>		30,65 - 32,55	51,89 - 53,91	11,83 - 13,17	2,75 - 3,45
Nhóm tuổi: < 5	205	67 (32,68)	85 (41,46)	49 (23,90)	4 (1,95)
5 -14	140	25 (17,86)	33 (23,57)	78 (55,71)	4 (2,86)
15-49	2140	633 (29,58)	757 (35,37)	671 (31,36)	79 (3,69)
50-59	1078	182 (16,88)	737 (68,37)	121 (11,22)	38 (3,53)
60+	5730	2025 (35,34)	3300 (57,59)	244 (4,26)	161 (2,81)
Học vấn: Mù chữ	2447	974 (39,80)	1187 (48,51)	220 (8,99)	66 (2,70)
≤ THCS	5547	1678 (30,25)	3019 (54,43)	674 (12,15)	176 (3,17)
THPT	899	203 (22,58)	460 (51,17)	205 (22,80)	31 (3,45)

Đặc điểm	Số THTV	Bệnh lây nhiễm n (%)	NCDs n (%)	TNTT n (%)	Không xác định n (%)
>THPT	400	77 (19,25)	246 (61,50)	64 (16,0)	13 (3,25)
Nghề nghiệp: Làm ruộng	3400	1117 (32,85)	1786 (52,53)	362 (10,65)	135 (3,97)
Khác	5893	1815 (30,80)	3126 (53,05)	801 (13,59)	151 (2,56)
Khu vực: Thành thị	1927	668 (34,67)	984 (51,06)	181 (9,39)	94 (4,88)
Nông thôn	5238	1590 (30,36)	2865 (54,70)	643 (12,28)	140 (2,67)
Cao nguyên	958	256 (26,72)	513 (53,55)	178 (18,58)	11 (1,15)
Miền núi	1170	418 (35,73)	550 (47,01)	161 (13,76)	41 (3,50)

Kết quả điều tra cho thấy phân bố 3 nhóm nguyên nhân gây tử vong lần lượt là nhóm các bệnh không lây nhiễm (NCDs) chiếm 52,9%, nhóm bệnh lây nhiễm là 31,6% và tai nạn thương tích là 12,5%. Tỷ lệ không xác định được nguyên nhân tử vong bằng phương pháp VA là 3,0%.

Ở nhóm trẻ em dưới 5 tuổi, nguyên nhân tử vong hay gặp nhất là do các dị tật bẩm sinh (thuộc nhóm các bệnh không lây nhiễm), tiếp theo là do các bệnh lây nhiễm. Ở nhóm trẻ từ 5 - 14 tuổi, tai nạn thương tích là nguyên nhân gây tử vong cao nhất, chiếm tới 55,7% các trường hợp tử vong. Các nhóm tuổi khác nguyên nhân tử vong hàng đầu đều thuộc nhóm bệnh không lây nhiễm.

Bảng 3. Phân bố một số nguyên nhân tử vong thường gặp theo giới tính

Nguyên nhân tử vong	Chung	Nam giới (n=5459)(%)	Nữ giới (n=3834)(%)	p
Bệnh tim mạch	27,3	26,4	28,6	0,02
Tai biến mạch máu não	15,5	15,2	15,9	>0,05
Nhồi máu cơ tim	3,0	3,2	2,6	>0,05
Tăng huyết áp	5,9	5,7	6,1	>0,05
Ung thư	18,3	19,8	16,1	0,005
Tai nạn thương tích	12,5	15,6	8,1	0,001
Tai nạn giao thông	5,7	7,4	3,2	0,001
Đuối nước	1,7	2,0	1,3	>0,05
Ngã	1,5	1,5	1,5	>0,05
Tử tự	1,1	1,3	0,9	>0,05
Bệnh hệ hô hấp	7,7	7,6	7,9	>0,05
Viêm phổi, VFQ	2,5	2,3	2,8	>0,05
COPD	4,8	4,8	4,7	>0,05
Nhiễm trùng, ký sinh trùng	7,2	9,0	4,7	0,001
Bệnh lao	2,9	3,4	2,3	0,002
HIV/AIDS	2,9	4,4	0,8	0,001
Một số bệnh khác: Xơ gan	2,1	3,0	0,8	0,001
Đái tháo đường	2,3	1,6	3,3	0,001

Kết quả nghiên cứu ở Bảng 3 cho thấy 3 nhóm nguyên nhân gây tử vong hàng đầu lần lượt là bệnh tim mạch với 27,3% (nam 26,4%, nữ 28,6%; $p < 0,05$), ung thư là 18,3% (nam 19,8%, nữ 16,1%; $p < 0,01$) và tai nạn thương tích là 12,5% (nam 15,6%, nữ 8,1%; $p < 0,01$). Trong nhóm các bệnh tim mạch thì tai biến mạch máu não gây tử vong cao nhất ở cả hai giới (nam 15,2%, nữ 15,9%). Tai nạn thương tích gây tử vong thường gặp là tai nạn giao thông và đuối nước. Trong số các bệnh lây nhiễm, nam giới tử vong do HIV/AIDS chiếm tỷ lệ là 4,4%

Bảng 4. Một số nguyên nhân tử vong thường gặp theo khu vực thành thị và nông thôn

Nguyên nhân tử vong	Thành thị (n=1927) (%)	Nông thôn (n=5238) (%)	p
Bệnh tim mạch	23,1	30,0	0,001
Tai biến mạch máu não	16,0	15,4	>0,05
Nhồi máu cơ tim	3,3	3,6	>0,05
Tăng huyết áp	2,0	7,3	0,001
Ung thư	17,6	18,7	>0,05
Tai nạn thương tích	9,4	12,3	0,001
Tai nạn giao thông	3,6	5,9	0,001
Đuối nước	0,7	1,7	0,001
Ngã	2,0	1,5	>0,05

Tử tử	0,7	0,9	>0,05
Bệnh hệ hô hấp	9,8	6,4	0,001
<i>Viêm phổi, VFQ</i>	2,4	1,7	>0,05
<i>COPD</i>	6,8	4,3	0,001
Nhiễm trùng, ký sinh trùng	10,0	6,7	0,001
<i>Bệnh lao</i>	3,0	3,5	>0,05
<i>HIV/AIDS</i>	5,3	2,1	0,001
Một số bệnh khác: Xơ gan	2,7	1,9	0,04
<i>Đái tháo đường</i>	4,3	1,8	0,001

Kết quả nghiên cứu ở Bảng 4 cho thấy tỷ lệ tử vong do bệnh tăng huyết áp ở khu vực nông thôn cao hơn ở khu vực thành thị (7,3% so với 2,0%; $p<0,05$). Tai nạn giao thông và đuối nước ở khu vực nông thôn cũng có tỷ lệ tử vong cao hơn ($p<0,05$), tương ứng là: 5,9% so với 3,6% và 1,7% so với 0,7%. Ở khu vực thành thị, tỷ lệ tử vong do HIV/AIDS cao hơn khu vực nông thôn (5,3% so với 2,1%; $p<0,05$). Cũng tương tự tỷ lệ tử vong do bệnh đái tháo đường ở khu vực thành thị (4,3%) cao hơn.

Bảng 5. Một số nguyên nhân tử vong thường gặp theo khu vực cao nguyên và miền núi

Nguyên nhân tử vong	Cao nguyên (n=958)(%)	Miền núi (n=1170)(%)	p
Bệnh tim mạch	28,1	23,3	0,012
Tai biến mạch máu não	13,9	16,4	>0,05
Nhồi máu cơ tim	1,3	1,3	>0,05
Tăng huyết áp	10,9	1,8	0,001
Ung thư	18,5	17,4	>0,05
Tai nạn thương tích	18,6	13,8	0,003
Tai nạn giao thông	10,3	4,2	0,001
Đuối nước	3,0	2,4	>0,05
Ngã	0,9	1,5	>0,05
Tử tử	2,2	1,8	>0,05
Bệnh hệ hô hấp	6,5	11,4	0,001
<i>Viêm phổi, VFQ</i>	1,2	7,6	0,001
<i>COPD</i>	5,1	3,3	0,04
Nhiễm trùng, ký sinh trùng	3,4	7,8	0,001
<i>Bệnh lao</i>	0,8	2,0	0,03
<i>HIV/AIDS</i>	0,2	5,0	0,001
Một số bệnh khác: Xơ gan	2,1	2,2	>0,05
<i>Đái tháo đường</i>	2,1	1,2	>0,05

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tử vong do bệnh tăng huyết áp ở khu vực cao nguyên cao hơn ở khu vực miền núi (10,9% so với 1,8%; $p<0,05$). Tai nạn giao thông ở khu vực cao nguyên cũng có tỷ lệ tử vong cao hơn ($p<0,05$), tương ứng là: 10,3% so với 4,2%. Tỷ lệ tử vong do viêm phổi/viêm phế quản cấp ở khu vực miền núi cao hơn (11,4% so với 6,5%; $p<0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả điều tra cho thấy chỉ có 14,1% các trường hợp tử vong tại các cơ sở y tế công vì vậy cần chú trọng công tác thu thập số liệu tử vong tại cộng đồng. Có tới 77,6% các trường hợp tử vong tại nhà thường không có sự chứng kiến của nhân viên y tế nên sẽ khó khăn trong việc xác định nguyên nhân tử vong.

Tỷ suất tử vong: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ suất tử vong chung là 3,9‰, nam giới có tỷ suất tử vong cao hơn nữ giới (4,6‰ so với

3,2‰). Tỷ suất tử vong ở khu vực miền núi (4,7‰) cao hơn các khu vực địa lý khác. Tỷ suất tử vong trong nghiên cứu này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu năm 2005 tại huyện Ba Vì [4].

Kết quả này có sự khác biệt với số liệu tử vong năm 2008 của WHO công bố. Tỷ suất tử vong của một số nước trong khu vực như Brunei (5,5‰), Malaixia (7,6‰). Tuy nhiên, có sự khác nhau trong phương pháp điều tra, thu thập số liệu và đây là kết quả tỷ suất tử vong đã được chuẩn hóa theo cơ cấu phân bố dân số chuẩn của WHO. Thông thường, dân số càng già hoặc hệ thống chăm sóc sức khỏe yếu kém thì tỷ suất tử vong càng cao.

Trong điều tra này, một số trường hợp tử vong có thể bị bỏ sót do không thể áp dụng phương pháp đi điều tra từng hộ gia đình trong mẫu điều tra, nhất là việc bỏ sót các trường hợp tử vong ở trẻ sơ sinh chưa đăng ký khai sinh. Tuy

nhiên, với biện pháp kết hợp nhiều nguồn (sổ A6 của trạm y tế xã; sổ theo dõi của tư pháp xã; sổ liệu thống kê của cán bộ dân số; sổ liệu từ các nguồn khác như tổ trưởng tổ dân phố, hội người cao tuổi,...) hy vọng là kết quả điều tra đã giảm thiểu được số THTV bị bỏ sót.

Nguyên nhân tử vong: Kết quả nghiên cứu cho thấy ba nhóm nguyên nhân gây tử vong hàng đầu lần lượt là các bệnh tim mạch (27,3%), ung thư (18,3%) và tai nạn thương tích (12,5%). Bên cạnh đó, các bệnh lý thuộc hệ hô hấp vẫn còn khá cao, chiếm 7,7%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tử vong do các bệnh tim mạch, trong đó đứng đầu là tai biến mạch máu não (15,5%), tiếp theo là nhồi máu cơ tim cấp. Tỷ lệ tử vong do ung thư ở nữ giới thấp hơn ở nam giới ($p < 0,05$).

Ở trẻ em, tử vong do tai nạn thương tích luôn chiếm tỷ lệ cao: trẻ dưới 5 tuổi (23,9%), nhóm từ 5 - 14 tuổi (55,7%) và từ 15-49 tuổi (31,4%). Nhìn chung tỷ lệ nam giới tử vong do các tai nạn thương tích nhiều hơn nữ giới (15,6% so với 8,1%, $p < 0,01$). Trong các tai nạn thương tích, gặp nhiều nhất là tai nạn giao thông (5,7%) và đuối nước (1,7%). Kết quả nghiên cứu này cũng tương đương với kết quả của một điều tra trong nước năm 2015 cho thấy ở trẻ em dưới 5 tuổi tử vong do tai nạn thương tích chiếm gần một phần ba, tai nạn thương tích ở nhóm tuổi 5-14 chiếm trên 50%. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu khác [4], [5].

Các nhóm tuổi khác nhau, mô hình nguyên nhân gây tử vong cũng khác nhau. Với nhóm người cao tuổi (≥ 60 tuổi) nguyên nhân gây tử vong hàng đầu là nhóm bệnh không lây nhiễm, nguyên nhân do tai nạn thương tích chiếm tỷ lệ thấp hơn nhiều so với các nhóm tuổi khác (4,3%).

Mô hình nguyên nhân tử vong cũng có sự khác nhau giữa các khu vực địa lý. Tại khu vực thành thị, tỷ lệ tử vong do HIV/AIDS (5,3%) và đái tháo đường (4,3%) là khá cao. Với khu vực nông thôn, tỷ lệ tử vong do bệnh tăng huyết áp chiếm tới 7,3%. Tai nạn giao thông gây tử vong cao nhất tại khu vực các tỉnh cao nguyên (chiếm tỷ lệ 10,3%). Tại khu vực miền núi, tỷ lệ tử vong do viêm phổi/viêm phế quản là 7,6% và do HIV/AIDS là 5,0%.

Kết quả của điều tra này phản ánh mô hình tương tự ở các nước đang phát triển trong giai đoạn chuyển đổi dịch tễ học. Với sự già hóa dân số, hiệu quả phòng và điều trị các bệnh lây nhiễm được cải thiện, lối sống thay đổi đã là những yếu tố góp phần vào giảm gánh nặng của

những bệnh lây nhiễm, nhưng lại làm tăng gánh nặng của các bệnh không lây nhiễm và tai nạn thương tích. Các số liệu thống kê từ hệ thống các cơ sở y tế của Việt Nam cũng cho thấy các bệnh không lây nhiễm đang có xu hướng tăng lên trong những năm gần đây và hiện đang đứng hàng đầu trong các nguyên nhân gây tử vong. Kết quả cũng tương tự với một số các nghiên cứu trên thế giới cho thấy nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở cả nam và nữ đều là bệnh tim mạch.

V. KẾT LUẬN

Trong bối cảnh của quá trình chuyển đổi kinh tế và dịch tễ ở Việt Nam, mô hình tử vong và bệnh tật cũng đang có sự thay đổi, buộc Việt Nam phải đối mặt với gánh nặng kép. Tỷ suất tử vong ở nam giới cao hơn so với nữ giới. Có sự khác biệt về tỷ suất tử vong giữa các khu vực, cao nhất là ở khu vực miền núi. Nhóm các bệnh không lây nhiễm gây tử vong nhiều nhất, trong đó tử vong do tai biến mạch máu não là nguyên nhân hàng đầu. Mô hình nguyên nhân tử vong cũng có sự khác biệt giữa các khu vực địa lý.

Tỷ lệ tử vong ở các cơ sở y tế chiếm tỷ lệ rất thấp, phần lớn địa điểm tử vong là tại nhà nên việc thu thập thông tin tử vong tại cộng đồng đóng vai trò rất quan trọng. Các chương trình y tế cần thiết cần ưu tiên triển khai tại khu vực có tỷ suất tử vong cao và cho một số nguyên nhân hàng đầu gây tử vong, đặc biệt là bệnh tim mạch và tai nạn giao thông.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Byass P (2003).** Patterns of mortality in Bavi, Vietnam 1999-2001. *Scand J public health*, 31, 8-11.
2. **Nguyễn Phương Hoa, Nguyễn Thị Kim Chúc (2009).** Các nguyên nhân chính gây tử vong tại huyện Ba Vì, Hà Tây: kết quả từ một nghiên cứu theo dõi dọc trong ba năm 2005-2007. *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 61, 88-93.
3. **Hoang Van Minh, Byass P, Wall S (2003).** Mortality from cardiovascular diseases in Ba Vi district, Vietnam. *Scand J public health*, 31, 26-31.
4. **Dao Lan Huong, Hoang Van Minh, Byass P (2003).** Applying verbal autopsy to determine cause of death in rural Vietnam. *Scand J public health*, 31, 19-25.
5. **World Health Organization (2005).** WHO technical consultation on verbal autopsy tools. Geneva.
6. **Garenne M., Fauveau V (2006).** Potential and limits of verbal autopsies. *Bull World Health Organ*, 84, 164-175.
7. **Nguyễn Phương Hoa, Nguyễn Đăng Vững, Đỗ Phú Lương (2014).** Mô hình nguyên nhân tử vong ở huyện Bảo Lâm tỉnh Lâm Đồng giai đoạn 2008 – 2012. *Tạp chí Y học dự phòng*, 156, 144 – 149.

THỰC TRẠNG CHƠI GAME ONLINE CỦA SINH VIÊN LỚP HÌNH ẢNH 4 TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG NĂM 2014

Lê Văn Thêm*, Trần Văn Biên*, Trần Văn Việt*

TÓM TẮT⁴²

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng chơi Game Online (GO) của sinh viên lớp hình ảnh 4 trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương năm 2014. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 50 SV lớp hình ảnh 4 khoa Chẩn đoán hình ảnh trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương. **Kết quả:** Tỷ lệ chơi GO của sinh viên lớp Hình ảnh 4 trường ĐHKTYTHD năm 2014 là 72%. Độ tuổi bắt đầu chơi GO của SV ≥ 19 tuổi là 55.6%. Đa số SV chơi GO ở phòng trọ (nhà riêng) và quán Internet với tỷ lệ lần lượt là 50% và 55.6%. Mức độ chơi GO của SV Đại học Hình ảnh 4: Có 55,6% SV chơi GO liên tục > 2h/ngày, 44,4% SV chơi GO liên tục < 2h/ngày.

SUMMARY

EVALUATION OF THE PLAYING GAME ONLINE STATUS OF TECHNICAL IMAGING STUDENT IN HAI DUONG MEDICAL TECHNICAL UNIVERSITY

Purpose: To evaluate a playing game online status of technical imaging student (course of fourth) at Hai Duong medical technical university in 2014. **Methods:** Descriptive cross-sectional study performs on 50 students of the fourth course at Radiology department in Hai Duong medical technical university. **Results:** 72% of students play games online. The age of the gamer's ≥ 19 years is 55.6%. Most of the students play a game in their own room (50%) and Internet store (55.6%). There are persistently 55.6% of students playing games > 2 hours/day and 44.4% of students playing games < 2 hours/day.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay trong bối cảnh toàn cầu hóa với sự phát triển vượt bậc của khoa học kỹ thuật, có nhiều dịch vụ công nghệ truyền thông ra đời nhằm đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của con người. Một trong những dịch vụ hàng đầu hiện nay là các phương tiện truyền thông đại chúng và đặc biệt là sự xuất hiện của Internet. Sự phát triển mạnh mẽ của hệ thống mạng Internet đã góp phần đưa Việt Nam tiến nhanh vào con đường hội nhập và giúp cho mọi người dân Việt Nam trở thành những "Công dân Quốc tế" bình đẳng trên mạng nhất là giới trẻ hiện nay. Đối

với sinh viên hiện nay, với môi trường học tập, giải trí phong phú đa dạng, do đó nhu cầu sử dụng Internet của sinh viên ngày càng cao. Sự ra đời của Internet đã có ảnh hưởng mạnh mẽ đến đời sống tinh thần cũng như đời sống học tập của sinh viên trong môi trường sống luôn năng động và bận rộn hiện nay.

Việc sử dụng Internet để đáp ứng nhu cầu giải trí, học tập của sinh viên là một điều tất yếu trong xu hướng toàn cầu hóa, hiện đại hóa của đất nước. Tuy nhiên, việc đáp ứng nhu cầu này ngoài những mặt tích cực, Internet còn mang đến rất nhiều tác động tiêu cực ảnh hưởng đến lối sống của sinh viên, sự xâm nhập của các trang web bẩn, những ảnh xấu đồi trụy, thô tục... làm ảnh hưởng đến đời sống cộng đồng. Việc truy cập Internet không đúng mục đích học tập hay giải trí lành mạnh làm cho sinh viên mất nhiều thời gian ảnh hưởng đến việc học hành [7].

Theo đánh giá của Hiệp hội phần mềm VN, VN là thị trường Game Online lớn nhất trong khu vực Đông Nam Á với gần 20 nhà phát hành trên cả nước, doanh thu năm 2009 là 130 triệu USD. Cũng theo khảo sát này, Việt Nam có khoảng 12 triệu game thủ, trong đó phần lớn là học sinh, sinh viên và cán bộ văn phòng. 70% game thủ thích chơi Game Online, 55% game thủ chơi game từ 2-4 tiếng mỗi ngày. 60% game thủ bỏ ra mỗi tháng 70-160 nghìn đồng cho việc chơi game, 40% còn lại chỉ khoảng 160-300 nghìn đồng/tháng. 50% sinh viên dùng tiền chu cấp từ cha mẹ (ở, ăn, học, vui chơi) tiêu vào Game Online. Hơn 20% người chơi game không nắm rõ, hay biết về quy định của nhà nước về việc quản lý Game Online [6]. Có thể thấy rằng, tình trạng đáng báo động không chỉ đối với một nhóm người cụ thể nào mà tới toàn xã hội hiện nay, đó là tình trạng nghiện Game Online trong thế hệ trẻ hiện nay trong đó có một bộ phận quan trọng đó là tầng lớp sinh viên đang theo học tại các trường Đại học, Cao đẳng... Nhận thấy xu hướng nghiện GO ngày càng tăng trong giới trẻ và những hậu quả do vấn nạn này gây ra làm ảnh hưởng rất nhiều đến sự tiến bộ của xã hội nên chúng tôi chọn đề tài nhằm mục tiêu: *Đánh giá thực trạng chơi Game Online của sinh viên lớp hình ảnh 4 trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương năm 2014.*

*Trường Đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thêm

Email: themlv2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2017

Ngày duyệt bài: 29.11.2017

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Gồm 50 SV lớp hình ảnh 4 khoa Chẩn đoán hình ảnh trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương tháng 11 năm 2014

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3.Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Số lượng người chơi GO.

Chơi GO	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có	36	72
Không	14	28
Tổng số	50	100

Nhận xét: Bảng trên cho ta thấy được tỷ lệ SV lớp Hình ảnh 4 chơi GO là khá cao chiếm 72%, còn tỷ lệ SV không chơi GO chiếm 28%.

Bảng 3.2. Độ tuổi bắt đầu chơi GO của SV.

Độ tuổi bắt đầu chơi GO	Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)
≤ 15 tuổi	8	22.2
16 – 18 tuổi	8	22.2
≥ 19 tuổi	20	55.6
Tổng	36	100

Nhận xét: Bảng trên cho chúng ta thấy được tỷ lệ SV lớp Hình ảnh 4 chơi GO ≥ 19 tuổi là cao nhất và chiếm 55.6%.

Bảng 3.3. Thời gian chơi GO của SV.

Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Liên tục ≤ 2h/ngày	16	44.4
Liên tục >2h/ngày	20	55.6
Tổng	36	100

Nhận xét: Qua bảng 3.2 chúng ta thấy được sự chênh lệch giữa SV chơi GO liên tục >2h/ngày và ≤ 2h/ngày là không nhiều. Trong đó tỷ lệ SV chơi GO liên tục >2h/ngày là 55.6% và ≤ 2h/ngày là 44.4%.

Bảng 3.4. Địa điểm chơi GO của SV.

Địa điểm chơi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Phòng trọ (nhà riêng)	18	50
Trường học	1	2.8
Quán Internet	20	55.6

Nhận xét: Qua bảng trên ta thấy được số lượng SV chơi GO ở quán Internet và phòng trọ (nhà riêng) là khá cao chiếm 55.6% và 50%. SV nên rất nghiêm túc vấn đề chơi GO, số người chơi ở trường học chỉ chiếm 2.8%.

Bảng 3.5. Hoàn cảnh chơi GO của SV

Hoàn cảnh	Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)
Khi có truyền buồn, stress	9	25
Khi nghỉ ngơi, rảnh rỗi	30	83.3

Nhận xét: Qua bảng trên ta thấy hầu hết SV chơi GO lúc nghỉ ngơi, rảnh rỗi chiếm 83.3%, ngược

lại lúc có truyền buồn, stress chỉ chiếm 25%.

Bảng 3.6. Nguyên nhân bắt đầu chơi GO của SV

Nguyên nhân	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Buồn chán	4	11.1
Muốn thể hiện bản thân	1	2.8
Bạn bè	6	16.7
Giải trí	32	88.9

Nhận xét: Qua bảng trên cho thấy được nguyên nhân SV chơi GO do giải trí là chiếm cao nhất 88.9%. Các nguyên nhân như buồn chán, muốn thể hiện bản thân hay bạn bè mời gọi chiếm tỷ lệ không cao (từ 2.8 – 16.7%).

Bảng 3.7. Ảnh hưởng bởi lượng thời gian chơi GO đến việc học tập

Ảnh hưởng từ chơi GO đến việc học tập	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có ảnh hưởng	20	55.6
Không ảnh hưởng	16	44.4
Tổng	36	100

Nhận xét: Bảng trên cho thấy tỷ lệ SV chơi GO gây ảnh hưởng đến việc học tập là khá cao chiếm 55.6%, và không ảnh hưởng là 44.4%.

Bảng 3.8. Kết quả học tập năm học 2013 – 2014 của SV.

Kết quả học tập	Chơi GO		Không chơi GO	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trung bình	3	8.3	2	14.3
Trung bình khá	13	36.1	4	28.6
Khá	17	47.2	6	42.8
Giỏi	3	8.4	2	14.3
Tổng	36	100	14	100

Nhận xét: Bảng trên cho thấy, kết quả học tập năm 2013 – 2014 của SV chơi GO, và không chơi GO đạt học lực khá chiếm tỷ lệ cao nhất (47.2% và 42.8%), sau đó là đạt học lực trung bình khá (36.1% và 28.6%). Tỷ lệ SV đạt học lực trung bình và giỏi chiếm tỷ lệ thấp (từ 8 – 14%).

Bảng 3.9. Cảm nghĩ của sinh viên nếu không có GO.

