

THỰC TRẠNG NGƯỜI BỆNH TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO TẠI THÀNH PHỐ THÁI BÌNH, TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2021

Ngô Văn Mạnh¹, Bùi Thị Huyền Diệu¹, Trần Văn Khương²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang với mục tiêu mô tả thực trạng người bệnh tai biến mạch máu não tại 04 xã/phường thuộc thành phố Thái Bình từ tháng 1-10/2021. Kết quả nghiên cứu cho thấy trong số 140 bệnh nhân được điều tra, 87,1% trên 60 tuổi, 60% là nam giới; 29,3% người bệnh bị tái phát tai biến mạch máu não, 77,9% người bệnh có mắc tăng huyết áp, 21,4% có mắc đái tháo đường, 55% người bệnh có rối loạn giấc ngủ. Người bệnh tai biến mạch máu não có mức độ di chứng theo thang điểm Rankin chủ yếu ở mức độ nhẹ (độ I là 37,1% và độ II là 28,6%), người bệnh dưới 60 tuổi có tỷ lệ di chứng nặng cao hơn người bệnh trên 60 tuổi. Cần tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho người dân, đặc biệt là người bệnh và người nhà người bệnh tai biến mạch máu não trong việc kiểm soát bệnh lý nền, dự phòng tai biến tái phát.

Từ khoá: tai biến mạch máu não, thực trạng, Thái Bình

SUMMARY

THE SITUATION OF PEOPLE WITH CEREBROVASCULAR ACCIDENTS IN THAI BINH CITY, THAI BINH PROVINCE IN 2021

A cross-sectional descriptive study with the objective of describing the status of patients with cerebrovascular accident in 04 communes/wards of Thai Binh city from January to October 2021. Research results showed that out of 140 patients, 87.1% was over 60 years old, 60% was male; 29.3% of patients had recurrent stroke, 77.9% of patients had hypertension, 21.4% had diabetes, 55% of patients had sleep disorders. Patients with cerebrovascular accidents has the degree of sequelae according to the Rankin scale, which is mainly mild (grade I were 37.1% and grade II were 28.6%), patients under 60 years old have a higher rate of severe sequelae than those over 60 years old. It is necessary to strengthen the communication and education of health for the people, especially the patients and their family members of patients in the control of the underlying disease, prevention of the recurrence of the stroke.

Keywords: cerebrovascular accident, situation, Thai Binh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não (TBMN) là vấn đề thời sự

của y học đã và đang được quan tâm trên toàn thế giới. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, tử vong do tai biến mạch máu não đứng hàng thứ hai sau bệnh tim, ở Mỹ đứng hàng thứ ba sau bệnh tim và ung thư. Những người thoát khỏi tử vong thường để lại nhiều di chứng nặng nề cả về thể chất lẫn tinh thần, giảm khả năng lao động và công tác, suy giảm chất lượng cuộc sống, là gánh nặng cho gia đình và xã hội. Theo Russel, 50% người bệnh mắc TBMN để lại di chứng [1]

Trong hai thập kỷ qua, có rất nhiều thành tựu khoa học kỹ thuật tiến bộ trong điều trị TBMN ở giai đoạn cấp; nhờ có những kỹ thuật tiên tiến trong chẩn đoán, cấp cứu và điều trị kịp thời, chính xác thì tỷ lệ tử vong đã giảm đáng kể, nhưng điều đó có nghĩa là tỷ lệ người bị di chứng và tàn tật do TBMN đang ngày càng gia tăng. Các di chứng sau TBMN rất nặng nề về mặt thể chất (khả năng đi lại, khả năng thăng bằng, sự phối hợp thực hiện động tác, các kỹ năng vận động tinh tế), về hành vi (dễ bị kích động), về nhận thức (rối loạn khả năng học tập và ghi nhớ), các thay đổi về mặt cảm xúc (trầm cảm) [2].

Hiện nay tại Thái Bình chưa có đề tài nào nghiên cứu về thực trạng nhóm người bệnh tai biến mạch máu não tại cộng đồng, chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng của người bệnh tai biến mạch máu não tại thành phố Thái Bình năm 2021.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh tai biến mạch máu não hiện đang sinh sống trên địa bàn thành phố Thái Bình được chẩn đoán bởi cơ sở y tế tuyến huyện hoặc tương đương trở lên, có thể giao tiếp được. Đối với những người bệnh không thể giao tiếp được phải có người chăm sóc chính đi kèm.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại 04 xã/phường của thành phố Thái Bình, tỉnh Thái Bình từ tháng 1 đến tháng 10 năm 2021

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu so sánh 1 tỷ lệ:

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

Trong đó: n là số người tai biến mạch máu

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Mạnh

Email: manhsdh@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.7.2022

Ngày duyệt bài: 29.7.2022

não cần cho nghiên cứu. p : là tỷ lệ người bệnh TBMMN có di chứng theo báo cáo của Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Thái Bình ($p=0,8$) [3]; d : Độ chính xác tuyệt đối (lấy $d = 0,07$); α : Chọn mức ý nghĩa thống kê 95%, có $\alpha = 0,05$. Thay vào công thức ta có $n = 125$. Thực tế chúng tôi đã điều tra 140 bệnh nhân TBMMN

2.2 Phương pháp chọn mẫu. Bằng phương pháp chọn mẫu có chủ đích, chúng tôi chọn 2 phường là Trần Lãm và Quang Trung, chọn 2 xã là Vũ Chính và Vũ Lạc, 4 xã mang đầy đủ đặc điểm kinh tế, xã hội đại diện cho 2 khu vực nông thôn và thành thị cho Thành phố Thái Bình

Tại mỗi xã/phường được chọn điều tra, tiến hành lập danh sách người bệnh TBMMN, tại

- Mức độ liệt: Được đánh giá dựa trên thang điểm Henry

Liệt nhẹ (Bại): Độ 1	Sức cơ 4 điểm	Giảm sức cơ, còn vận động chủ động
Liệt vừa: Độ 2	Sức cơ 3 điểm	Còn nâng được tay chân lên khỏi giường
Liệt nặng : Độ 3	Sức cơ 2 điểm	Còn co duỗi được tay chân khi có điểm tỳ.
Liệt rất nặng : Độ 4	Sức cơ 1 điểm	Chỉ có biểu hiện co cơ chút ít.
Liệt hoàn toàn : Độ 5	Sức cơ 0 điểm	Không có co cơ chút nào.

- Mức độ di chứng đánh giá dựa trên thang điểm Rankin

Độ	Đặc điểm lâm sàng
Độ 0	Không có triệu chứng
Độ 1	Không có di chứng thực sự, mặc dù còn các triệu chứng nhẹ về thần kinh và tâm thần, có khả năng làm mọi công việc hàng ngày.
Độ 2	Di chứng nhẹ: bệnh nhân không thể hoàn thành mọi công việc như trước kia, nhưng còn khả năng tự phục vụ.
Độ 3	Di chứng vừa: bệnh nhân cần sự giúp đỡ nhất định, nhưng có thể vẫn tự đi lại.
Độ 4	Di chứng tương đối nặng: bệnh nhân không tự đi lại, không tự phục vụ.
Độ 5	Di chứng nặng: bệnh nhân nằm liệt giường, loét vùng cùng cụt, đái ỉa không tự chủ.
Độ 6	Tử vong

Phương pháp thu thập thông tin: Tại các xã/phường được chọn, nhóm nghiên cứu lập danh sách người bệnh được chọn, thông báo thời gian và địa điểm khảo sát, lượng giá cho đối tượng nghiên cứu. Nhóm nghiên cứu tổ chức khám lượng giá tại Trạm Y tế xã/phường. Với những đối tượng không đến được địa điểm khảo sát nhóm nghiên cứu đến tận nhà. Các thông tin được thu thập bằng phiếu điều tra đã được thiết kế sẵn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, giới của người bệnh