Cảm nghĩ của bạn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Buồn chán	8	22.2
Bình thường	27	75
Vui vẻ	1	2.8

Nhận xét: Bảng trên cho thấy, gần như toàn bộ SV nghĩ rằng khi không có GO là bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất (75%), các cảm nghĩ khác như buồn chán, vui vẻ chiếm tỷ lệ lần lượt là 22.2% và 2.8%.

Bảng 3.10. Thái độ của SV khi có người khác làm phiền họ lúc đang chơi GO.

Thái độ của SV	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vui vẻ	17	47.2
Tức giận	19	52.8

Nhận xét: Bảng trên cho thấy, SV khi đang chơi GO cảm thấy tức giận khi có người khác làm phiền là chiếm phần lớn (52.8%), và cảm thấy vui vẻ là 47.2%.

Bảng 3.11. Ảnh hưởng đến việc ngủ của sinh viên vì chơi GO

Bị mất ngủ, thiếu ngủ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có	22	61.1
Không	14	38.9

Nhận xét: Bảng trên cho thấy, tỷ lệ SV bị mất ngủ, thiếu ngủ do chơi GO chiếm khá cao (61.1%), và không bị mất ngủ chiếm 38.9%.

Bảng 3.12. Một số biện pháp cai nghiện GO mà SV biết

Biện pháp	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chơi thể thao	27	75
Tránh đọc những thông tin quảng bá về game	2	5.6
Khác	7	19.4

Nhận xét: Bảng trên cho thấy, đa đa số SV chọn phương pháp chơi thể thao để làm biện pháp cai nghiện GO (tỷ lệ 75%)

Bảng 3.13. Ý định bỏ chơi GO của SV.

Ý định bỏ chơi GO	Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)
Chưa bao giờ	5	13.9
Thỉnh thoảng	25	69.4
Thường xuyên	2	5.6
Rất thường xuyên và đang thực hiện	4	11.1
Tổng	36	100

Nhận xét: Qua bảng trên cho thấy, tỷ lệ SV có ý định thỉnh thoảng bỏ GO là chiếm cao nhất (69.4%), các ý định khác như chưa bao giờ, thường xuyên, rất thường xuyên và đang thực hiện lần lượt là 13.9%, 5.6% và 11.1%.

Bảng 3.14. Môi liên quan giữa sinh viên với bạn bè chơi GO.

Bạn bè chơi GO	Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)
Có chơi GO	43	86
Không chơi GO	7	14

Nhận xét: Qua bảng trên cho thấy, đa số SV hiện nay đều có bạn bè chơi GO với tỷ lệ là 86%.

Bảng 3.15. Môi liên quan giữa sinh viên với người thân trong gia đình chơi GO.

Người thân trong gia đình chơi GO	Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)
Có chơi GO	24	48
Không chơi GO	26	52

Nhận xét: Qua bảng trên cho thấy, tỷ lệ SV có người thân trong gia đình chơi GO là 48%, không chơi GO là 52%.

Bảng 3.16. Mức độ tiếp xúc của sinh viên với người chơi GO.

Mức độ tiếp xúc	Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)
Hằng ngày	14	28
Thỉnh thoảng	28	56
Ít khi	8	16

Nhận xét: Qua bảng trên cho thấy, tỷ lệ SV thỉnh thoảng tiếp xúc với người nghiện GO là cao chiếm tỷ lệ 56%.

Bảng 3.17. Suy nghĩ của SV về tác hại của việc chơi GO.

Suy nghĩ về tác hại của chơi GO	Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)
Không có hại	13	26
Có hại	37	74

Nhận xét: Qua bảng trên cho thấy, SV cho rằng việc chơi GO là có hại chiếm phần lớn với tỷ lệ là 74%, không có hại chiếm 26%.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ chơi game của SV lớp Hình ảnh 4 - Khoa Chẩn đoán Hình ảnh trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương năm 2014 là 72% (Bảng 3.1). Theo báo cáo của "Thị trường GO của Việt Nam" trong số 20,2 triệu người sử dụng Internet ở nước ta chỉ có 30% là đọc báo và tìm kiếm thông tin, nhưng có đến 53% là chơi GO [7]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Giang (2009) nghiên cứu "Thực trạng chơi Game trực tuyến (GO) của học sinh tại 3 trường THCS tại Hà Nội năm 2009" cho thấy tỷ lệ HS chơi GO là 47.4% do đặc thù về lứa tuổi và giới tính [5]. Nghiên cứu của Dương Thị Tuyết (2007) có tỷ lệ sử dụng Game Online của học sinh trường THPT Nguyễn Thị Minh Khai là 80.42%. [1].

Như vậy, so với tỷ lệ chung của Việt Nam thì tỷ lệ chơi GO của SV lớp Hình ảnh 4 Khoa Chẩn đoán Hình ảnh trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương năm 2014 là ở mức cao. Do đó các sinh viên này cần được sự quan tâm của nhà trường, gia đình và xã hội để hạn chế những tác động tiêu cực của GO.

Mức độ chơi GO liên tục >2h/ ngày ở mức trung bình là 55.56%. Những đối tượng này là những người chơi GO với sự đam mê không dứt và là khách hàng trung thành của thị trường GO. Như vậy cần phải có sự quản lý về thời gian chơi chặt chẽ hơn tránh lách luật.

Về tuổi chơi GO: Từ kết quả nghiên cứu Dương Thị Tuyết lớp (2007) có 50,42% người bắt đầu chơi GO có độ tuổi từ 16 – 18 tuổi [1]. Theo nghiên cứu của Hoàng Văn Cường và cộng sự (2010) "Thị trường trò chơi trực tuyến Việt Nam thực trạng và giải pháp" có 69,23% người bắt đầu chơi game ở độ tuổi >18 và 30,77% có

độ tuổi dưới 18 [3]. Còn theo nghiên cứu Trịnh Hòa Bình - Viện Xã hội học VN. Tỷ lệ người chơi GO tập trung chủ yếu vào nhóm 16-20 tuổi, chiếm 42,1% mẫu khảo sát. Tiếp theo là nhóm 10-15 tuổi (26,3%), nhóm 21-25 tuổi (22,0%), nhóm 26-30 (9,5%).

Về địa điểm thường chơi GO: Qua nghiên cứu ta thấy được số lượng sinh viên chơi GO ở quán Internet là khá cao chiếm 51.3% (Bảng 3.4). Điều này đặt ra vấn đề về quản lý hoạt động của các đại lý Internet.

Về hiểu biết của SV về một số biện pháp cai nghiện GO: có nhiều SV dùng biện pháp chơi thể thao (chiếm 75%). Một số không nhiều biết đến các biện pháp khác (chiếm 19,4%). Như vậy, tỷ lệ thỉnh thoảng SV có ý định bỏ chơi GO là khá cao chiếm 69.4% (Bảng 3.9) nhưng các biện pháp cai nghiện GO của SV còn ít và hạn chế.

Mức độ ảnh hưởng của chơi game tới người chơi GO:

Mặt tích cực: GO trước hết là công cụ giải trí sau thời gian học tập căng thẳng. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 74,42% chơi GO để giải trí (Bảng 3.6), con số này phản ánh rõ ràng tác dụng giải trí của GO.

Mặt tiêu cực: Ảnh hưởng tới học tập, theo nghiên cứu có tới 55,56% SV không làm bài tập về nhà vì dành thời gian chơi GO. Trong đó SV chơi GO có học lực trung bình chiếm 0,6% , SV không chơi chiếm 0,4%. Ảnh hưởng tới tâm lý 22,2% cảm thấy buồn phiền chán nản khi và 52,8% cảm thấy tức giận khi không được chơi và bị làm phiền khi đang chơi GO. 61,1% thiếu ngủ và mất ngủ về game.

Như vậy GO có tác động không tốt tới sự phát triển tâm sinh lý của con người , ảnh hưởng tới sức khỏe và học tập.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ chơi GO của sinh viên lớp Hình ảnh 4 trường DHKTYTHD năm 2014 là 72%. Độ tuổi bắt đầu chơi GO của SV ≥ 19 tuổi là 55.6%. Đa số SV chơi GO ở phòng trọ (nhà riêng) và quán Internet với tỷ lệ lần lượt là 50% và 55.6%.

- Mức độ chơi GO của SV Đại học Hình ảnh 4: Có 55,6% SV chơi GO liên tục >2h/ngày, 44,4% SV chơi GO liên tục <2h/ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Thị Tuyết (2007)**, Tìm hiểu sự khác biệt theo giới của học sinh THPT về mức độ sử dụng Game Online tại thành phố Hà Nội, NXB Đại học Sư Phạm Hà Nội.
2. **Hoàng Văn Cương (2010)**, Thị trường trò chơi trực tuyến Việt Nam thực trạng và giải pháp, Đại học Ngoại Thương.
3. **Nguyễn Hoàng Giang (2009)**, Thực trạng chơi Game Online và một số yếu tố liên quan đến tình trạng chơi Game Online qua mức của học sinh 3 trường THCS tại Hà Nội năm 2009, NXB Đại học Y tế Công Cộng.
4. **Lê Minh Công (2011)**, Thực trạng nghiện Internet ở học sinh THCS tại thành phố Biên Hòa, Đồng Nai, Luận văn thạc sĩ.
5. Trịnh Hòa Bình (2010), Khảo sát xã hội về dịch vụ trò chơi trực tuyến ở Việt Nam trong bối cảnh hội nhập quốc tế, Viện Xã hội học VN.
6. <http://vtc.vn/viet-nam-chua-co-nganh-cong-nghiep-game-dung-nghia.397.232632.htm>
7. <http://www.doko.vn/luan-van/thuc-trang-nghien-gameonline-cua-gioi-tre-hien-nay-280871>

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI ĐẾN KHÁM TẠI KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỲNH PHỤ NĂM 2016

Lê Văn Tuấn¹, Ninh Thị Nhung²,
Phạm Hương Dương³, Nguyễn Văn Công⁴

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Đa khoa huyện Quỳnh Phụ, tỉnh Thái Bình

²Đại học Y Dược Thái Bình

³Bệnh viện Nội tiết Trung ương

⁴Ban Bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cán bộ TW

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Công

Email: congnguyen12389@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 23.11.2017

Ngày duyệt bài: 29.11.2017

Nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Phụ với **Mục tiêu:** Xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh từ 60 đến 70 tuổi tại khoa khám bệnh Bệnh viện đa khoa Quỳnh Phụ, Thái Bình. Phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 420 người bệnh đến khám tại khoa khám bệnh. **Kết quả:** Trong 420 đối tượng nghiên cứu gồm: 207 bệnh nhân 60- 65 tuổi và 213 bệnh nhân 66-70 tuổi. Có 7 yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở người cao tuổi đến khám tại khoa khám bệnh với OR > 1 và p < 0,05 là: (1) Người bệnh nam; (2) Người 66-70 tuổi; (3) Người có thu nhập dưới 1triệu đồng/tháng; (4) Người không được

hướng dẫn chế độ dinh dưỡng và phòng bệnh; (5) Người có chế độ ăn 2 bữa/ ngày; (6) Người không được bồi dưỡng khi bị bệnh; (7) Người bệnh tăng huyết áp độ 2.

Từ khóa: Mối liên quan dinh dưỡng, người cao tuổi, Bệnh viện đa khoa Quỳnh Phụ, Thái Bình

SUMMARY

THE FACTORS RELATED TO NUTRITIONAL STATUS IN ELDERLY OUT PATIENTS AT OUT PATIENT DEPARTEMENT OF QUYNH PHU GENERAL HOSPITAL, THAI BINH PROVINCE IN THE YEAR OF 2016

Study at Quynh Phu District General Hospital with the objective to: Identify a number of factors related to the nutritional status of patients aged 60-70 years at the clinic of Quynh Phu General Hospital, Thai Binh. METHODS: A cross-sectional study of 420 patients who visited the clinic. Results: Of 420 patients included 207 patients aged 60-65 and 213 patients 66-70 years old, there were seven risk factors for increasing the incidence of chronic energy deficiency in older adults with OR > 1 and p < 0.05: (1) male patients, (2) people 66-70 years of age, (3) people with income of less than 1 million VND / month, (4) people not guided diet and disease prevention, (5) people who have two meals per day, (6) people are not fostered when ill, (7) people with level 2 hypertension.

Keywords: nutritional linkages, elderly, Quynh Phu General Hospital, Thai Binh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với sức khỏe người cao tuổi thì chế độ ăn phù hợp, đảm bảo cân bằng dinh dưỡng đóng vai trò hết sức quan trọng. Qua nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy: tình trạng dinh dưỡng của người cao tuổi có liên quan mật thiết với rất nhiều bệnh, đặc biệt là các bệnh mạn tính không lây nhiễm.

Nghiên cứu của Đỗ Thanh Giang, Phạm Ngọc Khái năm 2010 về tỷ lệ người cao tuổi mắc bệnh gầy còm, thừa cân béo phì và một số yếu tố liên quan tại nông thôn Thái Bình cho thấy: có 26,3% gầy còm (nam 23,4% và nữ 28,0%), tỷ lệ

thừa cân béo phì nam 22,5%, nữ (19,5%), tỷ lệ mỡ cơ thể cao nam cao hơn nữ (31,1%; 25,5%).

Nghiên cứu của Nguyễn Đỗ Huy, Doãn Thị Tường Vi về các chỉ số liên quan tới dinh dưỡng của người bệnh dưới 65 tuổi của khoa Nội và khoa Ngoại tại Bệnh viện 198 của cho thấy: tỷ lệ giảm cân từ 5 đến 10% trong 6 tháng cao gấp 3 lần, tỷ lệ người bệnh giảm khẩu phần ăn khi nhập viện cao gần gấp 1,5 lần (p < 0,01). Tỷ lệ phải nhịn đói cao hơn 10 lần (< 0,001); tỷ lệ người bệnh giảm chức năng vận động cao gần gấp 2 lần và tỷ lệ phải nằm tại giường cao gấp hơn 7 lần. Bệnh viện đa khoa Quỳnh Phụ đã thực hiện tốt công tác dinh dưỡng tiết chế. Song việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng và xác định các yếu tố liên quan của người bệnh còn rất hạn chế. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh từ 60 đến 70 tuổi tại khoa khám bệnh Bệnh viện đa khoa Quỳnh Phụ, Thái Bình năm 2016.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu được chọn theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ 420 bệnh nhân tại khoa khám bệnh, Bệnh viện đa khoa Quỳnh Phụ tỉnh Thái Bình. Đối tượng là bệnh nhân từ 60 - 70 tuổi đến khám tại khoa khám bệnh, Bệnh viện đa khoa Quỳnh Phụ, thời gian nghiên cứu từ tháng 9/2016 đến 5/2017.

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp dịch tễ học mô tả qua một cuộc điều tra cắt ngang, dùng bộ câu hỏi đã được thiết kế sẵn, phỏng vấn đối tượng, sử dụng cân, đo chiều cao, cân nặng, huyết áp, vòng eo, vòng hông, vòng cánh tay, chiều dài cẳng tay, vòng bắp chân, đo tỷ trọng mỡ cơ thể.

Số liệu được nhập và phân tích bằng chương trình PPI ENPO 6.0 và SPSS 13.0 với các tests thống kê Y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tình trạng thiếu năng lượng trường diễn của người bệnh đánh giá theo BMI phân theo giới và nhóm tuổi

Các biến số		n	Thiếu năng lượng trường diễn		OR (95% CI)	p
			SL	Tỷ lệ (%)		
Giới tính	Nam	209	67	32,1	2,9(1,7 – 4,8)	<0,05
	Nữ	211	30	14,2		
Nhóm tuổi	60-65 tuổi	207	40	19,3	1,5 (1,0-2,5)	<0,05
	66-70 tuổi	213	57	26,8		

Kết quả bảng 1 cho thấy: người bệnh thiếu năng lượng trường diễn (NLTD) ở nam là 32,1%, nữ 14,2%. Thiếu NLTD nhóm 60 - 65 tuổi là 19,3%, thấp hơn nhóm 66-70 tuổi (26,8%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với OR = 1 và p < 0,05.

Bảng 2. Mối liên quan giữa thiếu năng lượng trường diễn của người bệnh đánh giá theo BMI với thu nhập

Thu nhập	n	Thiếu năng lượng trường diễn		OR (95% CI)	p
		SL	Tỷ lệ (%)		
≤ 1.000.000đ/tháng	222	60	27,0	1,6 (1,01-2,5)	<0,05
> 1.000.000đ/tháng	198	37	18,7		

Kết quả bảng 2 cho thấy: tỷ lệ người bệnh thiếu NLTD có mức thu nhập ≤1.000.000đ/tháng là 27%, cao hơn người bệnh có mức thu nhập >1.000.000đ/tháng (18,7%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với OR = 1,6 và p < 0,05.

Bảng 3. Liên quan giữa thiếu năng lượng trường diễn của người bệnh đánh giá theo BMI với số bữa ăn/ngày

Số bữa ăn	n	Thiếu năng lượng trường diễn		OR (95% CI)	p
		SL	Tỷ lệ (%)		
2 bữa/ngày (1)	63	28	44,4	3,1 (1,8-5,7)	$p(1;3) < 0,05$ $p(2;3) > 0,05$
3 bữa/ngày (2)	258	52	20,2	1	
>3 bữa/ngày (3)	99	17	17,2	0,8 (0,4-1,5)	

Kết quả bảng 3 cho thấy: tỷ lệ người bệnh thiếu năng lượng trường diễn ở nhóm bệnh nhân hiện tại ăn >3 bữa/ ngày là 17,2%, ở người bệnh ăn 2 bữa/ngày là 44,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở nhóm ăn 3 bữa/ngày với nhóm ăn trên 3 bữa/ngày.

Bảng 4. Liên quan giữa tình trạng thiếu năng lượng trường diễn của người bệnh đánh giá theo BMI và bồi dưỡng khi bị bệnh

Bồi dưỡng khi bị bệnh	n	Thiếu năng lượng trường diễn		OR (95% CI)	p
		SL	Tỷ lệ (%)		
Có	308	60	19,5	2,0 (1,2-3,3)	<0,05
Không	112	37	33,0		

Kết quả bảng 4 cho thấy: tỷ lệ người bệnh thiếu năng lượng trường diễn ở người bệnh có ăn bồi dưỡng khi bị bệnh là 19,5%, thấp hơn ở người bệnh không ăn bồi dưỡng khi bị bệnh 33% với p < 0,05.

Bảng 5. Liên quan giữa thiếu năng lượng trường diễn của người bệnh đánh giá theo BMI với việc có hoặc không được hướng dẫn chế độ dinh dưỡng, phòng bệnh

Được hướng dẫn chế độ dinh dưỡng, phòng bệnh	n	Thiếu năng lượng trường diễn		OR (95% CI)	p
		SL	Tỷ lệ (%)		
Có	234	32	13,7	3,4 (2,1-5,5)	<0,05
Không	186	65	34,9		

Kết quả bảng 5 cho thấy: có 13,7% người bệnh được hướng dẫn chế độ dinh dưỡng, phòng bệnh bị thiếu năng lượng trường diễn, thấp hơn so với người bệnh không được hướng dẫn chế độ dinh dưỡng phòng bệnh (34,9%). Sự khác biệt với OR = 1 và p < 0,05.

Bảng 6. Liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng của người bệnh đánh giá theo SGA và MNA với tăng huyết áp

Tình trạng Huyết áp	n	SDD và nguy cơ SDD		OR (95% CI)	p
		SL	Tỷ lệ (%)		
HA bình thường (1)	85	33	38,8	1	
THA giới hạn (2)	165	72	43,6	1,2 (0,7-2,1)	$p(1;2) > 0,05$
THA độ 1 (3)	130	63	48,5	1,5 (0,8-2,6)	$p(1;3) > 0,05$
THA độ 2 (4)	40	25	62,5	2,6 (1,2-5,7)	$p(1;4) < 0,05$

Kết quả bảng 6 cho thấy: có 38,8% người bệnh huyết áp bình thường có SDD và nguy cơ SDD. Tỷ lệ này ở người bệnh THA giới hạn là 43,6%, người bệnh THA độ 1 là 48,5%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê; Tỷ lệ này ở người bệnh THA độ 2 là 62,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với OR > 1 và p < 0,05 so với người có huyết áp bình thường.

IV. BÀN LUẬN

Tăng trưởng là thước đo phản ánh các điều kiện sống của con người. Tăng trưởng kém biểu hiện của sự thiếu thốn nghèo đói đi cùng thiếu dinh dưỡng và khi điều kiện sống khá hơn thì tăng trưởng của con người được cải thiện. Nhiều yếu tố kinh tế xã hội có ảnh hưởng đến tăng trưởng ở các tầng lớp trong xã hội, vùng thành thị và nông thôn, điều kiện nhà ở.

Đánh giá tình trạng thiếu năng lượng trường diễn dựa vào chỉ số khối cơ thể BMI của người bệnh theo giới và nhóm tuổi, kết quả bảng 1 cho thấy: người bệnh nam thiếu năng lượng trường diễn là 32,1%, nữ giới là 14,2%. Thiếu năng lượng trường diễn ở nhóm tuổi 60 - 65 tuổi là 19,3%, thấp hơn nhóm 66-70 tuổi (26,8%). Sự khác biệt với $OR = 1$ và $p < 0,05$. Khi người bệnh càng cao tuổi thì sẽ càng có nhiều hơn những vấn đề làm ảnh hưởng đến ăn uống như: mất răng, giảm tiết nước bọt, rối loạn phản xạ nuốt, sa sút trí tuệ, Do đó nếu không được quan tâm đúng cách sẽ rất dễ dẫn tới nguy cơ suy dinh dưỡng do cung cấp không đủ.+-

Tại bảng 2 cho thấy: tỷ lệ người bệnh thiếu năng lượng trường diễn có mức thu nhập trên 1.000.000đ là 18,7%, thấp hơn người bệnh có mức thu nhập dưới 1.000.000đ (27%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $OR = 1,6$ và $p < 0,05$. Nhiều nghiên cứu cho thấy kinh tế gia đình có ảnh hưởng tới tình trạng dinh dưỡng của đối tượng được nghiên cứu. Khi kinh tế phát triển, thu nhập cao, mức chi phí ăn uống sẽ tăng lên, con người được tiếp cận với những thực phẩm giàu dinh dưỡng hơn.

Tìm hiểu tình trạng dinh dưỡng của người bệnh về số bữa ăn/ ngày và bồi dưỡng khi bị bệnh qua bảng 3 cho thấy: tỷ lệ người bệnh hiện tại ăn >3 bữa/ ngày là 17,2%, người bệnh ăn 2 bữa là 44,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ người bệnh thiếu năng lượng trường diễn ở người bệnh có ăn bồi dưỡng khi bị bệnh là 19,5%, thấp hơn ở người bệnh không ăn bồi dưỡng khi bị bệnh (33,0%).

Dinh dưỡng trong thời gian bị bệnh có ảnh hưởng trực tiếp tới sức khỏe. Một chế độ dinh dưỡng tốt hợp lý sẽ đảm bảo sự phát triển khỏe mạnh của cơ thể con người. Tuy nhiên, muốn có chế độ dinh dưỡng hợp lý và phải có những kiến thức đúng về dinh dưỡng. Những kiến thức này phụ thuộc rất nhiều yếu tố như: trình độ dân trí, yếu tố kinh tế gia đình, xã hội, y tế những thói quen, phong tục tập quán về ăn uống của người cao tuổi. So với kết quả nghiên cứu của Trần

Phúc Nguyệt, Nguyễn Văn Khiêm về tình trạng dinh dưỡng của người cao tuổi tại xã Hải Toàn, huyện Hải Hậu, tỉnh Nam Định năm 2012, kết quả của chúng tôi cao hơn, tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn là 25,7% trong đó nam giới là 21,2%, nhóm nữ giới là 28%. Như vậy có thể thiếu năng lượng trường diễn có thể phụ thuộc vào độ tuổi, số bữa ăn hằng ngày và cần ăn uống bồi dưỡng hơn khi bị bệnh.

Tìm hiểu về mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo SGA và MNA với hướng dẫn ăn uống phòng bệnh qua bảng 5 cho thấy: tỷ lệ người bệnh bị SDD và nguy cơ SDD ở nhóm có được hướng dẫn chế độ dinh dưỡng, phòng bệnh là 13,7%, thấp hơn ở nhóm người bệnh không được hướng dẫn chế độ dinh dưỡng, phòng bệnh (34,9%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo kết quả nghiên cứu của Trần Thị Phúc Nguyệt, Phạm Văn Khôi năm 2011 về tình trạng dinh dưỡng của người bệnh đái tháo đường và thực hành nuôi dưỡng, tư vấn dinh dưỡng tại bệnh viện cho thấy: người bệnh có được tư vấn dinh dưỡng là 75,7%, người bệnh không được tư vấn dinh dưỡng là 24,3%. Như vậy có thể thấy rõ vai trò rất lớn của công tác tư vấn dinh dưỡng và phòng bệnh trong việc đảm bảo cho người bệnh có một tình trạng dinh dưỡng tốt để góp phần nâng cao sức đề kháng, dự phòng bệnh tật và khả năng hồi phục tốt hơn trong trường hợp bị bệnh.

Hiện nay bệnh tăng huyết áp là một bệnh phổ biến, đặc biệt ở người có tuổi, đây cũng là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong hoặc tàn phế trong số các bệnh lý tim mạch. Bệnh do nhiều nguyên nhân trong đó có nguyên nhân do chế độ dinh dưỡng. Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân theo SGA và MNA với huyết áp tại bảng 6 cho thấy: có 38,8% bệnh nhân huyết áp bình thường có SDD hoặc nguy cơ SDD; có 43,6%, bệnh nhân THA giới hạn và 48,5% bệnh nhân THA độ 1 có SDD hoặc nguy cơ SDD. Tỷ lệ này ở bệnh nhân THA độ 2 là 62,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $OR > 1$ và $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Đoàn Hồng Trường về thực trạng bệnh tật dinh dưỡng người cao tuổi tại một số xã thuộc huyện Giao Thủy tỉnh Nam Định năm 2009 cho thấy: người cao tuổi huyết áp tỷ lệ SDD là 41,3%, trong đó người cao tuổi huyết áp bình thường có tỷ lệ SDD là 30,9%, ở người tiền tăng huyết áp là 27,8%, ở người tăng huyết áp độ 1 là 19,1%, ở người tăng huyết áp độ 2 là

22,2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sở dĩ kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là người cao tuổi đang bị bệnh.

Những người bệnh tăng huyết áp thường có xu hướng ăn kiêng với suy nghĩ là sẽ góp phần làm giảm huyết áp. Nếu như bệnh nhân không được tư vấn đúng, phù hợp với tình trạng cụ thể của mỗi bệnh nhân và người tư vấn không có chuyên môn tốt sẽ rất dễ dẫn đến việc áp dụng những chế độ ăn kiêng không đúng và đó là một trong những nguyên nhân gây suy dinh dưỡng và ngoài ra còn có thể dẫn tới những hậu quả không tốt khác.

V. KẾT LUẬN

Có 7 yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở người cao tuổi đến khám tại khoa khám bệnh với $OR > 1$ và $p < 0,05$, đó là:

- Người bệnh nam.
- Người 66-70 tuổi
- Người có thu nhập dưới 1 triệu đồng/tháng
- Người không được hướng dẫn chế độ dinh dưỡng và phòng bệnh
- Những người có chế độ ăn 2 bữa/ ngày
- Những người không được bồi dưỡng khi bị bệnh
- Những người bệnh tăng huyết áp độ 2

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần tổ chức các buổi truyền thông, tư vấn về dinh dưỡng hợp lý cho người cao tuổi nhằm thay

đổi thói quen ăn uống và biết cách tự chăm sóc mình để cải thiện tình trạng dinh dưỡng, nâng cao sức khỏe, phòng chống bệnh tật giúp người cao tuổi sống vui, sống khỏe.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đoàn Hồng Trường**, (2009), "Thực trạng bệnh tật và dinh dưỡng của người cao tuổi tại một số xã thuộc huyện Giao Thủy, tỉnh Nam Định", *Luận văn chuyên khoa cấp II Đại học Y Thái Bình*: tr. 61.
2. **Hà Thị Ninh, Lê Hoàng Ninh, và Nguyễn Thị Kim Tiên**, (2014), "Suy dinh dưỡng ở người cao tuổi tại huyện mô cày Bắc tỉnh Bến Tre năm 2011", *Y học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 18 của Số 6: tr. 223.
3. **Ninh Thị Nhung**, (2013), "Đặc điểm khẩu phần và tình trạng nhân trắc của sinh viên hệ chính quy trường đại học y Thái Bình năm 2012", *Y học thực hành*, 873 số 6: tr. 44-45.
4. **Trần Thị Phúc Nguyệt, Nguyễn Văn Khiêm**, (2014), "Tình trạng dinh dưỡng của người cao tuổi xã Hải Toàn, huyện Hải Hậu, tỉnh Nam Định năm 2012", *Tạp chí y học dự phòng*, Tập XXIV số 7 (156): tr. 160-161.
5. **Nguyễn Đỗ Huy**, (2013), "Các chỉ số liên quan tới dinh dưỡng của bệnh nhân theo tình trạng dinh dưỡng tại bệnh viện tỉnh Hải Dương", *Tạp chí y tế công cộng*, 28: tr. 42-44.
6. **Tô Thị Hải**, (2014), "Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Tiền Hải năm 2014", *Luận Văn Thạc sĩ Y tế Công cộng Đại học Y dược Thái Bình*: tr. 83.
7. **Dương Thị Kim Loan, Công Huyền Tôn Nữ Bảo Liên, và Nguyễn Thị Tiên**, (2014), "Đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng ở bệnh nhân gãy xương tại Bệnh viện Thống Nhất", *Y học TP. Hồ Chí Minh*,* Tập 18* Số 3* 2014: tr. 44.

BIẾN ĐỔI NỒNG ĐỘ CYFRA21-1 HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN TIẾN XA SAU ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT

Tạ Bá Thắng*, Bùi Thị Hân**, Trần Văn Thanh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá biến đổi nồng độ Cyfra 21-1 huyết tương và mối liên quan với đáp ứng điều trị ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa sau điều trị hóa chất. **Đối tượng và phương pháp:** 33 bệnh nhân chẩn đoán xác định UTP không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa điều trị hóa chất Gemcitabine kết hợp Cisplatin. Các bệnh nhân được

đánh giá biến đổi lâm sàng, Xquang phổi, và nồng độ Cyfra21-1 trước và sau 2,4 chu kỳ điều trị hóa chất.

Kết quả: Giá trị trung bình của Cyfra 21-1 sau 2 chu kỳ là $6,8 \pm 5,4$ ng/ml, thấp hơn so với trước điều trị. Tỷ lệ bệnh nhân tăng Cyfra21-1 huyết tương sau 2 chu kỳ là 75,8%, sau 4 chu kỳ là 60,6%, đều thấp hơn so với trước điều trị (84,8%). Sau 2 chu kỳ điều trị ở bệnh nhân ổn định tỷ lệ bệnh nhân giảm Cyfra 21-1 là 48%. Sau 4 chu kỳ điều trị hóa chất ở bệnh nhân ổn định tỷ lệ bệnh nhân giảm Cyfra 21-1 là 58,3%, cao hơn so với tỷ lệ tăng Cyfra 21-1 (41,7%). **Kết luận:** Nồng độ Cyfra21-1 sau 2, 4 chu kỳ điều trị thay đổi không đáng kể so với trước điều trị. Biến đổi của nồng độ Cyfra21-1 khá tương ứng với mức độ đáp ứng trên Xquang sau 2 và 4 chu kỳ điều trị.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa; Cyfra21-1 huyết tương; Điều trị hóa chất.

*Bệnh viện Quân y 103

**Đại học Y dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Bá Thắng

Email: tabathang@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2017

Ngày duyệt bài: 28.11.2017

SUMMARY**EVALUATE THE CHANGE OF SERUM CYFRA21-1 LEVELS IN PATIENTS WITH ADVANCED-STAGE NON-SMALL CELL LUNG CANCER AFTER CHEMOTHERAPY**

Objective: Evaluating the change of serum Cyfra21-1 levels and relation with therapeutic response on X-ray in patients with advanced stage non-small cell lung cancer after chemotherapy. **Materials and Methods:** 33 patients with advanced stage non-small cell lung cancer were treated with Gemcitabine and Cisplatin. Patients were evaluated for clinical changes, chest X-ray, and serum Cyfra21-1 levels before and after 2, 4 cycles of chemotherapy. **Results:** The mean of serum Cyfra21-1 level after 2 cycles was 6.8 ± 5.4 ng/ml, lower than before treatment. The rate of patient increased serum Cyfra21-1 levels after 2 cycles was 75.8%, after 4 cycles was 60.6%, were lower than before treatment (84.8%). After 2 cycles of chemotherapy in stable patients, the rate of patient with decreased serum Cyfra 21-1 levels was 48%. After 4 cycles of chemotherapy in stable patients, the rate of patients with decrease serum Cyfra21-1 levels was 58.3%, and higher than the rate of patients increased Cyfra 21-1 (41.7%). **Conclusion:** the change of serum Cyfra21-1 levels after 2, 4 cycles chemotherapy were not significant different from before treatment. The change of serum Cyfra21-1 levels corresponds with the responded level on X-ray after 2 and 4 cycles of chemotherapy.

Key words: Advanced stage non-small cell lung cancer; Serum Cyfra21-1; Chemotherapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là bệnh có tỉ lệ mắc cao và tiên lượng xấu, hiện đang có xu hướng gia tăng nhất là ở các nước đang phát triển [5]. Tại Việt Nam, theo số liệu nghiên cứu tại Viện lao và bệnh phổi (1995) khoảng 62,5% bệnh nhân UTP vào viện ở giai đoạn tiến xa và 85% thường gặp ở lứa tuổi 40-65 [1,2]. Điều trị hóa chất là một trong các phương pháp cơ bản lựa chọn cho bệnh nhân UTP không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa [4]. Theo dõi thay đổi các triệu chứng lâm sàng, hình ảnh Xquang sau mỗi chu kỳ điều trị hóa chất là những chỉ tiêu cơ bản để đánh giá đáp ứng điều trị hóa chất. Tuy nhiên giá trị của các phương pháp này còn hạn chế trong đánh giá đáp ứng điều trị UTP do sự thay đổi lâm sàng, Xquang còn phụ thuộc nhiều yếu tố. Cyfra 21-1 là dấu ấn ung thư có vai trò quan trọng đối với UTP không tế bào nhỏ như định hướng chẩn đoán, theo dõi điều trị và tiên lượng bệnh. Các nghiên cứu cho thấy nồng độ Cyfra21-1 thay đổi sớm hơn diễn biến lâm sàng và hình ảnh Xquang ở bệnh nhân UTP sau điều trị hóa chất. Do vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá biến đổi nồng độ Cyfra 21-1 huyết tương và mối liên quan với đáp ứng điều trị ở*

bệnh nhân UTP không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa sau điều trị hóa chất.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 33 bệnh nhân chẩn đoán xác định UTP không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa (giai đoạn IIIB và IV) điều trị hóa chất phác đồ Gemcitabine kết hợp với Cisplatin tại Khoa Lao và Bệnh phổi, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 08/2015 đến tháng 05/2017.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTP không tế bào nhỏ dựa vào xét nghiệm mô bệnh. Chẩn đoán giai đoạn bệnh theo TNM (AJCC VII); bệnh nhân đủ điều kiện để điều trị hóa chất; được điều trị hóa chất hỗ trợ phác đồ Gemcitabine kết hợp Cisplatin.

Loại trừ bệnh nhân được xạ trị kết hợp đồng thời, bệnh nhân điều trị hóa chất sau phẫu thuật và có chống chỉ định điều trị hóa chất.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu. Phác đồ điều trị hóa chất cho các bệnh nhân: liều một chu kỳ Cisplatin 75mg/m^2 ngày 1, Gemcitabine 1250mg/m^2 ngày 1 và lặp lại chu kỳ mới sau mỗi 21 ngày. Đánh giá thay đổi lâm sàng, chụp Xquang phổi chuẩn (thẳng, nghiêng), chụp cắt lớp vi tính lồng ngực ở thời điểm trước điều trị, sau 2 và 4 chu kỳ điều trị hóa chất. Xét nghiệm Cyfra 21-1 trên hệ thống ARCHITECT CI 16200 ABBOTT tại Khoa Sinh hóa, Bệnh viện Quân y 103, bằng kỹ thuật miễn dịch vi hạt hóa phát quang. Giá trị bình thường Cyfra21-1 theo giá trị tham chiếu của máy và khuyến cáo của hãng sản xuất kit thử (bình thường $<3,3\text{ng/ml}$, tăng khi $\geq 3,3\text{ng/ml}$). Đánh giá sự đáp ứng điều trị trên Xquang theo tiêu chuẩn của Hiệp hội nghiên cứu ung thư châu Âu (1986)[7].

Quản lý và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS22.

III. KẾT QUẢ

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

Đặc điểm	N = 33	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình	$59,42 \pm 10,5$	
Giới: - Nam	24	72,7
- Nữ	9	27,3
Tiền sử hút thuốc	24	72,7
Giai đoạn: -IIIB	19	57,6
- IV	14	42,4
Typ mô bệnh:		
- Biểu mô tuyến	13	39,4
- Tế bào vảy	6	18,2
- Không tế bào nhỏ chưa rõ loại	14	42,4

Các bệnh nhân nghiên cứu tuổi trung bình là 57,6%, giai đoạn IV 42,4%, typ ung thư biểu mô tuyến và chưa rõ loại chiếm tỷ lệ nhiều hơn ung thư tế bào vảy. 59,42±10,5, nam chiếm đa số (72,7%), 72,7% có tiền sử hút thuốc, giai đoạn IIIB chiếm

Bảng 2: Biến đổi nồng độ Cyfra 21-1 sau 2 và 4 chu kỳ điều trị

Biến đổi Cyfra21-1	Trước điều trị(1)		Sau 2 chu kỳ(2)		Sau 4 chu kỳ(3)	
	n=33	Tỷ lệ	n=33	Tỷ lệ	n=33	Tỷ lệ
Bình thường	5	15,2	8	24,2	13	39,4
— Tăng	28	84,8	25	75,8	20	60,6
$\bar{X} \pm SD$ (ng/ml)	10,96 ±14,9		6,8 ± 5,4		10,5 ± 18,9	
p	p1,2<0,05; p2,3>0,05; p1,3<0,05					

Giá trị trung bình của Cyfra 21-1 sau 2 chu kỳ là 6,8 ± 5,4 ng/ml, thấp hơn rõ rệt so với trước điều trị (p<0,05). Tỷ lệ bệnh nhân tăng Cyfra21-1 huyết tương sau 2 chu kỳ là 75,8%, sau 4 chu kỳ là 60,6%, đều thấp hơn rõ rệt so với trước điều trị (84,8%) (p<0,05).

Bảng 3: Liên quan giữa biến đổi nồng độ Cyfra 21-1 với đáp ứng trên Xquang phổi sau 2 chu kỳ điều trị

Thay đổi Cyfra21-1		Đáp ứng trên Xquang		Giảm	Tăng
Hoàn toàn (n=2)	n	Tỷ lệ (%)	$\bar{X} \pm SD$	2	0
	Tỷ lệ (%)			100	0
	$\bar{X} \pm SD$			4,73±0,00	0
Một phần (n=2)	n	Tỷ lệ (%)	$\bar{X} \pm SD$	2	0
	Tỷ lệ (%)			100	0
	$\bar{X} \pm SD$			7,4 ± 3,66	0
Ổn định (n=25)	n	Tỷ lệ (%)	$\bar{X} \pm SD$	12	13
	Tỷ lệ (%)			48	52
	$\bar{X} \pm SD$			5,1 ± 5,1	5,8 ± 2,2
	p			>0,05	
Tiến triển (n=4)	n	Tỷ lệ (%)	$\bar{X} \pm SD$	2	2
	Tỷ lệ (%)			50	50
	$\bar{X} \pm SD$			6,04 ± 5,7	11,7 ± 5,3

Ở bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn và một phần đều giảm Cyfra 21-1 so với trước điều trị. Ở bệnh nhân ổn định tỷ lệ bệnh nhân giảm Cyfra 21-1 là 48%, thấp hơn so với tỷ lệ tăng Cyfra 21-1 (52%) nhưng chưa có ý nghĩa (p>0,05). Ở bệnh nhân tiến triển tỷ lệ bệnh nhân giảm và tăng Cyfra 21-1 như nhau (50%).

Bảng 4: Liên quan giữa biến đổi nồng độ Cyfra 21-1 với đáp ứng trên Xquang phổi sau 4 chu kỳ điều trị

Thay đổi Cyfra21-1		Đáp ứng trên Xquang		Giảm	Tăng
Hoàn Toàn (n=2)	n	Tỷ lệ (%)	$\bar{X} \pm SD$	1	1
	Tỷ lệ (%)			50	50
	$\bar{X} \pm SD$			0,0±0,0	10,0 ± 0,00
Một phần (n=2)	n	Tỷ lệ (%)	$\bar{X} \pm SD$	2	0
	Tỷ lệ (%)			100	0
	$\bar{X} \pm SD$			11,2± 11,9	0,0 ± 0,0
Ổn định (n=24)	n	Tỷ lệ (%)	$\bar{X} \pm SD$	14	10
	Tỷ lệ (%)			58,3	41,7
	$\bar{X} \pm SD$			4,9 ± 6,4	10,37 ± 15,99
	p			>0,05	
Tiến triển (n=5)	n	Tỷ lệ(%)	$\bar{X} \pm SD$	3	2
	Tỷ lệ(%)			60	40
	$\bar{X} \pm SD$			7,7 ± 4,3	54,04 ± 64,99
	p			>0,05	

Ở bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn nồng độ Cyfra 21-1 tăng và giảm như nhau (50%). Ở bệnh nhân đáp ứng 1 phần đều giảm Cyfra 21-1 so với trước điều trị. Ở bệnh nhân ổn định tỷ lệ bệnh nhân giảm Cyfra 21-1 là 58,3%, cao hơn so với tỷ lệ tăng Cyfra 21-1 (41,7%). Ở bệnh nhân tiến triển tỷ lệ bệnh nhân giảm Cyfra 21-1 là 60%, cao hơn với tỷ lệ bệnh nhân tăng Cyfra 21-1 (40%) nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều là giai đoạn tiến xa được điều trị hóa chất hỗ trợ, sau 2 và 4 chu kỳ tỷ lệ đáp ứng trên Xquang chủ yếu là ổn định (25/33 và 24/33 bệnh nhân), tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn và 1 phần thấp.

Đánh giá biến đổi nồng độ Cyfra 21-1 sau điều trị chúng tôi nhận thấy: Giá trị trung bình của Cyfra 21-1 sau 2 chu kỳ là $6,8 \pm 5,4$ ng/ml, thấp hơn rõ rệt so với trước điều trị ($p<0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân tăng Cyfra21-1 huyết tương sau 2 chu kỳ là 75,8%, sau 4 chu kỳ là 60,6%, đều thấp hơn rõ rệt so với trước điều trị (84,8%) ($p<0,05$). Như vậy nồng độ Cyfra21-1 sau 2, 4 chu kỳ điều trị thay đổi không đáng kể so với trước điều trị. Nghiên cứu của Iqbal K. và CS (2007) thấy thay đổi Cyfra 21-1 huyết tương sau điều trị ở 29 bệnh nhân UTP giai đoạn muộn thấy 62% bệnh nhân có giảm Cyfra 21-1 sau 1 chu kỳ điều trị [6]. Tạ Văn Thương và CS (2014) thấy giá trị trung bình Cyfra 21-1 sau 3 chu kỳ điều trị hóa chất đều có giảm rõ rệt so với trước điều trị [3]. Sự thay đổi nồng độ Cyfra21-1 ở các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chưa rõ rệt sau điều trị khả năng nguyên nhân chính do tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn và 1 phần thấp.

Liên quan giữa biến đổi nồng độ Cyfra 21-1 với đáp ứng trên Xquang phổi sau điều trị, kết quả nghiên cứu ở các bệnh nhân cho thấy sau 2 chu kỳ điều trị hóa chất ở bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn và một phần đều giảm Cyfra 21-1 so với trước điều trị. Ở bệnh nhân ổn định tỷ lệ bệnh nhân giảm Cyfra 21-1 là 48%, thấp hơn so với tỷ lệ tăng Cyfra 21-1 (52%) nhưng chưa có ý nghĩa ($p>0,05$). Ở bệnh nhân tiến triển tỷ lệ bệnh nhân giảm và tăng Cyfra 21-1 như nhau (50%). Sau 4 chu kỳ điều trị hóa chất ở bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn nồng độ Cyfra 21-1 tăng và giảm như nhau (50%). Ở bệnh nhân đáp ứng 1 phần đều giảm Cyfra 21-1 so với trước điều trị. Ở bệnh nhân ổn định tỷ lệ bệnh nhân giảm Cyfra 21-1 là 58,3%, cao hơn so với tỷ lệ tăng Cyfra 21-1 (41,7%). Ở bệnh nhân tiến triển

tỷ lệ bệnh nhân giảm Cyfra 21-1 là 60%, cao hơn với tỷ lệ bệnh nhân tăng Cyfra 21-1 (40%) nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Kết quả này phản ánh sự biến đổi của nồng độ Cyfra21-1 khá tương ứng với mức độ đáp ứng trên Xquang sau 2 và 4 chu kỳ điều trị. Iqbal K. và CS (2007) thấy ở bệnh nhân có Cyfra 21-1 huyết tương giảm $>42\%$ trở lên đều có đáp ứng với điều trị hóa chất hoặc bệnh ổn định [6]. Các nghiên cứu cho thấy sự tăng nồng độ Cyfra 21-1 huyết thanh là một tiên lượng xấu thể hiện bệnh nhân không đáp ứng điều trị và đang tiến triển, tuy nhiên kết hợp đánh giá nồng độ Cyfra 21-1 với các yếu tố khác để đánh giá chính xác nhất về tình trạng đáp ứng điều trị của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Đánh giá biến đổi nồng độ Cyfra21-1 huyết tương ở bệnh nhân UTP giai đoạn tiến triển sau 2, 4 chu kỳ điều trị hóa chất, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Nồng độ Cyfra21-1 sau 2, 4 chu kỳ điều trị thay đổi không đáng kể so với trước điều trị.
- Biến đổi của nồng độ Cyfra21-1 khá tương ứng với mức độ đáp ứng trên Xquang sau 2 và 4 chu kỳ điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Chấn Hùng, Lê Hoàng Minh, Phạm Xuân Dũng và CS (2008), "Giải quyết gánh nặng ung thư cho thành phố Hồ Chí Minh", *Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 12, Phụ bản của Số 4, 2008, tr 1-7*.
2. Trần Văn Thuận (2009), "Một số đặc điểm dịch tễ học ung thư ghi nhận tại Hà Nội", *Tạp chí nghiên cứu y học 62(3)- 2009 tr41-47*.
3. Tạ Văn Thương (2014), "Nghiên cứu biến đổi lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được điều trị phác đồ gemcitabine kết hợp cisplatin" *Luận văn thạc sỹ y học*, Học viện Quân y.
4. Crinò L., Scagliotti G., Marangolo M. et al (1997), "Cisplatin-gemcitabine combination in advanced non-small-cell lung cancer: a phase II study", *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*, **15(1)**, 297-303.
5. Ferlay J., Soerjomataram I., Dikshit R. et al (2015), "Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012". *Int J Cancer*, **136(5)**, E359-386.
6. Iqbal K., Chen Y., Zhang M. et al (2007), "Cyfra 21-1 as an early predictor of first line chemotherapy response in advanced non small cell lung cancer", *Chin-Ger J Clin Oncol*, **6(3)**, P250-P253.
7. Ki-Eun Hwang., Hak-Ryul Kim. (2017). "Response Evaluation of chemotherapy for lung cancer", *Tuberculosis and Respiratory Diseases (Seoul)*. 2017 Apr; 80(2): 136-142.

KHẢ NĂNG PHÁT HIỆN CARBAPENEMASE Ở CÁC CHỦNG *ACINETOBACTER BAUMANNII* CỦA THỬ NGHIỆM MODIFIED HODGE TEST, TRITON HODGE TEST, CARBACINETO NP VÀ CARBACINETO NP CẢI TIẾN

Luu Thị Vũ Nga¹, Phạm Hồng Nhung²,
Nguyễn Vũ Trung² và Trần Huy Hoàng³

TÓM TẮT

Carbapenemase là cơ chế kháng carbapenem chủ yếu ở *Acinetobacter* spp. Việc xác định sớm, chính xác các chủng vi khuẩn sinh carbapenemase rất quan trọng để thực hiện biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn và lựa chọn kháng sinh phù hợp. **Mục tiêu:** Đánh giá khả năng phát hiện sinh carbapenemase ở các chủng *A. baumannii* bằng các thử nghiệm Modified Hodge test (MHT), Triton Hodge Test (THT), CarbAcineto NP và CarbAcineto NP cải tiến. **Đối tượng nghiên cứu:** 114 chủng *A. baumannii* phân lập từ bệnh nhân của 7 bệnh viện ở 3 miền của Việt Nam (mang các gen OXA-51, OXA-58, OXA-23, NDM-1 mã hóa carbapenemase được xác định bằng PCR). **Kết quả:** MHT có độ nhạy rất thấp 4,1%; Độ nhạy của THT, CarbAcineto, CarbAcineto cải tiến là 100% đối với việc phát hiện carbapenemase được mã hóa bởi các gen OXA-23, OXA-58, NDM-1. CarbAcineto NP và CarbAcineto NP cho kết quả sớm hơn 20 phút - 2 giờ so với 18-24 giờ của THT. **Kết luận:** THT, CarbAcineto NP cải tiến là thử nghiệm khuyến cáo sử dụng để phát hiện carbapenemase ở *A. baumannii*. Đặc biệt, CarbAcineto NP cải tiến cho kết quả nhanh, giá thành rẻ, có thể dễ dàng thực hiện ở các phòng xét nghiệm lâm sàng phù hợp với điều kiện Việt Nam.

Từ khóa: *A. baumannii*, Triton Hodge test, CarbAcineto NP

SUMMARY

CARBAPENEMASE DETECTION IN *ACINETOBACTER BAUMANNII* BY MODIFIED HODGE TEST, TRITON HODGE TEST, CARBACINETO NP AND MODIFIED CARBACINETO NP

Production of carbapenemase is the most popular carbapenem-resistant mechanism in *Acinetobacter* spp. Early and accurate detection of carbapenemase-producing bacteria is important to select appropriate antibiotics and infection control measures. **Objectives:** To evaluate carbapenemase detection in *A. baumannii* by Modified Hodge test (MHT), Triton Hodge Test (THT), CarbAcineto NP and modified

CarbAcineto NP test. **Subjects:** 114 *A. baumannii* strains isolated from patients in 7 hospitals representing for 3 areas in Vietnam (which harbor carbapenemase genes including OXA-51, OXA-58, OXA-23, NDM-1 were confirmed by PCR reactions). **Results:** MHT has very low sensitivity: 4.1%. Sensitivity of THT, CarbAcineto NP and Modified CarbAcineto NP are 100% for detecting carbapenemase encoded by genes including OXA-58, OXA-23, NDM-1. CarbAcineto NP and Modified CarbAcineto NP takes less time than THT (20 minutes - 2 hours vice versa 18 - 24 hours). **Conclusions:** It is recommended to use THT, CarbAcineto NP and Modified CarbAcineto NP to detect carbapenemase producers in *A. baumannii*. Especially, modified CarbAcineto NP save time, cost and easy to perform in general clinics which is suitable with Vietnam healthcare context.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, *Acinetobacter baumannii* đa kháng là tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp nhất. Tỷ lệ *A. baumannii* kháng carbapenem - nhóm kháng sinh lựa chọn cuối cùng khi điều trị các bệnh nhiễm trùng nặng ngày càng tăng trên toàn thế giới. Sinh carbapenemase là cơ chế kháng carbapenem chủ yếu ở vi khuẩn nói chung và *A. baumannii* nói riêng. Các gen mã hoá các enzym này thường nằm trên các yếu tố di truyền động như plasmid hoặc transposon cho phép phổ biến nhanh chóng trên lâm sàng. Việc xác định sớm, chính xác các chủng vi khuẩn sinh carbapenemase để thực hiện các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn và lựa chọn kháng sinh thích hợp là rất quan trọng.