Tuổi	Nam (SL=83)		Nữ (SL=57)		Chung (n=140)	
	SL	%	SL	%	SL	%
18 – 60	11	13,3	7	12,3	18	12,9
> 60	72	86,7	50	87,7	122	87,1
Tổng số	83	59,3	57	40,7	140	100

Kết quả bảng 1: Tỷ lệ mắc tai biến mạch não ở nam giới (59,3%) cao hơn nữ giới (40,7%); độ tuổi từ 18-60 chiếm 12,9%, độ tuổi người bệnh trên 60 tỷ lệ mắc tai biến mạch não chiếm 87,1%.

phường Quang Trung và xã Vũ Chính, do số lượng người bệnh TBMMN ít nên chọn toàn bộ số người bệnh TBMMN đã được lập danh sách. Đối với xã Vũ Lạc và Phường Trần Lãm, do số lượng người bệnh đông nên sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện đến khi đủ số lượng bệnh nhân theo yêu cầu (Ai đến trước khảo sát trước đến khi đủ thì dừng)

2.3 Biến số nghiên cứu

- Các nhóm biến số đánh giá đặc điểm lâm sàng và dịch tễ của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, nghề nghiệp, điều kiện kinh tế, trình độ học vấn, hoàn cảnh gia đình, triệu chứng lâm sàng, triệu chứng cận lâm sàng, thời gian mắc bệnh, số lần bị bệnh,...

2.1 Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata.3.1 sau đó được làm sạch, số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Các biến liên tục sẽ được mô tả bằng số trung bình và độ lệch chuẩn ($\text{mean} \pm \text{SD}$), các biến phân loại được mô tả bằng tỷ lệ %. Sử dụng test khi bình phương (Chi-square) để so sánh sự khác biệt về tỷ lệ phần trăm. Sử dụng test t-student để so sánh sự khác biệt về giá trị trung bình của hai nhóm. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2. Số lần bị tai biến mạch não của người bệnh

Số lần TBMN	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Lần đầu	99	70,7
Lần thứ 2	29	20,7
Từ lần 3 trở lên	12	8,6
Tổng	140	100

Bảng 2 cho thấy trong số 140 người bệnh có 99 người mắc TBMN lần đầu, chiếm 70,7%; 29 người bệnh bị TBMN tái phát lần 2 chiếm 20,7%; và 12 người bệnh TBMN tái phát từ lần thứ 3 trở đi, chiếm tỷ lệ 8,6%. Như vậy có tới 29,3% người bệnh đã bị tái phát TBMN

Bảng 3. Các bệnh lý kèm theo của người bệnh

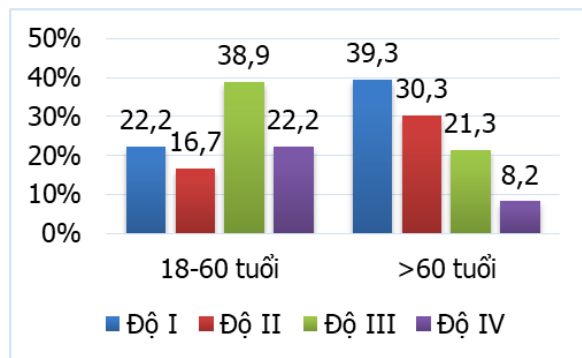
Các bệnh lý kèm theo	Số lượng (n=140)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	109	77,9
Đái tháo đường	30	21,4
Bệnh tim mạch	20	14,3
Rối loạn chuyển hóa mỡ	34	24,3
Suy thận	6	4,3
Khác	27	19,3
Có từ 2 bệnh kèm theo	67	47,9

Bảng 3 cho thấy có 77,9% người bệnh TBMN có mắc tăng huyết áp ; bệnh đái tháo đường là