Có nhiều phương pháp khác nhau để phát hiện carbapenemases. Các xét nghiệm phát hiện kiểu gen như PCR cho kết quả đáng tin cậy, tuy nhiên không thể phát hiện các gen chưa biết hoặc không đưa vào kiểm tra. Một số thử nghiệm kiểu hình và sinh hóa xác định vi khuẩn sinh carbapenemase đã được đề xuất: Hodge cải tiến (Modified Hodge test-MHT), Carba NP (Carbapenemase Nordmann-Poirel test). Tuy nhiên, Độ nhạy, độ đặc hiệu của mỗi phương pháp đối với từng loại carbapenemase và ở các loài vi khuẩn rất khác nhau, đặc biệt độ nhạy rất thấp khi thực hiện với *A. baumannii* [1],[2],[3].

¹Bệnh viện Thanh Nhàn, Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vũ Trung

Email: nguyen.vu.trung@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.11.2017

Ngày duyệt bài: 14.11.2017

Do màng ngoài của *Acinetobacter* có tính thấm thấp và hoạt tính enzyme của một số loại carbapenemase ở *Acinetobacter* yếu, nên phát hiện carbapenemase ở *Acinetobacter* khó hơn so với *Enterobacteriaceae* và *Pseudomonas* spp.[1],[2]. Một số phương pháp cải tiến đã được áp dụng như Triton Hodge test (THT), CarbAcineto NP cho phát hiện carbapenemase ở *A. baumannii* [1],[4].

Thử nghiệm CarbAcineto NP sử dụng NaCl 5M thay cho Tris HCl pH 7,4 (Trong Carba NP) để tránh tác dụng đệm của Tris HCl, có khả năng phát hiện các loại carbapenemase ở *Acinetobacter* spp với độ nhạy 94,7% và độ đặc hiệu 100% [1]. Tuy nhiên, một bất lợi của thử nghiệm này là chi phí khá cao. Thử nghiệm này đã được một số tác giả cải tiến để có chi phí thấp hơn [5].

Do cơ chế đề kháng của các chủng thuộc các khu vực khác nhau có thể khác nhau. Nghiên cứu này được tiến hành thử nghiệm trên quần thể chủng lưu hành để xác nhận phương pháp phù hợp cho thực hành thường quy tại các phòng xét nghiệm vi sinh lâm sàng về khả năng phát hiện sinh carbapenemase ở các chủng *A. baumannii* bằng các thử nghiệm MHT, THT, CarbAcineto NP và CarbAcineto NP cải tiến.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chủng vi khuẩn: 114 chủng *A. baumannii* (được định danh bằng bộ định danh API-20NE-BioMerieux-Pháp) phân lập được từ bệnh nhân ở 7 bệnh viện thuộc 3 miền của Việt Nam năm 2016, được xác định mang gen mã hóa carbapenemase bằng kỹ thuật PCR: OXA-51 (n=114), OXA-23 (n=94), OXA-53 (n=6), NDM-1 (n=6); không có chủng nào mang gen OXA-24, IMP, SIM, GIM, VIM, SPM; Và được xác định độ nhạy cảm với carbapenem (Imipenem và meropenem) bằng phương pháp khoan giấy kháng sinh khuếch tán theo tiêu chuẩn của CLSI năm 2016 [3].

Địa điểm nghiên cứu: Phòng Kháng kháng sinh-Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương.

2.2. Các thử nghiệm phát hiện vi khuẩn sinh carbapenemase

2.2.1. Kỹ thuật MHT

Nguyên lý: Là thử nghiệm kiểu hình sàng lọc carbapenemase dựa trên sự bất hoạt carbapenem bởi carbapenemase của vi khuẩn.

Kỹ thuật: Được thực hiện theo hướng dẫn của CLSI, 2016 [3].

Đọc kết quả: Nếu chủng thử nghiệm sinh carbapenemase sẽ bất hoạt meropenem trong môi trường, quan sát thấy vùng ức chế giao thoa

giữa vệt cấy chủng thử nghiệm co nhỏ hình nan quạt (Hình 1)

Kiểm soát chất lượng với: *Klebsiella pneumoniae* ATCC BAA-1705: chứng dương và *Klebsiella pneumoniae* ATCC BAA-1706: chứng âm.

2.2.2 Thử nghiệm Triton Hodge test

Nhỏ 50µl Triton X-100 tinh khiết vào giữa đĩa MHA, rồi nhanh chóng dùng que thủy tinh phân tán đều Triton trên toàn bộ bề mặt thạch, bảo quản ở 4°C đến khi sử dụng [4]. Trước khi sử dụng, để đĩa thạch vào tủ ấm 35-37°C/10 phút để độ ẩm trên bề mặt môi trường bốc hơi. Sau đó, thực hiện các bước như với kỹ thuật MHT (như mô tả ở trên).

2.2.3.Thử nghiệm CarbAcineto NP

Nguyên lý: Kỹ thuật này dựa trên sự thủy phân carbapenem bởi carbapenemase của vi khuẩn làm giảm pH và được phát hiện nhờ chỉ thị đỏ phenol.

Kỹ thuật: CarbAcineto NP được thực hiện một phần theo kỹ thuật Carba NP-hướng dẫn của CLSI năm 2016 [3], CarbAcineto NP của Dortet, L., et al, 2014 [1] và CarbAcineto NP cải tiến [5].

Dung dịch Carba NP A: 2ml đỏ phenol 0,5% và 16,6ml nước khử ion, 180µl kẽm sulfat 10mM. Chính pH 7,8±0,1 bằng NaOH 0,1N hoặc HCl 10% (Bảo quản ở 4-8°C/2 tuần, trong lọ màu tối tránh ánh sáng) [3].

Dung dịch Carba NP B: Cứ 1ml dung dịch Carba NP A cộng thêm 6 mg imipenem monohydrate (Của USP) và bảo quản ở 4-8°C/3 ngày.

Sử dụng dung dịch ly giải vi khuẩn NaCl 5M [2] để hạn chế tác động đệm của Tris-HCl pH 7,4 như sử dụng trước đây [3].

Đọc kết quả: Ống A (Chứng nội): Phải có màu đỏ. Nếu có bất kỳ màu nào khác thì thử nghiệm đều không có giá trị.

Ống B: Màu đỏ: Âm tính; Màu vàng hoặc cam: Dương tính.

Kiểm soát chất lượng với: *Klebsiella pneumoniae* ATCC BAA-1705: chứng dương và *Klebsiella pneumoniae* ATCC BAA-1706: chứng âm.

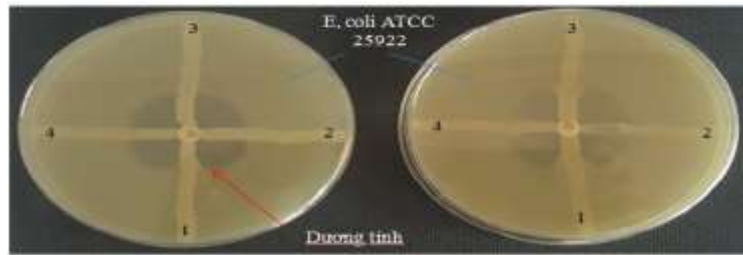
2.2.4. Thử nghiệm CarbAcineto NP cải tiến

Được tiến hành như với CarbAcineto NP chỉ có thay đổi đối với dung dịch Carba NP B: Cứ 1ml dung dịch Carba NP A cộng thêm 26,88mg bột thuốc Tienam tiêm (Của Merck) tương đương khoảng 12 mg imipenem-cilastatin thay cho bột imipenem monohydrate [5].

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được quản lý bằng phần mềm excel. Các kết quả được trình bày dưới dạng bảng và hình.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu này được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Hà Nội thông qua.

III. KẾT QUẢ



Hình 1: Kết quả đại diện cho thử nghiệm MHT (bên trái) và THT (bên phải)

1: Chứng dương; 2: Chứng âm; 3,4: Chứng *A. baumannii* kiểm tra

Chủng 3,4: Âm tính với carbapenemase ở MHT nhưng dương tính ở THT

Bảng 1: Kết quả thử nghiệm MHT và THT

Nhóm	Nhạy/kháng carbapenem	Gen mã hóa carbapenemase	Số chủng	Dương tính	
				MHT	THT
1	Nhạy cảm với carbapenem	OXA-51*	16	0/16	0/16
2	Kháng với carbapenem	OXA-51 + OXA-23	88	4/88 **	88/88
		OXA-51 + OXA-58	1	0/1	1/1 **
		OXA-51 + OXA-23 + OXA-58	3	0/3	3/3
		OXA-51 + NDM-1	1	0/1	1/1
		OXA-51 + OXA-23 + NDM-1	3	0/3	3/3
		OXA-51 + OXA-58 + NDM-1	2	0/2	2/2
	Tổng		98	4/98	98/98

Ghi chú: OXA-51*: Chỉ dương tính với OXA-51; "***": Dương tính yếu

Nhóm 1: 16 chủng nhạy cảm với carbapenem, chỉ có gen OXA-51: Cả MHT và THT đều cho kết quả âm tính.

Nhóm 2: 98 chủng kháng carbapenem, có gen các OXA-23, OXA-58, NDM-1: MHT chỉ dương tính yếu với 4/98 chủng (4,1%); THT dương tính 88/88 chủng (100%).



Hình 2: Kết quả đại diện cho kỹ thuật CarbAcineto NP

Ống 1: Chứng nội; ống 2: Chứng âm; ống 3: chứng dương; ống 4: Mẫu thử dương tính với carbapenemase có gen NDM (Chuyển màu từ đỏ sang vàng hoàn toàn); ống 7: Mẫu dương tính carbapenemase có gen OX-23 (Từ đỏ sang vàng cam); ống 8: Mẫu dương tính carbapenemase có gen OX-59 (Từ đỏ sang đỏ cam); Ống 5,6: Mẫu âm tính với Carbapenemase

Bảng 2: Kết quả thử nghiệm CarbAcineto NP (A) và CarbAcineto NP cải tiến (B)

Nhóm	Nhạy/kháng carbapenem	Gen mã hóa carbapenemase	Số chủng	Dương tính	
				A	B
1	Nhạy cảm với carbapenem	OXA-51*	16	0/16	0/16
2	Kháng với carbapenem	OXA-51 + OXA-23	88	88/88**	88/88**
		OXA-51 + OXA-58	1	1/1*	1/1 *
		OXA-51 + OXA-23 + OXA-58	3	3/3 **	3/3 **
		OXA-51 + NDM-1	1	1/1 ***	1/1***
		OXA-51 + OXA-23 + NDM-1	3	3/3 ***	3/3***
		OXA-51 + OXA-58 + NDM-1	2	2/2 ***	2/2***
	Tổng		98	98/98	98/98

Ghi chú: OXA-51*: Chỉ dương tính với OXA-51; "": Chuyển màu từ đỏ sang đỏ cam; "": Chuyển màu từ đỏ sang vàng cam trong vòng 2 giờ, "": Chuyển màu từ đỏ sang vàng hoàn toàn trong vòng 20-30 phút.

Nhóm 1: 16 chủng nhạy cảm với carbapenem và chỉ có gen OXA-51: Cả CarbAcineto NP (A) và CarbAcineto NP cải tiến (B) đều cho kết quả âm tính.

Nhóm 2: 98 chủng kháng carbapenem, có các OXA-23, OXA-58, NDM-1: Cả CarbAcineto NP (A) và CarbAcineto NP cải tiến (B) đều dương tính 100%.

IV. BÀN LUẬN

Tất cả 16 chủng dương tính duy nhất với gen OXA-51 và còn nhạy cảm với carbapenem cho kết quả âm tính với tất cả 4 thử nghiệm phát hiện vi khuẩn sinh carbapenemase. OXA-51 là gen nội tại tự nhiên của *A. baumannii* nằm trên nhiễm sắc thể và không có khả năng gây kháng carbapenem trừ khi có trình tự Isba1 chèn vào vùng promoter gây quá biểu hiện enzyme có thể dẫn đến kháng carbapenem. 16 chủng này có thể không sinh carbapenemase hoặc sinh carbapenemase yếu không đủ thủy phân carbapenem nên đều còn nhạy cảm với carbapenem. Trên thực tế, sự không phát hiện được carbapenemase do OXA-51 mã hóa lại rất hữu dụng. Vì các cơ chế kháng do gen mã hóa nằm trên nhiễm sắc thể không chuyển được cho các loài vi khuẩn khác, ngược với các cơ chế kháng do gen nằm trên plasmid hay transposon, nên đây là một vấn đề lâm sàng ít quan trọng. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Dortet, L. và cộng sự [1].

Kết quả của chúng tôi, thử nghiệm MHT có độ nhạy rất thấp (4,1%) và chỉ cho kết quả dương tính yếu (Rất khó phân biệt dương tính và âm tính). Tương tự nghiên cứu của Bonnin, R.A. và cộng sự, MHT chỉ dương tính yếu với 7,6% chủng *A. baumannii* có gen OXA-23, OXA-58 và NDM [2]. Mặc dù, MHT có độ nhạy cao (93-100%) trong việc phát hiện carbapenemase nhóm A (như KPC) và nhóm D (như OXA-48) là những carbapenemase quan trọng nhất ở *Enterobacteriaceae*, nhưng có độ nhạy thấp (50%) đối với việc phát hiện NDM-1 [6]. Ở *A. baumannii*, màng ngoài có tính thấm thấp hơn khoảng 100 lần so với *E. coli* vì vắng mặt của các porin lớn như OmpF và OmpC, đặc biệt NDM-1 là một lipoprotein gắn kết với màng ngoài vi khuẩn điều này ngăn cản sự phát hiện hoạt động của carbapenemase ở *A. baumannii* bằng MHT [4].

Thử nghiệm THT sử dụng Triton X-100 có khả năng hòa tan các protein màng ngoài của vi

khuẩn đã làm tăng độ nhạy cho THT, không chỉ tăng khả năng phát hiện carbapenemase của NDM-1 mà còn cả với các loại carbapenemase của *A. baumannii* [4]. THT trong nghiên cứu của chúng tôi có khả năng phát hiện sinh carbapenemase ở 100% chủng *A. baumannii* mang gen OXA-23, OXA-58, NDM-1 (Đây là những gen mã hóa carbapenemase thường gặp ở *A. baumannii* ở Việt Nam và nhiều nước trên thế giới [7]. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Pasteran, F. và cộng sự (năm 2016), phát hiện 97-99% các loại carbapenemase [4].

Trong nghiên cứu này, cả hai thử nghiệm CarbAcineto NP (Sử dụng bột imipenem monohydrate) và CarbAcineto NP cải tiến (Sử dụng bột thuốc tiêm Tienam) đều có khả năng phát hiện 100% các chủng sinh carbapenemase do gen OXA-23, OXA-58, NDM-1 mã hóa ở *A. baumannii*. Các chủng có gen NDM-1 cho kết quả Dương tính (chuyển màu từ đỏ sang vàng hoàn toàn) trong vòng 20-30 phút; Chủng có gen OXA-51+OXA-23: dương tính (chuyển màu từ đỏ sang vàng cam) trong vòng 2 giờ; chủng có OXA-51+OXA-58: dương tính (chuyển màu từ đỏ sang đỏ cam) trong vòng 2 giờ. Kết quả nhanh từ 20 phút - 2 giờ so với 18-24 giờ (đối với MHT và THT), đây là ưu điểm của CarbAcineto NP so với THT.

CarbAcineto NP sử dụng bột imipenem monohydrate (Của USP) có giá 6.000.000 đồng cho 100mg imipenem tương đương 36.000 đồng/1 phản ứng. Đối với một chủng vi khuẩn cần kiểm tra sinh carbapenemase sẽ cần 2 phản ứng (1 ống chứa nội và 1 ống thử). Cộng thêm chi phí cho vật tư tiêu hao, hóa chất khác và chúng dương, chúng âm cho mỗi lần thực hiện, trung bình khoảng 100.000 đồng/1 mẫu thử. Hơn nữa, bột imipenem chuẩn không thuận tiện để mua. Một số nghiên cứu đã sử dụng thuốc bột tiêm Tienam của Merck chứa imipenem-cilastatin (500mg/500mg) thay cho bột imipenem chuẩn vẫn cho độ nhạy và độ đặc hiệu cao [5]. CarbAcineto NP cải tiến sử dụng bột imipenem tiêm (thuốc kháng sinh Tienam) giá thành rất rẻ 53.000 đồng cho 100mg imipenem, tương đương 600 đồng/1 phản ứng. Chi phí trung bình <10.000 đồng/1 mẫu thử. Hơn nữa, bột imipenem tiêm là kháng sinh thường có tại khoa Dược bệnh viện hoặc các hiệu thuốc nên rất dễ mua. Hiện nay, trên thị trường cũng đã có kit thương mại RAPIDEC® CARBA NP của BioMerieux nhưng giá thành rất cao (khoảng 450.000đồng/thử nghiệm).

V. KẾT LUẬN

Thử nghiệm MHT không khuyến cáo sử dụng để phát hiện carbapenemase ở *A. baumannii*.

THT, CarbAcineto NP, CarbAcineto NP cải tiến là thử nghiệm khuyến cáo sử dụng để phát hiện carbapenemase ở *A. baumannii*. Đặc biệt, CarbAcineto NP cải tiến cho kết quả nhanh, giá thành rẻ, có thể dễ dàng thực hiện ở các phòng xét nghiệm lâm sàng phù hợp với điều kiện Việt Nam, cung cấp một giải pháp hiệu quả góp phần vào việc quản lý các chủng sinh carbapenemase.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dortet, L., Poirel, L., Errera, C., & Nordmann, P. (2014). CarbAcineto NP test for rapid detection of carbapenemase-producing *Acinetobacter* spp. *Journal of clinical microbiology*, 52(7), 2359-2364.
2. Bonnin, R. A., Naas, T., Poirel, L., & Nordmann, P. (2012). Phenotypic, biochemical, and molecular techniques for detection of metallo- β -lactamase NDM in *Acinetobacter baumannii*. *Journal of clinical microbiology*, 50(4), 1419-1421.
3. Clinical and Laboratory Standards Institute (2016). Performance standards for antimicrobial susceptibility testing. Vol. Twenty-fifth informational supplement M100-S26.
4. Pasteran, F., Gonzalez, L. J., Albornoz, E., et al (2016). Triton Hodge test: improved protocol for modified Hodge test for enhanced detection of NDM and other carbapenemase producers. *Journal of clinical microbiology*, 54(3), 640-649.
5. Pasteran, F., Tijet, N., Melano, R. G., & Corso, A. (2015). Simplified protocol for Carba NP test for enhanced detection of carbapenemase producers directly from bacterial cultures. *Journal of clinical microbiology*, 53(12), 3908-3911.
6. Girlich, D., Poirel, L., & Nordmann, P. (2012). Value of the modified Hodge test for detection of emerging carbapenemases in Enterobacteriaceae. *Journal of clinical microbiology*, 50(2), 477-479.
7. Tran, D., Tran, H., Matsui, M., et al (2017). Emergence of New Delhi metallo-beta-lactamase 1 and other carbapenemase-producing *Acinetobacter calcoaceticus-baumannii* complex among patients in hospitals in Ha Noi, Viet Nam. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, 36(2), 219-225.

TIÊU SỢI HUYẾT VÀ CAN THIỆP LẤY BỎ HUYẾT KHỐI TRONG ĐIỀU TRỊ ĐỘT QUỴ THIẾU MÁU NÃO CẤP, HƯỚNG ĐIỀU TRỊ TẠI VIỆT NAM (2008 - 2020)

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét khái quát thực trạng và kết quả điều trị đột quỵ thiếu máu não cấp (ĐQTMNC) trong những năm qua và đề xuất hướng điều trị trong những năm tới (2018 - 2020). **Đối tượng và phương pháp:** Căn cứ vào thống kê của một số cơ sở thu dung, điều trị tiêu sợi huyết (rt-PA) và can thiệp lấy huyết khối trong những năm qua trên cả nước. **Kết quả:** Có tổng số khoảng 50 đơn vị, khoa, trung tâm đột quỵ trong cả nước với 640 giường/ 930 triệu dân (miền Bắc: 23 đơn vị = 360 giường; miền Trung: 7 đơn vị = 70 giường; miền Nam: 16: đơn vị = 220 giường). Trên 1145 bệnh nhân (BN) dùng rt-PA có điểm NIHSS trung bình khi vào: 14,1; kết quả điểm mRS sau 3 tháng là: mRS (0-1)=52,2%, mRS (6) = 6,12%; biến chứng chảy máu triệu chứng: 4,1%. Kết quả dùng rt-PA kết hợp lấy bỏ huyết khối có 269 BN, tuổi trung bình 62,14 $\pm$ 13,3; điểm NIHSS trung bình khi nhập viện: 16,2 $\pm$ 7,85; tỷ lệ tái thông: (TICI: 2b/3) là 60,3%; điểm mRS sau 3 tháng (0-2): 34,6%; biến chứng chảy máu: 22% (chảy máu có triệu chứng:

Nguyễn Huy Ngọc*, Nguyễn Văn Thông**

10,1%); tử vong: 17,9%. **Kết luận:** Tiêu sợi huyết và can thiệp lấy bỏ huyết khối là quan trọng giúp giảm thiểu tình trạng tàn tật (không tử vong) ở những bệnh nhân ĐQTMNC cần được thực hiện bởi những chuyên gia, phải coi trọng chất lượng điều trị cao và an toàn hơn là đi thật nhanh, cần phát triển hệ thống tiếp cận điều trị đột quỵ ở Việt Nam và không nên thực hiện ở từng bệnh viện riêng lẻ.

Từ khóa: Đột quỵ thiếu máu não cấp, điểm NIHSS, điểm Ran kin cải biên, tiêu huyết khối

SUMMARY

THROMBOLYSIS AND THROMBECTOMY TO TREATMENT ACUTE ISCHEMIC STROKE IN VIETNAM ON THE FUTURE (2018 - 2020)

Objective: Initial establishment the results and present situation on the treatment of acute ischemic stroke in Vietnam on the future (2018 - 2020).

Subject and method: On the number of some stroke unit in Vietnam treated thrombolysis and thrombectomy. **Results:** On the 50 of stroke unit, department, stroke center in Vietnam about 640 beds/93 million people (North: 360 beds/23 unit, Middle: 70beds/7 unit, South: 220 beds/16 unit). On the 1145 patients treated rt-PA was (NIHSS medium score to enter hospital: 14,1; mRS post three month: mRS (0-1) was 52,2%, mRS (6 score) was 6,12%. Intracranial hemorrhage rate was 4,1%. On the 269 patients treated thrombolysis, the mean age was 62,14 $\pm$ 13,3; NIHSS medium score to enter hospital:

*Bệnh viện Đa khoa Phú Thọ

**Bệnh viện TWQĐ108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Ngọc

Email: longdangtrang@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2017

Ngày duyệt bài: 21.11.2017

16,2±7,85; complete recanalization after treatment (TICI score 2b-3) was 60,3%. The rate of functional independence (90 day mRS score of 0 -2) was 34,6%; the death rate was 17,9%; intracranial hemorrhage and symptomatis hemorrhage rate was 22,5% and 10,1%. **Conclusion:** Thrombolysis and thrombectomy is are important treatments, it will reduce disability (not mortality) in some patients after acute ischemic stroke, but to take particular by specialize and it is better to take time introducing high quality safe services rather than go too quickly and need to develop a network approach to stroke care in Vietnam - you cannot hope to provide in every hospital

Key words: Acute ischemic stroke, NIHSS score, mRS score, thrombolysis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

ĐQTMNC theo thống kê chiếm từ 80 - 85% của đột quỵ. Hiện nay có những biện pháp điều trị chủ yếu như: điều trị nội khoa tổng hợp với các thuốc chống kết tập tiểu cầu, sử dụng thuốc rt-PA, can thiệp lấy bỏ huyết khối, phẫu thuật mở sọ giảm áp, điều trị phục hồi chức năng tùy theo từng mức độ, tính chất của tổn thương nhu mô não, thời gian từ khi khởi phát đến khi được điều trị. Tiêu sợi huyết và lấy bỏ huyết khối là những biện pháp điều trị quan trọng mang lại

hiệu quả nhưng cũng rất nguy hiểm nếu lạm dụng và thực hiện không đúng chỉ định. Để sơ bộ đánh giá lại các kết quả thu được và điều trị ĐQTMNC trong những năm qua dựa trên một số báo cáo của các cơ sở điều trị và hướng điều trị trong những năm tới, chúng tôi tiến hành đề tài này với hai mục tiêu:

1. *Nhận xét khái quát thực trạng và kết quả điều trị đột quỵ thiếu máu não cấp trong những năm qua tại một số cơ sở điều trị trong cả nước*

2. *Đề xuất hướng điều trị trong những năm tới (2018 - 2020)*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Gồm 1145BN được sử dụng thuốc rt-PA (liều 0,9 và 0,6mg/kg trọng lượng cơ thể) và 269 BN được sử dụng rt-PA sau đó lấy bỏ huyết khối trong các năm từ 2009 - 10/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Theo phương pháp phân tích gộp các báo cáo thống kê của các bệnh viện sử dụng hai phương pháp điều trị này, kết quả thu được tính theo trung bình và tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ

3.1. Hiện trạng của các đơn vị chuyên đột quỵ trong cả nước

Bảng 1: Hiện trạng các đơn vị chuyên đột quỵ trong cả nước

Bệnh viện	Hình thức	Số giường	Bệnh viện	Hình thức	Số giường	Bệnh viện	Hình thức	Số giường
BV Bạch Mai	ĐVĐQ	40	BVĐK Bắc Ninh	ĐVĐQ	10	BV Chợ Rẫy	ĐVĐQ	20
BVTWQĐ108	TTĐQ	55	ĐK Quảng Ninh	ĐVĐQ	10	BV An Bình	ĐVĐQ	10
BVQY 103	Khoa ĐQ	40	BVĐK Cao Bằng	ĐVĐQ	10	BVND Gia Định	ĐVĐQ	10
TW Thái Nguyên	TTĐQ	20	BVĐK Hà Giang	ĐVĐQ	10	BV Thống Nhất	ĐVĐQ	10
BVĐK Phú Thọ	ĐVĐQ	20	ĐK Tuyên Quang	ĐVĐQ	10	BV NT Phương	ĐVĐQ	10
BVĐK Ninh Bình	Khoa ĐQ	15	BVĐK Vĩnh Phúc	ĐVĐQ	10	BV Triều An	ĐVĐQ	10
BVĐK Nghệ An	ĐVĐQ	10	Viện QY 105	ĐVĐQ	10	BV Trưng Vương	ĐVĐQ	10
ĐK Thanh Hóa	ĐVĐQ	10	BV Hữu Nghị	ĐVĐQ	10	Viện QY 175	ĐVĐQ	10
BVĐK Ngọc Lặc	ĐVĐQ	10	BVTW Huế	ĐVĐQ	10	BVĐK Thủ Đức	ĐVĐQ	10
BVĐK Hà Nam	ĐVĐQ	10	BVĐK Đà Nẵng	ĐVĐQ	10	BVĐK Đồng Nai	ĐVĐQ	10
BVĐK Hưng Yên	ĐVĐQ	10	Bệnh viện C	ĐVĐQ	10	ĐK Tiền Giang	ĐVĐQ	10
BVĐK Việt Trì	ĐVĐQ	10	BV QY 17	ĐVĐQ	10	BVĐK Cần Thơ	ĐVĐQ	10

BVĐK Thái Bình	ĐVĐQ	10	ĐK Quảng Nam	ĐVĐQ	10	ĐHY-tp HCM	ĐVĐQ	10
BVĐK Bắc Giang	ĐVĐQ	10	BVĐK Quy Nhơn	ĐVĐQ	10	BVĐK An Giang	ĐVĐQ	10
BVĐK Lạng Sơn	ĐVĐQ	10	BV ND 115	K ĐQ	70			

Nhận xét: Có tổng số khoảng 50 đơn vị, khoa, trung tâm đột quỵ trong cả nước với 640 giường/ 930 triệu dân (miền Bắc: 23 đơn vị = 360 giường; miền Trung: 7 đơn vị = 70 giường; miền Nam: 16: đơn vị = 220 giường)

3.2. Kết quả điều trị tiêu sợi huyết (rt-PA)

Bảng 2: Một số kết quả điều trị tiêu huyết khối (rt-PA) tĩnh mạch

Số TT	Bệnh viện	Tổng số	Điểm NIHSS trung bình		Điểm mRS (sau 90 ngày, %)				Biến chứng chảy máu	
			Vào	Sau 3 tháng	0-1	2-3	4-5	6	Có TC	Không TC
1	BV Nhân Dân 115 (6/2009 - 3/2011) (1/2011 - 4/2012)*	152/96	12,8	8,02	56,2			6,3	4,6/3,1	2,6/12,5
2	BV Trung ương QĐ108 (2016-2017)	50	14,5±5	6,0±4	57,0				4,3	3,0
3	BV QY 103 (6/2016 - 6/2017) (tPA: 0,6 = 62BN; tPA:0,9 = 31BN)	316/78/93	15,4 ± 6	6,1 ± 3	46,1	29,5	18,1	6,4	6,7/5,7	10,2
4	BVĐK Phú Thọ (9/2015-10/2017) (6 tháng đầu năm 2017)	220 (58)			57,4			3,2	3,8	10,0
5	BVĐK Thanh Hóa (5/2011-9/2017)	110			52,0	24,0	14,0	10,0	2,0	2,0
6	BV Việt Tiệp-HP (1/2012-6/2016)	112			41,9	26,8	25,9	5,36	5,3	
7	BVTW Thái Nguyên (1-7/2017)	18			61,0	22,2	11,3	5,6		
8	BV Bạch Mai (1/2015-9/2016)(Liều tPA=0,6)	61			50,9	34,4	8,2	6,0	3,3	11,5
9	BV Chợ Rẫy + BV ĐHYD-HCM	60								
Cộng trung bình (TB)		1145	14,1	7,06	52,2	27,4	15,5	6,12	4,11	7,8

Nhận xét: gồm 1145 BN, điểm NIHSS trung bình khi vào: 14,1; điểm mRS sau 3 tháng: mRS (0-1) = 52,2%, mRS (6) = 6,12%; biến chứng chảy máu có triệu chứng: 4,11%

3.3. Kết quả điều trị tiêu sợi huyết kết hợp với can thiệp lấy bỏ huyết khối

Bảng 3: Điều trị tiêu sợi huyết kết hợp lấy bỏ huyết khối

Bệnh viện (tỷ lệ dùng rtPA)	Số lượng	Tuổi TB	NIHSS (%)		Tỷ lệ tái thông (%)		mRS (3 tháng, %)		Tỷ vong (%)	Biến chứng (%)		
			Vào	Ra	TICI 2b/3	TICI I 0-2	0-2	3-5		CM	Tái tắc	BC #
BV TWQĐ108 (7/2016-6/2017) rtPA: 26/138 =18,9%	138	61,7 ± 12,7	46,7	↓: 10/55,8	79,7	20,3	58,7	41,3	18,1	18,8 (10,1)	5,1	7,9
Khoa can thiệp BVTWQĐ108 (1/2014-8/2017) rtPA: 4/27=14,8%	27/341	64,7 ± 13,2	16,6 ± 4,9		88,9	12,1	58,7	41,3	11,1	0	0	0
BV Nhân Dân 115	36	61,5 ±	17,8		33,3	55,6	55,6	44,4	16,7	36,1		

(4/2012-3/2013) rtPA: 21/36 = 58,3%		13,8	± 5,5		TIMI: 3	TIMI > 2				(11,1)		
BVĐK Nghệ An & BV Nhân dân 115 (6/2016-4/2017) rtPA: 43/43=100%	43	57,5 ± 15,4	14,4 ± 4,5		83,7	16,3	55,6	44,4	25,6	34,9		
BV Bạch Mai (6/2015-5/2016) rtPA: 25/25 =100%	25	62,3 ± 11,4	16,0 (10- 23)		16,0	84,0	44,2	55,8	N			
Trung bình cộng (TB)	269	62,14 ±13,3	16,2 ± 7,85		60,3	37,7	34,6	45,4	17,9	22,5		

Nhận xét: Tuổi 62,14 ± 13,3; điểm NIHSS khi nhập viện: 16,2 ± 7,85; tỷ lệ tái thông: (TICI: 2b/3) là 60,3%; điểm mRS 3 tháng: 34,6%; tử vong: 17,9%; biến chứng chảy máu: 22,5%

3.4. Thực trạng can thiệp lấy huyết khối ở Việt Nam và Anh

Bảng 4: Thực trạng can thiệp lấy huyết khối ở Việt Nam và Anh

VIỆT NAM	ANH
- Có khoảng 50 Trung tâm, Khoa và đơn vị ĐQ Với khoảng 650 giường bệnh	- Có khoảng 120 trung tâm đột quỵ tại Anh
- Có 9 cơ sở có thể can thiệp mạch (Viện 108, Bạch Mai, Viện 103, BV Phú Thọ, Huế, Viện 115, Chợ Rẫy, ĐHYD-HCM, Cần Thơ)	- Có 24 trung tâm có thể can thiệp mạch - TK
- Tổng số 20 nhà can thiệp mạch - TK trên toàn quốc	- Tổng số 82 nhà can thiệp mạch - TK trên toàn Vương quốc Anh (2 ở Scotland và 1 ở Wales)
- Ngân sách cho can thiệp chưa được định giá cụ thể, tùy thuộc vào BN, trung bình mỗi ca (từ 70 - 100 triệu đồng)	- Ngân sách cho can thiệp mạch thông qua Bộ Y tế đã được đồng ý từ tháng 4/2017 - khoảng £12,000 mỗi ca (350 triệu đồng)
- Có khoảng 1000 - 1100 ca được thực hiện trong 2 năm (V115: 500; BV108: 200, Bạch Mai: 200; BVĐHYD: 34; Chợ rẫy: 40; V103: 10; Phú Thọ: 6;)	- Chỉ có 500 ca được thực hiện 2016 - 2017

Nhận xét: So với vương quốc Anh, Việt Nam có 50 đơn vị chuyên đột quỵ, có 9 cơ sở có thể thực hiện can thiệp mạch, ngân sách cho can thiệp thấp hơn nhưng tỷ lệ các ca được can thiệp lấy bỏ huyết khối lại cao hơn rất nhiều.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mục tiêu của điều trị đột quỵ não

cấp: Giảm tối thiểu khối lượng nhu mô não bị nhồi máu không có khả năng hồi phục, dự phòng sớm các biến chứng, giảm tàn tật và sống phụ thuộc, dự phòng đột quỵ tái phát. Hiện nay trên thế giới đã thống nhất và đang sử dụng các phác đồ điều trị sau:

4.1.1. Phác đồ điều trị toàn diện

- Dùng kháng tiểu cầu sớm và lâu dài cho bệnh nhân nhồi máu

+ Aspirin 0,10-0,3gam/24 giờ giúp giảm nguy cơ tương đối (RR) đột quỵ xuống xấp xỉ 13% so với giả được, hoặc

+ Clopidogrel 75mg/24 giờ giảm (RR) xấp xỉ 9% (0,3-16%) so với aspirin, hoặc

+ Aspirin + DipyridamoleSR/24 giờ giảm (RR) xấp xỉ 18% (9-26%) so với aspirin, hoặc

+ Cilostazol 100mg x 2 viên/24 giờ giảm (RR) xấp xỉ 25,7%

+ Dùng kháng đông đường uống cho bệnh nhân rung nhĩ

+ Bóc tách nội mạc động mạch sớm nếu hẹp động mạch cảnh nặng có triệu chứng

+ Hạ HA lâu dài (giảm 10mmHg HATT sẽ giảm 30% RRR)

+ Giảm cholesterol máu lâu dài (giảm 1 mmol/l LDL-C sẽ giảm 20% RRR)

+ Kiểm soát tối ưu glucose máu ở bệnh nhân đái tháo đường

+ Ngừng hút thuốc

+ Dùng thuốc tăng dinh dưỡng, bảo vệ thần kinh sớm

4.1.2. Dùng thuốc tiêu sợi huyết (rt-PA) [3], [4], [5]

Là biện pháp điều trị quan trọng nhưng phải theo chỉ định cụ thể và thực hiện trên từng bệnh nhân tại các cơ sở chuyên điều trị đột quy. Trong thực tế, tỷ lệ bệnh nhân đột quy thiếu máu não cấp được điều trị tiêu sợi huyết rất khác nhau phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố chủ quan và khách quan như thời gian cửa sổ điều trị, các chỉ định và chống chỉ định, trình độ tổ chức và chuyên môn của các cơ sở, trình độ dân trí cũng như công tác tuyên truyền trên thông tin đại chúng. Theo thống kê tại vương quốc Anh, 2017, mỗi 100 BN NMN cấp, cao nhất 20% có chỉ định tiêu sợi huyết đường TM. Số BN cần được điều trị rt-PATM để có 1 BN hồi phục tốt là 7 BN, 3 BN có thể có lợi. Ở trong nước, Phạm Đình Đài và Đặng Minh Đức[1] đánh giá trên 316 BN NMN dùng rt-PA liều 0,6mg/kg tại Viện Quân y 103 từ 11/2003 - 6/2017 nhận thấy kết quả cải thiện lâm sàng tốt sau 24 giờ là 67,8%, dùng liều 0,6mg/kg cho kết quả tương đương liều 0,9mg/kg và biến chứng chảy máu chung là 6,9%; Nguyễn Huy Thắng và cộng sự BV Nhân Dân 115 đánh giá kết quả tiêu sợi huyết trên 152 BN NMN cấp từ (6/2009 - 3/2011) nhận thấy biến chứng chảy máu là 7,2% (CMN có triệu chứng chiếm 4,6%) và khuyến cáo cần thận trọng trên các bệnh nhân > 80 tuổi.

4.1.3. Dùng thuốc tiêu sợi huyết kết hợp lấy bỏ huyết khối bằng dụng cụ cơ học [6], [7].

Với sự phát triển của khoa học kỹ thuật trong lĩnh vực chẩn đoán và can thiệp mạch nói chung và can thiệp não nói riêng, trong những năm gần đây, người bệnh đã được hưởng lợi trong điều trị và đã đem lại một số kết quả khả quan. Các thống kê không đầy đủ ở trong nước cho thấy tỷ lệ tái thông mạch 2b/3 khoảng 60,3%, tỷ lệ phục hồi theo Rankin cải biên sau 3 tháng khoảng 34,6%, tử vong chung khoảng 17,9% và biến chứng khoảng 22,5%. Tony Rudd, (2017) thống kê kết quả sau điều trị trên 1000 BN đột quy thiếu máu não cấp thấy: 141/1000 sống độc lập ($p < 0.01$); 130/1000 BN sống nhưng phụ thuộc một phần ($p < 0.01$); 12/1000 tử vong nếu điều trị tích cực và cao nhất 10% có chỉ định can thiệp mạch não. Số cần được điều trị can thiệp mạch tại Anh là 2-7/ 100 BN (2 BN có lợi), khoảng 30% sẽ phục hồi dẫn với chăm sóc y khoa cơ bản tốt (30 BN có lợi), khoảng 10% tử vong trong tuần đầu (10BN), 55% để lại di chứng và cần tiếp tục điều trị. Vì vậy, không nên dồn hết mọi công sức và nguồn lực cho 5% BN được hưởng lợi từ những can thiệp y khoa cấp tính [11] mà cần căn cứ trên những thử nghiệm

ở những trung tâm thần kinh lớn, chuyên sâu, điều trị đột quy cấp, toàn diện với đội ngũ can thiệp mạch máu có kinh nghiệm, BN được lựa chọn chặt chẽ.

4.1.4. Đề xuất điều trị lấy bỏ huyết khối tại Việt Nam trong hai năm tới (2018 - 2020)

Điều trị tiêu sợi huyết và can thiệp lấy bỏ huyết khối là các biện pháp điều trị rất hiệu quả nếu được thực hiện đúng. Tuy nhiên nó cũng gây nên hậu quả nghiêm trọng nếu thực hiện sai cách bởi (sai người và ở sai nơi). Vì vậy, tại Việt Nam, trong thời gian tới nên tiến hành theo lộ trình như sau:

- Khởi đầu bằng việc tổ chức phát triển tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch ở một số trung tâm có uy tín.

- Xây dựng kế hoạch cho một Trung tâm đột quy có khả năng tiếp nhận BN đột quy tại mỗi tỉnh, thành phố.

- Sử dụng nguồn lực chung, đảm bảo không có những đơn vị nhỏ lẻ cạnh tranh về mặt kinh tế, các bác sỹ làm việc hiệp đồng như một phần của hệ thống

- Giáo dục cộng đồng về sự cần thiết xử lý cấp cứu với những triệu chứng của đột quy

- Lập bản đồ dân cư, thời gian vận chuyển đến vị trí của những trung tâm, khoa, đơn vị đột quy gần nhất

- Phát triển một số trung tâm đào tạo các bác sỹ có nhu cầu học kỹ thuật can thiệp

- Xây dựng những quy trình cụ thể về điều trị can thiệp lấy bỏ huyết khối động mạch

- Tập trung phát triển thu thập dữ liệu về can thiệp lấy bỏ huyết khối theo một hệ thống đăng ký quốc gia để theo dõi chất lượng của điều trị và kết quả sau điều trị

Chấp nhận rằng không thể đảm bảo được an toàn ở tất cả các bệnh viện trong cả nước nhưng tất cả các BN đột quy cần được tiếp cận với điều trị nếu có chỉ định và có rất nhiều những công việc quan trọng khác trong chăm sóc và điều trị đột quy sẽ giúp cho số lượng bệnh nhân nhiều hơn là tập trung phát triển tiêu sợi huyết và can thiệp lấy bỏ huyết khối.

V. KẾT LUẬN

- Thực hiện tiêu sợi huyết và can thiệp lấy bỏ huyết khối là quan trọng giúp giảm thiểu tình trạng tàn tật (không tử vong) ở những bệnh nhân sau đột quy, cần được thực hiện bởi những chuyên gia.

- Cần giành thời gian tạo chất lượng điều trị cao và an toàn hơn là đi thật nhanh

- Cần phát triển hệ thống tiếp cận điều trị đột

quy ở Việt Nam - không thể và không nên hy vọng thực hiện ở từng bệnh viện riêng lẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Đình Đài, Đặng Minh Đức (2017).** Kết quả điều trị 316 bệnh nhân nhồi máu não bằng thuốc tiêu sợi huyết với mô hình "hành lang trống" tại Bệnh viện Quân y 103. Tạp chí Y-Dược lâm sàng 108, volum 12, Tr 15-21.
2. **Phạm Phước Sung, Nguyễn Huy Liệu, Mai Duy Tôn, Nguyễn Hoàng Sâm (2017).** Kết quả điều trị và các yếu tố tiên lượng đột quỵ thiếu máu não cấp từ 3 đến 4,5 giờ đầu bằng rt-PA liều thấp (0,6mg/kg) đường TM. Tạp chí Y-Dược lâm sàng 108, volum 12, Tr 26-32.
3. **Ngô Văn Dũng, Nguyễn Thị Thu Huyền (2017).** Tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch cho bệnh nhân nhồi máu não tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp. Tạp chí Y-Dược lâm sàng 108, volum 12, Tr 33-39.
4. **Hoàng Quốc Hải, Bùi Thị Huyền, Tạ Thị Hiền, Hoàng Thị Hương (2017).** Đánh giá kết quả điều trị rt-PA ở bệnh nhân nhồi máu não cấp tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Y-Dược lâm sàng 108, volum 12, Tr 40-44.
5. **Nguyễn Huy Ngọc, Nguyễn Quang Ân (2017).** Biến chứng điều trị nhồi máu não cấp do tắc động mạch não giữa bằng thuốc rt-PA tại Bệnh viện Đa khoa Phú Thọ. Tạp chí Y-Dược lâm sàng 108, volum 12, Tr 50-55.
6. **Nguyễn Hoàng Ngọc, Nguyễn Văn Tuyên, Nguyễn Văn Phương, Lê Xuân Dương (2017).** Kết quả điều trị lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học ở 138 bệnh nhân thiếu máu não cấp do tắc nhánh lớn động mạch nội sọ. Tạp chí Y-Dược lâm sàng 108, volum 12, Tr 66-71.
7. **Tony Rudd (2017).** How to organise stroke services to deliver thrombolysis and thrombectomy, Báo cáo tại HNKH đột quỵ toàn quốc lần thứ VII, 5-6/10/2017.

KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH Ở NGƯỜI LỚN BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT LƯỚI NHÂN TẠO QUA Ổ PHÚC MẠC (TAPP) TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Toàn¹, Trịnh Văn Tuấn¹, Nguyễn Đức Tiến²

TÓM TẮT

Thoát vị bẹn là bệnh thường gặp nhiều ở nam giới lớn tuổi. Điều trị thoát vị bẹn chủ yếu là phẫu thuật trong đó phương pháp mổ nội soi qua ổ phúc mạc đặt lưới nhân tạo (TAPP) ngày càng được áp dụng rộng rãi tại các cơ sở phẫu thuật vì có tính hiệu quả, an toàn và tính khả thi cao. Mục tiêu của đề tài là "Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi qua ổ phúc mạc đặt lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn ở người lớn". Từ 10/2015 đến tháng 05/2017 tại bệnh viện Việt Đức, 70 bệnh nhân thoát vị bẹn với độ tuổi trung bình $48,7 \pm 19,4$ tuổi (19 - 86 tuổi), gặp nhiều trên 40 tuổi (61,4%). Chỉ số BMI trung bình là $22,1 \pm 2,5$ (17,5 - 30,1). Chỉ số ASA I (42,9%); ASA II (50%); ASA III (7,1%). Phân loại thoát vị bẹn theo Nyhus (1991): Loại II (14,3%); loại III (78,6%); loại IV (7,1%). Lưới nhân tạo sử dụng là lưới Prolene Mesh và Polyester, có kích thước lớn: (15 x 15)cm (51,4%); (10 x 15)cm 41,4%. Thời gian mổ trung bình cho thoát vị bẹn một bên phải là $111,6 \pm 37,1$ phút (50 - 210 phút); bên trái là $113,0 \pm 34,2$ phút (40 - 190 phút); hai bên $176,7 \pm 82,6$ phút (120 - 340 phút). Không có bệnh nhân nào phải chuyển đổi phương pháp mổ. Tai biến trong mổ gặp 2 trường hợp (2,8%). Biến chứng sớm sau mổ gặp 7 trường hợp (9,9%). Thời gian phục hồi

sinh hoạt và trở lại công việc trung bình lần lượt là: $4,77 \pm 2,14$ (ngày) và $19,8 \pm 13,7$ (ngày). Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là: $5,14 \pm 1,97$ (ngày). Kết quả sớm sau phẫu thuật: tốt 61 bệnh nhân (87,2%); khả 7 bệnh nhân (10%); trung bình 2 bệnh nhân (2,8%); không có kết quả xấu sau phẫu thuật TAPP.

Từ khóa: Điều trị phẫu thuật thoát vị bẹn, phẫu thuật nội soi đặt lưới nhân tạo qua ổ phúc mạc (TAPP)

SUMMARY

EARLY RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY OF TAPP FOR THE INGUINAL HERNIA TREATMENT BY ARTIFICIAL MESH IN ADULTS IN VIET DUC HOSPITAL

Inguinal hernia was a disease more common in older men. Treatment of inguinal hernia mainly was surgery in which endoscopic surgery of transabdominal preperitoneal (TAPP) approach is increasingly widely used in the surgical units because it was efficient, safe and highly feasible. The objective of this research was to "evaluate the early results of laparoscopic surgery of TAPP for the inguinal hernia treatment by artificial mesh in adults". From 10/2015 to 05/2017 in Viet Duc Hospital, 70 patients with inguinal hernia treated by laparoscopic surgery of TAPP with an averaged age was 48.7 ± 19.4 years old (ranged 19-86 years old), the group of more than 40-year-old was 61,4%. Index BMI average was 22.1 ± 2.5 . Index ASA I (42.9%), ASA II (50.0%), ASA III (7.1%). Grading hernia according Nyhus (1991) were 14.3% of grade II; 78.6% of grade III; 7.1% of grade IV. Artificial grafts are used Prolene Mesh and Polyester, with large size of 15x15cm (51.4%), 10x15cm (41.4%). The averaged operation time was

¹Trường ĐHY Hà Nội

²Bệnh viện Việt Đức Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Toàn

Email: manhtoandktb@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2017

Ngày duyệt bài: 30.11.2017

111.6 ± 37.1 minutes (ranged 50-210 minutes) and 113.0 ± 34.2 minutes (ranged 40-190 minutes) for right and left unilateral inguinal hernia respectively; and 176.7 ± 82.6 for bilateral inguinal hernia (ranged 120-340 minutes). There was no technique conversion. Complications during surgery occurred in 2 cases (2.8%). Postoperative complications occurred in 7 cases (9.9%). Average time to return daily activity and work were 4.77 ± 2.14 days (2-14 days) and 19.8 ± 13.7 days (4-60 days) respectively. Postoperative hospital stay was 5.14 ± 1.97 days on average. Early postoperative results were very good in 61 patients (87.2%); good in 7 patients (10.0%); medium in 2 patients (2.8%) and no bad results.

Keywords: *Surgical treatment of inguinal hernia, Endoscopic surgery of transabdominal preperitoneal (TAPP) approach.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là một bệnh lý phổ biến ở nam giới, nhất là người già. Ở độ tuổi 25 – 40, tần suất thoát vị bẹn là 5 – 8%; từ lứa tuổi 75 trở lên, tỉ lệ này lên tới 45% [1]. Điều trị thoát vị bẹn chủ yếu là phẫu thuật với rất nhiều kỹ thuật khác nhau như phẫu thuật mở dùng mô tự thân để phục hồi thành bụng (Bassini, Shouldice...) hoặc sử dụng lưới nhân tạo vá vào chỗ yếu thành bụng (Lichtenstein...). Tuy nhiên khi điều trị bằng các loại phẫu thuật này thì vẫn còn một số hạn chế như người bệnh đau nhiều sau mổ, thời gian nằm viện lâu, nguy cơ nhiễm trùng vết mổ dễ gây thoát vị tái phát [2].

Hiện nay, phẫu thuật nội soi đặt lưới nhân tạo theo đường qua ổ phúc mạc (TAPP) hoặc đường trước phúc mạc (TEP) được sử dụng phổ biến trên thế giới, được ứng dụng để điều trị cho tất cả các loại thoát vị vùng bẹn - đùi với nhiều ưu điểm như ít đau sau mổ; tính thẩm mỹ cao; tỷ lệ tái phát không cao hơn so với phẫu thuật mổ mở nếu được đào tạo và thực hiện đúng kỹ thuật; bệnh nhân sớm trở lại công việc [3]. Năm 2010, Trịnh Văn Thảo điều trị phẫu thuật nội soi cho 83 bệnh nhân thoát vị bẹn theo phương pháp TEP tỷ lệ tái phát là 2,6% [4]; Triệu Triều Dương và cs thực hiện phẫu thuật TAPP trên 151 bệnh nhân, tỷ lệ tái phát 0,66% [5].

Tại Hội nghị phẫu thuật nội soi thế giới lần thứ 7 tổ chức tại Singapo tháng 06/2000, I Baca, Chr Schultz đã thông báo 1952 bệnh nhân thoát vị bẹn được phẫu thuật theo phương pháp TAPP trong thời gian 07 năm. Kết quả cho thấy điều trị thoát vị bẹn theo phương pháp TAPP đơn giản, an toàn, tỷ lệ tái phát thấp (1,04%) và rất hiệu quả ở những bệnh nhân bị thoát vị bẹn tái phát [6].

Ở Việt Nam, mặc dù cũng có một vài nghiên cứu điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp

TAPP nhưng phương pháp này có thực sự an toàn, hiệu quả và mang lại lợi ích cho những bệnh nhân bị thoát vị bẹn hay không thì vẫn còn là câu hỏi chưa có lời giải. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi qua ổ phúc mạc đặt lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Là những bệnh nhân nam giới, được chẩn đoán là thoát vị bẹn và được mổ theo phương pháp nội soi đặt lưới nhân tạo qua ổ phúc mạc tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 10/2015 đến 05/2017.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân trên 18 tuổi, được chẩn đoán là thoát vị bẹn từ độ II đến độ IV theo phân loại của Nyhus năm 1991.