Bảng 5. Đặc điểm liệt theo bên liệt và theo nhóm tuổi (n=140)

Mức độ liệt	Độ I		Độ II		Độ III		Độ IV		Độ V		Tổng	
	SI	%	SI	%	SI	%	SI	%	SI	%	SI	%
Tổng	59	42,1	34	24,3	37	26,5	9	6,4	1	0,7	140	100
Theo bên liệt												
Bên thuận	29	20,7	20	14,3	19	13,6	4	2,9	0	-	72	51,4
Bên không thuận	30	21,4	14	10,0	18	12,9	5	3,6	1	0,7	68	48,6
Theo nhóm tuổi												
18-60	4	2,9	3	22,1	9	6,4	2	1,43	0	-	18	12,7
>60	55	39,3	31	2,1	28	20,0	7	5,0	1	0,7	122	87,1

Theo kết quả nghiên cứu: theo thang điểm Henry đa phần người bệnh có mức độ liệt nhẹ với liệt độ I chiếm 42,1%, liệt độ II chiếm 24,3%, liệt độ III là 26,4; Liệt độ IV và độ V chiếm tổng số 7,1%.



Biểu đồ 1. Đánh giá mức độ di chứng theo thang điểm Rankin (n=140)

Tỷ lệ người bệnh TBMN có mức độ di chứng

30 người, 21,4% người bệnh có đái tháo đường ; bệnh tim (Suy tim, bệnh van tim...) là 20 người, chiếm tỷ lệ 14,3%, bệnh lý rối loạn chuyển hóa lipid chiếm tỷ lệ 24,3%. Đặc biệt, có tới 67 người có từ 2 bệnh lý nền trở lên, chiếm 47,9%. Các bệnh lý nền chính là các yếu tố nguy cơ dễ dẫn tới TBMN.

Bảng 4. Các rối loạn về cảm giác, cơ tròn, thần kinh thực vật, tâm thần

Dấu hiệu	Số lượng (n=140)	Tỷ lệ (%)
Rối loạn cảm giác nông	31	22,1
Rối loạn cảm giác sâu	2	1,4
Rối loạn cơ tròn	10	7,1
Rối loạn thần kinh thực vật	5	3,6
Rối loạn giấc ngủ	77	55,0
Rối loạn tâm thần, hành vi	7	5,0

Bảng 4 cho thấy có tới 55% người bệnh có di chứng rối loạn giấc ngủ sau TBMN và là di chứng thường gặp nhất, sau đó đến di chứng rối loạn cảm giác nông với biểu hiện tê bì, chiếm tỷ lệ 22,1%, sau đến rối loạn cơ tròn chiếm tỷ lệ 7,1%, Có 5% người bệnh có rối loạn về tâm thần, hành vi, 3,6% người bệnh có rối loạn về thần kinh thực vật, 1,4% người bệnh có rối loạn về cảm giác sâu.

theo thang điểm Rankin có 37,1% ở mức độ I; 28,6% di chứng độ II; có 23,6% di chứng mức độ III, có 10,7% di chứng độ IV, không có di chứng ở độ V. Đối với nhóm người bệnh TBMN có độ tuổi dưới 60 có mức độ di chứng cao hơn so với nhóm người bệnh TBMN có độ tuổi trên 60, nhóm tuổi dưới 60 có tới 38,9% có di chứng mức độ III, và 22,2% di chứng mức độ IV, trong khi tỷ lệ này ở nhóm trên 60 tuổi chỉ là 21,3% và 8,2%.

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả khảo sát đặc điểm về tuổi, giới của người bệnh, nhóm nghiên cứu nhận thấy tỷ lệ mắc TBMN ở nam chiếm 59,3%, nữ chiếm 40,7%, tỷ lệ nam/nữ là 1,45. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với một số tác giả

khác. Theo Trịnh Thị Diệu Thường thì tỷ lệ nam/nữ là 1,2 lần [4]. Khi nghiên cứu về độ tuổi mắc TBMN, nhóm nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy người bệnh có độ tuổi trên 60 chiếm đa số với tỷ lệ 87,1%. Điều này phù hợp với các nghiên cứu của một số tác giả: tác giả Nguyễn Thị Thu Hiền, tỷ lệ người bệnh TBMN trên 60 tuổi là 68,7% [5]. Chúng ta có thể thấy tuổi cao là một yếu tố nguy cơ dẫn tới tai biến mạch não. Độ tuổi càng cao, khả năng mắc tai biến mạch não càng lớn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có tới 29,3% người bệnh đã bị tái phát TBMN. Kết quả khảo sát của nhóm nghiên cứu cũng khá tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả khác: Theo tác giả Lê Minh Hải và Võ Thị Xuân Hạnh tỷ lệ người bệnh TBMN lần đầu là 93%, tỷ lệ người bệnh bị tái phát từ lần thứ 2 trở đi là 7% [6]. So với tác giả trên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy người bệnh TBMN tại Thành phố Thái Bình có tỷ lệ tái phát cao hơn. Có lẽ chúng tôi nghiên cứu tại cộng đồng, còn hai nhóm tác giả trên nghiên cứu tại cơ sở y tế nên thời gian bị bệnh của người bệnh ngắn hơn, dẫn tới tỷ lệ tái phát thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

Kết quả khảo sát các bệnh lý kèm theo cho thấy tăng HA là bệnh lý hay gặp nhất, chiếm 77,9%, sau là bệnh lý rối loạn chuyển hóa mỡ chiếm tỷ lệ 24,3%, đái tháo đường chiếm tỷ lệ 21,4%, bệnh lý tim mạch đứng thứ 4 với tỷ lệ 14,3%. Kết quả này phù hợp với một số tác giả trước đây: Theo tác giả Nguyễn Đức Thuận, Nguyễn Quang Ân tỷ lệ người bệnh TBMN có tăng huyết áp chiếm 70,8%, kèm đái tháo đường chiếm tỷ lệ 21,5%, kèm rối loạn chuyển hóa lipid máu chiếm tỷ lệ 19,2% [7]. Nhìn chung trong các nghiên cứu của các tác giả đều cho kết quả bệnh tăng huyết áp là bệnh thường gặp hàng đầu.

Thông qua việc đánh giá đặc điểm bên liệt, nhóm nghiên cứu nhận thấy: có 51,4% người bệnh liệt bên thuận, trong khi đó có 48,6% người bệnh liệt bên không thuận, không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Cũng như tác giả Phạm Văn Phú, tỷ lệ liệt bên phải chiếm 50,93%, liệt bên trái là 49,07% [8] hoặc như tác giả Vũ Thị Tâm nghiên cứu tại bệnh viện Y học cổ truyền Cao Bằng cho thấy có 53,89% người bệnh liệt trái, 46,11% người bệnh liệt phải [9].

Thông qua việc khảo sát các rối loạn về cảm giác, cơ tròn, thần kinh thực vật, tâm thần nhận thấy: có tới 55% người bệnh có di chứng rối loạn giấc ngủ sau TBMN và là di chứng thường gặp nhất, sau đó đến di chứng rối loạn cảm giác nông với biểu hiện tê bì, chiếm tỷ lệ 22,1%.

Theo tác giả Đặng Hoàng Anh, người bệnh TBMN có rối loạn ngôn ngữ chiếm 95,9%; rối loạn cơ vòng chiếm 30,32%; rối loạn cảm giác chiếm tỷ lệ 86,06%, rối loạn thần kinh thực vật chiếm tỷ lệ 28,68% [10]. Có sự khác biệt về kết quả của hai nghiên cứu trên do thời điểm tác giả Đặng Hoàng Anh khảo sát là khi người bệnh mới nhập viện, còn trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh đã hòa nhập cộng đồng.