- Không có bệnh trầm trọng ảnh hưởng đến chỉ định mổ nội soi như xơ gan cổ chướng, suy thận mãn, suy tim, bệnh phổi mãn tính,...

- Tự nguyện đồng ý điều trị phẫu thuật theo phương pháp TAPP.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Thoát vị bẹn độ I; độ IIIC và IVC theo phân loại của Nyhus.

- Thoát vị bẹn nghẹt, tràn dịch màng tinh hoàn, nang thừng tinh.

- Có u phì đại tiền liệt tuyến gây đái khó, tiền sử phẫu thuật ở vùng tiểu khung hoặc có tiền sử xạ trị vùng chậu, nhiễm khuẩn vùng chậu hồng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu có can thiệp, không so sánh, theo dõi dọc.

2.2.2. Tiến hành nghiên cứu:

2.2.2.1. Phương tiện nghiên cứu:

- Dàn máy phẫu thuật nội soi Karl – Storz được trang bị đồng bộ.

- Dụng cụ phẫu thuật nội soi.

2.2.2.2. Kỹ thuật phẫu thuật nội soi qua ổ phúc mạc đặt lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn gồm 5 bước (phẫu thuật TAPP) [3]

2.2.2.3. Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật [4]:

- **Tốt:** không có tai biến trong mổ và biến chứng sớm sau mổ.

- **Khá:** nhiễm trùng vết mổ; bí tiểu; tràn khí dưới da; tụ dịch, máu bùi điều trị bằng nội khoa – chọc hút; viêm tinh hoàn.

- **Trung bình:** tổn thương tạng và mạch máu; nhiễm khuẩn lưới nhân tạo; tắc ruột sớm sau mổ; thoát vị qua lỗ trocar.

- **Xấu:** tử vong.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện trực tiếp trên bệnh nhân nên các thông tin riêng về bệnh tật trong hồ sơ bệnh án được gắn mã số riêng để đảm bảo tính chính xác, được bảo mật, chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

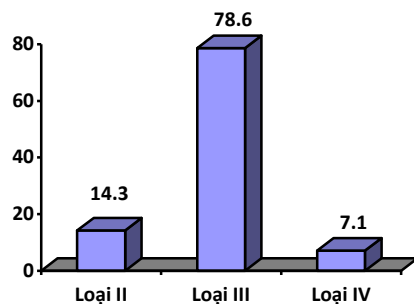
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 10/2015 đến tháng 05/2017, tại bệnh viện Việt Đức Hà Nội, 70 bệnh nhân nam giới thoát vị bẹn được điều trị đặt lưới nhân tạo bằng phẫu thuật nội soi qua ổ phúc mạc (TAPP) với tuổi trung bình $48,7 \pm 19,4$ tuổi (19 - 86 tuổi), gặp nhiều trên 40 tuổi (61,4%). Chỉ số IBM trung bình là $22,1 \pm 2,5$ (17,5 - 30,1). Vị trí thoát vị xem trong bảng 1.

Bảng 1. Vị trí thoát vị

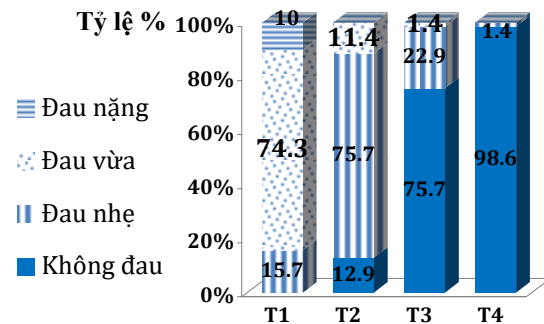
Vị trí thoát vị	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Bên phải	31	44,3
Bên trái	33	47,1
Hai bên	6	8,6
Cộng	70	100

Phân loại thoát vị bẹn dựa theo phân loại của Nyhus (1991): Loại II (14,3%); loại III (78,6%) và loại IV (7,1%) (biểu đồ 1)



Biểu đồ 1. Phân loại thoát vị bẹn theo Nyhus

Lưới nhân tạo sử dụng là lưới Prolene Mesh và Polyester, có kích thước (15x15)cm là (51,4%); (10x15)cm là (41,4%); (12x15)cm là (1,4%) và (6x11)cm là (5,7%). Lưới nhân tạo được cố định bằng Protack vào hai vị trí là cung cơ ngang bụng và dây chằng Cooper (51,4%); bằng khâu (21,4%) và không cố định lưới (27,2%).



Biểu đồ 2. Mức độ đau sau mổ - nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau

Theo dõi mức độ đau sau mổ theo thang điểm VAS trên cơ sở sử dụng thuốc giảm đau Paracetamol truyền tĩnh mạch, nghiên cứu của chúng tôi thấy: ở ngày thứ nhất (T1): chủ yếu bệnh nhân đau mức độ vừa (74,3%) và đau nhẹ (15,7%); ngày thứ 2 (T2): chủ yếu đau mức độ nhẹ (75,7%); ngày thứ 3 (T3): đau nhẹ (22,9%) và không đau (75,7%); ngày thứ 4 (T4): hầu hết bệnh nhân không đau (98,6%); với thời gian sử dụng thuốc giảm đau trung bình $1,57 \pm 0,71$ ngày (1 - 4) (biểu đồ 2).

Bảng 2. Thời gian phẫu thuật

Vị trí thoát vị	Số bệnh nhân	Thời gian mổ trung bình (phút)	Dao động
Bên phải	31	$111,6 \pm 37,1$	50 → 210
Bên trái	33	$113,0 \pm 34,2$	40 → 190
Hai bên	6	$176,7 \pm 82,6$	120 → 340

Các tai biến trong mổ và biến chứng sớm sau mổ

Bảng 3. Các tai biến trong mổ và biến chứng sớm sau mổ

Thời gian	Loại biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Trong mổ	Mạch máu thương vị dưới	1	1,4
	Tàng ổ bụng	1	1,4
	Thần kinh vùng bẹn	0	0
Sau mổ	Nhiễm trùng vết mổ	1	1,4
	Tràn khí dưới da bụng	1	1,4
	Tụ dịch vùng bẹn	4	5,7
	Tụ máu vùng bẹn	1	1,4
	Bí tiểu	0	0
	Viêm tinh hoàn	0	0
Cộng		9	12,7

Tai biến trong mổ: tổn thương mạch máu thương vị dưới (1,4%); tổn thương bàng quang (1,4%). Các biến chứng sớm sau mổ (trong vòng 30 ngày đầu sau phẫu thuật) gồm: nhiễm trùng vết mổ (1,4%); tràn khí dưới da bụng (1,4%); tụ

dịch vùng bẹn (5,7%); tụ máu vùng bẹn (1,4%); không có biến chứng viêm tinh hoàn, bí tiểu, tắc ruột sau mổ.

Khả năng phục hồi vận động sau phẫu thuật TAPP

Bảng 4. Khả năng phục hồi vận động sau phẫu thuật TAPP

Thời gian(ngày)	$X \pm sx$	Min	Max
Thời gian phục hồi vận động	1,84 $\pm$ 0,86	1	5
Thời gian phục hồi sinh hoạt	4,77 $\pm$ 2,14	2	14
Thời gian nằm viện	5,14 $\pm$ 1,97	3	18
Thời gian trở lại công việc	19,8 $\pm$ 13,7	4	60

Kết quả sớm sau phẫu thuật: tốt 61 bệnh nhân (87,2%); khá 7 bệnh nhân (10%); trung bình 2 bệnh nhân (2,8%); không có kết quả xấu sau phẫu thuật TAPP.

IV. BÀN LUẬN

Thoát vị bẹn là loại thoát vị thường gặp nhiều ở nam giới, tỷ lệ mắc bệnh tăng dần theo tuổi. Theo nghiên cứu của Triệu Triệu Dương và cs, lứa tuổi thường gặp thoát vị bẹn là trên 40 tuổi (43,7%) [5]. Theo nghiên cứu của Vương Thừa Đức, lứa tuổi thường gặp thoát vị bẹn là trên 40 tuổi (67,9%) [2]. Nghiên cứu của chúng tôi, trong 70 bệnh nhân thoát vị bẹn tuổi thường gặp là trên 40 tuổi (61,4%), tương đương với nghiên cứu của Vương Thừa Đức.

Về phân loại thoát vị theo tiêu chuẩn của Nyhus (năm 1991), nghiên cứu chúng tôi gặp chủ yếu là loại III (78,6%); loại II (14,3%); loại IV chúng tôi gặp rất ít (7,1%). Nghiên cứu của Triệu Triệu Dương và cs năm 2012 [5]: gặp chủ yếu độ III (66,89%); độ II (12,58%); độ IV (15,89%) và độ I (4,64%). Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Triệu Triệu Dương.

Về chỉ định mổ: 69/70 bệnh nhân được mổ theo kỹ thuật TAPP từ đầu; 1/70 bệnh nhân được chỉ định mổ theo TEP nhưng khi tiến hành phẫu thuật, do túi thoát vị lớn chứa ruột non và mạc nối lớn không kéo vào ổ bụng được, ở bệnh nhân béo (BMI = 28) nên phẫu thuật viên quyết định chuyển sang kỹ thuật mổ TAPP. Như vậy, trong nghiên cứu này 70 bệnh nhân thoát vị bẹn được mổ theo kỹ thuật TAPP, không có bệnh nhân nào phải chuyển đổi phương pháp mổ.

Về lưới nhân tạo: chúng tôi sử dụng lưới Prolene Mesh và Polyester, có kích thước lớn là chủ yếu (mỗi chiều ít nhất 10cm) gồm: kích thước (15 x 15)cm (51,4%); (10x15)cm (41,4%); (12 x 15)cm (1,4%); có 4 bệnh nhân

sử dụng lưới kích thước nhỏ (6 x 11)cm (5,8%). Lưới nhân tạo được trải phẳng trong khoang ngoài phúc mạc bắt đầu từ phía dây chằng Cooper gần củ mu đến gai chậu trước trên, đảm bảo che phủ toàn bộ vùng bẹn – đùi và trên vị trí thoát vị ít nhất 02 cm. Sau đó, lưới nhân tạo được cố định bằng Protack vào cung cơ ngang bụng và dây chằng Cooper (51,4%); khâu cố định vào thành bụng (21,4%) và không cố định (27,2%).

Về thời gian phẫu thuật trung bình cho thoát vị bẹn một bên trong nghiên cứu của chúng tôi là tương đương nhau (bên phải 111,6 phút, bên trái 113,0 phút), với $p = 0,88$; thời gian phẫu thuật cho thoát vị bẹn hai bên là 176,7 (phút), tương tự như của tác giả Phạm Hữu Thông [7]: thời gian phẫu thuật trung bình cho thoát vị bẹn một bên và hai bên lần lượt là 128,8 phút và 157,1 phút.

Về mức độ đau sau mổ, nghiên cứu của chúng tôi có đến 76,7% bệnh nhân sau mổ ngày thứ nhất đau ở mức độ vừa phải; 23,3% bệnh nhân đau mức độ nhẹ trên cơ sở dùng thuốc giảm đau Nosteroid. Tuy nhiên, mức độ đau giảm dần theo thời gian: ngày thứ hai 63,3% số bệnh nhân đau mức độ nhẹ, 30% đau mức độ vừa và 6,7% không cần dùng thuốc giảm đau; ngày thứ ba chỉ còn 3,3% số bệnh nhân cần dùng thuốc giảm đau. Nghiên cứu của Phạm Hữu Thông [7] có tới 44,4% bệnh nhân đau mức độ vừa và nhiều; 55,6% bệnh nhân đau mức độ nhẹ sau phẫu thuật, cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi.

Thời gian trung bình để bệnh nhân phục hồi sinh hoạt bình thường và trở lại công việc lần lượt là 4,77 $\pm$ 2,14 (ngày) và 19,8 $\pm$ 13,7 (ngày). Theo Phạm Hữu Thông [7] các tỷ lệ này lần lượt là 4,44 $\pm$ 1,12 (ngày) và 9,56 $\pm$ 2,68 (ngày).

Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 5,14 $\pm$ 1,97 (ngày). Phạm Hữu Thông [7], thời gian nằm viện trung bình là: 3,70 $\pm$ 0,72 (ngày), ngắn hơn trong nghiên cứu của chúng tôi.

Tai biến trong mổ, nghiên cứu của chúng tôi gặp 02 bệnh nhân (2,8%) (1BN bị tổn thương mạch máu thượng vị dưới được xử trí bằng kẹp clip; 1 trường hợp tổn thương bàng quang trong quá trình phẫu tích do bàng quang dính vào khoang ngoài phúc mạc ở bệnh nhân bị thoát vị bẹn tái phát. Chúng tôi tiến hành khâu lại bàng quang hai lớp và lưu sonde tiểu sau mổ 10 ngày, sau khi rút sonde bệnh nhân đi tiểu bình thường). Nghiên cứu của Triệu Triệu Dương [5] có 1,98% bệnh nhân bị chảy máu do sang chấn động mạch thượng vị dưới, gây tụ máu nhẹ và được khắc phục bằng đốt điện đơn cực.

Các biến chứng sớm sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi gồm: nhiễm trùng vết mổ (1,4%); tràn khí dưới da bụng (1,4%); tụ dịch vùng bẹn (5,7%); tụ máu vùng bẹn (1,4%); không có biến chứng viêm tinh hoàn, bí tiểu hay tắc ruột sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật TAPP có thể áp dụng cho hầu hết các bệnh nhân bị thoát vị bẹn từ độ II đến độ IV theo phân loại của Nyhus năm 1991 (trừ thoát vị đùi).

Thời gian phẫu thuật trung bình cho thoát vị bẹn một bên phải là $111,6 \pm 37,1$ (phút); bên trái là $113,0 \pm 34,2$ (phút); hai bên là $176,7 \pm 82,6$ (phút). Không có bệnh nhân nào phải chuyển đổi phương pháp mổ.

Thời gian trung bình để bệnh nhân phục hồi sinh hoạt bình thường và trở lại công việc lần lượt là: $4,77 \pm 2,14$ (ngày) và $19,8 \pm 13,68$ (ngày); thời gian nằm viện trung bình sau mổ là: $5,14 \pm 1,97$ (ngày). Tai biến trong mổ (2,8%); biến chứng sớm sau mổ (9,9%).

Kết quả sớm sau phẫu thuật: tốt (87,2%); khá (10%); trung bình (2,8%); không có kết quả xấu sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abrahamson J. (1997).** *Hernias maingot's abdominal operations*, pp. 479-570.
2. **Vương Thừa Đức (2006).** *Đánh giá kỹ thuật đặt mảnh ghép của Lichtenstein trong điều trị thoát vị bẹn*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
3. **R. Moldovanu, G. Pavy (2014).** Laparoscopic Tranabdominal Pre-Pretoneal (TAPP) Produce – Step – by – Step Tips and Tricks, Surgical Technique, No. 3,109: 407-415.
4. **Trịnh Văn Thảo (2010).** *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc trong điều trị thoát vị bẹn*, Luận án tiến sĩ y học, Trường học viện Quân Y.
5. **Triệu Triều Dương, Phạm Văn Duyệt, Nguyễn Tô Hoài (2012).** *Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn nội soi xuyên thành bụng đặt lưới Prolene ngoài phúc mạc tại khoa B15, Bệnh viện trung ương Quân đội 108.* *Tạp chí Y học thực hành*, số 4, tr 35-38.
6. **I. Baca, Chr. Schultz, V. Gotzen and G. Jazek (2000).** *Laparoscopic Inguinal Hernia Repair. A Review of 2500 Cases, International Proceedings Division*, 425-430.
7. **Phạm Hữu thông (2007).** *Kết quả phẫu thuật đặt mảnh ghép qua ngã nội soi ngoài phúc mạc trong điều trị thoát vị bẹn*, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.

SO SÁNH KẾT QUẢ SỐNG THÊM TOÀN BỘ TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG PHẢI TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN TẠI CHỖ VÀ DI CĂN XA ĐIỀU TRỊ PHÁC ĐỒ PACLITAXEL – CISPLATIN VÀ ETOPOSIDE – CISPLATIN

Hàn Thị Thanh Bình*, Nguyễn Bá Đức*, Trần Văn Thuận*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phác đồ điều trị hóa chất trong ung thư phổi giai đoạn tiến triển và di căn cho đến nay cơ bản vẫn là các phác đồ có chứa Cisplatin, tuy nhiên điều trị Cisplatin đơn chất cho kết quả rất khiêm tốn. Paclitaxel là một trong số các thuốc mới giúp cải thiện tỷ lệ đáp ứng và kéo dài sống thêm. Trong nghiên cứu này chúng tôi sẽ nghiên cứu và so sánh đáp ứng và độc tính của phác đồ Paclitaxel- Cisplatin với phác đồ kinh điển Etoposide – Cisplatin cho bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn tiến triển tại chỗ và di căn xa tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp mô tả đối chứng, theo dõi dọc. Bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB, IV được điều trị tại bệnh viện K từ

tháng 1/2009 đến tháng 12/2012, được chia làm 2 nhóm. Nhóm I điều trị bằng phác đồ Paclitaxel liều 175mg/m² truyền tĩnh mạch ngày thứ nhất, Cisplatin liều 80 mg/m² truyền tĩnh mạch ngày thứ 2. Nhóm II điều trị bằng phác đồ Etoposide 100 mg/m² truyền tĩnh mạch từ ngày thứ 1 đến ngày thứ 3, Cisplatin 80 mg/m² truyền tĩnh mạch ngày thứ 1. Chu kỳ nhắc lại mỗi 21 ngày. **Kết quả:** Nghiên cứu thực hiện trên 168 bệnh nhân chia thành 2 nhóm. Nhóm I gồm 84 bệnh nhân điều trị phác đồ Paclitaxel- Cisplatin, nhóm II gồm 84 bệnh nhân điều trị bằng phác đồ Etoposide - Cisplatin. Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển nhóm I là 5,95 tháng và nhóm II là 4,1tháng, $p=0,002<0,05$. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình nhóm I là $13,55 \pm 87,583$ tháng, thời gian sống thêm trung bình nhóm 2 là $9,8 \pm 4,237$ tháng. **Kết luận:** Phác đồ Paclitaxel –Cisplatin là phác đồ điều trị chuẩn cho ung thư phổi giai đoạn IIIB- IV với thời gian sống thêm không tiến triển bệnh và thời gian sống thêm toàn bộ cao hơn phác đồ Etoposide – Cisplatin có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: Paclitaxel, Cisplatin, Etoposide, ung thư phổi không phải tế bào nhỏ, di căn xa, tại chỗ tiến triển.

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Hàn Thị Thanh Bình

Email: hanbinh08@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 9.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 23.11.2017

Ngày duyệt bài: 30.11.2017

SUMMARY**RESULTS OF PROGRESSION FREE SURVIVAL AND SURVIVAL IN ADVANCED AND METASTATIC NON SMALL CELL LUNG CANCER WITH TWO REGIMES PACLITAXEL-CISPLATIN VERSUS ETOPOSIDE- CISPLATIN**

Purpose: Treatment with cisplatin- based chemotherapy provides a modest response in advanced non small cell lung cancer. To determine a new agent, paclitaxel, would further improve response and survival in non small cell lung cancer. We conducted a study comparing Paclitaxel plus Cisplatin to a standard chemotherapy regime consisting of Cisplatin and Etoposide. **Patient and methods:** Prospective study. The study was performed in chemotherapy-naïve stage IIIB to IV non small cell lung cancer patients to receive Paclitaxel plus Cisplatin or Etoposide plus Cisplatin. Paclitaxel was administered at dose 175 mg/m² on day 1, Etoposide was given at dose of 100 mg/m² daily on days 1 to 3. Each regime was repeated every 21 days and each included Cisplatin 80mg/m². **Results:** The characteristics of the 168 patients were well balanced across the two groups. Group I contain 84 patients treated by Paclitaxel- Cisplatin. Group II contain 84 patients treated by Etoposide – Cisplatin. Median time to progression are 5,95 months in arm I and 4,1 months in arm 2, $p=0,002<0,005$. The median survival time for group I was $13,55 \pm 8,7583$ months compared with $9,8 \pm 4,237$ months, $p< 0,005$. **Conclusion:** As a result of these observations, Paclitaxel combined with Cisplatin has replaced Etoposide plus Cisplatin in treatment non small cell lung cancers IIIB and IV stages.

Key words: Paclitaxel, Cisplatin, Etoposide, nscl (non small cell lung cancer), metastatic, advanced locally, progression free survival, survival.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là bệnh hay gặp nhất trong số các bệnh ung thư tại Mỹ. Và đây cũng là nguyên nhân gây chết hàng đầu do ung thư tại nước này. Ước đoán năm 2011 ở Mỹ có 221.000 ca ung thư phế quản phổi mới mắc (trong đó có 115.000 ca nam và 106.000 ca nữ) và 156.900 ca chết vì bệnh này (85.600 ca nam và 71.300 ca nữ). Tại Việt nam ung thư phổi đứng đầu trong các ung thư hay gặp ở nam, đứng thứ ba ở nữ sau ung thư vú và dạ dày. Theo số liệu ghi nhận năm 2002 có 10.308 ca ung thư phổi mới mắc (8089 ca nam và 2219 ca nữ) và 9.563 ca chết (7480 ca nam và 2043 ca nữ). Chỉ khoảng 15,6% bệnh nhân ung thư phổi là sống được quá 5 năm sau chẩn đoán. Bệnh gặp chủ yếu ở giai đoạn lan tràn hoặc tái phát tại chỗ. Điều trị cho các bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn sớm là phẫu thuật, các giai đoạn tại chỗ tiến triển phương pháp điều trị sẽ là phối hợp hóa chất và

xạ trị, còn đối giai đoạn di căn phác đồ điều trị sẽ là hóa chất toàn thân và kháng thể đơn dòng. Hiện nay điều trị hóa chất bước đầu cho bệnh nhân di căn và tiến triển tại chỗ không mổ được vẫn là chỉ định hàng đầu. Phác đồ kinh điển sử dụng cho điều trị ung thư phổi cho đến nay vẫn là phác đồ có chứa Cisplatin, tuy nhiên phác đồ điều trị đơn chất hay như phác đồ kinh điển Cisplatin phối hợp với Etoposide lại cho kết quả điều trị thấp, tỷ lệ đáp ứng khoảng từ 12-20%. Paclitaxel là một trong số các thuốc mới hiện nay khi phối hợp với Cisplatin cho hiệu quả đáp ứng 35-50%, kéo dài thời gian sống thêm và cải thiện chất lượng sống cho người bệnh. Trong nghiên cứu này chúng tôi sẽ nghiên cứu và so sánh hiệu quả điều trị của phác đồ Paclitaxel-Cisplatin với phác đồ Etoposide – Cisplatin cho bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn tiến triển tại chỗ và di căn xa tại bệnh viện K. **Mục tiêu:** So sánh sống thêm không tiến triển của phác đồ Paclitaxel-Cisplatin với phác đồ Etoposide – Cisplatin.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp: Nghiên cứu hồi, tiến cứu, mô tả có đối chứng, theo dõi dọc.

• Thu thập bệnh nhân từ tháng 1/2009 đến tháng 12/2012

2.2. Tiêu chuẩn chọn lựa:

• Bệnh nhân ung thư phổi được chẩn đoán giai đoạn IIIB, IV và điều trị tại bệnh viện K. Sử dụng phân loại giai đoạn theo phân loại TNM lần thứ 7 của AJCC (American Joint Committee on Cancer năm 2009 và UICC (Union International Contre le Cancer) năm 2010.

• Giải phẫu bệnh chẩn đoán ung thư phổi không phải tế bào nhỏ.

• Tình trạng toàn thân ECOG: 0, 1

• Không có tiền sử bệnh ác tính trước đó.

• Không di căn não.

• Bệnh nhân có xét nghiệm huyết học, chức năng gan thận trong giới hạn bình thường.

• Bệnh nhân không mắc bệnh phổi hợp như bệnh nhiễm trùng đang hoạt động, không có tiền sử dùng hóa chất trước đó.

• Đã điều trị xạ trị trước đó và thời gian lớn hơn 2 tuần trước khi bắt đầu điều trị.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn chọn lựa.

• Những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn lựa nhưng mắc các bệnh như đái tháo đường Glucose máu > 200 mg/dl, tăng huyết áp không kiểm soát được, đau thắt ngực không ổn định,

suy tim ứ huyết, tiền sử nhồi máu cơ tim, bệnh thần kinh ngoại vi.

2.4. Các tiêu chuẩn đánh giá giai đoạn bệnh, thời gian sống thêm không tiến triển, thời gian sống thêm toàn bộ.

*Thời gian sống thêm không tiến triển bệnh (STKTT):

- Cách tính: Là khoảng thời gian tính từ khi bắt đầu truyền hóa chất đến khi bệnh tiến triển qua đánh giá đáp ứng khách quan (đối với BN tử vong hoặc mất thông tin mà không có bệnh tiến triển được xem như có bệnh tiến triển tại thời điểm tử vong hoặc mất thông tin)

- Công thức: (STKTT) (tháng) = (ngày có thông tin cuối, ngày bệnh tiến triển - ngày bắt đầu điều trị hóa chất) / 30,42.

- Xác định các giá trị trung vị, các xác suất sống thêm không tiến triển vào thời điểm 3 tháng; 6 tháng; 12 tháng (1 năm) sau điều trị.

- Phân tích mối liên quan giữa sống thêm không tiến triển với một số yếu tố: giới, tuổi, chỉ số toàn trạng, tình trạng mất cân, mô bệnh học, giai đoạn.

*Thời gian sống thêm toàn bộ (STTB):

- Cách tính: Là khoảng thời gian tính từ ngày bắt đầu truyền hóa chất đến thời điểm rút khỏi nghiên cứu: Ngày chết do bệnh, ngày mất theo dõi, ngày khám bệnh cuối cùng còn sống, sau đó không còn thông tin khác hay ngày chết do các nguyên nhân khác.

- Công thức: (STTB)(tháng) = (ngày có thông tin cuối, ngày chết - ngày bắt đầu điều trị hóa chất) / 30,42.

- Xác định các giá trị trung vị, các xác suất sống còn toàn bộ tại thời điểm 6 tháng, 12 tháng (1 năm), 24 tháng (2 năm), 36 tháng (3 năm) sau điều trị.

Phân tích mối liên quan giữa sống thêm toàn bộ với một số yếu tố: giới, tuổi, mất cân, toàn trạng, giai đoạn, mô bệnh học...

2.5. Phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ

Tổng số BN trong nghiên cứu thu thập được từ tháng 1/2009 đến tháng 6/2013 là 168 BN. Trong đó nhóm Paclitaxel - Cisplatin là 84 BN, nhóm Etoposide - Cisplatin là 84 BN. Độ tuổi trung bình nhóm Paclitaxel - Cisplatin là $53,714 \pm 8,117$, trung vị 55,00 tuổi, tuổi thấp nhất 30 tuổi và tuổi cao nhất là 68 tuổi. Tuổi trung bình nhóm Etoposide - Cisplatin là $53,869 \pm 8,0117$ trung vị 54 tuổi, tuổi thấp nhất 31 tuổi, tuổi cao

nhất 69 tuổi. $p > 0,05$ với kiểm định 2 phía. Vậy sự khác biệt giữa trung bình tuổi của 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

3.1. Đặc điểm phương pháp điều trị:

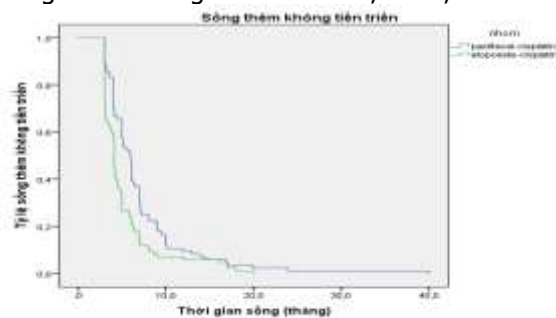
Số chu kỳ điều trị trung bình 2 nhóm nghiên cứu

Tổng số chu kỳ hóa chất điều trị trong nhóm I là 446 chu kỳ. Trung bình mỗi bệnh nhân điều trị $5,31 \pm 0,944$. Tổng số chu kỳ hóa chất điều trị trong nhóm II là 440 chu kỳ. Trung bình mỗi bệnh nhân nhận được $5,24 \pm 0,939$. Số chu kỳ tối thiểu là 3 chu kỳ, tối đa là 6 chu kỳ. Không có bệnh nhân nào kéo dài điều trị trên 6 chu kỳ. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về trung bình số đợt hóa trị giữa 2 nhóm với $p = 0,624 > 0,05$.

3.2. Sống thêm không tiến triển

Thời gian sống thêm không tiến triển

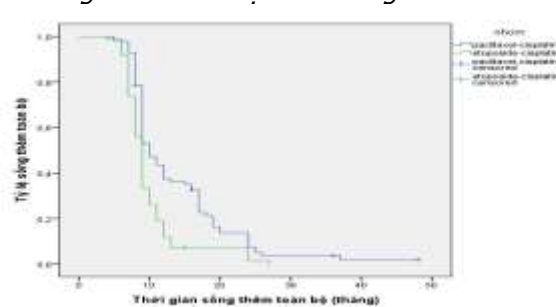
Thời gian trung bình sống thêm không tiến triển nhóm Etoposide - Cisplatin là 5,231 tháng. Tối thiểu là 3 tháng, tối đa là 20 tháng. Trung vị sống thêm không tiến triển là $4,1 \pm 3,5802$.



Biểu đồ 1. Biểu đồ sống thêm không tiến triển 2 nhóm NC

3.3. Sống thêm toàn bộ:

Sống thêm toàn bộ 2 nhóm nghiên cứu



Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm toàn bộ 2 nhóm Paclitaxel - Cisplatin và Etoposide - Cisplatin

Bảng 1. Sống thêm không tiến triển 2 nhóm NC

Các chỉ số	Nhóm	p
------------	------	---

	Paclitaxel -Cisplatin (n = 84)	Etoposide -Cisplatin (n = 84)	
Trung bình (tháng)	7,054	5,231	< 0,05
Trung vị	5,950	4,100	
Độ lệch chuẩn	5,3450	3,5802	
Min	3,0	3,0	
Max	40,0	20	

Nhận xét: Thời gian trung bình sống thêm không tiến triển nhóm Paclitaxel - Cisplatin là

Bảng 2. Sống thêm toàn bộ 2 nhóm NC

Nhóm Paclitaxel - Cisplatin (n = 84)					
Trung vị (tháng) 95% CI	Min (tháng)	Max (tháng)	1 năm	2 năm	3 năm
10 (9,081 - 10,919)	5	48	39,3%	9,5%	3,6%
Nhóm Etoposide - Cisplatin (n = 84)					
Trung vị (tháng) 95% CI	Min (tháng)	Max (tháng)	1 năm	2 năm	3 năm
9 tháng (8,554 - 9,446)	4	27	17,9%	4,8%	0%
Kiểm định Log Rank, bậc tự do = 1; Khi bình phương 16,005 P < 0,0001					

Nhận xét:

▪ Thời gian theo dõi đến 50 tháng sau kết thúc thu tuyển bệnh nhân chung cho cả 2 nhóm.

▪ Nhóm Paclitaxel - Cisplatin: Thời gian sống thêm trung bình $13,55 \pm 7,583$ tháng. Thời gian ngắn nhất 5 tháng, thời gian dài nhất 48 tháng. Trung vị thời gian sống thêm toàn bộ là 10 tháng (CI95% 9,081 - 10,919). Có 4 bệnh nhân bỏ cuộc. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 1 năm, 2 năm, 3 năm nhóm Paclitaxel - Cisplatin lần lượt là 39,3% (33/84 BN), 13,1% (11/84 BN) và 3,6% (3/84 BN).

▪ Nhóm Etoposide - Cisplatin: Thời gian sống thêm trung bình $9,8 \pm 4,237$ tháng. Thời gian ngắn nhất 4 tháng, thời gian dài nhất 27 tháng. Trung vị thời gian sống thêm toàn bộ là 9 tháng (CI 95% 8,554 - 9,446). Có 1 bệnh nhân bỏ cuộc tại thời điểm 12 tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 1 năm, 2 năm, 3 năm nhóm Paclitaxel - Cisplatin lần lượt là 17,9% (15/84 BN), 4,8% (4/84 BN) và 0% (0/84 BN).

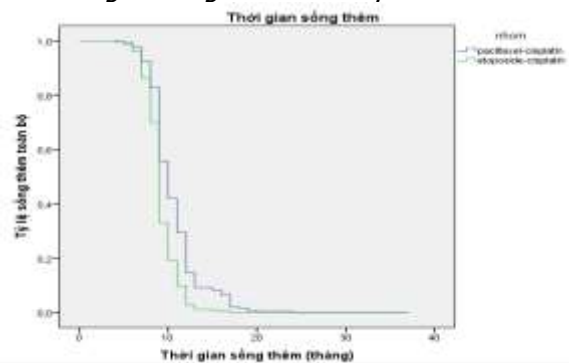
▪ Sử dụng Test Log rank so sánh thời gian sống thêm toàn bộ của 2 nhóm cho thấy thời gian sống thêm toàn bộ nhóm Paclitaxel -

7,054 tháng. Tối thiểu là 3 tháng, tối đa là 40 tháng. Trung vị sống thêm không tiến triển là $5,95 \pm 5,345$.

▪ Sử dụng kiểm định Log Rank cho Khi bình phương 9,636 tương ứng $p = 0,002 < 0,005$. Như vậy thời gian sống thêm không tiến triển nhóm Paclitaxel - Cisplatin dài hơn nhóm Etoposide - Cisplatin có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

Cisplatin cao hơn hẳn so với nhóm Etoposide - Cisplatin, với Khi bình phương = 16,005 cho giá trị $p < 0,0001$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, độ tin cậy 95%.

3.2.4.2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm toàn bộ 2 nhóm NC



Biểu đồ 3. Thời gian sống thêm toàn bộ 2 nhóm Paclitaxel - Cisplatin và Etoposide - Cisplatin sau khi hiệu chỉnh phân tích đa biến

Bảng 3. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan sống thêm toàn bộ 2 nhóm

	Hệ số β	Sai số chuẩn	Khi bình phương	Bậc tự do	p	Tỷ số nguy cơ (HR)	Khoảng tin cậy 95,0% của HR	
							Thấp	Cao
Tuổi (≤ 60 , > 61)	,015	,193	,006	1	,938	1,015	,695	1,483
Nhóm (PC - EP)	-,641	,173	13,729	1	,000	,527	,376	,740
Toàn trạng (PS0 - PS1)	,332	,276	1,452	1	,228	1,394	,812	2,394
Giới (Nam - Nữ)	-,069	,187	,136	1	,712	,933	,647	1,347
Mất cân (Có - Không)	,741	,222	11,159	1	,001	2,098	1,358	3,241

Giai đoạn (IIIB - IV)	1,305	,293	19,855	1	,000	3,688	2,077	6,549
Mô bệnh học	,087	,124	,501	1	,479	1,091	,857	1,390
Đáp ứng	,594	,153	15,173	1	,000	1,812	1,344	2,444
Xạ trị (IIIB)	,160	,224	,510	1	,475	1,173	,757	1,819

Nhận xét: Sử dụng phân tích hồi qui Cox's, phân tích đa biến so sánh thời gian sống thêm toàn bộ 2 nhóm với một số biến. Có sự khác biệt về đường cong sống thêm giữa 2 nhóm Paclitaxel - Cisplatin và Etoposide - Cisplatin với $p < 0,0001$.

- Các yếu tố tình trạng mất cân, giai đoạn, đáp ứng điều trị là những yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng đến thời gian sống thêm toàn bộ.
- Các yếu tố không ảnh hưởng đến sự khác biệt của thời gian sống thêm như tuổi, giới, mô bệnh học và toàn trạng, xạ trị giai đoạn IIIB.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm: Bệnh nhân hai nhóm được phân bố đồng đều về độ tuổi, giới tính, chỉ số toàn trạng, tình trạng nghiện thuốc lá, giải phẫu bệnh. Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu chủ yếu giai đoạn IV. Số chu kỳ điều trị hóa chất trung bình hơn 5 đợt cho mỗi bệnh nhân. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các đặc điểm về bệnh nhân giữa hai nhóm.

4.2. Thời gian sống thêm không tiến triển bệnh: Thời gian trung bình sống thêm không tiến triển nhóm Paclitaxel - Cisplatin là 7,054 tháng. Tối thiểu là 3 tháng, tối đa là 40 tháng. Trung vị sống thêm không tiến triển là $5,95 \pm 5,345$. Thời gian trung bình sống thêm không tiến triển nhóm Etoposide - Cisplatin là 5,231 tháng. Tối thiểu là 3 tháng, tối đa là 20 tháng. Trung vị sống thêm không tiến triển là $4,1 \pm 3,5802$. Trung bình thời gian sống thêm không tiến triển nhóm I cao hơn nhóm 2 với $p < 0,005$. Phù hợp với các nghiên cứu nước ngoài.

4.3. Thời gian sống thêm toàn bộ: Thời gian sống thêm toàn bộ của 2 nhóm cho thấy thời gian sống thêm toàn bộ nhóm Paclitaxel - Cisplatin cao hơn hẳn so với nhóm Etoposide - Cisplatin, với Khi bình phương = 16,005 cho giá trị $p < 0,0001$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, độ tin cậy 95%. Các yếu tố tình trạng mất cân, giai đoạn, đáp ứng điều trị là những yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng đến thời gian sống thêm toàn bộ. Các yếu tố không ảnh hưởng đến sự khác biệt của thời gian sống thêm như tuổi, giới, mô bệnh học và toàn trạng, xạ trị giai đoạn IIIB.

V. KẾT LUẬN

Thời gian sống thêm không tiến triển bệnh và sống thêm toàn bộ cao hơn trong nhóm Paclitaxel - Cisplatin so với nhóm Etoposide - Cisplatin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Belani CP and al. (2005)**, "Randomized phase III trial comparing cisplatin- etoposide to carboplatin- paclitaxel in advanced or metastatic non small cell lung cancer", *Ann Oncol* 2005; 16 (7): 1069-1075.
2. **Bonomi P et al. (2000)**, "Comparison of survival and quality of life in advanced non small cell lung cancer patients treated with two dose levels of paclitaxel combined with cisplatin versus etoposide with cisplatin: result of an Eastern Cooperative Oncology Group trial", *J Clin Oncol* 2000; 18:623-631.
3. **Cardenal F, Lopez Cabrerizo MP and al . (1999)** "Randomized phase III study of gemcitabine- cisplatin versus etoposide- cisplatin in the treatment of locally advanced or metastatic non small cell lung cancer", *Clin Oncol* 1999 Jan; 17 (1): 12-8.
4. **Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuận, Nguyễn Tuyết Mai, (2010)** "Điều trị nội khoa bệnh ung thư", *Ung thư phổi, Nhà xuất bản Y học*, tr. 81-98.
5. **Nguyễn Thị Hoài Nga, Trần Thị Thanh Hương, Phan Thu Hải, Phạm Quang Huy, (2008)** "Dịch tễ học và cơ chế sinh bệnh", *Bệnh Ung thư phổi, Búi Công Toàn- Hoàng Đình Chân, Nhà xuất bản Y học*, tr. 7-47.
6. **Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., Carbone, P.P, (1982)** "Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group", *Am J Clin Oncol* 5: 649-655.
7. **Siegral R, Ward E, Brawley O, Jemal A. Cancer statistics, (2011)** "The impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths". *CA Cancer J Clin* 2011; 61: 212-236.

KẾT QUẢ BỔ SUNG VITAMIN D CHO TRẺ EM MẮC RỐI LOẠN TỰ KỶ TẠI THÁI NGUYÊN

Lê Thị Kim Dung*, Nguyễn Thị Xuân Hương*,
Phạm Ngọc Minh*, Phạm Trung Kiên**, Lê Thị Kim Dung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả bổ sung vitamin D cho trẻ em mắc rối loạn phổ tự kỷ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả và can thiệp trước sau không đối chứng được thực hiện trên 16 trẻ từ 24 đến 72 tháng tuổi mắc tự kỷ tại Thái Nguyên, thời gian từ năm 2016 đến 2017. Tự kỷ được chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn DSM-IV và mức độ bệnh được phân loại theo thang điểm đánh giá tự kỷ (CARS). Nồng độ 25(OH)D được đo bằng phương pháp miễn dịch hóa phát quang trên máy Architect i1000SR. Kết quả: Sau khi can thiệp bổ sung vitamin D, nồng độ 25(OH)D trong máu trẻ tự kỷ là 74,5 nmol/L so với 45,45 nmol/L trước khi can thiệp ($Z = -3,5$; $p < 0,001$). Hầu hết trẻ tự kỷ (100%) có sự cải thiện theo thang điểm CARS. **Kết luận:** Sau khi được bổ sung vitamin D, trẻ tự kỷ có nồng độ 25(OH)D trong máu cao hơn và tình trạng bệnh được cải thiện.

Từ khóa: Tự kỷ, DSM - IV, CARS, 25(OH)D, vitamin D

SUMMARY

THE RESULTS OF VITAMIN D SUPPLEMENTATION FOR AUTISM DISORDER CHILDREN IN THAI NGUYEN

Objectives: To evaluate the effectiveness of vitamin D supplementation for autistic children.

Subjects and methods: Cross-sectional and uncontrolled before-after studies were conducted among 16 children with autism aged 24-72 months in Thai Nguyen during 2016-2017. Autism was defined using DSM-IV, and its severity was determined according to Childhood Autism Rating Scale (CARS). Levels of 25 (OH) D were ascertained with luminescent immunoassay on Architect i1000SR. Results: Levels of 25 (OH) D in children with autism who received vitamin D supplementation were 74.5 nmol/L, compared with a level of 45.45 nmol/L prior to the supplementation ($Z = 3.5$; $p < 0.001$). Most of autistic children had improved CARS scores. **Conclusions:** In autistic children, vitamin D supplementation increased circulating levels of 25 (OH) D and ameliorated the disease severity.

Keywords: Autism, DSM - IV, CARS, 25(OH)D, vitamin D

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tự kỷ là một rối loạn phát triển ở trẻ em với mức độ từ nhẹ đến nặng, bệnh thường khởi phát sớm từ trước 3 tuổi và diễn biến kéo dài. Biểu hiện chung của rối loạn tự kỷ là khiếm khuyết về

tương tác; khó khăn trong giao tiếp có lời không có lời; có những hành vi định hình cùng với ý thích bị thu hẹp. Trong những thập kỷ gần đây, Việt Nam cũng như trên thế giới, tỉ lệ tự kỷ có xu hướng tăng nhanh. Tại Mỹ, cùng với bệnh tim mạch và ung thư, tự kỷ là một trong ba vấn đề y tế nổi cộm của quốc gia này. Ở Việt Nam, chưa có số liệu về tỉ lệ trẻ em mắc tự kỷ trên phạm vi toàn quốc, nhưng khảo sát tại Bệnh viện Nhi Trung ương và Bệnh viện Nhi đồng 1- Thành phố Hồ Chí Minh từ năm 2000 đến nay thì số trẻ được chẩn đoán và điều trị chứng tự kỷ tại các cơ sở y tế công lập ngày càng tăng [1].

Cho đến nay, nguyên nhân của tự kỷ chưa được xác định rõ, tất cả vẫn chỉ là những giả thuyết. Có tác giả cho là do tổn thương não, giả thuyết khác cho tự kỷ là bệnh di truyền và có liên quan với các biến đổi gen, nhiều tác giả cho tự kỷ do các yếu tố môi trường. Nhiều nghiên cứu cho thấy tự kỷ có liên quan với các chất dinh dưỡng và vi chất dinh dưỡng, trong đó thiếu hụt vitamin D là một giả thuyết [2]. Một số nghiên cứu cho thấy rằng tình trạng thiếu vitamin D của bà mẹ khi mang thai có thể gây tổn hại ngôn ngữ cho trẻ và bổ sung vitamin D cho bà mẹ trong thai kỳ có thể làm giảm nguy cơ khó khăn ngôn ngữ, cũng như cải thiện sự phát triển tâm thần, vận động cho trẻ [2]. Vitamin D đóng vai trò quan trọng trong việc sửa chữa hư hại DNA và chống lại stress oxy hóa, nên thiếu hụt vitamin D có thể dẫn đến đột biến DNA và gia tăng nguy cơ mắc bệnh tự kỷ. Việc này hướng đến vitamin D là cần thiết trong điều trị hỗ trợ can thiệp trẻ tự kỷ [2,5]. Tại Thái Thái Nguyên, trẻ em mắc tự kỷ có xu hướng gia tăng và việc điều trị còn gặp rất nhiều khó khăn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá hiệu quả bổ sung vitamin D cho trẻ em mắc rối loạn phổ tự kỷ tại Thái Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 16 bệnh nhi tự kỷ (chẩn đoán theo tiêu chuẩn DSM-IV; đánh giá mức độ nặng theo thang điểm CARS) tuổi từ 24 tháng đến 72 tháng tại tỉnh Thái Nguyên và có nồng độ 25(OH)D < 75nmol/L. Cha mẹ hoặc người chăm sóc trẻ (gia đình đồng ý hợp tác nghiên cứu).

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Thái Nguyên từ tháng 6 năm 2016 đến tháng 10 năm 2017.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, can thiệp trước sau không đối chứng.

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

**Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Kim Dung

Email: ledungytn@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 23.11.2017

Ngày duyệt bài: 30.11.2017

Nghiên cứu mô tả: để xác định nồng độ 25(OH)D ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ.

Nghiên cứu can thiệp, đánh giá hiệu quả trước sau: để đánh giá hiệu quả bổ sung vitamin D cho trẻ tự kỷ.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.4.1 Cỡ mẫu: chọn mẫu không thuận tiện.

2.4.2 Chọn mẫu: chọn 16 trẻ tự kỷ từ 24-72 tháng tuổi đáp ứng đủ tiêu chuẩn chẩn, trẻ và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu và tuân thủ điều trị.

2.5 Phân tích và xử lý số liệu:

*Chỉ số nghiên cứu:

- + Các chỉ số nhân khẩu học
- + Các biểu hiện lâm sàng của trẻ tự kỷ.
- + Chỉ số 25(OH)D

*Phương pháp thu thập số liệu

Bước 1. Định lượng nồng độ 25(OH)D cho trẻ được chẩn đoán tự kỷ theo tiêu chuẩn DSM-IV và CARS.

Bước 2. Bổ sung vitamin D3 cho những trẻ tự kỷ có nồng độ 25(OH)D < 75nmol/L đồng thời can thiệp cá nhân và can thiệp nhóm cho trẻ tại Bệnh viện chỉnh hình và phục hồi chức năng Thái Nguyên và tại gia đình.

Bước 3. Định lượng lại nồng độ 25(OH)D và đánh giá lại mức độ nặng của trẻ tự kỷ theo thang CARS sau can thiệp. (Thang CARS: 15 đến 30 điểm: không rõ tự kỷ; 30 đến 37 điểm: tự kỷ mức độ nhẹ và vừa; 37 đến 60 điểm: tự kỷ mức độ nặng).

Xét nghiệm: Định lượng Vitamin D [định lượng 25(OH)D] bằng phương pháp miễn dịch hóa phát quang, làm trên máy Architect i1000SR tại Khoa Sinh hóa – Chuyển hóa dinh dưỡng, Viện Dinh dưỡng Quốc Gia.

Giá trị bình thường của xét nghiệm nồng độ 25(OH)D tại Viện Dinh dưỡng Quốc Gia là 80-200nmol/L.

Bổ sung vitamin D và định lượng lại nồng độ vitamin D theo khuyến cáo của South Australian Child Health Clinical Network [7].

Liều vitamin D Lứa tuổi	Nồng độ 25(OH)D		
	Thấp 50-75 nmol/L	Thiếu hụt 25-50 nmol/L	Thiếu hụt nặng <25 nmol/L
>12 tháng	1000-2000UI/ngày uống hàng ngày Trong 3 tháng	3000-4000UI/ngày uống hàng ngày Trong 3 tháng	
Định lượng lại nồng độ 25(OH)D sau 3 hay 6 tháng			

Vitamin D3 là dạng tự nhiên của vitamin D có trong động vật và người. So với D2 thì vitamin D3 có đặc tính ưu việt hơn do hoạt tính tác dụng lên ruột, thận và hệ xương cốt. Vitamin D3 được chọn để bổ sung cho trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi có tên biệt dược là Aquadetrim, hoạt chất: Cholecalciferol 15 000 IU/ml, tá dược: Cremophor EL, đường sucrose (250mg), sodium hydrophosphatendodecahydrate, citric acid, anise aroma, benzyl alcohol (15mg), nước cất. Dạng bào chế, đóng gói: Một lọ 10ml, 15 000IU/ml. Nước sản xuất Ba Lan.

*Xử lý số liệu: Sử dụng kiểm định *t* ghép cặp (paired t-test) để so sánh giá trị trung bình của hai mẫu trước và sau can thiệp, trong khi kiểm định χ^2 được sử dụng khi so sánh hai tỉ lệ. Tất cả phân tích được thực hiện trên phần mềm Stata 12.1 (StataCorp LP, College Station, TX).

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài được thông qua Hội đồng đạo đức y sinh học trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

Các chỉ số		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi (tháng), $\bar{X} \pm SD$		38,68 $\pm$ 12,80 (min=24, max=65)	
Giới	Nam	12	75
	Nữ	4	25
Dân tộc	Kinh	10	62,50
	Thiểu số	6	37,50
Nơi cư trú	Phường, thị trấn	9	56,25
	Xã	7	43,75
Tình trạng dinh dưỡng	Thấp cân	3	18,75
	Bình thường	13	81,25
Mức độ tự kỷ	Nhẹ và vừa	3	18,75
	Nặng	13	81,25

(SD, độ lệch chuẩn; X, trung bình)

Nhận xét: Trẻ tự kỷ hay gặp ở trẻ trai, dân tộc kinh, phần lớn là trẻ tự kỷ ở mức độ nặng.**Bảng 2. Sự thay đổi nồng độ 25(OH)D huyết thanh sau bổ sung vitamin D của nhóm trẻ tham gia nghiên cứu**

	Nồng độ 25(OH)D (nmol/L) T1		Nồng độ 25(OH)D (nmol/L) T2		Khác biệt	P
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %		
Trung bình (X ± SD)	45,71 ± 13,52		84,89 ± 35,67			
Trung vị	45,45		74,5		29	0,0004
Giá trị thấp nhất	24,6		39			
Giá trị cao nhất	64,5		168,4			

(SD, độ lệch chuẩn; X, trung bình, T1: nồng độ 25(OH)D trước khi can thiệp, T2: nồng độ 25(OH)D sau 6 tháng bổ sung vitamin D).

Nhận xét: nồng độ 25(OH)D trong máu trẻ tự kỷ sau bổ sung vitamin D cao hơn rõ rệt so với trước khi bổ sung vitamin D, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($Z=-3,5$; $p<0,001$).**Bảng 3. Đánh giá sự thay đổi mức độ tự kỷ theo thang điểm CARS trước và sau can thiệp 6 tháng**

Trước can thiệp	Sau can thiệp				P
	Nhẹ, Trung bình	Nặng	Tổng		
	Nhẹ	3	0	3	
	Trung bình	18,75	0,00	18,75	
	Nặng	4	9	13	
	Tổng	25,00	56,25	81,25	
		7	9	16	0,04
		43,75	56,25	100	

Nhận xét: Không có trường hợp nào tăng nặng mức độ tự kỷ sau can thiệp. Có 4 trẻ (25%) giảm từ tự kỷ mức độ nặng giảm xuống mức độ nhẹ-trung bình ($p<0,05$).**Bảng 4. Đánh giá bất thường 15 lĩnh vực theo thang điểm CARS trước và sau can thiệp 6 tháng**

Các lĩnh vực chậm	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %	
Quan hệ với mọi người	16	100	11	68,75	0,04
Bắt chước	15	87,5	9	68,75	0,04
Đáp ứng tình cảm	15	93,75	10	62,50	0,08
Động tác cơ thể	13	81,25	9	56,25	0,25
Sử dụng đồ vật	14	87,5	10	62,50	0,22
Thích nghi với sự thay đổi	13	81,25	8	0,50	0,13
Phản ứng thị giác	14	87,5	11	68,75	0,39
Phản ứng thính giác	16	100	9	56,25	0,007
Phản ứng vị, khứu giác	15	93,75	9	56,25	0,04
Sợ hãi hoặc hồi hộp	15	93,75	9	56,25	0,03
Giao tiếp bằng lời	16	100	11	68,75	0,04
Giao tiếp không lời	16	100	9	56,25	0,007
Mức độ hoạt động	16	100	9	56,25	0,007
Đáp ứng trí tuệ	16	93,75	11	62,50	0,04
Ăn uống chung về tự kỷ	16	100	11	75,00	0,04

Nhận xét: 6 tháng sau khi được bổ sung vitamin, hầu hết trẻ tự kỷ có tiến bộ theo thang điểm CARS.