Đánh giá mức độ di chứng theo thang điểm Rankin, qua khảo sát nhóm nghiên cứu nhận thấy: người bệnh TBMN tại Thành phố Thái Bình có mức độ di chứng theo thang điểm Rankin chủ yếu ở mức độ nhẹ và vừa. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Kim Liên và Dương Huy Hoàng khi tiến hành điều tra tỷ lệ mắc bệnh đột quỵ não ở người trưởng thành tại thành phố Thái Bình năm 2016. Có vẻ như nhóm người bệnh TBMN dưới 60 tuổi mắc nhiều di chứng hơn nhóm người bệnh trên 60 tuổi. người bệnh dưới 60 tuổi đã mắc TBMN thường do những nguyên nhân dẫn tới tình trạng nặng, để lại nhiều di chứng trong quá trình điều trị. Đây là vấn đề cần quan tâm trong việc dự phòng TBMN đối với nhóm người trẻ tuổi cũng như áp dụng các biện pháp phục hồi chức năng, phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng phù hợp với từng nhóm đối tượng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh tai biến mạch não bị tái phát chiếm tỷ lệ cao, người bệnh cũng mắc kèm nhiều bệnh khác nhau, do đó cần tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh và người nhà người bệnh trong việc kiểm soát bệnh lý nền, dự phòng tai biến tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Đức Hình (2008)**, Tai biến mạch não hướng dẫn chẩn đoán và xử trí, Nhà xuất bản Y học.
2. **Bộ Y tế (2015)**, Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị phục hồi chức năng cho bệnh nhân đột quỵ (Hướng dẫn về Hoạt động trị liệu).
3. **Bệnh viện Phục hồi chức năng Thái Bình (2020)**, Báo cáo tổng kết công tác khám chữa bệnh năm 2020,
4. **Trịnh Thị Diệu Thường (2013)**, Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng vận động của phương pháp châm cứu kết hợp vận động trị liệu trên bệnh nhân nhồi máu trên lều, Luận án tiến sĩ y học chuyên ngành Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
5. **Nguyễn Thị Thu Hiền (2019)**. Các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe của người bệnh nhồi máu não có rối loạn nuốt. Tạp chí y học Việt Nam, 482, tr 320-327.
6. **Lê Minh Hải, Võ Thị Xuân Hạnh (2018)**. Mức độ phục hồi chức năng vận động và chất lượng

- cuộc sống của bệnh nhân TBMN trước và sau điều trị phục hồi chức năng tại bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp. Tạp chí Y học Tp. Hồ Chí Minh, Phụ bản tập 22, tr 320-326.
7. **Nguyễn Đức Thuận, Nguyễn Quang Ân (2019).** Hội chứng chân không yên ở bệnh nhân đột quỵ não cấp tính. Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 482, tr 101-107.
8. **Phạm Văn Phú, Ngô Đăng Thục, Trần Trọng Hải (2003).** Đánh giá mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của người sau tai biến mạch não tại cộng đồng. Nhà xuất bản Y học thành phố Hồ Chí Minh, Tập 7, tr 68-72.
9. **Khảo sát thực trạng bệnh nhân liệt nửa người** do đột quỵ não tại Bệnh viện Y học cổ truyền Cao Bằng. <<https://tailieu.vn/doc/khao-sat-thuc-trang-benh-nhan-liet-nua-nguoi-do-dot-quy-nao-tai-benh-vien-y-hoc-co-truyen-cao-bang-2416097.html>>, accessed: 08/11/2021.
10. **Trung Ương Hội Thần Kinh Học Việt Nam (2018).** Nghiên cứu sự hồi phục ở bệnh nhân sau tai biến mạch máu não có tăng huyết áp sau 1 năm và một số yếu tố liên quan. <<https://hoithankinhhocvietnam.com.vn/nghien-cuu-su-hoi-phuc-o-benh-nhan-sau-tai-bien-mach-mau-nao-co-tang-huyet-ap-sau-1-nam-va-mot-so-yeu-to-lien-quan/>>, Ngày truy cập: 03/11/2021.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM BỜ MI DO DEMODEX

Trần Tất Thắng¹, Văn Thị Lan Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm bờ mi do Demodex. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang tiến hành trên 24 bệnh nhân (48 mắt) đã được khám, chẩn đoán và điều trị viêm bờ mi do ký sinh trùng Demodex tại Bệnh viện Mắt Nghệ An trong thời gian từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 4 năm 2021. **Kết quả:** Triệu chứng ngứa mi và gàu mi là hai triệu chứng phổ biến nhất, có tới 50% bệnh nhân ngứa mi ở mức độ nhẹ và 47,92% bệnh nhân có gàu mi cũng ở mức độ nhẹ. Ngoài ra có 72,92% bệnh nhân không có triệu chứng đau nhức. Có thể gặp triệu chứng cương tụ mi ở mức độ nhẹ chiếm 56,25%. Đặc điểm lông mi rụng chiếm tỷ lệ 100%. Biểu chứng có thể gặp khô mắt chiếm 25% và tổn thương trên giác mạc, kết mạc chiếm 37,5%. Số lượng Demodex trên tiêu bản: <5 Demodex/tiêu bản: 50%; 5-10 Demodex/tiêu bản: 33,33% và >10 Demodex/ tiêu bản: 16,67%.

Từ khóa: Viêm bờ mi, Demodex.

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH DEMODEX BLEPHARITIS

Objectives: Study on clinical and laboratory characteristics of patients with Demodex blepharitis. **Subjects and methods:** A cross-sectional description conducted on 24 patients (48 eyes) who were examined, diagnosed and treated for Demodex blepharitis at Nghe An Eye Hospital from January 2021 to April 2021. **Results:** Itching and exfoliation

blepharitis is a common symptom, Up to 50% of patients have mild eyelid itching and 47.92% of patients have exfoliation blepharitis also mild, In addition, 72.92% of patients have no pain. mild symptoms of eyelid hyperemia accounted for 56.25%, palpebral alopecia accounts for 100%. dry eye syndrome accounts for 25%. lesions on cornea, conjunctiva accounted for 37.5%. Number of Demodex on the template; <5 Demodex/template: 50%. 5-10 Demodex/template: 33.33%, >10 Demodex/template: 16.67%.

Key words: Blepharitis, demodex.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Demodex là một loại ký sinh trùng khá phổ biến ở người. Demodex thường tập trung ở nơi tuyến bã nhờn như mặt, má, trán, mũi, ống của lông mi, ống tuyến bã nhờn ở mi mắt... và là một trong những nguyên nhân gây ra bệnh viêm bờ mi [4]. Những nghiên cứu của các tác giả khác nhau về viêm bờ mi nói chung và viêm bờ mi do Demodex nói riêng đã đề cập đến bệnh cảnh của viêm bờ mi do Demodex khá thường gặp, biểu hiện lâm sàng có nhiều điểm chung với viêm bờ mi do các nguyên nhân khác [2]. Tuy nhiên đặc điểm viêm bờ mi do Demodex có những đặc thù riêng, chẩn đoán và điều trị cũng có những điểm cần được phân biệt với các nguyên nhân viêm bờ mi khác [6]. Tại Bệnh viện mắt Nghệ An, số lượng bệnh nhân đến khám vì bị viêm bờ mi do Demodex ngày càng tăng, nghiên cứu thực hiện nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm bờ mi do Demodex.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. 24 bệnh nhân (48 mắt) đã được khám, chẩn đoán và điều trị viêm bờ mi do ký sinh trùng Demodex tại Bệnh

¹Bệnh viện Mắt Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Trần Tất Thắng

Email: Thangmatna@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2022

Ngày duyệt bài: 29.7.2022