IV. BÀN LUẬN

Trong 16 bệnh nhân rối loạn phổ tự kỷ tham gia nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy trẻ nam chiếm đa số (gấp 4 lần so với trẻ gái) tương tự một số nghiên cứu của các tác giả khác [3,6]. Sự vượt trội về tỉ lệ mắc tự kỷ ở nam giới so với

nữ giới có thể liên quan đến vai trò của nhiễm sắc thể giới tính. Tuy nhiên cần nghiên cứu sâu hơn nữa vì hiện nay vẫn còn thiếu các bằng chứng thuyết phục để giải thích đầy đủ vấn đề này. Khoảng 81% trẻ tự kỷ ở mức độ nặng có thể do chúng tôi chọn bệnh nhân điều trị tại

bệnh viện, mặt khác phần lớn tâm lý của gia đình có con tự kỷ nặng thường cố gắng cho con tham gia vào các nghiên cứu nhiều hơn. Nồng độ vitamin D của nhóm trẻ tự kỷ tham gia nghiên cứu của chúng tôi trước khi bổ sung vitamin D rất thấp ($45,71 \pm 13,52 \text{ nmol/L}$). Khá nhiều nghiên cứu cho rằng tình trạng thiếu hụt một số vi chất dinh dưỡng có thể là căn nguyên dẫn tới tự kỷ, đặc biệt là tình trạng thiếu hụt vitamin D [5]. Theo các tác giả thì thiếu vitamin D được xem như một giả thuyết về căn nguyên của bệnh. Vitamin D là một dẫn xuất steroid có tác động trực tiếp vào sự phát triển não bộ và ảnh hưởng đến các protein tham gia trực tiếp trong học tập, trí nhớ, điều khiển các động cơ và hành vi xã hội. Hơn nữa bệnh nguyên tự kỷ được cho rằng có sự liên quan đến tăng các chất gây viêm như protein phản ứng C, TNF alpha, IL1, IL6 và giảm nồng độ glutathione trong máu. Vitamin D có tác dụng ức chế sản sinh các chất gây viêm nói trên và tăng hàm lượng glutathione trong máu. Gần đây, tình trạng thiếu vitamin D đã được quan tâm đến như là một yếu tố môi trường có khả năng kích hoạt một số rối loạn tự miễn dịch như bệnh xơ cứng mô sụn và bệnh lupus ban đỏ hệ thống. Tự miễn dịch có thể đóng vai trò trong bệnh sinh tự kỷ trong một nhóm các bệnh nhân do sự hiện diện của các tự kháng thể cụ thể trong não của một số trẻ em mắc tự kỷ [5]. John Cannell và một số các tác giả khác của Hội đồng vitamin D cho rằng trong điều kiện môi trường thiếu hụt vitamin D, có thể dẫn đến đột biến ADN và gia tăng nguy cơ mắc bệnh tự kỷ, ông và cộng sự đã nghiên cứu mối liên hệ giữa bệnh tự kỷ với các vùng thiếu ánh sáng mặt trời, thấy rằng có tăng tỉ lệ của chứng tự kỷ ở các vùng và mùa thiếu ánh sáng mặt trời [2]. Một số phát hiện cho thấy rằng nồng độ vitamin D dưới 75 nmol/L (ở bà mẹ khi mang thai và ở trẻ) có thể là yếu tố nguy cơ mắc bệnh tự kỷ, nghiên cứu của John Canell và một số tác giả khác cho rằng có cải thiện tình trạng tự kỷ sau khi tăng nồng độ vitamin D trong máu bởi vitamin D đóng vai trò quan trọng trong việc sửa chữa hư hại ADN và chống lại stress oxy hóa do tình trạng thiếu vitamin D gây ra [2].

Sau khi được bổ sung vitamin D3 với liều như khuyến cáo [7], nồng độ $25(\text{OH})\text{D}$ trong máu trẻ tự kỷ cao hơn rõ rệt so với trước khi bổ sung vitamin D. Không có trường hợp nào tăng nặng mức độ tự kỷ sau can thiệp. Có 25% giảm từ tự kỷ mức độ nặng giảm xuống mức độ nhẹ-trung bình ($p < 0,05$). Sau 6 tháng hầu hết trẻ tự kỷ có

tiến bộ theo thang điểm CARS. Tương tự như nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới. Junyan Phong, Ling Shan và CS (2016) tại Trung Quốc nghiên cứu bổ sung vitamin D3 cho 37 trẻ tự kỷ. Sau khi bổ sung vitamin D3 trong 3 tháng, mức độ triệu chứng đã giảm đáng kể theo thang điểm CARS và ABC [3]. Khaled Saad, Ahmed A. Abdel-Rahman và cộng sự [6] nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên mù đôi trên bị tự kỷ để đánh giá hiệu quả của việc bổ sung vitamin D với sự thay đổi triệu chứng của bệnh tự kỷ ở trẻ em. Trẻ tự kỷ được chọn ngẫu nhiên chia làm 2 nhóm: một nhóm cho uống vitamin D3 hàng ngày, với liều 300 IU/kg/ngày , không quá 5.000 IU/ngày ; nhóm khác cho uống giả dược hàng ngày; thời gian điều trị trong 4 tháng. Xét nghiệm nồng độ $25(\text{OH})\text{D}$ ở hai thời điểm: trước và sau can thiệp. Kết quả nghiên cứu: bổ sung vitamin D được dung nạp tốt ở các trẻ tự kỷ. Theo thang CARS, các triệu chứng bệnh tự kỷ của trẻ em được cải thiện đáng kể ở nhóm được bổ sung vitamin D3 trong 4 tháng, còn nhóm dùng giả dược thì sự thay đổi là không đáng kể. Nghiên cứu này chứng minh hiệu quả và khả năng dung nạp liều cao vitamin D3 ở trẻ em tự kỷ, bổ sung vitamin D bằng đường uống có thể cải thiện một cách an toàn các dấu hiệu và triệu chứng của tự kỷ [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi khi bổ sung vitamin D3 cho trẻ tự kỷ cũng không thấy báo cáo nào về tác dụng phụ của thuốc.

Đây là một trong những nghiên cứu đầu tiên ở Việt Nam về bổ sung vitamin D cho trẻ tự kỷ, tuy nhiên còn có một số nhược điểm: số lượng trẻ và gia đình tham gia trong nghiên cứu còn hạn chế và chưa có nhóm chứng nên tính đại diện của kết quả nghiên cứu còn hạn chế. Vì vậy cần nghiên cứu bổ sung vitamin D cho trẻ tự kỷ với ở quy mô lớn hơn. Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi khuyến nghị nên bổ sung vitamin D trong quá trình can thiệp, điều trị sau khi có kết quả định lượng vitamin D cho tất cả trẻ tự kỷ.

V. KẾT LUẬN

Sau khi bổ sung vitamin D cho trẻ tự kỷ, nồng độ $25(\text{OH})\text{D}$ trong máu và các dấu hiệu tự kỷ của trẻ tiến bộ có ý nghĩa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Đâu Tuấn Nam, Văn Vũ Hải (2015), "Chính sách đối với trẻ tự kỷ ở Việt Nam hiện nay", Tạp chí Khoa học xã hội Việt Nam, số 11(96).

2. **Cannell J.J. and William B. Grant (2013)**, What is the role of vitamin D in autism? *Dermatoendocrinol* 5:199–204
3. **Junyan F, Ling S, Lin D et al (2016)**, "Clinical improvement following vitamin D3 supplementation in Autism Spectrum Disorder".
4. **Khaled S, Ahmed A. A, Yasser M.E et al (2016)**, "Vitamin D status in autism spectrum disorders and the efficacy of vitamin D supplementation in autistic children".
5. **Mostafa G.A. and Al-Ayadhi LY (2012)**, Reduced serum concentrations of 25-hydroxy vitamin D in children with autism: relation to autoimmunity. *J Neuroinflammation*, 17:201.
6. **Saad K, Abdel Rahman A.A, Elserogy Y.M et al (2016)**, "Randomized controlled trial of vitamin D supplementation in children with autism spectrum disorder", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
7. **SA Child Health Clinical Network (2013)**, Management of Vitamin D Deficiency in Children, Clinical Guideline.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 461 - THÁNG 12 - SỐ 1 - 2017

VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^o1 - DECEMBER - 2017

- 1 **Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính bệnh lý hẹp tĩnh mạch chậu gốc** 1
Computer tomography findings of the common iliac vein stenosis disease
Lê Đức Nam, Hoàng Việt Dũng, Nguyễn Quốc Dũng
- 2 **Đánh giá sự thay đổi nhận thức, thái độ về vàng da sơ sinh của các sản phụ sau can thiệp giáo dục sức khỏe tại Khoa Phụ Sản Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Khánh Hòa** 5
Evaluation of changes in patients' awareness and attitudes about newborn jaundice at obgyn division of Khanh Hoa General Hospital
Nguyễn Thế Dũng, Trần Hạnh Bắc
- 3 **Nghiên cứu ứng dụng công nghệ thực tại ảo vào phát triển hệ thống atlas giải phẫu 3D hệ xương trong giảng dạy y học** 9
Study on application of virtual technology in the development of 3D bone anatomy atlas system in medical teaching
Trịnh Xuân Đàn, Nguyễn Văn Huân
- 4 **Nghiên cứu các rối loạn nhịp tim bằng holter điện tâm đồ tại Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Hà Tĩnh từ tháng 1/2016-12/2016** 13
Study arrhythmias in patients with holter electrocardiogram (24-hour ecg) at the department of cardiology of Ha Tinh General Hospital from 1/2016-12/2016
Lê Văn Dũng, Phạm Hữu Đà, Lê Chí Hướng
- 5 **Đánh giá mối tương quan giữa điện não số hóa và nồng độ phế nang tối thiểu trong gây mê dòng thấp để phẫu thuật bụng ở người cao tuổi** 16
The correlation between entropy (RE, SE) and minimum alveolar concentration during low flow anesthesia in abdominal surgery in elderly patients
Phạm Thị Lan, Công Quyết Thắng, Tống Xuân Hùng
- 6 **Kết quả ban đầu điều trị bổ sung testosterone dạng gel trên bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng** 20
Initial result of transdermal testosterone gel pre-treatment on invitro fertilization in patients with poor ovarian reserve
Nguyễn Việt Hà, Hồ Sỹ Hùng
- 7 **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm ruột hoại tử ở trẻ sơ sinh tại Bệnh Viện Nhi Trung Ương** 24
Clinical and subclinical characteristics of neonatal necrotizing enterocolitis at National Hospital of Pediatrics
Phạm Duy Hiền
- 8 **Khảo sát mức độ độc lập trong sinh hoạt hằng ngày của người bệnh sau đột quỵ tại Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Phú Yên năm 2017** 26
Study of the degree of independence in daily activities of patients after their stroke at Phu Yen General Hospital in 2017
Nguyễn Thế Dũng, Trần Thị Quốc Bảo
- 9 **Kết quả giảm liều alteplase đường tĩnh mạch trong điều trị ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não** 31
Results of low dose of intravenous alteplase in treatment in patient with acute ischemic stroke
Nguyễn Thanh Xuân, Đặng Minh Đức, Đỗ Đức Thuần

10	Đái tháo đường thai kỳ	34
	Nguyễn Khoa Diệu Vân	
11	Mật độ xương và mối tương quan giữa mật độ xương với các marker chu chuyển xương ở trẻ em tại Thành Phố Cần Thơ	39
	Nguyễn Minh Phương	
12	Thực trạng nhiễm nấm âm đạo và các yếu tố liên quan ở các phụ nữ đến khám phụ khoa tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Dương từ tháng 3-6 năm 2014	43
	The fungal vaginitis status and the related factors in women taking examination at Hai Duong Hospital of obstetrics and gynecology from march to june 2014	
	Hoàng Hải Yến, Lê Văn Thêm	
13	Nghiên cứu chỉ định và kỹ thuật cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị được ứng dụng tại Bệnh viện Bạch Mai	49
	pylorus preserving pancreaticoduodenectomy at Bach Mai Hospital	
	Trần Mạnh Hùng	
14	Các yếu tố liên quan đến sự gia tăng thể tích khối máu tụ của xuất huyết não	52
	The factors associated with the hematoma growth in intracranial heamorrhage	
	Ngô Thị Kim Trinh, Nguyễn Huy Thắng	
15	Một số đặc điểm của phụ nữ sử dụng mifepristone phối hợp misoprostol để kết thúc thai nghén từ 10 đến 20 tuần tuổi tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương	58
	Some characteristics of women using mifepristone plus misoprostol to terminate the pregnancy from 10 to 20 weeks of age at the National obstetrics and Gynecology Hospital	
	Vũ Văn Khanh, Phạm Huy Hiền Hào, Vũ Văn Du	
16	Nghiên cứu sự thay đổi chức năng tế bào beta, kháng insulin sau 24 tháng thay đổi lối sống ở người tiền đái tháo đường tại Ninh Bình	60
	Study of beta cell function, insulin sensitivity after 24 months of lifestyle intervention in pre-diabetes population in Ninh Binh Province	
	Đỗ Đình Tùng, Tạ Văn Bình	
17	Kết quả phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng mạn tính tại Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Thái Bình	64
	The result of chronic subdural hematoma surgery at Thai Binh General Hospital	
	Nguyễn Văn Tuấn, Vũ Minh Hải, Ngô Mạnh Hùng	
18	Thực trạng chăm sóc sức khỏe trước sinh cho phụ nữ có thai của cán bộ y tế Huyện Gia Lộc Tỉnh Hải Dương năm 2015	67
	An evaluation of knowledge and practice on pre-natal care of pregnant women in a number of communes, Gia Loc District, Hai Duong Province	
	Nguyễn Văn Kiên, Phạm Thị Tĩnh	
19	Thực trạng tự sử dụng kháng sinh cho trẻ dưới 5 tuổi tại Huyện Thanh Hà, Tỉnh Hải Dương 2017	70
	The situation of self-medication with antibiotics for children under 5 years old in Thanh Ha District, Hai Duong Province 2017	
	Vũ Thị Hương, Đỗ Mạnh Hùng, Đỗ Thị Thanh Toàn	
20	Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và trắc nghiệm thần kinh tâm lý ở bệnh nhân suy giảm nhận thức nhẹ do mạch máu	73
	Study on clinical and neuropsychological characteristics in patients with vascular mild cognitive impairment	
	Phạm Thị Hà Trang, Nguyễn Trọng Hưng	

- 21 **Thực trạng hoạt động giáo dục sức khỏe của điều dưỡng cho người bệnh tại Bệnh Viện Quân Y 354** 77
The status of patient health education of the nurses in 354 Military Hospital
Lê Lam Hà, Vũ Hà Nga Sơn, Trương Quang Tiến
- 22 **Tình trạng dinh dưỡng của trẻ em 25-48 tháng tuổi ở các trường mầm non của ba xã thuộc Huyện Tiền Hải Tỉnh Thái Bình năm 2016** 82
Nutritional status of children stunting 25 to 48 months of age at kindergartens in 3 communes of Tien Hai Distric, Thai Binh Province in 2016
Ninh Thị Nhung, Trần Thị Vân Anh, Nguyễn Văn Công
- 23 **Nghiên cứu tình trạng loãng xương ở nữ giới từ 40 - 70 tuổi đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Kỹ Thuật Y Tế Hải Dương** 86
Study of the osteoporosis status of women for age 40-70 years examination at Hai Duong Medical Technical University Hospital
Lê Văn Thêm, Trần Văn Việt, Trần Văn Biên
- 24 **Nguyên nhân và kết quả điều trị viêm phổi nặng ở trẻ dưới 5 tuổi tại Trung Tâm Nhi Khoa Bệnh viện Đa Khoa Thái Nguyên** 90
Causes and treatment of severe pneumonia in children under 5 years old at the Thai Nguyen General Hospital
Trần Tuấn Anh, Lê Thị Kim Dung, Ma Văn Thám
- 25 **Nghiên cứu về chỉ số khuyết tật giọng nói của bệnh nhân ung thư dây thanh T1 sau vi phẫu thuật bằng laser CO₂** 93
Evaluated voice handicap index following treatment of T1 glottic cancer by transoral laser microsurgery
Hoàng Ngọc An, Lương Thị Minh Hương
- 26 **Nhận xét kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt đốt tăng sản lành tính tuyến tiền liệt ở người bệnh có tăng huyết áp tại Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Thái Bình** 97
Evaluation of early results of endoscopic thrombosis of benign prostatic hyperplasia in patients with hypertension in Thai Binh General Hospital
Vũ Đức Quý, Vũ Sơn, Đỗ Trọng Quyết
- 27 **Hiệu quả điều trị bệnh bạch biến bằng chiếu tia cực tím UVB dải hẹp 311nm** 100
Efficacy of treatment vitiligo in using narrow band UVB 311nm phototherapy
Đỗ Thị Hồng Nhung, Đỗ Thị Thu Hiền, Trần Hậu Khang
- 28 **Đánh giá đông cầm máu ở bệnh nhân rắn lục cắn bằng xét nghiệm động học đàn hồi đồ cục máu (ROTEM)** 104
Assessment of blood coagulation abnormalities in viper snakebite patients by thromboelastometry (ROTEM)
Nguyễn Long An, Trần Thị Kiều My, Đặng Thị Xuân, Hà Trần Hưng
- 29 **Đặc điểm lâm sàng của tổn thương thần kinh - cơ do rắn độc cắn tại Trung Tâm Chống Độc Bệnh viện Bạch Mai** 108
Clinical features of neuromuscle damage in snakebite patients at vietnam poison control center of Bach Mai Hospital
Nguyễn Ngọc Hiên, Nguyễn Trọng Hưng, Nguyễn Thanh Bình, Hà Trần Hưng
- 30 **Nhận xét biến chứng song thai từ 28 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương** 112
Study the antenatal complications twin pregnancies from 28 weeks gestation age at National of Obstetrics and Gynecology Hospital
Nguyễn Thị Lương, Lê Thị Thanh Vân, Nguyễn Quảng Bắc

- 31 **Tình hình mang gen và đặc điểm di truyền phân tử thalassemia, hemoglobin E trong cộng đồng dân tộc Khmer vùng Đồng Bằng Sông Cửu Long** 115
The prevalence and molecular genetic features of thalassemia and hemoglobin E in the Khmer ethnic group in the Mekong Delta
Lê Thị Hoàng Mỹ, Huỳnh Nghĩa, Phạm Quang Vinh
- 32 **Nghiên cứu kết quả phẫu thuật sau nút động mạch chọn lọc ở bệnh nhân u màng não có tăng sinh mạch** 119
The study efficacy of surgery after embolization treatment in meningiomas patients with angiogenesis
Đỗ Đức Thuận, Đặng Minh Đức, Nguyễn Thanh Xuân
- 33 **Một số tác dụng phụ và sự chấp nhận của phụ nữ sử dụng mifepristone phối hợp misoprostol để kết thúc thai nghén từ 10 đến 20 tuần tuổi tại Bệnh Viện Phụ Sản TW** 123
Some side effects and acceptability of women using mifepristone combination with misoprostol to terminate pregnancy from 10 to 20 weeks of age at the National Obstetrics and Gynecology Hospital
Vũ Văn Khanh
- 34 **Đánh giá kết quả trên 38 trường hợp cắt u tuyến thượng thận nội soi qua đường trong phúc mạc tại Khoa Ngoại Bệnh Viện Bạch Mai** 125
Evaluation of the rerults of 38 cases intraperitoneum laparoscopic adenal tomorectomy at Bach Mai Hospital
Trần Hiếu Học, Trần Mạnh Hùng, Trần Vinh
- 35 **Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng trên bệnh nhân nhồi máu não có rung nhĩ** 130
Predictors of poor outcome after ischemic stroke in patients with atrial fibrillation
Đỗ Thị Minh Chi, Nguyễn Huy Thắng
- 36 **Nghiên cứu hiệu quả thay đổi lối sống sau 24 tháng ở người tiền đái tháo đường tại Ninh Bình** 134
Investigating the effectiveness of lifestyle changes in pre-diabetes population after 24 months of intervention in Ninh Binh Province
Đỗ Đình Tùng, Tạ Văn Bình, Nguyễn Thanh Xuân
- 37 **Thực trạng công tác chăm sóc phục hồi chức năng cho người khuyết tật trong các gia đình nạn nhân da cam/dioxin tại Huyện Tiên Hải Tỉnh Thái Bình** 139
Current situation of rehabilitation care for disabled people in dioxin-affected families in Tienhai District, Thaibinh Province
Phạm Thị Tĩnh, Lê Đức Cường, Phạm Thị Dung, Phan Thị Hường
- 38 **Nghiên cứu xác định *malassezia* trong bệnh lang ben bằng nuôi cấy và PCR sequencing** 143
Identification of *malassezia* SPP from pityriasis versicolor by culture and PCR sequencing in Viet Nam
Trần Cẩm Vân, Nguyễn Vũ Trung, Nguyễn Hữu Sáu
- 39 **Kết quả điều trị gãy kín thân xương chày bằng đinh sign tại Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Thái Bình** 146
The assessment of tibial close fracture treatment with sign nail at Thai Binh General Hospital
Lê Việt Cường, Vũ Minh Hải, Phạm Thị Tĩnh
- 40 **Nghiên cứu áp dụng cộng hưởng từ tim trong chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính** 149
Cardiac magnetic resonance imaging in diagnose chronic ischemic heart disease
Nguyễn Khôi Việt, Nguyễn Ngọc Tráng, Lê Thị Thùy Liên, Hoàng Thị Vân Hoa, Phùng Bảo Ngọc, Phạm Minh Thông, Nguyễn Quốc Dũng

- 41 **Tỷ lệ và nguyên nhân tử vong tại một số tỉnh ở Việt Nam** 153
Mortality rates and cause of death in some provinces in 2010
Nguyễn Phương Hoa, Phạm Ngân Giang, Nguyễn Thị Tuyết Nhung
- 42 **Thực trạng chơi game online của sinh viên lớp hình ảnh 4 Trường Đại Học Kỹ Thuật Y** 159
Tế Hải Dương năm 2014
Evaluation of the playing game online status of technical imaging student in Hai Duong Medical Technical University
Lê Văn Thêm, Trần Văn Biên, Trần Văn Việt
- 43 **Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng ở người cao tuổi đến khám tại** 162
khóa khám bệnh, Bệnh viện Đa Khoa Quỳnh Phụ năm 2016
The factors related to nutritional status in elderly out patients at out patient departement of quynh phu general hospital, Thai Binh province in the year of 2016
Lê Văn Tuấn, Ninh Thị Nhung, Phạm Hướng Dương, Nguyễn Văn Công
- 44 **Biến đổi nồng độ CYFRA21-1 huyết tương ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào** 166
nhỏ giai đoạn tiến xa sau điều trị hóa chất
Evaluate the change of serum CYFRA21-1 levels in patients with advanced-stage non-small cell lung cancer after chemotherapy
Tạ Bá Thắng, Bùi Thị Hân, Trần Văn Thanh
- 45 **Khả năng phát hiện carbapenemase ở các chủng *acinetobacter baumannii* của thử** 170
nghiệm modified hodge test, triton hodge test, carbacineto NP và carbacineto NP cải tiến
Carbapenemase detection in acinetobacter baumannii by modified hodge test, triton hodge test, carbacineto NP and modified carbacineto NP
Lưu Thị Vũ Nga, Phạm Hồng Nhung, Nguyễn Vũ Trung và Trần Huy Hoàng
- 46 **Tiêu sợi huyết và can thiệp lấy bỏ huyết khối trong điều trị đột quỵ thiếu máu não** 174
cấp, hướng điều trị tại việt nam (2008 - 2020)
Thrombolysis and thrombectomy to treatment acute ischemic stroke in vietnam on the future (2018 - 2020)
Nguyễn Huy Ngọc, Nguyễn Văn Thông
- 47 **Kết quả sớm điều trị thoát vị bẹn ở người lớn bằng phẫu thuật nội soi đặt lưới nhân** 179
tạo qua ổ phúc mạc (TAPP) tại Bệnh viện Việt Đức
Early results of laparoscopic surgery of tapp for the inguinal hernia treatment by artificial mesh in adults in Viet Duc Hospital
Đỗ Mạnh Toàn, Trịnh Văn Tuấn, Nguyễn Đức Tiến
- 48 **So sánh kết quả sống thêm toàn bộ trên bệnh nhân ung thư phổi không phải tế bào** 183
nhỏ giai đoạn tiến triển tại chỗ và di căn xa điều trị phác đồ paclitaxel – cisplatin và etoposide – cisplatin
Results of progression free survival and survival in advanced and metastatic non small cell lung cancer with two regimes paclitaxel-cisplatin versus etoposide - cisplatin
Hàn Thị Thanh Bình, Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuận
- 49 **Kết quả bổ sung vitamin D cho trẻ em mắc rối loạn tự kỷ tại Thái Nguyên** 187
The results of vitamin d supplementation for autism disorder children in Thai Nguyen
Lê Thị Kim Dung, Nguyễn Thị Xuân Hương, Phạm Ngọc Minh, Phạm Trung Kiên, Lê Thị Kim Dung